

## **Görömbölyi Fény Egyesület**

**„Atipikus foglalkoztatási formák alkalmazásának lehetőségei az egészségügyben, pozitív és negatív hatásai a barnamezők revitalizációs kísérleteiben. Kísérleti projekt kidolgozása Miskolc, mint leszakadó régió és revitalizálatlan barnamező egészségügyi dolgozóinak elvándorlásának megállítására atipikus foglalkoztatási lehetőségekkel” c. kutatás**

## **ZÁRÓTANULMÁNY**

**A kutatócsoport tagjai:**

**Vezető: Dr. Dabasi Halász Zsuzsanna**

**Munkatársak:**

**Dr. Lipták Katalin  
Hegy-Kéri Ágnes  
Vizkeleti Anna  
Szendi Dóra**

**Dr. Fejes Melinda  
Bódisné Kendrőczki Szilvia  
Feksz Kinga  
Dr. Girhiny Tamás  
Bótáné Boda Ágnes**

**Lektorálta: Dr. Fekete Iván CS.c**

**Miskolc 2015. április**

**Készült a Közösen a jövő munkahelyeiért Alapítvány támogatásával**

# TARTALOMJEGYZÉK

	Oldal
<b>Vezetői összefoglaló</b>	<b>4</b>
<b>Bevezetés</b>	<b>8</b>
<i>A kutatás célja</i>	10
<i>A kutatás feladatai és módszerei</i>	11
<i>A vizsgálandó minta és a mintavétel köre</i>	12
<i>A tanulmány szerkezete</i>	13
<b>1. Az atipikus foglalkoztatás elméleti háttere</b>	<b>15</b>
1.1. <i>Az atipikus foglalkoztatási formák forgalmi problémája és európai trendje</i>	17
1.2. <i>Atipikus foglalkoztatási formák kialakulása Magyarországon</i>	19
1.3. <i>Az atipikus foglalkoztatás főbb típusai és jogszabályi háttere</i>	21
<i>A munkajog kihívásai</i>	21
<i>Európai Uniós jogforrások</i>	22
<i>Magyarországi jogforrások</i>	23
1.4. <i>Atipikus foglalkoztatási formák</i>	24
1.4.1. <i>Táv munkavégzés</i>	24
1.4.2. <i>Részmunkaidő</i>	27
1.4.3. <i>Munkaerőkölcsonzés</i>	28
1.4.4. <i>Outsourcing</i>	31
1.4.5. <i>Határozott idejű munkaszerződések</i>	32
<b>2. Miskolc, mint leszakadó régió és revitalizálatlan barnamező</b>	<b>36</b>
2.1. <i>Miskolc népességének mennyiségi és korosztályos változása</i>	40
2.2. <i>Miskolc munkaerőpiaci helyzetének általános alakulása</i>	42
2.3. <i>Az ipari foglalkoztatottság alakulása Miskolcon</i>	45
2.4. <i>Barnamezős helyzetkép Miskolcon</i>	46
2.5. <i>A vasgyári kolónia és az avasi lakótelep munkaerőpiaci és migrációs attitűdjének primer vizsgálata</i>	48
2.5.1. <i>A primer adatgyűjtés módszertana</i>	50
2.5.2. <i>Az adatok meghízhatóságának vizsgálata</i>	52
2.5.3. <i>A minta munkaerőpiaci státusa</i>	53
2.5.4. <i>A munkaerőpiaci depresszió kimutatása</i>	55
2.6. <i>Második generációs migrációs nyomás mérése</i>	64
2.7. <i>Barnamezős revitalizáció Miskolcon</i>	71
<b>3. Kórházak szerepe, a mátrix kórház elmélete</b>	<b>76</b>
3.1. <i>Modern kórházi rendszerek megjelenése</i>	78
3.2. <i>A kórház szervezeti formák</i>	80
3.2.1. <i>Hagyományos funkcionális szervezet</i>	81
3.2.2. <i>Integrátorok hozzáadása</i>	81
3.2.3. <i>Multidiszciplináris különítmények</i>	81

3.2.4.	<i>Újjászervezett szolgáltatások</i>	82
3.2.5.	<i>Multidiszciplináris klinikai és kezelő teamek</i>	82
3.2.6.	<i>Mátrix szervezet</i>	83
3.2.7.	<i>Módosult szolgálati út divíziók</i>	83
3.2.8.	<i>Szolgálati út divíziós hálózata</i>	83
3.3.	<i>A kórházi mátrix szerkezet kialakulása és fejlődése</i>	84
3.4.	<i>Kórházi mátrix management programok</i>	86
3.5.	<i>Csoportmagatartás és mátrix szervezetben</i>	88
3.6.	<i>A mátrix szervezet lényege az egészségügyi ellátó szervezetekben</i>	90
<b>4.</b>	<b>A magyar egészségügyi rendszer alapvető problémái és jellemzői. Történeti áttekintés</b>	<b>91</b>
4.1.	<i>Az állami egészségügyi rendszer strukturális és hatékonysági Problémái</i>	91
4.2.	<i>Az egészségügy finanszírozási forrásai</i>	93
4.2.1.	<i>Járóbeteg-szakellátás</i>	94
4.2.2.	<i>Fekvőbeteg-ellátás</i>	94
4.3.	<i>Az orvos és szakdolgozói gárda elvándorlásának okai</i>	95
4.4.	<i>Migráció a számok tükrében</i>	97
4.5.	<i>A létszámhiány okai, a megtartás kérdései</i>	101
4.6.	<i>Bérrendezés</i>	102
4.7.	<i>A hálapénzrendszer felszámolása</i>	104
4.8.	<i>Többtefeladatok biztosítása többletdíjazásért</i>	106
4.9.	<i>Munkakörülmények minőségi javulása</i>	107
4.10.	<i>A nyugdíjkorhatárt betöltött dolgozók további foglalkoztatása</i>	108
4.11.	<i>Az orvosok és szakdolgozók továbbképzésére vonatkozó törvényi szabályozások módosítása</i>	108
4.12.	<i>A szakmára jellemző „burn out” jelenség fokozottabb kezelése</i>	109
<b>5.</b>	<b>A Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Oktató Kórház bemutatása</b>	<b>110</b>
5.1.	<i>A Kórház tevékenysége</i>	111
5.2.	<i>Az Intézmény céljai, nagy projektjei</i>	113
5.3.	<i>Az emberi erőforrás-gazdálkodás helye és szerepe</i>	114
5.4.	<i>Az Intézmény humán részlegének bemutatása</i>	116
5.4.1.	<i>Humánpolitika</i>	117
5.4.2.	<i>Munkaiügyi Osztály</i>	120
<b>6.</b>	<b>Atipikus foglalkoztatási formák az egészségügyben, a B-A-Z Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház példáján keresztül</b>	<b>121</b>
6.1.	<i>Növekvő összdolgozói létszám</i>	121
6.2.	<i>Kiemelkedő arányú részmunkaidős foglalkoztatás</i>	123
6.3.	<i>Ügyeleti rendszer sikeressége</i>	134
6.4.	<i>Nyugdíj melletti foglalkoztatás, mint a létszámhiány egyik ellenszere</i>	136
6.5.	<i>12 órás váltóműszak az egykori 8 órás helyett</i>	138

<b>7. Primer kutatás az atipikus foglalkoztatás kérdéskörében</b>	<b>139</b>
7.1. <i>Eredmények értékelése</i>	139
7.1.1. <i>Megkérdezettekre vonatkozó adatok</i>	139
7.1.2. <i>Atipikus foglalkoztatással kapcsolatos adatok</i>	141
7.1.3. <i>Kivándorlási hajlandóság az egészségügyi szektorban</i>	147
7.1.4. <i>Külföldi munkavállalási hajlandóság</i>	150
7.1.5. <i>Gyermekvállalási hajlandóság az egészségügyben</i>	151
7.1.6. <i>Egészségügyi szektorra vonatkozó adatok</i>	154
<b>8. Esettanulmány az atipikus foglalkoztatásról, két kisvárosi kórház példáján keresztül</b>	<b>160</b>
8.1. <i>A mezőkövesdi kórház bemutatása</i>	160
8.2. <i>A mezőkövesdi kórház humán gazdálkodásának bemutatása</i>	161
8.3. <i>A kazincbarcikai kórház bemutatása</i>	162
8.4. <i>A kazincbarcikai kórház humán gazdálkodásának bemutatása</i>	163
8.4.1. <i>Részmunkaidős foglalkoztatás</i>	164
8.5. <i>A mélyinterjúk tapasztalatai</i>	165
8.5.1. <i>A nők atipikus munkavégzésének mozgató rugói</i>	165
8.5.2. <i>Az egészségügy hatékonysága</i>	166
8.5.3. <i>Az egészségügyi dolgozók külföldi munkavállalási hajlandósága</i>	167
8.6. <i>A magánélet és a karrier összeegyeztethetősége</i>	168
<b>Összegzés</b>	<b>169</b>
<b>Javaslatok megfogalmazása</b>	<b>176</b>
<b>Irodalomjegyzék</b>	<b>177</b>
<b>Melléklet</b>	<b>181</b>
<b>Kérőív</b>	<b>181</b>

## VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

Bár sokan azt gondolják, hazánk túl van a szocialista gazdaság összeomlását követő sokkon és egy új fejlődési pályára állt. Ezzel szemben a gazdaság mutatói egy hosszú átmenet még nem lezáruló szakaszát mutatják. Az európai, tőlünk fejlettebb gazdaságok mára már kidolgozták a XX. századi demográfiai válságból történő kilábalás forgatókönyveit. Ezekben sokszor, Kelet-Európa országainak munkaerőpiaca - így hazánké is - kiszolgálójává válik a prosperáló gazdaságok munkaerő igényének. A gazdasági válság és az elhúzódó átmenet miatt a lakosság tűrőképessége egyre alacsonyabb. Különösen problémás a helyzet az egészségügy területén. Napjainkban lépten-nyomon találkozunk olyan híradással, hogy az egészségügyi dolgozók vagy hivatásukat, vagy országunkat hagyják el olyan űrt hagyva maguk után, ami nem pótolható.

A társadalmi, gazdasági folyamatok egymással kölcsönhatásban vannak. A népesség száma, iskolai végzettsége, egészségi állapota, adott területen belüli elhelyezkedése meghatározza a térség jólétét, életszínvonalát. Minden olyan folyamatnak a megismerése, leírása és elemzése, amely a demográfiai folyamatokat közvetve vagy közvetlenül befolyásolja, fontos és érdekes feladata a kutatóknak.

A XX. század második felében a demográfiai folyamatokat az jellemzi, hogy a fejlett országokban a halandóság és termékenység igen alacsony szinten stabilizálódott, a népesség természetes növekedése megállt. A XXI. századi előrejelzések a fejlett gazdaságokban – különösen Európában – a népesség fogyásáról beszélnek. Egyre több országban számítanak arra, hogy a pozitív vándorlási egyenleg részben vagy egészben ellensúlyozza a természetes fogyást, vagyis a népesség öregedésének azt a következményét, hogy a halálozások száma meghaladja a születéseket.

A 2004. évi Európai Unióhoz való csatlakozás időszakában, bár a régi tagországok munkaerőpiaca nem nyílt meg azonnal, az Észak-magyarországi régió munkaerőpiacán az elszívó hatás érződött. A régiók és benne a megyék a különböző fejlettségükből fakadóan eltérő munkaerőpiaccal rendelkeztek, eltérően reagáltak a piacnyitásra. A népszámlálás alapján (2011) a legmagasabb nemzetközi vándorlási egyenleg abszolút számokkal bíró

megyék rangsora csökkenő sorrendben a következő volt: Pest, Borsod-Abaúj-Zemplén, Csongrád, Bács-Kiskun, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Hajdú-Bihar.

A gazdasági siker egyre inkább függ a tudástól, az emberi képességek fejlettségétől. Ezek megszerzéséhez pedig hosszú távú, tartós változásokra van szükség az oktatási és képzési intézményekben, valamint nagyméretű anyagi és társadalmi befektetésekre. A megszerzett vagyont azonban meg is kell tudni tartani, olyan munkaerőpiaci stratégiák kidolgozásával, amely ezen régiók jövőbeli versenyképességét nem veszélyeztetik, hanem elősegítik.

Ezért jelent problémát az Észak-Magyarországon érzékelhető a brain drain jelenség, mert ellentétben áll korunk egyik világgazdasági kihívásával, a fejlett és elmaradott területek közötti szakadék csökkentésével. Az agyelszívás jelensége hangsúlyozza a fejlődő és fejlett régiók közötti erőviszonyok különbségeit.

Kutatásunk célja az atipikus foglalkoztatási lehetőségek megismertetése volt és fogadtatása az egészségügyi dolgozók és menedzsment körében. Karrierminták kidolgozása és a munkaerőpiac rugalmasabbá tétele a szülőképes korú nők körében, akik az egészségügyben jelentős arányban képviselik magukat. Különös tekintettel 2010. január 1-től érvényben lévő **kötelező részmunkaidős foglalkoztatás lehetősége a gyermek, otthoni gondozása miatti fizetés nélküli szabadság igénybevétele után** törvény egészségügyi szférára való kiterjesztésére.

Kutatásunk arra irányult, hogy az atipikus foglalkoztatási formákat milyen mértékben ismerik és használják az egészségügyi dolgozók, alkalmazhatóak-e az elvándorlás megállítására, növelhetik-e a munkavállalói elégedettséget és milyen mértékű bővítés prognosztizálható a foglalkoztatásban segítve a leszakadó térségek munkaerő piaci helyzetét.

Vitathatatlan tény mára, hogy az atipikus foglalkoztatási formák térnyerése számos előnnyel jár a nemzetgazdaságok számára. Hatására a foglalkoztatottság növekszik, a munkanélküliség csökken. Másik hatása lehet még a születések számának növekedése is, oly módon, hogy a nők nem látnak eldöntendő kérdést a gyermekvállalás, a karrier és a megélhetés között, mert a kisgyermekes anyukák könnyebben, gyorsabban és motiváltabban visszatérhetnek a munkaerőpiacra, csökkentve a munkaerő szükségletet. Javasolt lenne még inkább elterjeszteni ezt a lehetőséget az egészségügyben, tekintettel az ebben a nemzetgazdasági ágban tapasztalható munkaerő szükségletre. Tekintettel arra, hogy az egészségügyben dolgozó nők a gyermekvállalás miatt kikerülnek az egyébként is hiányos munkaerőpiacról.

Mivel a kutatásunk során bebizonyosodott, hogy az atipikus foglalkoztatási formákról az egészségügyi szakdolgozók elég keveset tudnak és alkalmazásukban inkább a visszalépést, sem mint lehetőséget látják, javasoljuk ismertebbé tenni és az elterjesztéshez szükségét támogató (jog)rendszert kidolgozni, mely hatására érdemes lesz egészségügyi dolgozóként a munkaerőpiacon részt venni.

Tekintettel arra, hogy az egészségügy problémája összetett, a problémák azonosítása és azok egyidejű kezelése szükséges. Ez az atipikus foglalkoztatási formák terjesztésén és támogatásán kívül vonatkozik a béremelésekre, a leszakadó barnamezős területek rehabilitációjára és a szlömökben élő halmozottan hátrányos helyzetű személyek társadalmi-gazdasági felzárkóztatására, valamint annak az általános nézetnek a befolyásolására, hogy az ideális magyar családmódel szerint ne 2, hanem 3 vagy több gyermek szülessen, illetve javasolt az óvodai, bölcsődei férőhelyeinek bővítése is.

Az elemzések során kiderült, hogy a felmérés a populációt tekintve reprezentatív volt. A csökkentett munkaidő iránt nagy az érdeklődés, leginkább hatórás és az éjszakai műszak nélküli nyolc órás munkaidőt választanák. Hasonló a véleménye a még gyermektelen dolgozóknak is. Ezt a munkaviszonyt változó ideig, a gyermekek 4-6 éves koráig, esetenként tovább is vállalnák. Azonban a döntéseket befolyásolják a jelenlegi fizetések, sokan attól félnek, hogy jelentősen megcsappan a jövedelmük, nem mernék vállalni az ilyen munkarendet. Az egészségügyi dolgozók hátrányos helyzetéről szóló kérdést azért tettük fel beszélgetéseinkben, mert személyes tapasztalatunk volt munkánk során, hogy sokan így érezték. Nehéz a komoly lelki megterheléssel is járó munkát összehangolni a családi élettel és mindkét helyen megfelelni. Ezért nem is lepett meg minket az egyértelmű igen válasz. Mindenesetre érdemes lenne javítani ezen a helyzeten. Segítséget ahhoz, hogy a családot és a munkát is ellássák még mindig inkább a családtól kapnak, de nagyon sokan csak magukra, vagy a párjukra támaszkodhatnak és ha ő is változó műszakbeosztású, rendszeresen lehetnek ütközések. Ilyen esetekben segítség iskolás korig a folyamatosan nyitva tartó kórházi bölcsőde, óvoda, vagy a bébi hotel, ahol esetenként nagyobb gyermekek is elférnek.

Az Európai Unió munkaidő direktívák szemléletváltást igényelnek, ha be akarjuk őket tartani. De az sem mindegy, hogy fáradt vagy pihent orvos lát el bennünket. Az ápolónők nem véletlenül, nem nagyon szeretik a hétköznapi délelőtti műszakokat, rendkívül nagy a terhelés, szerteágazó figyelemre van szükség. A kórházakban dolgozók leginkább nők, nagy

részük családanya, akinek figyelmét meg kell osztani a munkahelyi és otthoni feladatok között. Hogyan lehetne ezeket összehangolni? Egy jó módszer lehet a következő:

1. Képezzünk az orvosokból kis 2-4 fős csapatokat, akik mindenki betegét részletesen ismerik. Ez az eddigi munkánál nagyobb összehangoltságot igényel. A csoport egyik tagja lehet az osztályon csökkentett munkaidőben dolgozó szakorvos, vagy szakvizsga előtt álló, aki hétközben mindennap elérhető. Ebben a rendszerben nyugodtan hazamehet az ügyeletes, mert a többiek elvégzik a munkáját. Időben el lehet kezdeni a rendelést is, mert néhány utasítás, a zárójelentések megírása belefér a rendelés előtti munkaidőbe, ha a vizit nem is. A rendelés után a leletek értékelését, vizsgálatok elrendelését nyugodtan elvégezheti, még a 4-6 órában dolgozó kolléga betegeinek is.
2. A délelőtti feladat ellátásban kiválóan lehetne olyan ápolókat alkalmazni, akik átmenetileg csökkentett munkaidőben dolgoznak.
3. Azért hogy a rendelést időben kezdjék, főállású szakorvosokat is lehet alkalmazni, vagy az átmenetileg rövidebb munkaidőben alkalmazott szakorvosokat lehet a rendelőkbe irányítani.
4. A gördülékeny munkavégzés nemcsak a dolgozók, hanem a betegek irányítását is megkönnyíti. Egyre több helyen időpontra hívják a betegeket, amit ma még sokan nem tartanak be, betegek és ellátók sem. Sokkal jobban össze lehetne egyeztetni a fekvő és járóbeteg ellátást, mert a fekvő betegeknek többnyire mindegy, mikor megy le a vizsgálatra, a járó beteg türelmetlen lehet, lekésheti buszát, vonatát. A fekvő betegeknek lehetne hétvégén is vizsgálat, így hamarabb hazabocsáthatók lennének és a hétközi osztályos és rendelői zsúfoltság is csökkenne.

A fentiek alapján a csökkentett munkaidő bevezetése egy segítő módszer a betegellátás folyamatosabbá, gördülékenyebbé tételére. ( Fejes M.)

Mindezen tényezők egyidejű kezelésével egy olyan pozitív jövőkép alakulhat ki – nemcsak az egészségügyi dolgozóknak, mely megszüntetheti a munkaerőpiaci depressziót a másodlagos migrációs nyomást, valamint az el- és kivándorlást.



## BEVEZETÉS

Az emberi erőforrások gazdasági jelentősége szinte minden gondolkodó filozófiájának középpontjában állt, különösen igaz ez a válságokkal teli XX-XXI. században, amikor a közgazdászokat is élénken foglalkoztatja az a kérdés, hogy mi a fenntartható gazdasági növekedés alapja.

A közgazdasági gondolkodás fontos szerepet tulajdonít a népesedési folyamatoknak, mivel a népesedési folyamatok módosítják az egész népesség és ezzel a munkaerőforrás nagyságát, összetételét. A XX. század második felében a demográfiai folyamatokat az jellemzi, hogy a fejlett országokban a halandóság és a termékenység igen alacsony szinten stabilizálódott, a népesség természetes növekedése megállt. Ez hazánkra is jellemző, tekintettel arra, hogy 1980 után a társadalmi reprodukció megtorpant. A valós helyzet lényegesen kedvezőtlenebb, mint amit a lakosság lélekszámának alakulása mutat. Európa szerte a tendenciát árnyalja az a bevándorlási többlet, melynek következtében a fejlett országokban a népességszám stagnál, illetve kisebb mértékben fogy. Századunk egyik nagy feladata Európában, hasonlóan más fejlett területekhez a népesség fogyásának megállítása. Ennek megoldására ma hazánkban is számos intézkedés születik, amelynek eredménye még ismeretlen, de sokan szkeptikusak hatásával kapcsolatban.

A népességszám alakulása, a népesség összetétele és egészségi állapota döntően befolyásolja egy ország gazdaságának potenciális munkaerőforrását, a társadalom eltartó képességét. A lakosság egészségi állapota a munkaképes korú lakosság munkaerő-piaci aktivitásának, valamint a munkaerő minőségének meghatározó tényezője.

Magyarország népességszámának alakulásában a népességfogyás jellemző. A kilencvenes évek folyamatos és nagymértékű csökkenését követően a születések száma évente 95 ezer fő körül stabilizálódott, miközben a halálozások száma az elmúlt években a 130 és 140 ezer fő közötti sávban mozgott. Az utóbbi 20 évben a népességcsökkenés mintegy 5%-os volt, és az előrejelzések szerint ez a tendencia folytatódik (2001 elején a népességszám 10.200.298 fő volt, a 2021 elején várható létszám ennél 3,5%-kal kevesebb, 9.000.850 fő). A népességfogyás az ország valamennyi régiójánál kimutatható, de a kelet-magyarországi területek esetében jelentősebb arányú. (Népesedéspolitikai Kormánybizottság Titkársága 2005)

A megyében élők szempontjából nem mindegy, hogy milyen az egészségügyi ellátó rendszer, ami alatt nem csak az intézményi keretet értjük. Az egészséges társadalom egyre jobban felértékelődő közjő, amely kihat az egyén életminőségére, a gazdaság növekedésére és a társadalom újratermelő képességére.(Kincses 2001). Így a népesség csökkenése rontja az adott térség gazdasági teljesítőképességét és versenyképességét.

„A hazai és a világgazdaságot egyaránt sújtó 2008-as válság hatásai az egészségügyi ellátórendszerben is komoly nyomot hagytak. Az anyagi források szűkössége pontosan visszatükröződik az eszköz- és személyzethiányban, a bérek színvonalában, az épületek állagában, a dolgozók általános hangulatában. A nehézségek hatására a dolgozókat korábban jellemző pozitív attitűdöt egyre inkább kezdi felváltani a kilátástalanság érzése. Vannak, akik a szakmai előrelépés esélyét és a szakmával valaha együtt járó tekintély meglétét hiányolják, mások a bérükkel nincsenek megelégedve. Mindkét álláspont jelen van az orvosok és a szakdolgozók körében is. További nehézséget jelent a rendkívül nagyszámú és rossz egészségi jellemzőkkel bíró betegállomány, az ebből fakadó túlterheltség, a kórházak, egészségügyi intézmények közötti verseny a betegekért. Mindez jól érzékelhető aránytalanságokhoz vezet a járó-, és fekvőbeteg ellátásban és a munkamegosztásban is. A szabad orvosválasztás és egyes szakterületek népszerűsége, avagy népszerűtlensége pedig csak fokozza a feszültséget. Az egészségüggyel kapcsolatban nem lehet kitérni a migráció jelensége elől sem. Sajnálatos tény, vagy inkább tendencia, hogy míg idáig csak az itthon több éves szakmai gyakorlatot, tapasztalatot szerzett egészségügyi személyzet tagjai – elsősorban orvosok - döntöttek úgy, hogy külföldön próbálják meg kamatoztatni az itthon megszerzett szaktudásukat, és szakmai tapasztalatukat, több fizetés, nagyobb szakmai megbecsülés reményében, addig napjainkban már a frissen szakvizsgázott orvosok is tömegesen keresnek állást pályakezdőként külföldön, hazánkat gyakran végleg elhagyva. A rezidensi idő alatt jócskán van lehetőségük belelátni a magyarországi egészségügy minden nehézségébe, évtizedes problémáiba, forráshiányosságába. Ezzel szemben a külföldön munkát vállalók beleszöppennek egy jobban finanszírozott, strukturálisan, szakmailag és etikailag is átláthatóbb, anyagilag jövedelmezőbb egészségügyi rendszerbe, amely a pályakezdő fiataloknak a könnyebb életkezdés és egy ígéretesebb életpálya, karrier lehetőségét kínálja. Azok, akik vállalják, hogy hazánktól távol, egy idegen országban kezdik el, vagy folytatják hivatásukat, nem tántorodnak meg az esetleges nyelvi akadályoktól sem, bízva abban, hogy a kezdeti anyagi és kommunikációs nehézségeket sikeresen leküzdve elérhetik céljukat, és

megkaphatják azt a szakmai, anyagi és egzisztenciális megbecsülést, amiért idehaza jelenleg hiába küzdenek.” (vezető orvosnő)

Magyarországon jelentős az egészségügyi dolgozók elvándorlása, az ebből fakadó munkaerőhiány területi képe egyenlőtlen. A leszakadó régiók egészségügyi intézményei küzdenek a legsúlyosabb munkaerőgondokkal. Az egészségügy munkaerőhiányból fakadó túlterheltsége továbbrontja a térség humánpotenciálját és ez a felzárkózás lehetőségét is csökkenti, elmarad a térségi revitalizáció.

Kutatásunk arra irányul, hogy az atipikus foglalkoztatási formákat milyen mértékben ismerik és használják az egészségügyi dolgozók körében, alkalmazhatóak-e az elvándorlás megállítására, növelheti-e a munkavállalói elégedettséget és milyen mértékű bővítés prognosztizálható a foglalkoztatásban, segítve a leszakadó térség munkaerő piaci helyzetét.

### **A kutatás célja**

Kutatásunk célja az atipikus foglalkoztatási lehetőségek megismertetése és fogadtatása az egészségügyi dolgozók és menedzsment körében. Karrierminták kidolgozása és a munkaerőpiac rugalmasabbá tétele a szülőképes korú nők körében, akik az egészségügyben jelentős arányban képviselik magukat. Különös tekintettel 2010. január 1-től érvényben lévő **kötelező részmunkaidős foglalkoztatás lehetősége a gyermek, otthoni gondozása miatti fizetés nélküli szabadság igénybevétele után** törvény egészségügyi szférára való kiterjesztésére.

### **A vizsgálni kívánt problémák megoldásának hipotézisei és a kutatás megválaszolandó kérdései:**

1. Az Európai Unióban Málta után Magyarországon a legalacsonyabb a foglalkoztatási hajlandóság a 25-49 év közötti 12 éven aluli kiskorú gyermeket nevelő dolgozni akaró nők körében. A globális trendek alapján ugyanakkor hosszú távon is számolni kell az atipikus foglalkoztatási formák fogalmának és társadalmi szerepének átértékelődésével. **Kérdés**, hogy milyen elméletek és gyakorlatok születtek erre vonatkozóan és azok mennyiben adaptálhatók Magyarországon.
2. Az egészségügy speciális ágazat, nehezen kezeli szervezeti, szervezési oldalról a megváltozó munkaparadigmát. **Kérdés**: Az egészségügy specialitásait figyelembe véve

milyen szervezeti, szervezési megoldások léteznek, amelyek képesek adaptálni a megváltozott munkavállalói igényeket, milyen módszerek ajánlhatók a betegellátás biztonsága mellett munkavállaló családbarát munkahelyek kialakítására?

3. A munkához való viszony fenntartásában, a jövedelmi csatornák sokszínűsödése, a karrier - család, itthon - külföldön kérdés ma egymást kizáró alternatívák. **Kérdés**, hogy nálunk Borsod-Abaúj-Zemplén megyében illetve Miskolcon hogyan alakultak ezek a választások? Milyen mértékben csökkenti az elvándorlási hajlandóságot az atipikus foglalkoztatási formák bővülése?
4. Alternatív foglalkoztatási formák nem terjedtek el az egészségügyben, s ez is gátja a helyben megfigyelt női karrier kialakulásának. **Kérdés**, hogy milyen hajlandóság mutatkozik a helyi egészségügyi dolgozók, orvosok és szakápolók, nők és férfiak, tanulók, hallgatók és rezidensek körében az atipikus foglalkoztatásra?
5. Az egészségügyben dolgozó nők gyermekvállalási hajlandósága, főleg a gyermekgyógyászok körében magasabb, mint az átlag, azonban a megszületett gyermekek száma tartósan alacsony. **Kérdés**, hogy atipikus foglalkoztatási formák bevezetésével növelni lehet-e a gyermekvállalási hajlandóságot és ezen keresztül a születendő gyermekszámot.
6. Az egészségügy hatékonysága a munkavállalók leterheltségével, megelégedettségével is összefügg. **Kérdés**, hogy az atipikus foglalkoztatási formák bevezetésével javítható-e az egészségügyi dolgozók leterheltsége, ezen keresztül a hatékonyság?
7. Az egészségügyi dolgozók munkavállalással kapcsolatos problémái kölcsönhatásban állnak az elmaradó revitalizációval. **Kérdés**, a szlömösödő diósgyőri revitalizálatlan iparterület hatással van-e a diósgyőri kórház dolgozóinak munkavállalói attitűdjére, különös tekintettel az atipikus foglalkoztatás kérdéseire és az elvándorlásra.

## **A kutatás feladatai és módszerei**

### *A. A hazai és nemzetközi irodalom áttekintése*

A munkaerőpiac irodalma alapján nemzetközi kitekintéssel az egészségügy szegmentált munkaerőpiacának szereplőiről, feltételeiről, módszereiről és modelljeiről kívántunk többet megtudni. Emellett áttekintettük a helyi egészségügyi intézmények foglalkoztatási gyakorlatáról eddig feltárt tényeket és összefüggéseket. Felvázoljuk az egészségügy munkaerőpiaci problémáinak helyi kezelésének alternatíváit, tapasztalatait a revitalizáció

elmaradása és az egészségügy hatékonysága, azaz a társadalom mentális egészségének összefüggései között.

### *B. Kérdőíves lekérdezés*

Az egészségügy különböző területein dolgozó több mint 150 fős mintán lekérdezést végeztünk az atipikus foglalkoztatási formákkal kapcsolatos ismereteikről, attitűdjükről.

A lekérdezett kérdőív kérdései az alábbi szempontok köré szerveződtek.

1. Az egészségügy szegmentált munkaerőpiaci problémáinak elméleti kérdései hazai, nemzetközi trendjei, munkaparadigma váltása.
2. Az atipikus foglalkoztatás lehetőségei az egészségügy munkaerőpiacán, szervezeti és szervezési modellek az egészségügyi intézményekben, különös tekintettel az atipikus foglalkoztatási formák bevezetésének tekintetében.
3. Munkavállalói attitűdök az egészségügyi dolgozók szegmentált munkaerőpiacán, különös tekintettel az atipikus foglalkoztatás lehetőségére.
4. Női karrier utak az egészségügyben, foglalkoztatási modellek kidolgozása. Javaslatok az esélyegyenlőségre érzékeny foglalkoztatási politika alakításához.
5. Jogszabályi feltételrendszerben történő javaslatok megfogalmazása.
6. Összegző gondolatok javaslatok, melyek közvetlenül használhatók a foglalkoztatáspolitikában, ezen belül az egészségügy humán erőforrás kapacitásának bővítésére, az egészségügyi dolgozók elégedettségének javítására. Melyek közvetett úton javíthatják a térség gyermekvállalási hajlandóságát, hozzájárulhatnak a demográfiai problémák megoldásához, javítja az egészségügy hatékonyságát.

### **A vizsgálandó minta és a mintavétel köre**

Empirikus kutatásainkat az Észak-magyarországi foglalkoztatási gondokkal leginkább jellemzett régióban egy specifikus munkaerő piaci szegmensben az egészségügyi dolgozók között kívántuk végezni.

*A kérdőíves megkérdezést a* Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, a Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ és Egyetemi Oktató Kórház, (MISEK) és a szikszói II. Rákóczi Ferenc Kórház alkalmazottai között végeztük. A

kérdőív összeállításánál törekedtünk a rövidegre valamint a gyors kitölthetőségre, ezzel is erősítve a kitöltési hajlandóságot. A visszaküldési hajlandóság erősítéséhez a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Orvosi Kamara és a kórházak menedzsmentjének közreműködését kértük.

Vizsgálataink során az adott intézményekben az esettanulmányokat, valamint az egészségügy szegmentált munkaerő piaci problémáinak elméleti kérdéseit, hazai, nemzetközi trendjeit, munkaparadigma váltását kutatóink foglalták össze. Tapasztalataikat, kutatásuk eredményeit külön fejezetekben foglalták össze, melyek tanulmányunk szerves részét képezik.

### *C. Esettanulmány készítése mélyinterjúk segítségével*

A mezőkövesdi Mozgásszervi Rehabilitációs Központban valamint a kazincbarcikai kórházban végeztünk „mélyfúrást”, mely eredményeinek megerősítését vagy cáfolatát további 3 intézményben (a miskolci Megyei Kórház, MISEK diósgyőri Kórházrész, a szikszói II. Rákóczi Ferenc Kórház, Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház) készített kérdőívek kiértékelése alapján végeztük. Mindezek alapján az esettanulmányok kitérnek:

- az intézmények humán, műszaki, technikai és anyagi kapacitásainak felmérésére,
- jelenlegi szervezési és emberi erőforrás gazdálkodási problémákra,
- az erős és gyenge pontokra a foglalkoztatásban valamint,
- a revitalizáció elmaradása mennyiben befolyásolja az egészségügyi dolgozók megelégedettségét.

### **A tanulmány szerkezete**

- A tanulmány első fejezetében az atipikus foglalkoztatási formák elméleti háttérét, európai trendjeit foglaljuk össze. Bemutatjuk az atipikus foglalkoztatási formák kialakulását hazánkban, valamint az atipikus foglalkoztatás főbb típusait, és jogszabályi háttérét.
- A második fejezettől a hatodik fejezetig az egészségügyben elterjedt mátrix rendszer kerül bemutatásra, valamint a magyar egészségügy problémáinak történelmi eredetű gyökereire, illetve napjainkban jelenlévő gócpontok bemutatására törekedtünk, úgymint a barna mezős területek leszakadásának okai, forráshiányos egészségügyi szféra, az egészségügyi

szakszemélyzet elvándorlása. Mivel az egészségügy az atipikus munkavégzés szempontjából speciális helyzetben van, a betegellátás folyamatosságának, és zavartalanságának fenntartása miatt elemzésünkben az egészségügyben jellemző részmunkaidő és a speciális foglalkoztatási formák (ügyeleti ellátás, 12 órás váltóműszak, és nyugdíj melletti munkavégzés) kerülnek vizsgálat alá a B-A-Z Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház példáján keresztül.

- A hetedik fejezet primer kutatásunkat foglalja össze, amely az atipikus foglalkoztatási formák egészségügyben történő alkalmazását célozta meg. A kutatás célja az volt, hogy megvizsgáljuk az egészségügyben dolgozó nők preferenciáit, attitűdjeit és véleményét az atipikus foglalkoztatással kapcsolatban. Tanulmányunkban azt feltételezzük, hogy az egészségügyben dolgozó nők számára az atipikus foglalkoztatás, különösen a részmunkaidős foglalkoztatás kiváló lehetőséget biztosít arra, hogy a gyermekek mellett vissza tudjanak térni a munkaerőpiacra. Így a gyermekvállalást, gyermeknevelést és a családot jobban össze tudják egyeztetni a karrierjükkel. Ennek következményeképpen nőhet a gyermekvállalási hajlandóságuk, szívesen vállalnak több gyermeket is.
- A nyolcadik fejezet Észak-Magyarország 2 egészségügyi intézményében készített mélyinterjúk alatt elhangzottakat dolgozza fel, különös tekintettel az intézmények humán, műszaki, technikai és anyagi kapacitásainak dolgozói szemszögből történő felmérésére, az esetleges szervezési és emberi erőforrás gazdálkodási problémákra, a foglalkoztatás erős és gyenge pontjaira, valamint arra a központi kérdésre, hogy a revitalizáció elmaradása mennyiben befolyásolja az egészségügyi dolgozók megelégedettségét.

# 1. AZ ATÍPIKUS FOGLALKOZTATÁS ELMÉLETI HÁTTERE

*A fejezet áttekintést ad a hagyományostól eltérő foglalkoztatási formákról, amelyek egyre nagyobb hangsúlyt kapnak napjainkban. A globalizáció ma már nem csak egy igen népszerű és sokat használt fogalom. A gazdaság számos tényezőjére, ezen belül a munkaerőpiac alakulására, a foglalkoztatás módjára és formáira is hatással van. A fejlett európai országok gazdálkodó szervezetei az alkalmazottainak nagyobb arányát már nem hagyományos foglalkoztatás keretei között alkalmazzák. Az alábbiak folyamán bemutatjuk az atipikus foglalkoztatási formák fogalmi problémáját és európai trendjét, az atipikus foglalkoztatási formák kialakulását Magyarországon, az atipikus foglalkoztatás főbb típusait, azok előnyeit és hátrányait valamint az atipikus foglalkoztatás eltérő értelmezéseit és jellemzőit és jogszabályi hátterét.*

*Maga az atipikus munka (atypical job) kifejezés elterjedése az 1980-as évek elejére nyúlik. A Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (ILO) a hagyományostól eltérő munkaviszonyok jelentőségének növekedését érzékelve 1986-ban szemináriumot szervezett, az itt megfogalmazottak tekinthetők a fogalom eredetének. Córdova (1986) a munkajogi szabályozás alapját jelentő társadalmi és gazdasági feltételek 1980-as években végbement változásairól szólva hangsúlyozza, hogy a kialakuló új foglalkoztatási formák egy része a munkaszerződésekben formalizált módon, míg más részük létező, de facto jelenséggént azonosítható. (Hárs 2012)*

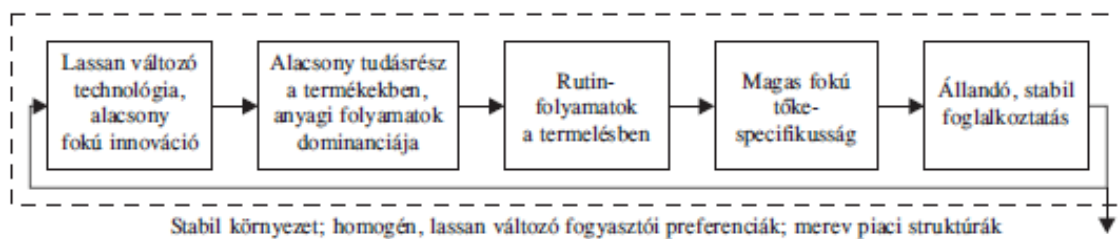
Az atipikus foglalkoztatás, fogalmát tekintve a hagyományos, teljes munkaidejű foglalkoztatástól eltérő, különleges forma, amely a munkavégzés helyét, idejét, időbeosztását tekintve sok mindenben különbözik a jól ismert modelltől. Napjaink fejlett, globalizált világában a munkavégzés számos - nem fizikai - munkakörben ma már nincs térhez és időhöz kötve, bizonyos szolgáltatások az infokommunikációs technológia jóvoltából a világ bármely pontjáról elláthatóak. Ezek a tényezők mind hozzájárultak az atipikus foglalkoztatás elterjedéséhez.

A foglalkoztatási formák változatossága, az átalakuló munkaerő piaci viszonyrendszer és a globalizáció hatása miatt nem könnyű megítélni, hogy melyik foglalkoztatási forma milyen



előnyökkel és hátrányokkal rendelkezik a társadalom és a munkavállalók, munkaadók számára. A foglalkoztatásnak a hagyományostól eltérő formái kevésbé jól szabályozottak jogi szempontból, ami gyengébb védelmet jelent a munkavállalók számára, viszont emiatt a munkaadók egyre nagyobb arányban alkalmazzák, mert számukra könnyebbséget jelent az egyszerűbb szabályozás.

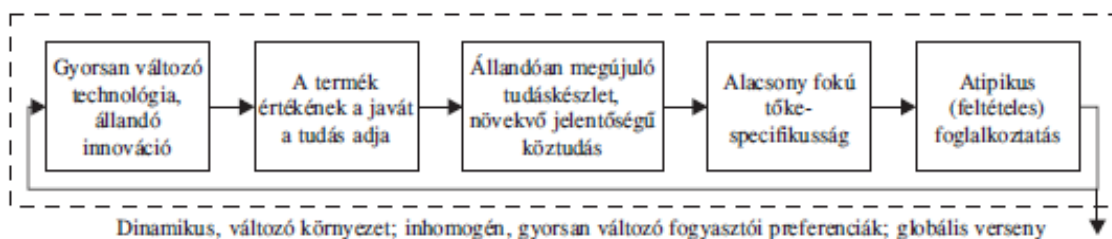
A munkaviszonyok merevsége az ipari társadalom foglalkoztatási modelljében tökéletes összhangban állt a fizikai tőke lassú megtérülésével, a beruházások visszafordíthatatlanságával, a nagyipar merev struktúráival. Ebben a modellben a foglalkoztatás is stabil volt.



**1. ábra: Az ipari társadalom foglalkoztatási modellje**

*Forrás: Szabó-Négyesi, 2004:50*

A XX. században a munka egyet jelentett a hétköznapi ember számára a jövedelemszerző tevékenységgel, többnyire a bér munkával. A munkavégzés középpontjában a bér munkás viszony állt, amelyet „fordizmusnak” nevezünk. Ez a kép azonban az 1980-as évektől gyökeresen megváltozott, az extenzív növekedésre és a méretgazdaságosságra alapozott tömegtermelés korlátokba ütközött. Az egymásra épülő és egymást kölcsönösen erősítő posztindusztriális társadalom foglalkoztatási modelljének építőkövei, elvezettek a foglalkoztatás gyökeres megváltozásához, egy új foglalkoztatási modell kirajzolódásához, ahol önálló elemként megjelentik az atipikus foglalkoztatás.



**2. ábra: A posztindusztriális társadalom foglalkoztatási modellje**

*Forrás: Szabó-Négyesi, 2004: 51*

A XXI. századra a fordizmust felváltotta a „gatesizmus”. Bill Gates készségesen vállalta, hogy az informatika és az új kommunikációs technológiák XXI. századának Henry Ford-ja legyen. A „gatesizmusnak” nevezett új korszak számos alapvető változást hozott a munka világában. A gatesizmus rendszere nem törekszik teljes foglalkoztatásra. A határozatlan idejű alkalmazás helyett a határozott idejű alkalmazás válik általánossá. A gatesizmusban a munkáltató a munkavállalót feladatokra szerződteti, bizonyos munkákat végeztet, és nem státuszokat finanszíroz. A gates-i rendszerben a jövedelem pontosan annyi, amennyit el tud adni, vagy be tud szerezni a munkavállaló. Ez a modell teljes mértékben alkalmazkodott az atipikus foglalkoztatáshoz, a legfőbb jegyeivel rendelkezik. (Csoba 2004)

### **1.1. Az atipikus foglalkoztatási formák fogalmi problémája és európai trendje**

Különbséget kell tenni az atipikus (különleges) foglalkoztatás, mint jogi forma és az atipikus munkavégzés között. Előbbin a munkavégzés nem hagyományos, nem tipikus jogi formái értendők. Ilyen a régóta ismert, ám lassan háttérbe szoruló bedolgozói jogviszony, az alkalmi munkavállalás, az egyre terjedő távmunka, a részmunkaidő, az (egyéni vagy kollektív) önfoglalkoztatás, a munkaerő-kölcsönzés, a határozott idejű (szerződéses) foglalkoztatás. Atipikus munkavégzésről viszont akkor beszélhetünk, ha a tevékenység elvégzésének keretei, feltételei, helyszínei eltérnek a hagyományostól. Ilyen lehet az intézmény, cég telephelyén kívül, annak egy vagy több részlegében végzett munka (ügyfélszolgálati iroda, teleház, ügynöki tevékenység).

A hagyományostól eltérő munkajogviszonyokat jelölte a szakirodalom az atipikus munka(jog)viszonyok fogalommal az 1970-es évek elején, mégpedig akkor, amikor emelkedni kezdett a munkavállalók a munkajogviszony hagyományosnak tekintett formáitól való eltérése. Ekkor még ritka volt az atipikus munkavégzés tényleges megjelenése, így kezdetben a munkajogi szakirodalomban terjedt el a tipikus-atipikus munkaviszony fogalom pár. „Az atipikus munkavégzés fogalma eredetileg tehát kizárólag a munkajogviszony nemzeti jogok által ismert atipikus formáira utalt, azaz rendszerint a határozott időtartamra és a részmunkaidőre létesített munkajogviszonyra, majd újabban a szezonális munkavégzésre, a munkaerő kölcsönzésre és a távmunkára”. (Hovánszki 2005:30)

Az atipikus foglalkoztatás alatt tehát a különböző tudományterületek mást és mást értenek. A munkajogászok a tipikustól eltérő munkavégzést értik alatta, a statisztikusok a konkrét arányszámokat, míg a szociológusok minden hagyományostól eltérő formát ide értenek. „A munkajogi irodalomban az atipikus foglalkoztatás, atipikus munkaviszony a legáltalánosabban használt kifejezés a munkavégzés hagyományostól eltérő formáinak összefoglaló megjelölése.” (Kiss 2001:409) További problémát okoz a definiálás számára, hogy az innovatív és rugalmas kategóriák kezdenek összemosódni az atipikus foglalkoztatás kategóriájával.

Az ILO (Nemzetközi Munkaügyi Szervezet) az atipikus foglalkoztatáson a megszokott, eddig többségében munkaszerződéssel megkötött és szociális jogokkal erősen védett munkavállalástól eltérő munkavégzést érti.

Érdeemes tisztázni, mitől rugalmas, mitől atipikus a foglalkoztatás. A hagyományosnak tekintett munkaviszony fő jellemzői:

- határozatlan időtartamra történő alkalmazás,
- meghatározott (havi, heti napi) óraszámú munkaidő,
- meghatározott munkakör meghatározott bérezéssel.

Atipikusnak, vagy rugalmasnak az ettől egy vagy több elemében eltérő munkavégzés, foglalkoztatás tekinthető, mely tehát:

- határozott időre szóló munkaszerződésen alapul a határozatlan idejűvel szemben,
- részmunkaidős, a teljes munkaidőssel szemben,
- munkaviszonyon kívüli, polgári jogviszonyon alapuló munkavégzés,
- olyan új elgondoláson alapuló, mint az otthon végzett munka, a bedolgozás és a távmunka,
- a munkaidő eloszlása a munkaadó vagy a munkavállaló igényeihez igazodik.

A 1. táblázat adatai a részmunkaidőben és teljes munkaidőben foglalkoztatottak arányát mutatja 1998 és 2008 évben. Jelentős eltérés nem látszik, azonban megfigyelhető, hogy enyhe, növekvő tendencia jellemezte a tíz év alatt mind Magyarországot, mint az Európai Uniót. Ugyanakkor az megállapítható, hogy hazánk a részmunkaidős foglalkoztatást tekintve nagyságrendekkel el van maradva az EU átlagához képest.

A fentiek alapján elmondható, hogy „az atipikus foglalkoztatottság szintje és szerkezete földrajzi régiók szerint egymástól eltér, és ezt a különbséget a hagyomány, a gazdasági környezet és a foglalkoztatás szabályai együttesen magyarázzák.” (Hárs 2012)

**1. táblázat: A részmunkaidőben és teljes munkaidőben foglalkoztatottak aránya  
1998-2008**

		2008. év	EU-27	Magyarország
<b>részmunkaidő</b>	férfiak		7,9	3,3
	nők		31,1	6,2
	összesen		18,2	4,6
<b>teljes munkaidő</b>	férfiak		13,3	8,7
	nők		14,9	7
	összesen		14	7,9
		1998.év	EU-27	Magyarország
<b>részmunkaidő</b>	férfiak		6,3	2,3
	nők		28,7	5,5
	összesen		15,9	3,8
<b>teljes munkaidő</b>	férfiak		11,1	7,1
	nők		12,2	5,8
	összesen		11,5	6,5

*Forrás: Employment in Europe 2009 adatai alapján saját szerkesztés (In: Dabasi, 2011:105)*

## **1.2. Atipikus foglalkoztatási formák kialakulása Magyarországon**

A rendszerváltás előtt a dolgozók közel 90%-a határozatlan munkaidejű „hagyományos” munkaszerződésekkel rendelkezett, melynek jogi szabályozása a Munka Törvénykönyvében történt. Mindezek mellett a gazdasági életben jelen voltak a Polgári Törvénykönyvi szabályozás körébe tartozó megbízási illetve vállalkozási szerződések, valamint léteztek a hagyományostól eltérő úgynevezett atipikus munkavégzési módok is, de ezek hányada a nemzetgazdasági foglalkoztatás arányaiban vizsgálva elhanyagolhatóak voltak, így alkalmazásuk a szükséges jogszabályi háttér hiányának következtében nem volt igazán elterjedt. (Hertel,2004)

A helyzet gyökeresen megváltozott a piacgazdaságra való áttérés után. A korábbi személtel felhagytak a munkaadók és a munkavállalók is. A rendszerváltás előtt a hagyományos munkaviszony biztonságot jelentett a munkavállalók számára, az atipikus foglalkoztatási formák egyik hátránya, hogy már a munkaadók érdeke kerül előtérbe a munkavállalóval szemben, ami bizonytalanabb állapothoz vezetett a foglalkoztatottak oldaláról. Az atipikus foglalkoztatás megjelenését és elterjedését kiváltották a megváltozott

környezeti feltételek, vagyis a vállalkozásoknak teljesen új formája jelent meg, a munkanélküliség tömegessé vált, új adónemek kerültek bevezetésre. Mint minden, ami új vagy újító jellegű kezdetben ellenszenvet váltott ki, majd egyre inkább rájöttek ennek előnyeire és alkalmazási feltételeire. Ehhez párosult a jogszabályi háttér meglétének kialakítása és alkalmazkodása az európai tendenciákhoz, melyre még inkább hatott a 2004. évi Európai Unióhoz történő csatlakozás.

Az atipikus foglalkoztatás megjelenéséhez hozzá járult az is, hogy a munka jellege hosszú távon megváltozott, a piacok egyre instabilabbak lettek, fokozatosan elterjedt az információs technológia. A hagyományos értelemben vett tőkés gazdaságban még jól működött a hagyományos foglalkoztatás, de az új jellegű gazdaságokban már szükséges volt a hagyományostól eltérő foglalkoztatás kialakulása és elterjedése. A vállalatoknak szükséges, hogy a munkaerőt rugalmasan tudják változtatni és ehhez nem kell a dolgozókat elbocsátani, hanem igénybe tudják venni a munkaerő kölcsönzést. (Ékes 2009)

Az atipikus foglalkoztatásban a résztvevők többsége ugyan még mindig „alkalmazotti” státuszban van, de az alkalmazás módja már nagymértékben eltér a régi állami vállalatoknál tapasztalt rendszerektől. Ezek az új foglalkoztatási viszonyok elsősorban kényszerű lépésként, a munkanélküliség csökkentése, a munkavégzéssel kapcsolatban felmerülő költségek csökkentésére, új elvárások megvalósítására, és ezen keresztül a hatékonyabb termelési folyamatok realizálásának céljából jöttek létre.

Az atipikus foglalkoztatás nagy előnye, hogy ezáltal a dolgozók hatékonysága tovább növelhető. A Profession.hu cikkei között olvasható egy érdekes statisztikai adat, miszerint a munkaidő 45%-a kárba vész hazánkban. Ennek oka egyrészt a dolgozók motivátlansága és a nem megfelelő munkaszervezés. Ezekre a problémákra részben megoldást jelenthet a hagyományostól eltérő foglalkoztatás.

Héthy (2001) szerint a globalizáció hatása a munkaadókra és munkavállalókra az alábbiakban foglalható össze: a hagyományos, határozatlan időre szóló munkaviszonyt határozott idejű munkaviszony váltja fel, a munkaidő-felhasználás rugalmasabbá válik, a munkaviszonyon kívüli (polgári jogviszonyon alapuló) munkavégzés előtérbe kerül, a részmunkaidős foglalkoztatás elterjed a teljes munkaidőjű foglalkoztatással szemben, mindezek együttes hatásaként az atipikus munkák elterjednek.

### **1.3. Az atipikus foglalkoztatás főbb típusai és jogszabályi háttere**

Az atipikus munkaviszonyok megjelenése óta komoly kérdés a szabályozás és a dereguláció problematikája. Megállapítható, hogy a jogalkotás elmaradt abban az értelemben, hogy nem került sor a munkavégzés ezen formáinak átfogó jogszabályi feltérképezésére.

Az alábbiak folyamán az Európai Unió irányelvek után a hazai jogforrások kerülnek elemzésre.

#### ***A munkajog kihívásai***

A munkajog XXI. századi kihívásairól eltérő képeket lehet olvasni a szakirodalomban. Számos tanulmány a jogág válságáról, a munkajog klasszikus intézményrendszerének végéről szól. A munkavégzésre irányuló jogviszonyok fejlődése és változása miatt a kérdéskör pedig még érdekesebb, és fontos elemezni a kialakult helyzetet.

Az időközben bekövetkező változások legfontosabb elemei között egyértelműen megjelenik az átalakuló munkáltatói szervezet. A klasszikus munkajog esetében a munkáltató egy jól meghatározható termelő vállalat, amely hierarchikusan irányított és kapcsolatban van a dolgozókkal. Ezt a modellt azonban felváltják az egyre inkább a hálózatszerű, úgynevezett többdimenziós szervezetek, melyekben a kapcsolati rendszer nagyon összetett, egyes esetekben klaszterszerű felépítéssel rendelkeznek. Ugyanakkor az új típusú szervezetekben laza kapcsolat alakul ki a tagok között. A változás másik lényegi eleme a munkavállalók mobilitása, valamint a munkáltatók földrajzi szétszóródása. A legtöbb nagyvállalat számos leányvállalattal, fiókkal vagy telephellyel rendelkezik és az esetek egy részében a dolgozók már nem a vállalat falain belül dolgoznak, hanem otthon vagy egy teleházban.

További szempont, hogy a nemzetállamok „határainak” csökkenése jogszabályi környezetre is befolyásoló erővel bírt. A hagyományos értelemben vett munkajog, országon belülre tartalmaz érvényes előírásokat, amely az utóbbi évtizedekben egyre inkább elmosódik. Ennek az oka összetett, hiszen hazánk is több nemzetközi szervezet tagja, de a legjelentősebb csoportosulásnak az Európai Uniót tekinthetjük, melynek jogszabályi háttere erősen hat a kialakult hazai jogrendre.

A munkajog kihívásait tárgyalva meg kell említenünk a már említett globalizáció hatásait is, melyek kétirányú lehetnek, s ez egy olyan terület melyről többféle nézet alakult ki. Egyesek szerint a globalizációnak pozitív hatása, mások szerint pedig éppen a negatívhatása érezhető. Mindenesetre tény, hogy a nemzetköziesedés és a terjedő multinacionális vállalatok mind a globalizáció természetes folyamatának következményei. A jelentősebb transz- és multinacionális vállalatokat gazdasági súlyuknál és méretükénél fogva erős alkupozícióval rendelkeznek a piacon és ez erősen hat a munkajogra is. (Kártyás2009)

### ***Európai Unió jogforrások***

Az Európai Unión belül általánosan elfogadott szabályozási irányelvek meghatározását követően alakították ki az atipikus foglalkoztatásra vonatkozó jogszabályokat. „Ezek az irányelvek a következők: A jogszabályok nem átfogóak, hanem részenként külön-külön szabályozzák az egyes formákat. A szabályozás első sorban az atipikus foglalkoztatás minimum standardjait határozza meg, ezzel kereteket, határokat adva annak alkalmazásához. A szabályozás célja a munkavállalók védelme. Legfontosabb alapelve: diszkrimináció tilalma, egyenlő bánásmód biztosítása (hátrányos megkülönböztetés tilalma) Egyensúly megteremtése a rugalmas és hagyományos munkavégzés között. A jogszabályoknak garantálnia kell az atipikus munkaviszonyok létesítésének önkéntességét.” (Hertel 2004:4)

Az EU két dokumentuma is kiemelten foglalkozik a távmunkával, az egyik volt az 1993. évi „Fehér Könyv” valamint az ún. Bangemann-jelentés Európa és a globális információs társadalom címmel.

Napjaikban a részmunkaidős és a határozott idejű foglalkoztatásról irányelv létezik (részmunkaidős 97/81/EK irányelv, határozott idejű foglalkoztatásról 99/70/EK irányelv), illetve a munkaerő kölesönzés néhány kérdését is tartalmazza a 91/383/EGK és a 96/71/EK irányelv. Az önfoglalkoztatók kategóriája a férfiak és a nők közötti egyenlő bánásmód vonatkozásában lett szabályozva (86/613/EGK irányelv). Ezzel szemben meg kell jegyezni, hogy a tagállamokban kifejezetten távmunkára vonatkozó szabályozást nem találunk és speciális irányelvi útmutatás sem született még.

Az atipikus foglalkoztatási formák uniós szabályozása hosszú és politikai szempontból is jelentős kérdés volt korábban és ma is az. 20 éve jelentek meg az első irányelvek, valamint

több sikertelen és sikeres joganyag is született. Az egységes szabályozást mindig megnehezítette és ma is komoly problémákat okoz, hogy a tagállamok nem egyenlő gazdasági és jogi háttérrel rendelkeznek és különbözőképpen szabályoznak<sup>1</sup>.

### ***Magyarországi jogforrások***

A Munka Törvénykönyvét (2012. évi I. törvény) hazánk jogalkotói az elmúlt időszakban jelentősen átalakították, többször módosították. A korábbi 1992. évi XXII. törvényhez képest kardinális változtatásokat építettek be a jelenleg hatályos Munka Törvénykönyvébe.

A hagyományostól eltérő foglalkoztatási típusokat az új törvény elődjénél néhol részletesebben, néhol kevésbé részletesen szabályozza. A törvény XV. fejezete tartalmazza a munkaviszony egyes típusaira vonatkozó különös szabályokat, melyek közül az alábbiak a klasszikus atipikus foglalkoztatási formák: határozott idejű munkaviszony, távmunkavégzés, munkaerő-kölcsönzés és a részmunkaidő. A XVI. fejezet a munkaerő-kölcsönzés szabályaival foglalkozik (az 1992. évi törvényhez képest jelentős változást itt nem lehet felfedezni). Indokolt lett volna azonban egy külön fejezetet szentelni az atipikus foglalkoztatási formák szabályozásának és ott az összes típusra vonatkozóan a legfontosabb elemeket meghatározni.

A jogszabályi háttérrel vizsgálva láthatjuk, hogy ma Magyarországon nem találunk a részmunkaidős foglalkoztatásra vonatkozóan speciális szabályokat. Ennek egyik oka lehet az is, hogy míg Európa fejlettebb államaiban jelentős a részmunkaidőben foglalkoztatottak száma, addig Magyarországon ez még nagyon alacsony, kezdetleges szinten van, és ezen a téren alacsony a statisztikai mutatószám. A Munka Törvénykönyve természetesen lehetővé teszi a részmunkaidős foglalkoztatást, ha abban felek megegyeznek. További jellemzője a Munka Törvénykönyvének, hogy a magyar szabályozás a határozatlan idejű jogviszonyt tekinti fő szabálynak a foglalkoztatásba és a statisztikák alapján összes magyarországi foglalkoztatott 20%-arendekezik határozott idejű munkaszerződéssel.

---

<sup>1</sup>Az első kísérlet 1982. januárjában született meg, amikor a részmunkaidős foglalkoztatást szabályozták irányelvvel. A javaslatokat többször is átdolgozták, végül 1983-ban lekerült a napirendről.



## 1.4. Atipikus foglalkoztatási formák

### 1.4.1. Távmunkavégzés

A távmunka olyan foglalkoztatási forma, amely esetén a munkavállaló vagy munkáltató által megválasztott állandó vagy változó helyszínen, a hagyományos értelemben vett munkahelyen kívül folyik a munkavégzés nagy része, amikor is a munkavállaló a munkáltatóval, illetve esetleg az ügyfelekkel valamely modern kommunikációs eszköz segítségével tartja a kapcsolatot, ilyen formában számol be teljesítményéről. (Tóthné 2002)

Kiss (2001) szűkebb és tágabb meghatározása jól érzékelteti a távmunka sajátosságait: „a távmunkavégzést a munkavégzés helyének atipikus mivolta miatt szokás az atipikus foglalkoztatási formák közé sorolni...A legtágabb megközelítés szerint minden olyan munka távmunka, amikor a munkavégzés során a munkáltató és a munkavállaló térben távol van egymástól. Szűkebb értelemben távmunka az a munkaszervezeten belül végzett munka, amely a hagyományos szervezeti karakterektől térben és időben független.”

A távmunka fogalmának megvalósulásához 3 feltételnek kell egyidejűleg fennállnia:

1. alternatív munkahelyen, ami lehet saját otthon, teleház, távmunka-központ, teleiroda, közlekedési eszközök, stb. történik a munkavégzés;
2. önállóan és rendszeresen, azaz heti egy-két vagy minden nap végzi munkáját a munkahelyétől távol a dolgozó;
3. elektronikus úton valósul meg a kapcsolattartás a munkaadóval, azaz a munkavállaló a feladatot elektronikus úton on-line kapja és így is továbbítja a kész anyagot a munkaadónak. (Finna 2008)

A távmunkának négy típusa határozható meg Közép-Kelet Európában:

1. Otthoni távmunka: jellemzően otthon kialakított, infokommunikációs eszközökkel felszerelt helyiségekben végzik és a munka eredményeit is infokommunikációs technológia eszközök segítségével továbbítják a munkaadó részére.
2. Mobil távmunka: a távmunkás munkaidejének nagy részét utazással tölti, a munkavégzés otthonától és munkahelyétől távol valósul meg, a kommunikáció szintén az infokommunikációs eszközök, számítógépek segítségével történik.

3. Önfoglalkoztatók által végzett távmunka: a foglalkoztatási státusz különbözteti meg a többi típustól, ami az alkalmazotttól eltérő munkakapcsolatot feltételez.
4. E-szabadúszó (e-lancer): ezt a kifejezést azokra a távmunkásokra alkalmazzák, akik szinte teljes munkájukat „virtuálisan”, az interneten keresztül végzik, beleértve a megrendelés megszerzését, a munka elvégzését és eredményeinek továbbítását, valamint a kapcsolattartást is.

Az Európai Unió joganyagát vizsgálva, a távmunkavégzés vonatkozásában az ETUC (Európai Szakszervezeti Szövetség), az UNICE (Európai Gyáriparosok és Munkáltatók Szervezeteinek Szövetsége) és a CEEP (Állami Vállalatok Európai Központja) által 2002. július 16-án megkötött Európai Távmunka keret-megállapodás tartalma szolgál iránymutatásul. Ez jellegét tekintve az európai szociális partnerek megállapodása, és jelenleg nem származik belőle a tagállamok számára jogharmonizációs kötelezettség. (Bankó 2010) Ugyanakkor a keret-megállapodás távmunkára vonatkozó definíciójának tartalmi elemei visszaköszönek országunkban is. A magyar Munka Törvénykönyve kimondja, hogy a „távmunkavégzés a munkáltató telephelyétől elkülönült helyen rendszeresen folytatott olyan tevékenység, amelyet információtechnológiai vagy számítástechnikai eszközzel (együtt: számítástechnikai eszköz) végeznek, és eredményét elektronikusan továbbítják.” (2012. évi I. törvény (Mt.) 196.§ (1) bekezdés)

A munkavállaló nem munkaszervezetben dolgozik, és a munkáltató és közte telekommunikációs kapcsolat áll fenn. A távmunkát otthoni körülmények között, és nem a vállalat tényleges telephelyén vagy székhelyén végzik. Az informatikai feltételek révén ez minden gond nélkül megoldható. A munkáltató felelős a munkafeladat előkészítéséért, pontos meghatározásáért, valamint ellenőrizheti az előállított eredményt. A munkavégzés alapjául szolgáló szerződés minősítése számos egyéb szempont figyelembevételétől függ, elsősorban a polgári jogi szabályozás, a Polgári Törvénykönyv hatálya alá tartozó jogviszonyok elhatárolása jelenthet problémát, mint pl. a megbízási szerződések, vagy a vállalkozási szerződések Magyarországon. (Badó 2011)

A távmunka előnyeinek és hátrányainak ismertetésétől eltekintünk, de a legfontosabb jellemvonásokat kiemeljük. A megfigyelések szerint távmunkások teljesítménye, akár 30%-kal is nőhet a hagyományos módon foglalkoztatott munkaerőkhöz képest, és könnyebben megoldható a rendkívüli munkavégzés. Ezenkívül, rugalmas létszámgazdálkodás valósítható

meg, tehát mindig annyi munkaerő foglalkoztatható, amennyire éppen szükség van. A távmunkánál azonban, a munkáltatói oldalról az utasítási és ellenőrzési jogerősen korlátozott, ezáltal nehezebben mérhető a munkavállaló teljesítménye. A hagyományos foglalkoztatáshoz képest az utasítási jog eltérő: „a munkáltató utasítási joga – eltérő megállapodás hiányában – kizárólag a munkavállaló által ellátandó feladatok meghatározására terjed ki.” (2012. évi I. törvény (Mt.) 197.§ (1) bekezdés) Itt a munkáltató utasítási joga csak a távmunkás által elvégzett feladatokra terjed ki, elviekben lehetőség van a széles körű utasítási jog alkalmazására is, de a gyakorlatban erre nem szokott sor kerülni. (Bankó, 2004)

A távmunkára vonatkozó speciális kárfelelősségi kérdéseket a 2012. évi I. törvény nem érinti, és ez szembeeső a változás a korábbi, 1992. évi XXII. törvény távmunkát szabályozó szakaszához képest. Akkor részletesen szabályozták, aminek kiemelt jelentősége van, ugyanis a „távmunkát végző munkavállaló gondatlan károkozására vonatkozóan az általános munkaszerződésben rögzíthető másfél havi átlagkeresethez képest szigorúbb megállapodásra adott lehetőséget a jogalkotó. A kártérítés mértékét a munkaszerződés legfeljebb háromhavi átlagkeresetig határozhatta meg, ha a felek megállapodása szerint a munkáltató utasítási joga kizárólag a távmunkát végző munkavállaló által ellátandó feladatok meghatározására terjed ki és a távmunkát végző munkavállaló a kárt e feladatok ellátásával összefüggésben okozta.” (Bankó 2004:9)

Hasonló a helyzet a munkáltató objektív kárfelelősségi kérdésével is a távmunka szabályozásának körében. Az 1992. évi XXII. törvény szabályozta ezt, az új (2012. évi I. törvény) már nem ad utalást erre, pedig ez szintén fontos rész, ugyanis a távmunka esetében a munkáltató helytállása enyhébb volt. A távmunkás munkaviszonyával összefüggésben okozott kárért vétkességére tekintettel, teljes mértékében felelt a munkáltató, ha a kár bekövetkezte a munkáltató székhelyétől elkülönült helyen nem a munkáltató által biztosított eszközzel történő munkavégzéssel, vagy a távmunkát végző munkavállaló által biztosított és a munkaviszonyból eredő kötelezettség teljesítéséhez használt eszközzel állt okozati összefüggésben.

A távmunka esetében az ellenőrzés kérdése szintén kardinális, ugyanis ebben az esetben szűkebb körű és a távmunka helyszíne miatt is máshogyan alakul, mint a hagyományos foglalkoztatás körében. „A munkavégzés ellenőrzése során a munkáltató nem tekinthet be a munkavállalónak a munkavégzéshez használt számítástechnikai eszközön tárolt, nem a

munkaviszonyból összefüggő adataiba...Eltérő megállapodás hiányában a munkáltató állapítja meg az ellenőrzés módját és a munkavégzés helyeként szolgáló ingatlan területén történő ellenőrzés esetén annak bejelentése és megkezdése közötti legrövidebb tartamot. Az ellenőrzés nem jelenthet a munkavállaló, valamint a munkavégzés helyeként szolgáló ingatlant használó más személy számára aránytalan terhet.” (2012. évi I. törvény (Mt.) 197.§ (3), (4). bekezdés)

#### *1.4.2. Részmunkaidő*

A részmunkaidő fogalmának a nemzetközi jogforrásokban nincs egységes meghatározása. Az ILO-definíció szerint a részmunkaidő jelentősen rövidebb, mint a normál munkaidő. Az OECD - elsősorban statisztikai megfontolásból - a heti 30 óránál kevesebb munkaidő fogalmát használja. Az EU részmunkaidőről szóló irányelve az azonos munkahelyen teljes munkaidőben foglalkoztatottak munkaidejénél rövidebb időben foglalkoztatottakat tekinti részmunkaidős munkavállalónak. A részmunkaidős foglalkoztatás terjedése jól mutatja a megváltozott munkavállalói magatartást, ugyanis a részmunkaidő engedi meg a leginkább a munkavégzés összehangolását más tevékenységekkel – család, továbbtanulás, önkéntes munka. A részmunkaidőben történő foglalkoztatás célcsoportjai többségében a kisgyermekes édesanyák, a családtagot ápoló munkavállalók, a munka mellett tanulmányokat folytató egyének, az öregségi nyugdíj előtt állók, a rokkantnyugdíjasok, és akik valamilyen egészségügyi károsodást szenvedtek el vagy valamilyen fokú testi vagy szellemi fogyatékkal rendelkeznek.(Lipták 2011)

Foglalkoztatáspolitikai szempontból azért kedvelt ez a forma, mert gyorsabban járul hozzá a foglalkoztatottsági ráta növekedéséhez, mint a teljes munkaidős foglalkoztatás. „Foglalkoztatáspolitikai szempontból a részmunkaidő ugyancsak egymásnak ellentmondó érdekek szolgálatába állítható. Munkaerőhiány esetén pótlólagos kínálatot mobilizál: olyan munkavállalói csoportokat, akik más formában nem állnának munkába. Recesszió idején – a munkakörök megosztása révén – stabilizálja a foglalkoztatást és megelőzi a munkanélküliséget. Az állástalan emberek számára megkönnyíti a beilleszkedést vagy a visszalépést a munka világába.” (Frey, 2000:1020) Az átmeneti gazdaságú, lemaradó országok számára pedig szintén jó lehetőség lenne például a nyugdíj előtt álló munkavállalók részmunkaidőben történő foglalkoztatása, de ehhez ugyanakkor szükség lenne a társadalombiztosítási rendszer átgondolása is. Sőt Bankó egyenesen kijelenti,

„Magyarországon a foglalkoztatás terhei útját állják annak, hogy jelentősen bővüljön a részmunkaidőben foglalkoztatottak száma.” (Bankó2010:102)

A magyar Munka Törvénykönyve mindösszesen kilenc helyen említi a részmunkaidő kifejezést, és kevés speciális szabályt találunk a teljes munkaidőnél rövidebb munkavégzési formára. A törvény nem határozza meg sem a részmunkaidő, sem a részmunkaidős munkavállaló fogalmát, valamint az erre a jogviszonyra vonatkozó sajátos elemeket. A részmunkaidő napi ledolgozandó munkaidejére az alábbi utalás jelenik meg: „a munkavállaló beosztás szerinti napi munkaideje – a részmunkaidőt kivéve – négy óránál rövidebb nem lehet.” (2012. évi I. törvény (Mt.) 99.§ (1) bekezdés) Ez ugyanakkor mégsem tekinthető korrekt meghatározásnak, hiszen a részmunkaidő a gyakorlatban leginkább 4 vagy 6 órás napi munkavégzést jelent. A törvény a részmunkaidőt eltérő módon értelmezi, mint azt európai viszonylatban teszik. A jogok és kötelezettségek terén a munkavállalóra a munkajogi szabályok speciális rendelkezéseket sem tartalmaznak. (Bankó 2010)

A teljes munkaidőben és a részmunkaidőben foglalkoztatottak száma és aránya Magyarországon 2008 óta változó tendenciát követ. A részmunkaidős foglalkoztatottak létszáma 2007-től folyamatos emelkedést mutat, miközben egyre kevesebben kapnak munkát teljes munkaidőben – ez a gazdasági válságra adott munkaerő-piaci válasz. A munkaadók inkább részmunkaidőben alkalmazzák a munkaerőt, a válság miatti költségcsökkentés és termelés kiesés miatt. Ugyanakkor ez is bizonyítja, hogy a jövőbeli foglalkoztatás egyre inkább az alternatív megoldások irányába mozdul el.

#### *1.4.3. Munkaerő-kölcsönzés*

A munkaerő-kölcsönzés a költségek csökkentésére létrejött speciális munkavégzési forma. Az atipikus foglalkoztatási formák ezen típusa esetében a munkavállalóval munkaszerződést megkötő munkáltató (kölcsönző cég) és a tényleges foglalkoztató személye elkülönül egymástól. Fontos, hogy - garanciális okokból - csak olyan munkavállaló kölcsönözhető, akit kifejezetten ilyen céllal alkalmaztak, más dolgozó tehát nem kerülhet a munkáltatója döntése miatt ilyen helyzetbe. Éppen ezért munkaerő-kölcsönzéssel csak meghatározott feltételeknek megfelelő cégek foglalkozhatnak, így hazánkban például nyilvántartásba kell vetetniük magukat ahhoz, hogy e tevékenységüket megkezdhessék.

Magyarországon a munkaerő kölcsönzés az egyik leginkább elterjedt atipikus foglalkoztatási forma. A munkaerő kölcsönzésről rendelkezésre álló korlátozott számú statisztikai adatokkal ugyanakkor óvatosan kell bánni, ugyanis nem egészen a valós képet mutatják. Az adatokból olyan jelentős kérdésekre nem kapunk választ, mint hogy hány főt alkalmaznak rendszeresen a kölcsönbevevő cégek, nem tudjuk, hogy egyes munkavállalókkal mennyire elégedettek, a munkavállalók ténylegesen hány munkanapot töltenek a cégnél. Ezen okok miatt óvatosan kell kezelni azokat a kijelentéseket, miszerint a munkaerő kölcsönzés hatékonyan hozzájárul a munkaerőpiac rugalmasabbá válásához, ugyanakkor az tény, hogy az atipikus foglalkoztatási formák közül ez képviseli a legnagyobb részt.(Lipták2011)

Ennek oka egyrészt az, hogy a vállalatok számára fontos, hogy a személyzettel kapcsolatos költségeket előre láthassák, ezt a funkciót pedig a munkaerő-kölcsönzés teljes mértékben ellátja, vagyis még precízebbé és könnyebben kalkulálhatóvá teszi a munkaerő-szükséglettel kapcsolatos költségtervezést. Másrészt a vállalatok rugalmasan tudnak alkalmazkodni a gyártott termék rendelésállományhoz és ennek megfelelően tudnak alkalmazni kevesebb vagy több kölcsönzött munkavállalót. A leggyakrabban ciklikus termeléskor vagy időszakos kieső termeléskor, magas fluktuációjú munkaköröknél a probléma és a munkaerőhiány tünteti kezelésére, létszámstop vagy bérstop esetén kényszermegoldásként, toborzási tevékenység során. Általában vagy a nagyon magasan képzett munkavállalókat vagy a betanított munkásokat alkalmazzák a legnagyobb arányban a kölcsönbevevők.

A munkaerő kölcsönzés érdekes téma önmagában is. A gazdasági válság idején a napi hírekben sokat lehetett hallani jelentősebb létszámleépítésekről, de nagyon ritkán történt tájékoztatás a munkaerő kölcsönzés alakulásáról. Pedig a válságban a vállalatok első körben a kölcsönzött munkaerőtől válnak meg, vagy felmondanak nekik, esetleg a határozott idejű szerződéseket nem hosszabbítják meg, de ezeket, noha jelentős súlyuk van valahogy nagyobb „hírverés” nélkül egyszerűen elintézik.

A munkaerő-kölcsönzés tekintetében három főbb típust különböztetünk meg:

- hosszú távú kölcsönzés (a felek akaratától függően több hónapra is szólhat a szerződés),
- gyorskölcsönzés (rövid idejű, akár egy-két napos kölcsönzést jelent),
- outsourcing (mely a munkaerő-kölcsönzés egy speciális területe).

A korábbiak során már említettük, a munkaerő-kölcsönzés specialitása a többi atipikus foglalkoztatási formákhoz képest az, hogy itt három szereplős modellről (kölcsönbeadó, kölcsönbevevő és munkavállaló) van szó, amelyben a kölcsönbeadó és a munkavállaló között munkajogi szerződés, míg a kölcsönbeadó és a kölcsönbevevő között polgári jogi szerződéses jogviszony áll fenn. Eszerint a kölcsönbeadó a vele kölcsönzés céljából munkaviszonyban álló munkavállalót üzletszerűen – díjazás ellenében – munkavégzéssel a kölcsönbevevőnek átadja.

2006. január 1-től a kölcsönvevő és a munkavállaló között jön létre munkaviszony a kölcsönbeadó és a kölcsönvevő közötti szerződés által meghatározott időtartamra. Az új szabályok értelmében, ha a munkaviszony időtartama azért nem állapítható meg, mert azt szerződéskötés hiányában nem lett meghatározva, úgy a szerződés határozatlan időre jön létre. 2007. április 1-től jelentős változás történt a Munka Törvénykönyvében, annak is a munkaerő kölcsönzésre vonatkozó rendelkezéseiben. A gyakorlati jogalkalmazás terén sokáig kérdés volt, hogy Alkalmi Munkavállalói Könyvvel lehet-e alkalmazni munkavállalót munkaerő kölcsönzés során. Az új rendelkezés szerint nem, ugyanis az Munka Törvénykönyve egyértelműen meghatározza a munkaerő kölcsönzés során kötendő munkaszerződés tartalmi elemeit, ezeket más megállapodás nem tartalmazhatja, így a munkavállalói könyvvel történő foglalkoztatás sérti az Munka Törvénykönyve szabályait. (Waldmann 2007)

A magyar Munka Törvénykönyv 214. § (1) definíciója szerint: „a munkaerő-kölcsönzés olyan tevékenység, amelynek keretében a kölcsönbeadó a vele kölcsönzés céljából munkaviszonyban álló munkavállalót ellenérték fejében munkavégzésre a kölcsönvevőnek átengedi.” „A kölcsönbeadó az a munkáltató, aki a vele kölcsönzés céljából munkaviszonyban álló munkavállalót munkavégzésre, kölcsönzés keretében a kölcsönvevőnek átengedi és munkáltatói jogait, illetve kötelezettségeit a kölcsönvevővel megosztva gyakorolja.” Kölcsönbeadó csak olyan szervezet lehet, akit a Munkaügyi Központ nyilvántartásba vett. „A kölcsönvevő az a munkáltató, aki a kölcsönzés keretében átengedett munkavállalót foglalkoztatja és munkáltatói jogait, illetve kötelezettségeit a kölcsönbeadóval megosztva gyakorolja.” A munkaerő-kölcsönzés célja tehát az, hogy a gazdálkodó szervezetek, vállalatok ideiglenesen felmerülő munkaerő szükségletét kielégítése a munkaerő-kölcsönző cégek szolgáltatásának bekapcsolásával.

Prugberger-Kenderes (2009) szerint „maga az elnevezés jogdogmatikailag pontatlan, sőt téves, mert a munkaerő-kölcsönzéssel foglalkozó cég nem is ingyen, hanem fizetség, pontosabban bérleti díj ellenében bocsátja azt a munkaerőt a ténylegesen foglalkoztató rendelkezésére, akit a kölcsönző cég kikölcsönzés, azaz bérbeadás céljából alkalmaz. A munkaerő-kölcsönzés tehát egy bérleti tartalmú, nem ingyenes, hanem visszerhes jogviszony.” A munkaerő-kölcsönzés 2001. évi kodifikációja óta többször változott ez a fejezet a Munka Törvénykönyvében. (Bóday 2009) 2007. január 1-től az Egységes Magyar Munkaügyi Adatbázis helyébe az adóhatóság által vezetett nyilvántartás lépett be, így a munkaviszonyról létrejött bejelentési kötelezettséget az adóhatóság felé kellett teljesíteni. Kártérítési ügyekben a kölcsönbeadó és a kölcsönvevő között létrejött polgári jogi szerződés az érvényes, így a Polgári Törvénykönyv felelősségi szabályait kell alkalmazni. (Waldmann 2007)

#### *1.4.4.. Outsourcing*

Az outsourcing, azaz kihelyezés során a vállalatok azokat a funkciókat tartják meg maguknak, amelyek nyereségesek vagy jelentős versenyelőnyt biztosítanak a vállalat számára, illetve azokat a funkciókat kihelyezik, amelyek nem különösen fontosak, ezért külső szolgáltatókkal végeztetik el. Legfőbb területei az informatika, az adminisztráció, a takarítás, logisztika.

A globalizáció terjedésével olyan óriási méretű nagyvállalatok jöttek létre, amelyek tevékenysége már nem volt megfelelően átlátható, ellenőrizhető, koordinálható a menedzsment számára.

Napjainkban egyre több vállalat adja ki külső szolgáltató szakkégeknek azokat a munkákat, amik nem tartoznak a fő tevékenységéhez. Ennek előnyei:

- A hatékonyság érdekében az erőforrásokat a fő tevékenységekre és a vállalati célokra lehet összpontosítani.
- Költségcsökkentés a vállalatok számára.
- Problémás funkcióktól való megszabadulás lehetősége.
- A vállalatok vezetőit nemcsak a költségcsökkentés, a hierarchia laposítása, hanem az adómegetakarítás, a munkaerő-elbocsátástól való megszabadulás, kockázatok kiküszöbölése, az új technológiákkal járó tanulási problémák kikerülése is motiválja.



Az outsourcingnak azonban nemcsak előnyei, hanem hátrányai is vannak:

- A rosszul sikerült szerződés megkötésénél éppen a legnagyobb előny okozza a legnagyobb kockázatot.
- A megbízott cégek nem akarják testre szabni szolgáltatásaikat, vagy nem sikerül igazodniuk a cégek változatos igényeihez.
- A külső cégek gyakran nehezen birkóznak meg azokkal a kihívásokkal, amelyeket a megbízóik állítanak velük szemben.
- A partner nem helyes megválasztása is problémát vet fel.

Az outsourcing új típusa a co-sourcing (kihelyezés fővállalkozón keresztül). Ezt akkor alkalmazzák, amikor túl sok külső vállalkozó dolgozik egy vállalat számára és a munkájukat koordinálni kell.

#### *1.4.5. Határozott idejű munkaszerződések*

Napjainkban egyre gyakrabban alkalmazzák a határozott idejű munkaszerződéseket a munkaadók, ezzel is ellensúlyozva a gazdasági válság negatív hatásait. Mint már említettük az összes magyarországi foglalkoztatott 20%-a határozott idejű munkaszerződéssel rendelkezik.. A munkaviszony – eltérő megállapodás hiányában – határozatlan időtartamra jön létre így csak meghatározott esetekben élhet a munkaadó jogszerűen a határozott idejű munkaszerződés eszközével, meghatározott feltételek mellett. Így tehát a határozott idejű munkaviszony időtartamát naptárilag (napokban, hónapokban, években) vagy más erre alkalmas módon kell meghatározni, és a munkáltató köteles tájékoztatni a munkavállalót a munkaviszony várható időtartamáról.

A munkaadó számára előnyös határozott idejű munkaviszony létesítése, amennyiben a munkáltató tevékenysége szezonálisan, alkalomszerűen jelentkezik (pl. a megrendelői, megbízói igény kielégítése végett), a közép és hosszú távú bérköltségek terén jelentős megtakarítást jelenthet. Sok munkáltató szerint nagyobb biztonságot jelent, ha dolgozóival csupán határozott időre szóló munkaviszonyt létesítenek. A munkavállaló számára szintén előnyt jelent, mert a határozott időtartamra szóló munkaszerződéssel teljes biztonsággal tervezhet, mivel munkaviszonyából származó jövedelme a megállapodás szerinti időpontig biztos. Valamint a Munka Törvénykönyve a határozatlan idejű foglalkoztatáshoz képest számos rendelkezéssel védi a munkavállalók érdekeit. A munkaszerződésben tehát feltétlenül

fel kell tüntetni a munkaszerződés fennállásának határidejét, eltérő megállapodás hiányában ugyanis határozatlan időre jön létre a munkaviszony.

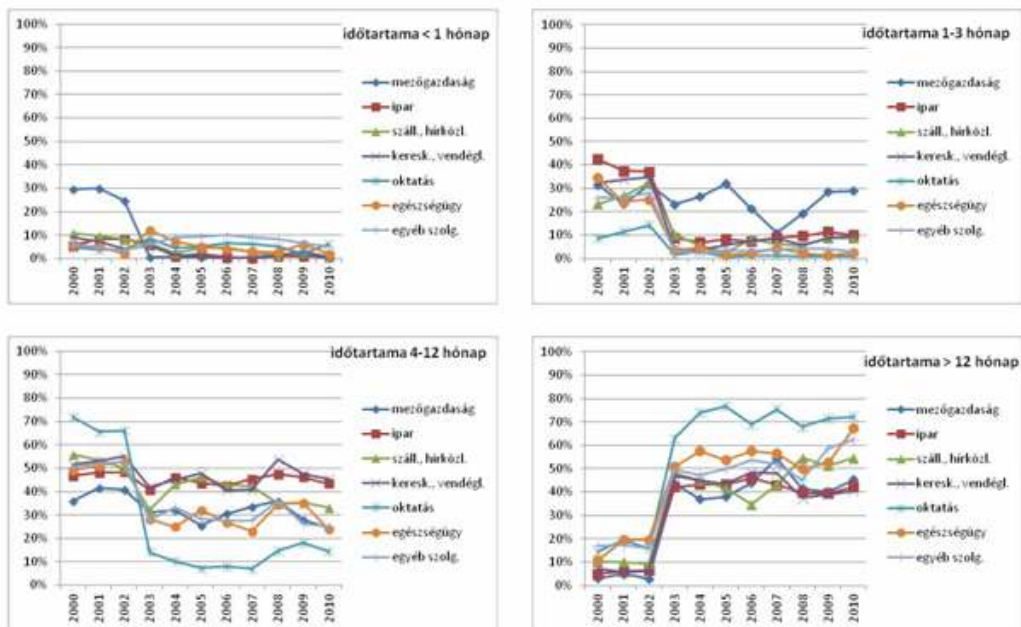
A munkaszerződésben meghatározott időtartam lejártával a munkaviszony automatikusan megszűnik. Ügyelni kell azonban arra, hogy amennyiben a munkavállaló ezt követően legalább egy munkanapot, közvetlen vezetője tudtával tovább dolgozik, úgy a munkaviszony határozatlan idejűvé alakul és akkor már csak az erre vonatkozó szabályok szerint lehet megszüntetni. Mindkét fél érdekeit védi az a szabály, hogy a határozott időtartam alatt a munkaviszony csak közös megegyezéssel vagy rendkívüli felmondással, próbaidő kikötése esetén pedig azonnali hatállyal szüntethető meg. (Bankó 2008)

Többször említettük már, hogy a magyar szabályozás a határozatlan idejű jogviszonyt tekinti a foglalkoztatásban fő szabálynak. A Munka Törvénykönyve 45. § (2) bekezdése szerint az „a munkaviszony tartamát a munkaszerződésben kell meghatározni. Ennek hiányában a munkaviszony határozatlan időre jön létre.”

„A határozott időre szóló munkaviszony időtartama nem haladhatja meg az öt évet.” A munkavállalókat törvényellenes huzamos időn keresztül azzal bizonytalanságban tartani, hogy határozatlan időre szóló munkaszerződés helyett újabb és újabb, határozott időre szóló munkaviszonyt létesítenek velük. A határozott idejű munkaviszonyt a felek közös megegyezéssel, írásban bármikor megszüntethetik. Ha pedig a munkaszerződésben próbaidőt kötöttek ki, a próbaidő alatt a felek bármelyike írásban - indokolás nélkül - azonnali hatállyal megszüntetheti a jogviszonyt. Emellett mindkét félnek lehetősége van a munkaviszonyt rendkívüli felmondással megszüntetni. Mivel azonban határozott idejű munkaviszony létesítésekor a felek előre megállapodnak annak időtartamát illetően, a munkaviszony egyoldalú megszüntetésére a Munka Törvénykönyve csak korlátozottan ad lehetőséget. Így a határozott idejű munkaviszonyt rendes felmondással egyik fél sem szüntetheti meg. Határozott idejű munkaviszony megszüntetésekor tehát nem érvényesülnek a felmondási tilalmak, valamint a munkavállalót törvény erejénél fogva sem felmondási idő, sem végkielégítés nem illeti.

A 2000-2010 között kötött határozott időre szóló szerződések megoszlását a szerződés időtartama szerint valamint ágazatonként a 3. ábra mutatja be. A nemzetgazdaság ágazatok szerint az látható, hogy különösen a 12 hónapnál hosszabb időre kötött határozott idejű szerződések száma jelentősen megnőtt, s ebben, a nemzetgazdasági ágak közül az

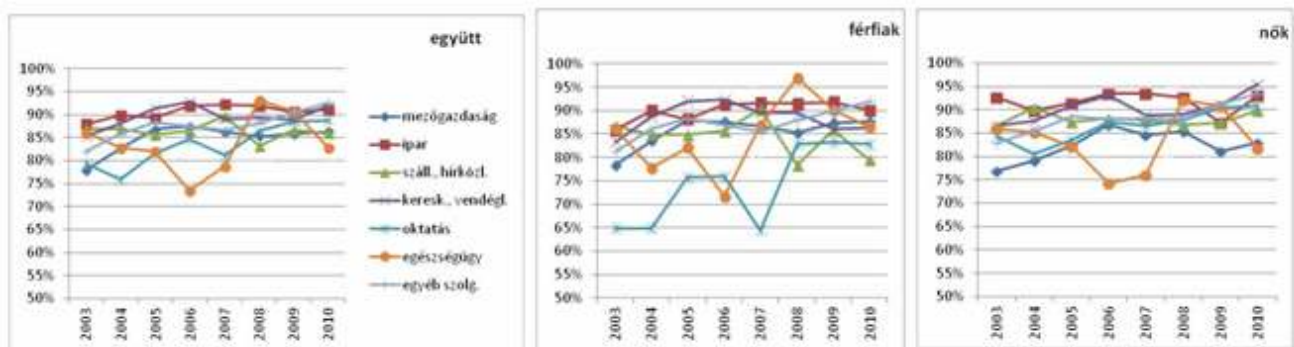
egészségügy az élen jár. A kutatások azonban arra is rávilágítanak, hogy az érintettek nagy része kényszerűen fogadja el a határozott idejű munkaszerződést. Tehát a fentiekben említett - a munkavállalókat érintő pozitívumok ellenére - melyek a határozott idejű szerződéssel kapcsolatban részesülhetnek- a munkavállalók többsége ha tehetné, inkább határozatlan idejű szerződéssel dolgozna. A felmérések szerint az „egészségügyben és az oktatásban, továbbá a mezőgazdaságban volt kicsit kevésbé kényszer a határozott idős foglalkoztatás a kétezres évek első felében, de ezekben az ágazatokban is gyorsan emelkedett azok aránya, akik, ha tehetnék, határozatlan idejű szerződéssel dolgoznának.” (Hárs 2012.)



**3. ábra: A határozott időre szóló szerződések megoszlása a szerződés időtartama szerint, ágazatonként, 2000-2010**

*Forrás: Hárs Ágnes 2012.*

2010-re azonban már minden ágazatban 85-90 százalék volt a határozott idejű szerződést kényszerűen elfogadók aránya. Az egészségügyben mindkét nem esetében eltér a határozott idős foglalkoztatás a többi ágazatétól, a hol alacsonyabb, hol magasabb kényszerűen határozott időben foglalkoztatott arány arra utal, hogy a szabályozás változásai rángatják az ágazatban foglalkoztatottak szándékát, hogy elégedett-e a határozott idős foglalkoztatás lehetőségével.



**4. ábra: Azoknak a határozott időre szerződéssel dolgozóknak az aránya, akik szeretnék határozatlan idejű munkaszerződéssel dolgozni, ágazatok szerint, nemenként, 2003-2010**

*Forrás: Hárs Ágnes 2012.*

Megfigyelhető, hogy a határozott időre szóló szerződéssel alkalmazottak száma regionként különbözik. A határozott idejű szerződéssel alkalmazottak aránya Észak-Alföldön a legmagasabb, ettől kevéssel marad el az arány Észak-Magyarországon, az eltérő alkalmazott csoportra kiterjedő mindkét adatforrás szerint. A határozott időre szerződéssel alkalmazottak aránya Közép- Magyarországon volt a legalacsonyabb, hasonló volt Közép-Dunántúlon és Nyugat- Dunántúlon, azokban a régiókban tehát, ahol a foglalkoztatottak aránya magasabb, és a munkaerő-piaci helyzet is kedvezőbb. (Hárs 2012)

A határozott idejű munkaszerződések kifejezetten kedveltek a külföldi befektetők körében, ezáltal ugyanis rugalmasabbá tudják tenni a foglalkoztatást. A Legfelsőbb Bíróság is foglalkozott ezzel a kérdéskörrel (LB MK 6. sz. állásfoglalás), álláspontjuk szerint a határozott idejű munkaszerződés megkötése mindkét fél jogos érdeke. (Bankó 2010)

A fejezetben tehát az atipikus foglalkoztatási formákat mutattuk be, amelyek jelentősége kétséget kizáróan egyre erősebb a munkaerőpiacon. Az atipikus foglalkoztatási formák terjedését mind az Európai Unió és mind a hazai foglalkoztatáspolitikai egyaránt kiemelten támogatja. Fajtái a jövőben még tovább bővültek, célja azonban egyértelmű, a lakosság és a munkáltatók igényeinek közelítése, a jobb és hatékonyabb munkaidőalap felhasználásához. Az északi államokban már a foglalkoztatottak nagy aránya dolgozik a hagyományostól eltérő formában, ugyanakkor hazánkban, ezen belül Borsod-Abaúj-Zemplén megyében még nem annyira terjedtek el a fejezetben bemutatott típusok. A problémát tovább súlyosbítja, az egyes atipikus formákkal szemben igen nagy az ellenállás, és a munkavállalók csak kényszerből vállalnak bizonyos atipikus munkaviszonyokat.

## 2. MISKOLC, MINT LESZAKADÓ RÉGIÓ ÉS REVITALIZÁLATLAN BARNAMEZŐ

*Az 1970-es években alakult ki a barnamező-fogalom, mely a város egy súlyos problémáját volt hivatott leírni, napjainkra a fenntartható településfejlesztés egy központi elemét képezi. A barnamezők tőlünk nyugatra, lassan fél évszázados múltra visszatekintő kutatása Magyarországon a 2000-es években – azon belül is elsősorban a 2004-es EU-csatlakozáshoz köthetően – került előtérbe. A barnamezős területek a problémáikkal, revitalizációjukkal – tágabb értelemben: a társadalmi funkciók térigényének fenntartható szinten tartásával, kezelésével, tervezésével – napjainkban széles körű szakirodalommal rendelkeznek, amely a kifejezés meghatározásának ugyancsak színes palettáját vonultatja fel. (Orosz 2012)*

*Tanulmányunk második fejezetének célja hogy a barnamező-fogalomkör, valamint az ezzel szoros összefüggésben álló munkaerő-piaci depresszió hogyan hat egy lemaradó térség társadalmi változásaira, a népesség csökkenésre, elvándorlásra, és ezen keresztül a térségben, esetünkben Borsod megyében tapasztalható munkaerő-piaci folyamatokra.*

A Területi Kohéziós Kézikönyv a barnamező kifejezést az alábbiak szerint fogalmazza meg: Korábban használt, jelenleg használaton kívüli vagy alulhasznosított terület, mely nincs mező- vagy erdő-gazdasági művelés alatt és nem borítja természetes növénytakaró vagy belterületi zöldterület. Jellemzően többségében mesterséges felszínborítás jellemzi, beépített vagy burkolt terület, gyakran városi térségben található egykori iparterület, gazdasági terület, vasútterület, illetve felhagyott, használaton kívüli laktanyaterület.

A barnamezős területek eredeti fogalma ('brownfield') korábban környezeti szennyezéssel rendelkező területet jelentett. Ez a megfogalmazás lényegesen szűkebb értelmezés, mint a manapság használt meghatározás. Napjainkban általában a használaton kívüli, elhagyott (nagyon kis intenzitással hasznosított) iparterületeket, gazdasági- és katonai területeket, elhagyott közlekedési területeket (vasút) jelenti, amelyek többnyire leromlott állapotban vannak és környezetszennyezéssel terheltek. Magyarországon jelenleg nem áll rendelkezésre tételes adatbázis, amely pontos információt nyújtana arról, mely települések, és milyen mértékben érintettek a barnamezős területek problémájában.

A leszakadó régi ipari térségekben kialakulhat az egyénben munkaerőpiaci depresszió érzete. Ez az érzet a munkaerőpiac származatott volta miatt az ipari átalakulást megkésve

követi, és ezt erősítheti a barnamezős jelenlét is. Mindezek alapján logikusnak mondható az állítás, hogy társadalmi-gazdasági szempontból elengedhetetlen az elmaradott térségek gazdasági potenciáljának erősítése, és a barnamezős területeken előforduló társadalmi-gazdasági problémák komplexként történő kezelése, mely hatására megállíthatóvá válhat a térségből történő elvándorlás.

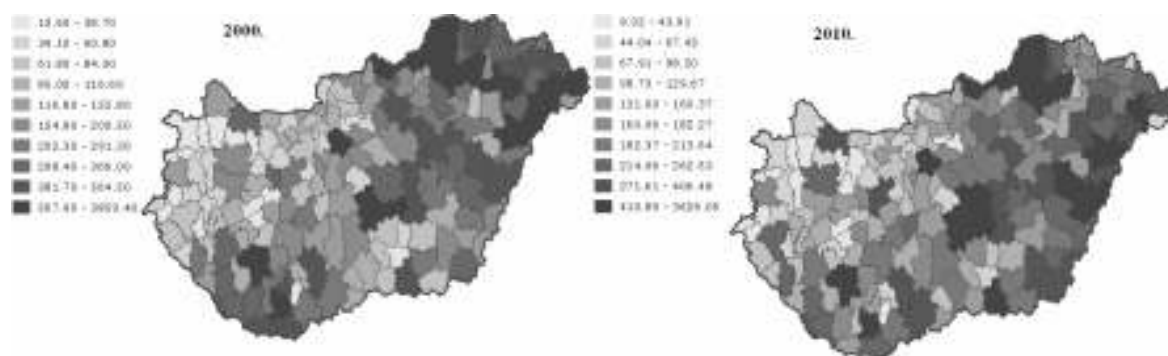
A magyar ipar területi koncentrációjával kapcsolatban elmondható, hogy gyakorlatilag az I. világháború utáni országhatár változaskor már kialakult. Ez a térszerkezet jelentősen ugyanakkor befolyásolta az egyes regionális egységek munkaerőpiacát és társadalmi összetételét. A kommunizmus évei alatt az erőltetett iparosítási politika hatására egyes térségekben még jobban elmélyült az iparhoz való kötődés, mind társadalmi, mind gazdasági téren. A rendszerváltás pedig érthető módon ezen térségek fejlődését (vagy lemaradását) nagyban befolyásolta. A magyar ipar területi szerkezetét a rendszerváltást követően jelentősen módosult. Rövid időn belül a politikai, gazdasági rendszerváltás mellett egy társadalmi, munkaerőpiaci átalakulás is érintette ezeket a területeket. Az ipari foglalkoztatottak számának, arányának jelentős visszaesésére, a dezindusztrializáció folyamatának kialakulására, a következmények vizsgálatára az elmúlt 20-25 év kellő időtávot biztosít. A rendszerváltás következményeinek, a dezindusztrializáció létrejötté országos szinten nem homogén folyamat. Egyes térségek a mai napig „magukon viselik” a dezindusztrializáció következményeit, míg mások már túljutottak a rendszerváltás okozta átalakuláson.

A térség iparának leépülése erőteljes hatást gyakorolt a társadalom jólétére. A gazdaságon ejtett seb megjelent a társadalmi egyenlőségi viszonyok területén is. A nyolcvanas évek végére egy sajátos kettős szerkezetű társadalom alakult ki elsősorban Miskolc területén. Ezt „L-modellnek” (Kolosi 1987) és „kettős háromszög modellnek” (Szelényi 1990) nevezzük. Kolosi a nyolcvanas évek elején végzett "rétegződés-modell" vizsgálatához kidolgozta a késő Kádár-kori állam szocialista társadalmának L-modelljét, melyben a redisztributív állami szektor mellett a piaci szektor kettőssége határozta meg az egyenlőtlenségi rendszer szerkezetét. Az „L” egyik szárát (függőleges) a redisztributív, a másik szárát a (vízszintes) a piaci viszonyok jelentik. Szelényi szerint a vizsgált időszakban a legfeszítőbb ellentét a káder elit és a fizikai dolgozók osztályai között feszült. A rendszerváltás után sorra zártak be a megyében a nehézipari gyárak, a munkanélküliség egyre nőtt, az elbocsátott munkásokat a szolgáltató szektor nem tudta alkalmazni. A gyárbezárások miatt „utcára került” dolgozók előtt Böhm (1998) szerint négy lehetséges út állt. Az első,

hogy kikerültek az elsődleges munkaerőpiacról és a sok kudarc után a későbbiekben nem is próbálkoztak új munkahelyet találni, ezzel vállalták az egyébként is csökkenő átlagos életszínvonalától és a középosztálytól való leszakadást, a segélyezés lett a megélhetésük legfőbb forrása. Ennek következtében egy csapdába kerültek, ahonnan még napjainkban sem tudnak menekülni. Második lehetőség az úgynevezett „túlélési stratégiák” kialakítása. Ennek a lényege, hogy elköltöztek ezekről a térségekről olyan helyre, ahol állást kaptak. Ez egy erőteljes taszító hatást jelent, harmadik lehetőségként akár külföldre is elmenekültek vendégmunkásként. Az elvándorló családok helyére új betelepülők érkeznek, akik általában legszegényebb csoportok tagjai és még inkább leszakadnak az egyébként is csökkenő átlagtól is. Végül pedig egy szűk rétegük vállalkozó, akár kényszervállalkozó lett, kilátásaik pedig egyre romlottak, a vállalkozások szinte napról napra élnek. A barnamezős gyárbezárások tehát ezeket a lehetőségeket adták a nehézipari konglomerátumok dolgozóinak, Miskolcon 19 000 volt gyári dolgozónak.

A miskolci barnamezők területén egyre inkább jellemzővé vált a társadalmi egyenlőtlenségek elmélyülése. A piaczgazdaságra való áttérés szükségszerűen felszabadította a felülről egyenlősítő rendszert, aminek következtében a felső csoportok és az átlag közötti távolság jelentősen nőtt. A szociálpolitikai rendszer megakadályozta, hogy a legszegényebb csoportok az amúgy is csökkenő átlagtól még jobban leszakadjanak, a legszembetűnőbb életszínvonal romlás a középső negyven-ötven százalék, tehát az átlagpolgárok körében tapasztalható. A helyzetet jól jelzi Miskolcon a Diósgyőri városrész helyzete. A miskolci barnamezős területek nagy része a város korábbi életében kifejezetten a jól szituált munkásemberek lakónegyede volt. Itt egy helyen működött a művelődési ház, templomok, széles választékú üzletek, bölcsőde, óvoda, iskola, szakmunkás- és szakközépiskola. Napjainkban ez már a múlté, a stabil anyagiakkal rendelkezők elköltöztek, a szociális intézmények panganak, a lakásokat felvásárlók már nem rendelkeznek a normális élethez szükséges jövedelemmel, nincs fizetőképes kereslet a területen.

A másik probléma a depressziós területeken szükségszerűen kialakuló szociológiai problémák, mint a tartós munkanélküliség, a munkalehetőségek, a munkahelyek hiánya, az alacsony foglalkoztatottság, a nagymértékű elszegényedés, a romák helyzete, a lakhatási problémák, a közbiztonság, a drog és alkohol problémák, szlömösödés, szegregáció, szegénység elmélyülése, versenyképesség romlása valamint az ezek kezelését segítő intézményi hálózat hiánya. Hiányzik a nyílt kommunikáció a lakosok és városvezetők között, közösen könnyebb lenne megoldani a helyzetet.



**5. ábra: Rendszeres szociális segélyben részesítettek száma 2000-ben és 2010-ben**

*Forrás: MTA KTI Erőforrástérkép alapján saját szerkesztés*

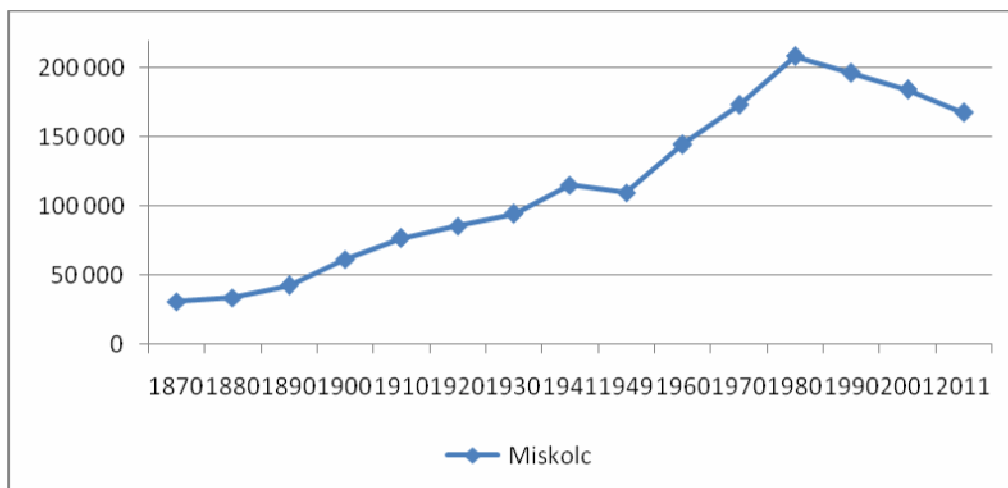
A fenti ábra mutatja a rendszeres szociális segélyben részesülők számát a 2000 és 2010 között. Jól látható, hogy Borsod megyében az elmúlt 10 évben nem történt jelentős változás a segélyben részesítettek számában. Tulajdonképpen még pozitív képet is fest a térkép, ennek viszont gazdaságpolitikai okai vannak. A rendszeres szociális segély nem más, mint a megélhetést biztosító jövedelemmel nem rendelkező, hátrányos munkaerő-piaci helyzetű aktív korú személyek részére nyújtott támogatás. 2009-ben azonban az „Út a munkához” program bevezetésével elkezdték átalakítani a szociális ellátórendszert, a rendszeres szociális segélyben részesülőket elkezdték átsorolni a rendelkezésre állási támogatás kategóriájába. Az önkormányzatoknak listát kellett készíteni a rendszeres szociális segélyben részesülőkről és azt egyeztetni a környékhez tartozó munkaügyi kirendeltségekkel. Ez azért volt fontos, mert az 1993. évi III. sz. törvény következtében átalakították a két csoport kritériumait. Ezek után csak azok kaphattak továbbra is szociális segélyt, akik 55.életévüket betöltötték, vagy egészségi állapotuk következtében korlátozottan tudnak munkát végezni, vagy 14 éven aluli gyermeket nevelnek, ahol a nappali ellátás nem biztosított. A többieket átsorolták a rendelkezésre állási támogatásban részesülők közé, kötelezővé téve számukra a későbbi munkavállalást (természetesen nem kötelező, de a továbbiakban csak akkor kaphattak támogatást, ha részt vettek a programban). Tehát a fent említett átsorolás és a közmunka terjedése az oka annak, hogy az elmúlt évtizedben enyhén csökkenő tendenciát mutat a segélyben részesítettek száma. A helyzet viszont nem javult, csak átcsoportosítás történt.



A társadalmi és gazdasági összefüggéseket a népszámlálási adatok alapján a továbbiakban kerülnek bemutatásra. Miskolc város esetében a barnamező munkaerőpiaci, társadalmi hatását vizsgáljuk meg, valamint a dezindusztrializáció fizikai és a társadalmi „sebeinek” vizsgálatára, összefüggésére is kitérünk lokális szinten egy primer kutatás kapcsán.

## **2.1. Miskolc népességének mennyiségi és korosztályos változása**

A magyar ipar koncentrációja a szocializmus évei alatt Budapest mellett elsődlegesen Borsod megyére terjedt ki. A munkaerőpiac domináló keresletét az ipar jelentette több mint 40 éven át az Észak-Magyarországi régió megyéiben. A megyében ilyen mértékű foglalkoztatotti létszám mellett természetesen növekedett az ingázók és a beköltöző családok száma az ipari centrumokhoz, így Miskolcra is. Ezzel párhuzamosan lokális szinten az ipari területek közelében létrejöttek az iparhoz kapcsolódó települések – kolóniák is. Az 1970-es évek végére a megye nagyipari munkásainak több mint a fele (51,8 százaléka) ebben a szektorban dolgozott. Az ingázók számát csak a Diósgyőri gyár esetében az 1970-es években 6.000 főre becsülték. Miskolc városában működő két gyárnak az 1980-as években közel 30.000 dolgozója volt, ezzel elérte a foglalkoztatás maximális határát (LKM1, DIGÉP2). A város lakossága ebben az időben 210.000 fő volt. A megyeszékhelyre 40-60 km-es körzetből is ingáztak a munkások, ezzel a gyár a megye foglalkoztatotti szerkezetében fontos szerepet foglalt el. A szocializmus alatt folyamatosan nőtt a város lakónépessége is. Miskolc az ország második legnagyobb lélekszámú városa volt a rendszerváltozás előtt. Népessége a nyolcvanas évek közepéig emelkedett (1986 év elején 211.660 fő volt), majd ettől kezdve fokozatosan csökkent (5. ábra). Az elvándorlás következtében 2011-es évi népszámlálás adatai alapján már csak 167.754 fő volt, ugyanakkor az ország más városaiban nem feltétlenül csökkent jelentősen, illetve nőtt a lakosok száma, pl. Debrecen (211.000 fő).



**6. ábra: Miskolc lakónépességének változása 1870-től**

*Forrás: KSH alapján saját szerkesztés*

Miskolc az utóbbi húsz évben évente körülbelül 1 százalékot veszített a lakosságából. 2001-2011 között a népesség változását tovább befolyásolta a vándorlási különbözet, azaz az elmúlt tíz évben fokozódott az elvándorlás a városból. A 2. táblázatban látható az utóbbi évtized vándorlási tendenciája, a rendszerváltást követő tömeges elvándorlás, és az azt követő napjainkat is jellemző negatív migrációs egyenleg.

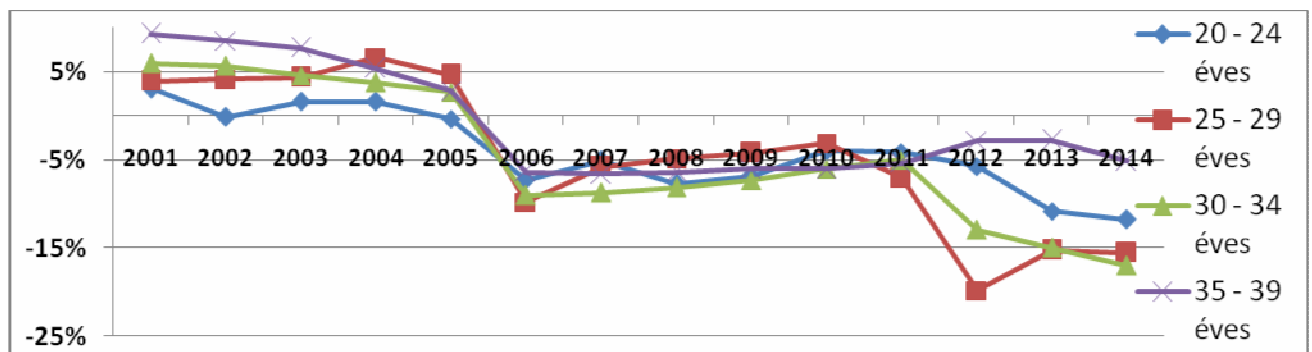
**2. táblázat: Miskolc lakónépességének változása**

Miskolc	Lakónépesség		Természetes szaporodás, ill. fogyás (-)	Vándorlási különbözet
2001	184 125	1990-2001	-6 785	-5 532
2011	167 754	2001-2011	-8 425	-7 946

*Forrás: KSH Népszámlálási adatok alapján saját szerkesztés*

Miskolc esetében a vándorlás korosztályos mintázatára a népszámlálási adatok alapján következtethetünk. Miskolc város esetében a KSH továbbszámított korosztályos népesség adatait vizsgáltuk meg. Az adatok egy-egy adott generációról készülnek, ha a változást 5 éves időtávval eltolva számítjuk, az alábbi eredményekhez jutunk. Kiugróak a 2012-2014 év közötti adatok, amely alapján 25-29 éves korosztályból 15-20 százaléknyi csökkenés történt. A 25-29 éves korosztály adatait 5 éves időtávval számítva egyre csökken ez a generáció. A visszaesés tartalmazza a természetes népesség fogyást is, amely feltehetőleg nagyon alacsony

ebben a fiatal korosztályban. 2012-től ugyancsak nőtt az elvándorlás a 30-34 éves korosztály körében, 13-17 százalékos értéket kaptuk. A6. ábrán pedig az látható, hogy 2006-tól a 30-34 éves korosztályból folyamatos az elvándorlás. Amennyiben az elmúlt öt év adatait vizsgáljuk, látható, hogy a 35-39 éves korosztály elvándorlása csökkent, azonban 30-34 éves, illetve 25-29 éves korosztályé jelentősen nőtt.



**7. ábra: Miskolc város korosztályos összetételének változása a népszámlálási adatok alapján**

*Forrás: KSH népszámlálási adatok alapján saját számítás*

Az adatok alapján ilyen mértékű elvándorlásra 30-34 éves korosztály körében 1995 óta nem volt példa. Ezen adatok alátámasztják feltételezésünket, hogy az említett korosztály kilép a megyei jogú város munkaerőpiacáról, és feltehetőleg máshol vállal munkát.

## 2.2. Miskolc munkaerőpiaci helyzetének általános alakulása

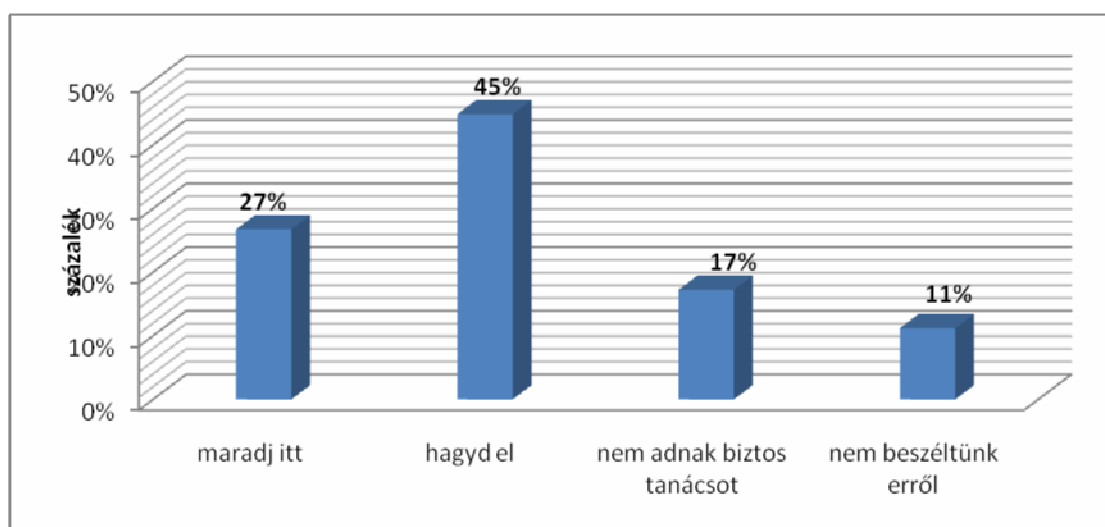
Az előző alfejezetben tárgyalt magas mobilitási hajlandóság háttérében több ok is állhat. Tekintettel arra, hogy a felnövekvő generációk számára az elsődleges szocializációs közeg a család, a fiatalok elvándorlásának egyik magyarázatát a szülők munkaerőpiaci érzékelésében kerestük. Ami – saját megfogalmazásunk alapján - azt jelenti, hogy a dezindusztrializáció folyamatával párhuzamosan a munkaerőpiac olyan észlelése alakul ki a lakosokban, amely kiábrándultságot eredményez. Az ipari átalakulást átélte, a barnamezős területek közelében élő szülők mindennap szembesülni kénytelenek az alulhasznosított terület látványával, amely tovább növelheti bennünk a bizonytalanságot, mindezek hatására régi ipari térségekben kialakulhat bennük munkaerőpiaci depresszió érzete.

Ez az érzet, mint már korábban említettük, a munkaerőpiac származtatott volta miatt az ipari átalakulást megköveteli, és ezt erősítheti a barnamezős jelenlét is.

Az egyének egyrésztől jogosan érzékelnek egy tökéletlen munkaerőpiacot, amely jelentős struktúraváltáson ment keresztül, másrésztől a valóságos helyzetnél rosszabbnak látják a lokális munkaerőpiacot és abban saját helyzetüket. A jövőképüket befolyásolja az ipari átalakulással kapcsolatos tapasztalatuk, amelyre a viszonyítási csoport munkaerőpiaci helyzete is hat.

A felmérések alapján megállapítottuk, hogy elvándorlásra azon szülők buzdítják gyermeküket, akik jelenleg is itt élnek és munkaviszonnal rendelkeznek. A munkaerőpiaci depressziós látásmódjukat felerősíti a barnamezők „puszta jelenléte” is a területen. Ez a depressziós kép arra készíti őket, hogy gyermekeiket elvándorlásra ösztönözzék, amelyet második generációs migrációs nyomásként definiálunk. Könnyen belátható, hogy az elvándorlás hosszú távon befolyásolja a munkaerőpiac kínálatát, struktúráját és a társadalomgazdaságtani (születések száma, lakásárak, fogyasztási magatartás, stb.) hatások megnehezítik a gazdaság fejlődési pályára állítását. A visszavándorlásra való ösztönzés pedig igen összetett és költséges feladat.

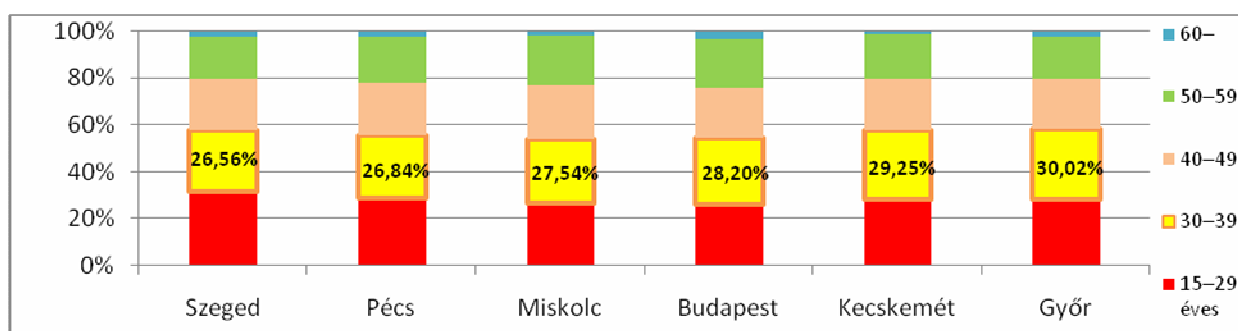
A fiatalok elvándorlásának okaira egy ESPON kutatás érintőlegesen tért ki. A Miskolci Egyetem Világ- és Regionális Gazdaságtan Intézete 2011-ben részt vett egy nemzetközi ESPON projektben, amely a nők elvándorlási hajlandóságát vizsgálta a SEMIGRA projekt keretében. A kutatás során 514 középiskolás diákot, 17-19 éveseket kérdeztek migrációs attitűdjéről. A kérdőív egyik kérdése a szülők tanácsára vonatkozott, amelyet a következő 7. ábra jelenít meg.



**8. ábra: Szülői tanácsok az elvándorlással kapcsolatban, Miskolc városában**

*Forrás: SEMIGRA adatbázis alapján saját szerkesztés*

A kérdőív elemzésekor 116 tanuló Miskolc városából adott erre a kérdésre értékelhető választ. A válaszok eloszlása alapján megállapítható, hogy a szülők 45 százaléka elvándorlásra ösztönzi gyermekét a városból, a régióból. 27 százalék biztatja itthon, illetve a régióban való maradásra, míg 17 százalék nem ad tanácsot gyermekének. A szülői tanácsból kiindulva a fiatal generáció eleve be sem lép a város munkaerőpiacára. Ezt a feltételezésünket a munkaerőpiac jellemzése is alátámasztja. Miskolc városában a népszámlálás adatai alapján 2011-ben 7 százalékos volt a munkanélküliségi ráta. A munkanélküliségi ráta korosztályos eloszlása nem mutat jelentősen eltérő képet a többi nagyvárostól.



**9. ábra: Munkanélküliségi ráta korosztályos összetétele 2011.**

*Forrás: KSH népszámlálási adatai alapján*

A városban a munkanélküli státuszban lévő 30-39 éves korosztály aránya alacsonyabb, mint Budapesten, Győrben vagy Kecskeméten. Azaz annak ellenére, hogy a munkanélküliség jelen van a városban a fiatalokat nem sújtja jobban, mint más magyarországi nagyvárosban. Ez a tény tehát nem indokolja a korosztály elvándorlását, legalábbis nem ilyen kiemelkedő mértékben.

Gazdasági aktivitás vizsgálata során szintén igazoldódott feltételezésünk. Ezek alapján megállapításra került, hogy Miskolc városának munkaerőpiacán a 30-39 év közöttiek részvétele, gazdasági aktivitása elmarad, a 20-29 év közötti korosztály részvétele pedig szintén alacsonyabb az összehasonlításba bevont többi városétól.

Az elvándorlás miatt ez a korosztály gyakorlatilag hiányzik a város munkaerőpiacáról. Pécsen, ahol ugyancsak jelenetős volt a rendszerváltozás előtt nehézipar, hasonlóan alacsony a 30-39 éves korosztály gazdasági aktivitása.

**3. táblázat: Gazdasági aktivitás korosztályok szerint**

	<b>20–29 éves korosztály</b>	<b>30–39 éves korosztály</b>	<b>40–49 éves korosztály</b>	<b>50–59 éves korosztály</b>
<b>Miskolc</b>	16,82%	30,64%	27,01%	23,75%
<b>Szeged</b>	19,27%	31,87%	26,05%	20,57%
<b>Debrecen</b>	18,60%	31,73%	26,21%	21,60%
<b>Győr</b>	18,66%	33,10%	25,21%	21,30%
<b>Pécs</b>	17,24%	30,70%	26,81%	23,09%
<b>Kecskemét</b>	17,90%	31,97%	25,79%	22,28%

*Forrás: KSH 2011-es népszámlálási adatok alapján saját számítás*

### **2.3. Az ipari foglalkoztatottság alakulása Miskolcon**

Az Észak-magyarországi régió három megyéje mindig is eltérő ipari struktúrával rendelkezett és rendelkezik napjainkban is. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében az 1930-40 évekre kiépült ipari központok a megyét Budapest és Pest megye után az ország második legnagyobb ipari foglalkoztatással jellemezhető térségévé léptették elő. Borsod megyében a lakosság számnak növekedésével folyamatosan növekedett az ipari foglalkoztatottak száma is. 1980-ra elérte a 143 000 főt, amely a vidéki megyék közül is kimagaslóan nagyarányú volt. Az 1980-ra az ipari foglalkoztatottak területi koncentrációja az országos átlag feletti 20 fő/km<sup>2</sup> volt. 1990-ben az iparban foglalkoztatottak aránya elérte a teljes foglalkoztatotti létszámon belül az 51%-ot, amely a megyék közül a második legnagyobb arányú volt.

Az 1990-es évektől kezdve azonban az elhúzódó bizonytalansági állapot, fokozatosan megszűnő munkahelyek, kedveztek az anomáliás állapot létrejöttének, ezáltal tovább „oldva” a terület humán erőforrás szerkezetét, hozzájárulva a duális munkaerőpiac létrejöttéhez. Ez a folyamat érzetesen még ma is tart.

Az anomáliás állapot kedvez a depresszió kialakulásának, amelynek speciális esete a munkaerőpiaci depresszió. A régi ipari térségekben a dezindusztrializáció kialakulásával, vagyis a nehézipari tevékenység leépülésével a fizikai és humán tőke is erózióknak indult, amely folyamat visszafordítása aránytalan költségvetési terheket ró az állami újraelosztásra.

A munkaerőpiac származtatott jellegéből adódik, hogy az ipari termelés visszaesését megkésve és időben eltolódva követte a munkaerőpiac átalakulása, így tehát az egykori ipari fellegvár ma is jelentős hatással van a város foglalkoztatottsági struktúrájára.

Áttekintve a releváns nemzetközi szakirodalmat, megállapítottuk, hogy számos nemzetközi példa vonatkozik arra, hogy a barnamezős területek revitalizációja komplex megközelítést igényel. A gazdasági aspektus hangsúlyozása mellett figyelmet kell fordítani a revitalizáció társadalmi aspektusaira is. Amennyiben a revitalizációt tehát úgy határozzuk meg, mint „új életre keltés”, „felelevenítés” és a fogalmat kiterjesztjük a társadalmi, gazdasági és környezeti nézőpontra is a nemzetközi gyakorlathoz hasonlóan, akkor nagyobb eredményességet várhatunk el.

#### **2.4. Barnamezős helyzetkép Miskolcon**

Miskolc városa jelentős kiterjedésű volt ipari területtel, barnamezőkkel rendelkezik. Az Észak-Magyarországi Operatív Program (2006) adatközlései alapján ez összesen 526 hektárnyi barnamező, amely négy elkülöníthető területből áll, és ebből három (DAM, DIGÉP, Lyukóbánya) egymás szomszédságában fekszenek. Ezzel szemben a VÁTI 2003-ban csupán 235 ha kiterjedést számszerűsít.

Az ipari negyed eredetileg a város szélén, Diósgyőr és Miskolc közé épült, de a település „körbenőtte” azt, így a közel 200 hektáron elhelyezkedő kohászati és a 45 hektáros DIGÉP-telephely a város belsejében helyezkedik el. A terület funkcióváltását megnehezíti, hogy szennyezett, sűrűn beépített, utakkal feltáratlan („város a városban”), és nagy része kihasználatlan. Annak ellenére, hogy a szakirodalom folyamatosan hangsúlyozza a barnamezős beruházások fontosságát, a város közel 5 millió euró értékben fektetett be egy zöld mezős terület megfelelő ipari infrastrukturális kialakításába (36 ha). A több mint 245 ha barnamezős iparterület revitalizációjával, rehabilitációjával azonban nem számol. A terület egyre romló gazdasági-társadalmi infrastruktúrája nehezíti a továbblépést, elmaradnak a befektetések, tovább növelve az elszlömösödő területek arányát.

**4. táblázat: Miskolc város barnamezős területei 2012**

	Megnevezés	Jelleg	Méret (ha)
<b>Barnamezős területek listája</b>	DAM	kohászat	160
	DIGÉP	gépgyár	45
<b>Észak-Magyarországi Operatív Program</b>	Északkeleti iparterület	vegyes ipari	300
	Lyukóbánya	bánya	21
<b>VÁTI</b>	DAM		190
	DIGÉP		45

*Forrás: Barnamezős területek listája Észak-Magyarországi Operatív Program*

A miskolci barnamezők területén egyre inkább jellemzővé vált a társadalmi egyenlőtlenségek elmélyülése, mintegy a környezet erodálódásának következményeként. Ez olyan problémákhoz vezetett, mint a szegregáció, a szegénység elmélyülése, a versenyképesség romlása és ehhez kapcsolódóan a szukcesszió. Az átlagpolgár helyzetének, életminőségének romlása ezen a területen a legszembetűnőbb. A jelenlegi barnamezős illetve átmeneti övezettel kapcsolatban az elmúlt években a város nem rendelkezett társadalmi rehabilitációs stratégiával. A kolónia (egyres) területein egyre szélesedő szlöm alakult ki. A legszembetűnőbb és legkézenfekvőbb a területhez kapcsolódó, „számozott utcák” néven jelzett rész.

Fogalmát tekintve szlömnek tekintünk minden olyan területet, ahol az alacsony státuszú lakosok (aktív korú, munkajövedelemmel nem rendelkező, és a maximum 8 általános iskolai osztállyal rendelkező) aránya minimum 50%-a a területen élőknek.

A 2001-es népszámlálás adatainak megfelelően a számozott utcák lakónépességének száma 823 fő, az előzőekben említett alacsony státuszú lakosok aránya 72,2% volt (Integrált Városfejlesztési Stratégia, 2010). A 15 évnél fiatalabbak aránya a lakosságon belül egész Miskolcra vonatkoztatva is itt a legmagasabb: 33,9%, amíg a 60 év feletiek mindössze 8%-át teszik ki annak. A foglalkoztatottak aránya a 15-64 évesek közt 13,9%, ennek megfelelően a foglalkoztatott nélküli háztartások aránya 73,9%. A munkanélküliségi ráta 63,5%. A területen mintegy 201többségében bérleményként működő lakás található szinte kivétel nélkül alacsony komfortfokozattal rendelkezik, s több mint felük egyszobás. A kolóniának ezen a részen város szociálisan egyik leghátrányosabb területe alakult ki.

A kolónia másik részén gyakorlatilag a tömbbelsőben, belső udvarokban alakult ki egy szlöm, amely nagy forgalmú közlekedési csomópont mellett fekszik. Ez a terület



kereskedelmi, gazdasági szempontból értékesnek számít. A terület 45 lakásából (124 fő) található 28 alacsony komfortfokozatú, miközben a lakások több mint a fele egyszobás. Magas az alacsony végzettségűek, de az elszőlődött terület átlagához képest alacsonyabb a munkanélküliség (28,6%-os).

A társadalmi problémák egy városrészre történő koncentrálódása szoros kapcsolatban áll a revitalizálatlan barnamezővel, de kutatási hipotézisünk szerint Miskolc város egészében kimutatható a munkaerőpiaci depresszió, ugyanakkor annak mértéke azonban eltérő két városrész között. Feltételezésünk szerint a barnamezőn elhelyezkedő diósgyőri városrész lakossága „munkaerőpiacilag” depressziósabb, mint a város hajdan zöldmezős lakótelepén élők.<sup>2</sup>A dezindustrializáció következményeként válságba került területek – régi iparvidékek – közös belső jellemzőkkel, a barnamezők létrejöttével és a humán potenciál meggyengülésével írhatók le.

## **2.5. A vasgyári kolónia és az avasi lakótelep munkaerőpiaci és migrációs attitűdjének primer vizsgálata**

A Miskolci Egyetem Gazdaságtudományi Karának Világ- és Regionális Gazdaságtan Intézetében folyó kutatás keretében 2012-2013 évben kérdőíves vizsgálat folyt Miskolcon a barnamezős területekhez kapcsolódóan.<sup>3</sup>

A kutatásban résztvevők szakterületekhez kötődően jelöltek ki célokat, amellet, hogy egységesen a barnamezős területek revitalizációjának feltárása volt a fő szempont<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup>A 2011-ben a Miskolci Egyetem Szociológiai Intézete készített „Miskolc Megyei Jogú Város Szociális Térképe” című tanulmányban ugyancsak felülreprezentáltak találták a lakosokat a barnamezős övezet környékén saját bevallásuk alapján a depresszió és lehangoltság tekintetében. A tanulmány 800 fős rétegzett minta alapján készült. A körzet meghatározása esetükben nagyobb területet jelölt.

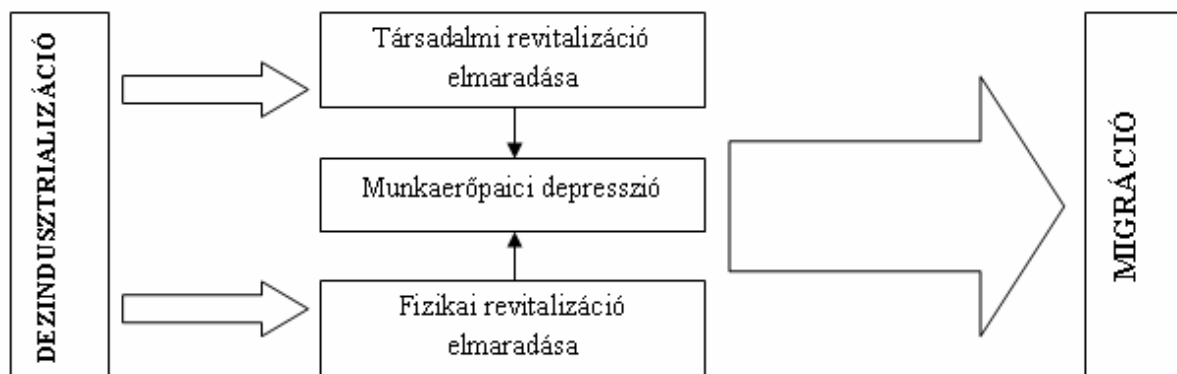
<sup>3</sup> A kutatást Dr. Dabasi Halász Zsuzsanna vezette, részt vett benne továbbá Dr. Tóthné Prof. Dr. Szita Klára, Roncz Judit és Hegyi-Kéri Ágnes. A kutatás a TÁMOP-4.2.1.B-10/2/KONV-2010-0001 projekt keretében folyt, ahol a fent megnevezett kutatók illetve Dr. Biczó Gábor egy kutatói alcsoportot alkotott.

<sup>4</sup> A lekérdezés eredményeinek feldolgozása után több publikáció is született, többek között Dr. Tóthné Prof. Dr. Szita Klára, Roncz Judit, Dr. Dabasi Halász Zsuzsanna és Fekszí Kinga is használta a felállított adatbázist. Hegyi-Kéri Ágnes 2013-ban ugyancsak az adatbázis segítségével készítette el és védte meg szociológia szakdolgozatát a Miskolci Egyetem Bölcsészettudományi Karán.

Részünkről a kutatásban való részvétel legfőbb motivációja, hogy kimutathatóvá váljon a munkaerőpiaci depresszió mértéke, illetve a második generációs migrációs nyomás, amely véleményünk szerint Diósgyőr-Vasgyár városrészben szorosan kötődik a barnamezőhöz, az iparhoz kapcsolódó alulhasznosított területhez.

A 11 oldalas kérdőívben helyet kapott a munkavállalók interperszonális kapcsolati tőkéjére, a munkából származó bérekkel kapcsolatos várakozásokra, a jövedelem felhasználásával kapcsolatos tervekre és az értékrend-struktúrákra fókuszáló kérdéssor valamint tanulmányunk szempontjából rendkívül fontos munkaerőpiaci, migrációs, környezetgazdasági kérdéssor is. A megkérdezés a munkaerőpiaci helyzet megítélésére, a munkaerőpiaci várakozásra, a lakókörnyezet megítélésére, a munkavállalással kapcsolatos információkra vonatkozott.

Hipotézisünknek megfelelően a kérdőívben két olyan kérdéscsoportot állítottunk össze, mely a munkaerőpiaci depresszió meghatározásához illetve a második generációs nyomó hatás kimutatásához kapcsolódtak. A társadalmi és a fizikai revitalizáció elmaradásának összefüggéseit, és következményeit (munkaerőpiaci depresszió, illetve migráció) a 10. ábra szemlélteti.



**10. ábra: A társadalmi és a fizikai revitalizáció elmaradásának összefüggései**

*Forrás: saját szerkesztés*

### 2.5.1. *A primer adatgyűjtés módszertana*

Mielőtt rátérnénk a konkrét eredményekre, fontosnak tartjuk bemutatni az általunk végzett primerkutatás rövid elméleti háttérét, menetét.

Fogalmát tekintve a primerkutatás egy olyan közgazdaságtani vizsgálata, mely egy konkrét cél érdekében adatokat gyűjt és elemel, elemzést. Külső környezeti adatoknak tekintjük a piaci információkat, gazdasági helyzetet, belső információknak számítanak a fizetőképesség, az erőforrások kihasználtsága és a dolgozói visszajelzések. Az információszerezés módja lehet primer és szekunder. Tekintettel arra, hogy tanulmányunkban szerepet kapott kérdőívek lekérdezéséhez a primer információgyűjtés módszerét alkalmaztuk, csak ezt a módszert mutatjuk be röviden.

Primer információkat közvetlenül az információt szolgáltatóktól gyűjtöttük be. A megkérdezést direkt módon folytattuk, vagyis kérdezéssel. Előnye, hogy saját szempontjaink alapján történt az adatgyűjtés, és az információkat első kézből tudtuk meg a dolgozóktól. A direkt módon történő primer információgyűjtés hátránya, hogy nagyon időigényes folyamat.

Első körben azokat a kérdéseket kell összegyűjteni, amelyekre választ szeretnénk kapni, majd az összegyűjtött kérdéseket kérdőív formájában összerendezni. Ezt követően ki kell választani a lekérdezés módját, mely tanulmányunk ezen fejezete esetében kérdezőbiztosokkal történt. (A kutatásba a közgazdász karon oktató Munkaerőpiac című tantárgy hallgatóit vontuk be kérdezőként.) A kérdőívet összeállítókkal közösen választottuk a Diósgyőr-Vasgyár területhez kontrollcsoportként az Avas városrészt.

Az Avas - mely egy viszonylag új építésű, átlagos lakótelep - megközelítőleg 10 km-re helyezkedik el a Vasgyártól. Az Avas városrész kontrollcsoportként való szerepeltetésének általunk fel nem tételezett oldala is volt, de ez csak utólag derült ki.

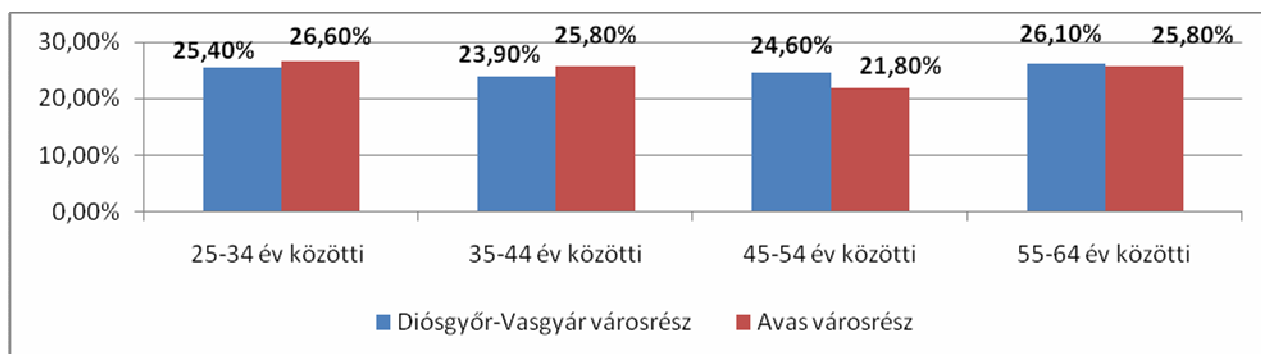
Választásunk olyan értelemben nem volt szerencsés, hogy egybeesett a miskolci fészekrakó program okozta társadalmi és munkaerőpiaci problémák tetőződéséhez. Az Avasra beköltöztetett hátrányos helyzetű, sok esetben a roma etnikumhoz tartozó lakosok kettős értelemben is befolyásolták a kutatást. Egyrészt a munkaerőpiaci helyzetük az átlagosnál rosszabb, körükben nagyobb az inaktív aránya, a munkanélküliek száma. Másrészt a „fészeklakók” jelenléte hátrányosan hatott az ott élők a munkaerőpiacról kialakított képére. A

lekérdezést folytató hallgatók a kérdőíveken egyébként nem jelezték, hogy roma származású lakost kérdeztek-e meg, illetve, a kérdőívben sem kérdeztünk rá.

Összegezve a mintával kapcsolatos etnikai észrevételt, az Avas városrészbe mesterségesen és törvénytelenül lettek roma lakosok beköltöztetve egy Miskolc szélén elhelyezkedő telepről, akiknek kilakoltatása 2014-től folyamatban van. Mindemellett a Diósgyőr-Vasgyár városrészben is jelen van a roma kérdés, mivel az úgynevezett „számozott utcákban” (mely elhelyezkedése tekintetében a diósgyőri városrészben van) a roma lakosság aránya a miskolci átlagtól nagyobb mértékű.

A hallgatók mindkét városrészen utcákat „kaptak” lekérdezés helyszínéként. Ugyanakkor a lekérdezést végző hallgatóknak a napjainkban, nyomor-negyedként emlegetett számozott utcák közül egyet osztottunk ki. Így feltételezhetjük, hogy mindkét városrészben azonos arányú roma származású lakos került bele a mintába.

A következő 10. ábrán látható, hogy nincs szignifikáns eltérés az megkérdezettek kor szerinti eloszlásában a két városrész között. Ezt a megállapítást a keresztábra elemzés eredménye is alátámasztotta, azaz nem találtunk összefüggést lakóhely és az életkor között. A leíró statisztikai elemzés alapján megállapítható, hogy a megkérdezettek a vizsgált négy korcsoport alapján azonos eloszlást követnek.



**11. ábra: A minta kor szerinti eloszlása városrészek szerint**

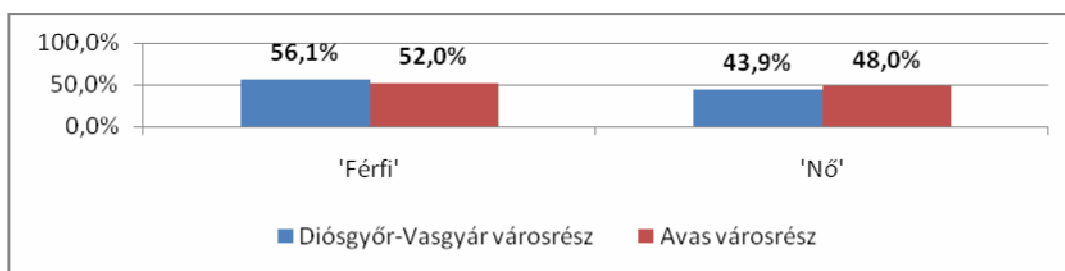
*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés*

Diósgyőr-Vasgyár városrészben 32 utcát osztottunk ki a hallgatóknak, ahol kétfős csoportokban végezték a lekérdezést. Minden utcában 5 fő lekérdezését irányoztuk elő. Az

Avas városrészen 13 utcában folyt a lekérdezés, utcánként 2 fős kiscsapatnak összesen 4 fő megkérdezése volt a feladata.

Előírtuk továbbá, hogy minden pár 5 embert kérdezzen meg Diósgyőr-Vasgyárban, egy 25-34 év közöttit, egy 35-44 év közöttit, egy 45-54 év közöttit, egy 55-64 év közöttit és egy szabadon választható korú egyént. Az Avason szintén kor szerinti rétegezést irányoztunk elő: egy 25-34 év közöttit, egy 35-44 év közöttit, egy 45-54 év közöttit, és egy 55-64 év közötti megkérdezését. Az utcákhoz rendeltük azt is, hogy milyen nemű egyének megkérdezését kell preferálnia a hallgatónak. Az utcák ilyen módon való felosztása biztosította, hogy végül a megkérdezett férfiak 54,9 százaléka volt diósgyőri lakos, 45,1 százaléka pedig az avasi lakótelepen élt.

A nők esetében 50,8 százalék illetve 49,2 százalék volt az arány. A teljes minta eloszlása alapján megállapíthatjuk, hogy mind a megkérdezett nők és férfiak azonos arányban laktak a két városrészben. A mintavétel kor, nem, lakóhely és utca szerint volt rétegezve.



**12. ábra: A minta nemek szerinti eloszlása városrészek szerint**

*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés*

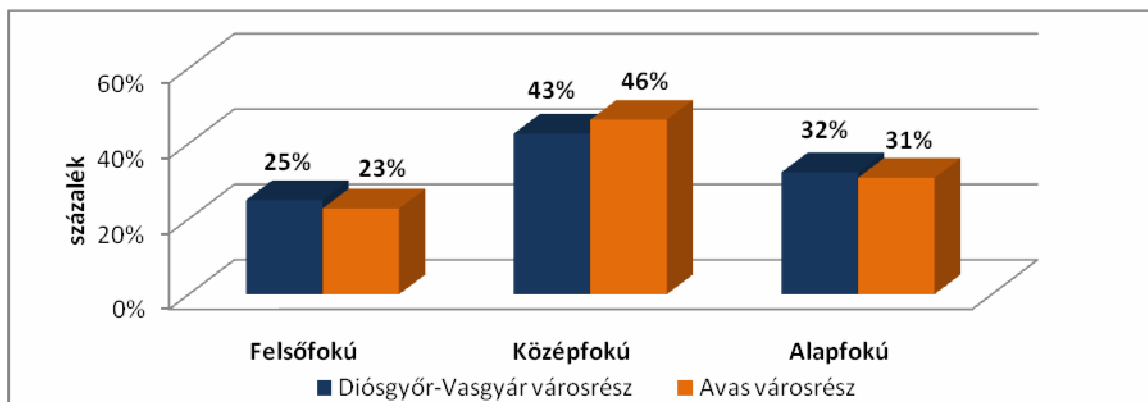
### 2.5.2. Az adatok megbízhatóságának vizsgálata

A mintát reprezentatívnak tekintjük abból a szempontból, hogy a Diósgyőr-Vasgyár esetében feltehetőleg 150-200 család él, amelyből több mint 130 főt megkérdeztünk. A következő fontos tényező, hogy az iskolázottság és a végzettség a két városrész között közel azonos eloszlást követ. Mivel a migrációra, mobilitásra való ösztönzést befolyásolhatja a szülők végzettsége, fontos volt számunkra, hogy a mintában a két városrész között a végzettségek terén ne legyen szignifikáns eltérés. Meglátásunk szerint ennek a feltételnek is megfelelt a minta.

A két városrészben az általunk lekérdezett minta alapján általános iskolai végzettséggel a megkérdezettek 8 százaléka, 24 százaléka szakmunkás végzettséggel rendelkezett. Továbbá 22 százalék érettségi és szakmunkás vizsgával, 22 százalék érettségi vagy technikus

képesítéssel rendelkezett, egyetemi vagy főiskolai végzettségük aránya meghaladta a 24 százalékot. Az alap-, közép- és felsőfokú végzettség szerint az alábbi ábrán látható, hogy a városrészek szerint nincs (szignifikáns) eltérés a végzettség terén. A 2011-es népszámlálási adatokhoz viszonyítva az általunk lekérdezett minta végzettségre vonatkozó adatai kapcsán is megállapítható, hogy az reprezentatív.

A népszámlálás adatai alapján 2011-ben Miskolc lakosságának 30 százaléka rendelkezett alapvégzettséggel. Legalább középfokú végzettséggel rendelkezett a lakosság 50 százaléka, míg 19 százalék felsőfokú végzettséggel bírt. A felsőfokú végzettségük nagyobb aránya a mintában biztosítja, hogy mindkét definiált fogalom alátámasztása esetében nem az alacsony végzettségük véleménye került előtérbe. A felsőfokú végzettségük mintában való jelenléte a városi átlagtól szignifikánsan nem nagyobb. (12 ábra)



**13. ábra: Legmagasabb iskolai végzettség megoszlása városrészenként**

*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés*

A 2011-ben készült Miskolc Megyei Jogú Város Szociális Térképe című tanulmányban, amelyet a Miskolci Egyetem Szociológiai Intézete készített közel 800 fős minta alapján, megállapítást nyert, hogy Miskolc lakosaink iskolázottsága kicsivel jobb, mint az országos átlag: a felnőtt lakosok közül minden ötödik férfi és minden hetedik nő felsőfokú végzettségű.

### 2.5.3. A minta munkaerőpiaci státusza

A kutatás lefolytatásának idején 2013 februárjában, az ÁFSZ adatai alapján 10,82 százalékos volt a munkanélküliségi mutató Miskolc városban. A népszámlálás adatai ezzel szemben 7 százalékot mértek.

A munkaerőpiaci státuszt illetően a megkérdezettek 47,5 százaléka rendelkezett foglalkoztatotti viszonytal, amely 8 százalékkal magasabb arányt jelez, mint a 2011-es népszámlálás adata. Ugyancsak a népszámlálási adathoz viszonyítva, a hallgatói, tanulói jogviszonnyal rendelkezők arány alacsonyabb volt a megkérdezettek körében, 8 százalékkal.

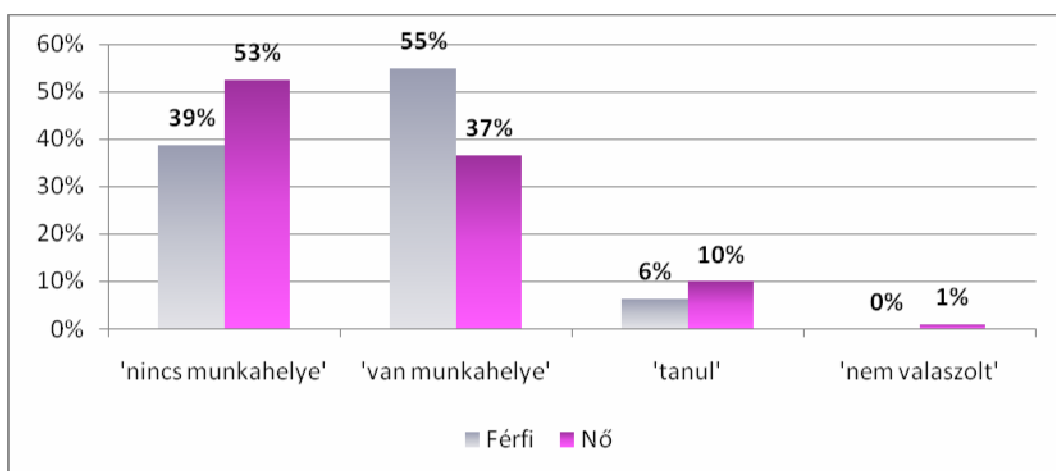
A jelenleg munkát keresőnek 47 fő vallotta magát. Egy éven belül munkát nem találók száma 22 fő, amely alapján 13 százalékos munkanélküliségi rátáról beszélhetünk a mintában. Ez a munkanélküliségi ráta nagyobb, mint a népszámlálásban mért 7 százalék.

Ebben az esetben van eltérés a két városrész adatai között is. Diósgyőrben jóval nagyobb az egy éven túl munkát keresők aránya, mint az Avas városrészben. Ugyanakkor az Avas városrészben az egy éven belül állást nem találók aránya a magasabb, mint Diósgyőr-Vasgyárban.

Az általunk megkérdezettek körében magasabb arányú volt a tartósan munkanélküliek aránya, mint Miskolc városában (az ÁFSZ statisztikája és a népszámlálás adatai alapján).

A munkanélküliségi arányt a nemek alapján is megvizsgáltuk, melyet a 13. ábra szemléltet. Az eredményeink azonosak azzal az elméleti megállapítással, hogy a nők körében általában nagyobb a munkanélküliségi arány.

Az általunk megkérdezettek körében a tartósan munkanélküliek aránya 6,8 százalék volt, amely a hivatalos miskolci átlagot 3,4 százalékkal meghaladja. A munkát kereső, de több mint egy éve nem találó férfiak aránya 46,4 százalék, amely összehasonlítva a nők 26,3 százalékaival jelentős különbséget mutat. Vagyis a tartósan munkanélküliek körében a férfiak nagyobb arányban vannak jelen. Ami visszautal arra, hogy Diósgyőr-Vasgyár városrészben magasabb a hosszútávon és tartósan munkanélküliek aránya.



**14. ábra: A minta eloszlása munkaerőpiaci státusz és nemek alapján**

*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés*

#### 2.5.4. A munkaerőpiaci depresszió kimutatása

A tanulmányunkban már többször említett munkaerőpiaci depresszió kimutatásához kapcsolódva először 4 fokozatú Likert skála segítségével vettük igénybe. A következő állítások közül a 10.-ik kérdésen belül a közvetlenül a munkaerőpiaci helyzet depressziós megítélésére a 10.1, 10.2, 10.3, 10.4, 10.5 és a 10.9-es kérdések vonatkoztak. Az alábbi kijelentésekkel kapcsolatban nyílt a válaszadóknak lehetősége egyetértésük illetve egyet nem értésük kifejezésére.

- A fiataloknak nincs munkalehetősége a környéken (10.1).
- A környékben alacsony iskolai végzettségűek élnek (10.2).
- A közelben többnyire munkanélküliek élnek (10.3).
- A rosszabb egészségügyi állapotú lakosok élnek a közelben (10.4).
- A környéken magas a munkanélküliek száma (10.5).

Az állam szerepével kapcsolatban két állítást kellett értékelnie a megkérdezetteknek:

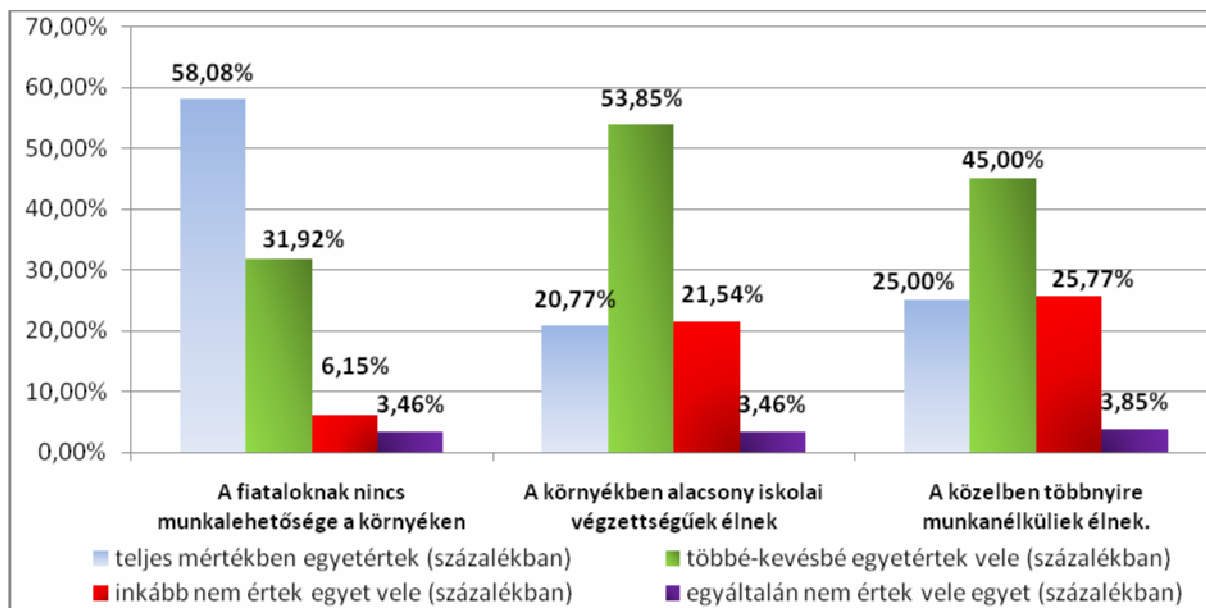
- A környéken várhatóak új beruházások és az új munkahelyeket jelent (10.6).
- Az állam, a város sokat segít a környékben élőknek a munkahelykeresésben (10.7).

A gyárterület megítélésére ugyancsak két kérdés vonatkozott:

- A környék jelen állapotában vonzó a befektetőknek az új vállalatoknak (10.8).
- A régi gyár területe elriasztja a befektetőket, a vállalatokat (10.9).

A megkérdezetteknek kilenc állítással kapcsolatban kellett véleményt nyilvánítaniuk. A megkérdezett 263 fő 84 százaléka teljesen vagy inkább egyetért azon állítással, hogy a közelében többnyire munkanélküliek élnek, 90 százalék (!) szerint pedig a fiataloknak nincs munkalehetősége a környéken. 75 százalék úgy érzékeli, hogy a környezetében alacsony iskolai végzettségűek élnek. A 14. ábrán az előzőleg megvizsgált 3 vélemény eredményeit jelenítettük meg. A teljes mintát vizsgálva látható, hogy mindkét városrészben a fiatalok munkalehetőségeinek hiányával értenek egyet a válaszadók, és eredményeink alapján kijelenthetjük, hogy a munkaerőpiaci depresszió a megkérdezettek teljes létszámában kimutatható.

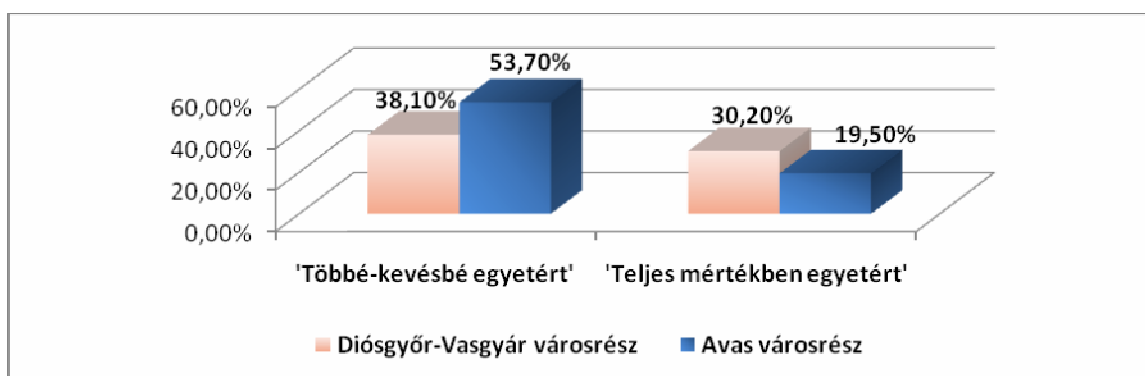




**15. ábra: Munkaerőpiaci megítélés Likert skála alapján**

*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés*

A Diósgyőr-Vasgyár városrészben élők közül a megkérdezettek 30,2 százaléka teljes mértékben egyetértett azzal a kijelentéssel, hogy lakókörnyezetében munkanélküliek élnek. Az Ávas városrészen ez az arány 19,5 százalék. Azzal az állítással, hogy a lakókörnyezetében munkanélküliek élnek a Diósgyőr-Vasgyár városrészben élők 38,1 százaléka értett többé-kevésbé egyet. A lakóhely tehát befolyásolja az egyének a munkaerőpiaci érzékelését: Felmérésünkben kiderült, hogy Diósgyőrben a környezetükben élők munkaerőpiaci helyzetét, de a lakókörnyezetüket is rosszabbul látják, mint az Ávason élők.



**16. ábra: Likert skála eredményének megoszlása a munkanélküliek megítélése esetében**

*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján saját szerkesztés*

10.5-ös kérdéssel azt állt szándékunkban megtudni, milyen várakozással látják az ott lakók a revitalizációt, amely kiterjed új beruházások megjelenésére a területen, új munkahelyek létrejöttére. A teljes minta esetében, 45,8 százalék egyáltalán nem bízik abban, hogy a környéken új beruházások várhatóak, amelyek munkahelyet teremtenének. Az inkább egyet nem értők, kissé bizakodóak aránya magas 35,9 százalék. A két eredményt összeadva 81,7 százalékot jelent, azaz a többség nem vagy csak kissé bízik, abban hogy, bővül a munkaerőpiaci kereslet a környéken, új munkahelyeket hoznak létre. Feltételezésünk azt volt, hogy Diósgyőrben élők nagyobb reményeket fűznek az új befektetők megjelenéséhez, mint az avasi lakosok.

Az állam munkaerőpiaci elhelyezkedéssel kapcsolatos segítségnyújtás, lakóhely szerinti eloszlása alapján is megvizsgáltunk. A korrigált standardizált reziduum egy esetben haladta meg a 2-es értéket, Avason élők esetében a 'teljes mértékben egyetért' válasznál. A 'Teljes mértékben egyetértők' közül 85,7 százalék az Avason lakik. A Diósgyőrben élők 54 százaléka, az Avason élők 45,5 százaléka látja úgy, hogy a város, az állam nem segít a munkakeresésben. A Pearson féle Khi-négyzet értéke 10 százalékos szignifikanciát mutat, amely a társadalomtudományokban, primer adatfelvételek esetén értékelhető eredménynek számít, ennek alapján szignifikáns összefüggést állapíthatunk meg.

Összefüggés fedezhető fel a fenti állítással kapcsolatos vélekedés és a jelenlegi munkaerőpiaci státusz között is. A saját bevallásuk alapján a munkanélküliek 22,2 százaléka „többé-kevésbé egyetért” azzal, hogy az állam, a város segíti őt a munkahelykeresésben, míg a munkával rendelkezőknél ez az arány 8,9 százalék.

Az állami szerepvállaláshoz való negatív viszonyulás dominánsabb a munkával rendelkezők körében, amely eredmény alátámasztja hipotézisünket, hogy a munkával rendelkezők féltik állásukat, mert nem látják reálisnak, hogy a foglalkoztatáspolitikai segítené őket az új munkahely megtalálásában. Az 5. táblázatban foglaltuk össze az erre vonatkozó eredményeket.

A munkával rendelkezők 87,8 százaléka egyáltalán vagy inkább nem ért egyet az állami szerepvállalásra vonatkozó állítással, míg a munkanélküliek esetében ez az arány 76,9 százalék. A tanulói, hallgatói státuszban lévők 90,4 százaléka hasonló állásponton van, ez a vélekedés hatással lehet arra, hogy tanulmányaik befejezése után Miskolc munkaerőpiacára, mint álláskereső lépjenek be.

**5. táblázat: Az értékelt állítások a városrészek közötti szignifikáns eltérések szerint**

	Állítás	Megállapítás	Városrészek között szignifikáns eltérés kimutatható
10.3	A közelben többnyire munkanélküliek élnek.	Diósgyőr-Vasgyárban rosszabbul látják a környeztükben élők munkaerőpiaci helyzetét, mint az Avason élők.	Igen
10.4	Roszbabb egészségügyi állapotú lakosok élnek a közelben	Diósgyőr-Vasgyárban élők rosszabbul látják a lakosok egészségügyi állapotát, mint az Avason.	Igen
10.6	Az állam, a város sokat segít a környékben élőknek a munkahelykeresésben	Diósgyőr-Vasgyárban élők elégedetlenebbek a munkahelykeresésben nyújtott állami segítségnyújtással, mint az Avason élők.	Igen
10.7	A környék jelen állapotában vonzó a befektetőknek, az új vállalatoknak.	Diósgyőr-Vasgyárban jobbnak értékelik a város tőkevonzó képességét.	Igen

*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján saját szerkesztés*

A két városrészben átlagoltuk a munkaerőpiaci depresszióval kapcsolatos 6 változót, hogy egyértelműen megállapítható legyen a munkaerőpiac megítélésének különbsége:

- A fiataloknak nincs munkalehetősége a környéken (10.1).
- A környékben alacsony iskolai végzettségűek élnek (10.2).
- A közelben többnyire munkanélküliek élnek (10.3).
- A rosszabb egészségügyi állapotú lakosok élnek a közelben (10.4).
- A környéken magas a munkanélküliek száma (10.5).
- A régi gyár területe elriasztja a befektetőket, a vállalatokat (10.9).

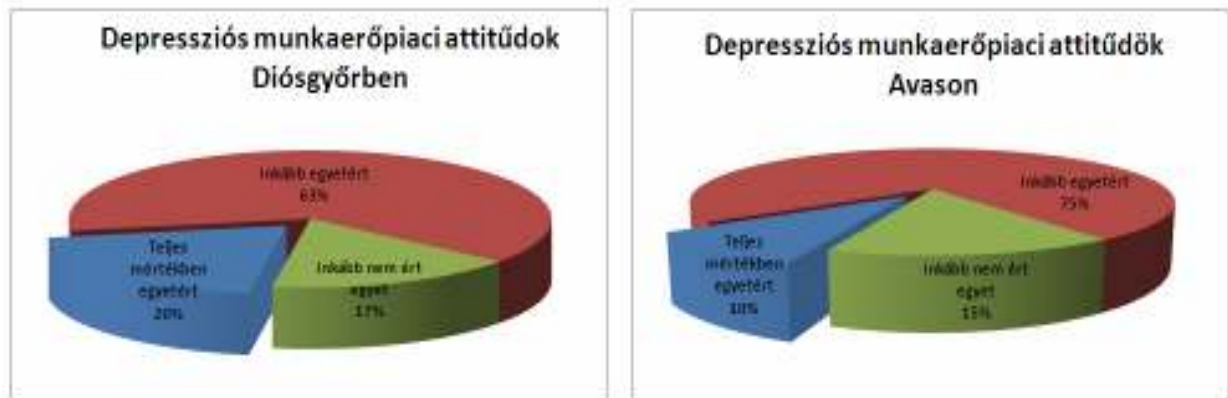
Diósgyőr-Vasgyárban a megkérdezettek közel 20 százaléka kilátástalannak ítélte meg a munkaerőpiacot, az Avas városrészben a hasonlóan vélekedők aránya ennek mindösszesen a fele, 10 százalék. A keresztábra elemzés kapcsán a két városrész között ebben az esetben szignifikáns különbséget találtunk<sup>5</sup>.

<sup>5</sup>Szignifikánsnak tekintjük az eltérést két városrész között, amennyiben a korrigált standardizált reziduum értéke meghaladta a 2 vagy a -2 szintet, illetve elvégeztük a Pearson-féle Khi-négyzet próbát a változók közötti szignifikáns összefüggés alátámasztására. Ezekben az esetekben megvizsgáltuk a Khi-négyzet próba mellett a kapcsolat erősségét illetően a phi és Cramer V, kontingencia és a lambda, valamint a bizonytalansági együtthatót is.

Diósgyőr-Vasgyárban szignifikánsan nagyobb arányban gondolják úgy, hogy a munkaerőpiaci kilátások nem megfelelőek, mind a kínálati, mind a keresleti oldalt illetően.

A további három állítás értékelését is átlagoltuk, amelyet bizakodó változónak tekintettünk:

- A környéken várhatóak új beruházások és az új munkahelyeket jelent (10.6).
- Az állam, a város sokat segít a környékben élőknek a munkahelykeresésben (10.7).
- A környék jelen állapotában vonzó a befektetőknek az új vállalatoknak (10.8).



**17. ábra: Depressziós munkaerőpiaci attitűdök Diósgyőr-Vasgyárban és az Ávas városrészben**

*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés*

Ebben az esetben is a keresztábra elemzés eredményeként szignifikáns eltérést találtunk a két városrész között. Ennek értelmében az Ávas városrészben bizakodóbbak a jövőt illetően.

A változók csoportosítása és azok értelmezése érdekében a faktorelemzés módszerét választottuk. Ezzel a módszerrel azt kívántuk meghatározni, hogy mely változók mentén lehetséges jól elkülöníteni különböző munkaerőpiaci attitűddel rendelkező csoportokat<sup>6,7</sup>. Vizsgálatunkkal a változók redukciójára is törekedtünk<sup>8</sup>.

Az adatfeldolgozás következő lépcsőjében faktoranalízist végeztünk (Kaiser-normalizáció, varimax rotáció) a teljes illetve a két városrész esetében, majd a faktorváltozókra alapozva klaszteranalízissel állítottuk elő a szegmenseket (k-közép módszer, eukleidészi

<sup>6</sup>Az adatok alkalmasságának vizsgálata alapján megállapítottuk, hogy mind a korrelációs értékek, mind az anti-image mátrix alapján a változók alkalmasak a faktorelemzésre.

<sup>7</sup> Ugyanezen megállapításra jutunk a Bartlett-teszt illetve a Kaiser-Meyer-Olkin kritériumok alapján is. A faktorok számának meghatározása során a Kaiser kritérium és a varianciarányad módszerek alapján három faktor használatát véltük célszerűnek, amelyet a Scree-teszt is alátámasztott. A faktorextrahációs módszerek közül a főkomponens elemzést választottuk.

<sup>8</sup> Az ortogonális rotáció után a következő factorsúllyal rendelkező eredményt kaptuk, amely alapján három teljesen elkülönülő faktorcsoporthat különböztethetünk meg a teljes minta esetében. A factorsúlyokat szignifikánsnak tekintjük, 250-es mintaelem szám felett meghaladta a 0,35 elvárt értéket.

távolságfüggvény). Ezek alapján három szegmenset sikerült elkülöníteni a teljes minta és a két városrész esetében.

Diósgyőr esetében a faktorok rendre 30,33 százalékkal, 19,02 százalékkal és 11,16 százalékkal magyarázták a változók varianciáját, összesen tehát 60,52 százalékot tesz ki, ami magasnak mondható. Az Avas esetében a faktorok rendre 28,18 százalékkal, 18,47 százalékkal és 14,19 százalékkal magyarázták a változók varianciáját, összesen tehát 60,84 százalékot tesz ki, ami szintén magasnak mondható.

A faktorstruktúrát a 6. táblázat mutatja. Az egyes faktorcsoportba tartozó változókat bekarikáztuk. Az első faktorba a teljes minta és Diósgyőr-Vasgyár esetében is a depressziós munkaerőpiaci állítások kerültek (közelben többnyire munkanélküliek élnek, környéken magas a munkanélküliek száma, környéken alacsony iskolai végzettségűek élnek, rosszabb egészségügyi állapotú lakosok élnek a közelben, a fiataloknak nincs munkalehetősége a környéken).

**6. táblázat: Munkaerőpiaci attitűdváltozók faktoranalízise rotált faktorsúly mátrix alapján**

		Komponensek		
		1	2	3
1.	Környéken magas a munkanélküliek száma.	0,739	-0,165	-0,033
2.	A környéken többnyire alacsony iskolai végzettséggel rendelkezők élnek.	0,730	0,077	0,024
3.	A közelben többnyire munkanélküliek élnek.	0,705	0,102	0,412
4.	A környéken a fiataloknak nincs munkalehetősége.	0,611	-0,289	0,041
5.	A környéken várhatóak új beruházások, és az új munkahelyeket jelent.	-0,013	0,800	0,082
6.	Az állam, a város sokat segít a környéken élőknek a munkahelykeresésben.	-0,042	0,788	0,002
7.	A környék jelen állapotában vonzó a befektetőknek, az új vállalatoknak.	-0,122	0,753	-0,172
8.	A régi gyár területe elriasztja a befektetőket, a vállalatokat.	-0,089	-0,107	0,857
9.	A közelben rosszabb egészségügyi állapotú lakosok élnek.	0,440	0,046	0,618

*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés*

A második faktorcsoportba az optimista állítások (a környéken várhatóak új beruházások és az új munkahelyeket jelent, az állam, a város sokat segít a környéken élőknek a munkahelykeresésben, a környék jelen állapotában vonzó a befektetőknek, az új

vállalatoknak) kerültek. A harmadik faktor a régi gyár területe elriasztó hatását tartalmazza, és ennek a faktornak a súlya jóval kisebb, mint az előző két faktoré.

A két városrészben külön-külön végrehajtott faktoranalízis eltérő faktorstruktúrát eredményezett. A változás abban van, hogy Diósgyőr-Vasgyárban a munkaerőpiac megítélése negatívabb, depressziósabb látásmód erősebb faktorcsoportba tartozik, amelyben a legerősebb változó az állítás, hogy a közelben munkanélküliek élnek. A csoportba tartozó öt állítás közül a második meghatározó kijelentés, hogy a környéken magas a munkanélküliek száma.

A depressziós faktorcsoportot öt állítás alapján lehet ebben a városrészben lehatárolni. A teljes mintától, illetve a másik városrésztől eltérően a depressziós faktorcsoportba tartozik az állítás, hogy a közelben rosszabb egészségügyi állapotú lakosok élnek. A depressziósabb látásmódba illeszthető, hogy a környéken élők egészségi állapotát rossznak ítélik meg a megkérdezettek. Ez vélemény arra is kihat, hogyan látják a lokális szintű munkaerőpiaci kínálatot is.

**7. táblázat: Rotált factorsúly mátrixok Diósgyőr-Vasgyárban és az Avason**

DIÓSGYŐR-VASGYÁR				AVAS			
	Komponens				Komponens		
	1	2	3		1	2	3
A közelben többnyire munkanélküliek élnek.	,840	,157	,168	A környék jelen állapotában vonzó a befektetőknek, az új vállalatoknak.	,793	-,002	-,147
A környéken magas a munkanélküliek száma.	,756	-,180	-,105	Az állam, a város sokat segít a környékben élőknek a munkahelykeresésben.	,793	-,096	-,103
A környéken alacsony iskolai végzettségűek élnek.	,623	-,035	,155	A környéken várhatóak új beruházások, és az új munkahelyeket jelent.	,778	-,114	,189
A közelben rosszabb egészségügyi állapotú lakosok élnek.	,600	-,045	,423	A környéken alacsony iskolai végzettségűek élnek.	,110	,767	,003
A környéken a fiataloknak nincs munkalehetősége.	,534	-,364	-,186	A környéken magas a munkanélküliek száma.	-,276	,661	-,058
A környéken várhatóak új beruházások, és az új munkahelyeket jelent.	,088	,813	-,180	A közelben többnyire munkanélküliek élnek.	-,010	,608	,517
Az állam, a város sokat segít a környéken élőknek a munkahelykeresésben.	-,009	,773	,156	A környéken a fiataloknak nincs munkalehetősége	-,414	,529	,101
A környék jelen állapotában vonzó a befektetőknek, az új vállalatoknak.	-,306	,667	-,115	A közelben rosszabb egészségügyi állapotú lakosok élnek.	,101	,263	,737
A régi gyár területe elriasztja a befektetőket, a vállalatokat.	,090	-,058	,883	A régi gyár területe elriasztja a befektetőket, a vállalatokat.	-,240	-,310	,725

*Forrás: Saját szerkesztés*

Az Avas esetében a munkaerőpiaccal kapcsolatos vélekedések „lecsúsztak” egy kevésbé súlyos faktorcsoportba. Az egészségi állapot megítélése még lejjebb került a harmadik, realista, semleges faktorcsoportba. Az első faktorcsoportba tartozó három állítás, a jövőben bizakodóbb látásmódra utal: a környezet jelen állapotában vonzó a befektetőknek, az új vállalatoknak; az állam, a város sokat segít a környezetben élőknek a munkahelykeresésben; a környéken várhatók új beruházások, és az új munkahelyeket jelent.

Hipotézisünknek megfelelően a diósgyőr-vasgyári lakosok esetében az első faktorba a munkaerőpiac negatív, depressziósabb megítélése került, míg az Avas városrészben az optimista hozzáállás jellemzőbb. A munkaerőpiaci depresszióval kapcsolatosan előzetesen felállított változók közül igazolást nyert, hogy Diósgyőr-Vasgyárban megkérdezett több mint 130 fő rosszabbul ítéli meg a munkaerőpiaci helyzetet, mint a város másik területén, az Avason megkérdezett 120 fő.

A faktoranalízis eredményét felhasználva elvégeztük a klaszteranalízist (k-közép módszer, euklidészi távolságfüggvény), az egyes csoportokat pedig a klaszterközéppontok segítségével jellemeztük. Ennek alapján a teljes minta a két klasztercsoportba sorolható. Az első klasztercsoportba 174 fő tartozik. Ebben a csoportban magas a depressziós változók értéke, közepes az optimista beállítódás, alacsony a realista látásmód. Az alacsonyabb számú klasztercsoportba 89 fő tartozik, ebben az esetben a klasztercsoport úgy jellemezhető, hogy alacsony depressziós és realista változók mellett magas az optimista változók faktorcsoportja.

A munkaerőpiaci depresszió témaköréhez tartozik a munkahelyi elégedettség is, tekintettel arra, hogy a munkavállalói elégedettség<sup>9</sup> a munkaerőpiac rétegződését, illetve az elvándorlási hajlandóságot is befolyásoló tényező.

Ennek kapcsán hat állítást kellett a megkérdezetteknek véleményezniük:

- Munkahely és a lakás közötti távolság
- Munkaidő beosztása
- Munkabér mértéke
- Munkahelyi légkör
- Karrier lehetőség
- Munkabéren kívüli juttatások

---

<sup>9</sup>Ezen belül a fluktuációt, a bérezést, a munkahely közelségét megvizsgáltuk.

Az eredmények értékelése előtt fel kell hívjuk a figyelmet arra, hogy nagyon magas volt a nem válaszolók aránya, így a teljes mintából csak 129 fő véleményét tudtuk elemezni. Az állításokat azok a megkérdezettek értékelték, akik jelenleg munkaviszonnyal rendelkeznek, vagyis kimaradtak a munkanélküliek és az inaktívak.

**8. táblázat A munkavállalói elégedettség**

	teljesen elégedett vagyok	inkább elégedett vagyok	elfogadható, általános, megszokott	elégedetlen vagyok, de nincs jobb
<b>Munkahely és a lakás közötti távolság</b>	8%	34%	26%	<b>30%</b>
<b>Munkaidő beosztása</b>	4%	39%	24%	<b>30%</b>
<b>Munkabér mértéke</b>	11%	21%	37%	<b>27%</b>
<b>Munkahelyi légkör</b>	4%	20%	39%	<b>34%</b>
<b>Karrier lehetőség</b>	10%	10%	42%	<b>35%</b>
<b>Munkabéren kívüli juttatások</b>	9%	9%	36%	<b>43%</b>

*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés*

A munkaerőpiaci depresszióval kapcsolatosan tehát különbség látszik a Diósgyőr-Vasgyár illetve az Avas lakótelep között. Ezt a tényt erősíti meg a kérdőívben a 2. helyet elfoglaló kérdés. Mely a következő:

**Jelenlegi munkahelyén ön mióta dolgozik?**

- több mint 5 évet
- több mint 1 éve
- több mint 6 hónapja
- több mint 1 hónapja
- kevesebb, mint 1 hónapja

A válaszadók több mint 55,5 százaléka 'több, mint 5 éve' dolgozik jelenlegi munkahelyén. 10 százalék alatti azon megkérdezettek aránya, akik több mint 6 hónapja illetve több mint 1 hónapja vannak foglalkoztatva a munkahelyükön. A keresztábra elemzés során a következőt állapíthatjuk meg. Az Avason élők 59 százaléka, több mint 5 éve dolgozik jelenlegi munkahelyén, ellenben ez a vasgyáriak 52,2 százalékára igaz. A több mint egy éve jelenlegi munkahelyükön dolgozók aránya a Vasgyár javára tolódik el, ahol az arány 37,3 százalék az avasi 29,5 százalékkal szemben.



## 2.6. Második generációs migrációs nyomás mérése

Kérdőívünkben a második generációs migrációs nyomás méréséhez a következő kérdéseket használtuk fel: 7-es kérdés, 46-os kérdés, 47-es kérdés. A kutatás előkészítése előtt nem vettük figyelembe, az Avas lakótelepen levő roma kérdést<sup>10</sup>, amely véleményünk szerint befolyásolja a hipotézisünk igazolását.

A migrációval kapcsolatban a következőket feltételeztük:

- a) A munkaerőpiacot depressziósabban érzékelő szülők gyermekeiket nagyobb mértékben ösztönzik az elvándorlásra.
- b) Migrációs tapasztalattal kevesen rendelkeznek, ellenben a migrációs háló erősödést mutat, vagyis jóval nagyobb azok száma, akik ismernek külföldön munkát vállalót. A migrációs háló erősödése hatással van a gyerekeknek adott tanácsra, illetve a fiatalabb generáció elvándorlására is.

A külföldi munkavállalási tapasztalattal rendelkezők magas aránya mellett megvizsgáltuk a migrációs potenciált is. A kérdőív 8-as kérdése vonatkozott a lehetséges migrációs hajlandóságra az alábbiak szerint:

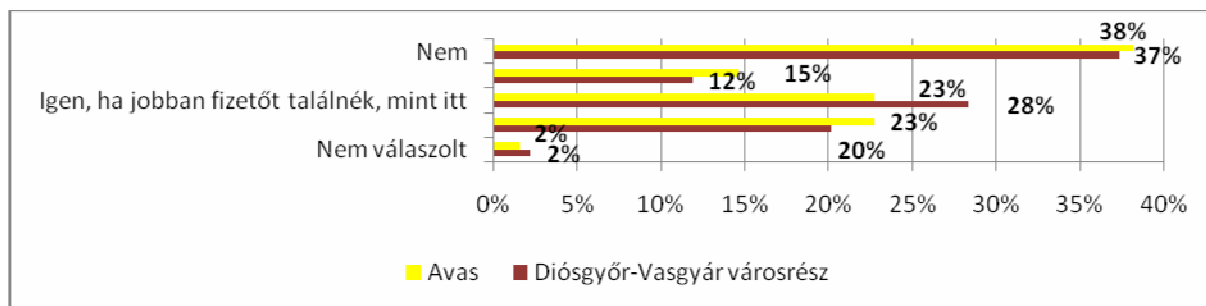
**Vállalna-e Ön munkát külföldön, ha lenne rá lehetősége?**

- Igen, bármit
- Igen, ha jobban fizetőt találnék, mint itt
- Igen, ha szakmámban tudok elhelyezkedni
- Nem

A migrációs potenciál vizsgálatakor látható, hogy az Avas lakótelepen 38 százalék volt elutasító a külföldi munkavállalás lehetőségével, míg Diósgyőrben 37 százalék, az összes válaszadó 78 százaléka valamilyen kikötéssel támogatja azt. A diósgyőriek 20 százalék saját bevallása szerint bármilyen munkát elvállalna, az avasiak közül 23 százalék ez az arány. Ellenben a diósgyőri lakosok 28 százaléka abban az esetben vállalna az országhatáron túl munkát, ha azt jobban megfizetnék, az avasi lakosok 23 százaléka válaszolt ugyanígy.

---

<sup>10</sup> Jelen esetben a Kanadából visszatérő lakosokra gondolunk.



**18. ábra: Külföldön történő munkavállalási hajlandóság megoszlása**

*Forrás: saját szerkeszté*

A migrációs potenciál mindig magasabb munkavállalási hajlandóságot mutat, mint ami valójában megvalósul. Ugyanakkor a kérdőív összeállításakor, a munkaerő piaci depresszió fogalmához tartozónak tekintettük a magas migrációs potenciált, azaz az elvagyódást.

Diósgyőrben élők számára lényeges szempont, hogy jobban fizető állást találjanak a jelenleginél. A szakmájukat az Avason élőkkel szemben a Diósgyőriek nem értékelik annyira piacképesnek külföldön. A külföldi munkavállalás és a lakóhely keresztábráján a százalékos arányokat is láthatjuk városrészekre levetítve. Diósgyőrben a megkérdezett 139 fő 27,3 százaléka jelenlegi fizetésénél magasabb bérezésért vállalna külföldön munkát, 11,5 százalékuk szakmájában helyezkedne el. Ugyanakkor nem található szignifikáns kapcsolat a lakóhely és a migrációs szándék között.

A másodlagos migrációs nyomás alatt azt a fogalmat értjük, hogy a szülők migrációra ösztönzik a fiatalabb korosztályt. Elemeztük a korosztályi eloszlást a migrációs potenciállal kapcsolatos kérdésnél.

**9. táblázat: A külföldi munkavállalási hajlandóság és az életkor keresztábrája**

		Életkor				Összesen
		25-34 év	35-44 év	45-54 év	55-64 év	
'nem válaszolt'	Életkoron belül	1,5%	1,5%	3,3%	1,5%	1,9%
	Korrigált reziduum	-,3	-,3	,9	-,3	
'igen, bármit'	Életkoron belül	30,9%	23,1%	19,7%	13,2%	21,8%
	Korrigált reziduum	2,1	,3	-,5	-2,0	
'igen, jobban fizetőt'	Életkoron belül	32,4%	29,2%	31,1%	10,3%	25,6%
	Korrigált reziduum	1,5	,8	1,1	-3,4	
'igen, a szakmában'	Életkoron belül	20,6%	15,4%	6,6%	7,4%	12,6%
	Korrigált reziduum	2,3	,8	-1,6	-1,5	
'nem'	Életkoron belül	14,7%	30,8%	39,3%	67,6%	38,2%
	Korrigált reziduum	-4,6	-1,4	,2	5,8	

*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés*

A korrigált standardizált reziduum értéke alátámasztja azt a megállapítást, hogy a fiatalabb korosztály szívesebben vesz részt a migrációban, mint az idősebb. Különösen igaz ez a megállapítás a 25-34 évesekre. A korrigált standardizált reziduum értéke esetükben az „igen, bármit” válasz esetében 2,1. Az „igen szakmában” válasz esetében 2,3. A „nem” válasz esetében -4,6-os értéket mutat. Ugyanakkor érdekes, hogy a 35-44 éves korosztály nem lelkesedik a külföldi munkavállalásért, annak ellenére, hogy véleményünk szerint ennek a korosztálynak még lenne esélye részt venni a külföldi munkavállalásban. Az idősebb korosztály esetében elutasításra talál a migrációs lehetőség. 55-64 éves korosztály esetében az elutasítás nagyon erős a korrigált reziduum értéke 5,8-as értéket mutat.

A második generációs migrációs nyomás feltérképezéséhez variancia-analízist végeztünk. Célunk volt megvizsgálni, hogy a munkaerőpiaci beállítódás, illetve egyéb tényezők mennyire befolyásolják a szülők gyermekeiknek adott továbbtanulási tanácsait.

A 7-es kérdés „ii” alkérdésében kérdeztünk rá, hogy a válaszadók gyermekeiket hová küldenék tanulni. Ezzel kapcsolatban feltételeztük, hogy a barnamező közelében élők, illetve a depressziósabb látásmóddal rendelkezők közül nagyobb arányú lesz az elvándorlásra ösztönzés.

Ennek értelmében a munkaerőpiaci depressziót megtapasztaló egyén, csalódva a lehetőségek hiányában, megtapasztalva viszonyítási csoportban a magas munkanélküliségi rátát illetve inaktivitást, elvándorlásra ösztönzi gyermekét. Az elvándorlás egyik mércéje a felsőfokú tanulmányok más városban, illetve külföldön történő folytatása.

A kérdés az alábbiak szerint szerepelt a kérdőívben:

**Van Önnek gyermeke?**

**a. nem**

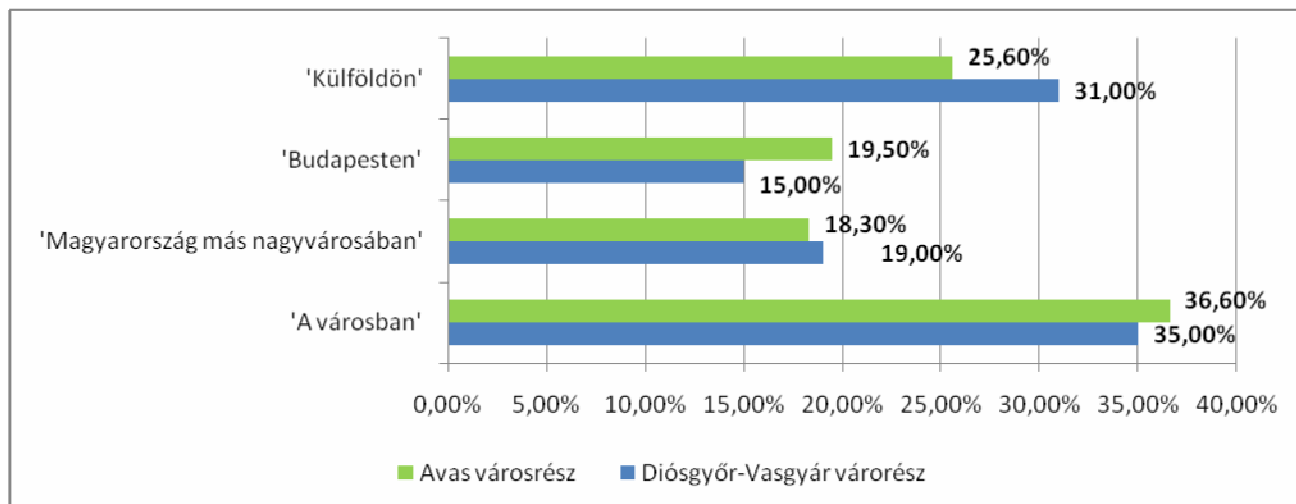
**b. ha igen,**

**Mit tanácsol gyermekének, hol tanuljon?**

1. Miskolcon
2. Magyarország más nagyvárosában
3. Budapesten
4. külföldön

A tisztított, azaz a gyerekes szülők válaszainak eloszlás a lakóhely szerint, abban az értelemben igazolta hipotézisünket, hogy Diósgyőrben magasabb arányban gondolják úgy a

válaszadók, hogy gyermekeiknek külföldön kellene továbbtanulniuk, illetve Magyarország más városában. Az avasiak úgy vélik, hogy Miskolc városban vagy Budapesten a legjobb a gyermeküknek a továbbtanulás.<sup>11</sup>



**19. ábra: Szülők gyermeküknek adott tanácsainak megoszlása a továbbtanulás helyszínének tekintetében**

*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés*

Az előzőekben a munkaerőpiaci attitűd szerint meghatározott depressziós és optimista klasztercsoportokat is megvizsgáltuk ezen kérdésre adott válaszaik alapján. Megállapításra került, hogy az első klasztercsoportba tartozók közül 31,2 százalék küldené külföldre továbbtanulni gyermekét. Azon szülők, akik a külföldi továbbtanulást tanácsolják, 76,5 százalékban az első klasztercsoportba tartoznak. A második klasztercsoportba tartozók, akik optimista szemléletűek, továbbtanulás szempontjából Budapestet illetve Magyarország más nagyvárosait preferálják. Az eredmények szignifikáns eltérést mutatnak, vagyis a klasztercsoportba való tartozás meghatározza, hogy gyermekeiknek mit tanácsolnak, hol tanuljanak tovább.

**80. táblázat: Szülők klaszterezése a másodgenerációs migráció esetén**

	Depressziós klaszter	Optimista klaszter
<b>Külföldön</b>	76,5 %	23,5%

*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés*

<sup>11</sup>Azonban sajnos a KHI-négyzet értéke alapján a nullhipotézis nem vethető el, így nem tudunk a változó között összefüggést kimutatni.

A 7-es kérdés „ív” alkérdésében kérdeztünk rá, hogy gyermekeiknek mit tanácsolnak, hol telepedjenek le.

**Mit tanácsol gyermekének, hol telepedjen le?**

- ahol folyik ipari termelés, gyárok közelében
- mezőgazdasági területen, gyárektől messze
- zöldövezetben, természetvédelmi területen, várostól messze
- nagyvárosban, ahol az ipar nem jelentős

A válaszadók 53,6 százaléka olyan nagyvárosokba való költözést javasolta a gyermekének, ahol nem jelentős az ipari termelés, 30,9 százalék a zöldövezetbe való költözést ajánlja.

A kutatásunk elején úgy véltük, hogy a Diósgyőrben élők ipari múltához való viszonya meghatározza, mit tanácsolnak gyermekeiknek a letelepedés terén. Vagyis a diósgyőriek nagyobb arányban tanácsolják az elköltözést olyan területre, ahol az ipar nem jelentős. Ez a feltételezésünk kismértékben be is igazolódott, a diósgyőriek 7 százaléka tanácsol letelepedést gyermekének gyárok közelében, míg az avasiak 12, 3 százaléka teszi ugyanezt. A korrigált reziduum értéke ebben az esetben a legnagyobb 1,2, amely elmarad a szignifikáns 2-es értéktől. A teljes mintához viszonyítva a kevesebb válasz miatt ez az érték is jelentős véleménybeli eltérést tükröz. A nagyvárosi letelepedést, ahol az ipar nem jelentős, a diósgyőriek 55 százaléka, az avasiak 51,9 százaléka javasolná gyermekének.

Az elemzés kapcsán lefuttattuk a letelepedési tanácsot korra és nemre vonatkoztatva is, nem találtunk azonban szignifikáns összefüggést. A megkérdezettek végzettsége ugyanakkor összefüggésben állt azzal a tanáccsal, hogy milyen területre telepedjenek le gyermekeik.

További kérdés vonatkozott a fiatalok munkaerőpiaci megjelenésére. A 46-os kérdésben a megkérdezettek azon véleményére voltunk kíváncsiak, hogyan látják a fiatalok lehetőségeit a barnamezős terület környékén. A kérdés arra vonatkozott, hogy a fiatal generációk számára mennyire lehet vonzó a helyben maradás egy ilyen barnamezős területen való elhelyezkedés lehetőségével élve.

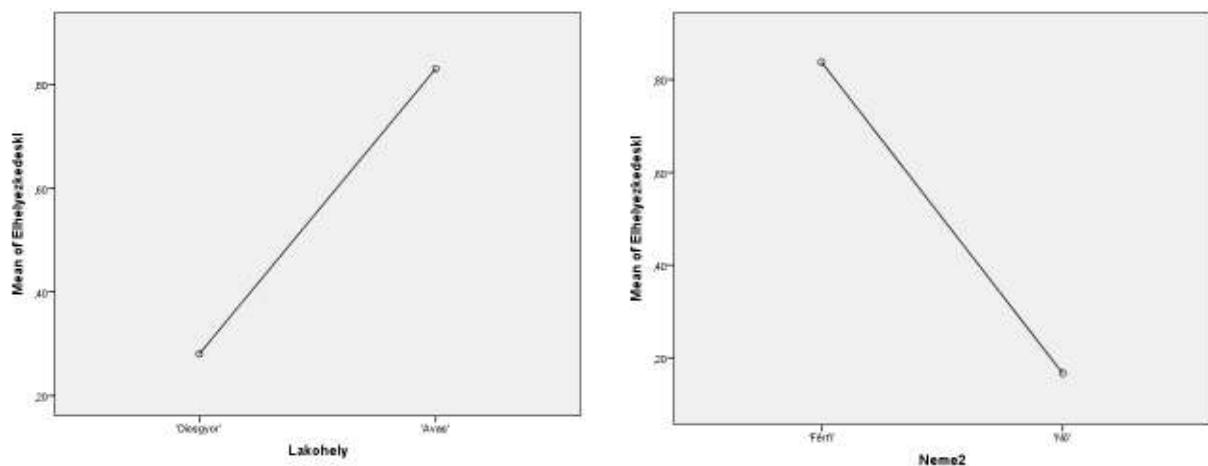
**Fiatal generációk számára mennyire vonzó a helybenmaradás egy ilyen barnamezős területen való elhelyezkedés lehetőségével élve?**

- 5   - 4   - 3   - 2   - 1   0   1   2   3   4   5

A megkérdezettek mindegyike, azaz 263 fő értékelte a fiatalok lehetőségeit. Hozzá kell tenni, hogy a kérdőív készítésekor szerencsésebb lett volna alacsonyabb értékű, azaz nem tízes skála alkalmazása. Véleményünk szerint kisebb skálán az átlag különbségek jobban szóródtak volna. A következőkben arra voltunk kíváncsiak, vajon a válaszokat befolyásolta-e hogy a válaszadó melyik városrészben él, nő vagy férfi, van-e munkája, milyen az iskolai végzettsége. A válaszok megoszlását lakóhely szerint variancia analízis segítségével értékeltük ki. Az átlagok alapján látható, hogy az Avason kicsivel jobbnak ítélték meg a fiatalok itthon maradását, vonzóbbnak tartották a helyben maradást.

Ez a véleményeltérés igazolja az előzetesen felállított hipotézisünket, hogy Diósgyőr városrészben a meglévő barnamező miatt a megkérdezett fiatalok számára nem vonzóak a munkahely lehetőségek.

A vélemények nemek szerinti eloszlását is megvizsgáltuk. A válaszok megoszlását varianciaanalízis segítségével értékeltük ki. Ennél a vizsgálatánál a független változó a megkérdezettek nem szerinti megoszlása volt. Véleményük a barnamezővel kapcsolatban befolyásolja a fiatalabb generáció migrációs döntést is. Az adatok elemzésénél látható, hogy a csoport átlagok között a nők esetében a válaszok átlaga alacsonyabb, azaz rosszabb véleménnyel vannak a fiatalok számára kínákozó elhelyezkedési lehetőségekről.

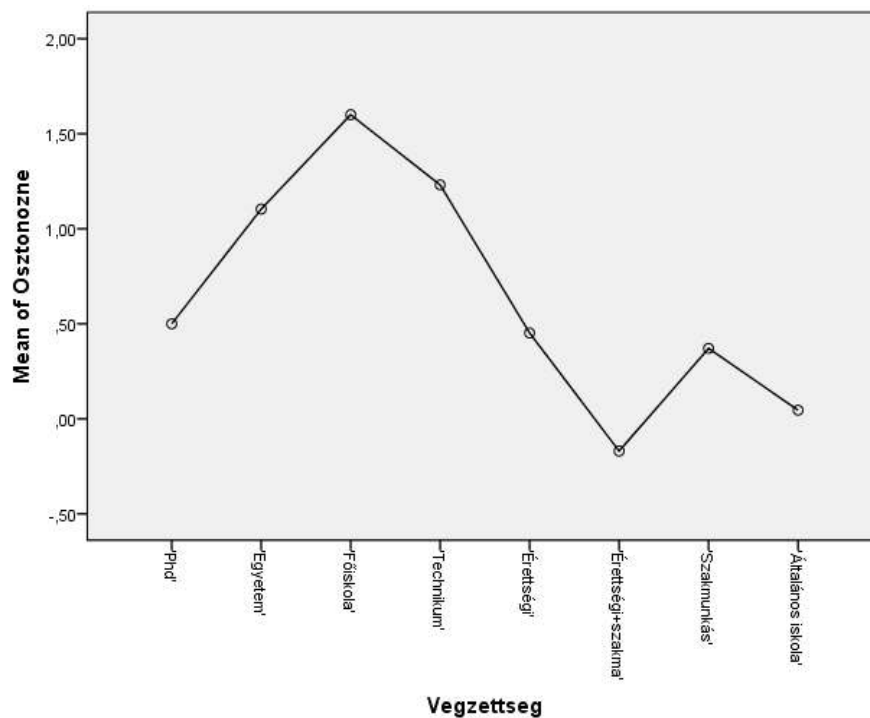


**20. ábra: A varianciaanalízis grafikus megjelenítése**

*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés*

A kategóriaátlagok szignifikánsan különböznek egymástól, vagyis a nemek más-más módon hatnak az elhelyezkedési lehetőségek megítélésre.

Vizsgáltuk továbbá, hogy az iskolai végzettség befolyásoló tényező-e a fiatalok helyben maradásával kapcsolatban. A 20. ábra megmutatja számunkra, hogy a különböző végzettséggel rendelkezők körében hogyan alakul a helyben maradásról alkotott vélemények átlaga, szóródása, illetve hogyan alakultak az egyes csoport átlagok. Láthatjuk, hogy az egyetemi, főiskolai technikai végzettséggel rendelkezők látják biztatóbban a helyben maradás esélyét. A PhD fokozattal rendelkezők ettől eltérő véleményen vannak, s a helyzetet legrosszabbnak az érettségivel és a szakmával egyszerre rendelkezők látják.



**21. ábra: A varianciaanalízis eredménye grafikus megjelenítése fiatalok elhelyezkedési esélyeinek véleményezéséről nemek szerint**

*Forrás: saját szerkesztés*

A primer kutatás fenti eredményei alapján tehát azt a tézist fogalmazhatjuk meg, hogy a munkaerőpiaci depresszió és a második generációs migrációs nyomás egymással kapcsolatban áll.

## 2.7. Barnamezős revitalizáció Miskolcon

Elméleti feltevésünk az volt, hogy a revitalizáció akkor lehet sikeres, ha a környezeti helyreállítás mellett kiterjed a társadalmi-gazdasági szférára is. A nemzetközi revitalizációs tapasztalatok alátámasztják, hogy a területen élők bevonását, a humán erőforrás „helyreállítását”, a munkaerőpiacra való belépés elősegítését a barnamezős területek közelében egyenrangú célnak kell tekinteni. A hármas faktor (környezeti – gazdasági - társadalmi) biztosítja azt, hogy a terület szennyező anyag mentesítése mellett, a tér új gazdasági funkciókkal is bővüljön (a lakóingatlanok felújítása, új gazdasági célokat szolgáló helyiségek kialakítása) és az ott élők társadalmi, munkaerőpiaci integrációja is előtérbe kerüljön.

Az elméleti feltevésünkre alapozva kérdeztük meg 38. kérdésben a terület közelében élőket, illetve az avasi lakosokat a barnamezős területek fejlesztéséről. („Ön szerint melyik tevékenység a legfontosabb, állítsa sorrendbe (1-es a legfontosabb)?”)

A kérdés tehát arra irányult, hogy a területen illetve a város másik részén élők hogyan vélekednek, mivel gyorsítható a revitalizációs folyamata. Az százalékos eredményeket következő 12. táblázatba összesítettük.

9. táblázat: A revitalizáció dimenzióinak értékelése

	A területen maradt káros anyagok eltávolítása.	A terület környezetének helyreállítása.	A területre cégek betelepítése.	A terület környezetében lévő lakóingatlanok felújítása.	A terület környezetében élő emberek támogatása, munkához juttatása.
<b>Legfontosabb</b>	<b>38,2%</b>	15,3%	8,8%	3,4%	<b>34,4%</b>
<b>Fontos</b>	21,8%	<b>27,2%</b>	19,5%	13%	18,3%
<b>Lényeges</b>	14,9%	21,1%	20,2%	23,7%	20,6%
<b>Kevésbé fontos</b>	13%	21,8%	19,5%	29%	16,8%
<b>Nem annyira fontos</b>	12,2%	14,6%	<b>32,1%</b>	<b>30,9%</b>	9,9%

*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján saját szerkesztés*



A megkérdezettek 38%-a területen maradt káros anyagok eltávolítását tartotta a legfontosabbnak, 34%-a munkához jutást preferálta. Eszerint a megkérdezettek 27,2%-a fontosnak ítélte meg az érintett területek környezetének helyreállítását. A lakóingatlanok felújításával kapcsolatban a válaszolók csaknem 31 % -a úgy nyilatkozott, hogy a nem annyira fontos a lakóépületek felújítása, és érdekes módon a cégek betelepítése (32 %) tűnik nem annyira fontosnak a megkérdezettek számára.

A lakóhely szerinti megoszlás alapján a Diósgyőr-Vasgyárban élők közül kétszer annyian gondolják lényegesnek a barnamezők káros anyagtól való megtisztítását, mint az Avas lakótelepén élők. Ebben az esetben a korrigált reziduum értéke 1,2. A munkalehetőségek bővítést a barnamezős területek környékén nem csak a jelenleg munkaviszonnyal nem rendelkezők, hanem a hallgatói státuszban lévők is lényegesnek tartják, ezekben az esetekben a korrigált reziduum értéke 2,1 és 1,9. Az életkor esetében a 25-34 év közötti korosztály nem tartja fontosnak a terület káros anyagtól való megtisztítását, ebben az esetben a korrigált reziduum értéke 2,9. Ellenben a cégek betelepülésének támogatását, elősegítését fontosnak véli, a korrigált reziduum értéke 2,0.

Kutatásunk ezen szakaszában megfogalmazódott a kérdés, hogy mennyiben teljesülnek az előbbieken vázolt tényleges (környezeti, gazdasági, társadalmi) revitalizációs szempontok? Ennek kiderítése részletesebben elemeztük a Miskolcon megvalósult/megvalósuló öt barnamezős „revitalizációs” projekteket, azok indikátorai segítségével (lásd. 13 táblázat).

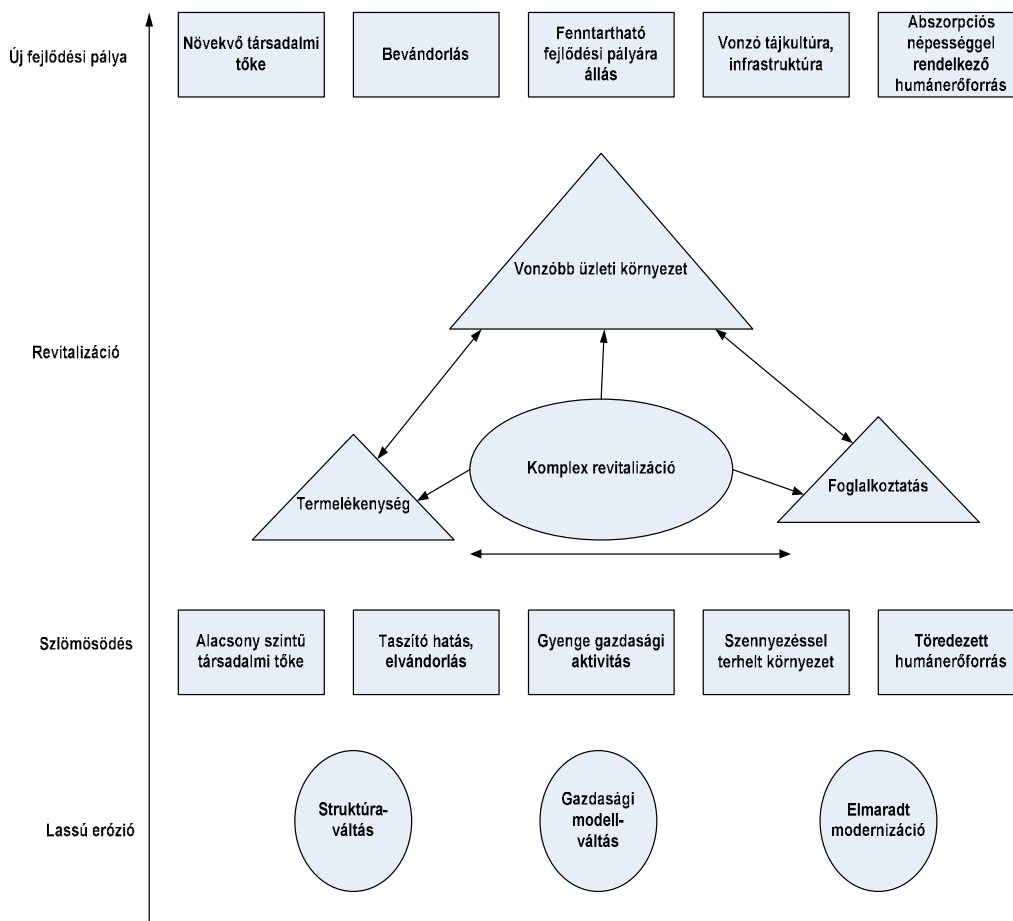
**10. táblázat: Barnamezők újrahasznosításához köthető 2007 és 2013 között támogatást kapott észak-magyarországi projektek**

	Elhelyezkedés	Teljes ráfordítás (Ft)	Sajáttőke (Ft)	Projekt időtartama	Indikátorok		
1.	Miskolc	661.849.381	410.346.616	3	<b>21 új munkahely</b>	5100 m <sup>2</sup>	<b>Eszközbeszerzés</b>
2.	Miskolc	1.039.711.836	644.621.338	2	-	nincs adat	<b>Eszközbeszerzés</b>
3.	Miskolc	831.856.323	515.750.920	2	-	5250 m <sup>2</sup>	-
4.	Miskolc	1.585.342.683	808.524.768	3	-	5760 m <sup>2</sup>	-
5.	Miskolc	369.803.160	229.277.959	2	-	nincs adat	<b>Eszközbeszerzés</b>

*Forrás: NFÜ adatai alapján, sajtószervezés*

Az összesítésből kiderül, hogy az öt projektből csupán egyben számítottak új munkahelyek létrejöttével, amely ellentétes a nemzetközi példákkal.<sup>12</sup> A revitalizáció során a területek fenntartható fejlődési pályára állításhoz szükséges a munkaerőpiaci keresletnek a bővítése a barnamezők közelében. Figyelemre méltó, hogy a három projekttervezet épített be a pályázatába eszközbeszerzést, amely így túlmutat a környezeti rehabilitáción. Az eszközbeszerzés arra utal, hogy újítani akarják a gépparkot, a gazdasági tevékenységet versenyképesebbé kívánják tenni. Ugyanakkor a projekt prioritásai között új gazdasági funkció megtalálása már nem szerepel.

Mivel a barnamezők problémája összetett, többirányú megközelítést igényel. Ezen szempontok beépítésével modelleztük a revitalizáció folyamatát a 21. ábrán (Tóthné Szita – Dabasi – Hegyi, 2010). Elsődleges szempont az érintett területek növekedési pályára állítása.



**22. ábra: Revitalizációs modell**

*Forrás: Tóthné Szita – Dabasi – Hegyi (2010)*

<sup>12</sup>Az Egyesült Királyság fejlesztési ügynöksége 752 barnamező revitalizációja kapcsán 6200 új munkahely létrejöttét számszerűsítette (8-10 munkahely barnamezőnként).

A barnamezők és azok munkaerőpiaci vonzáskörzetében a helyzet kezelésére nem alakultak ki a speciális gazdaságpolitikai, foglalkoztatáspolitikai és környezetszabályozási eszközök, így Miskolcon kezeletlen maradt a revitalizáció problémája. Ezen folyamatok elmaradása miatt a munkaerőpiacra nehezebben lép be a fiatalabb korosztály. A gazdasági aktivitás csökkenése következtében a település(rész) munkaerőpiaci potenciálja és gazdasági struktúrája is megváltozik. Az idők folyamán a lakások lakói kicserélődnek (filtráció), egyre szegényebb rétegek költöznek be a területre, mindezek hatására az adott terület munkaerőpiaci összetétele is megváltozik, s végül a szekunder szegmens lesz domináns.

A képzettebb és a fiatalabb generáció elvándorolása után a foglalkoztatáspolitikának egyre költségesebb lesz a beavatkozás. A barnamezős területen maradók szociális helyzete jelentősen romlik és ennek a következménye a munkaerőpiaci depresszió kialakulása, a külföldi beruházások elmaradása. A dezindusztrializáció, különösen a negatív dezindusztrializáció kapcsán az adott területek fejlődési pályára állítását hátráltatja a barnamezők jelenléte. A dezindusztrializáció kapcsán kialakult barnamezők azonban befolyásolhatják egy egész város felzárkózását. Ezért ezen területek fejlesztése speciális az iparpolitika mellett a foglalkoztatáspolitikai és a területfejlesztés közös céljainak és eszközeinek használatát igényli.

Fejezetünk összegzéseként elmondható, hogy a Miskolci barnamezők revitalizálása az eddigi erőfeszítések ellenére még nem minősíthetőek elégségesnek, s ennek következményei tagadhatatlanul jelen vannak. Kutatásunk során bebizonyosodott az a feltevésünk, hogy a revitalizálatlan barnamezők mellett (közelében) élő lakosság vagy elszlömösödött területen él és beavatkozás nélkül képtelen a kiemelkedésre, vagy pedig „küzdve” a munkaerőpiaci depresszióval, pozitív jövőkép hiányában gyermekeit a város, a megye, legrosszabb esetben az ország elhagyására bíztatja. Ennek a problémakörnek a megoldása különösen fontos, mert a potenciális munkaerőforrássá váló a népesség csökkenése, olyan humán erőforrás problémát jelenthet a közeljövőben, mely jelenleg nem belátható. Különösen igaz ez az egészségügyben dolgozó szakemberek pótlására is. Mivel a betegek többsége az elszlömösödött területeken élő népességből kerül ki, sokkal nagyobb erőfeszítést igényel a preventív egészségmegőrző munka, valamint az egészségügyi alap és szakellátás területén.

A probléma összetett, következésképpen a megoldásnak is komplexként történő kezelése indokolt. Így tehát a halmozottan hátrányos helyzetű népesség felzárkóztatása mellett, olyan alternatívákat kell találni az egészségügy humán koordinációjának terén, melyek alkalmasak arra, hogy a szakemberek a megszokottól kevesebb számú órában történő, és a hosszabb idejű rekreációs lehetőségek alkalmazására. A megfelelő létszámú szakember gárda elérése esetén, a beteg ellátás minőségének fenntartása mellett az atipikus foglalkoztatási formák alkalmasak lehetnek a dolgozói elégettség elérésére. Hiszen könnyen belátható, hogy a kevesebb beteget ellátó szakszemélyzet, több szabadidő mellett kevésbé van kitéve az fáradtság, fásultság, kiégés veszélyének.

### 3. KÓRHÁZAK SZEREPE, A MÁTRIX KÓRHÁZ ELMÉLETE

*Egészségünk, egészségünk értéke, nem vagy csak nagyon körülményesen mérhető. Ellenben az kétségtelen, hogy az egészséges élet nem helyettesíthető – sem egyéni sem társadalmi szinten -, ennek következtében az egészség iránti kereslet rendkívül rugalmatlan, vagyis egy esetleges betegség esetén az egyének bármennyit hajlandók lennének fizetni a gyógyulásért. Az egészségügyi rendszer célja pedig – leegyszerűsítve - az élet meghosszabbítása és az életminőség javítása.*

*A lakosság egészségi állapotáért azonban döntően nem is az egészségügyi ellátás a felelős, tekintettel arra, hogy az, csak egyik eleme az egészségi állapotunkra ható négy fő tényezőnek, melyek az alábbiak: öröklött tényezők, a fizikai és társadalmi környezet, életmód és az egészségügyi ellátás igénybevétele. Mivel az ország lakosainak egészségi állapota döntően befolyásolja a potenciális munkaerőforrást, lakosság munkaerő-piaci aktivitását, a munkaerő minőségét, ezen keresztül a társadalom eltartó képességét, elengedhetetlen a probléma komplexként történő kezelése. Az egészségi állapotra ható négy tényező közül korábbi fejezeteinkben kettőt már érintettünk<sup>13</sup>*

*A fizikai és társadalmi környezet és életmód faktorok miskolci helyzetképének felvázolása után akár érhetőnek is mondható a település rossz egészségi állapota. A magas munkanélküliségi ráta, a szlömök kialakulása, és a munkával rendelkezők munkaerőpiaci depressziója, valamint a revitalizálatlan barnamezők már tárgyalt hozadéka mind károsan befolyásolják az itt élők egészségi állapotát, s ezt csak tetézi az egészségügy országos átlagnál is rosszabb anyagi és humán erőforrás helyzete. Ezt vizsgáljuk a továbbiak folyamán részletesen.*

Az elméleti orvoslás tudománya az ókori Görögországban vált le a mitikus háttérről, de sok-sok kutatómunka után majdnem kétezer év múlva az 1800-as évektől tudtak hatásosan gyógyítani. (Benedek1990) Újabb áttörést a XX. század második fele jelentette az antibiotikumok, oltások intenzív kezeléseik bevezetésével, az orvosi diagnosztika

---

<sup>13</sup> Az öröklött tényezőket nem kívánjuk részletezni, tekintettel arra, hogy meglátásunk szerint tanulmányuk témáját tekintve nem releváns.

robbanásszerű fejlődésével, hihetetlen mértékben javultak az emberek életkilátásai, megnőtt a várható élettartam.

A kórházak szerepe a XX. század végén bekövetkező szociális átalakulás miatt megváltozott. A betegek egyre jobban képzettek, önállóak, öntudatosak, igénylik kezelésük és a kórházi folyamatok megbeszélését. Szükség van bioetikai és szocioetikai megfontolásokra, konzultációkra. Egyre nagyobb a hangsúly az elődleges ellátáson és az otthonápoláson. A minőség fejlődés magában foglalja az egészségügyi szektor professzionálissá válását. Néhány országban a kórházak szerepét és méretét a politika határozza meg. Egy időben jelennek meg az egyenletes betegellátás érdekében a decentralizációs folyamatok és a speciális betegségek ellátására szervezett központosított intézmények.

Az egészségügyi ellátás árszínvonala fokozatosan nő, így azt rendkívül nehéz támogatni, s mindezek hatására nehéz feladat a mindenkori kormánynak, valamint a szociális ellátásnak eldönteni, hogy mi legyen az alapellátás, mit tudnak támogatni, s nem utolsó sorban nehéz a családoknak, akik nem jogosultak teljes körű biztosításra.

Ezen felül nagyobb figyelmet kell fordítani az egészségügyi ellátásra a gazdasági övezetekben és a szociálisan hátrányos területeken. Az ellátás demográfiai szerkezete változik, sokkal több az idős ember és kevesebb a gyermek. Az életstílus változáshoz kapcsolható betegségek (pl. drogaddikció, rosszul tápláltság, környezetszennyezés, új típusú fertőző betegségek, antibiotikum rezisztens kórokozók megjelenése, iatrogén ártalmak megjelenése a növekvő egészségügyi ellátás következtében) a betegek száma egyre nő, s ez értelemszerűen az egészségügy egyre nagyobb fokú leterheltségéhez vezet. nem hagyható figyelmen kívül az sem, hogy az egészségügyi személyzet hozzáállása változik, jobb munkakörülményeket, rövidebb, jobban szabályozott munkaidőt és magasabb fizetést keresnek. A gyógyításban és a mortalitásban elengedhetetlen az elégedett és jól képzett ápoló személyzet.

Az Egyesült Államokban és Nagy Britanniában végzett vizsgálatok során kiderült, hogy az ápolói munkát befolyásoló körülmények tükröződnek a kezelési eredményekben. Ezek a változók például a vezetés, az egyéni képzettség, a kórház mérete, specializációja, továbbképzésekben elfoglalt helyzete, az állás jellemzői, a személyzet száma, a szervezeti kultúra, a pénzügyi helyzet, a képzett szakorvosok száma, a technológiai lehetőségek, a sürgősségi osztályon a vizit gyakorisága és a városi vagy vidéki helyzet. A betegek jellemzői,

a betegségek összetettsége, súlyossága, a helyi népesség szociális összetétele, a betegek tapasztalata, panaszai, válaszai a felmérésekre szintén befolyásolják a megítélést. (Aiken1998, West 2001)

Az orvos-technika lehetőségei nőnek, sokkal kevesebb az invazív (szúrással, vágással stb. járó) beavatkozás, rövidebbek a beavatkozási idők. Az eljárások új formái közül elsőbbséget élveznek a nagy ambuláns sebészetek, a nappali kórházi szolgáltatások, ahol diagnosztikai vizsgálatokat végeznek, mint pl. onkológiai, rehabilitációs, pszichiátriai vizsgálatokat és sebészeti kezelést (ambuláns sebészetet, és az úgynevezett „otthoni kórház” szolgáltatások. Ezek az új szolgáltatások, ha megfelelően alkalmazzák őket biztonságosak, hatásosak, előnyösek a beteg számára. Emellett sokkal alacsonyabb költséget jelentenek, mint a bennfekvő ellátás és pozitív a hatásuk a kórház szervezetek hatásosságára és az egészségügyi rendszer irányítására. Az új szolgáltatásokkal a betegek magasabb minőségű ellátást, gyorsabb és jobb lehetőséget kapnak a gyógyulásra, az egészségügy a kórházi orvosok jobb koordinációján és kommunikációján keresztül szakszerűbbé válik.

A kórházak az ápolási napok csökkentésével helyet adhatnak kórházi technológiáknak és az orvos specialisták szorosabban kapcsolódnak a közösséghez. A nagyobb hatékonyság következtében az egészségügyi rendszer jobban használja fel forrásait. Az új ellátó formák már egész Európában elterjedtek, de nagyon sok lehetőség van a fejlesztésükre. A kórházi finanszírozások még nem mindenhol követték a változásokat, még sok helyen ágyszám, ápolási idő hosszúsága szerint és nem az ellátott eset alapterve szerint fizetnek. Néhány országban nehézségek vannak a specialisták és általános orvosok és a magánkórházak koordinációjában. A nővér szervezetekben fennálló probléma az, hogy a kezelési protokollokat kórházi ápolásra fejlesztették ki és nem mindig alkalmazhatók az otthon ápolás során. Az új típusú szolgáltatásokkal csökkenteni lehet a fekvőbeteg ágyak számát, amelyeket krónikus, vagy palliatív ellátásra alakíthatnak át, ezáltal a csökkenteni lehet. A változások alapja a folyamatos és rendszeres képzés és továbbképzés.(Undricz1996)

### **3.1. Modern kórházi rendszerek megjelenése**

A keresztény segítés középkori elve Európában a tizenhatodik és tizenhetedik század során átalakult, kezdtek megjelenni a modern kórházak, melyek képzett orvosokkal és sebészekkel nyújtottak szakszerű ellátást.

1784. augusztus 16-án II. József császár megnyitotta a bécsi Allgemeines Krankenhaus-t és ezzel létrehozta a közép-európai óriás kórházak mintáját.<sup>14</sup> A XVIII. században Franciaország folyamatosan hadat viselt Ausztria és Poroszország ellen. A sebesülteket csak a csata után, nyitott kocsikon szállították a távoli tábori kórházakba.<sup>15</sup> A XIX század második felére az orvostudomány egyre inkább a tudományos kutatásokon alapult nem tapasztalati jellegű volt. Az európai országok többségében, először Németországban, kialakultak a betegbiztosító társaságok, jelentősen kibővült az egészségpiac. A biztosítás ugyanis vonatkozott az orvosi ellátásra, a gyógyszerelésre és a kórházi ellátásra is. Megváltozott az orvos hagyományos szerepe is, mivel egyre specializáltabb lett az ellátás. A hagyományos orvosi szakmák részekre váltak. Először a szemészet, majd az orthopédia, gyermekgyógyászat, pszichiátria, urológia, bőrgyógyászat vált külön, mindezek hatására jelentősen kibővült a kórházak kapacitása. 1880-ban 80 ezer beteget, majd húsz évvel később már 165 ezret kezeltek. A szegénybetegeket is a közkórházak kezelték.

A különböző specialisták együttműködése magánkórházak közül elsőként a Rochesterben (Minnesota állam, USA) a Mayo Klinikán valósult meg 1889-ben. Egy természeti katasztrófa után a Ferences rendi nővérek kérték fel William Worrall Mayot, hogy alapítsa meg a

---

<sup>14</sup>Három fő épületből állt. A magja a Nagy Szegényház átalakításából lett, tágas udvarral és kerttel, kb. 2000 ágyas volt, 20 ágyas kórtermekkel és minden betegnek külön ágya volt, ellentétben a francia kórházakkal, ahol 3-4 beteg is osztozott egy ágyon. A leghátsó udvarban egy erődszerű ötemeletes épület állt a „bolondokháza”, lőrészerű ablakokkal, erős ajtókkal, a falakon a betegek kikötésére szolgáló karikákkal. A harmadik épület a katonai Sebészeti Akadémia volt, 1200 ágyas kórházzal. Ebben a kórházban a korábban kézműves mesterséggént oktattott sebészetet már orvosi tevékenységként kezelték. Az uralkodó törvénnyel gondoskodott arról, hogy a szegények ingyen felvételt nyerhessenek az Allgemeinen Krankenhaus-ba. Másrészt a lányanyák számára menedéket hozott létre, szigorú titoktartással, hogy ott megszülhessék gyermeküket, akiket később falun felneveltek.

<sup>15</sup>Nagyon nagy volt a veszteség. 1792-ben Dominique-Jean Larrey megszervezte az úgynevezett repülő kórházakat a csataterén. A négy fős egységben három sebész és egy ápoló tevékenykedett. Lóháton közelítették meg a betegeket és a akit lehetett a helyszínen elláttak. Később felszerelésüket könnyű rugózott kocsin szállították. A repülő „lazarettok” egy idő után az ellenség sebesültjeit is ellátták és felvetődött, hogy a mentő kórház személyzetét semlegesnek kellene tekinteni.

A kórházakban nagyon gyakran fordultak elő sebfertőzések, a kórházban szülőknél gyermekági lázak. A kórházi higiénia fokozatosan javították szellőztetővel, vízöblítéses WC-vel, de lényegi javulást nem értek el. A magyar Semmelweis Ignác jött rá, hogy mindezen fertőzésekért a nem kellőképpen fertőtlenített kéz a felelős és 1847. májusában bevezette a calcium kloridos kézmosást minden vizsgálat előtt és után. A fertőzések száma a szülőknél 18%-ról egy százalék alá csökkent, ami hihetetlenül jó eredmény.



kórházat. A pénzügyi fedezetett a rend biztosította. Mivel a kis kórház forgalma és nagysága egyre nőtt, ezért más orvosokat is alkalmaztak, specialistákat (belgyógyászokat, patológusokat, bakteriológusokat, szemész, fül-orr-gégész specialistákat), akikkel szoros együttműködésben dolgoztak. A mintaszerű együttműködés eredményeként a magánkórház színvonala elérte az egyetemi klinikákét.

Az Egyesült Államokban az 1920-as évektől épültek nagy kórházak kiemelkedően magas gyógyászati-tudományos határfokkal, az úttörő szerep a Mayo fivéreké volt.

1934-35 között Párizs elővárosában, Clichyben megépült a Hopital Beaujon egy amerikai mintára épült tizenkét emeletes, 1000 ágyas nagy kórház. Gazdasági szempontok (rövidebb szállítási utak, energiatakarékosság stb.), valamint a magas házak építésének kedvezőbb lehetőségei is amellet szoltak, hogy a gyógyászati, műszaki és igazgatási intézményeket egy épületben helyezték el. A kórház felépítése a legújabb tudományos kutatásokon, aszeptikus alapelveken nyugodott. Külön laboratóriumi és röntgen diagnosztikai osztály működött, az egyes szakmák között kiváló együttműködés alakult ki.

Az 1960-as 70-es években feléledt az érdeklődés a gyermekek kórházi helyzete iránt, napirendre kerültek a gyermekek helyzetét javító reformok. Amelyeket a „Gyermekek a Kórházban” egyesület valósít meg.

A 60-as évektől kezdve a nagy kórházakat a „hatalmas” kórházak követik, melyek elvileg csökkentették az orvos szakmák széttöredezetttségét és a központosítás miatt kisebb létszámmal is megoldható volt az ellátás, ezek viszont horribilis költségvetéssel esetenként a tervezett költségek többszöröséért készültek el.(Aachen, Bécs, Marburg) Nem voltak ritkák a megvesztegetési botrányok sem. A modern célkitűzések szerint a kórházak ne felnagyított egyedi klinikák, ne kórház paloták legyenek, hanem egy háromdimenziós út és térhálózatra van szükség, ahol az elképzelések előterében az akadálytalan kommunikáció áll. Felmerült, hogy az addig városszélre telepített kórházakat nem lenne-e mégis jobb a városok középpontjában elhelyezni.(Schott1993)

### **3.2. A kórház szervezeti formák**

A kórházi szervezeti formákat besorolhatjuk egy olyan kilenc pontos konfigurációba, melynek egyik végén helyezkednek el a hagyományos tudomány, hivatás központú helyek, a másik végén az ágazati és szolgáltatás irányú divizionális tervek.

### *3.2.1. Hagyományos funkcionális szervezet*

A nagy egészségügyi központoknak hagyományosan hivatásszerű szakágai és funkciói vannak, mint az ápolás, étkezési és szociális szolgáltatás stb. Ez a forma a vezetés figyelmét a funkciótól függetlenül nyújtja minden egyes szakma felé. Előnyei közé tartozik, hogy maximális figyelmet fordít a szakmai fejlődésre és a szakmai protokollokra, fenntartja minden szakma tudományos szintjét, lehetővé tesz a helyi piac szükségletei alapján a források szétosztását minden osztály és szolgáltatás között az egész kórházban. Gátló tényezői közé tartozik, hogy nincs együtt működés illetve bármilyen elemi integráció a szolgáltatások között, a szolgáltatások mindannyian vetélkednek a forrásokért, a területi elkülönülés darabossá teszi az ellátást szakmai és tudományos szempontból.

### *3.2.2. Integrátorok hozzáadása*

Ebben a formában különböző egyének megteremtik a szolgáltatási útvonal lehetőségét, egyelőre még hatalom nélkül. Tervezők, elemzők látókörébe változó klinikai területek kerülnek, mint pl. a tervezés, marketing, statisztikai elemzések. Előnye, hogy először irányítja a figyelmet a szolgálati útvonalakra és azok végpontjaira, megkezdődik a hagyományos osztályok összehangolása és nincs hátrányos hatása a tudományos és szakmai szintre. Korlátja, hogy a hagyományos osztályok együttműködése valódi hatalom nélkül nehézkes és nagymértékben függ a vezetők hozzáállásától.

### *3.2.3. Multidiszciplináris különítmények*

A multidiszciplináris szolgálati út különítmények több tudományág és szakma osztályainak tagjaiból állnak, akiket a tervezés, a marketing, a beavatkozások javítására jelöltek ki. A különítmények időlegesek és megszűnnek, ha a feladatukat befejezték. A stáb visszatér a saját szakmájához vagy szolgáltatásához. A különítmény-vezetők a feladat után nem adnak a tagoknak teljesítmény értékelést. Ez a forma még nem igazi szolgáltatási út inkább annak az elődje. Előnye, hogy javítja a tervezést és az ellátó folyamatok javítását a szolgáltatáson belül, megengedi a multidiszciplináris együttműködést, irányelveket, kezelési szabályokat dolgoz ki. Az együttműködés nem állandó, csak időleges, és az együttműködést befolyásolja a vezető személye és a csoporttagok közötti személyes viszony.

### 3.2.4. Újjászervezett szolgáltatások

Minden nagy tudományos-szakmai osztályon kialakítanak egy olyan egységet, mely egy speciális szolgáltatási vonalat lát el(pl. speciális ápoló egységek, ahol a beteget nem az osztályhoz, hanem az ellátási vonalhoz kapcsolják, olyan szociális munkások és terapeuták látják el, akik az adott feladatra ki vannak képezve). Meghatározzák a személyzet és az egység kapcsolatát az eredeti osztályukhoz viszonyítva. A szervezet megengedi a stáb tagjainak, hogy egy szolgáltatási útvonal klinikai tartalmára specializálódjanak. Megengedi az átállást a modern integratív szolgálati utak felé és a lehetőséget ad a hálózat szintű szolgáltatási út divíziókhöz. Hátránya, ha az intézet dolgozói ráállnak egy specifikus vonalra, az intézet veszít valamennyit a rugalmasságából, ami az egészségügyi központon belüli munkahelyi fluktuációkhoz vezethet. Az amerikai veterán katonák számára szervezett hasonló intézményekben az otthonápolást fejlesztve kb. négy alatt a benn fekvők számát közel a harmadára vitték le (294 benn fekvő ágynapok/100 betegről 113-ra) és csökkentették az átlagos betegápolási időt 28-ról 13 napra.(Bauer 2000)

### 3.2.5. Multidiszciplináris klinikai és kezelő teamek

A multidiszciplináris teamekbe különböző szakmákból kerülnek be emberek, akik folyamatosan együtt dolgoznak. A csoportok különleges klinikai területekre fókuszálnak, a klinikai terület vezetője a csoport vezetője is, aki a csoporttagoknak rendszeresen teljesítmény-értékelést ad. Általában a teamnek klinikai küldetése van. Néhány klinikai területnek nem egy vezetője van, hanem menedzsercsoportja, pl. trió reprezentálja az orvosi, ápolói és adminisztratív vezetést és duó az orvos–nővér irányítást. Ez a szervezet fenntartja a vezetés figyelmét a szolgálati utakra és módot ad a különböző szolgálati utak személyzetének az együttműködésre, lehetőséget nyújt minden szolgálati úton lényeges integrálódásra, perspektíva kialakítására. Tipikus alkalmazása az eljárási ajánlások kidolgozása, a tevékenységek ellenőrzése, tervezése, koordinálása minden szolgálati út között. Sokkal hatékonyabb, mint a különítmények. De nehezebb a személyzetek közvetlen ellenőrzése, mivel megmarad az elsődleges viszony az eredeti szakmával. Nagyon szabályozott rendszer kidolgozását igényli a hagyományos vezetőktől, mivel a saját szakmájukban dolgozó személyzet feletti ellenőrzés lehetőségének nagy részét elveszti. A vezetői team erősebb lehet, mint a szakmai vezetők, ezért ronthatják a csoport munkavégzésének határfokát. Margaret

Byrne azt találta, hogy a szolgálati út kiépítése az elsődleges és a pszichiátriai ellátásban főleg a bevezetési időszakban okozhat megakadást és nem biztos, hogy hosszú ideig fennmarad.(Byrne2004)

### *3.2.6. Mátrix szervezet*

A mátrix szervezetben a hatalom és a befolyás megoszlik két dimenzió között a hagyományos osztályok és a szolgálati utak között. A kétfajta vezetőnek hasonló hatalma van. A költségvetés egyszerre kötött az osztályokhoz és a klinikai területhez. Előnye, hogy egyszerre lehet összehangolni és igazgatni a tudományos, szakmai és szolgáltatási területet. Átalakulási lehetőséget nyújt a hagyományos intézeti szerkezet és a divizionális szerkezet felé. Hátránya, hogy sokkal összetettebb tervezést kíván meg a vezetéstől, nehéz fenntartani az egyensúlyt a mátrix két dimenziója között, nagy valószínűsége van a vezetők közötti konfliktusnak.

### *3.2.7. Módosult szolgálati út divíziók*

Ez a modell is, mint a 9. modell, a hálózati szintű szolgálati utak szervezési alapjaira épül. Minden klinikai csoport a saját profilú betegeit látja el. Néhány adminisztratív és klinikai támogató funkció megmarad szervezetenként függetlenül a szolgálati utaktól. A szolgálati illetve szakmai vezetőségnek nincs valódi hatalma a saját szakmája felett. Az elsődleges hangsúly a szolgálati úton van. A szolgálati út vezetői ellenőrzik a forrásokat, felmérve a betegek szükségletét és azonnali pontos intézkedést hoznak. Megszűnik a hagyományos szakmai alapú szervezet széttöredezettsége. A hagyományos szakmai szolgáltatásokon alapuló funkciók jelentősen csökkennek (például minden szakmára figyelni a szervezeten belül, a források és a személyzet elosztása minden szakmába, a szolgáltatási úton keresztül). Nehéz fenntartani a magas szintű ellátást minden szakmában. A szolgálati utak közötti versengés miatt fragmentáció alakulhat ki.

### *3.2.8. Szolgálati út divíziós hálózata*

Az átszervezés utolsó állapota lehet a szolgálati utak teljes kiterjesztése és a minden egyéb szervezeti mechanizmus eltávolítása, hogy a középpontban az egyéni szakmák és működések álljanak. A vezetési hangsúly teljesen a szolgálati utakon van. Bár elméletileg lehetséges és fogalmilag kivitelezhető a szolgáltatásszintű szolgálati út divizionális szerkezet, a

gyakorlatban erre a szerkezetre található példa még nincs. Ebben az esetben a szolgálati út menedzsernek nagyobb ellenőrzési lehetősége van. A segítő lehetőségek minimalizáltak, éppúgy, mint a szakmai eredmények. A szolgálati utak integrációjával az a forma magasabb szintre kerül. Nehéz a források elosztása a szolgálati utakon keresztül, nagy esély ezek megszakadására pl. ha a teljesítmény mérés megengedi, hogy egyik vonal nyerjen a másik szolgálati út rovására. (Charns és Tewksbury 1993, Miller 2008)

Röviden összefoglalva a kórházszervezetek két változó köré csoportosíthatók, az egyik a hivatás és magas szintű szakmai tudás, a másik változó a szolgáltatás szervezettsége, beleértve az egyes orvosi szakmák és az ellátás szereplőinek összehangolását, gazdaságos működtetését is. A középpontban áll a mátrix szervezet, mely mindkét tényezőből nagyjából egyenlő arányban részesül. Ezt kívánjuk a továbbiakban részletesen elemezni.

### **3.3. A kórházi mátrix szerkezet kialakulása és fejlődése**

A szervezet elmélet és kutatás a mátrix managementről először a légtér irányítás kapcsán a késő 1950-es és korai 1960-as években írt, beleértve több könyvet, leíró közleményt, esettanulmányt. (Galbraith 1973, 1977, Davis-Lawrence 1977, Knight 1977) Mivel esetközpontú és normatívákra alapuló megközelítést alkalmaztak, kis nehézség után azonosítani és mérni lehetett a mátrix szerkezet jellemzőit. A legtöbb szerző úgy vélte, hogy a mátrix management, mint végső lépés a laterális koordinatív mechanizmus felhasználásában, váltakozik az összekötő és elválasztó szerep között az egyszerű mátrixhoz viszonyítva. A mátrix management a munkakörök teljes sorozatát átöleli a szakosodás egy vagy több új formáján alapulva, a meglévő formák felett uralkodik (vagyis kialakul egy funkció-program rács). Ez a hierarchikus fedés a mátrix program meghatározó jellemzője. A mátrix vertikális ágát a funkcionális osztályok, a horizontális ágát a program menedzserek képezik.

Mindamellett sohasem tisztázták, hogy mátrix nem kötött a hatalmi szerkezet ezen alapjaihoz. A mátrix szervezet inkább magába foglalhatja a szervezési elvek bármilyen kombinációját, mint a funkció, termék, földrajzi terület. A mátrix program változhat a szerkezeti és adminisztratív elemek azon feltételeiben, amelyek alapján felépítenek egy a másiktól sokkal tömörebb rácsot. Legkevesebb hat elemet azonosítottak, melyek meghatározzák a funkció-projekt (program) mátrixot.

1. *Szerkezeti különbségek:* Az új hierarchikus lefedés különbözhet a fennálló szerkezettől létrehozva a program management igazgatót és a program management intézetet.
2. *Kettős hatalom:* A mátrix programok kettős hatalmi viszonyt alakíthatnak ki, amelyben az eredeti hierarchiában alacsonyabb szintű menedzsereket („osztott alárendeltség” vagy „ két főnökös vezető”) mindkét hierarchiából felülbírállhatják a „mátrix főnökök”.Ilyen viszonyt szándékosan alakítottak ki, hogy fokozzák az új hierarchia erejét és befolyását a koordinációs kapcsolatokban a régi hierarchián keresztül.
3. *Határozathozatali tekintély:* A menedzserek az új hierarchiában felelősek az adminisztrációért, a költségvetésért, az irányvonal készítésért és ráadásul a helyi szintű személyzet munkájának összehangolásáért. Az ilyen befolyás igényli, hogy a helyi döntések minőségét fenntartsák.
4. *Kettős támogatási rendszer:* Az új hierarchia kialakíthatja a saját adminisztratív támogató rendszerek halmazát: stratégiai tervezés, költségvetés, információs folyamatok, munkavállaló értékelés, karrierirányítás.
5. *Belső diffúzió:* ahogy a mátrix program fejlődik egyre több szervezeti aktivitást gyűjt magába (pl.:nagyobb számú személyzetet, részlegeket, termékvonalakat vagy földrajzi területeket).
6. *Időtartam és kiterjedés:* Ahogy a mátrix program fejlődik inkább lesz állandó, mint átmeneti, lefedi néhány, vagy valamennyi műszakot és lefedi a hétvégét ugyanúgy, mint a hétköznapokat.

A fenti elemek között kapcsolat áll fenn. A szervezeti szerkezet és növekedés kutatása azt mutatja, hogy a kis mátrix program kevésbé összetett, formalizált, decentralizált és támogatott a főnökség által, mint a nagy mátrix programok. Például a mátrix kipróbálása kutatási szinten néhány program menedzseren alapult. Kis számuknak tulajdoníthatóan ezek menedzserek inkább a funkcionális intézet vezetőjének jelentettek, mint az elkülönült project intézet saját igazgatójának és támogató rendszerének. A projekt menedzser inkább csak az összekötő-koordináló szerepet vállalták kis eséllyel a döntéshozatalra, kis hatalommal a funkcionális személyzet felett, és funkcionális intézetek közötti kis átfedő aktivitással. Idővel a mátrix programok méretei nőttek és egyre több projekt menedzsert, szervezeti egységet és személyzetet foglaltak magukba. A próbaként kialakult projekt-program menedzser állandó beosztássá vált. A menedzser egyre több döntéshozó lehetőséget és hatalmat kapott másoktól.

A mátrix szerkezet elemei egyre jobban működtek egymással. Az egyszerű összekötő szereptől kiindulva a személyzetet beintegrálták az érett mátrix rendszerbe. A kettős irányítási rendszer és az erőegyensúly a funkcionális és projekt hierarchia között szabállyá vált, kiegészítve a mátrix szervezetet. (Burns, 1989.)

### **3.4. Kórházi mátrix management programok**

A kórházak kiváló területei a mátrix management programoknak, mivel intenzív technológiákat alkalmaznak, és reciprok összefüggés van a határozathozó képességüket fokozó betegellátó tevékenységük és az integrációs igények között. (Thomson 1967) A kórházak hagyományosan kapcsolhatók olyan komoly integratív mechanizmusokhoz, melyek összehangolják a betegellátó tevékenységeket, beleértve

1. az összekötő szerepet, mint pl: a betegjogi képviselőt,
2. a különítményeket, mint pl. a minőség ellenőrző és felhasználást felülvizsgáló kórház-közi bizottságok,
3. teamek, mint pl. a betegellátó csoportok, nővér csoportok kialakítása (team nursing).

Ahogy Kimberly és társai lejegyezték, ezek az egyszerű mechanizmusok ürügyet szolgáltatnak, hogy növeljék a betegellátás információs folyamatainak követelményeit. A feladatok növekedésével a laterális mechanizmusok is szükségessé váltak. A kórház méret, a betegszám és az ellátás intenzitása fokozatosan nőtt, az 1960-as évektől az egészségbiztosítás széles körben elérhetővé vált. A kórházak megpróbálták a növekvő problémákat az árak ellenőrzésével, a kiterjedt emberi és technikai erőforrás igények menedzselésével és a betegellátás összehangolásával megoldani. A főnővérek, akik összehangolták és ellenőrizték az egész személyzetet a betegápolási emeleteken, azt találták, hogy a növekvő adminisztratív terhek ütköznek a klinikai ügyeletek teljesítményével. A kórházak ekkor kezdték alkalmazni a mátrix programot egységes irányítás, „unit management” néven. Az egyes egységek vezetői összehangolták az összes működő osztály személyzeti tevékenységét, amelyben hasonló tevékenység folyt, mint a sebészet, a belgyógyászat, a gyermekgyógyászat, vagy a szülészet.

A funkcionális intézet személyzete magában foglalta a nővéreket, takarítókat, diétás személyzetet, szociális munkásokat, fenntartókat és a technikai munkatársakat. Az egységek vezetése teljes munkaidőben irányította a betegellátó egységek szintjén a nővérek elosztását, hatékony alkalmazását. A kórházi egységes betegellátás besorolható a mátrix rendszer fent

leírt hat elemébe. A következők alaposabb megismeréséért megjegyezzük, hogy az angolszász országokban hagyományosan, élesen elkülönül az orvos és nővér szerepkör, mindkettő felelős a saját munkájáért, de a képzett nővér csak akkor fogadja el a kezelőorvos utasítását, ha az meggyőzi arról, hogy a betegének a legmegfelelőbb kezelést nyújtja. Az orvos konzultál az ápoló személyzettel és nem utasít.

1. *A szerkezeti differentáció* igényli, hogy jelen legyen olyan integráló szerep, mint az egység vezetője és egy integrált intézet (osztály). A szerkezet váltás igényli az egységes betegellátás helyét inkább az új adminisztratív hierarchia ellenőrzése alá vonják, mint a meglévő nővér hierarchia kontrollja alá.
2. *A kettős irányítás* azt jelenti, hogy változhat a viszony a főnövérekhez. Előfordulhat, hogy az egység vezetője, aki megfelel a mátrix főnöknek irányítja a főnökért, aki „két-főnökös” vezető lesz, mert az intézetvezető főnővér és az egységvezető is irányíthatja. De előfordulhat az ellenkezője is, amikor az egység vezetője a főnővér alárendeltje lesz és a főnővéren kívül az intézet igazgatója is irányíthatja. Ez utóbbi helyzet ronthatja az új hierarchia összehangoló erejét a nővérek kettős irányítása miatt. A kettős irányítás szükségessé teszi, hogy az egység vezető irányítsa a nem –ápolói személyzetet a betegellátó egységekben. Az orvos vezető integrációs szerepet játszik a vezetésben, kombinálva a vezetői képességeket a szakmai tudással és a klinikai gyakorlattal és megteremti a kiváló klinikai ellátás lehetőségét és értékét. (Jain2006)
3. *Döntéshozatali lehetőség* szükséges az egységvezető számára, hogy befolyása lehessen az adminisztratív és eljárási területeken. Ezek a lehetőségek magukban foglalják a betegellátó egységek adminisztrációs szabályainak és folyamatainak fejlesztését, költségvetés készítést, statisztikai adatok szolgáltatását, egységszintű tervek és programok kidolgozását és összehangolni az egész személyzet működését. A programot következetesen kell végigvinni az összes team munkáján, a program ellenőrzésére, fejlesztésére megfelelő módszert kell kidolgozni. (Bang 2008)
4. *A kettős támogatási rendszer* indokolja, hogy az egység vezetők számára szükségesek az egyéni továbbképzések és fejlesztő programok (karrier út). A kettős támogatási rendszer hasonló az iparban és a kórházakban. 1983-tól a kórházak elkezdtek bevezetni a kettős támogatási rendszert, mint a termék árának meghatározását és költségvetési funkciókat az érintett területen. Ezek vezettek a termék-programterületek meghatározására. A mátrix szervezet szerkezetileg is szép és technológiailag fejlett. A hagyományos rendszerekben a minőség-ellenőrzés retrospektív volt és a betegek



dokumentációján alapult, hagyományos orvosi audit volt. Ezek az auditok nem tartalmazták a betegek véleményét, a TQM (Total Quality Management- egy modern minőségellenőrzési rendszer) nemcsak a folyamatok sorrendjének betartását, hanem azok szakszerűségét is vizsgálja.(Chakravarti2003)

5. *A belső diffúzió* indokolta, hogy az egység vezetője ismerje a területei elhelyezést, a programban levő bent fekvő egységek arányát és ágykihasználtságát (bent fekvő beteg/ágyszám %-ban ). A program célja az volt, hogy a kórház összes bent fekvő egysége és az alárendelt területe kerüljön be a mátrixba. Kezdetben az ágykihasználtságot a programvezetők naponta háromszor a műszakváltásokkor ellenőrizték.
6. Több tanulmány alapján a mátrix nem egy átmeneti állapot, hanem egy *permanens folyamat*.

Azok közül a kórházak közül, ahol a mátrix rendszert bevezették több mint fele megmaradt ennél a szervezeti formánál. A legfőbb okát abban látták, hogy költséghatékonyabban tud működni a funkcionális formánál.<sup>16</sup>

Egy magas minőségű egészségügyi szervezetnél is szükséges a rendszeres továbbképzés, hogy az ellátás minél korszerűbb legyen és a tévedések számát minimalizálják. Törökországban, mely fejlődő országnak számít és elég nagyarányú volt az orvosi hibák száma. Itt, mátrix szervezeteket alakítottak ki a Török Egészségügyi Minisztérium segítségével és ennek következtében közel felére csökkentették az egészségügyi ellátás közben fellépő hibákat. (Nem csak a betegség téves diagnózisa és rossz kezelése tartozik ide hanem a későn felismert betegségek, gyógyszer adagolási hibák pl. nem megfelelő időpontban, keveset, többet adtak, nem történt részletes felvilágosítás stb.) (Turkan, 2004)

### **3.5. Csoportmagatartás a mátrix szervezetben**

A vezetői magatartást összevonó átszervezésben, amelyet instabilitás, pozícióvesztéstől való félelem, a szervezeti kultúra megváltozása, nem állandó vagy konfliktust okozó utasítások és a jövőkép hiánya jellemez, hívják úgy, hogy fejlődési állapot, az átalakulás

---

<sup>16</sup>Princetonban szerveztek egy Osteoporosis Mátrix Kórházat, mely megelőző tevékenységet, korai diagnosztikát is végez és így a költségeik 20 %-al csökkentek.(Graham,2005)

támogatása, a gyógyszeres kezelésre irányuló figyelem és minden tényező megfontolása. Ilyen esetekben jó tanács, hogy óvakodjanak az erős változtatástól és a figyelmet inkább az emberekre fordítsák, mint erőltessék a váltást, tegyék elégedetté a legtöbb vezetőt, és óvakodjanak az olyan magasabb szintű irányítástól, mely az emberek helyzetét megváltoztatja a mátrix szervezetben. Az ajánlott stratégiák magukban foglalják azt a fajta kommunikációt, mely a szervezet minden tagjával megérteti a változás lényegét, hogy hajlandóak legyenek fenntartani a célokat és a jövőképet. A mátrix szervezetben dolgozó vezetők már valószínűleg találkoztak ellenállással, ha ultimátumszerű utasításokat adtak. (Wollenburg,2001) Egy átszervezés akkor lehet sikeres, ha a vezetők és a beosztottak között a kommunikáció a megértésre és az elfogadottság elérésére irányul. A jövőkép, az új irányvonalak ismertetése egy olyan folyamat, melyhez ki kell választani a megfelelő eszközöket a kooperáció és a változtatás véghezviteléhez. Ha mindenki egyetért a tervezett protokollokkal, folyamatokkal az indulásnál, a betegellátás minőségét és biztonságát növelni lehet és mint egy következmény még jobban be fogják tartani a protokollokat és a folyamatokat. A belső kultúra, a hagyományok és rituálék ismerete segíthet a változásokban. A kooperáció és a változtatás csak akkor vihető végbe, ha a tradíciók belül elfogadott és a szervezet hiedelmeit és kultúráját erősen megtartja. Ha nincs meg az egyetértés ösztönzőket kell alkalmazni. A motivációs eszközök megfelelő kiválasztása legyőzheti az ellenállást.(Tarantino2007)

A csoportok magatartása időnként sürgős beavatkozást igényel. A lehetséges problémákat fel kell mérni, cselekvési programot kell kidolgozni, és a megfelelő magatartásformáló lépéseket meg kell tenni. Több lehetséges használható összefüggés van. A különbségek a forrásai a kreatív változásnak és a tanulásnak. A csoporton belüli különbségek lehetőséget adnak a mozgásra és a változásra. Ha nincs különbség a csoport tagjai között, mindenki kellemesen érzi magát és nincs arra motiváció, hogy elhagyják a csoportot. Ha a különbségek túl nagyok a csoport képtelen a megbeszélésre és az együttműködésre. A megfigyelés során a kölcsönhatások erősségét és gyengeségét és a magatartás különbségek erősségét és gyengeségét figyelembe véve alakíthatunk ki egy mátrixot. A differencia mátrix alkalmazása segíthet gyors változásoknál meghatározni a csoportok magatartását, egymás közötti viszonyát és a megfigyelő helyét a csoportban. A megfigyelés eredménye útmutatást ad a változtatás irányára és lehetőségei felé. Segítő változást alkalmazzunk gyorsan változó kultúrák esetén, a kölcsönhatások mintájának megváltozása esetén, új rendszer meghatározásoknál és alakításnál. Tervezhető változtatások esetén a nehéz témák feldolgozása, megbeszélések, oktató ülések alkalmazása jön szóba. A változás folyamata alatt meg kell figyelni a kis

csoporthatás, a csoportok egymás közötti kapcsolatát és a továbbképzéseken megfigyelhető magatartás mintákat. Azonnali beavatkozást igényelhetnek csoporthatások, személyes konfliktusok. A csoportok viszonyát és a beavatkozás sürgősségét a csoport magatartás különbségei és kölcsönhatása adják meg. (Eoyang 1999)

### **3.6. A mátrix szervezet lényege az egészségügyi ellátó szervezetekben**

Az egészségügyi ellátó szervezetekben alkalmazott mátrix szerkezet lényege tehát a költségek csökkentése, beleértve az indokolatlan visszahívások visszaszorítását, az adminisztratív hibák csökkentését a folyamatokban és a papírmunkában, a tervezés, a munkarend javítását. A folyamatokban pontosan meghatározzák a csoportvezetők szerepét. Minden megbeszélésről írott, időszerű összefoglalót készítenek. A folyamatok pontosításával jobb ellátást érnek el. (Bang 2008) Csökkennek a költségek a szükségtelen szállítások megszüntetésével és ágykihasználtság javításával. A felhasználás jobb ellenőrzése az automatikus beszerzési folyamatokkal csökkenti a téves kifizetéseket. Jobb szolgáltatást nyújt az összehangolt egészségügyi ellátáson keresztül. (Lebherz2006) A kórházak és ellátó rendszerek regionális összehangolásával javítható a betegellátó képesség, a vérkészítmények és gyógyszerek arányos elosztása. Ez a regionális összehangolás az informatika hálózat fejlesztését és összekötését is szükségessé teszi. (Heathcare 2008)

## **4. A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER ALAPVETŐ PROBLÉMÁI ÉS JELLEMZŐI. TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉS.**

*Az 1989-ben bekövetkezett rendszerváltás minden tekintetben nagy hatással volt hazánk politikai és gazdasági életére egyaránt. Magyarországon megjelent az eddig csak a nyugati társadalmakban ismert piacgazdaság, mely újszerűségével és az átlag polgár számára ismeretlenségével sok nehézséget is hozott magával. Bár sokan gazdasági növekedést vártak ettől az eseménytől, a '80-as évekre jellemző stagnálás után gazdasági visszaesés következett be, melynek hatására nagyarányú munkanélküliség, növekvő szegénység, társadalmi polarizáció alakult ki. Ez a gazdasági környezet természetesen nem hagyta érintetlenül az egészségügyi rendszer működését sem. Míg a kormányzatok elsődleges feladatukként a piacgazdaságra való áttérés során felmerülő problémák sürgető megoldását tekintették a legfontosabbnak (privatizáció, jogi és pénzügyi keret biztosítása, stb.), addig az egészségügyben csak „tűzoltás” történt.*

*A '90-es évek elején három fő problémát jelentő terület vált körvonalazhatóvá, melyek közül az egyik, a már említett gazdasági stagnálás. A '80-as években, a lakosság egészségi állapotának jelentős romlása az elhúzódó tartós válság hatásaképpen és az állam-szocialista rendszertől megörökölt egészségügy intézményes válsága, annak minden irányítási, finanszírozási gondjával együtt. Ez tehát a három fő tényező, mely felelős a napjainkban is érezhető problémákért.*

### **4.1. Az állami egészségügyi rendszer strukturális és hatékonysági problémái**

1990 előtt a központi költségvetésen keresztül az állam látta el az egészségügyi szféra fő finanszírozását. Az intézmények állami tulajdonban voltak, költségvetésüket az előző év, mint bázis év alapján készítették el. A kórházhálózat erősen hierarchikus és koncentrált létében az egyetemi klinikák, illetve a megyei kórházak domináns szerepet játszottak. A '70-es években egészségügyi integráció zajlott le, melynek értelmében a kórház-rendelőintézeti egységekhez integrálták az adott városban működő minden egészségügyi intézményt, így a körzeti orvosi ellátást is.

A felmerült strukturális és hatékonysági problémák közül azokat emeljük ki, melyek tanulmányuk szempontjából is a legrelevánsabbak:

- Differenciálódott igények és elvárások jelentek meg a népesség részéről az egészségügyi ellátást illetően.
- Az állami egészségügyi ágazat alacsony hatékonysággal használta fel az erőforrásokat:
  - Az egészségügyi ágazat hatékonyságát elsősorban az ágyszám és az orvosok létszáma alapján határozták meg.
  - Nem volt kapcsolat az intézmények bevétele és azok teljesítménye között.
  - Alacsony határfoka és túlcentralizáltsága miatt a rendszer nem volt képes reagálni a szükségletek és a feltételek változásaira.
- 1990-ig folyamatos bővülést mutattak az ún. nem pénzbeli kapacitások (orvos létszám, ágyszám), de az egészségügy alulfinanszírozottsága miatt a kapacitások és a rendszer működtetésére hivatott források között egyre jobban nőtt az eltérés. Mindez az egészségügyi dolgozók alacsony bérszínvonalában, az infrastruktúra és az egészségügy technikai színvonalának romlásában öltött testet.
- Megjelent továbbá a hálapénzen alapuló magánszektor, mely egy féllegális intézményrendszerre vált az egészségügyi szektorban.

A gazdasági átalakulás következtében egy sor olyan probléma jelent meg, melyek egymással szorosan összefüggenek, megoldásuk és kezelésük ezért nagyon nagy felelősséggel járó terhet ró Magyarország mindenkori kormányára és minden hazánkban élő emberre.

Eltorzult a forrásteremtés, aránytalanul nagy teher hárult az aktív lakosság jövedelemtermelő részére. Az egészségügyi reform mellékhatásaként tovább növekedett a rendszer kórház-centrikussága, annak ellenére, hogy annak csökkentése volt az egyik fő reformcél, ezenkívül radikálisan átalakult a gyógyszerpiac szerkezete a gyógyszerek importjának egyik napról a másikra történő engedélyezése révén, ezt pedig a gyógyszerárak emelkedése kísérte.

Láthatjuk, hogy az egészségügyi rendszert a '90-es évek eleje óta folyamatosan próbálják megreformálni az arra hivatottak, sajnos ez idáig kevés sikerrel. Ennek egyik fontos eleme a finanszírozási kérdések megoldása.

A nyugat-európai reformok mintájára kialakított „belső piac” vagy „szabályozott piac” lényege, hogy a szolgáltatások igénybevételekor megtartja az esélyegyenlőséget (szolidaritási elvű finanszírozás), a szolgáltatás szférájában azonban a versenyt állítja a középpontba. Vagyis a „szociális” és „piaci” szempontok kompromisszumos megoldásával kívánt élni.

1989 és 1993 között átalakult az egészségügy makro struktúrája, kialakult a társadalombiztosítási finanszírozás, a különböző tulajdoni formák jogi „egyenrangúsága”, a háziorvosi rendszer, és a teljesítményfinanszírozás. Az elképzelés, miszerint a finanszírozási rendszer spontán módon képes lesz megoldani, beavatkozások nélkül a meglévő strukturális problémákat, nem teljesült. Az időszakra jellemző reformok miatt korlátozták a közkiadásokat, drasztikus forráscsökkentés következett be, így csupán „tűzoltás” történt az egészségügyben, csökkentették a kórházak ágyszámát, és megkísérelték menedzselni a hiányt. Részben ennek is köszönhetően tovább romlott relatív pozíciója és élesedtek a feszültségek.

#### **4.2. Az egészségügy finanszírozási forrásai**

1990 előtt kizárólag a központi költségvetésből, vagyis az adóbevételekből történt a rendszer finanszírozása. 1990 óta a kötelező egészségbiztosítás a legfőbb finanszírozó forrás, de nem ez az egyetlen. A jelenlegi finanszírozási rendszer ugyanis „többcsatornás”.

##### Összetevői:

1. állami központi költségvetés: általános és címkézett adóbevételek,
2. helyi önkormányzati költségvetés,
3. kötelező egészségbiztosítás,
4. önkéntes egészségbiztosítás,
5. a kötelező biztosítás szolgáltatásai (elsősorban a gyógyszerek esetében fizetett térítési díjak),
6. hálapénz,
7. a magánszektor szolgáltatásaiért közvetlenül fizetett díjak.

Fontos, hogy megkülönböztessük a finanszírozási területeket a rendszeren belül, hiszen másként történik egy járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-ellátás finanszírozása. Fontosnak tartjuk megjegyezni, hogy mik a jellemzői a szolgáltatások finanszírozásának.

- Szektorsemlegesség (egy adott szolgáltatásért az egészségbiztosítás azonos árat fizet a magánvállalkozásoknak is és az állami/önkormányzati intézményeknek is)

- Kasszákra osztás (háziorvosi, járóbeteg, fekvőbeteg)
- Szerződéses viszony (a finanszírozás alapját az OEP-pel kötött szerződés képezi)
- Zárt finanszírozás (a finanszírozási módszerekbe – háziorvosi ellátás, járóbeteg-szakellátás, kórházi ellátás - beépült egy olyan elem, amellyel elérhetővé vált, hogy az OEP egy adott évben ne költhessen többet a költségvetésben előírt összegnél.

#### 4.2.1. Járóbeteg-szakellátás

A járóbeteg-szakellátásban kétféle finanszírozási mód van jelen, egyrészt feladatfinanszírozás, pl. a különböző gondozási tevékenységek után, másrészt teljesítményfinanszírozás. Ez utóbbit az önálló szakorvosi intézetek és kórházi ambulanciák nyújtják, valamint CT, MRI, művesekezelés és házi szakápolási tevékenységek. A járóbeteg-szakellátás finanszírozása tehát a német mintára átvett „pontrendszer” alapján történik. A szolgáltatások, beavatkozások fajtái szerint más pontértékeket állapítanak meg, melyek elvileg tükrözik azok költségarányait. A rendszer igen nagy hátulütője, hogy a nagyobb teljesítményre és nem a nagyobb hatékonyságra ösztönöz. Ennek következtében, ha egy szolgáltató kétszer annyi beavatkozással lát el egy esetet, mint egy másik, akkor több bevételhez jut, míg a végeredmény nem változik.

#### 4.2.2. Fekvőbeteg-ellátás

Az aktív fekvőbeteg-ellátásban 1993 óta a HBCS van érvényben (Homogén Betegség Csoportok).<sup>17</sup>

A finanszírozás alapegysége a beteg, nem a beavatkozás. Ez a módszer a betegségeket szakmai tartalmuk és költségességük alapján homogén csoportokba sorolja, majd meghatározza egyes csoportok költségességének egymáshoz viszonyított arányát ún. súlyszámok alkalmazásával.<sup>18</sup>

A módszer pozitívuma, a költséghatékony és ösztönző hatás. Tehát az, hogy az a szolgáltató kap több pénzt, amely több és bonyolultabb esetet lát el, valamint ha egy intézmény kisebb ráfordítással látja el az esetet, a megtakarítás nála marad.

<sup>17</sup>A fekvőbeteg-ellátás típusai finanszírozási szempontból elkülönülnek: aktív fekvőbeteg-ellátás, krónikus fekvőbeteg-ellátás, nappali kórház, kúraszerű ellátás, egnapos beavatkozások.

<sup>18</sup>A súlyszám a teljesítmény mértékegysége, az átlagos költségigényű betegcsoport súlyszámának értéke 1.

### 4.3. Az orvos és szakdolgozói gárda elvándorlásának okai

Hazánkra a rendszerváltás előtt is jellemző volt a népesség ki-és bevándorlása, s már a XIX. század óta történtek kisebb-nagyobb emigrációs folyamatok, melyek mindig kedvezőtlenül érintették népesedési tendenciánkat, a bevándorlók aránya ugyanis rendre elmaradt az országot elhagyókétól. A tömeges elvándorlás mellett gyakori volt az egyéni migráció is.

1989 után Magyarország nemzetközi vándorlási folyamatait a kibocsájtó országból fokozatosan tranzit és befogadó országgá válása jellemezte. A rendszerváltás után egyszerűbbé vált a külföldre vándorlás, majd az EU tagsággá válás és 2011. május 1. után még szabaddá vált a munkaerőmozgás az Európai Unió területén. A diplomák kölcsönös elismerésére vonatkozó irányelv (2005/36/EC) pedig szintén jelentősen megkönnyítette a külföldi munkavállalás feltételeit.

Pontos adataink azonban csak a fogadó országok statisztikái alapján vannak. Egyes KSH adatok szerint 1994 és 2005 között legalább 300 ezer magyar állampolgár hagyta el az országot. Egyharmaduk Németországot választotta úti céljául, de sokan Spanyolország, Ausztria, Ausztrália, Nagy-Britannia felé vették az irányt.

Bár szinte minden társadalmi réteget érint a kivándorlás, - különösen az egészségügy területén - képzett migráció jelentőségét tanulmányunk szempontjából jelentőségteljesebbnek tartjuk. A jelenség, melyet idegen kifejezéssel élve brain drain-nek (agyelszívás) is neveznek, különösen nagy emberi erőforrás veszteséget okoz a magyar munkaerőpiac számára, hiszen többnyire a magasan kvalifikált értelmiségi réteget érinti (tudósok, gazdasági és műszaki szakemberek, orvosok, egyéb egészségügyi szakszemélyzet).

E téren szintén csak becslésekre lehet támaszkodni, számuk a '80-as évektől akár 5000 fő is lehet.

Simonovits Borbála (Sik-Simonovics 2002) szerint pedig a migráció szempontjából az egészségügy van a legnagyobb veszélyben, ezt igazolja az eddig külföldön munkát vállaló több ezer orvos és szakdolgozó.



Egy 2011-es migrációs potenciál felmérés pedig, melyet rezidens orvosok körében végeztek, 60-67%-ra teszi az elvándorlási hajlandóságot.<sup>19</sup>

A miskolci Megyei Kórház becslései szerint esetükben külföldi munkavállalás oka kb. 90%-ban anyagi megfontolásból ered (pl. devizahitel miatt), s csupán 10%-ot tesz ki azok aránya, akik karrierindíttatásból, szakmai becsvágyból, kihívásból szeretnék más országban dolgozni. A pontos adatokra vonatkozó, az okokat konkrétan meghatározó ún. kilépési interjú hivatott az intézménytől távozó munkavállaló felmondásának hátterét és okát ismertetni. Szerettük volna összegyűjteni és kielemezni ezeket önkéntes alapú az interjúkat, de a Kórház közlése szerint a dokumentum hiába anonim a távozók mégsem hajlandóak kitölteni.

Az orvosok végzettségének, vagyis annak, hogy hány szakvizsgával rendelkeznek, esetleg tudományos fokozattal is bírnak-e, vagy jelenleg még csak szakorvos jelöltként végeznek munkát, kiemelkedő jelentősége van. Ugyancsak nagy hangsúlyt kap az is, hogy hány éves szakmai gyakorlattal rendelkeznek. A szakdolgozók tekintetében is elsődleges az iskolai végzettség, mivel többen is rendelkeznek diplomával, felsőfokú végzettséggel, melyek azonban nem minden esetben egészségüggyel kapcsolatos szakképesítést takarnak. Jellemzően önerőből, és saját indíttatásból döntenek a tanulás, önképzés mellett, de több orvos is rendelkezik olyan posztgraduális végzettséggel, mely nem áll kapcsolatban a gyógyítással. Ennek okáról, a motiváló erőről általánosságban elmondhatjuk, hogy a „több lábbon állás”, egy esetleges pályamódosítás – kényszerből, vagy karrierindíttatásból – áll a háttérben orvosok és ápolók között egyaránt, s utóbbiak körében is egyre gyarapodik az elvándorlók, vagy rosszabb esetben a végleges pályaelhagyók száma.

Az orvosok és a szakdolgozók is folyamatosan továbbképzésre kötelezettek ahhoz, hogy az egészségügyi működési nyilvántartásban szerepelhessenek, s ezáltal munkát vállalhassanak. A kötelező továbbképzéseket részben biztosítja a Kórház előadások, referálók keretében, melyekért kredit pontokat kapnak a részt vevő szakdolgozók és orvosok. Az utóbbi egy-két évben pedig a sikerrel elnyert pályázati forrásoknak köszönhetően több szakdolgozóját is beiskolázta az intézmény, s velük tanulmányi szerződés keretében állapodott meg a jövőbeni munkavégzésről.

---

<sup>19</sup> Az ún. agyelszívás tekintetében számszerű adatokat Dinnyés András és Tamás Pál munkásságai szolgáltatnak, akik 1985 és 1995 között ezer-ezeröttszáz professzort, illetve 1989 és 2004 között ötezer tudós emigránsról számoltak be.

#### 4.4. Migráció a számok tükrében

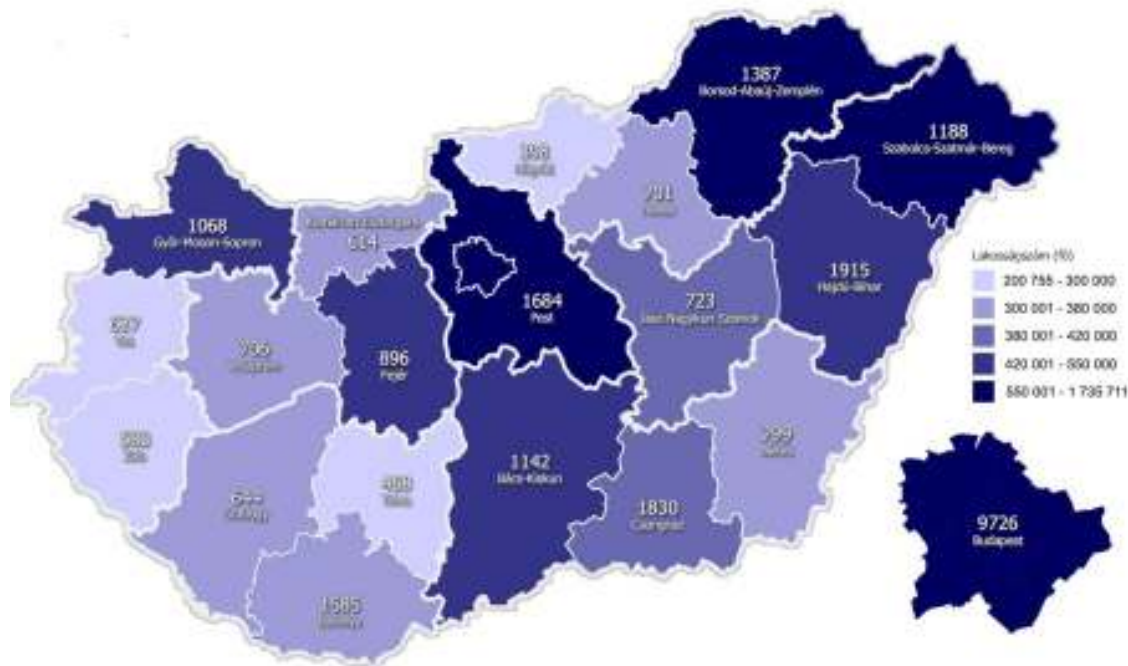
Magyarországon az önállóan végzett egészségügyi tevékenység egyik alapfeltétele az adott tevékenység folytatására jogosító egészségügyi szakképesítés megléte, melynek igazolására az egészségügyi szakképesítést szerzett személyek alapnyilvántartása szolgál. Az önállóan végzett egészségügyi tevékenység további feltétele a működési nyilvántartásba vétel is, ahová csak a már alapnyilvántartásban szereplők kerülhetnek (az Eütv. 112. § (3) bekezdés a) pontja szerint), továbbá az adott szakképesítés tekintetében a kötelező továbbképzési kötelezettség teljesítése is. „Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (továbbiakban: Eütv.) 3. § q) pontjának 2013. évi módosítása szerint egészségügyi szakképesítésnek minősül: az adott egészségügyi tevékenység folytatására jogosító, Magyarországon szerzett, valamint a külföldön szerzett és Magyarországon honosított; illetve elismert, alap-, közép-, emeltszintű, illetve felsőfokú szakképzés, vagy felsőoktatási szakképzés keretében megszerzett szakképesítés; valamint felsőoktatási alap-, mester- vagy egységes osztatlan képzés keretében megszerzett végzettség és szakképzettség; továbbá egészségügyi szakirányú szakmai képzés, egészségügyi felsőfokú szakirányú szakmai képzés során megszerzett képzettség.” (EEKH, Beszámoló)

Az egészségügyben dolgozók külföldi munkavállalási hajlandóságát, illetve tényleges kivándorlásának tényét az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal (EEKH) tartja nyilván. Adataikat az egészségügyi szakképesítés külföldi elismertetéséhez szükséges hatósági bizonyítványok kiállítása során nyerik.

Nyilvántartásukban szerepelnek továbbá:

- az adott évben alapnyilvántartásba felvett (azaz egészségügyi szakképesítést szerzett),
- az alapnyilvántartásban szereplő (egészségügyi szakképesítéssel rendelkező),
- az érvényes működési nyilvántartással rendelkező egészségügyi dolgozók,
- valamint a külföldi egészségügyi szakképesítések magyarországi elismerésére vonatkozó adatokat.

Az EKH jogosult továbbá az egységes egészségügyi humánerőforrás-monitoring rendszer (HMR) használatára. A HMR célja, hogy adataival segítse a kormányzat és a Hivatal döntéshozóit az ágazattal kapcsolatos humánerőforrás-fejlesztési célú döntések meghozásában, valamint támogassa az ágazati HR-stratégia kialakítását.



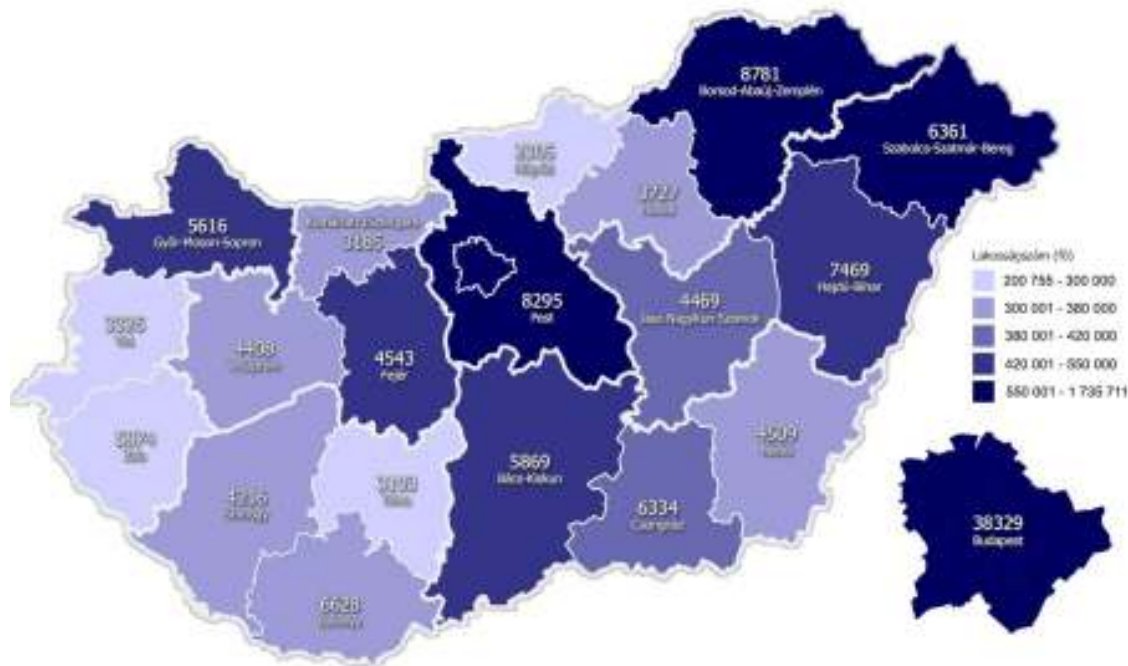
**23. ábra: Az EEKH adatbázisában szereplő, érvényes működési nyilvántartással rendelkező orvosok földrajzi megoszlása(fő) a munkahely címe szerint**

*Forrás: EEKH*

A 23. ábrából jól látszik, hogy 2013-ban Borsod megyében 1387 orvos dolgozott, összehasonlítva a többi megyében dolgozó orvos létszámmal, ez az adat nem mondható kedvezőtlennek. Kiemelkedik Hajdú-Bihar (1915) és Csongrád megye (1830) az orvosi létszámával, köszönhetően az ott található orvosi egyetemeknek, de Baranya (1585) és Pest megye (1684) szintén az élen van, a magas lakosságszám következtében. De szólnunk kell a negatívumokról is, hiszen erről szól a szakdolgozat is. A legkevesebb érvényes működési nyilvántartással rendelkező szakorvos Nógrád megyében látott el gyógyítói tevékenységet 2013-ban, összesen 398 fő.

2013-ban a legtöbb érvényes működési nyilvántartással rendelkező egészségügyi szakdolgozó Borsod-Abaúj-Zemplén Megyében dolgozott, ez összesen 8781 főt jelent. Ez a szám 10000 lakosra levetítve 128.69 fő.

A Hivatal adatai szerint a külföldi munkavállalás céljából kiadott hatósági igazolványok száma 2007-től 2012-ig folyamatosan emelkedtek. 2007-hez képest több mint négyszeresére emelkedett a külföldön elhelyezkedni szándékozók száma.



**24. ábra: Az EEKH adatbázisában szereplő, érvényes működési nyilvántartással rendelkező szakdolgozók (fő) földrajzi megoszlása a munkahely címe szerint**

*Forrás: EEKH 2013.*

**13. táblázat: Az egészségügyi dolgozók migrációval kapcsolatos adatok 2007 – 2012**

Külföldre távozók	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Orvos</b>	454	719	803	1009	1106	887
<b>Fogorvos</b>	77	136	150	186	196	215
<b>Gyógyszerész</b>	19	48	35	43	41	46
<b>Szakdolgozó</b>	101	191	499	393	421	474
Külföldről érkezők	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Orvos</b>	116	57	43	36	49	47
<b>Fogorvos</b>	17	10	18	22	19	22
<b>Gyógyszerész</b>	3	8	8	7	4	4
<b>Szakdolgozó</b>	54	52	47	54	54	52

*Forrás: EEKH, 2013.*

Az EEKH általi adatokból, melyek az adott évben kiadott, az egészségügyi szakképesítés külföldi elismertetéséhez szükséges hatósági bizonyítványok számaiból származnak, csak becsülhető a migráció mértéke. Az adatok ugyanis csak a szándékot mutatják, a hazánkat ténylegesen otthagynak számával ez nem egyezik meg. Mindez jól látszik a következő táblázatokból:

**114. táblázat: Alapnyilvántartásba felvettek száma (fő)**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Orvos</b>	1007	986	922	1062	1157	1272
<b>Fogorvos</b>	197	189	221	251	281	333
<b>Gyógyszerész</b>	247	194	278	280	281	361
<b>Szakedolgozó</b>	7995	7906	7621	6646	7725	5412

*Forrás: EEKH, 2013.*

**125. táblázat: Alapnyilvántartásban szereplők száma (fő)**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Orvos</b>	46624	47227	47763	48468	49209	49638
<b>Fogorvos</b>	6881	7039	7232	7445	7690	7862
<b>Gyógyszerész</b>	10666	10781	10966	11169	11361	11709
<b>Szakedolgozó</b>	172699	180252	186791	192736	199946	205296

**136. táblázat: Érvényes működési nyilvántartással rendelkezők száma (fő)**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Orvos</b>	32962	33309	33131	28749	29428	30228
<b>Fogorvos</b>	5392	5531	5629	5044	5229	5351
<b>Gyógyszerész</b>	7001	7179	7488	6636	6962	7052
<b>Szakedolgozó</b>	81471	88317	83993	89766	94726	93424

*Forrás: EEKH, 2013.*

**147. táblázat: Hatósági bizonyítvány (fő)**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Orvos</b>	454	719	803	1009	1106	887
<b>Fogorvos</b>	77	136	150	186	196	215
<b>Gyógyszerész</b>	19	48	35	43	41	46
<b>Szakedolgozó</b>	101	191	499	393	421	474

*Forrás: EEKH, 2013.*

A fenti adatok tükrében tehát megfogalmazható, hogy az elmúlt években fokozatosan növekszik az egészségügyben tapasztalható migráció. A hazánkat elhagyók célállomásainak listavezetője 2011 óta Németország (leginkább az orvosok körében), második helyen Nagy-Britannia áll (elsősorban a szakedolgozók körében fontos célállomás), harmadik helyen Svédország, majd Írország, s végül Ausztria áll. Az egykor fontos célországnak számító

Olaszország leszorult a listáról, helyette feljövőben van Hollandia. A legújabb úti célok közé sorolható az Arab Emírség, Katar, Izland, Ausztrália, Új-Zéland, vagy az Egyesült Államok. Szakmák szerinti bontásban az EEKH adatai szerint a külföldi munkát tervezők között első helyen állnak a belgyógyászok, utánuk következnek a háziorvosok és aneszteziológusok, negyedikként a sebészek, mögöttük az ortopéd szakorvosok, s végül a szülész-nőgyógyászok és radiológusok sorakoznak.

#### **4.5. A létszámhiány okai, a megtartás kérdései**

A fentiekben láthattuk tehát, hogy az egészségügyi személyzet külföldi migrációs folyamata 2007-től folyamatos emelkedést mutat. Ennek részben oka a 2008-as világgazdasági válság hazánkat is érintő negatív eseményei. De nem csak ez az oka annak, hogy súlyos létszámhiánnyal küzd az ágazat. A tényleges és valós okok, mint minden társadalmi-gazdasági esemény esetében összefüggést mutatnak egymással, és nem egyetlen kifejezett ok húzódik meg a háttérben.

Nincs ez másképp most sem. Tény, hogy:

- a szakdolgozók átlagéletkora magas, és emelkedik. A 2012-es KSH adatok szerint 43,77 év;
- a szakemberek országos megoszlása egyenetlen, a hiány eltérő szerkezetű, és olyan mértékű, hogy gyakorlatilag kezelhetetlen ellátási zavarokat okoz;
- a legnagyobb a hiány a szakápolói és műtéti szakmaterületeken a megyei önkormányzati intézményekben. Ez igaz a fővárosi fenntartású intézményekre is, vagy a települési önkormányzatok által fenntartott egészségügyi intézményekre is, összességében országos szinten;
- az EEKH által kiadott hatósági bizonyítványok általi adatokból jól látható, hogy az utóbbi években beérkezett csaknem félszáz kérelem zömét ápolói szakképesítéssel rendelkezők adják be;

Bár az egészségügyi szektor és a róla szóló híradások évek óta folyamatosan attól hangosak, hogy jelentős forráshiánnyal küzd az ágazat – s ennek valóságát nem is lehet megkérdőjelezni -, a szakdolgozói gárda szerint mégsem csak az anyagi nehézségek jelentik a megoldásra váró feladatot. Az orvosok és az ápolói személyzet számára csaknem ugyanolyan fontos a szakmai elismerés, az előrelépés és az orvosi tekintély hiányának pótlása is, mint a bérrendezés. Az efféle elégedetlenség mérése azonban igencsak nehézkes.

#### 4.6. Bérrendezés

A bérrendezés a javadalmazás, kompenzáció egységébe tartozik. A kompenzáció, mely lehet közvetlen és közvetett módon megnyilvánuló, a motiváció eszköze. Megállapítható, hogy olyan ösztönzőről beszélünk, amely a munkavégzés nélkülözhetetlen velejárója, s egyben az egyik legfontosabb dolog minden munkavállaló számára, ennek következtében a béremelés hatékonysága állandó vita tárgya.

Hazánkban is gyakori vélemény, hogy a béremelések hatása eléggé rövid távúnak mondható, a kutatások szerint mindössze fél évig biztosít hajtóerőt, továbbá folyamatosan emelni kell, nem elég szinten tartani, hiszen a pénz veszít vásárlóerejéből, inflálódik, s a dolgozók is egyre többre és többre vágnak.

Nem szabad elfelejtkezni arról sem, hogy Európai Unió tagállamként hazánk állampolgárai időről-időre összehasonlítják az ugyanazon munkáért kapott jövedelmüket a más Unió tagállamok dolgozóival. Ez az orvosok körében fokozottan jellemző, hiszen munkájuk minden országban ugyanaz, de az ellenszolgáltatás nagyságrendekkel eltér a hazaitól. A külföldön munkát vállalók körében az Európai Unió nyugati országai a legkedveltebbek, közülük is kiemelkedik az Egyesült Királyság, Németország és a Skandináv-államok. Ezek az országok orvoshiánnyal küzdenek, viszont rendelkeznek minden olyan elvárható kritériummal, melyet a mi orvosaink elvárnának munkájuk ellenszolgáltatásáért.

A magyarországit messze meghaladó bérszínvonal és korszerű, kulturált munkakörnyezet, technológia várja az érkezőket, és nem utolsó sorban egy kedvezőbb állapotú egészségügyi rendszer és betegállomány. A különbségek sajnos olyan mértékűek, hogy szinte össze sem lehet hasonlítani hazánkat a fenti államokkal. Erről számolnak be azok a dolgozók is, akik már jártak kint valamelyik országban szerencsét próbálni, vagy csak az esélyeiket felmérni, tájékozódni.

Magyarország jelenlegi Kormánya kiemelt jelentőséggel kezeli az egészségügy ágazatának megreformálását. A Semmelweis Tervben megfogalmazott életpálya-modell megvalósításához, az újjászervezéshez nem egyszeri drasztikus beavatkozást tervez, hanem folyamatos, aprólékos munkát, melyhez évek kellenek. A struktúraátalakítás a szükségletalapú tervezésre épül, ami fel kell, hogy váltsa a korábbi átláthatatlan, egyenlőtlen és rugalmatlan kapacitásalapú tervezést.

Mivel Magyarországon 2002-2011-ig nem történt béremelés az egészségügyben, ezért elsőként a bérrendezés ügye került napirendre, amely több lépcsőben már megvalósult, és

némileg mérsékelte az ágazatban érezhető válságot, de további béremelésekre lesz szükség, a pénzügyi forrásoktól függően.

A bérrendezés sürgetői és úttörői a rezidensek voltak. Korábban évente mintegy 800 szakorvosjelölt hagyta el az országot. A Magyar Rezidens Szövetség akciójához később csatlakozott a Magyar Orvosok Szövetsége és a Magyar Orvosi Kamara is. A rezidensek követelései között a legfontosabb a kezdő orvosok számára a 200 ezer forintos havi bér, valamint a szakorvosok számára a havi 300 ezer forintos havi nettó jövedelem elérése, továbbá a már említett lépcsőzetes béremelés megteremtése volt. Az „Élhető magyar egészségügyet!” kampányuk következtében 2500 egészségügyi dolgozó helyezte letétbe felmondását 2011 végéig. A NEFMI Egészségügyi Államtitkárságával folytatott tárgyalások azonban eredményesek voltak, így elálltak a felmondások érvényesítésétől.

A 2011-ben megvalósított ágazati bérfelállítás személyre szabottan, központilag kiszámolva történt meg, részben azért, hogy megállítsa az egészségügyi szakdolgozók, orvosok migrációját. 2011 őszén egyösszegű, háromhavi munkahelyi pótlékot kaptak a közvetlen betegellátásban dolgozó egészségügyi szakdolgozók. Számszerűsítve 306 egészségügyi intézményben 70 ezer 871 dolgozó kapott egyszeri juttatásként 5,6 milliárd forintos béremelést.

2012-ben új szakdolgozói bértábla került kialakításra, amely elsősorban a munkában eltöltött éveket vette figyelembe. További béremelésként 30 milliárd forint került az ágazatba, így 240 intézmény dolgozója, mintegy 16 ezer orvos, valamint 73 ezer szakdolgozó és 1500 egyéb diplomás egészségügyi szakember kapott visszamenőleges és folyamatos bértámogatást. Az intézkedés veszteseiként egyébként a diplomás szakdolgozók voltak, akik csak minimális (2-5000 forint) emelésben részesültek. Mivel a béremelés nem szektor semlegesen történt meg, több tízezer szakdolgozó egyáltalán nem részesült béremelésben, sok, nem közalkalmazotti státusban dolgozó ápoló kimaradt a juttatásokból. Ezzel kapcsolatban a Magyar Ápolási Egyesület (MÁE) elnöke álláspontja, hogy a rendelkezésre álló fenti összeg nem ágazati béremelésként, hanem címzetten orvosok és egészségügyi szakdolgozók között fele-fele arányban, nem létszámarányosan került elosztásra. Ezzel a lépéssel pedig romlott az egészségügyi szakdolgozók bérpozíciója az orvosokéhoz képest. A szakdolgozói bértábla életbe lépésével pedig megszűnt a transzparencia, így az orvosokra más, kedvezőbb szabályok vonatkoznak, ami pedig veszélyezteti az ágazati békét. További probléma, hogy a bérrendezés továbbá nem alapilletményként, hanem



illetménykiegészítésként lett megállapítva, és ez az életpályamodell kiszámíthatóságának alapkövetelményével teljes mértékben ellentétes. A 2013-as újabb bérfeljesztés 16 ezer 900 orvost, 77 ezer 400 szakdolgozót, 400 gyógyszerészt és 1300 egyéb diplomás egészségügyi szakembert érintett, 250 egészségügyi intézményben. A béremelésekről összességében elmondható, hogy az ápolók egy részének bérhelyzete javult ugyan, de még így is jelentős, 40-50%-os az elmaradás az ágazati átlaghoz képest.

Az első lépcsőben megvalósuló rövid távú intézkedések tehát a jövedelmi helyzetet, képzést és munkakörülményeket érintették. A második lépcsőben a Semmelweis Terv hosszú távú célokat kíván sikerre vinni. Célja az állami, önkormányzati egészségügyi rendszerben dolgozó szakemberek előmeneteli és minősítési rendszerének tervezése, valamint az ehhez szükséges költségvetési háttér rendezése. Mindezt az egészségügyi struktúra-átalakítással járó feladatokról, a kiemelt feladatok végrehajtásához szükséges intézkedésekről szóló 1208/2011. (VI. 28.) Korm. határozat fejt ki részletesen. Vonatkozó törvény továbbá a béremeléssel kapcsolatban a 2003. évi LXXXIV. Eü. tev. törvény 2014.01.10.-től, valamint a 40/2014. (II. 24.) Korm. rendelettel módosított 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2014.02.25.-től lépett hatályba.

#### **4.7. A hálapénzrendszer felszámolása**

A legfontosabb tényezőként kell számon tartanunk az orvos-beteg kapcsolat befolyásolói között a hálapénzt, mely egyben a bérrendezés egyik jól ismert, mégis törvénytelen, államilag és erkölcsileg nem támogatott formája. Ez egy olyan fogalom, amely kikerülhetetlen bármilyen egészségügyi téma esetében. Kétségtelen, hogy jövedelemforrást biztosít az egészségügyben (nemcsak az orvosok körében), és szorosan kapcsolódik a bérrendezés kérdéséhez is, mint a munkaerő-megtartás egyik fő kritériumához. Jelenleg azonban a hálapénz jelenségével csak, mint az ágazatot érintő humánerőforrás problémák egyik velejárójaként és fenntartójaként mutatjuk be.

Mint említettük, a bérrendezéssel szoros kapcsolatban álló tényezőről van szó, és általános vélemény civilek és a szakmabeliek szerint is, hogy az ágazat egyik legsúlyosabb problémája. A hálapénz megléte azért is veszélyes, mert jelentősen torzítja a társadalom álláspontját, elképzelését az egészségügyben dolgozók bér-és jövedelemszintjének megítélésekor. Az egészségügyben dolgozó szakemberek bérét mintegy kiegészíti, de azt megfoghatatlan mértékben teszi. Csakhogy az igazsághoz hozzátartozik az, hogy az orvosi

szakterületek közül vannak olyanok, melyek csakugyan jelentős plusz jövedelmet rejtenek (pl.: sebészet, szülészet), és vannak olyanok, melyek teljesen hálapénztől mentes szakágak, mint például a patológia. Talán épp ezért nem meglepő, ha az orvostanhallgatók a kedvezőbb jövedelmi forrást biztosító szakterületek egyikét választják inkább, s csak elenyésző számban jelentkeznek radiológusnak, patológusnak, infektológusnak, stb. Emiatt napjainkra már több olyan szakterület is van, amely gyakorlatilag hiányszakmává nőtte ki magát. Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről szóló 122/2009. (VI. 12.) Korm. Rendelet 10. § (1) és (2) bekezdése szerint az összes megyében az alábbiak minősülnek hiányszakmák:

- Aneszteziológia és intenzív terápia;
- Csecsemő-és gyermekgyógyászat;
- Gyermekfogászat;
- Gyermek-és ifjúságpszichológia;
- Igazságügyi orvostan;
- Infektológia;
- Megelőző orvostan és népegészségtan;
- Neurológia;
- Nukleáris medicina;
- Orvosi laboratóriumi diagnosztika;
- Orvosi mikrobiológia;
- Ortopédia-traumatológia;
- Oxyológia és sürgősségi orvostan;
- Patológia;
- Pszichiátria;
- Radiológia;
- Sugárterápia;
- Transzfuziológia;
- Tüdőgyógyászat.

Az egészségüggyel foglalkozó hivatalos szervek képviselői és szakemberei egyetértenek abban, hogy a hálapénz nem csupán morálisan romboló hatású, de a betegek bizalomvesztéséhez vezet, ezzel jelentősen rontva az orvos-beteg közötti kapcsolatot, valamint az ellátórendszer hatékony működését. Hozzájárul továbbá a különböző szakterületeken dolgozók közötti feszültségnöveléshez azzal, hogy egyes szakterületek

prioritást és népszerűséget élveznek a hálapénz adása szempontjából, míg más szakterületek orvoshiánnyal küzdenek, részben pontosan emiatt (amint azt már a fentiekben felsoroltunk), továbbgerjesztve azt a folyamatot, hogy az ellátás nem a szükségletekhez igazodik.

A hálapénzadás tehát nem lebecsülendő dolog, de felszámolása nehéz folyamat lesz, mivel több tényező együtthatásaként, évtizedekkel ezelőtt alakult ki, a társadalomban generációról generációra öröklődött, ezért kiiktatni is csak komplex módon lehet.

A Kormány által meghirdetett „Nemzeti Együttműködés Programja – 2010” célkitűzése a hálapénz fokozatos felszámolása. A program első lépéseként a kiváltó okokat kívánja megszüntetni, s célkitűzése a szellemi szabadfoglalkozású státusz megteremtése, valamint a szakdolgozói kompetenciák kiterjesztése a szakellátásban. Elismeri, hogy az orvosoknak és szakdolgozóknak a munkavégzésükhöz megfelelő társadalmi és anyagi megbecsülésre van szükségük, melyhez méltó bérezést és megfelelő munkakörülményeket kell biztosítani számukra.

A megoldás részeként tehát elengedhetetlen a minőségbiztosítás rendszerének fejlesztése, és az állami garanciával megvalósuló bérrendezés, valamint egy egyértelmű és átlátható finanszírozási és jogi környezet megvalósítása. A hálapénzrendszer ugyanakkor felszámolhatatlan az emberek szemlélet-és attitűdváltása nélkül. De ez csak hosszú távon és az ágazat hiányosságainak felszámolásával párhuzamosan tud csak végbemenni.

#### **4.8. Többletfeladatok biztosítása többletdíjazásért**

Felmerül a kérdés, hogy az egészségügyben mi képezi a többletfeladatokat. Tömören megfogalmazva, mindaz a tevékenység, ami a munkaidőben kirótt, kötelezően elvégzendő orvosi, ápolói tevékenységen túl, de közvetlenül a betegellátáshoz, gyógyításhoz, ápoláshoz kapcsolódik.

2013-ban a Magyar Orvosi Kamara Területi Szervezeteinek Tanácsa részletesen elemezte a gyógyításban dolgozók helyzetét, kilátásait az ország különböző területein, szakmánként és munkaterületenként egyaránt. Az elmúlt évtizedek folyamatos alulfinanszírozottsága a magyar egészségügyi ellátórendszer helyzetében, a betegellátás színvonalában és biztonságában jól tetten érhető. A 2012-ben elkezdett bérrendezés keretében a fekvő-és járóbeteg ellátásban dolgozó szakorvosok bére bruttó 110.000 forinttal emelkedett, ez átlagban 30%-os emelkedést jelentett. Mindez viszont nem oldja meg a szakemberhiányból

fakadó helyettesítési problémákat, ami miatt az orvosok ki nem vett szabadsága 2012-ben 30% feletti volt. A kórházakban helyettesítési díjat, túlóradíjat kevés kivételtől eltekintve gyakorlatilag nem fizetnek. Az orvosok pedig a helyettesítés hiányában inkább nem hagyják ellátatlanul betegeiket. Az adminisztrációs feladatok növekedése folyamatos és sok esetben felesleges, ami szintén növeli az orvosokban a feszültséget, hiszen mindez a betegektől veszi el az időt.

Egyes egészségügyi intézetek úgy oldják meg a problémát, hogy inkább nem rendelnek el túlmunkát, hanem az egy főre eső munkaterhet növelik, azaz még kevesebb ápoló látja el a betegeket műszakonként, mint eddig. A szakdolgozói leterheltség viszont köztudottan nagy, a folyamatos betegellátást pedig csak jelentős túlórával lehet biztosítani. Ezek kifizetése nagyon sokszor nem havi szinten valósul meg, vagy a munkáltató szabadidő megváltással rendezi az ápolók túlóráit, ami tovább nehezíti a megélhetési gondokat. A rendszeres túlterheltség és feszültség pedig nemcsak a betegellátás biztonságát veszélyezteti, hanem egészségügyi szakdolgozók egészségének károsodásához is vezethet.

2011-ben változott az ügyeleti idő szabályozása a 2011. évi CLXXVI tv. Az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. tv. módosításával. 2012. március 1-től új elemként az egészségügyi ügyelet rendes munkaidő terhére is elrendelhetővé vált, aminek a mértéke legfeljebb heti 16 óra lehet. Ez azt jelenti, hogy a tevékenység minden órájára a dolgozó személyi alapbérének, vagy illetményének legalább egy órára eső összege jár. Ha az ügyelet heti pihenőnapra vagy munkaszüneti napra esik, azt azonos tartamú pihenőidővel kell kompenzálni. A heti pihenőnapon rendes munkaidő terhére elrendelt egészségügyi ügyelet után az egészségügyi dolgozót pótlék illeti meg, amely a heti pihenőnapra ügyeleti díj 25%-kal emelt összege kell, hogy legyen.

#### **4.9. Munkakörülmények minőségi javulása**

Az egészségügyi ágazatra jellemző, hogy a betegellátás még napjainkban is többnyire az elmúlt században épült kubatúrában, vagy erősen amortizált közegben zajlik. Ezen a helyzeten részben segítettek egyes uniós pályázati források, melyek során országos szinten, több egészségügyi intézményben is épületrekonstrukciós folyamatok mentek végbe. A pályázatoknak azonban előre megtervezett költségvetésük van, így az építőiparban jellemző infláció, valamint a technológiai költségek nagysága miatt is, a fejlesztésből rendre kimaradtak az ápolási eszközpark modernizálását szolgáló berendezések. Az elavult

eszközpark pedig rontja a munka hatékonyságát, miközben növekszik a balesetek bekövetkezésének kockázata.

Ahol az uniós forrásokból volt lehetőség az infrastrukturális beruházások keretében az épületek, műszerek korszerűsítésére, ennek keretében javultak a munkakörülmények. Sok kórházban azonban még most sincs szociális helyiség, esetleg kulturált öltöző az ápolószemélyzet számára. A beruházások által lehetőség nyílt a szakmai munkát segítő, a fizikai megterhelést csökkentő eszközök beszerzésére, de ezzel párhuzamosan növekedtek a működési, fenntartási költségek. A probléma az, hogy mindez, finanszírozási oldalról nincs beépítve a rendszerbe, így tehát sok intézménynél felmerül a kérdés, hogy a dolgozók bérét fizeti-e ki, vagy az üzemeltetési költségeket.

#### **4.10. A nyugdíjkorhatárt betöltött dolgozók további foglalkoztatása**

A nyugdíjazásokkal kapcsolatban az 1997.évi LXXXI tv. a meghatározó a Megyei Kórház dolgozói számára.

A Kormány 1700/2012. (XII. 29.) Korm. Határozata a közszférában alkalmazandó nyugdíjpolitikai elvekről részletesen kifejtette, hogy az életkor alapján ténylegesen nyugdíjkorhatárt elért dolgozóktól meg kell válnia az intézménynek, további foglalkoztatásra csak külön kérelmezés és egyedi elbírálás után kerülhet sor. Ezen rendelkezését végül a Kormány hamar módosította, s egy ún. ösztöndíj programmal segíti az intézményeket, hogy a nyugdíjas szakdolgozók (elsősorban orvosok) bérét ilyen módon biztosítani tudják. Kormányengedélyhez kötötte a nyugdíj mellett közalkalmazottként továbbfoglalkoztatottak számára az egészségügyi tevékenység végzését, valamint a nyugdíj mellett közreműködői szerződés keretében (szabadfoglalkozású egészségügyi dolgozó és vállalkozás formájában működő és szolgáltató pl.: Bt., Kft.) foglalkoztatottak egészségügyi tevékenységének végzését is.

#### **4.11. Az orvosok és szakdolgozók továbbképzésére vonatkozó törvényi szabályozások módosítása**

2012 januárjától új törvényi szabályozás lépett életbe, az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól szóló 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet, továbbá az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek, és az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzéssel rendelkezők folyamatos továbbképzéséről szóló 64/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet. A jogszabály lehetővé teszi, hogy:

- az orvosok és a szakdolgozók egy kötelező elméleti továbbképzésének a költségét az állam támogassa;
- elismerésre kerüljön a külföldön való munkavégzés és a külföldön teljesített továbbképzési kötelezettség. Melynek az a célja, hogy a külföldről hazaérkező orvosok visszakapcsolódását segítse a hazai ellátórendszerbe;
- csökkenjenek a szakdolgozókra, orvosokra nehezedő adminisztrációs terhek a szakdolgozói továbbképzések elektronikus nyilvántartás-rendszerének, a SZAFTEX rendszernek a kialakításával.

#### **4.12. A szakmára jellemző „burn out” jelenség fokozottabb kezelése**

Maga a „burn out” fogalom egy angol eredetű kifejezés, mely szó szerinti fordításban kiégést jelent. A kifejezésből eredő kiégés szindróma jellemző a segítő szakmákra, a krónikus érzelmi megterhelések, stressz hatások nyomán fellépő fizikai, mentális, emocionális kimerülés, amely együtt jár a reménytelenség és az inkompetencia érzésével, és amelyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek. (Freudenberger 1974)

A Magyar Rezipiens Szövetség elnöke szerint a kiégési folyamaton már az orvosképzés során átesnek a hallgatók. Éppen ezért az egészségügyi dolgozók körében kiemelkedő jelentősége van a burn out kezelésének, tréningek, képzések keretében. A jelenség vitathatatlanul összefügg az elégtelen munkahelyi környezettel, a személyi és tárgyi feltételek hiányával, a méltatlan jövedelmi helyzettel, és nagyrészt a dolgozók leterheltségével. Mindezek viszont együttesen negatívan befolyásolják az egészségügyi ellátás minőségét, ami közvetlenül érvényesül továbbá az orvos-beteg kapcsolatokban, a betegek testi és lelki egészségéhez való jogát pedig közvetve veszélyezteti.

Az egészségügyi szervezetek, intézmények jelzései alapján egyértelműen megállapítható, hogy hazánkban erős igény mutatkozik a kiégési folyamat kezelésére az ágazatban dolgozók részéről, mégis elenyésző a valóban hatékony kezelést megvalósító programok, képzések száma a graduális-, a posztgraduális képzés, és a továbbképzés rendszerében. Bár kétségtelenül nemzetközi jelenséggel állunk szemben, az sem egyedülálló azonban, hogy sem az egészségpolitika, sem a munkáltató nem foglalkozik kellő hangsúllyal ezzel a jókora pszichés és fizikai megterhelést jelentő tényezővel, amely a munka eredményességét alapvetően befolyásolja.

## **5. A BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN MEGYEI KÓRHÁZ ÉS OKTATÓ KÓRHÁZ BEMUTATÁSA**

*A Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórházat több mint fél évszázada alapították, és 1958. december 15-én adták át. A kórház épületeit eredetileg katonai objektumnak szánták, ezért úgynevezett pavilonrendszerben helyezkednek el. A katonai épületek mintegy egyharmada került csak kórházi funkciót szolgáló átalakításra. Kezdetben 5 hagyományos kórházi osztállyal rendelkezett - belgyógyászat, sebészet, fül-orr-gége, gyermekgyógyászat, szülészet-nőgyógyászat -, majd az évek során folyamatosan bővítették a szakterületeket. Megjelent többek között a kardiológia, idegsebészet, traumatológia, ortopédia, sugárterápia, röntgen- és izotópdiaosztika. A kórház területén elkészült új épületbe 1974-ben átkerült a Petőfi utcai gyermekkórház, mely a Velkey László Gyermek Egészségügyi Központ nevet viseli ma.*

*A Kórház épületei egy 25 hektáros földterületen helyezkednek el. Ez a harmadik olyan intézmény az országban, amely különösen nagy aktív ágyszámmal rendelkezik (2200 fekvőbeteg ágyszám), jelentős számú fekvőbeteg ellátásra képes. Az épületekben összesen 35 osztály működik felnőtt és gyermek vonalon. Évente 60.000 fekvőbeteget lát el, és körülbelül 1 millió járó beteg ellátását biztosítja. A szívsebészet, tüdőgyógyászat és bőrgyógyászaton kívül minden klinikai szakma fellelhető. Az intézmény Észak-Magyarország második legnagyobb regionális onkológiai és sugárterápiás központja, az egyetlen haemodinamikai központja, a Csillagpont projekt megvalósítása révén pedig a térség progresszív ellátási centruma lett.*

A Kórház jelenleg a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház nevet viseli. Székhelye a 3526. Miskolc, Szentpéteri kapu 72-76 szám alatt található. Több telephellyel is rendelkezik, melyet az elmúlt években lefolytatott, törvényben leszabályozott és meghatározott kórház összevonásoknak köszönhetően csatoltak hozzá. Eredetileg négy telephelyet integráltak az intézményhez. Izsófalva és a miskolci Szent Ferenc Kórház aztán más egészségügyi szolgáltatóhoz került, így jelenleg a Kórház részeként működik a II. Rákóczi Ferenc Kórházi telephely Szikszón és Encsen, valamint a Mozgásszervi Rehabilitációs Központ telephely Mezőkövesden.

A Megyei Kórház önállóan működő költségvetési szerv, vezetése egy egyszemélyi felelős vezetés elvén alapszik, melynek élén a főigazgató főorvos áll. Alapítói jogok gyakorlója és irányító szerve az Emberi Erőforrások Minisztériuma. Fenntartója a GYEMSZI (Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet), finanszírozója az Országos Egészségbiztosítási Pénztár.

### **5.1. A Kórház tevékenysége**

Mielőtt ismertetnénk a Kórház tevékenységeit és céljait, tisztáznunk kell, hogy mely területen is működik az intézmény. Ismertetjük a működési terület jellemzőit, sajátosságait, amelyek megkülönböztetik a többi közgazdaságban is jól ismert szektortól.

A Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház egy szolgáltató szektorban működő intézmény. Chikán Attila a következőképpen definiálta a szolgáltatás fogalmát: *„erőforrások felhasználása mások számára hasznos, nem- termelő tevékenységre.”* (Chikán 1992)

A szolgáltatásról általánosságban úgy vélekednek az emberek, hogy egy kevésbé munkaigényes tevékenység. Véleményünk szerint ez a kijelentés nem teljesen helytálló, hiszen ez az a tevékenység, ami szinte a legtöbb emberi hozzájárulást igényli, tehát munkaigényesnek tekinthető.

A szolgáltatásokra jellemző, hogy nem kézzel fogható, éppen ezért nehezen mérhető, nem lehet tárolni, előállítás és fogyasztása egyszerre történik, a piacra lépés kis befektetést igényel, és erős befolyást gyakorolnak a külső hatások – technológia fejlődése, kormányzati szabályozások. Ebben a szférában elengedhetetlen a szakmai tudás és nagy hangsúllyal bírnak a személyes képességek. Folyamatosan kapcsolatban állnak a szolgáltatás kínálói azok fogyasztóival, ebben az esetben a betegekkel. (Heidrich 2006)

Az International Classification of Health Accounts (ICHA) szerinti osztályozás az ellátás funkciója alapján az egészségügyi szolgáltatás hat típusát különbözteti meg:

- rehabilitációs célú szolgáltatás
- gyógyító szolgáltatás
- egészségügyi termékek szolgáltatása a járóbeteg ellátásban (pl. gyógyászati segédeszközök)
- hosszú idejű ápolási szolgáltatás



- kiegészítő szolgáltatás (pl. mentőszolgálat, betegszállítás)
- népegészségügyi és prevenció ellátás (pl. csecsemő- és gyermekvédelem) (Orosz É., 2003)

Az Intézmény alap-, kiegészítő-, és vásárolt – vagy más néven outsourcing - szolgáltatásai a Szervezeti és Működési Szabályzatban található. hivatkozott szabályzat alapján a Kórház

- alaptevékenységei:
  - gyermek- és felnőtt járóbeteg szakellátás
  - gyermek- és felnőtt fekvőbeteg szakellátás
  - humán és egyéb egészségügyi szakellátás
  - oktatási tevékenység
- kiegészítő tevékenységei:
  - kutatási és tudományos tevékenységek
- vásárolt (outsourcing) szolgáltatásai:
  - textiltisztítás
  - takarító szolgálat
  - energiaellátás
  - élelmezési üzem
  - rendészet
  - szállítás

Mint azt tanulmányunk első fejezetében részleteztük az outsourcing egy olyan vállalati funkció, melynek révén a korábban vállalaton belül végzett tevékenységet teljes egészében, vagy csak részben külső cégre bízják.

Orvostudományi kutatásokat, klinikai vizsgálatokat és gyógyszervizsgálatokat is végeznek az épületek falain belül. A betegségek tanulmányozása során rengeteg ismeret és információ gyűlik össze, mely nagyban elősegíti az orvostudomány fejlődését is. A Megyei Kórház kutatásainak eredményeit mind hazai, mind nemzetközi lapokban is publikálják, és több előadást is tartanak nem csak magyar nyelven. Ezt bizonyítja az is, hogy több, tudományosan is elismert orvos is dolgozik az épületek falain belül.

## 5.2. Az Intézmény céljai, nagy projektjei

Az Intézmény különböző rövid, közép és hosszú távú célok elérésére törekszik, mint minden más vállalat, melyeket az alábbiakban foglalhatjuk össze:

- korszerű, magas színvonalú betegellátás
- jó hírnév fenntartása
- biztonságos környezet
- munkatársak elismerése, megbecsülése.

Ezen célok elérése érdekében különböző pályázati felhívásokban vesz részt sikeresen. Az elnyert uniós pályázatok segítségével elősegíti a folyamatos fejlődést, és többletfinanszírozáshoz jut a céljai megvalósítása érdekében. Jelenleg is több sikeres pályázat fut, amelynek eredményeként beruházások valósulnak meg kórház szerte.

Az Új Széchenyi Tervnek köszönhetően az Észak-Magyarországi régióban 11 kórház rehabilitációs ellátása kerülhet megújításra, melyre 4,674 milliárd forintos projekt áll rendelkezésre. A fejlesztési pályázat célja többek között, hogy csökkentse a lakossági hozzáférés egyenlőtlenségeit a rehabilitációs szakterületekhez, közben a szolgáltatások színvonalát javítsa, fejlessze. Ezen célok megvalósítása érdekében konzorcium jött létre, ahol a konzorcium vezető a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház. Már több kórházban is sikeresen befejeztek az építési munkálatok, de a Gyermekek Rehabilitációs Osztály épületében, és még néhány kórházban, rendelőintézetben jelenleg is folyik. A Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórházra tervezett munkálatok összköltsége várhatóan bruttó 55,5 millió Ft lesz.

A másik nagy, jelenleg is folyó pályázat a *„Humánerőforrás-fejlesztés képzési díj és ösztöndíj támogatás által a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórházban”* címet viseli. Célja, hogy javuljon az egészségügyi ellátás színvonala azáltal, hogy új felső-és középfokú képzéseken vesznek részt a dolgozók, továbbképzéseket támogatnak. Az Intézmény képzésekre, menedzsment képzésekre, valamint szakorvos jelölt ösztöndíj programokra veszi igénybe a pályázati forrásokat.

A harmadik kiemelt fejlesztési projektet az idei évben befejezettek minősítették. Ez az *„Észak-magyarországi régió onkológiai ellátórendszerének fejlesztése”* című, szintén EU-s pályázati fejlesztés volt. A projekt legfőbb célja a korszerű és lehetőleg költséghatékonyan működő regionális onkológiai ellátó hálózat megteremtése volt minél szélesebb lakossági

hozzáféréssel. Hosszabb távon a szolgáltatások minőségének javítása, korszerű és fenntartható betegellátó rendszer kialakítása, a daganatos betegségek minél korábbi felismerése és kezelése, és ezzel együtt a gyógyulási esélyek növelése a cél. A fejlesztésekre összesen 133 millió Ft-ot az Izotóp Diagnosztikai Intézetben és Sugárterápiás Osztályokra, illetve 991 millió Ft-ot eszközfejlesztésre fordítva.

A Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház eddigi, talán legnagyobb projektjének a Csillagpont projektet tekinthetjük. Ez egy komplex térségi betegellátó-irányító rendszer, mely a kórházon belüli 30 ezer m<sup>2</sup>-es területen való építkezés, rekonstrukció. A Csillagpont elnevezést azért kapta a projekt, mert a térségi ellátás centrum irányába történő betegellátás, és az épületek épületkapcsolatai csillag alakú elrendezést szimbolizál. Az országban egyedülállóan egy olyan sürgősségi központ valósul meg, amely létrehozza az általános felnőtt és gyermek sürgősségi betegellátó osztályt a traumatológiával és a neuro-traumatológiával, a helikopter leszállót és az intenzív ellátást. A projekt megvalósítása révén koncentrálódnak a betegellátó helyek száma, csökken a telephelyek száma és rövidülnek a beteg-utak is.

A projekt 11 milliárd forint összköltséggel indult, azonban többletfinanszírozást nem igényelt, mert a megvalósítást 90%-ban segíti egy európai uniós, 10 milliárd Ft értékű támogatása. A fennmaradó részt - 10% - a kórház fenntartója és a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Önkormányzat biztosítja. Az építkezésre 8 milliárd forintot költöttek, a szükséges és korszerű orvos-technológiai és informatikai berendezéseket 3 milliárd Ft értékben szerezték be.

A projekt I. és II. üteme már le is zárult, az épületegyüttes megkezdte működését, melyben azok az osztályok kaptak ideiglenes helyet, melyeket a II. ütemben átalakításra került egykori ideggyógyászati tömbben látták el munkájukat minden nap. (Dr. Csiba Gábor, 2008)

### **5.3. Az emberi erőforrás-gazdálkodás helye és szerepe**

A szolgáltató szervezetekben, mint jelen esetben a Megyei Kórházban, a munkavállalókkal közvetlen kapcsolatba kerülnek a betegek (fogyasztók). Folyamatosan találkoznak az orvosokkal, szakápolókkal, vagy a szolgáltatás nyújtását segítő személyzet tagjaival. A közöttük lévő munkatársi kapcsolat érezhető, ami a szervezeti kultúra része. A problémák és

bizonytalan helyzetek megoldásában inkább segít eligazodni a kialakult szervezeti kultúra, mint a szabályozás.

Az elmúlt évtizedekben átalakult a gazdasági környezet is. Ez az átalakulás eredményezte azt, hogy létrejött egy önálló munkakör, melynek fő feladata az alkalmazottakkal való „foglalkozás”. A társadalmi és technológiai fejlődés következtében jelentősen felértékelődött az emberi tőke szerepe a szervezetekben. A sikeres működésükben az egyik legfontosabb a humán tőke. Schultz mutatott rá először arra, hogy ez is mérhető mennyiségileg, akár csak a fizikai tőke. A különbségek ennek ellenére jól megfogalmazhatók:

- az emberi tőke fennmarad, öröklődik annak ellenére, hogy egy része az adott ember halálával elvész, ezért amortizációja is sajátos
- az ember képes szabályozni és irányítani cselekedeteit, teljesítményét, mert önálló, szabad akaratú rendelkezik
- a fizikai tőke a termelés folyamata során keletkezik, az emberi tőke azonban képes újratermelődni a fogyasztás során
- eltérő a két tőke intervalluma.

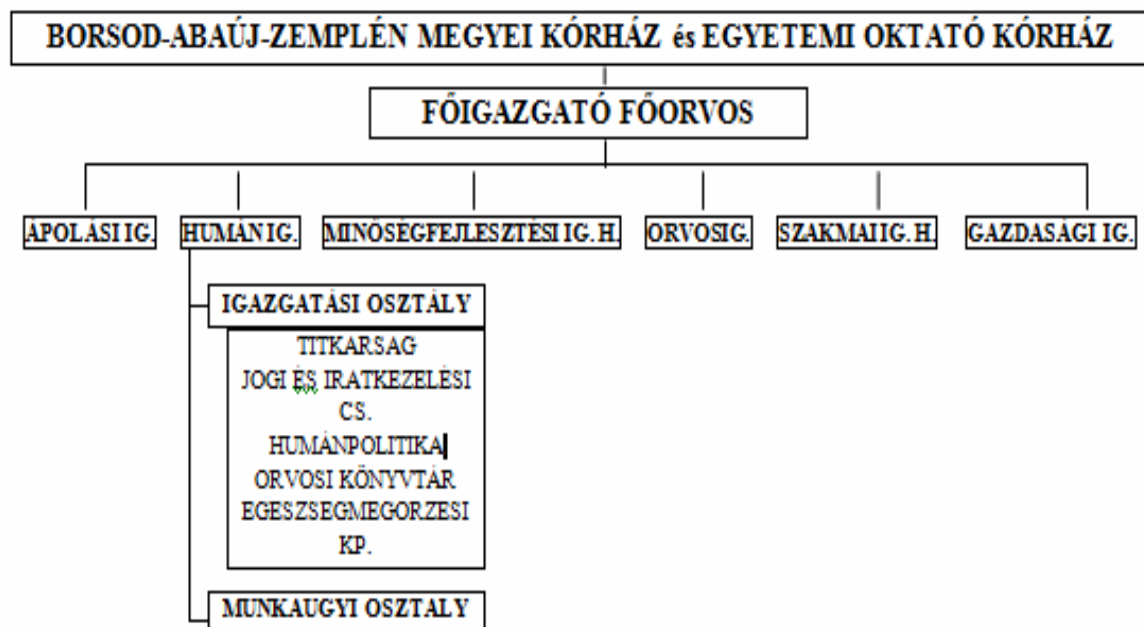
Az emberi erőforrás és az emberi tőke fogalmát nagyon sokan használják szinonimaként, pedig mindkettő mást jelent. Chikán Attila Vállalatgazdaságtan című könyvében a következő megfogalmazást használta: *„az emberi erőforrás a vállalatnál alkalmazott munkavállalóknak a munkavégzéshez szükséges képességeik, szakismeretük és a munkamegosztásban elfoglalt helyük szerint strukturált összessége. A munkaerővel azonos értelemben használjuk.”*(Chikán 1992:211)

Az ember központi szerepet tölt be a kórházakban, hiszen a humán erőforrás átfogja a szervezet és a munkafolyamatok egészét. A szervezet teljesítményét alapvetően a dolgozó emberek teljesítménye határozza meg. Ezért fontos az emberi tőkébe befektetni – oktatás, képzés -, mert jelentős mértékben hozzájárul a gazdasági hatékonysághoz, a teljesítmény növekedéséhez. Az emberi erőforrás az a terület, mely ellátja a személyüggyel kapcsolatos összes feladatot. Az itt dolgozóknak széles körű és összetett szakmai, és vezetési felkészültséggel kell rendelkezniük. A személyügyi szférának két elkülönülő területe látszik körvonalazódni. Az egyik az ipari vállalkozások tevékenysége, a másik pedig az állami személyügyi politika. tanulmányunkban ez utóbbira térünk ki részletesen, mert az általunk vizsgált intézmény ebbe a kategóriába tartozik. Ma a személyügyi menedzsment már a vezetés elengedhetetlen részét képezi. Célja a dolgozók hatékony szervezetbe tömörítése a

leghatékonyabb munkavégzési mód megvalósításával, illetve a gyakorlatban is hatékonyan működő gazdasági módszerek kidolgozása.

A Kórházban, méretét tekintve is indokoltan, több mint 3000 embert foglalkoztatnak, hogy az ellátást zökkenőmentesen és biztonságosan tudják szervezni, és a kötelező pihenő időket, szabadnapokat is biztosítani tudják az alkalmazottak számára úgy, hogy ez ne okozzon fennakadásokat a kórház működésében sem. Az általunk vizsgált Intézmény szervezeti felépítését tekintve több osztályra, szervezeti egységre osztható. A gazdasági és a humán tevékenységek nem egy kézben vannak, két külön igazgató vezetésével, irányításával történik, akik a Főigazgató Főorvos közvetlen beosztottjai. A gazdasági ellátással a gazdasági igazgató vezetése alá tartozó osztályok, míg a humán és személyügyi teendőkkel a humán igazgató vezetése alatt működő Igazgatási Osztály, a Humánpolitika és a Munkaügyi Osztály foglalkoznak. A Kórház emberi erőforrással kapcsolatos feladatainak bemutatását elengedhetetlennek tarjuk a vizsgált atipikus foglalkoztatás kapcsán, a gazdasági folyamatok bemutatása azonban nem képezi a tanulmányunk témáját, így ennek részletezésétől eltekintünk.

#### 5.4. Az Intézmény humán részlegének bemutatása



**25. ábra: A Megyei Kórház humán felépítése**

*Forrás: Saját szerkesztés a Kórház Szervezeti és Működési szabályzatának organogramja alapján*

A Humán Igazgató felügyelete alá két osztály is tartozik, melyek közül az Igazgatási Osztályhoz tartozó Humánpolitikát részletesebben valamint, a Munkaügyi Osztályt pedig érintőlegesen ismertetjük.

#### *5.4.1. Humánpolitika*

A Humánpolitika feladatát, célját Tóthné S. Gizella álláspontja alapján ismertetjük, aki szerint az, „*a szervezeti stratégia megvalósításához szükséges emberi erőforrások vonzása, megfelelő mennyiségben, minőségben és összetételben való biztosítása, megtartása és a szaktudásnak a fejlesztése, hasznosítása és motiválása.*” (Tóthné 2000)

A Humánpolitikai Osztály vezetője a mindenkori Igazgatási Osztályvezető. Ide tartoznak a:

- személyügyi előadók
- humánpolitikai szervező
- sajtóreferens, szociális munkások
- grafikus.

Az osztály feladatait, eljárásrendjét az intézeti Kollektív Szerződés és az Emberi Erőforrás Gazdálkodás Minőségügyi Eljárás tartalmazza.

#### *Személyügyi feladatai*

A személyügyi tevékenység ellátása fontos feladat, mert alapvetően befolyásolhatja, hogy milyen orvosok fogják gyógyítani a betegeket, és ez határozza meg a kezelt betegek elégedettségét. A humán erőforrással kapcsolatos feladatokat az Igazgatási Osztály a Munkaügyi Osztállyal közösen, egymás munkáját segítve végzik.

*Munkaerő-tervezés:* Munkaerő felvételi igény jelzése a következő módon történik. Adott szervezeti egység vezetője jelzi munkaerő felvételi igényét a munkáltatói jogkör gyakorló Igazgatónak, aki a Humán Igazgató felé javaslatot tesz. Amennyiben azt szakmailag indokoltnak tartja, majd a Humán Igazgató tájékoztatása alapján a Főigazgató Főorvos dönti el a felvételi igény jogosságát. A Humán Igazgató/Igazgatási Osztályvezető ellenőrzi a szakmai minimumfeltételek felülvizsgálatát, illetve a betegellátó és diagnosztikai osztályokról készült valamennyi dokumentumot.

*Toborzás, kiválasztás, alkalmazás:* Amennyiben az állás betöltéséhez pályázat kiírása szükséges, a pályázat kiírásáról, a honlapon történő megjelentetésről, a személyügyi előadó gondoskodik. Az adott munkaerő felvétel főigazgatói engedélyezését követően a munkáltatói

jogkör gyakorlók a Humánpolitika rendelkezésére bocsátják azokat az információkat, amelyek a pályázat kiírásához szükségesek.

A hatályos jogszabály szerint csak olyan közalkalmazottat lehet kinevezni, aki pályázaton részt vett és a pályázati feltételeknek megfelelt. Azonban a jogszabály lehetőséget ad arra is, hogy ne legyen szükséges pályázat kiírása a kinevezéshez. Ekkor a jelölt alkalmasságát – pályázati eljárás során - az érintett osztályvezető véleményét figyelembe véve a munkáltatói jogkört gyakorló Igazgató és a Humán Igazgató állapítja meg. Sikertelen pályázat esetén a pályázó személyes adatait törlik, és amennyiben a pályázó az általa benyújtott személyes adatokat tartalmazó adathordozókat a döntést követő 3 hónapon belül nem veszi át, azokat megsemmisítik. Új dolgozót alkalmazni csak abban az esetben lehet, ha rendelkezik a munkakör betöltéséhez szükséges, előírt szakmai képzettséggel és büntetlen előéletű. Az új munkavállaló közalkalmazotti kinevezésében 3 hónapos próbaidőt kell kikötni. Felvételkor minden dolgozó titoktartási nyilatkozatot tesz.

A rezidens orvosok esetében a pályázati eljárás hasonlóan a többi állás betöltésénél, a pályázat kiírásával kezdődik, majd a pályázatok feldolgozását, véleményezési eljárás lefolytatását és a főigazgatói döntés előkészítését követően a pályázó döntésről való értesítésével zárul. A rezidensi pályázatokat a betegellátó osztályok vezetői véleményezik és rangsorolják, amely javaslatot figyelembe véve a Humán Igazgató/Igazgatási Osztályvezető előterjesztése alapján a döntést a Főigazgató Főorvos hozza meg. A személyügyi előadó feladata a pályázatok karbantartása, a rezidensek kiértékelése, a megállapodások előkészítése, illetve ezen folyamatok végrehajtásáért is ő felel. A rezidens orvosokkal az Intézmény együttműködési megállapodásokat köt, mellyel a fő cél a betegellátó osztályokon hosszú távú szakorvosi szükségletek biztosítása. Az együttműködési megállapodás megkötése mellett egy úgynevezett tanulmányi ösztöndíjszerződést is kötnek, mellyel biztosítják a rezidensek számára ott tartózkodásuk alatti folyamatos ösztöndíj formájában történő juttatást. (Igazgatási Osztály FEUVE – folyamatok)

*Átsorolás, kinevezés módosítása:* A közalkalmazottakat munkakörük ellátásához jogszabályban előírt iskolai végzettség, illetve állam által elismert szakképzettség, doktori cím, tudományos fokozat, valamint akadémiai tagság alapján fizetési osztályokba, a közalkalmazotti jogviszonyban töltött ideje alapján, fizetési fokozatokba kell besorolni. Ez a Főigazgatói Főorvos utasítására minden év januárjában történik meg.

*Teljesítményértékelés:* A közalkalmazottak körében a teljesítményértékelés régebben nem volt kötelező, ezért ez még fiatalnak számít a kórház életében. Csupán 5 éve folytatnak teljesítményértékelést, melyet a Kórház valamennyi szervezeti egységében évente egy alkalommal el kell készíteni. Az értékeléshez szükséges dokumentumokat az adott szervezeti egység készíti elő. A teljesítményértékelési lap beosztástól függően eltérő terjedelmű. A vezetők értékelik a szakdolgozóikat, illetve az intézeti vezetők is az intézetükben dolgozó vezetőket, és szakdolgozóikat.

*Munkakör-értékelés:* A munkaköri leírások elkészítése a mindenkori munkahelyi vezető feladata. A munkába állást követő 5 napon belül el kell készíteni, egy példányát a dolgozó rendelkezésére kell bocsájtani, egy példányt kap a munkahelyi vezető, és egyet a Humánpolitikai Osztály a dolgozó személyi anyagában való archiválás céljából. Kétévente kötelezően felülvizsgálják a munkaköri leírásokat.

A közalkalmazotti jogviszony megszűnik, ha a megszabott próbaidő alatt bármelyik fél felmond a másik félnek – nem kötelező indokolni a döntést-, a határozott időre szóló szerződés lejáratakor, a közalkalmazott halálával, gyakornoki idő végén, ha „nem megfelelt” minősítéssel zárul az értékelése.

Közös megegyezéssel való jogviszony megszüntetésére irányuló kérelem esetében különböző szabályokat kell betartani, melyeket az Emberi Erőforrás Gazdálkodás Minőségügyi Eljárás egyértelműen megfogalmaz. A dokumentumot a kórház jogtanácsosa készíti elő, melyet kizárólag a Főigazgató Főorvos - távolléte esetén az Orvos Igazgató – írhat alá.

A közalkalmazotti jogviszony megszűnése/megszüntetése dokumentum tartalmazza a jogviszony megszűnésének jogcímét, idejét, lemondási és felmentési időtartamot, illetve a végkielégítéshez szükséges beszámítandó jogviszony kezdetét. Az első példány a dolgozót illeti meg, a másodikat a Magyar Államkincstárnak juttatják el, a harmadik pedig a Munkaügyi Osztályon marad.

#### Egyéb feladatok:

PR feladatokat is ellát az osztály. Sajtóreferensen keresztül látja el ezt a feladatot, melynek folyamán tájékoztatják a médiát, sajtótájékoztatókat és riportokat szerveznek. „A mi lapunk” szerkesztésében közreműködnek, belső PR eseményeket, hivatalos látogatókat szerveznek, és a kórházi betegtájékoztató kiadványok tartalmát is figyelemmel kísérik.



A szociális és betegtájékoztatási feladatokat az intézet szociális munkásai végzik. A betegek érdekében erőforrásokat mozgósítanak, szociális és mentális problémák felmerülése esetén segítséget nyújtanak, közreműködnek a szakszerű hivatalos eljárás megindításában, betegelégedettségi vizsgálatokat végeznek, és az eredményeket értékelik. A kórházi ellátást követő beteg elhelyezési feladatokat látják el, az ellátásokhoz szükséges iratokat beszerzik, szükség esetén felveszik a kapcsolatot a hatóságok munkatársaival, hozzátartozókkal. Felveszik és továbbítják a panaszokat, bejelentéseket, tájékoztatják a betegeket a jogaikról, házirendről. Segítséget nyújtanak abban, hogy a szükséges dokumentációkhoz hozzájussanak, segítséget nyújtanak azok kitöltésében.

A Humánpolitika munkatársa a grafikus kollega látja el a grafikai és fotós feladatokat. Az oktatáshoz és tudományos tevékenységekhez szükséges grafikai anyagokat, diaképek, poszterek, illetve az intézeti rendezvényekhez grafikai anyagokat készít, és fotózza az intézményi rendezvényeket, valamint fényképes kitűzőket készít az intézet valamennyi dolgozója részére a munkába állásuk napján.

#### *5.4.2. Munkaügyi Osztály*

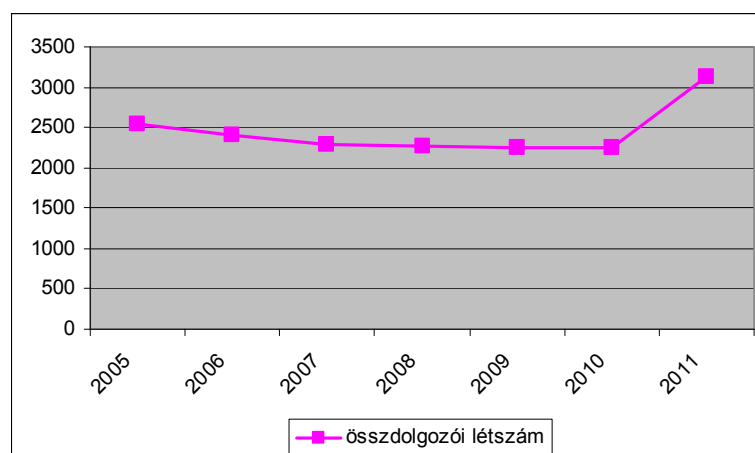
Az osztály jelenleg 11 fővel végzi tevékenységét. Bonyolítja a munkaerő felvételt, és az esetleges leszámoltatásokat, figyeli az engedélyezett létszámkeret és az éves költségvetésben rögzített juttatásokat, elkészíti a kinevezéseket, vezeti a munkaügyi nyilvántartásokat. Folyamatos kapcsolatot tart a Munkaügyi Központtal a munkaerő ellátás zavartalan ellátása érdekében, és a Társadalombiztosítás Igazgatósággal is. Kiállítja a munkáltatói igazolásokat, nyilvántartja és kezeli az utazási kedvezmények utalványait, kiutalja a béreket, elvégzi az Személyi Jövedelem Adó elszámolással kapcsolatos teendőket, valamint különböző statisztikákat készít a Központi Statisztikai Hivatal részére.

## 6. Atipikus foglalkoztatási formák az egészségügyben, a B-A-Z Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház példáján keresztül

*Az atipikus foglalkoztatási formák fogalmi rendszerét, előnyeit, hátrányait, jogszabályi hátterét a korábbiakban már elemeztük. Tanulmányunk jelen fejezete az egészségügyi szektorban fellelhető atipikus foglalkoztatási formákat vizsgálja meg a B-A-Z Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház példáján keresztül. Az egészségügy az atipikus munkavégzés szempontjából speciális helyzetben van, hiszen ebben a szektorban a munka jellegéből fakadóan – a betegellátás folyamatosságának, és zavartalanságának fenntartása miatt - nem található meg az összes említett atipikus foglalkoztatási forma. Jelen elemzésben a részmunkaidős foglalkoztatási formát illetve az egészségügyben jellemző speciális foglalkoztatási formákat (ügyeleti ellátás, 12 órás váltóműszak, és nyugdíj melletti munkavégzés) vizsgáljuk meg, hiszen ezek azok a foglalkoztatási formák, melyek jellegükből adódóan alkalmazásra kerülnek az egészségügyi szférában. Az elemzést a 2005-től 2011-ig terjedő időintervallumra vonatkozóan végeztük el.*

### 6.1. Növekvő össz-dolgozói létszám

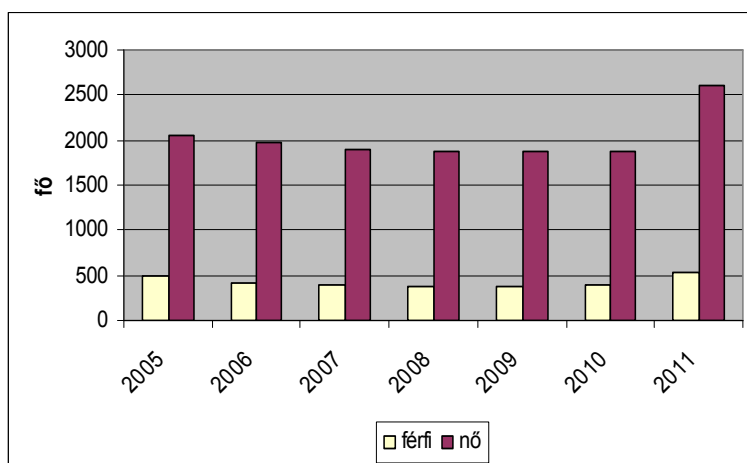
Áttekintve a B-A-Z Megyei Kórházban a 2005-től 2011-ig terjedő periódus teljes dolgozói állományának alakulását megállapíthatjuk, hogy a dolgozó létszám emelkedett.



**26. ábra: Össz-dolgozói létszám változása a Megyei Kórházban (2005-2011)**

*Forrás: a B-A-Z Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház adatai alapján saját szerkesztés, 2012*

Látható, hogy a vizsgált időszakban a dolgozói létszám alakulása többször is változáson ment keresztül. Kezdetben - 2005-től 2009-ig - a dolgozói létszám kismértékű csökkenést mutatott (2549 főről 2239 főre csökkent), majd 2010-ben szintén kis mértékben, de nőtt a kórházban foglalkoztatottak száma (22563 főre). A legjelentősebb változás azonban 2011-ben következett be, amikor a kormányzat javaslatára több kisebb kórház, a B-A-Z Megyei Kórházba történő integrálására került sor. Ekkor a miskolci Szent Ferenc kórház, a Szikszói kórház, a Mezőkövesdi kórház, illetve az Izsófalvi Kórház is a B-A-Z Megyei Kórház felügyelete alá került, így az itt dolgozókkal gyarapodott az intézményben foglalkoztatottak száma. Így 2011-re a dolgozói létszám 3125 főt tett ki.



**27. ábra: Női és férfi dolgozók létszámának változása a Megyei Kórházban (2005-2011)**

*Forrás: a Megyei Kórház adatai alapján saját szerkesztés 2012*

Második lépésként a foglalkoztatottak létszám változását megvizsgáltuk meg nemek szerinti bontásban (27. ábra), melyből megállapítható, hogy a foglalkoztatottak átlag 81,5%-a a vizsgált periódusban nő, míg 18,5%-uk férfi. A női és férfi dolgozók létszámának változása is követi a teljes foglalkoztatotti létszám által leírt változásokat, vagyis 2005-től 2009-ig kis mértékben csökkent mindkét nemben a foglalkoztatottak száma, majd 2010 és 2011-ben növekedés volt tapasztalható. A nők és férfiak arányában tapasztalható magas különbségek a kórházösszevonás után is fennmaradtak. Ez a magas különbség feltehetőleg abból ered, hogy az egészségügyben általában több a női foglalkoztatott, mivel főleg az ápolók, és nővérek körében- melyekből egy kórház magas létszámban foglalkoztat- magas a női munkavállalók aránya.

## 6.2. Kiemelkedő arányú részmunkaidős foglalkoztatás

A részmunkaidő fogalmának a nemzetközi jogforrásokban nincs egységes meghatározása. Az OECD - elsősorban statisztikai megfontolásokból - a heti 30 óránál kevesebb munkaidő fogalmát használja. Ugyanakkor jelen elemzés megvizsgálja a napi 8 órás munkavégzéstől eltérő bármely formát, ami jellemző a vizsgált intézményben. A gyakorlatban a részmunkaidős foglalkoztatás többféleképpen valósulhat meg, például úgy, hogy a napi munkaidőt vagy a hetente ledolgozandó munkanapok számát csökkentik. A részmunkaidős foglalkoztatásban a munkavállalói és a munkáltatói oldal is érdekelt lehet, noha ennek előnyei mellett hátrányai is vannak (drágább rezsiköltség, kommunikációs problémák).

Az Európai Unióban a részmunkaidős foglalkoztatás jóval elterjedtebb, mint Magyarországon. Hazánkban a részmunkaidőben foglalkoztatottak száma ugyanis rendkívül alacsony. Magyarországon már az 1980-as évektől voltak törekvések a részmunkaidős foglalkoztatás kiszélesítésére, azonban a próbálkozások nem vezettek eredményre, nem sikerült növelni a részmunkaidős foglalkoztatás súlyát. A versenyképesség javításához nélkülözhetetlen rugalmasság Magyarországon így nem a részmunkaidős foglalkoztatási formára, hanem más forrásokra támaszkodik (például a meglévő munkaerő-állomány törvényes munkaidőn túli foglalkoztatására, a legális vagy illegális munkaerő-kölcsönzésre, a nyugdíjasok, járadékosok, gyermekgondozási támogatáson lévők regisztrált vagy nem regisztrált foglalkoztatására). (A Munkaadó Lapja 118. szám)

A vizsgált intézményben, - a B-A-Z Megyei Kórházban - a részmunkaidős foglalkoztatási formák mind munkáltatói, mind pedig munkavállalói oldalról fontosnak tekinthetők. A részmunkaidősök vizsgálatakor ezért mindkét oldalról meg kell vizsgálni az intézményben dolgozó részmunkaidős munkatársak munkavállalási indokait.

A részmunkaidős foglalkoztatás okai az intézményben munkáltatói oldalról a következők:

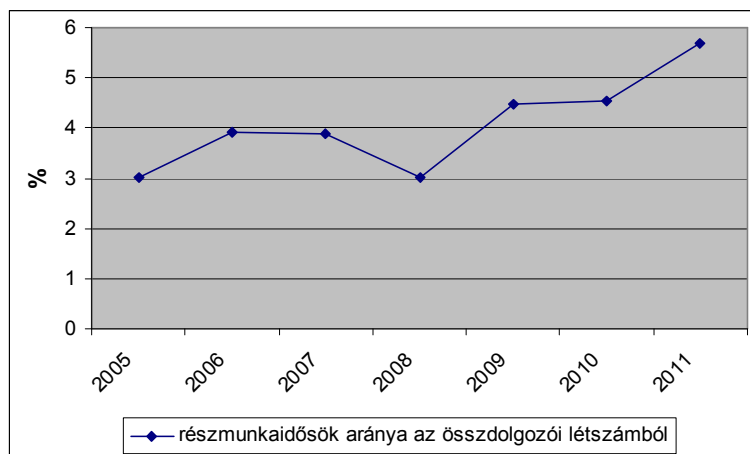
- Olyan a munkakör, ami nem igényel teljes munkaidős foglalkoztatást.
- A tevékenység működési ideje hosszabb, mint egy, de rövidebb, mint két műszak (vagyis 8 és 16 óra közé esik).
- Olyan területeken, ahol a munkavállalók egyéni vagy munkáltatók közötti megállapodás alapján más egészségügyi intézményben végeznek tevékenységet, ezáltal a fő munkaidejük rövidebb. (A 6-8 órás munkavégzés tipikus esete, hogy a hét

5 napjából egyet a munkavállaló más egészségügyi intézményben teljesít, tehát heti munkaideje csak 32 óra.)

A részmunkaidőben történő foglalkoztatást a munkavállalók szintén több okból kifolyólag választják a kórházban:

- Családi, vagy személyes körülmények miatt (például fiatal gyermek);
- Megváltozott munkaképességű munkavállalók;
- Nyugdíjasként bizonyos speciális feladatot ellátó munkavállalók alkalmazása;
- Egészségügyi problémák;
- Figyelembe véve az állandó létszámhiányt, a más intézményekben főfoglalkozású munkavállalók szabad idejükben részmunkaidős további jogviszony keretében vállalnak munkát az intézményben;
- Prémiumévek programban résztvevők;

Az intézményben a részmunkaidőben foglalkoztatott dolgozók létszámának alakulását, a 28. ábra szemlélteti.



**28. ábra: Részmunkaidős dolgozók aránya az össz-dolgozói létszám %-ában, a Megyei Kórházban (2005-2011)**

*Forrás: Megyei Kórház adatai alapján saját szerkesztés, 2012*

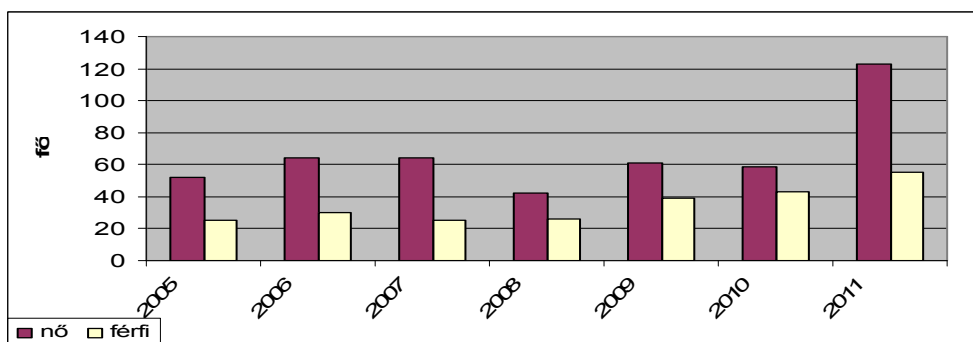
A Megyei Kórházban a 2005-től 2011-ig terjedő időszakban a részmunkaidőben munkavállalók aránya egy kisebb törést (2008-ban) leszámítva növekvő tendenciát mutat, vagyis az egészségügyi dolgozók körében egyre többen vállalják a részmunkaidőben történő foglalkoztatást.

Az első megvizsgált évben 2005-ben, a foglalkoztatottak 3,02%-a volt részmunkaidőben foglalkoztatott, majd 2006-2007 folyamán már közel 4%-uk. A 2008-as visszaesést követően, melyet legnagyobb arányban az okozott, hogy 2007-ben 15 fő segédápolónő, 9 hónapos közhasznú foglalkoztatása lezárult, 2009-től kezdődően újra nőtt a részmunkaidősök aránya a teljes állományon belül, majd a 2011-es kórházösszevonás után arányuk 4,5%-ról 5,6%-ra nőtt. A több alacsonyabb foglalkoztatotti létszámú kórház csatlakozásával a részmunkaidősök aránya dinamikusan nőtt, vagyis megállapítható, hogy a csatlakozó kórházakban feltehetőleg magas arányban szerepeltek részmunkaidőben foglalkoztatott dolgozók, ami így a csatlakozás után növelni tudta az intézmény teljes részmunkaidős arányszámát is.

A részmunkaidős munkavállalói létszám változása is a fenti összefüggést mutatja, mivel a számuk 2005-ben 77 főről indult, majd a fent említett 2008-as visszaesést követően 2010-re 102 főre nőtt. Az összevonás hatására közel 80 új részmunkaidőben foglalkoztatott dolgozó csatlakozott a Megyei Kórház állományához, így 2011-re a részmunkaidőben foglalkoztatottak létszáma elérte a 178 főt. A legnagyobb arányban részmunkaidős dolgozókat kezdetben a Traumatológián és a Gyermek Egészségügyi Központban találunk, majd a 2011-es kórházösszevonás után a számuk kibővült a tagkórházak Kórházi Ellátási Csoportjának dolgozóival (például takarító személyzet) is.

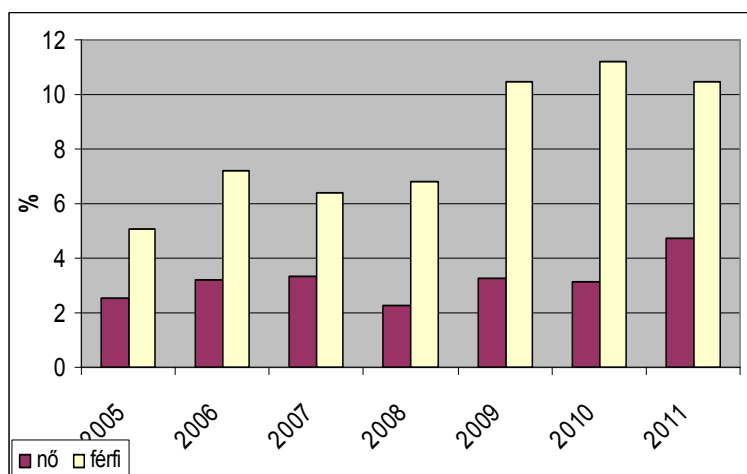
A részmunkaidőben foglalkoztatottak létszámának alakulását nemek szerinti bontásban a 29. ábra mutatja. Látható, hogy a női részmunkaidősök száma minden évben jelentősen meghaladja a férfiak számát. A női részmunkaidőben dolgozók létszáma 2005-ben, a vizsgálat kezdetén 52 fő, míg a férfiaké 25 fő. A 2011-es kórházösszevonások hatására 64 új női részmunkaidős csatlakozott a kórházi állományhoz, és így a létszámuk 123-ra nőtt, míg a férfiak létszáma 12 fővel gyarapodott ezen időszak során, és összesen 55 főt tett ki 2011-ben.

A 30. számú ábráról leolvasható, hogy amíg a női foglalkoztatottak létszámában megfigyelhető a fentebb már megvizsgált tendencia, vagyis hogy 2008-ban törés következett be a részmunkaidősök számának alakulásában, addig a férfiak létszámában ugyanezen időszakban lényegi visszaesés nem történt, a létszámuk 2007-ről 2008-ra 25-ről 26 főre nőtt.



**29. ábra: Részmunkaidőben dolgozók számának változása nemi bontásban, a Megyei Kórházban (2005-2011)**

*Forrás: A Megyei kórház adatai alapján saját szerkesztés, 2012*



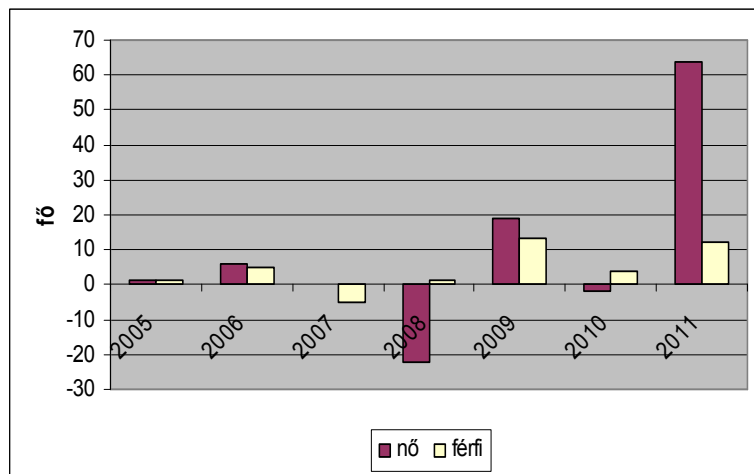
**30. ábra: Részmunkaidősök arányának változása az össz-dolgozói létszám %-ában, nemenkénti bontásban (2005-2011)**

*Forrás: A Megyei kórház adatai alapján saját szerkesztés, 2012*

A részmunkaidőben foglalkoztatottak elemzésekor érdekes megvizsgálni a részmunkaidősök arányának változását nemek szerinti bontásban is. Ekkor látható (32. ábra), hogy a férfiak nagyobb hányada foglalkoztatott részmunkaidőben, mint a nők. Ugyanis 2005-ben a férfiak 5%-a, míg a nők csupán 2,5%-a volt részmunkaidőben foglalkoztatott. Az értékek 2010-re 11 és 3%-ra módosultak. Majd a 2011-es adatokból látható, hogy a férfiak aránya kis mértékben lecsökkent, 10,43%-ra, vagyis a csatlakozó kórházakban kisebb arányt tettek ki a férfi részmunkaidősök. Ezzel párhuzamosan a női részmunkaidősök aránya 3-ról

4,73%-ra nőtt, vagyis az újonnan belépő foglalkoztatottak körében magas volt a nők részmunkaidőben történő foglalkoztatása.

Hasonló képet mutat az alábbi, 31. számú ábra is, amely a részmunkaidősök számában bekövetkező változásokat mutatja 2005-2011. évig. A női foglalkoztatotti adatokban nagyobb ingadozások láthatók 2008, 2009 és 2011-ben is, és ezek jelentős hatással vannak a teljes részmunkaidőben foglalkoztatottak létszámra is.



**31. ábra: Részmunkaidősök számában bekövetkező változások (előző év =100%) (2005-2011)**

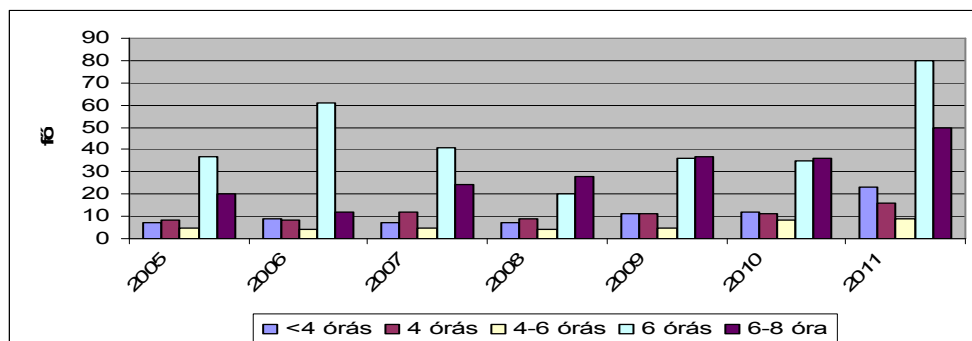
*Forrás: A Megyei Kórház adatai alapján saját szerkesztés, 2012*

A részmunkaidőben dolgozók létszámának alakulását a munkaidő hosszának tekintetében is megvizsgáltuk. Mindezek alapján megállapítható, hogy a legtöbb részmunkaidőben dolgozó alkalmazott napi 6 órában dolgozik (vagyis 30 órát egy héten), míg szintén magas azok száma, akik 6-nál magasabb óraszámban dolgoznak naponta úgy, hogy a napi óraszámuk nem éri el a 8 órát (a továbbiakban: 6-8 órások).

Ezen 6-8 órások azok általában, akik például a hét 5 napjából egyet más egészségügyi intézményben teljesítenek, tehát heti munkaidejük csupán 32 óra. A legkevesebben a 4-6 órás napi munkaidőt választják. A napi 6 órás munkavégzés mellett másik klasszikusnak számító részmunkaidős formát, a napi 4 órás munkaidőt is sokan részesítik előnyben.



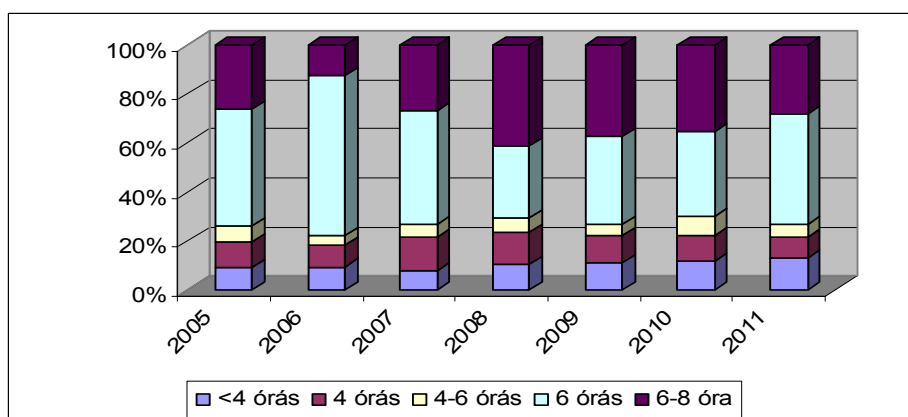
A 32. ábra az mutatja, hogy napi 4 óránál kevesebb időben foglalkoztatottak, valamint a napi 4, illetve 4-6 órában foglalkoztatottak száma az időszak során nőtt, míg a napi 6 órában dolgozók létszámában megfigyelhető a 2008-as visszaesés.



**32. ábra: Részmunkaidőben dolgozók létszáma a munkaidő hosszának tekintetében (2005-2011)**

*Forrás: A Megyei Kórház adatai alapján saját szerkesztés, 2012*

A 33. számú ábrán szintén a fenti megállapítás látható, vagyis a napi 6 órás, illetve a napi 6-8 órás a legnépszerűbb részmunkaidős foglalkoztatási forma a Megyei Kórház dolgozói körében. A napi 6 órás munkavégzést a dolgozók átlag 45%-a, míg a napi 6-8 órás munkavégzést a dolgozók átlag 29%-a választja.



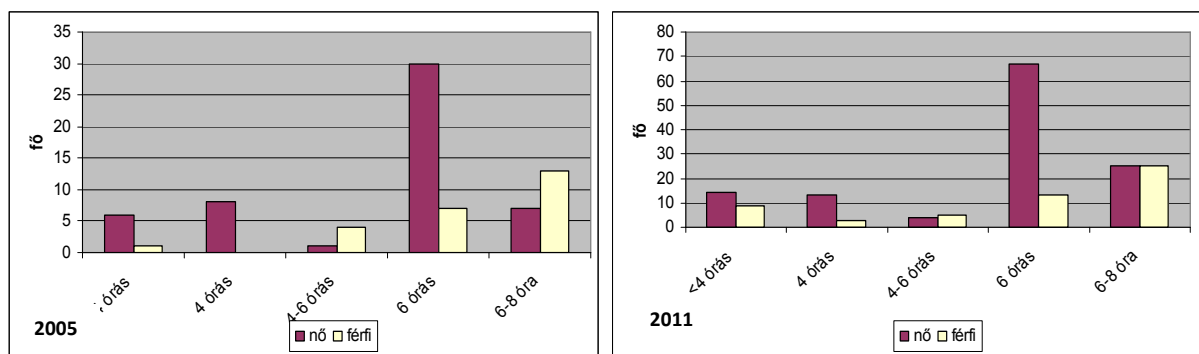
**33. ábra: Részmunkaidőben dolgozók aránya a munkaidő hossza szerint (2005-2011)**

*Forrás: A Megyei Kórház adatai alapján saját szerkesztés (2012.07.15.)*

A részmunkaidős dolgozók megoszlása a munkaidő hossza szerint a kórházban a következőképpen alakul osztályok szerinti bontásban: a napi 4 óránál rövidebb munkaidőben

dolgozókat legnagyobb részben a rehabilitációt végző osztályokon, illetve a radiológián, a napi 4 órás munkaidővel rendelkezőket a Gyermek Egészségügyi Központban és a Koraszülött osztályon, a napi 6 órában dolgozókat legjellemzőbben az Általános Sebészetben, a Klinikai Diagnosztikai Laboratóriumban, illetve a Gyermek Egészségügyi Központ dolgozói körében találunk. A napi 6-8 órás munkát végzőket pedig főként a Traumatológián, a Szemészetben és a Fül-Orr-Gége és Fej-Nyak Sebészeti Osztályon láthatunk.

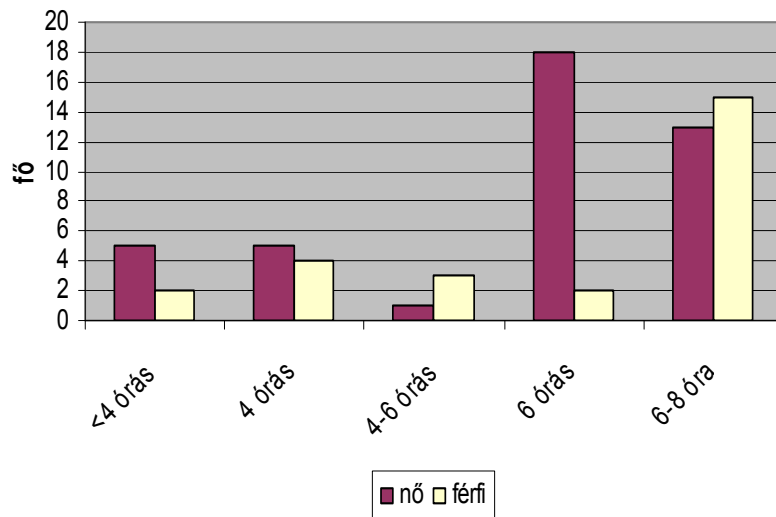
A munkaidő hosszának tükrében végzett vizsgálatot nemek szerinti bontásban évente kell elvégezni. Ennek során látható, hogy 2005-ben a nők körében a napi 6 illetve a napi 4 órás munkavégzés volt a leginkább népszerű, míg 2011-re a napi 6-8 órás munkavégzés már nagyobb arányt képviselt a nőknél, mint a napi 4 órás. A férfiak körében mindkét időszakban a napi 6-8 órás munkavégzés volt a leggyakoribb, melyet a napi 6 órás követett (34. ábra).



**34. ábra: Részmunkaidőben dolgozók aránya a munkaidő hossza szerint, nemi bontásban(2005 és 2011)**

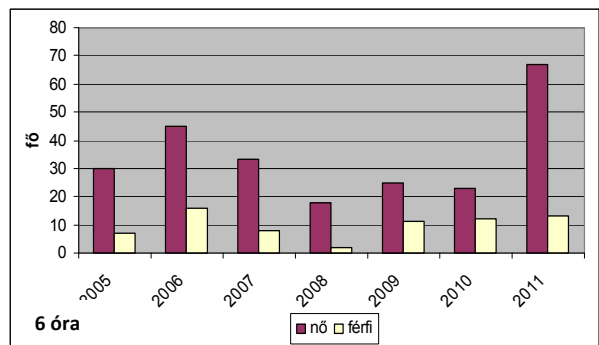
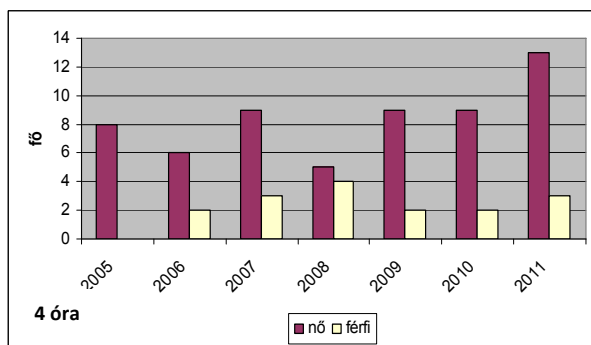
*Forrás: A Megyei Kórház adatai alapján saját szerkesztés, 2012*

A 2008-as visszaesésről a 35. ábra ad képet. Ekkor a napi 6 órában dolgozó nők létszáma jelentősen visszaesett, és ezzel párhuzamosan kismértékben nőtt a napi 6-8 órában dolgozó nők száma. (36. ábra) A visszaesést a fentebb már említett 15 fő segédápolónő közhasznú foglalkoztatásának 2007-ről 2008-ra történő megszűnése indokolta, akik 6 órás munkaidőben dolgoztak az intézményben.



**35. ábra: Részmunkaidőben dolgozók aránya a munkaidő hossza szerint, nemi bontásban (2008)**

*Forrás: A Megyei Kórház adatai alapján saját szerkesztés, 2012*



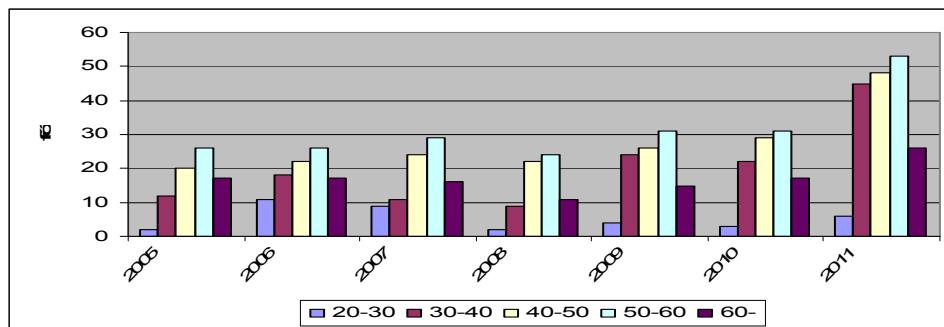
**36. ábra: Napi 4 és 6 órában dolgozók létszámának változása (2005-2011)**

*Forrás: A Megyei Kórház adatai alapján saját szerkesztés, 2012*

A napi 4 órás munkát végzőket legnagyobb arányban a Gyermek Egészségügyi Központ dolgozói körében és a Koraszülött osztályon, míg a napi 6 órában dolgozókat legjellemzőbben az Általános Sebészeten, a Klinikai Diagnosztikai Laboratóriumban, illetve szintén a Gyermek Egészségügyi Központ dolgozói körében találjuk.

Ezt követően a részmunkaidősök létszámát megvizsgáltuk korcsoportonkénti bontásban is, annak céljából, hogy láthatóvá váljon, melyik foglalkoztatási forma mely életkorban a legjellemzőbb a Megyei Kórház dolgozói körében. A 39. ábra azt mutatja, hogy a részmunkaidős foglalkoztatás az időszak során az 50-60 illetve a 40-50 évesek körében a leggyakoribb, de a vizsgált időszakban a 30-40 és a 60 év felettek körében is növekszik a részmunkaidős foglalkoztatás népszerűsége. Legkisebb mértékben a 20-30 éves dolgozók

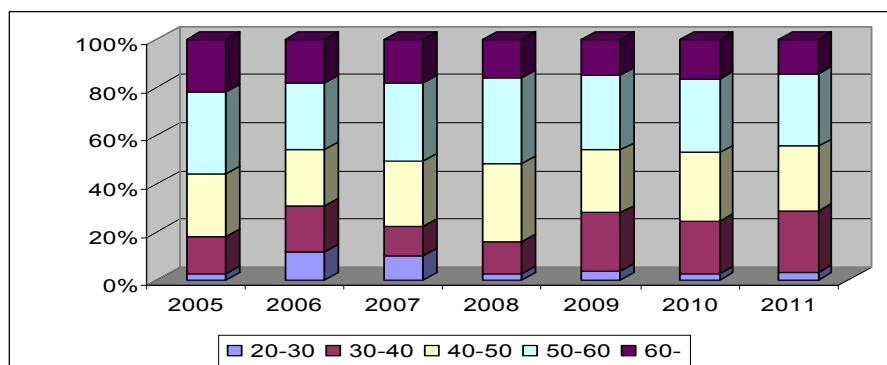
végzik munkájukat részmunkaidőben. A 30-40 éves korú munkavállalóknál azért is jelentős a növekvő arány, hiszen ebben a korban a nők gyermekvállalási hajlandóságát növelheti a részmunkaidős foglalkoztatás lehetősége.



**37. ábra: Részmunkaidőben dolgozók létszámának alakulása korcsoportonkénti bontásban (2005-2011)**

*Forrás: A Megyei Kórház adatai alapján saját szerkesztés, 2012*

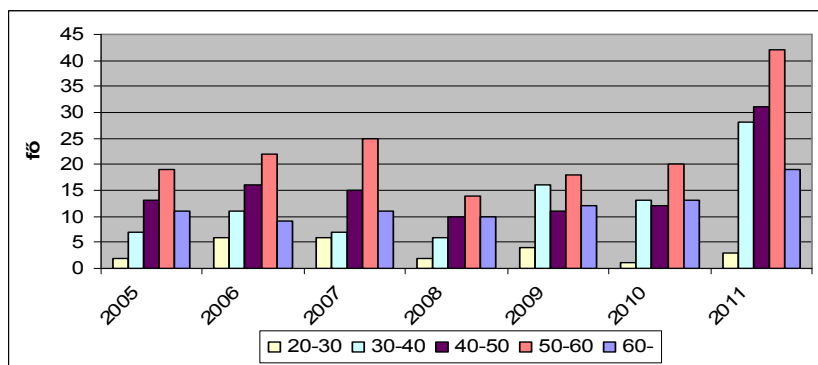
A részmunkaidőben dolgozók átlag 31%-a az 50-60 éves korosztályból kerül ki, míg átlag 26 %-a a 40-50 éves korosztályból. A 20-30 éves dolgozók mindössze a részmunkaidősök átlag 6 %-át adják. (38. ábra)



**38. ábra: Részmunkaidőben dolgozók arányának alakulása korcsoportonkénti bontásban (2005-2011)**

*Forrás: A Megyei Kórház adatai alapján saját szerkesztés, 2012*

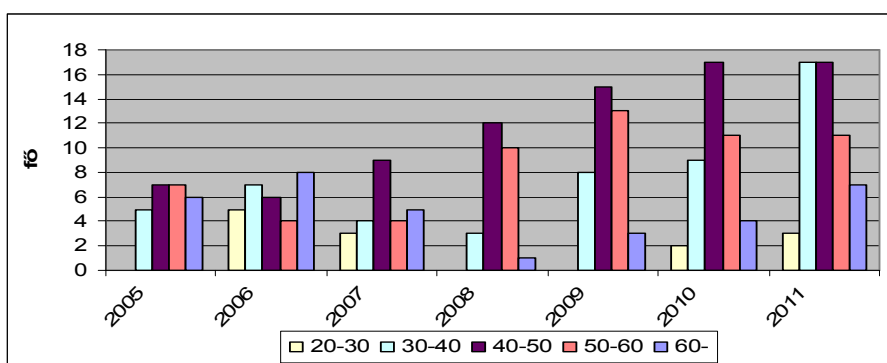
A részmunkaidősök vizsgálatának nem és korcsoportok szerinti bontásában, melyet a 39. ábra szemléltet, láthatóvá válik, hogy a nők körében hasonló tendencia érvényesül, mint a teljes létszámot tekintve, mivel a legtöbb részmunkaidős nő (átlag 33%) az 50-60 éves korosztályból kerül ki. Ugyanakkor a nők körében magas a 40-50, illetve a 30-40-es korosztály részaránya is, feltehetőleg a gyermekvállalással összefüggésben.



**39. ábra: Női részmunkaidőben dolgozók létszámának alakulása korcsoportonkénti bontásban (2005-2011)**

*Forrás: A Megyei Kórház adatai alapján saját szerkesztés (2012.07.15.)*

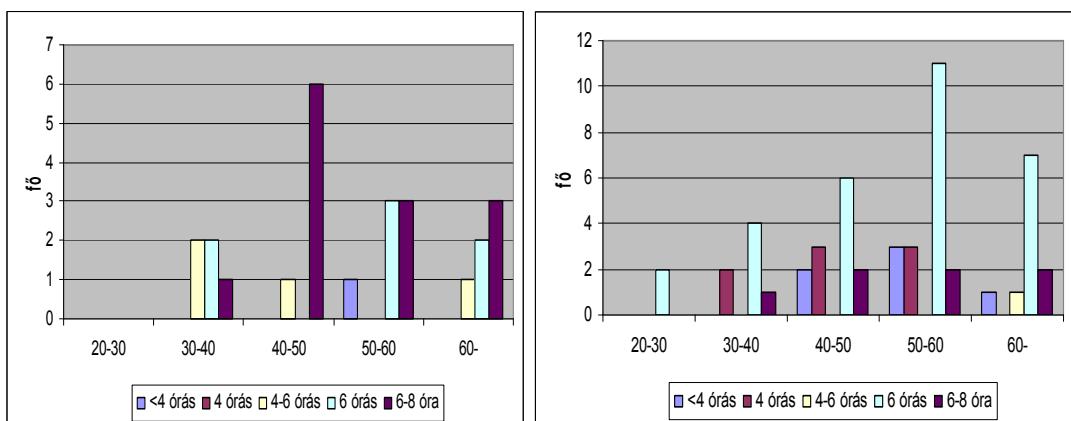
A férfiak vizsgálatáról készült 40. számú ábra alapján megállapítható, hogy főleg a 40-50 éves korosztály magas részaránya jellemző, ugyanakkor a részmunkaidő a vizsgált időszakban népszerű a 30-40 illetve az 50-60 éves férfiak között is. A legtöbb 40-50, illetve 50-60 éves korú részmunkaidős dolgozót a Traumatológián, Szemészetben, illetve a Klinikai Diagnosztikai Laboratóriumban foglalkoztatták, míg a 30-40 éves korosztály a Fül-Orr-Gége és Fej-Nyak Sebészeti Osztályon álltak alkalmazásban legmagasabb arányban. A Gyermek Egészségügyi Központ nagyszámú részmunkaidős dolgozói körében valamennyi korosztályból találunk képviselőket.



**40. ábra: Férfi részmunkaidőben dolgozók létszámának alakulása korcsoportonkénti bontásban (2005-2011)**

*Forrás: A Megyei Kórház adatai alapján saját szerkesztés, 2012*

Végezetül a munkaidő hossza szerint is elvégeztük az elemzést az egyes korcsoportokra vonatkozóan, nemek szerinti bontásban, azonban az elemzés ekkor már csak évenkénti bontásban volt lehetséges.



**41. ábra: Női és férfi rész munkaidőben dolgozók létszámának alakulása korcsoportonként és a munkaidő hossza szerint (2005)**

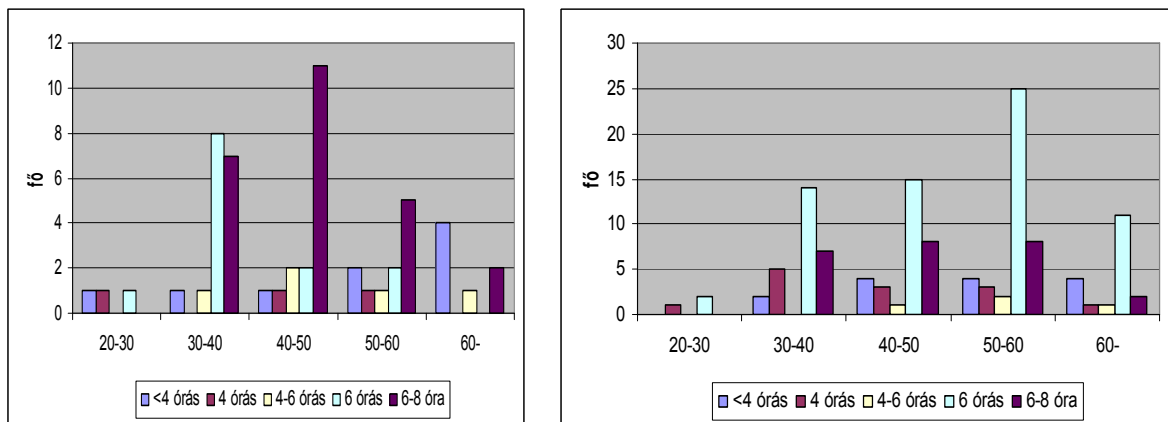
*Forrás: A Megyei Kórház adatai alapján saját szerkesztés, 2012*

A vizsgált időszak kezdetén, 2005-ben (42. ábra) a nők körében a fentebb már megállapított napi 6 órás rész munkaidős forma volt a jellemző, mely a legmagasabb arányban az 50-60 éves korosztályra volt jellemző. Emellett a nőknél magas arányban szerepel még a napi 4 vagy annál kevesebb óraszámú történő foglalkoztatás a 40-50 és 50-60 éves korcsoport körében. Ugyanezen évben a férfiaknál a 6-8 órában történő foglalkoztatás szerepel magas arányban a 40 év feletti férfiak körében. Emellett kiemelhető még a napi 6 órás munkavégzés a 30-40, illetve 50-60 éves férfiak között.

Fontos megemlítenünk, hogy a fentebb már említett 2008-as visszaeséskor a nők valamennyi korosztályában jelentősen csökkent a napi 6 órában dolgozók aránya, és ezzel párhuzamosan kismértékű növekedés ment végbe a napi 6-8 órában dolgozók létszámát illetően az 50 évnél idősebb nők körében.

A 2005-ben megállapított arányok egy része 2011-ben a kórházösszevonás után is fennmaradt, vagyis a nőknél a legmagasabb arányban a napi 6 órás munka a jellemző, leginkább az 50-60 éves nők körében, viszont a 2005-ös évnél magasabb számban.

Ugyanakkor 2011-ben a nők körében a 30 évnél idősebb korosztályokban a második helyet már a napi 6-8 órás munkavégzés foglalja el, és csupán ezután következik a napi 4 illetve 4-nél alacsonyabb óraszámú munkavégzés.



**42. ábra: Női és férfi részmunkaidőben dolgozók létszámának alakulása korcsoportonként és a munkaidő hossza szerint (2005 és 2011)**

*Forrás: A Megyei Kórház adatai alapján saját szerkesztés, 2012*

A részmunkaidős foglalkoztatottak vizsgálatok összességében megállapítható, hogy az atipikus foglalkoztatás meghonosítása nemzetgazdasági szinten is fontos lenne, mivel csökkenthetné a munkanélküliség mértékét. A B-A-Z Megyei Kórházban tapasztalható 5,5-6 %-os részmunkaidőben történő foglalkoztatás ma Magyarországon, különösen az egészségügyben jelentősnek tekinthető, figyelembe véve azt, hogy az egészségügyi ellátás szervezése nagyon kemény feladat a nap 24 órájában és az év 365 napján. A teljes munkaidőből részfoglalkoztatás miatt kieső időtartam csak korlátozottan pótolható, tekintettel a munka lebonyolításának nehézségeire.

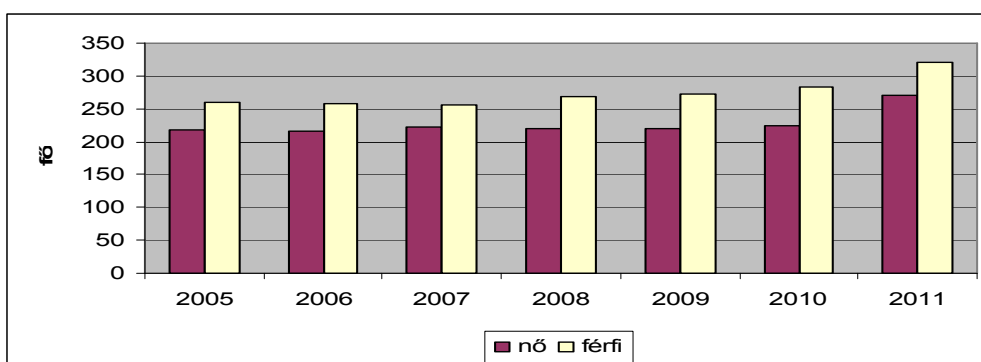
### 6.3. Ügyeleti rendszer sikeressége

A betegellátásban a közvetlenül a betegágy melletti dolgozók kivételével a Megyei kórházban egy műszakos foglalkoztatás történik. Az osztályos és járó beteg szakrendelőben az asszisztensek és az orvos írások egy műszakos munkarendben dolgoznak, mely igazodik a szakrendelés szerződött óraszámához. Az intézmény folyamatos működéséből adódóan az egy műszakos tevékenységet ellátó diagnosztikai és fekvőbeteg osztályokon dolgozó orvosok, műtősasszisztensek, aneszteziológus asszisztensek, műtőssegédek és az orvos írások egy része a főmunkaidőn túli tevékenységet készenléti illetve ügyeleti szolgálat keretében látja el.

Készenléti szolgáltatnak tekintjük, amikor a munkavállalónak elérhetőnek kell lennie, és a riasztástól számított 40 percen belül a munkahelyén beavatkozásra készen kell állnia. Az intézmény súlyánál és degresszivitási szintjénél fogva a készenlét meglehetősen szűk korlátok közé szorult. Sokkal inkább jellemzőbb a főmunkaidőn túli tevékenységben az ügyeleti szolgálat ellátása.

Az ügyelet a készenlét olyan speciális formája, amikor az ügyeletet ellátó munkavállaló a munkáltató által meghatározott helyen tartózkodik, és a riasztás után azonnal beavatkozásra kész. Az intézményben az ügyeleti szolgálatot az egyes fentebb felsorolt munkaköri csoportok az intézménnyel kötött közreműködői szerződés keretében látják el. A közreműködői szerződés lehetővé teszi, és egyben megköveteli a csoportok önállóságát, felelősségvállalását. Az egyes munkaköri csoportok szabadon dönthetik el a beosztás összeállítását, szabadon rendelkeznek a rendelkezésre bocsátott keretösszeg felosztásáról, ugyanakkor vállalják az ügyelet alatti ellátás folyamatosságát.

A Megyei Kórházban a rendszeresen ügyeleti szolgálatot teljesítő dolgozók létszáma a 54. ábrán látható módon alakult a vizsgált, 2005-2011-ig terjedő időszakban. Eszerint a kórház dolgozói közül 2005-ben 476 fő teljesített rendszeres ügyeleti szolgálatot, míg 2011-re az érték 591 főre nőtt. Ez a teljes foglalkoztatotti létszám átlag mintegy 21%-át teszi ki. Az ábráról az is leolvasható, hogy a férfiak körében többen teljesítettek rendszeres ügyeletet, mint a nőknél a vizsgált időszak valamennyi évében. A férfiaknál átlagosan 270 fő, míg a nőknél átlagosan 220 fő ügyel rendszeresen.

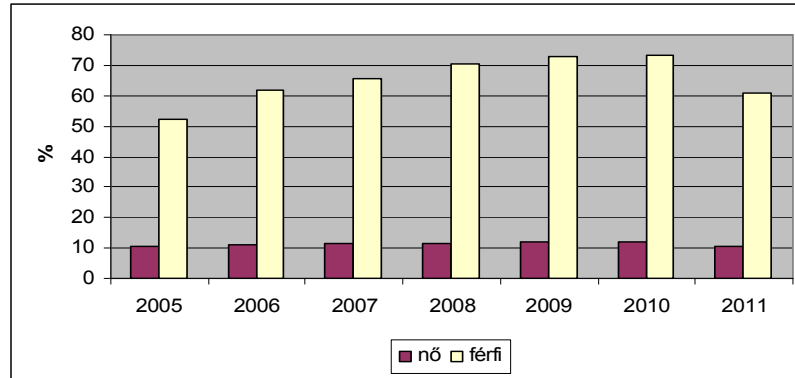


**43. ábra: Rendszeresen ügyelők számának változása nemi bontásban (2005-2011)**

*Forrás: A Megyei Kórház adatai alapján saját szerkesztés, 2012*



A 44. ábra segítségével pedig az is megállapítható, hogy a férfiak átlag 68%-a ügyel rendszeresen, míg a nők átlag 11%-a. Az ábráról továbbá megállapítható, hogy a 2011-es kórházösszevonás mindkét nem körében csökkentette a rendszeresen ügyelők arányát, vagyis a csatlakozó kórházakban feltehetőleg kisebb volt az ügyeleti szolgálatot végzők részaránya.



**44. ábra: Ügyelők arányának változása az összdolgozói létszámhoz viszonyítva (2005-2011)**

*Forrás: A Megyei Kórház adatai alapján saját szerkesztés, 2012*

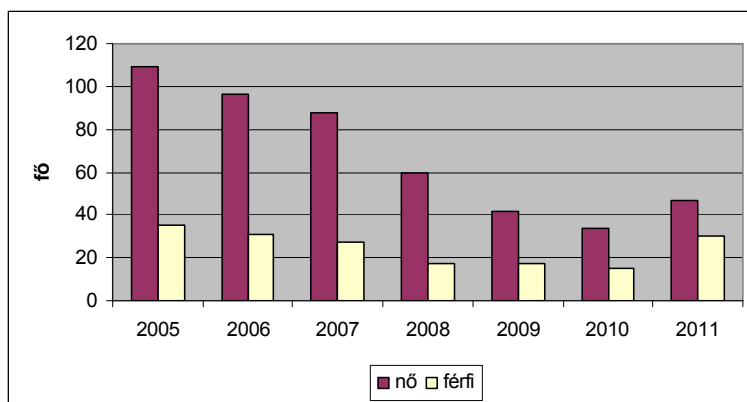
A rendszeresen ügyelő dolgozókat többnyire főleg a nagyobb számban műtéteket végző osztályokon találjuk. Ezek közül az ügyelteseket legmagasabb arányban a Traumatológián, Szülészet- Nőgyógyászaton, Érsebészetben, Általános Sebészetben, Idegsebészeti osztályokon, KAITO-n, valamint a Gyermek Egészségügyi Központ dolgozói körében találjuk.

Az együttműködés sikerére jellemző, hogy az ügyeleti ellátásban résztvevő napi mintegy 60 ügyeletos közül mindösszesen egy munkaköri csoporttal nem él az együttműködési megállapodás. Természetesen a táblázat nem mutathatja, azonban meg kell jegyezni, hogy az ügyeleti szolgálat ellátása - figyelembe véve az egészségügyben kialakult létszámhiányt – vállalkozások bevonása nélkül nem lenne teljesíthető.

#### **6.4. Nyugdíj melletti foglalkoztatás, mint a létszámhiány egyik ellenszere**

A nyugdíj melletti dolgozók körét az intézményben 45. ábra szemlélteti. Látható, hogy a nyugdíj melletti dolgozók létszáma a vizsgált időszakban jelentős mértékben csökkent, mivel míg 2005-ben összesen 144 dolgozót találunk alkalmazotti státuszban (a teljes létszám 5,6%-át), addig 2011-ben mindössze 77 főt (a teljes létszám 2,4%-át). Az ábrán látható, hogy főleg

a nők körében elterjedt a munkavégzés ezen formája, hiszen a nyugdíj mellett dolgozók átlag 75%-a nő, és csak 25%-a férfi.



**45. ábra: Nyugdíj mellett dolgozók létszámának változása (2005-2011)**

*Forrás: A Megyei Kórház adatai alapján saját szerkesztés, 2012*

A nyugdíj mellett dolgozók a vizsgált időszakban a kórház szinte valamennyi osztályán megtalálhatók szinte valamennyi munkakörben, mégis elmondható, hogy a nyugdíjasok foglalkoztatására többnyire olyan területeken kerül sor az intézményben:

- ahol a nyugdíjas speciális tevékenységet végez.
- Évek óta hiányszakmának minősülő tevékenységet lát el a nyugdíjas (orvos, fizikus, műtőszasszisztens, laborasszisztens, radiológiai területeken dolgozó orvosok és asszisztensek) – hiszen a kordedvezményes nyugdíjra jogosító munkakörben dolgozók lényegesen korábban vehetik igénybe nyugdíjaikat, ugyanakkor az utánpótlás hiánya miatt az ellátás ellehetetlenülne.
- Különböző kisegítő területeken foglalkoztatott, vagy megváltozott munkaképességű munkatársak
- Nagy szakmai tapasztalattal rendelkező, az intézmény számára fontos tevékenységet végző orvosok, munkából történő kivezetése már megfigyelhető.

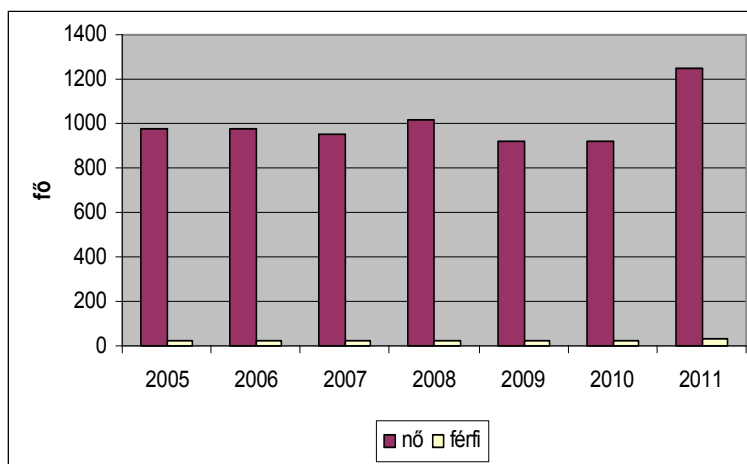
Legnagyobb számban a nyugdíj mellett dolgozókat a Gyermek Egészségügyi Központ dolgozói körében, illetve központi adminisztratív munkakörökben találjuk.

Összességében megállapítható tehát, hogy a nyugdíjas éveikben dolgozó munkavállalók munkája a kórház számára minden szempontból szükséges, és a betegellátás folyamatosságát segíti elő. Ezen munkavállalók nélkül ugyanis a kórház egészségügyi ellátása nem működhetne sikeresen. Mindaddig, míg nem sikerül munkájuknak pótlása aktív munkavállalóval, általában csökkentett munkaidőben végzik tevékenységüket.

#### 6.5. 12 órás váltóműszak az egykori 8 órás helyett

A Megyei Kórház mintegy 10 évvel ezelőtt szakított a gyakorlattal, hogy 8 órás váltásokkal történjen a betegellátás, és így az ápolásban 24 órán keresztül résztvevő munkatársak körében bevezetésre került a 12 órás váltással történő munkavégzés. Ez a megoldás sem a munkavállalók, sem a munkáltatók részére anyagiakban nem jelent változást, ugyanakkor a rendszer a munkavállalók által elismert módon működik, figyelembe véve, hogy havonta 14-15 műszakot teljesítenek, és körülbelül ugyanennyi szabadnappal is rendelkeznek.

A 12 órás váltóműszakban dolgozók létszáma a vizsgált időszakban a teljes dolgozói létszám átlag 41%-át tette ki, évente átlagosan 1020 fős létszámmal. A 12 órás váltóműszakot választó dolgozók körében jórészt nőket találunk (46. számú ábra)- 98%-ban-, akik a teljes női létszám 44%-át teszik ki



**46. ábra: 12 órás váltóműszakban dolgozók létszámának változása (2005-2011)**

*Forrás: A Megyei Kórház adatai alapján saját szerkesztés, 2012.*

A 12 órás váltóműszakban dolgozókat legnagyobb részben a Traumatológián, Szülészeti-Nőgyógyászat, Idegsebészet, Onkológián, a Gyermek Egészségügyi Központ dolgozói körében, és a rehabilitációs tevékenységet végző osztályokon találjuk.

## **7. PRIMER KUTATÁS AZ ATÍPIKUS FOGLALKOZTATÁS KÉRDÉSKÖRÉBEN**

*Kutatásunk arra irányult, hogy az atipikus foglalkoztatási formákat milyen mértékben ismerik és használják az egészségügyi dolgozók körében, kérdőíves kutatás keretében ezzel kapcsolatos véleményüket, attitűdjüket, orientációjukat mértük fel. A kérdőíveket három egészségügyi intézményben, a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórházban, valamint annak két telephelyén, a szikszói II. Rákóczi Ferenc Kórházban, illetve Mezőkövesden, a Mozgásszervi Rehabilitációs központban önkéntes alapon, egyénileg töltötték ki a kutatásban résztvevők. Miskolcon 154fő, Szikszón 40fő, Mezőkövesden 57fő, összesen 251 egészségügyi dolgozó kérdőíve került feldolgozásra. Az összeállított és a kutatáshoz használt kérdőív a mellékletben található.*

*A kérdőív alapvetően három nagy témakörre bontható. Az első részben a jövedelemforrásra valamint az atipikus munka vállalásának okaira kérdez rá, a második rész gyermekvállalással kapcsolatos kérdéseket tesz fel, míg a harmadik rész Likert-skála segítségével viszonyulásokat, attitűdöket mutat be.*

### **7.1. Eredmények értékelése**

A kérdőívben lévő kérdéseket nem az ott meghatározott sorrendben elemeztük, mert célszerűbbnek láttuk kérdéscsoportokra bontva elvégezni az értékelést.

#### **7.1.1 Megkérdezettekre vonatkozó adatok**

Elsőként azon kérdések elemzésére kerül sor, melyek a kitöltők nemére, munkakörére, és a kitöltés helyére vonatkoznak.

Az általunk vizsgált kérdéskör jellemzően a női nemet érinti, tekintettel arra, hogy a gyermekvállalással együtt járó munkaerőpiacról való időszakos kiesés többségében a nőket érinti, ezért a megkérdezettek körét is így alakítottuk ki, hogy nagyobb arányt képviseljenek a nők. Az előre meghatározott arányokat sikerült megtartunk, hiszen 120 fő, ami a megkérdezettek majdnem 80%-át teszi ki, a nők alkották, és a megkérdezettek csupán 30%-a, vagyis közel 35 fő volt férfi.

Az volt a feltételezésünk, hogy ápoló és szakápoló munkakörökben dolgozik a legtöbb alkalmazott egy egészségügyi intézményben. Munkakört tekintve őket követik az orvosok, és legkevesebben rezidensek állnak alkalmazásban. Ez a hipotézis a megkérdezettek munkakörét tekintve bebizonyosodott.

A válaszadók többségét ápolók és szakápolók – 90 fő, majdnem 60% -, a második legnagyobb réteget az orvosok 49 fővel – közel 32% - alkotják, és a legkisebb részt a rezidens orvosok képviselik csupán 15 fővel, ami így is majd a 10%-a az összes kitöltőnek.

A Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház (székhely) a II. Rákóczi Ferenc Kórház szikszói telephelyhez képest jóval nagyobb alapterületű, a szakellátó intézmények és a foglalkoztatottak létszámát tekintve is kiterjedtebb. Szikszón mindösszesen 40 egészségügyi dolgozó vett részt a kutatásban (30%), míg a Kórház miskolci székhelyét tekintve 114 alkalmazott válaszolt kérdéseinkre, ami a válaszadók majd 75%-a.

**158. táblázat: Kérdőívet kitöltők száma és megoszlása**

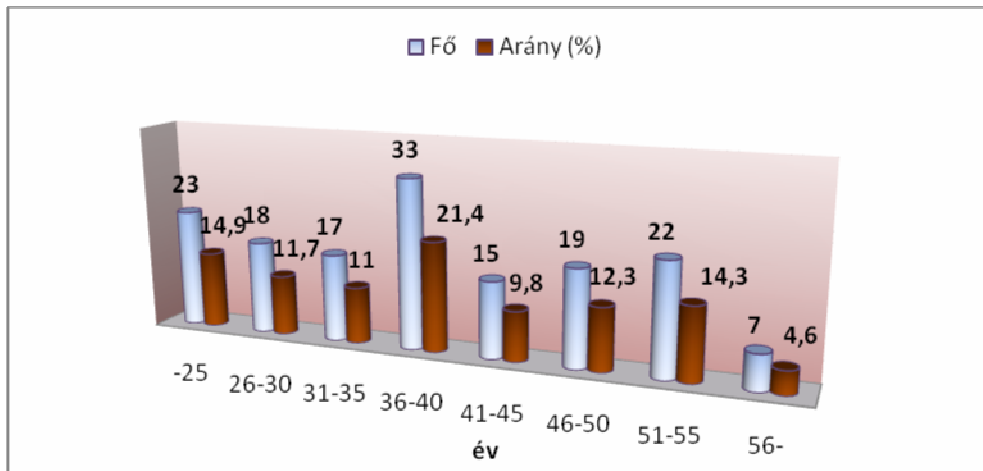
Kitöltők adatai	Nem		Beosztás			Kitöltés helye	
	<i>Férfi</i>	<i>Nő</i>	<i>Orvos</i>	<i>Szakápoló</i>	<i>Rezidens</i>	<i>Miskolc</i>	<i>Szikszó</i>
<b>Száma (fő)</b>	34	120	49	90	15	114	40
<b>Aránya (%)</b>	22	78	31,8	58,5	9,7	74	26

*Forrás: A Megyei Kórház adatai alapján saját szerkesztés, 2014*

Életkor tekintetében nagyon széles skálán mozognak a válaszadók. A 25 év és az alatti korosztály aránya azért ilyen magas, mert a Megyei Kórház székhelyén magas a rezidens orvosok aránya. Szakápolók életkorát tekintve írható fel szinte a legszélesebb skála, hiszen közöttük megtalálhatóak 25 év alattiak és 56 év fölöttiek egyaránt. A szakápolók aktivitásának köszönhető a 36-40 év közötti magas arány is. Ekkorra már újra visszatérnek a munka világába, még ha gyermekvállalás következtében ideiglenesen távol is maradtak. Idősebb szakápolók már sokkal kisebb arányban fordulnak elő a kórház alkalmazottai között, itt a fiatalabb korosztály képviselteti magát nagyobb arányban.

Az orvosok legalacsonyabb életkora egészen kitolódik a szakápolókéhoz képest, amely a megfelelő szakképesítés és tudás megszerzéséhez szükséges több éven át tartó tanulásnak is köszönhető. Orvosok tekintetében csak néhány fiatal orvosnő jelenik meg a kitöltők között, többségük idősebb férfi és nő. Nem kevés a 40-50 év fölötti praxist magukénak tudhatók

száma sem. Ez annyiban pozitív, hogy az idősebbek sokkal több szakmai tapasztalattal rendelkeznek, és ezt a tudást képesek átadni a fiatalabb korosztály számára.



**47. ábra: A válaszadók életkor szerinti megoszlása**  
*Forrás: A Megyei Kórház adatai alapján saját szerkesztés, 2014*

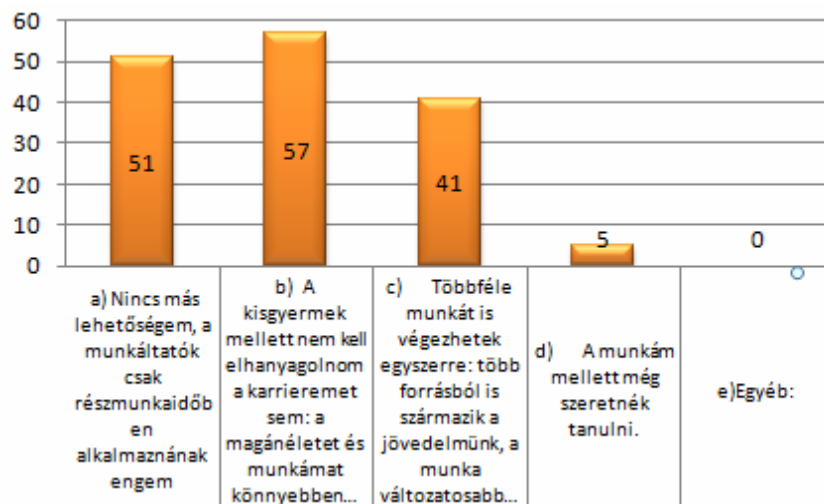
### 7.1.2 Atipikus foglalkoztatással kapcsolatos adatok

A fent említett kérdéskört az atipikus foglalkoztatást bevezető kérdéseknek szántuk. Ezekből a kérdésekből megtudhatjuk, hogy a válaszadók szerint miért vállalnak ilyen foglalkoztatási formát a nők, és azt, hogy maga a válaszadó miért vállalna. Az 5 válaszlehetőség közül egyet kellett megjelölniük, illetve egyéb lehetőség választása esetén megindokolni a döntésüket. A következő kérdések közül csak a második kérdés esetében választották az egyéb válasz lehetőségét.

A harmadik kérdés esetében több beágyazott kérdés látható, melyekre szintén egy, a kitöltő szerint sajátjának vélt választ kellett megjelölni.

A kérdés feltételekor azt tapasztaltuk, hogy a válaszadók közel azonos arányban választottak az „a” és „b” válaszlehetőségek közül, vagyis, hogy a nők azért választják az atipikus foglalkoztatási formát, mert nincs más lehetőségük, illetve, hogy a kisgyermek mellett nem kell elhanyagolniuk a karrierjüket.

A mérleg kissé mégis inkább a „b” válaszlehetőség felé billent, amely szintén megerősíti, hogy a válaszadók többségükben a fiatalabb korosztály képviselői voltak, akik még vagy a gyermekvállalás előtt állnak, vagy már átélték a gyermekvállalással felmerülő nehézségeket, a munka és a család összhangba hozatalának kényes problémáit. Az idősebb korosztály, akiknek már van gyermekük, ugyanezt a problémát már szintén átélhették egyszer, és láthatják, hogy saját gyermekeik is ugyan úgy szembesülnek ezekkel a nehézségekkel.



**48. ábra: Az atipikus foglalkoztatási formák vállalásának okai a nők körében a minta szerint**

*Forrás: A Megyei Kórház adatai alapján saját szerkesztés, 2014*

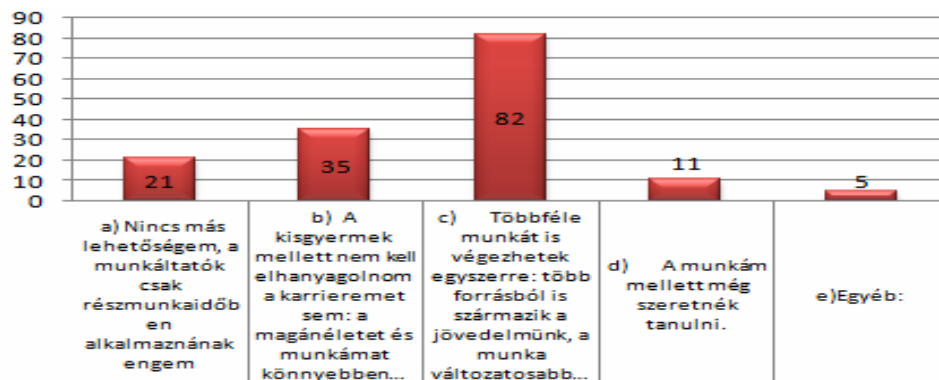
Viszonylag sokan választották azt a lehetőséget is, mi szerint a nők döntésében az játszik fontos szerepet, hogy egyszerre többféle munkát is végezhetnek, ezáltal a munka változatosabbá válik számukra.

A megkérdezettek szinte elenyésző része – 5 fő - gondolja csak úgy, hogy a nők azért választják a nem tipikus foglalkoztatási formák valamelyikét, mert munkájuk mellett még folytatni szeretnék tanulmányaikat. Ezt valószínűsíthető, hogy vagy a rezidens hallgatók köréből jelölte meg néhány fő, vagy azok az egészségügyi dolgozók, akik a több fizetés reményében vállalnák az egészségügyi szakképesítés megszerzését. Az egyéb válasz lehetőségét ebben az esetben senki nem választotta.

A válaszadók több mint fele azért vállalna részmunkaidős állást, hogy többféle munkát végezhesen egyszerre, így az sokkal változatosabbá válna. Van olyan személy, aki még nem tudja pontosan, hogy mely irányba is szeretne elindulni, ezért, hogy kipróbálja magát a különböző területeken és megtudja melyik is illik leginkább hozzá, részmunkaidőben különféle munkákat vállal. Akad olyan is, aki azzal indokolta választát, hogy így könnyebben tudja a munka mellett intézni saját, privát jellegű feladatait a nap folyamán, hiszen több szabadideje marad. Mások pedig azzal érveltek, hogy a munkaadók is szívesebben alkalmazzák őket részmunkaidőben.

Az előző 48. ábrához kapcsolódó kérdéshez hasonlóan közel azonos arányban választották az első két lehetőséget, vagyis, hogy akkor vállalnának részmunkaidős állást, ha nem lenne más lehetőségük, vagy ha kisgyermeket nevelne. Ebből következik, hogy nem

minden korosztály vállalna szívesen ilyen jellegű munkát. Ennek az lehet az oka, hogy nem rendelkeznek a kellő mennyiségű információval az atipikus foglalkoztatási formákról, vagy találnak olyan munkaadót, aki teljes állásban foglalkoztatja őket.



**49. ábra: Az atipikus foglalkoztatási formák vállalásának okai a nők körében a minta szerint**

*Forrás: A Megyei Kórház adatai alapján saját szerkesztés, 2014*

A 49. ábra által szemléltetett, a nők körében történő atipikus foglalkoztatási formák vállalásának okait keresőválaszok kielemezése azt mutatja, hogy a minta 53 %-a (82 fő) szerint a többféle munkavégzés lehetősége miatt vállalnak a nők atipikus munkát, 23 % (35 fő) szerint a kisgyermek mellett sem kell elhanyagolni a karriert, 13 % (21 fő) szerint, mert a részmunkaidős foglalkoztatáson kívül nincsen más lehetőség. A válaszolók 7% -a(11 fő) gondolja azt, hogy az illető nő, a munkája mellett szeretne még tanulni. Ez utóbbi alacsony arányszám többségében azzal magyarázható, hogy a mintában rezidens orvosok is voltak, akik a munkájuk mellett még jelenleg is szakorvosképzésben vesznek részt, vagyis valamelyik orvosi egyetemen szakirányú szakképzésben tanulnak. Tekintettel arra, hogy a rezidens orvosok a megkérdezettek csekély hányadát képviselik, érthető a tanulás alternatíváját választóinak aránya. A kérdéscsoport az egyéb válaszaira azt a magyarázatot kaptuk, hogy részmunkaidős állást fizetés kiegészítés céljából vállalnának (2 fő), vagy egyáltalán nem vállalnának atipikus foglalkoztatási formát (3 fő).

A 20. táblázat adatai alapján a válaszadók szerint túlnyomó részt a férfiak körében elterjedtebbek az atipikus foglalkoztatási formák az egészségügyi szektort tekintve, ami meglepő adatnak tekinthető. Ez az eredmény ellentmond az alaphipotézisünkben felállított állításunkkal, mi szerint a nők körében elterjedtebb az atipikus foglalkoztatási forma.



Tekintve azt a tényt, hogy túlnyomó részt a nők esnek ki a munkaerőpiacról a gyermekvállalás következtében, és akár az otthon tartózkodás ideje alatt, a családdal könnyen összeegyeztethető részmunkaidős állások után néznek, hogy mégse teljesen essenek ki hosszabb időre a munkaerőpiacról, ezzel is kiegészítve a család jövedelmét úgy, hogy közben kisgyermeküket sem hanyagolják el.

A táblázat adatai kis mértékben torzúlnak, mert a kérdőív kiértékelésénél kiderült, hogy néhány válaszadó egy-egy beépített kérdést érintően több válaszlehetőséget is megjelölt.

**19. táblázat: Jellemzően atipikus foglalkoztatású csoportok**

	Nem		Korcsoport (év)					Foglalkozás			
	Férfi	Nő	18-25	26-35	36-45	46-55	56 fölött	orvos	szakápoló	adminisztrátor	gyógytornász
<b>Fő</b>	<b>111</b>	43	6	<b>60</b>	<b>61</b>	25	8	56	54	28	22
<b>%</b>	72	28	3,9	39	40	16,2	5,2	36,3	35	18	14

*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés, 2014*

A megkérdezettek szerint jellemzően a 26-45 év közötti munkavállalókat alkalmazzák ilyen formában, melyet követ a 46-55 év közötti korosztály. A fiatalok – 18-25 év között -, és az 56 év fölötti korosztályban a megkérdezettek szerint nem annyira elterjedtek ezek a foglalkoztatási formák. A mi meglátásunk szerint az, hogy a válaszadók azon az állásponton vannak, hogy a 25 év alatti fiatalok többsége másodállásban, mentőzik, háziorvosi ügyeletet, idősgondozást vállal. A 60 év fölötti korosztály többsége pedig már vagy nyugdíjba vonult, vagy igénybe vette az előnyugdíjazás lehetőségét. Közülük már nem sokan vesznek részt a munka világában, átadva ezzel helyüket a pályakezdő fiatalok számára. A nyugdíjazás előtt vélhetőleg a teljes munkaidőt felváltja a részmunkaidő segítve a nyugdíjba vonulást követően felszabaduló idő kitöltését és azt, hogy a hasznosság érzése továbbra is megmaradjon. Meg kell jegyeznünk azt is, hogy a nyugdíjkorhatárt követő munkavégzésre az egészségügyben kizárólag a Kormány engedélyével van mód.

A tábla elemzésekor az is kiderül, hogy a megkérdezettek szerint a foglalkozás tekintetében az orvos és szakápoló munkakörökben elterjedtebbek az atipikus foglalkoztatási formák. Ennek oka meggyőződésünk szerint az az ok áll, hogy az orvosok és szakápolók egyébként sem tipikusan 8 órás munkarendbe járnak dolgozni, hanem „műszakolnak” és

egymást váltják a pihenőidőt és napokat figyelembe véve. (Amely egyébként önmagában is a tipikus foglalkoztatástól való eltérésnek minősül.)

Az adminisztrátor munkakörre közel 20 főnek esett a választása. Egyes intézményeknél az adminisztrátori feladatokat néha két személy látja el napi 8 órában, osztott munkarendben. Vagyis mindkét fél, egymást váltva naponta 4 órát dolgozik. Ez esetenként nagyon nehézkessé teheti a munkafolyamatokat, hiszen minden ember más koncepció alapján végzi feladatait, így valószínű, hogy emiatt a hátrány miatt nem tapasztalható az adminisztratív feladatokat ellátó dolgozók ilyen jellegű alkalmazása. Legkevesebben a gyógytornász munkakörét jelölték meg, mint alkalmazott atipikus foglalkoztatási formát munkakör tekintetében.

Állítások értékelésekor (14. kérdés) kutatásunk tárgyához kapcsolódóan több hipotézisünk is beigazolódott. A válaszadók jellemzően nagyrészt, vagy kis mértékben egyetértettek azzal az állítással, hogy a nők számára nagyon jó lehetőségeket nyújtanak az atipikus foglalkoztatási formák bevezetése. Ugyan kevesebben értenek egyet teljesen, de az egyáltalán nem, vagy nagyrészt nem egyetértők aránya is elenyészőnek mondható. A 154 válaszadó közül 25 fő teljesen, 48 fő nagyrészt igen, 26 fő kis mértékben értett egyet, 17 fő kis mértékben nem, csupán 6 fő nagyrészt nem, és 7 fő egyáltalán nem értett egyet azzal az állítással, hogy a nők számára jó lehetőségeket biztosítanak az atipikus foglalkoztatási formák bevezetése.

A megkérdezettek közül 5% biztosan, közel 23% nagy valószínűséggel, 21% talán igen, 12% nem biztos, 0,6% - 1 fő – nem igazán, és 13% biztosan nem vállalt volna több gyermeket, ha mellette részmunkaidőben tudott volna dolgozni. Így bizonyítottnak látszik az állítás, hogy az atipikus foglalkoztatási formák növelik a nők gyermekvállalási hajlandóságának mértékét.

Az eddigi eredményekkel azonban ellentétes eredményeket kaptunk, amikor azt vizsgáltuk, hogy mennyire szívesen vállalnának a dolgozók részmunkaidős állást. Meglepődve tapasztaltuk, hogy az egészségügyi dolgozók körének nagy része – megközelítőleg 60% - nem szeretne semmilyen atipikus foglalkoztatási formában részt venni. Mindösszesen csak 40% vélekedik úgy, hogy ha lehetősége volna rá, részt venne ilyen foglalkoztatásban. Ennek egyik jelentős oka lehet, hogy a dolgozók attól tartanak, hogy a

jelenlegi fizetésüknél is kevesebbet keresnének, amennyiben atipikus foglalkoztatási formát (esetleg részmunkaidőt) választanának valamint, hogy jelenleg - teljesen elfogadottan - az egészségügyben dolgozó szakemberek hosszú, gyakran 12 vagy 24 órás műszakokban dolgoznak. Mindemellett a megkérdezettek 85%-a osztja azt a véleményt, hogy a hosszú műszakok nincsenek jó hatással az elvégzett munkájuk minőségére és a 12, vagy 24 órás műszakok teljesítése során jelentős mértékű a dolgozók leterheltsége.

További feltevésünk volt, hogy az atipikus foglalkoztatási formáknak köszönhetően az elvégzett munka hatékonysága növekszik. Azt tapasztaltuk, hogy a kérdőívkitöltők is hasonlóan vélekednek, ugyanis 63% egyetértett, és mindösszesen 37% gondolta úgy, hogy a részmunkaidős foglalkoztatásnak köszönhetően nem növekszik a munka hatékonysága. A hatékonyságot tekintve az is a vizsgálat részét képezte, hogy a szociális helyzet a kitöltők szerint mennyire befolyásolja az egészségügy hatékonyságát. A megkérdezettek nagy többsége (93%) ebben az esetben is egyet ért az állítással, mi szerint befolyással bír a szociális helyzet a munka hatékonyságára.

**16. táblázat: Atipikus foglalkoztatás megítélése az**

Állítások	Teljes mértékben egyet ért	Nagy-részt egyet ért	Kis mértékben ért egyet	Nem túlságosan ért egyet	Nagy-részt nem ért egyet	Egyáltalán nem ért egyet
A nők számára kiváló az atipikus formák bevezetése	25	48	51	17	6	7
Több gyermeket vállalna részmunkaidő mellett	8	35	32	19	13	47
Részmunkaidőben könnyebben össze tudná egyeztetni a munkát és magánéletet	31	46	38	18	1	20
Nem szeretni atipikus foglalkoztatásban részt venni	14	38	38	21	23	20
Atipikus formák segítik a gyermekvállalást	19	40	64	10	12	9
Atipikus formák növelik a munka hatékonyságát	2	29	66	23	12	22
A szociális helyzet meghatározza az egészségügy hatékonyságát	58	57	26	5	4	5
A hosszú műszak befolyásolja a dolgozók munkájának minőségét	78	36	16	9	7	7
Atipikus foglalkoztatás anyagilag alábecsült	36	44	43	17	7	8

*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés, 2014*

A kapott válaszok alapján azonban további feltételezésünk is beigazolódott. Az Észak-Magyarországi régió egészségügyi dolgozói szerint az atipikus foglalkoztatási formák

hazánkban nem annyira elterjedtek, és nem annyira megbecsültek, mint a külföldi országokban. Többségük akkor vállalna csak ilyen jellegű munkát, ha kisgyermeket nevelne, vagy nem lenne más lehetősége. Megállapítottuk, hogy a kitöltők közül 36 fő teljesen egyetért, 44 fő nagyrészt egyet ért, 43 fő kis mértékben ért egyet, 17 fő kis mértékben nem ért egyet, 7 fő nagyrészt nem ért egyet, és 8 fő egyáltalán nem ért egyet azzal, hogy az atipikus foglalkoztatási formák hazánkban anyagilag alábecsültek.

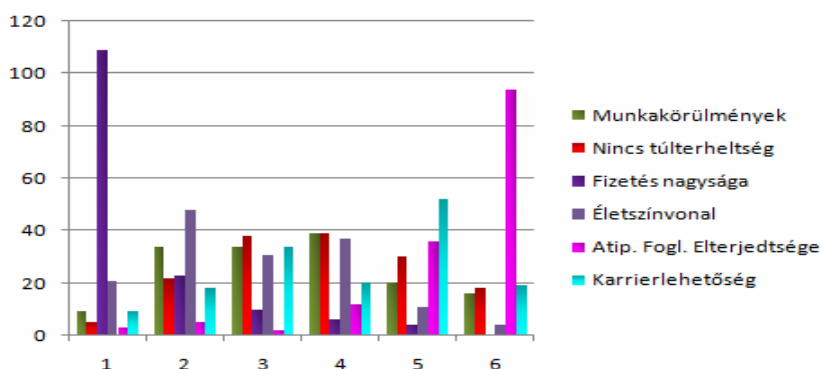
### 7.1.3. Kivándorlási hajlandóság az egészségügyi szektorban

A 6. fejezetben tárgyaltuk, hogy napjainkban milyen súlyos problémát jelent, hogy egyre több a magasan kvalifikált, nagy szaktudással rendelkező egészségügyi dolgozó elhagyja Magyarország területét, és másik európai, vagy akár tengeren túli országban kamatoztatja tudását, gyógyít, vagy végez kutatásokat. A következő néhány kérdésben fontossági sorrend felállításával azt vizsgáltuk, hogy az itthon maradt egészségügyi dolgozók hogyan vélekednek a kivándorlásról, és szerintük ez miért válik egyre vonzóbbá az orvosok számára. Az adatok kis mértékben itt is torzulnak, mert néhány válaszadó egyes kérdésekre nem válaszolt. A táblázat adatainak átláthatósága érdekében kiemeltük a rangsorban legtöbbet kapott értékeket, valamint grafikonba szerkesztettük a válaszokat, ezzel is szemléltetve a válaszadók által felállított sorrendet. 152 személy állította fel saját rangsorát, mert 2 személy erre a kérdésre nem adott választ.

**171. táblázat: Kivándorlást motiváló tényezők (fő)**

Szempontok	Sorrend					
	1	2	3	4	5	6
<i>Munkakörülmények</i>	9	34	34	<b>39</b>	20	16
<i>Nincs túlterheltség</i>	5	22	<b>38</b>	39	30	18
<i>Fizetés nagysága</i>	<b>109</b>	23	10	6	4	0
<i>Életszínvonal</i>	21	<b>48</b>	31	37	11	4
<i>Atip. Fogl. Elterjedtsége</i>	3	5	2	12	36	<b>94</b>
<i>Karrierlehetőség</i>	9	18	34	20	<b>52</b>	19

*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés, 2014*



**50. ábra Kivándorlást motiváló tényezők (fő)**

*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés, 2014*

Az 50. ábra adatai alapján megállapítható, hogy a nagy többség egyértelmű első helyre a fizetés nagyságának mértékét tette, mint legnyomósabb indok az orvosnők számára a kivándorlás melletti döntése meghozatalánál.

Ezt követően második helyre sorolták az életszínvonalat. Úgy vélekednek az egészségügyi dolgozók, hogy külföldön jobbak az életkörülmények, mint hazánkban. Úgy gondoljuk, hogy ezzel az állítással nagyon sokan egyet értenek az egészségügyi szférán kívül is, hiszen egyre nagyobb kivándorlási arány figyelhető meg napjainkban a többi szektortekintetében is.

Harmadik indokként a túlterhelés mértékét jelölték meg, mi szerint külföldön egy munkavállalóra kevesebb munkafeladat jut, ezáltal a leterheltség kisebb. Több orvos áll alkalmazásban az egyes külföldi kórházakban, mint hazánkban, így egy orvosnak kevesebb beteget kell ellátnia.

A megkérdezettek többsége szerint a munkakörülmények jobb színvonalára indokolja negyedsorban a kivándorlási hajlandóságot. Az orvostudomány és a technika fejlődésének köszönhetően folyamatosan egyre korszerűbb eszközök jelennek meg, melyek nagyban megkönnyítik a diagnózis felállítását, vizsgálatok elvégzését.

Ezek a berendezések, eszközök nagyon drágák, így hazánk szűk költségvetésének köszönhetően nem minden szolgáltatónak van lehetősége ezeket az eszközöket beszerezni. Többségüket adományok, és különböző pályázatok segítségével tudják csak beszerezni az egészségügyi intézmények.

Egyes kedvezőbb gazdasági mutatókkal rendelkező országok viszont hamarabb és többet tudnak vásárolni ezekből az eszközökből, amellyel könnyebbé válik a napi munka és még gyorsabb ütemben fejlődik az orvostudomány.

Utolsó előtti helyre sorolták a karrierlehetőséget, vagyis a megkérdezettek szerint ez nem igazán indokolja az egészségügyi dolgozók kivándorlását. A válaszadók nagy többsége

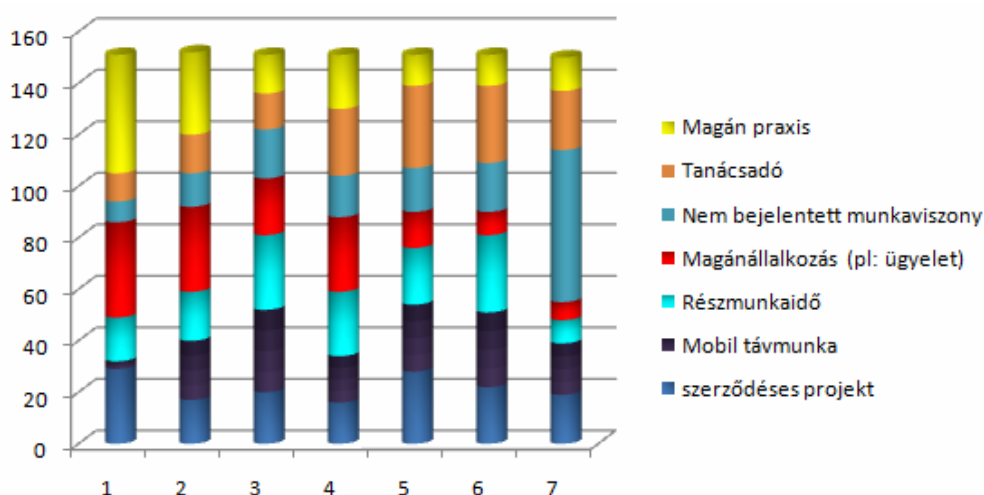
gondolja úgy, hogy a kivándorlás tényét a külföldi országokban elterjedtebb atipikus foglalkoztatási formák jelenléte indokolja legkevésbé.

18. táblázat: Jövedelemforrások (fő)

For

Szempontok	Sorrend						
	1	2	3	4	5	6	7
<i>Szerződéses projekt</i>	29	17	20	16	28	22	19
<i>Mobil távmunka</i>	3	23	32	18	26	29	20
<i>Részmunkaidő</i>	17	19	29	25	22	30	9
<i>Magánvállalkozás (pl. ügylet)</i>	31	33	22	29	14	9	7
<i>Nem bejelentett munkaviszony</i>	8	13	19	16	17	19	59
<i>Tanácsadó</i>	11	15	14	26	32	30	23
<i>Magán praxis</i>	46	32	15	21	12	12	13

rás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés, 2014



51. ábra: Jövedelemforrások (fő)

Forrás: saját szerkesztés

A 22. táblázat adataihoz hasonlóan itt is kiemeltük a megkérdezettek szerinti rangsort. Jelen esetben nem csak hat, hanem hét felsorolt alternatívát kellett a kutatásban résztvevőknek rangsorba állítaniuk. A sorrend meghatározásakor nem minden esetben a legtöbb jelölést kapó válaszlehetőség áll egy bizonyos helyen a rangsorban, mert figyelembe vettük azt is, ha arra a helyre már egy előző alternatívát soroltak. Ebben az esetben a második legnagyobb értéket vettük figyelembe, illetve két egyenlő érték esetén azt, amelyik alternatíva még nem lett besorolva.

A legelső helyre a magán praxis lehetőségét került besorolásra, mint a legjellemzőbb jövedelmi forrás az egészségügyi dolgozók körében. Véleményünk szerint ez nem meglepő

eredmény, hiszen az orvosok körében nagyon elterjedt a szakrendelés és ügyelet mellett magán praxisok vállalása is.

Második helyre a magánvállalkozásban való valamilyen kiegészítő munka – pl. ügyelet – végzését sorolták, amit az első helyhez hasonló indokok alapján tehettek.

A sorrendben harmadikként a mobil távmunka lehetősége kapta a legtöbb jelölést, negyedik helyen pedig a tanácsadói munka – pl. gyógyszerforgalmazó cégeknél – áll. Ebben az esetben valószínűsíthető, hogy azokra az orvosokra, egészségügyi dolgozókra gondoltak, akik a különböző kutatásokban, új gyógymódok fejlesztésében is részt vesznek.

Az ötödik helyre a szerződéses projektek kerültek, a hatodikra pedig a részmunkaidős foglalkozások. Ebből arra lehet következtetni, hogy nem rendelkeznek kellő ismerettel az atipikus foglalkoztatási formákat tekintve és úgy gondolják, hogy ezen ismeret hiányának is köszönhetően nem jellemzőek ezek a formák az egészségügyi dolgozók körében, esetleg megvannak elégedve a jelenlegi beosztásukkal, ledolgozott munkaórák számával, és ezért nem is igazán keresnek kiegészítő munkalehetőségeket.

Legutolsó helyre a nem bejelentett munkaviszony lehetőségét sorolták, ez az alternatíva motiválja legkevésbé az egészségügyi dolgozókat jövedelmük kiegészítésében. Azzal, hogy ezt ide sorolták arra lehet következtetni, hogy nem próbálják kikerülni a bejelentett munka által felmerülő különböző adók és járulékok befizetését, ezzel is elkerülve a szürke-, vagy feketemunka további térnyerését, illetve így biztos jövedelemre számíthatnak minden hónapban, ami által anyagi helyzetük stabilabbá válik, így könnyebben tervezhetővé válik magánéletük is, aminek köszönhetően remélhetőleg több gyermeket is vállalnak.

#### ***7.1.4. Külföldi munkavállalási hajlandóság***

Kérdőívünkben feltettünk néhány kérdést a külföldi munkavállalással kapcsolatban. Arra voltunk kíváncsiak, hogy mennyire szívesen vállalnának külföldön munkát, illetve, hogy csak azért vállalnák, ha a jelenleginél jóval magasabb fizetést kínálnának nekik. A kérdésre kapott válaszok alapján elmondhatjuk, hogy az egészségügyi dolgozók szívesen vállalnának külföldön munkát, de többségük csak a magasabb fizetés reményében mennének külföldre. Volt viszont olyan válaszadó is, aki egyáltalán nem szeretne Magyarországon kívül munkát vállalni még akkor sem, ha ugyan azon feladatkörért magasabb jövedelmet is kapna. Ő

fontosnak tartja, hogy szaktudását Magyarországon belül kamatoztassa, és miközben családjával is együtt lehet.

**193. táblázat: Külföldi munkavállalási hajlandóság**

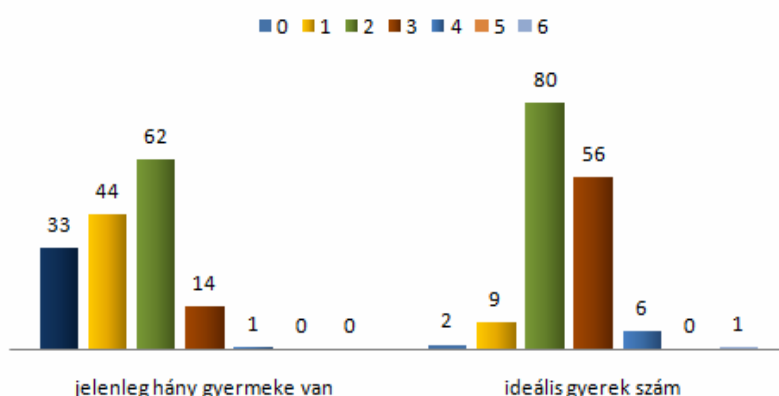
Állítások	Teljes mértékben egyet ért	Nagyrészt egyet ért	Kis mértékben ért egyet	Nem túlságosan ért egyet	Nagy- részt nem ért egyet	Egyáltalán nem ért egyet
Szívesen vállalna külföldön munkát	38	30	37	10	19	20
Csak akkor vállalna külföldön munkát, ha az magas fizetéssel járna	56	42	26	9	10	11

*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés, 2014*

### 7.1.5. Gyermekvállalási hajlandóság az egészségügyben

A következő néhány kérdéssel az egészségügyi dolgozók gyermekvállalására kérdeztünk rá. Úgy gondoljuk, hogy a kérdőívet kitöltők közül nagy arányt fognak képviselni azok a családok, ahol jelenleg 1 illetve 2 gyermek van, de kezdetekben 2 vagy 3 gyermeket szerettek volna valamint, hogy az egészségügyi dolgozók körében is az anyagi körülmények fontos szerepet játszanak abban, hogy miért nem született több gyermek családjukban.

Azt tapasztaltuk, hogy ez kényes témának bizonyult, mert néhány alkalmazott a gyermekvállalással kapcsolatos kérdésekre nem válaszolt. Pedig az atipikus foglalkoztatási formák éppen ezen tudnának segíteni az anyák számára, hogy több gyermeket is tudjanak vállalni, illetve gyermekeik mellett se essenek ki hosszú időre a munka világából. A családot és a munkát könnyebben összeegyeztethetővé teszi, miközben még jövedelmet is biztosít.



**52. ábra: Megkérdezettek gyermekeinek száma, és az ideálisnak tartott gyermekek száma (fő)**

*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés, 2014*



Az 52. ábra alapján az látható, hogy a legtöbb kérdőívet megválaszolónak jelenleg 2 gyermeke van. Általánosságban elmondható, hogy a legtöbb Magyarországon élő családban is ez az arány figyelhető meg. Nagyon sokan ezt a kétgyermekes családmódellet tartják ideálisnak. A harmadik gyermeket már sok család nem meri vállalni, mert tartanak a megfelelő anyagi biztonság hiányától, és a harmadik gyermekkel járó jelentősebb mértékű felelősségtől.

Az adatok alapján elmondható, hogy sok családban csak egyetlen gyermek születik. Ez az adat annak a következménye, hogy különböző egészségügyi okok miatt nem születhet több gyermek, vagy eleve nem is szerettek volna több gyermeket vállalni, mert úgy gondolják, hogy inkább csak egy gyermek legyen, de azt a megfelelő anyagi biztonságban tudják felnevelni.

Az atipikus foglalkoztatási formák térnyerése ezt az arányt képes lenne megváltoztatni, mert e mellett több idejük maradna a munkavállalóknak családjukra, gyermekeikre, miközben jövedelmük által a megfelelő anyagi biztonság is biztosítható lenne számukra.

Véleményünk szerint a három gyermekes család modellje lenne ideális minden család számára, mert ezzel egy fokozatosan gyarapodó társadalmat érhetnénk el, és sikerülne megállítani a demográfiai katasztrófát. A gyarapodó fiatalok számával biztosítható lenne az idősebbek számára a nyugdíj és a megfelelő egészségügyi ellátásra is nagyobb összeget lehetne átcsoportosítani az állami költségvetésből.

A 26. táblázat adatai alapján a megkérdezetteknél nem nagy eltérés figyelhető meg a között, hogy szerettek volna vagy nem szerettek volna e több gyermeket, de többen a nem lehetőségét jelölték meg. A legtöbben a családalapítást megelőzően két gyermeket szerettek volna, de viszonylag nagy arányban nyilatkozták, hogy első gyermekeik megszületése előtt három gyermeket szerettek volna vállalni. Őket szorosán követik azok, akik mindösszesen csak egy gyermeket szerettek volna, és csak 3 fő választotta azt a lehetőséget, hogy ő minimum négy gyermeket szeretett volna kezdetekben.

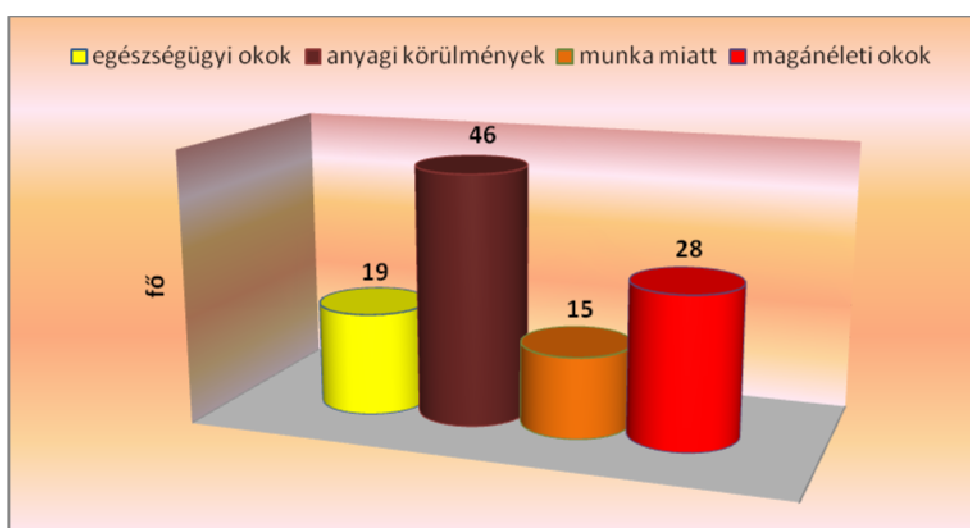
**24. táblázat: Gyermekvállalási hajlandóság az egészségügyben (fő)**

Gyermekek száma		Szeretett volna még gyermeket?	Vállalt volna még több gyermeket?
igen	<i>1</i>	20	38
	<i>2</i>	27	25
	<i>3</i>	24	9
	<i>több</i>	3	0
	<i>összesen</i>	74	72
nem		79	82

*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés, 2014*

Azt figyelembe véve, hogy jelenleg az egészségügyi dolgozók többségének 1-2 gyermeke van, nem meglepő, hogy senki nem vállalt volna még négy vagy annál több gyermeket. Legtöbbször csak egy gyermeket vállaltak volna, illetve nagyon nagy számban nem vállaltak volna többet a már megszületett gyermekeiken túl.

Vizsgáltuk még azt a kérdést is, hogy akik szerettek volna, és vállaltak volna még több gyermeket, azok körében miért nem született meg a többi gyermek. A kapott eredményeket az 53. ábra segítségével kívánjuk szemléltetni.



**53. ábra: A tervezett gyermekek meg nem születésének okai**

*Forrás: saját szerkesztés*

Véleményünkhöz hasonló módon vélekednek az egészségügyben foglalkoztatottak is, hiszen a legtöbb válaszadó kimagaslóan azon válasz lehetőségét jelölte meg, amely szerint a fenn álló anyagi körülmények miatt nem született meg a többi tervezett gyermek családjukban. Viszonylag sokan magánéleti okokra hivatkozva indokolták döntésüket.

Az egészségügyi okok és a munka alternatívái között nem nagy különbség tapasztalható, de mégis többen egészségügyi okokra hivatkozva magyarázzák meg nem született gyermekeiket.

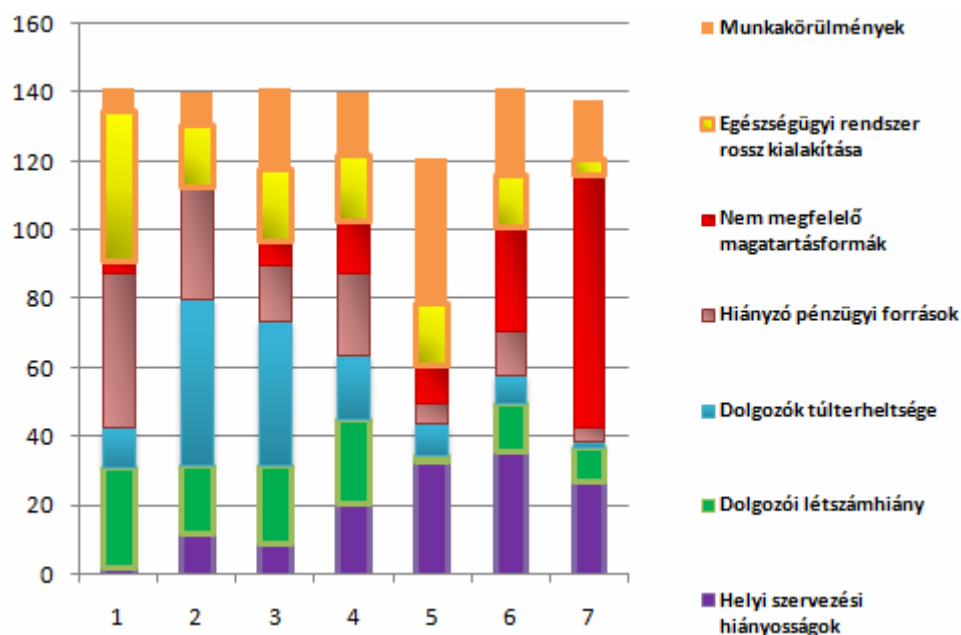
Voltak olyan válaszadók, akik a négy alternatíva közül egyiket sem jelölték meg. Ők mind a fiatal rezidens orvosok közé tartoznak. Azzal érveltek, hogy még fiatalnak tekintik magukat a gyermekvállaláshoz, de a későbbiek folyamán természetesen majd ők is szeretnének gyermeket. Illetve előfordultak olyanok is, akik az előző két kérdésre, vagyis arra, hogy szerettek-e volna gyermeket, illetve vállaltak volna, a nem választ jelölték meg, de ennek okát nem mindenki indokolta meg.

A mintában összesen 34 fő volt akinek jelenleg még nincs egy gyermeke sem. Közülük a jelenleg még gyermekkel nem rendelkező szakápolók (41%) és rezidens orvosok (38%) hasonló arányban vannak. Ez az utóbbiak esetében nem meglepő eredmény, hiszen a megkérdezett rezidens orvosok közül szinte mindenki 20-25 év között van, és általában a nők többsége manapság csak később szüli első gyermekét. (A végzett orvosok közül 7 főnek nem volt gyermeke (21%)). A 34 fő jelenleg gyermekkel nem rendelkező egészségügyi dolgozó közül 41% kettő gyermeket szeretne, amit jelenlegi helyzetében vállalna is.

#### ***7.1.6. Egészségügyi szektorra vonatkozó adatok***

A következő néhány kérdéssel azt vizsgáltuk, hogy az egészségügyben dolgozók hogyan vélekednek saját szektoruk működéséről, hatékonyságáról, valamint az itt kialakult konfliktusok okaira kerestük a válaszokat. Azokat a kérdéseket is itt fogjuk értékelni, amelyek nem kifejezetten az egészségügy működésére vonatkoznak, hanem az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevők, vagyis a betegek körére.

A válaszadók elenyésző hányada, csupán 11%-a (17 fő) van azon a véleményen, hogy megfelelően működik az egészségügyi rendszer. A megkérdezettek túlnyomó többsége úgy gondolja, hogy ez a rendszer nem működik megfelelően. Ezen válasz megjelölése esetén hét alternatíva rangsorba rendezésével kértük a válaszadókat, hogy indokolják meg döntésüket. Ezt a rangsort az 54. ábra segítségével szemléljük.



**54. ábra: Egészségügy nem megfelelő működésének okai (fő)**

*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés, 2014*

Legutolsó helyen az orvosok nem megfelelő magatartásformáját jelölte meg a megkérdezettek többsége. Az összes válaszadók (154 fő) közül, csaknem 75 sorolta ide ezt az alternatívát, ami csaknem 50%-ot tesz ki. Ez az eredmény arra enged következtetni, hogy az orvosok magatartását az egészségügyi dolgozók többsége megfelelőnek tartja.

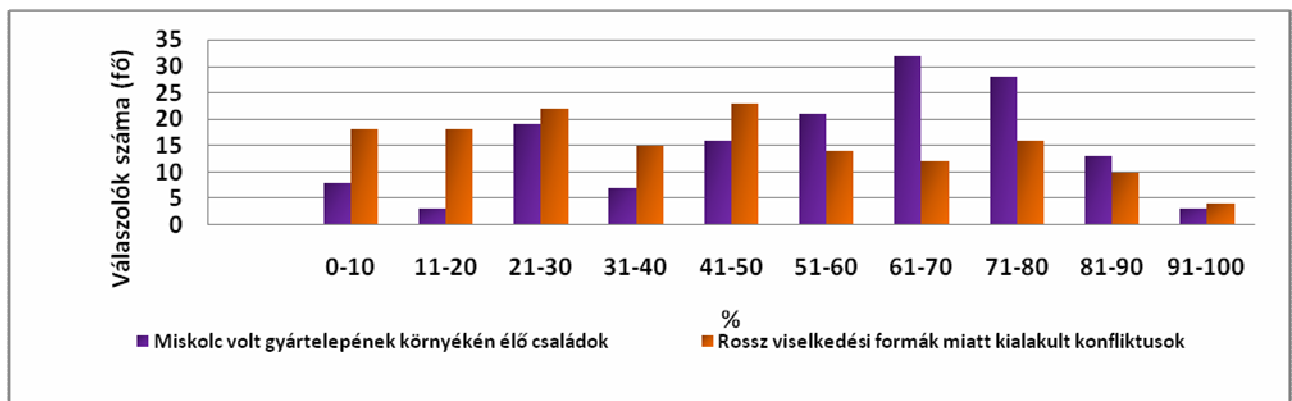
Utolsó előtti 6. helyre a helyi szervezési hiányosságokat, az azt megelőző 5. helyre a munkakörülményeket, a 4.-re pedig a hiányzó pénzügyi forrásokat sorolták. A pénzügyi források tekintetében az atipikus foglalkoztatási formák elterjedése javulást eredményezhetne, mert képesek lennének növelni a gyermekvállalási hajlandóságot, ezáltal egy kedvezőbb korösszetételű társadalom jöhetne létre Magyarországon. A fiatalodó és népességszámot tekintve növekvő társadalomnak köszönhetően az ország fizetőképessége is javíthatóvá válna. Ha a fiatalok munkába állnának, az egészségügyi szektor is több pénzügyi forráshoz tudna hozzájutni az általuk befizetett társadalombiztosítási járuléknak köszönhetően.

A harmadik és második helyre a dolgozói létszámhiányt (3.), a dolgozók túlterheltségét (2.) sorolták. Ez a két alternatíva összefügg egymással, hiszen ha nem megfelelő számú foglalkoztatott végzi egy műszakban munkáját, akkor egy lényegesen több feladat hárul, ami nagyfokú leterheltséget okoz a dolgozóknál. Az előzőekből is következik, hogy a megkérdezettek is egymást követően rangsorolták ezt a két tényezőt.

Nagyon sokan gondolják úgy, hogy az egészségügy nem megfelelő működésének legfőbb oka maga a rendszer rossz felépítésében, rossz alapelveken, alapvetéseken alapul. Ha rendszeren valamit változtatnának, ami javítja azt, akkor a dolgozók sem éreznék magukat ennyire leterheltnek, és az összes felsorolt alternatívában javulás következne be.

Azt azonban vagy nem tudták, vagy nem akarták megosztani, hogy min is kellene javítani a rendszer kapcsán, hogy a jelenleg fennálló helyzet pozitív irányú változása következzen be. A továbbiakban megvizsgáljuk, hogy az egészségügyi szférában foglalkoztatottak hogyan vélekednek a halmozottan hátrányos helyzetű családokról.

Arra voltunk kíváncsiak, hogy a minta szerint ezek a családok mennyire játszanak szerepet az egészségügyi dolgozók munkája során felmerülő konfliktusok kialakulásában. Volt olyan személy, aki tartózkodott, és nem válaszolt a kérdések egyikére sem. (55. ábra)



**55. ábra: Az egészségügyi dolgozók hátrányos helyzetű családok egészségügyi szolgáltatást igénybevevők létszámáról és a rossz viselkedésformák miatt kialakult konfliktusok gyakoriságáról alkotott véleménye**

*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés, 2014*

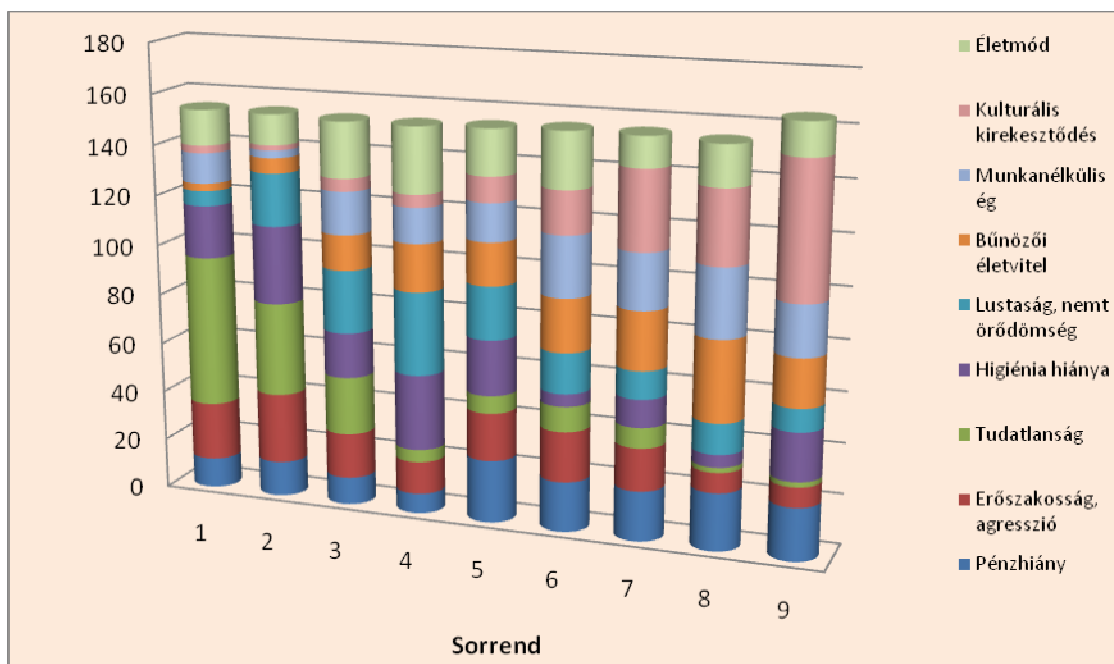
Arra a kérdésre, hogy hány százalékban alkotják a halmozottan hátrányos helyzetű családok a Miskolc volt gyártelepeinek és környékeinek lakóit, nagyon megoszlottak a vélemények. Többségében 41% és 90% közötti értéket jelöltek meg. A legtöbb válaszadó – 32 fő – 61-70% közötti értéket jelölt meg. Ez elég magasnak tekinthető.

Hogy a hátrányos helyzetű családok nem megfelelő viselkedése miatt hány %-ban alakulnak ki kezelendő konfliktusok, szintén az 55. ábra segítségével szemléltetjük, melyben kitérünk a Miskolc volt gyártelepének környékén élő családokra is. Azt láthatjuk, hogy a megkérdezettek válaszaiból csökkenő gyakorisági görbét állítottunk fel a %-os érték növekedésével megegyezően, vagyis nagyobb arányban gondolják azt, hogy a hátrányos

helyzetű családok nem sok konfliktust okoznak munkájuk során, és kisebb arányban, hogy miattuk sok vita alakulna ki az egészségügyben.

Szintén rangsor felállításával kellett arra kérdésre választ adni a kérdőívet kitöltőknek, hogy szerintük melyik tényező befolyásolja leginkább az egészségügyben, a hátrányos helyzetű családok ellátása során kialakult konfliktusokat.

A vélemények ebben az esetben annyira megoszlanak, hogy egyértelműen nem lehet meghatározni az alternatívák sorrendjét.



56. ábra: A hátrányos helyzetű családok ellátásában felmerülő konfliktusok okai

Forrás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés, 2014

25. táblázat: Konfliktust előidéző okok a hátrányos helyzetű családok esetében az eü. dolgozók megítélése szerint

Rangsorképzés szempontjai	Sorrend								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pénzhiány	12	14	11	8	25	20	20	23	21
Erőszakosság, agresszió	23	28	18	13	19	20	17	8	8
Tudatlanság	60	37	23	5	7	10	8	2	2
Higiénia hiánya	21	31	18	30	22	5	11	5	19
Lustaság, nemtörődomség	6	21	25	33	21	16	11	12	9
Bűnözői életvitel	3	6	14	19	17	21	23	32	19
Munkanélküliség	12	3	17	14	15	24	22	27	20
Kulturális kirekesztés	3	2	5	5	10	17	31	29	53
Életmód	14	12	22	26	18	22	12	16	13

Forrás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés, 2014

Az első három hely azonban egyértelműen meghatározható. Első helyre a tudatlanság (iskolázottság hiánya) tényét sorolták, második helyre, hogy a hátrányos helyzetű családok tagjainál gyakori az erőszakos, agresszív megnyilvánulás. Harmadik helyen a lustaság és nemtörődömség áll.

Utolsó helyen 53 kitöltő szerint is a hátrányos helyzetű családok kulturális kirekesztettsége áll, vagyis ez befolyásolja legkevésbé a konfliktusok kialakulását a hátrányos helyzetű család tagjai és az egészségügyi dolgozók között.

Az egészségügyben foglalkoztatottak úgy gondolják, hogy a hátrányos helyzetű családokkal kialakult konfliktusok hátterében a bűnözői életvitel folytatása nem igazán befolyásolja magatartásukat.

Véleményünk szerint a hátrányos helyzetű családokat érintő kérdések megválaszolása során sokak nagy óvatossággal, megfontoltsággal nyilatkoztak, hiszen sok ember – nem csak az egészségügyi szférában – nem szívesen osztja meg véleményét ebben a témakörben. Többségében azért is, mert tartanak a véleményük kinyilvánítása után őket érő agressziótól, esetleges atrocitásoktól.

Kérdőívünk végén az egészségügyben dolgozóknál a szakmai karrier, a magánélet, és a család összeegyeztethetőségét kutattuk. Arra voltunk kíváncsiak, hogy a megkérdezettek mennyire tartják könnyűnek, vagy lehetetlennek a nagycsalád és a karrier összehangolását, illetve hogyan vélekednek a házastársuk támogatásának fontosságáról. Az eredmények azt mutatják, hogy a válaszadók 43%-a egyáltalán nem ért egyet azzal az állítással, hogy könnyű feladat a család és a szakmai karrier összeegyeztetése, 14%-a nagyrészt nem ért egyet, 20% nem túlságosan ért egyet. A megkérdezettek közel 15%-a csak kis mértékben ért egyet, csupán 8% nagyrészt egyetért az állítással. Mindösszesen csak 1 fő számára tűnik könnyű feladatnak a karriert összeegyeztetni a családdal. A család méretét a legtöbb egészségügyi dolgozó fontosnak tartja, amire abból is következtetni lehet, hogy a megkérdezettek valamivel több, mint 80%-a teljes mértékben egyet ért, vagy nagyrészt egyet ért a család méretének fontosságával.

Hasonló eredményre jutottunk, amikor a házastárs támogatására kérdeztünk rá, mert itt 110-en teljes mértékben fontosnak tartják, hogy házastársuk mellettük álljon és támogassa őket. Mindösszesen csak 3 személy jelölte nemleges választ.

A válaszadók többsége úgy érzi, hogy nagycsalád mellett szinte lehetetlen szakmai sikereket elérni. Ez összefüggésben áll az előző három feltevéssel is, vagyis a házastárs támogatásával, a család méretének fontosságával, illet azzal, hogy legtöbben nem érzik könnyű feladatnak a család és a karrier összeegyeztetését.

**26. táblázat: Karrier és család összeegyeztethetősége**

	Teljes mértékben egyet ért	Nagy-részt egyet ért	Kis mértékben ért egyet	Nem túlságosan ért egyet	Nagy-részt nem ért egyet	Egyáltalán nem ért egyet
<i>Könnyű</i>	1	12	24	31	21	66
<i>Lényeges a család mérete</i>	63	65	17	4	3	2
<i>Fontos a házastárs támogatása</i>	101	43	6	1	1	1
<i>Szinte lehetetlen</i>	22	49	42	23	7	10

*Forrás: Saját adatgyűjtés alapján, saját szerkesztés, 2014*



## 8. ESETTANULMÁNY AZ ATÍPIKUS FOGLALKOZTATÁSRÓL, KÉT KISVÁROSI KÓRHÁZ PÉLDÁJÁN KERESZTÜL

*Tanulmányunk nyolcadik fejezetének elkészítési módszere a mélyinterjúk lebonyolítása volt. Az előző fejezetekben kérdőíves vizsgálat eredményeit elemeztük, mely pontos, számokkal jól jellemezhető eredményeket adott. A mélyinterjúk elkészítésének célja azonban az, hogy az egyes ember, mint elemzési egység megjelenjen, és felszínre kerüljenek olyan gondolatok, vélemények, melyekre nem derülhet fény egy kérdőíves lekérdezés alkalmával. Vagyis a válaszadók nem megadott kérdések közül választanak, hanem saját szavaikkal mondják el a témával kapcsolatos véleményüket, érzéseket. Meggyőződésünk szerint így sokkal **pontosabb információkat** lehet megtudni a feltérképezni kívánt ügygel kapcsolatban. Úgy gondoljuk, hogy a mélyinterjú lehetőséget ad arra, hogy a beszélgetés folyamán felmerülő kérdések verbális meghallgatásán kívül, feltérképezzük azokat a non-verbális kommunikációs formákat (reakciókat) is, melyek az egyes kérdéseknél felmerülhetnek, és jelentősen árnyalják az adott válaszokat.*

*Hipotézisünk továbbra is az, hogy az egészségügyben dolgozók jobban össze tudnák egyeztetni a karrierjüket a gyermekvállalással, ha az atipikus foglalkoztatási formák – elsősorban a részmunkaidő – lehetőséget adnának a munkaerőpiacra történő visszalépésre, mely pozitív hatással lehet a gyermekvállalási hajlandóságra. Ennek következtében az egészségügyben dolgozók körében nőhetne a gyermekek száma, és csökkenhet az elvándorlás.*

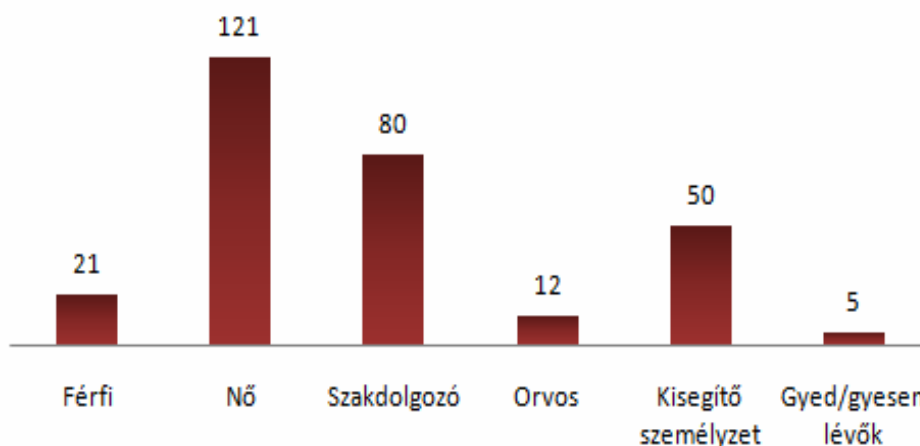
### 8.1. A mezőkövesdi kórház bemutatása

A mezőkövesdi Mozgásszervi Rehabilitációs Központot – mely a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház egyik speciális intézménye -1986-ban alapították. Az intézmény legfőbb jellemzője, hogy a Zsóry Gyógyfürdő vizének hasznosítására épül. Mozgásszervi rehabilitációs szakkórház lévén Kelet-Magyarország legnagyobb kapacitású ilyen jellegű intézménye. A kórházban 184 férőhely van fekvőbetegek számára, közel 100 százalékos kihasználtsággal működik reumatológiai és rehabilitációs központként. A központ 1986-tól a kilencvenes évekig a helyi kórház részeként működött, majd megyei jogú kórházzá vált, s ennek következtében egész Borsod-Abaúj-Zemplén megye ellátási területe lett. 2011. május 1-től pedig az intézmény a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház telephelyeként működik tovább. A kórház fő feladatának a mozgásszervi betegek

balneoterápiát is alkalmazó rehabilitációs kezelést tekinti. A gyógykezelés során egyénre szabott, differenciált ellátást biztosítanak, az értékeik középpontjában az ember van. A kórház négy mozgásszervi rehabilitációs fekvőbeteg osztálya látja el a TAJ kártyával rendelkező Borsod-Abaúj-Zemplén megye lakosságát. Ezen felül a területen kívüli betegek ellátási rendjében szabályozottaknak megfelelően az ország teljes területe, valamint a külföldi betegek ellátási rendjében szabályozottaknak megfelelően idegen országból az osztályon gyógyulni szándékozó betegek ellátását is végzi. A területen kívüli magyar állampolgárokat korlátozott számban, részleges térítési díj ellenében látják el, míg a külföldi állampolgárok teljes térítési díj megfizetése ellenében vehetik igénybe a szervezet szolgáltatásait.

## 8.2. A mezőkövesdi kórház humán gazdálkodásának bemutatása

A kórház személyi összetételéről az 57. ábra ad képet, mely az interjúk lebonyolításának idején volt aktuális. Jól látható, a nemek megoszlása közti eltérés. Az intézményben dolgozó hölgyek aránya 85 %-os. Míg az orvos aránya, feltehetőleg az intézmény rehabilitációs jellege miatt igen csekély, mindössze 8,5 %-os. A kisegítő személyzet létszáma, az összes dolgozói arányhoz viszonyítva 35 %-os. ebbe az arányszámba beletartoznak adminisztrátor, takarító, műszaki dolgozó, informatikus munkakörök is. A gyermekükkel otthon lévő anyukák száma igen alacsony mindössze 3,5 %-os.



**577. ábra: A mezőkövesdi kórház humán infrastruktúrájának összetétele 2014 –ben**

*Forrás: Az intézményben nyilvántartott adatok alapján saját szerkesztés*

### **8.3. A kazincbarcikai kórház bemutatása**

A kazincbarcikai Városi Kórház 1954. óta, (szűkített szakmakörrel) majd 1969. óta, az új kórházi épület átadása óta bővített szakmakörrel látja el Kazincbarcika és vonzáskörzete lakosságát. 2007. áprilistól Edelény és vonzáskörzete is az ellátási területéhez tartozik.

A területen élő lakosság többsége szociálisan hátrányos helyzetű, amely a mortalitási, morbiditási mutatók országos átlagon felüliségében is mutatkozik. A korábbi ipari (bányászat) struktúrából adódóan nemcsak a mozgásszervi kopásos jellegű megbetegedések aránya, hanem a cardiovascularis és daganatos megbetegedések aránya is magas. A társadalmi, gazdasági és szociális problémák súlyát jól jelzi a hátrányos helyzetű kistérségek népességének megyén belüli aránya, mely 50% feletti értéket képvisel, továbbá közel 40%-os arány figyelhető meg a leghátrányosabb helyzetű kistérségek népessége vonatkozásában is.

Az aprófalvas területeken nagyszámú, több éve betöltetlen háziorvosi álláshely található, melynek ellátása jelenleg helyettesítéssel történik. Kazincbarcika vonzáskörzetében sok a hátrányos, igen rossz szociális helyzetben lévő család. A lakásuk lelakott, zsúfolt, vizes, komfort nélküli, így nem megfelelő higiénés közegészségügyi körülmények között élnek az ott lakók.

Az intézményi szerkezetben jelentős változások történtek. 2010-es évre kialakításra került az intenzív osztály, megszűnt az infektológiai osztály, helyette ápolási osztály alakult, a műtétes mátrix kialakításával párhuzamosan rehabilitációs osztály kezdte meg tevékenységét. Bővült járóbeteg szakellátása, mivel az intézmény igyekezett az ágyszám csökkentésekkel együtt a betegeket járóbeteg szakellátás keretében ellátni, alkalmazkodva a kor igényeihez. 2012. májustól az állam átvette a Kórház vagyonkezelését, a teljes körű állami működtetésre 2013. október 1-én került sor.

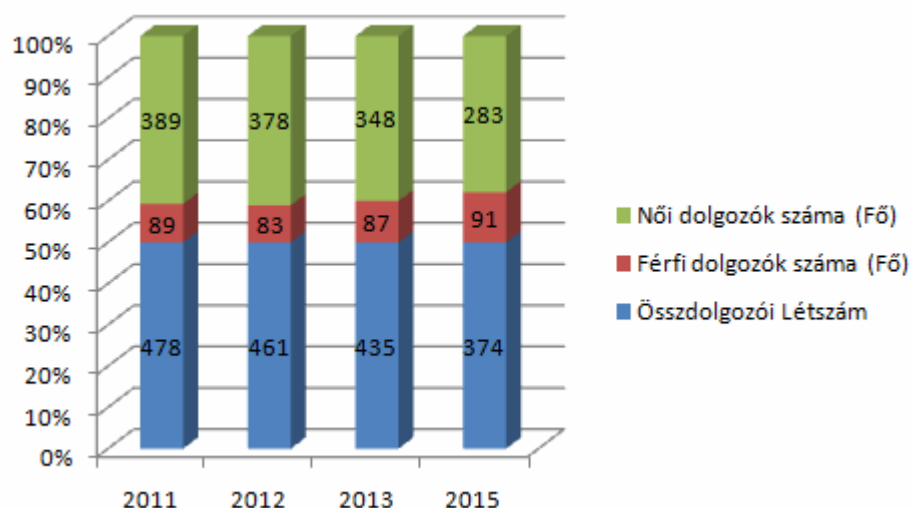
2015-ben az állam tulajdonában lévő Kazincbarcikai Kórház Kft. térségi kórházként működik és biztosítja a fekvőbeteg ellátást az OEP szerződés szerinti 215 ágyán, melyből 55 aktív és 160 krónikus besorolású. 1047 szakorvosi és 180 nem szakorvosi órában ad szolgáltatást a járó beteg szakellátást igénybe vevő, területi ellátási kötelezettségébe tartozó betegek számára.

#### 8.4. A kazincbarcikai kórház humán gazdálkodásának bemutatása

27. táblázat: A kazincbarcikai kórház létszáma a nemek megoszlása szerint 2011-2015

<u>Év</u>	<u>Férfi dolgozók száma (%)</u>	<u>Női dolgozók száma (%)</u>
2011	18,27%	81,73%
2012	18%	82%
2013	20%	80%
2015	22,2%	77,8%

*Forrás: A kazincbarcikai kórház adatai alapján saját feldolgozás*



58. ábra: A kazincbarcikai kórház összdolgozói létszámának megoszlása nemek szerint

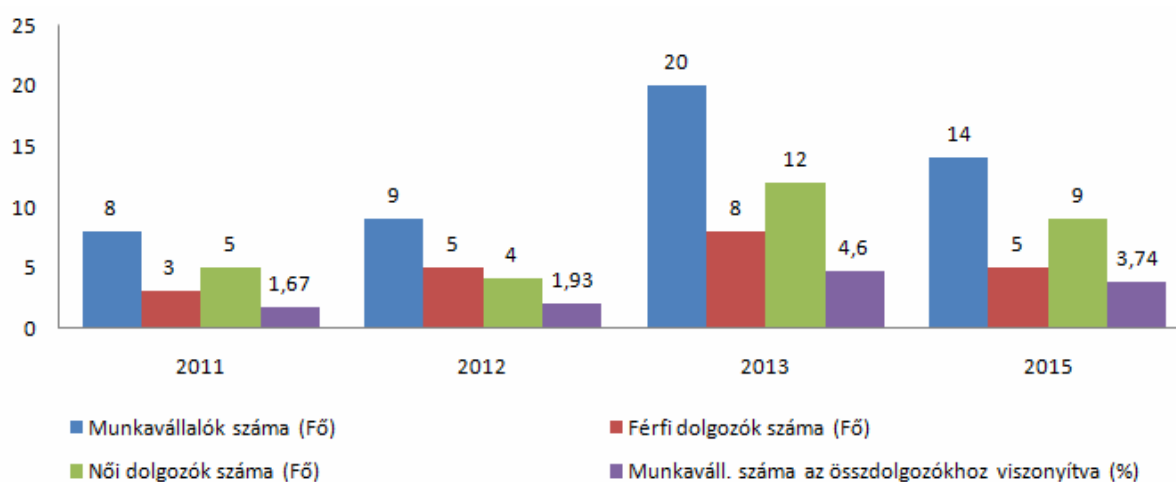
*Forrás: A kazincbarcikai kórház adatai alapján saját feldolgozás*

A vizsgált időszakban a dolgozói létszám folyamatos csökkenést mutatott, az évek során 104 fővel csökkent a munkavállalók száma. 2013-ban megszűnt az intenzív osztály és csökkentették a belgyógyászati, sebészeti ágyszámot és működési tevékenységet (csökkentették a progresszivitási szintet), ezen intézkedések következtében több orvos és nővér is más kórházban vállalt munkát, a hiányt ideiglenesen a DEOEC Klinikáról történő megbízással pótolták (2009.03.01-2013.09.30-ig a tulajdonos az önkormányzat, az üzemeltető DEOEC által alapított KFT.) A gyakorlatban ez azt jelentette, hogy a sürgősségi ambulancia ellátás biztosítása miatt a Debreceni Klinikán dolgozó orvosok pótolták a hirtelen keletkezett

szakemberhiányt. 2013 szeptemberében 4 új rezidens orvos kezdett a belgyógyászati osztályon teljes munkaidőben dolgozni, ezáltal hozzájárulva az osztály működésének stabilizálásához.

#### 8.4.1. Részmunkaidős foglalkoztatás

A Kazincbarcikai Kórházban a vizsgált időszakban a részmunkaidőben dolgozók aránya fokozatos emelkedést mutat.



**59. ábra: A kazincbarcikai kórház részmunkaidőben foglalkoztatott dolgozói létszáma**  
*Forrás: A kazincbarcikai kórház adatai alapján saját feldolgozás*

Az 58. ábra adataiból jól tükröződik, hogy a 2012-es év kivételével a női részmunkaidősök száma meghaladja a férfiak számát. 2011-ben az összdolgozók 1,67%-a, 2012-ben 1,93%-a, 2013-ban 4,6%-a, 2015-ben 3,74%-a volt részmunkaidőben foglalkoztatott.

A vizsgált adatok szerint két orvos dolgozik részmunkaidős megbízással, ápoló/nővér nem rendelkezik műszakos munkaszerződéssel. A részmunkaidősök többsége napi 4 óraszámban dolgozik. Az intézményben dolgozó, osztályos munkát végző nővérek mindegyike 12 órás műszakokban végzi munkáját.

A 29. táblázatban a 2015-ben dolgozó munkavállalók munkavégzés helye szerinti elemzés látható. (További 10 fő foglalkoztatott, 8 nő, 2 férfi áll munkaviszonyban egyéb, az egészségügyi munkához szorosan nem kötődő munkakörben, pl: portaszolgálat, központi takarítás.)

**28. táblázat: A kazincbarcikai kórházban foglalkoztatott részmunkaidős munkavállalók csoportosítása, szervezeti egység, nemek, és a munkaidő hossza szerint**

<u>Szervezeti egység neve</u>	<u>Munkavállaló száma</u>	<u>Neme</u>	<u>Tényleges munkaidő</u>
Mozgásszervi rehabilitációs osztály	1 fő	nő	napi 6 óra
Szemészet	1 fő	nő	napi 4 óra
Onkológia	1 fő	nő	napi 4 óra
Endokrinológia és diabetológia	1 fő	férfi	napi 4 óra

*Forrás: A kazincbarcikai kórház adatai alapján saját feldolgozás*

## 8.5. A mélyinterjúk tapasztalatai

### 8.5.1. A nők atipikus munkavégzésének mozgató rugói

A mélyinterjúk során arra derült fény, hogy a kórházakban jelenleg nem jellemző, nem túl elterjedt az atipikus foglalkoztatás, ezen belül a részmunkaidős munkavállalási forma, s ennek következtében egyenlőre, nagyon nehéz megfogalmazni a nők atipikus munkavégzésének mozgató rugóit. Vannak munkatársak, akik kifejezetten amiatt vállalják el (kérik át magukat) ezt a fajta foglalkoztatási formát, mert gyermekükkel szeretnének több időt otthon tölteni. A jelenlegi jogi szabályozás rendkívül sokat segített abban, hogy a gyermekét nevelő édesanya munkáját össze tudja egyeztetni a gyermekneveléssel, úgy, hogy anyagilag is a legtöbbet tudja kihozni a helyzetből, hiszen, nemcsak a gyed összegét, de a munkabért is megkapja. Ez rendkívül sokat javít a család anyagi helyzetén, és sokkal kedvezőbb jövőképet fest a gyermeknek a jövőben vállalni szándékozók körében, hiszen nem kell lemondani az anyagi biztonságról és a karierről, ha gyermeket vállalnak.

Azonban akik nem gyermeknevelési cézzal vállalnak atipikus foglalkoztatási formát, jellemzően egészségkárosodásuk miatt nem tudnak 8 órát dolgozni, vagy az intézménynek csak részmunkaidőben áll módjában foglalkoztatni őket. Ez esetben természetesen csak a kényszerűség miatt, más lehetőség hiányában vállalják ezt a formát. (Ez leggyakrabban a részmunkaidőt jelenti). Az atipikus foglalkoztatási formában foglalkoztatottak aránya Mezőkövesden, és Kazincbarcikán is – a kérdőíves vizsgálati eredményekkel szemben – a nők oldalára billenti a képzeletbeli mérleget. Tapasztalataink szerint azonban az egészségügyben dolgozó hölgyek még nem eléggé tájékozottak az atipikus foglalkoztatási formákkal kapcsolatban, és sok munkavállalónak még mindig új, hogy részmunkaidőben dolgozzon a kisgyermeknevelés mellett.

A mélyinterjúk alapján azonban kijelenthető, hogy a 26 és 35 év valamint a 36-45 éves korosztály körében a legelterjedtebb az atipikus foglalkoztatás. Tekintettel arra, hogy ez esetben nem a hátrányos helyzetűek atipikus foglalkoztatását vizsgáltuk, hanem a nők gyermekvállalási hajlandóságát, az eredmény a kutatás szempontjából megfelelő, és hipotézisünket alátámasztja. Az egészségügyben dolgozók jövedelem forrásainak tekintetében az alapbéren kívül a magán vállalkozásról, valamint a szerződéses projektből származó jövedelmekről beszélhetünk. Mezőkövesden – a többi intézményhez hasonlóan - nem jellemző a magán praxis vagy a be nem jelentett munkaviszony melletti egészségügyi szolgáltatás.

### **8.5.2. Az egészségügy hatékonysága**

A mélyinterjúk alkalmával természetesen kitérünk arra is, hogy interjúalanyaink milyenek látják a magyar egészségügy hatékonyságát, valamint arra is, hogy az illető személyek meglátása szerint mi befolyásolja azt.

A kapott válaszok megegyeznek az előző fejezetben tárgyalt adatokkal. Eszerint interjúalanyaink úgy látják, igen jelentős problémák vannak az egészségügyben. A problémák okait leginkább a hiányzó pénzügyi forrásokat, és az egészségügy nem megfelelő kialakítását tartják.

További problémaként került megemlítésre a dolgozói létszámhiány, és az ebből eredő leterheltség.

Tekintettel arra, hogy B-A-Z megyében vitathatatlanul komoly szociális problémák vannak, nem tekinthettünk el ennek a kérdéskörnek a vizsgálatától sem.

Általános vélemény volt, hogy minél magasabb a betegek létszáma, és minél rosszabb szociális háttérrel rendelkeznek, annál több egészségi problémában érintettek, és annál nehezebb „szót érteni” velük, és ugyan ilyen nehéz feladat a kórházi normák betartatása ezen betegekkel, ez pedig negatív irányban befolyásolja az elvégzett munka hatékonyságát. Különösen igaz ez azokra az egészségügyi intézményekre, ahol az átlagosnál is magasabb a hátrányos helyzetű (szlömökben életvitelszerűen tartózkodó) személyek létszáma.

Ugyanakkor meg kell azt is jegyezni, hogy tekintettel a mezőkövesdi kórház speciális jellegére, a többi, bemutatott intézményhez képest kevésbé jelennek meg a hátrányos szociális helyzetből érkező betegek.

Annak tekintetében azonban, hogy az atipikus foglalkoztatási formák mennyire teszik hatékonyabbá az egészségügyi dolgozók munkáját, meglehetősen összetett, de logikus választ kaptunk, mely mindegyik intézményben lebonyolított mélyinterjúval megegyezik. Ez pedig a következő:

A kérdés szűken értelmezve, egyértelmű, hogy a részmunkaidős foglalkoztatás mellett nagyobb hatékonysággal lehet munkát végezni. Hosszabb a rekreációs időszak, a szakemberek kevesebb beteget látnak el, a munka végére nem fárad el annyira a dolgozó. Azok a munkavállalók, akik részmunkaidőben dolgoznak igazoltan hatékonyabb munkát végeznek, jobb kedvűek, és energikusabbak.

Tehát az esetben, ha a megfelelő dolgozói létszám – ezen keresztül a beteg ellátás biztosítva lenne, és nem lennének betöltetlen állások, vagy egyes szakterületek nem nőttek volna ki magukat hiány szakmákká, valamint a részmunkaidős foglalkoztatás anyagilag jobban meg lenne becsülve, biztosan több szakember vállalná megaláztatással azt. De jelenleg a betegellátás veszélyeztetése nélkül nem igazán megoldható az ilyen jellegű tehermentesítés, és feltehetőleg a szakdolgozók sem látnák be egyhamar azt, hogy a részmunkaidő mennyivel több lehetőséget nyújt számukra. Hiszen ma Magyarországon az atipikus foglalkoztatási formák alkalmazása, ismertsége még gyerekcipőben jár, a részmunkaidős foglalkoztatás általános, mindenkire kiterjedő alkalmazási lehetősége az egészségügyben jelenleg elképzelhetetlennek tűnik.

### *8.5.3. Az egészségügyi dolgozók külföldi munkavállalási hajlandósága*

Feltételezésünk az volt, hogy a külföldi munkavállalásban a legvonzóbb tényező, az elérhető fizetés, és a jobb életszínvonal, és a munkakörülmények. Feltételezésünk beigazolódott a mélyinterjúk során is, hiszen egyértelműen kiderül, hogy a szakdolgozók az anyagi jobblét miatt választják a kivándorlást. A külföldi munkavállalási hajlandóságot támasztja alá az is, hogy a túl hosszú műszakok és az évek során, egyre erősödő szociális nyomás alapvetően meghatározza a dolgozók munkájának minőségét. Mindezek alapján érthető, hogy nem motiváló tényező azonban a karrier lehetősége, és az atipikus foglalkoztatás elterjedtsége sem. Az is kiderült, hogy a borsodi térségre kevésbé jellemző a mobilitás, ugyanakkor a migráció negatív egyenlegű.

A kórházak életében fontos tényezőként nyilvánul meg a migráció jelensége. Megfelelő orvosellátottság mellett ez nem is jelentene nagy problémát, de tekintettel a jelenleg országosan is jelentkező, és egyre nagyobb mértékű ápolói-orvosi szakemberhiányra, a



jelenség súlyos következményekkel járhat. A probléma rendszerváltás után kezdett egyre nagyobb intenzitással progrediálni, az elérhető adatok alapján megfigyelhető, hogy jellemzően a fiatal generációba tartozó, többnyire kiemelkedő szakmai múlttal is rendelkező, több nyelvet beszélő orvosok azok, akik útnak indulnak.

A migráció jelenségét csak rendszerszintű egészségügyi stratégiával lehetne megfelelően kezelni, melynek csak részjelensége a bérkorrekció. Nemzetközi szinten már világossá vált, hogy a közelmúltban csatlakozott közép- és kelet európai államok számára a régió valamennyi országa definitív forrás országgá vált az elmúlt években. A nagymértékű szakember-kiáramlás ezekben az országokban a saját egészségügyi ellátórendszerek működőképességét fenyegeti, és alapvető hatással befolyásolja populációik egészségi állapotát, közvetve gazdasági teljesítőképességüket.

## **8.6. A magánélet és a karrier összeegyeztethetősége**

Mélyinterjúink eredményei itt is azt az eredményt hozták, mint a kérdőíves felmérések. A magánélet és a karrier összeegyeztethetőségének egyik kulcspontjaként a család, vagyis a házastárs, és a nagyszülők támogatása került megemlítésre, valamint a kisgyermek mellett történő részmunkaidős foglalkozásba történő visszatérés lehetősége. Ugyanakkor bebizonyosodott az a feltevésünk is, hogy tekintettel arra, hogy napjainkban az emberek az ideális családmódel 2 gyermekkel képzelik el, általában nem is szeretnék több gyermeket vállalni. Mindenképpen a jövő feladata lesz elérni azt, hogy a 3 gyermekes családmódel váljon általánossá. Ehhez pedig vitathatatlanul jó alapot ad a részmunkaidős foglalkoztatás támogatott térnyerése, a kisgyermekes anyukák munkaerőpiaci visszatérése lehetőségének megteremtésével, és egy további stabil és kiszámítható jogrendszeri támogatás mellett, akár rövidtávon (4-7 év) is a születési ráta emelkedéséhez vezethet.

Összefoglalásképpen megállapítható, hogy a részmunkaidős foglalkoztatás jelentősége egyre nagyobb szereppel bír a kórházban. Nagyobb változásra vélelmezhetően akkor kerülhet sor, ha az országosan előkészített, és jól megalapozott egészségügyi stratégia biztosítása által sikerül megfékezni a bizonytalan, ágyszámcsökkentéssel járó fenyegetettséget, valamint mérséklődik a migráció.

## ÖSSZEGZÉS

Az atipikus foglalkoztatási formák alkalmazásának tehát elsődleges célja, hogy növeljék a nők gyermekvállalási hajlandóságát és biztos megélhetést biztosítsanak a kisgyermekes családok számára és, hogy visszaszorítsa a Magyarországról külföldre történő kivándorlást. Az atipikus foglalkoztatással kapcsolatban összeállított kérdőívünk segítségével ezen célok megvalósulását, vagy annak hiányát vizsgáltuk az egészségügyi dolgozók körében.

Köztudott, hogy hazánkban nem olyan mértékben alkalmazzák az atipikus foglalkoztatási formákat, mint külföldön és anyagilag alábecsültnek tekintik. Ezt alátámasztja, hogy az egészségügyi dolgozók (hasonlóan más nemzetgazdasági ágak munkaerőpiaci szereplőinek) nagy része bizonyítottan, csak akkor vállalna ilyen jellegű munkát, ha nem lenne más lehetősége. További kihívásnak tekintendő, hogy meg kell ismertetni Magyarország lakosaival az atipikus foglalkoztatási formákat, mert feltételezhető, ha ismernék, hogy milyen előnyöket jelentenek számukra, akkor többen vállalnának ilyen foglalkoztatási formában munkát. Segítő pont lehet az ügyben a 2014. január 1-jén hatályba lépett „GYED EXTRA” néven ismertté vált törvény, mely önmagában véve is arra hivatott, hogy a gyermek egy éves korának betöltése után, az édesanyák visszatérhessenek a munkaerőpiacra, úgy, hogy emellett ne kelljen lemondaniuk a gyed folyósításáról sem.

Összegezve a kérdőívek eredményeit és a mélyinterjúk tapasztalatait, megállapítható az egészségügyi szektort vizsgálva, egy átlagos magyarországi családhoz hasonlóan általában 1-2 gyermek születik. A kisgyermeket nevelő családok életét jelentősen könnyítené, ha akár napi 4-6 órás munkaviszonyban dolgozna az édesanya, ezzel is segítve családja anyagi helyzetét úgy, hogy közben gyermekét sem kellene elhanyagolnia. Ennek köszönhetően az első gyermeküket váró nők életkora feltételezhetően nem tolódna egyre magasabb szegmensek felé, mert a 20-as éveik elején is mernének gyermeket vállalni. Több gyermeket is vállalnának a családok, ha anyagi körülményeiket biztonságosabbnak, stabilabbnak éreznék. Ezzel sikerülne egy fiatalodó és népességszámát tekintve több főt számláló társadalmat létrehozni, elkerülve a demográfiai katasztrófát.

További előnynek mondható, hogy kizökkentené a mindennapokból és változatosabbá válna azok számára a munka, akik egyébként monotonnak tekinthető munkát végeznek. A rezidens szakképzésben résztvevők számára pedig kiváló tapasztalati lehetőségeket teremt, ha másodállásban mentőorvosi, vagy háziorvosi ügyeletet vállalnak. A nyugdíjazás előtt állókat vitathatatlanul előkészíti a nyugdíjba vonulásra, miközben fennmarad a hasznosság érzése.

Az atipikus foglalkoztatási formák képesek növelni a munka hatékonyságát is, mivel rövidebb ideig kell egy bizonyos dologra koncentrálnia a munkavállalónak. Ezzel csökkenthetőbbé válnak a figyelmetlenségből, fáradtságból adódó gyakori hibák, pontosabb munkavégzés érhető el.

Azonban nem minden munkakör esetében javasolt alkalmazni az atipikus formákat. Így például az adminisztrátori feladatokat ellátók munkakörében, és az elemzéseket végző cégek ez az elvégzett munka minőségének romlásával járna, mert minden ember más szempontból vizsgálja az adott adatokat. Az egészségügy területén például néhány kivételtől eltekintve csak a részmunkaidős foglalkoztatás releváns.

Kutatásunk megállapította, hogy az egészségügyi dolgozók számára a külföldi országokba való kivándorlásnál az adott országban elérhető magasabb átlagfizetés, magasabb életszínvonal, a munkával járó kevesebb stressz, és a jobb munkakörülmények játszanak döntő szerepet. Ebből következik, hogy a növekvő kivándorlási arány visszaszorítható lenne a havi átlagfizetések növelésével, az anyagilag megbecsült atipikus foglalkoztatási formák terjedésével, és a hazai munkakörülmények színvonalának növekedésével, illetve a nagyobb szakemberei ellátottság biztosításával.

Így a kivándorlási hajlandóság visszaszorításának köszönhetően a családfenntartónak nem kellene elhagynia családját a jobb megélhetés reményében, mely tovább csökkenti a további gyermek vállalás esélyét. Hazánk jócskán elmarad az uniós átlagtól annak ellenére, hogy a gazdaság gyors ütemben való változása az atipikus foglalkoztatottak arányának növekedését eredményezte az utóbbi években Magyarország területén. Napjainkban a pénzügy-, az informatika- és a média területén működik leginkább a távmunka rendszere, mint az atipikus foglalkoztatási formák alkalmazásának színtere. Meglátásunk szerint az egészségügyi szektorban például az informatikai feladatok távmunkában történő megoldásával, illetve a radiológiában történő „távkezelés” körének szélesítésével lehetne növelni az atipikus foglalkoztatást.

Az atipikus foglalkoztatási formák terjedése képes lenne a munkanélküliség csökkentésére, a foglalkoztatotti szféra létszámának növelésére. Mivel a terjedését az információhiány illetve a pénzügyi ösztönzők hiánya nehezíti, úgy gondoljuk, hogy a munkavállalók tájékoztatásával, a megfelelő pénzügyi források biztosításával, illetve a fennálló jogszabályi nehézségek kiküszöbölésével elősegíthető lenne az atipikus formák terjedése.

Kutatásunk célja legfőképp az volt, hogy az egészségügyi dolgozók és menedzsment körében atipikus foglalkoztatási lehetőségeket megismertessük. Olyan karrierminták kidolgozására vállalkoztunk, a munkaerőpiac rugalmasabbá tételével, amelyek népszerűek lehetnek az egészségügyben dolgozó jelentős arányú szülőképes korú nők körében.

A vizsgálni kívánt problémák megoldásának hipotézisei és a kutatás során felmerülő megválaszolandó kérdések azonban annyira összetettek, hogy lehetetlen egyetlen válasszal, vagy válaszreakcióval megoldani. Az egészségügy nagyon speciális ágazat, így nehezen kezeli a szervezeti, szervezési oldalról a megváltozó munkaparadigmát. Az egészségügy specialitásait figyelembe véve az Európai Unió és más fejlett országok területén olyan szervezeti, szervezési megoldások léteznek, amelyek már képesek reagálni a megváltozott munkavállalói igényekre, s így a családbarát munkahelyek kialakítása mellett a betegellátás biztonsága is megoldható. A hazai gyakorlat azonban egyenlőre azt mutatja, hogy az egészségügy súlyos forráshiánya, nem csak az intézmények tárgyi, hanem a humán infrastrukturális helyzetére is rányomja a bélyegét. A kedvezőtlen bérviszonyok magukkal hozták azt a problémát is, hogy (főleg, de nem kizárólag) az orvosi hivatás területén is kialakultak az úgynevezett hiányszakmák, melyek jelenleg a nyugdíjak korú egészségügyi személyzet tovább foglalkoztatásával még orvosolhatók, de kérdéses hogy 10-15 éves időintervallumban is találunk-e megoldásokat. Valamint az is kérdés, hogy az amúgy is személyzeti hiánnyal küzdő egészségügy hogyan tudná biztosítani a szakemberszükségletet, ha rövid időn belül a modern nő legkarakteresebb ismérve Magyarországon is a több gyermek nevelése melletti kizárólag részmunkaidő munkavégzés lenne.

Tekintettel arra, hogy az Európai Unió területén már „bizonyítottak” azok az elméletek és gyakorlatok, melyek erre a kérdéskörre kívánnak megoldást találni. Ehhez kapcsolódóan meg kell jegyeznünk, hogy Magyarországon a nemrég bevezetett támogató jogszabályi háttér megalkotását megelőzően, a munkáltatók részéről igen alacsony volt a foglalkoztatási hajlandóság a 25-49 év közötti 12 éven aluli kiskorú gyermeket nevelő dolgozni akaró nők tekintetében. A globálisan tapasztalható, a jövő munkaerőpiacának működésére is kiható népességfogyás azonban indokoltá teszi, hogy ismét divatossá váljon a gyermekvállalás. Ennek egyik eleme lehet az atipikus foglalkoztatási formák fogalmának és társadalmi szerepének ártértékelődése. A jelenlegi gazdasági helyzet Magyarországon jó alapot teremt arra, hogy a helyzet érdemi megoldása megkezdődhessen, és a magyar specifikumokat figyelembe véve az európai gyakorlat adaptálható legyen a hazai gyakorlatba.

Kutatásunk rávilágított, hogy Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (Miskolcon) a tapasztalható fejlesztések dacára, az országos átlaghoz képest rosszabb körülmények között dolgozik az egészségügyi személyzet. Azonban az elvándorlásért nem csak ez az egy tényező tehető felelőssé. Tényszerű, hogy a gyed extra bevezetésével több gyermeket nevelő munkavállaló kerül vissza az egészségügybe, így biztosabb anyagi háttérrel biztosíthatnak családjuknak. Ez hosszútávon növelheti a gyermekvállalási hajlandóságot is, de nem valószínű, hogy kizárólag az atipikus foglalkoztatási formák bővülése csökkenti az elvándorlási hajlandóságot, hiszen az elvándorlás okai ennél jóval mélyebben gyökereznek, és komplex megoldást követelnek.

Kutatásunk arra világított rá, hogy az egészségügyben dolgozók igen nagy része csak akkor vállalna részmunkaidős foglalkoztatást, ha nem lenne más lehetősége. Ez tény valószínűleg annak is tulajdonítható, hogy még a teljes munkaidős foglalkoztatással elérhető jövedelem is igen alacsony a viselt felelősséghez, és megterheléshez képest, a részmunkaidős munkával elérhető jövedelem pedig még inkább alulbecsült. Ugyanakkor, biztató lehet az a kutatási eredmény is, hogy a minta (többségében nők) hasonló arányú része viszont a részmunkaidős foglalkoztatásban a gyermeknevelés mellett is lehetőséget lát, mert a véleményük szerint nem kell választani a karrier és gyermeknevelés között nem beszélve arról, hogy a család számára nem jelent akkora „anyagi sokkot” egy (újabb) gyermek vállalása. Továbbá kijelenthető, hogy a hallgatók és rezidensek körében kifejezett igény tapasztalható az atipikus foglalkoztatás tekintetében, hiszen a tanulmányok így rugalmasan illeszthetők a pénzkereseti szándékkal.

Kérdőíves felmérésünk szerint a minta eredményei alapján a férfiakra jellemző inkább az atipikus foglalkoztatási formák vállalása, a mélyinterjúk alapján azonban már azok is kifejeződik, hogy például Mezőkövesden, már a hölgyek azok, akik többségben vannak az atipikus foglalkoztatásban.

A fejlett (nyugati) országokban generálisnak tekinthető az a probléma, hogy a megszületett gyermekek száma tartósan alacsony („Demográfiai időbomba ketyeg” – Wim Kok jelentés). Tekintettel arra, a fejlett országokban jóval kedvezőbb gazdasági helyzet áll fenn, és a jövedelmi viszonyok is magasan túlszárnyalják a hazai viszonyokat, lényegesen elterjedtebbek, anyagilag is megbecsültebbek az atipikus foglalkoztatási formák. Felelőtlenség lenne azt állítani, hogy a gyermekvállalási hajlandóság Magyarországon csak kizárólag az alacsony jövedelmi viszonyok miatt tapasztalható. Sokkal inkább „okolható” a kései gyermekvállalás divatos volta, az egzisztenciális biztonság megszerzésére való törekvés, a párkapcsolati elköteleződés elhalasztása.

Veblen szerint például a javak fogyasztásának fő funkciója a társadalmi státus demonstrálása, mozgatórugója pedig az azonos osztályhoz tartozók túlszárnyalása. Az egyes osztályok a felettük állók fogyasztási mintáit próbálják utánozni, az így gyűjtött státus-szimbólumokkal jelezni felsőbb társadalmi pozíciójukat. (Simányi 2005.) Amennyiben egyetértünk ezzel az elmélettel, igaznak tűnik az a feltevés is, hogy az nyugati országokban élő embereket olyan mértékben magával ragadta a magasabb társadalmi státus elérésének vágya, hogy a javak elérése érdekében még a gyermekvállalásról is lemondanak. Kutatásunk nem vállalkozik ennek a kérdéskörnek a részletes elemzésére, ugyanakkor érdekes tény, hogy a ma tapasztalható (vágyott) nyugati életstílus megegyezik a reklámok sugallta életstílussal. S ezekben ideális család képe ritkán mutatkozik meg - a demográfiai szempontból előnyös - 3 gyermekes családdal, sőt sokkal inkább szegénységi kockázati tényezőt jelent a több gyermek vállalása.

A kérdőíves felmérések is azt bizonyítják, hogy jelenleg az atipikus foglalkoztatási formák megléte ellenére sem vállalnának több gyermeket a minta tagjai, sőt az ideális családdal mindössze két gyermekből áll. Ugyan ez az álláspontunk az elvándorlási hajlandósággal kapcsolatban is. A barnamezős kutatások arra engednek következtetni, hogy a szülők többsége elvándorlásra biztatják gyermekeiket, mert nem látnak előre lépési lehetőséget a térségben. A lehetőségek hiánya természetesen nem feltétlenül igaz, de a tanulmányunkban részletesen tárgyalt munkaerőpiaci depresszió hatására voltaképpen a jövő potenciális munkaereje többségében nő fel, hogy a munkával (így jövedelemmel) rendelkező szülőktől azt a megerősítést kapják, hogy a térséget el kell hagyni, s ez a térség leszakadásának további erősödéséhez vezethet. Meglátásunk szerint a folyamat nem megállíthatatlan, de a megoldást ugyan olyan komplex módon kell kezelni, mint amilyen komplex maga a probléma. A megoldásnak pedig egyik hatásos eleme lehet az atipikus foglalkoztatási formák terjesztése.

Egy újabb központi kérdése volt tanulmányunknak, hogy az atipikus foglalkoztatási formák bevezetésével javítható-e az egészségügyi dolgozók leterheltsége, és a munkavégzés hatékonysága. A kutatási eredmények arra világítanak rá, hogy a dolgozók véleménye szerint (is) az egészségügy hatékonysága összefügg az ott dolgozók megelégedettségével és leterheltségével. Az nyilvánvaló, hogy a dolgozói leterheltség enyhítéséhez sokban hozzájárul például a részmunkaidős foglalkoztatás, de felvetődik a kérdés, hogy az egy amúgy is szakemberhiánnyal küzdő szakmában mennyire megoldható a szakemberek 4-6 óránkénti „cseréje”, és az is kérdéses, hogy mennyire befolyásolja ez a betegellátás minőségét.

Tanulmányunk 2. fejezetében részletesen foglalkoztunk a barnamezők elmaradó revitalizációval, és az ebből gyökerező problémákkal. A szlömösödő diósgyőri revitalizálatlan iparterülettel kapcsolatban kutatásunk megállapította, hogy - az egészségügyi dolgozók szerint- az összes egészségügyi szolgáltatásokat igénybevevő közül a halmozottan hátrányos helyzetűek aránya 40-90 % -os. Ez nyilván nem fedi le teljesen a valóságot, de kutatásunk szempontjából azért fontos, mert az egészségügyi személyzet ezt tartja reálisnak, ezt tarja valóságszerűnek, s ennek következtében ennek megfelelően fog gondolkodni, ennek megfelelően hozza meg döntéseit, neveli gyermekeit.

Az erre vonatkozó adatok elemzésekor, valamint a mélyinterjúk során arra az eredményre jutottunk, hogy az egészségügyi dolgozók a félreértések elkerülése végett, inkább nem foglalnak állást az ügyben. Az leszögezhető viszont, hogy az egészségügyi dolgozók munkavállalói attitűdjére nem maga a halmozottan hátrányos helyzet ténye van befolyással, hanem az ebből eredő problémák. Kutatásuk arra világít rá, hogy az egészségügyi dolgozó - beteg konfliktusok oka elsősorban a tudatlanság (iskolázottság hiánya) a gyakori erőszakos, agresszív megnyilvánulás valamint a lustaság és nemtörődömség áll, így a kilátástalannak tűnő „küzdelemben” kiugróan nőhet a kiegészítő veszélye.

Kétségtelen, hogy ha az egészségügyi szakszemélyzet kevesebb „rossz minőségű” beteggel áll napi szinten kapcsolatban, akkor több ideje jut a regenerálódásra, de nem valószínű, hogy csak az atipikus foglalkoztatási formák bevezetésével az egészségügyi dolgozók elvándorlása megállítható lenne, hiszen a fenti felsorolt okok, problémák egymással szoros kölcsönhatásban állnak.

Az elvégzett az esettanulmányok, mélyinterjúk arra engednek következtetni, hogy az intézmények humán, műszaki, technikai és anyagi kapacitásai jelentős veszteséggel működnek el a mindennapi munka során. Az emberi erőforrás gazdálkodási problémákra leginkább a szakemberi ellátottság elégtelensége a jellemző, a legjellemzőbb hiányszakmák többek között az aneszteziológia, orvosi laboratóriumi diagnosztika; orvosi mikrobiológia; radiológia; ortopédia. Jelenleg megfelelő szervezéssel még megoldhatók a feladatok, de „igazából csak nézőpont kérdése, hogy a betegellátást veszélyezteti-e a szakember gárda hiánya”.

A foglalkoztatás gyenge pontjai mindenképpen a szakember szükségletben, és az alacsony jövedelmi viszonyokban érhető tetten. Azok a szakemberek, akik olyan területen dolgoznak, ahol a fizetésen felül nem számíthatnak más jövedelemre (pl: laboratórium) igen

nagymértékben érzik méltánytalannak az anyagi javadalalmazást. Erőssége a foglalkoztatásnak, hogy a jelenlegi „műszakolással” egyenlőre enyhíteni tudják a szakember hiányt, és kisgyermekes anyukák megkapják azt a támogatást, hogy visszatérhessenek a munkaerőpiacra.

A revitalizáció elmaradása talán az egészségügyi dolgozókat érinti a legjobban. A témakör elemzésekor felsorakoztatott érveken kívül az egészségügyi dolgozók tekintetében elmondható, hogy ők maguk napi szinten látják és tapasztalják a revitalizáció elmaradásának következményeit, hiszen a betegek igen nagy százaléka a halmozottan hátrányos helyzetű, szlömökben élő lakosságból tevődik össze. Nem meglepő az sem, hogy a társadalmi periférián elhelyezkedők körében a deviáns viselkedések betegként, vagy hozzátartozóként is megnyilvánulnak, s ez, a dolgozók elmondásai szerint nincs jó hatással munkavállalói elégedettségükre.

Az egészségügy különböző területein dolgozó 150 fős mintán lekérdezést végeztünk az atipikus foglalkoztatási formákkal kapcsolatos ismereteikről, attitűdjükről melyek eredményeit a korábbiak folyamán már kifejtettük. Tanulmányunkban vállalkoztunk az esélyegyenlőségre érzékeny foglalkoztatási politika alakításához szükséges javaslatok és foglalkoztatási modellek megfogalmazásra is.

Tanulmányuk elkészítését megalapozott kiterjedt kutatásunk eredményeképpen elmondható, hogy a térségben tetten érhető, egészségügyben található problémák mind társadalmi, mind gazdasági okokra is visszavezethetőek, ezért elengedhetetlen a térségek gazdasági potenciáljának erősítése, és a barnamezős területeken előforduló társadalmi-gazdasági problémák komplexként történő kezelése is. Amennyiben a barnamezős revitalizáció megtörténik, hatására megállíthatóvá válhat a térségből történő elvándorlás.

A megoldási skála igen széles, ennek létjogosultságának már tapasztalhatóak jelei, mert az atipikus foglalkoztatási formák a kismamák számára egy igen kedvező elmozdulást jelentenek annak irányában, hogy a gyermeknevelést össze tudják egyeztetni a karrier útjukkal, és a pénzkereseti lehetőséggel. Ennek megfelelően úgy látjuk, hogy a jelenleg hatályos jogszabályok biztosítják az atipikus foglalkoztatási formák alkalmazásának feltételeit, és mind munkáltatói, mind munkavállalói oldalról rendkívüli lehetőséget teremt az elterjesztéséhez, és továbblépéshez melyek ezúton úton javíthatják a térség gyermekvállalási hajlandóságát, hozzájárulhatnak a demográfiai problémák megoldásához és az egészségügyi dolgozók elégedettségének javítására is alkalmasak.



## Javaslatok megfogalmazása

Vitathatatlan tény mára, hogy az atipikus foglalkoztatási formák térnyerése számos előnnyel jár a nemzetgazdaságok számára. Hatására a foglalkoztatottság növekszik, a munkanélküliség csökken. Másik hatása lehet még a születések számának növekedése is, oly módon, hogy a nők nem látnak eldöntendő kérdést a gyermekvállalás, a karrier, és a megélhetés között, mert a kisgyermekes anyukák könnyebben, gyorsabban, és motiváltabban visszatérhetnek a munkaerőpiacra, csökkentve a munkaerő szükségletet. Javasolt lenne még inkább elterjeszteni ezt a lehetőséget az egészségügyben, tekintettel az ebben a nemzetgazdasági ágban tapasztalható munkaerő szükségletre, tekintettel arra, hogy az egészségügyben dolgozó nők a gyermekvállalás miatt kikerülnek az egyébként is hiányos munkaerőpiacról.

Mivel a kutatásunk során bebizonyosodott, hogy az atipikus foglalkoztatási formákról az egészségügyi szakdolgozók elég keveset tudnak, és alkalmazásukban inkább a visszalépést, semmint a lehetőséget látják, javasoljuk ismertebbé tenni, és az elterjesztetéshez szükséglet támogató (jog)rendszert kidolgozni, mely hatására érdemes lesz egészségügyi dolgozóként a munkaerőpiacon részt venni.

Tekintettel arra, hogy az egészségügy problémája összetett, a problémák azonosítása, és azok egyidejű kezelése szükséges. Ez az atipikus foglalkoztatási formák terjesztésén, és támogatásán kívül vonatkozik a béremelésekre, a leszakadó barnamezős területek rehabilitációjára, és a szlömökben élő halmozottan hátrányos helyzetű személyek társadalmi-gazdasági felzárkóztatására, valamint annak az általános nézetnek a befolyásolására, hogy az ideális magyar családmodell szerint ne 2, hanem 3 vagy több gyermek szülessen, illetve javasolt az óvodai, bölcsődei férőhelyinek bővítése is.

Mindezen tényezők egyidejű kezelésével egy olyan pozitív jövőkép alakulhat ki – nemcsak- az egészségügyi dolgozóknak, mely megszüntetheti a munkaerőpiaci depressziót a másodlagos migrációs nyomást, valamint az el –és kivándorlást.

## Irodalomjegyzék

- A Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Kollektív Szerződése, 2014
- A Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Szervezeti és Működési Szabályzata 2014
- A részmunkaidős foglalkoztatás helyzete in.: Munkaadó lapja, 118. szám 2008. március  
Forrás: <http://munkaugyilevelek.hu/2008/03/a-reszmunkaidos-foglalkoztatasi-helyzete/>  
Letöltve: 2014.március 2.
- Aiken, L. h.; Sloane, D. M.; Sochalski, J. (1998): Hospital organisation and outcome, Quality in health care, 7;222-226,
- Badó K. (2011): A távmunka jogszabályi háttere és gyakorlati lehetősége a közigazgatásban, Új Magyar Közigazgatás, 4. évf. 5. szám, pp. 33-39.
- Bankó Z. (2004): A távmunka a Munka Törvénykönyve speciális szabályainak rendszerében, JURA, 10. évfolyam, 2. szám, pp. 5-9.
- Bankó Z. (2008): Az atipikus munkajogviszonyok, PhD. értekezés tézisei, Pécs, 30. p
- Bankó Z. (2010): Az atipikus foglalkoztatási formákra vonatkozó rendelkezések. In: Kiss Gy.: Az Európai Unió munkajoga, Budapest, Osiris Kiadó
- Baráth L., Dr. Az egészségügy új szemlélete – innovatív kórházak In: IME XI. évfolyam 4. szám 2012. május
- Barnamezős területek listája ÉMOP, Forrás: <http://palyazat.gov.hu>, Letöltve: 2015. március 30.
- Bauer, M. S.: McGreevy, T. and Chirico-Post J. (2000): Establishing a function-based mental health service line in a VA Medical Center, Psychiatr Serv. 51:1307-1309,
- Benedek I.(1990): Hügieia, Az európai orvostudomány története, Gondolat, Budapest
- Bóday P. (2009): A munkaerő-kölcsönzés alkalmazásában rejlő előnyök jobb kihasználása és a kockázatok csökkentése válsághelyzetben, Budapest, 130. p
- Byrne, M. M; Charns, M.P.; Parker, V.A.; Meterko, M.M., Nelda P. (2004): The effects of organization on medical utilization: An analysis of Service Line Organization. Medical Care. 42(1):28-37,
- Chakravarti, A.: Editorial, Journal of the Academy of Hospital Administration, Vol.15, No.1( 2003-01 –től 2003-06 hóig)
- Charns, M.P.; Smith Tewksbury, L.J. (1993): Collaborative Management in Health Care: Implementing the Integrative Organization, ISBN: 978-1-55542-483-1,
- Chikán A.: Vállalatgazdaságtan, 1992
- Csiba G. Dr. (2008): Csillagpont Kórház létrehozása a Borsod-A-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórházban – Összefoglaló
- Csoba J. (2004): Fordizmus? Gatesizmus? A tipikusan atipikus foglalkoztatási formák terjedése, In: Kiss G.-Csoba J.-Czibere I.: Idővonat – Tanulmányok a társadalomtudományok köréből, Kossuth Egyetemi Kiadó, Debrecen, pp. 37-56.
- Dabasi Halász Zs. Dr. (szerk. 2011): Munkaerőpiac és foglalkoztatáspolitikai, Miskolc
- Davis, S. M. and Lawrence P. R. (1977): Matrix , Administrative Science Quarterly, 23:111-136.
- Deal, T.E.-Kennedy, A.A.: Corporate Cultures: The Rites and Rituals of Corporate Life (Addison Wesley, Reading, Mass., 1982)

- Ékes I. (2009): Az atipikus munka és jövője. Munkaügyi Szemle, 51. évfolyam, 1.szám pp. 66-71.
- Eoyang, G. (1999) :Difference matrix, Chaos Limited Inc. okt.15., 1999.
- Finna H. Dr (2008): A munkaerőpiaci rugalmasságot elősegítő atipikus foglalkoztatási formák a hazai kis-és középvállalkozásoknál
- Frey M.(2000): A munkaidőrendszerek rugalmassá válása, Közgazdasági Szemle, XLVII. évfolyam, 12. szám, pp. 1008-1026.
- Galbraith, Jay (1972): Matrix Organisation design:”How to combine functional and project forms?”, Business Horizons,14:29-40,
- Graham, Patricia A.: The Osteoporosis Matrix Hospital model, <http://nof.confex.com/nof/2005/techprogram/P359.HTM>
- Hárs Ágnes (2013): Az atipikus foglalkoztatási formák jellemzői és trendjei a kilencvenes és a kétezres években Műhelytanulmányok T/13 TÁMOP - 2.3.2-09/1 Forrás: <http://elorejelzes.mtakti.hu/publikaciok/TaMOP-2-3-2-09-1-muhelytanulmanyok/16/>, Letöltve: 2015. március 30.
- Healthcare Solutions:B2B Integration of hospitals and suppliers, [http://www.optionmatrix.com/Healthcare\\_Solutions\\_B2B\\_Integration.htm](http://www.optionmatrix.com/Healthcare_Solutions_B2B_Integration.htm)
- Hertel A. (2004): Atipikus foglalkoztatási formák Magyarországon, E-Tudomány, 2. szám, Forrás: [http://e-tudomany.hu/etudomany/web/uploaded\\_files/20040203.pdf](http://e-tudomany.hu/etudomany/web/uploaded_files/20040203.pdf)
- Héthy L. (2001): A rugalmas foglalkoztatás és a munkavállalók védelme; A munkavégzés új jogi keretei és következményeik a munkavállalókra. In: Frey, M.: EU-konform foglalkoztatáspolitikai, OFA, Budapest
- Hovánszki A.(2005): A tipikus és az atipikus foglalkoztatás Magyarországon. Munkaügyi Szemle, 7-8. szám, 30-36. o.
- Integrált városfejlesztési stratégia 2010, Miskolc
- Jain, A. K.; Thompson, J. M. et al. (2006) :Fundamentals of Service Lines and the necessity of physician leaders, Surgical Innovation, Vol. 13, No. 2, 136-144
- Kártyás G.(2009): A munkajog új kihívásai a XXI. század elején. Munkaügyi Szemle, 53. évf. 1. szám pp. 42-48.
- Kincses G. Dr: Az egészségügy foglalkoztatási potenciálja, in.: Eu konform foglalkoztatási politika, Szerk: Frey M., Országos Foglalkoztatási Közalapítvány, Budapest, pp: 325-345.
- Kiss Gy. (2001): Az Európai Unió munkajoga, Osiris Kiadó, Budapest, 460 p.
- Knight, K. (1977) :Matrix management, New York, PBI Petrocelli Books
- Lebherz, P. (2008): Heathcare coverage option [http://www.hollywoodchamber.net/business/HealthCareOptions2006.pps#285,1,Health\\_Coverage\\_Options,2008.12.08](http://www.hollywoodchamber.net/business/HealthCareOptions2006.pps#285,1,Health_Coverage_Options,2008.12.08).
- Lepp-Gazdag A. (2004): Néhány gondolat a magyar egészségügy reformjához, Munkafüzet 2. Forrás: <http://vmek.oszk.hu/04400/04426/index.phtml>; Letöltve. 2015. március 20.
- Lipták K.(2011): Atipikus foglalkoztatási formák, In: Dabasi Halász Zs. (szerk): Munkaerőpiac és foglalkoztatáspolitikai, Miskolci Egyetemi Kiadó, pp. 101-114.
- Miller, L.: Service line management evaluation project. Final report Letöltve: 2008. 10. 28. Forrás: [www.colm.research.va.gov/publications/reports/seervice\\_line\\_evaluation\\_Background\\_EvaluationsDesign.pdf](http://www.colm.research.va.gov/publications/reports/seervice_line_evaluation_Background_EvaluationsDesign.pdf).

- Miskolc Megyei Jogú Város Szociális Térképe, 2011, Forrás: <http://szociologiaszak.uni-miskolc.hu/docs/miskolcterkep.pdf>, Letöltve: 2014. január 6.
- Nagy B. – Merész G. (2012): A kockázatmegosztás szerepe az egészségügyben: hatékonyság és kockázatszelekció In: Egészségügyi Gazdasági Szemle 50. évf. 4. szám, 42-48. old.
- Nemzeti együttműködés programja 2010  
Forrás: <http://www.parlament.hu/irom39/00047/00047.pdf>, Letöltve: 2015. március 25.
- Oguhan,Turkan; Bebitglu, Gurean, Ustu, Jusuf: Hospital administrations in Turkey, Indmedica,Vol.16.,No. 2 (2004-7től 2004-12-ig)
- Orosz É. (2012) A barnamező fogalmának változó értelmezése Tér és Társadalom, 26. évf.,2. szám; Forrás: <http://tet.rkk.hu/index.php/TeT/article/viewFile/2039/3872>, Letöltve: 2015. március 20.
- Orosz Éva (2003): Egészségügyi szolgáltatások Aula Kiadó Kft., Budapest
- Prugberger T. – Kenderes Gy. (2009): Az atipikus munkaviszonyok a munkaerő-kölcsönzés és a távmunkavégzés tükrében, Miskolci Jogi Szemle, 4. évfolyam, 2. szám, pp. 30-55.
- Schultz, T. W. (1983): Beruházás az emberi tőkébe, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó
- Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére, Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság
- Sik E.– Simonovits B. (2002) „Migrációs potenciál Magyarországon, 1993–2001”: in: Társadalmi riport 2002, Kolosi T., Tóth I. Gy., Vukovich Gy. (szerk.). Budapest: TÁRKI, Pp. 207–219.
- Sík Endre – Simonovits Borbála: Migrációs potenciál Magyarországon 1993-2001., In: Társadalmi Riport 2002. 7. évf. 1. sz.
- Simányi Léna:Bevezetés a fogyasztói társadalom elméletébe; In: Replika 51-52. 2005. Forrás: <http://media.elte.hu>, Letöltve: 2015. március 20.
- Szabó Katalin – Négyesi Áron (2004): Az atipikus munka térnyerésének okai a tudásgazdaságban, Közgazdasági Szemle, LI. évfolyam, 1. szám, pp. 46-65.
- Tarantino, D.P. (2007): Understanding your dimensions of agreement. (Nuts and bolts of business), Google Online,jan.01.,2007.
- Tarantino, David P.: Understanding your dimensions of agreement. (Nuts and bolts of business), Google Online,jan. 2001.,2007
- Tóthné S. K. – Dabasi –Halász Zs.- Hegyi-Kéri Á. (2010) „Caffe Latte” Revitalizációk, barnamezős beruházások munkaerőpiaci hatásai, kézirat
- Tóthné Sikora Gizella (2002): Munkaerőpiac oktatási segédlet, kézirat
- Tóthné Sikora Gizella Dr. Prof.: Humán erőforrások gazdaságtana, Bíbor kiadó, Miskolc 2000
- Undricz, N.;Colaiacomo,I. (1996):Role of Hospital, Discussion paper,HOPE, Paris, jun.12. 1996.
- Waldmann Gábor (2007): A munkaerő-kölcsönzésre vonatkozó szabályok változása. Munkaügyi Szemle, 51. évf, 7-8. szám, pp. 77-78.
- Wollenburg, K. (2001): Managing up, over, and across,Am.J. of Health-System Pharmacy, Suppl.1:S10-S13,Okt.1.,2001.

### **Internetes adatbázisok:**

- EEKH adatbázis
- KSH adatbázis
- NFSZ adatbázis
- TEIR adatbázis
- Térport: <http://www.terport.hu/fogalomtar>

### **Jogsabályi hivatkozások:**

- 1208/2011. (VI. 28. ) *számú* kormányhatározat
- 122/2009. (VI. 12.) Korm. rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről
- 1700/2012. (XII. 29.) *Korm. határozat. A közszférában alkalmazandó nyugdíjpolitikai elvekről*
- 1992. évi XXII. törvény a munka törvénykönyvéről (hatályon kívül)
- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
- 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről
- 2012. évi I. törvény a munka törvénykönyvéről
- 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételének részletes szabályairól
- 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelete az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól
- 64/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkezők folyamatos továbbképzéséről

# Melléklet

Kérdőív

**Ön a Miskolci Egyetem Kutatócsoportjának felmérésében vesz részt. Kutatásunk az atipikus foglalkoztatás formák vizsgálatára terjed ki. Atipikusnak nevezzük azon foglalkoztatási formákat, amelyek eltérnek a határozatlan idejű, hagyományosan alkalmazott munkaviszonyban történő teljes munkaidős foglalkoztatástól. Válaszaival kérjük, segítse a Kutatócsoport munkáját.**

**1. Egy választ jelöljön meg az alábbi lehetőségek közül! Napjainkban a nők azért vállalnak atipikus foglalkoztatási formát, mert**

- a) Nincs más lehetőségük, a munkáltatók csak részmunkaidőben alkalmazzák őket.
- b) A kisgyermek mellett nem kell elhanyagolniuk a karrierjüket: a magánéletet és munkájukat könnyebben össze tudják egyeztetni.
- c) Többféle munkát is végezhet egyszerre: így több forrásból is származhat a jövedelmük, a munka változatosabbá válik.
- d) Munka mellett tanulni szeretnének.
- e) Egyéb: \_\_\_\_\_

**2. Egy választ jelöljön meg az alábbi lehetőségek közül! Én azért vállalnék részmunkaidős/távmunkát, mert**

- a) Nincs más lehetőségem, a munkáltatók csak részmunkaidőben alkalmaznának engem
- b) A kisgyermek mellett nem kell elhanyagolnom a karrieremet sem: a magánéletet és munkámat könnyebben össze tudom egyeztetni.
- c) Többféle munkát is végezhetek egyszerre: több forrásból is származik a jövedelmük, a munka változatosabbá válik.
- d) A munkám mellett még szeretnék tanulni.
- e) Egyéb: \_\_\_\_\_

**3. Ha a fiatal egészségügyben dolgozó nők fizikai tehermentesítése megoldott lenne, akkor valószínűleg nem választanák az anyagi előnyök miatt külföldöt. Ön szerint mi motiválhatja**

**azokat orvosnőket, akik külföldön vállalnak munkát? Tegye sorrendbe a következő lehetőségeket!**

- a) \_\_\_Munkakörülmények
- b) \_\_\_Nincsenek túlterhelve
- c) \_\_\_Fizetés nagysága
- d) \_\_\_Életszínvonal
- e) \_\_\_Atipikus foglalkoztatási formák elterjedtsége
- f) \_\_\_Karrierlehetőség

**4. Ma az egészségügyben dolgozók jövedelmüket több forrásból is kaphatják; ezek közül Ön szerint mennyire jellemzőek a következők (Tegye sorrendbe 1-től 7-ig, ahol 1 a legjellemzőbb jövedelmi forrás)**

- a) \_\_\_Szerződéses projekt keretében
- b) \_\_\_Mobil távmunka pl. házi betegellátás
- c) \_\_\_Rész munkaidős foglalkozások
- d) \_\_\_Magánvállalkozásban valamilyen kiegészítő munka pl. ügyelet
- e) \_\_\_Nem bejelentett munkaviszony melletti egészségügyi szolgáltatás
- f) \_\_\_Tanácsadói munka pl. gyógyszergyárak
- g) \_\_\_Magán praxis

**5. Véleménye szerint mely egészségügyben foglalkoztatottakra, munkakörökre, korcsoportokra, nemre jellemző az atipikus foglalkoztatás**

<b>Nem</b>	<b>Korcsoport</b>	<b>Foglalkozás</b>
<input type="checkbox"/> nő	a) 18-25 év	a) orvos
<input type="checkbox"/> férfi	b) 26-35 év	b) szakápoló
	c) 36-45 év	c) adminisztrátor
	d) 46-55 év	d) gyógytornász
	e) 56 év fölött	

**6. A következő kérdések a gyermekneveléssel kapcsolatosak.**

a) Önnek hány gyermeke van? \_\_\_\_

b) Ön szerint egy ideális családmódban hány gyermek születik? \_\_\_\_

**7. Ön szeretett volna több gyermeket?**

Igen

Nem

Ha igen, hányat összesen? \_\_\_\_

**8. Ön vállalt volna-e még gyermeket?**

<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem i. Ha igen, hányat? <input type="checkbox"/>	ii. Miért nem született meg? a) egészségügyi okok b) anyagi körülmények c) munka miatt d) magánéleti okok
---	---

**9. Ön szerint hatékonyan működik-e az egészségügy?**

Igen

Nem

**10. Ha nem, állítsa sorrendbe az okokat (1-től 7-ig, ahol az 1 a legnagyobb probléma)**

- \_\_\_ Helyi szervezési hiányosságok
- \_\_\_ Dolgozói létszámhiány
- \_\_\_ Dolgozók túlterheltsége
- \_\_\_ Hiányzó pénzügyi forrás
- \_\_\_ Nem megfelelő magatartásformák (orvosok magatartásformája)
- \_\_\_ Egészségügyi rendszer rossz kialakítása
- \_\_\_ Munkakörülmények



11. Miskolcon a volt gyártelep és környékén letelepedő halmozottan hátrányos helyzetű családok alkotják az egészségügyi szolgáltatásokat igénybevevők \_\_\_\_ %-át. (Írja be a számot!)

12. Az orvosok és szakdolgozók munkáját megnehezíti a hátrányos helyzetű családok magatartási és viselkedésformája. Munkájának hány százalékát teszik ki a rossz viselkedési mintákból eredő konfliktus kezelése? \_\_\_\_ %

13. Mi okozza a konfliktust a hátrányos helyzetű családok ellátásában? Rakja sorrendbe 1-től 6-ig, ahol az 1 a legjellemzőbb.

- \_\_\_Pénzhiány
- \_\_\_Erőszakosság, agresszió
- \_\_\_Tudatlanság
- \_\_\_Higiéncia hiánya
- \_\_\_Lustaság, nemtörődömség
- \_\_\_Bűnözői életvitel
- \_\_\_Munkanélküliség
- \_\_\_Kulturális kirekesztődés
- \_\_\_Életmód

14. Kérem, értékelje a következő állításokat!

Sorszám	Állítások	Értékelés				
		Teljes mértékben egetérték	Nagyrészt egyérték	Csak kissé mértékben érték egyet	Nem túlságosan érték egyet	Nagyrészt nem érték egyet
I.	<p>Az egészségügyben a szakmai karriert mennyire lehet összeegyeztetni a családdal?</p> <p>Könnyű, sok gyermek mellett is megoldott a szakmai fejlődés. Lényeges a család mérete, mert sok egyeztetést kíván a munka és a család. A házastárs támogatása szükséges. Szinte lehetetlen nagy család mellett szakmai sikereket elérni</p>					

- II. Szívesen vállalnék munkát külföldön.
- III. A nők számára kiváló lehetőség az atipikus foglalkoztatási formák bevezetése.
- IV. Csak akkor vállalnék munkát külföldön, ha lényegesen magasabb fizetést ajánlanának.
- V. Több gyermeket vállalnék, ha részmunkaidőben dolgozhatnék.
- VI. Részmunkaidőben könnyebben össze tudnám egyeztetni a karrierem a magánéletemmel.
- VII. Nem szeretnék semmilyen atipikus foglalkoztatási formában részt venni, szerintem csak a teljes munkaidőben lehet érvényesülni.
- VIII. Az atipikus formák segítik a gyermeknevelést.
- IX. Az atipikus formák növelik a munka hatékonyságát.
- X. Az egészségügyi munka hatékonyságát erősen meghatározza az azt igénybe vevők szociális helyzete.
- XI. A hosszú műszak és évek szociális nyomása befolyásolja az egészségügyi dolgozók munkájának minőségét.
- XII. Az atipikus foglalkoztatás anyagilag alábecsült a munkaerőpiacon

**Kitöltő neve:**

**Életkora:**

**Köszönjük a felmérésben való közreműködést!**