

ségtől és az alacsony bérektől) való felelem arra készteni őket, hogy ha nem is felsőfokon, de továbbtanuljanak, s majd később újra próbálkozzanak nappali vagy levelező képzésben a diploma megszerzésével. 1999-ben az érettségizők 40%-a maradt bent továbbra is a szakközépiskolában azzal a céllal, hogy folytassa ill. kiegészítse szakmai tanulmányait. Erre egyébként az 1991-től fokozatosan bevezetett és a Világbank által támogatott új szakközépiskolai modell (amely szerint érettségiig csak szakmai alapozó képzés folyik, s majd erre épül a szakmai specializáció) valamennyi szakközépiskolának lehetőséget kínál.

Végül is 1999-ben a végzős szakközépiskolások csaknem háromnegyede tanult tovább nappali képzésben valamilyen oktatási formában (felsőfokon, középiskolában, vagy tanfolyamon). Hogy milyen „kemény” munkapiaci indokok készítették őket a továbbtanulásra, azt mi sem bizonyítja jobban, mint hogy majdnem ugyanannyian kezdték munkanélküliliként a pályájukat, mint ahányan munkahelyet találtak.

Liskó Ilona

## Az egyetemi szintű egészségügyi képzés helyzete és jövője: van-e „orvos-túltermelés” és szükség van-e emiatt központi intézmény-bezárásra?

Régi mítosz, hogy Magyarországon jelentős az orvosfelesleg és hogy a magyar egészségügyi felsőoktatásban *jelentős a „túltermelés”* orvosból, illetve fogorvosból. Az egészségügy reformelképzelésével kapcsolatosan ismét előtérbe került az a kérdés, hogyan lehetne „orvosolni” ezt a problémát, mi is a teendő ezzel kapcsolatban. Az utóbbi időben az is felvetődött, hogy a magas fix költségek miatt esetleg racionálisabb lenne a négy hagyományos képzési hely (SOTE, SZOTE, DOTE, POTE, illetve az integráció után ezek jogutódai) egyikén az orvosképzés központi kormánydöntéssel alapuló leépítése/felszámolása, semmint egy olyan, a képzési terület egészére vonatkozó összesített beiskolázási keretszám központi kontrollját megvalósító szabályozás, ami végeredményben megengedi, hogy több orvosképző intézmény viszonylag kis létszámmal, a méretgazdaságosságból fakadó potenciális előnyök kiaknázása nélkül működjön. Az alábbi tanulmányban megkísérlem több oldalról is körüljárni és bemutatni ezt a „túlképzési” problémát, igyekszem feltárni, mennyiben valós ez, és valóban indokolja-e ez a központi beavatkozást. Arra is kitérek röviden, hogy a probléma enyhítésére alkalmas különböző elképzeléseknek mik az előnyei és hátrányai.

Tekintetbe véve, hogy az egészségügyi felsőoktatás általában, és azon belül az orvosképzés hosszú ciklusú, továbbá rendkívül eszközigényes, gyakorlatigényes és ennek megfelelően igen drága (amit az is kifejez, hogy az orvosi és fogorvosi szak a legmagasabb normatívájú finanszírozási csoportba tartozik), *logikus, hogy az orvosképzésre történő beiskolázást az állam szigorúan kontrollálja*: ezen a területen még a beiskolázás szabadságára épülő felsőoktatási rendszerekben is általános a *numerus clausus*.

Magyarországon is gyakorlatilag *központi keretelosztás* valósul meg az egészségügyi felsőfokú képzésben az államilag finanszírozott nappali férőhelyek vonatkozásában. Az újonnan felvett hallgatók vonatkozásában az államilag finanszírozott hallgatói férőhelyek tanulmányi területek és felsőoktatási intézmények közti elosztása jelenleg még a központi beiskolázási „keretszámok” és a hallgatói jelentkezések eredőjeként alakul ki. A szakokra és intézményekre vonatkozó beiskolázási „keretszámokat” (az államilag finanszírozott hallgatói férőhelyek tanulmányi területek és intézmények közti elosztását) a művelődési és közoktatási miniszter

határozza meg. A keretek elosztása *bonyolult alkufolyamat eredménye*. A Felsőoktatási törvény azt írja elő, hogy az FTT (Felsőoktatási és Tudományos Tanács) a munkaerőpiaci előrejelzések, a diplomások munkanélküliségi adatai és a hallgatói jelentkezésekben tükröződő kereslet alapján középtávú prioritásokat dolgozzon ki a keretek elosztására a különböző tanulmányi területek között. Ilyen prioritások az utóbbi időben tudtommal nemigen fogalmazódtak meg (hivatalos rangra emelt munkaerőpiaci előrejelzések nincsenek, és a diplomás munkanélküliség tanulmányi területek és kibocsátó intézmények szerint bontott statisztikái is hiányoznak egyelőre). Ugyanakkor eközben az FTT mind aktívabb szerepet játszott rövid távon, a keretszámok elosztásáról szóló éves javaslatok kidolgozásában, amelyek azután az intézményi „visszatervezés” alapjául szolgáltak.

Miközben a felsőoktatás egészében hazánkban a 90-es évtized során jelentős expanzió zajlott le, az egyetemi szintű egészségügyi felsőoktatás ebből csak kevésé vette ki a részét. Az évtized során ennek ellenére itt is lezajlott egy nem jelentéktelen felvételi létszám- és képzési kapacitásnövekedés, amit az M-1. táblázat adatai jól tükröznek. Ez a növekedés azonban alapvetően a *fizető külföldi hallgatók* képzését érintette. (A költségtérítéses képzés a rendkívül magasán, feltehetően jóval a határkölség felett megszabott térítési díjak hatásra jelentéktelen volumenű maradt.) Eközben az államilag finanszírozott (magyar) orvostan- és fogorvos-hallgatókra vonatkozó elsős felvételi keretszámok összesített szintje nem nőtt, sőt, inkább csökkent. Ezt a csökkenést az M-2. táblázat vonatkozó két sora is mutatja. Ezek a sorok az M-1-es táblázat növekvő összesített beiskolázási adatai ellenére is azt mutatják, hogy miközben a felsőoktatásban részt vevők száma nőtt, az egyetemi szintű szakokon tanulók aránya csökkent a felsőoktatási szerkezetben. Ugyanakkor a demográfiai folyamatok (a felsőoktatási korba lépő korosztályok csökkenő létszáma) és a növekvő felsőfokú részvétel együttes hatására az egy-egy kohorszból a vonatkozó egyetemi szintű szakokon tanulók aránya akár nőhet is.

Természetesen attól, *hogy az egyetemi szintű egészségügyi szakokon csökken az államilag finanszírozott beiskolázás*, az továbbra is lehetséges, hogy az így betöltött helyek még így is túlzott kibocsátáshoz, felesleges képzéshez vezetnek. De vajon tényleg ez-e a helyzet? Vizsgáljuk meg ezt a kérdést kicsit részletesebben!

Számos a témát érintő írás, pl. Világbank [1995] vagy Révész [1996] alapján *első látásra evidensnek tűnik, hogy Magyarországon túl sok az orvos és fogorvos*. A Világbank megállapítja, hogy „Magyarországon 1993-ban 10.000 lakosra 33 orvos [...] jutott; az EU országokban (ahol az egy főre jutó egészségügyi költségvetés lényegesen magasabb, mint Magyarországon) viszont 10.000 lakosra átlagosan 25 orvos [...] jutott ugyanebben az évben. A fölös kapacitások csökkentése alapvető fontosságú az egészségügyi reform eredményessége szempontjából [...]”. (Világbank [1995], 52. old.) A Révész András adatai alapján készített M-5. táblázatának adatai azt mutatják, hogy a táblázatban szereplő 12 ország közül a 10.000 foglalkoztatottra jutó orvosok, fogorvosok számát tekintve Magyarország 134-es adata nagy fölényrel vezet a mezőnyt. Mielőtt azonban máris elfogadnánk ezeket a megállapításokat és belőlük fakadó, az orvoscépzés visszafogása irányába mutató következtetéseket, nézzük meg egy kicsit a kérdést több oldalról!

*Az orvosellátottsági adatok nem értelmezhetőek önmagukban: az orvosellátottság szintje önmagában nem mérhető, csak az orvosok és a főiskolai illetve középszintű egészségügyi káderek közti (a belső bérarányok, képzési kapacitások, hagyományok stb. által befolyásolt) munkamegosztás figyelembe vételével* (Természetesen könnyen előfordulhat az a helyzet, hogy egy országban ez a munkamegosztás nem racionális, pl. túl sok az orvos és túl kevés az ápoló, és ilyenkor főiskolai vagy akár középfokú végzettséggel is ellátható szakfeladatokat egyetemi szintű diplomával rendelkezők látnak el. Ez feltehetően pazarló megoldás, azonban az, hogy

mennyire az, nagyban függ az egészségügyi bérek átlagbérhez viszonyított arányától, az egészségügyön belüli belső bérarányoktól és a különböző szintű egészségügyi végzettségek képzési költségeitől). *Ha valahol viszonylag alacsony az orvosbér és valamiért nagyon alacsony az egészségügyi közép-káderekkel való ellátottság*, nem feltétlenül irracionális, sőt, bizonyos fokig akár természetesnek is tekinthető, ha ehhez magasabb szintű orvosellátottság társul. Ekkor is indokolt lehet persze racionalizálni az egészségügyön belüli munkamegosztást, de ehhez először feltehetőleg nem a képzési keretszámokon, hanem a bérarányokon kell változtatni (a hatékony bérelmélet szerint megfelelően magas szintű, hatékony béreket kell kialakítani). Az orvosképzést és foglalkoztatást pedig az alacsonyabb szintű felső és középfokú egészségügyi káderek képzésével és foglalkoztatásával együtt kell vizsgálni, és az egész területet együtt kell megreformálni, ha szükséges.

Az alábbiakban először is *három állítást szeretnék bizonyítani*: (a) a magyar orvosellátottság önmagában vizsgálva viszonylag *magas, de még így* [önmagában tekintve] *sem* tekinthető *kiugró*nak; (b) az egészségügyi *közép-káderekkel való ellátottság* tekintetében a magyar helyzet kimondottan *számszerűsített*, aminek *következtében összességében az egészségügyi foglalkoztatás egyáltalán nem* tekinthető *magas*nak; (c) az *orvosellátottság* adatai a *fejlett országokban* az 1987–1994 ill. 1996 közötti időszakban *dinamikus*an nőttek, ennek fényében is megfontolandó, valóban csökkentendő-e Magyarországon az orvosképzés volumene.

*ad (a):*

Az M-3. táblázat a 100.000 lakosra jutó orvosok és fogorvosok számát mutatja (bontva és összesítve is). A táblázatban 15 EU ország, továbbá Svájc, az Egyesült Államok, Kanada, Japán és Magyarország adatai szerepelnek. Ezek alapján az *orvosellátottság tekintetében 1994-ben Magyarország az ötödik helyen áll, a fogorvos-ellátottság tekintetében viszont már a mezőny hátsó felében van*, csak a 12. Az orvosokat és a fogorvosokat együtt tartalmazó *összevont oszlop adatai* azt mutatják, hogy hazánkban 100.000 lakosra 404 orvos ill. fogorvos jut. Ennek *alapján a mezőny felső harmadában* (de annak inkább az alján) *vagyunk*. 400 feletti adatot (tehát Magyarországnál jobb, vagy vele nagyjából azonos szintű ellátottságot – vagy, ha úgy tetszik, ugyanilyen magas, illetve magasabb, „pazarlóbb” orvosfoglalkoztatást) találunk Belgiumban, Görögországban, Izlandon, Németországban, Olaszországban, Spanyolországban. Összességében tehát ennek alapján azt mondhatjuk, hogy a magyar adat, bár lehet, hogy némileg magasabb az EU átlagadatánál, de nem tekinthető kiugróan magasnak.

*ad (b):*

Az ápolók és egyéb egészségügyi közép-káderek tekintetében elég jelentős végzettségi szintbeli különbség van a magyar és a nyugati helyzet között: míg nyugaton a legtöbb országban az ápoló személyzet körében a főiskolai szintű végzettség már általános, Magyarországon egyelőre nem (főként a más főiskolai végzettségekkel elérhető jövedelmekhez viszonyítva rendkívül gyenge egészségügyi fizetések miatt). Az 1997/98-as tanévben az orvos-, fogorvos- és gyógyszerészképzésbe a KSH adatai alapján (vö. M-1. táblázat) 1963 hallgatót iskoláztak be; ebből azonban a költségtérítéses hallgatók (számuk legjobb tudomásom szerint a tucatot se haladja meg) és külföldi hallgatók nélküli létszám már csak 1118, mint az az M-2. táblázatból látszik. Ehhez képest a főiskolai szintű egészségügyi képzésbe az adott évbe bekerült hallgatók száma 1139, de ebből 150 szociális munkás szakra iratkozott be, tehát a szűken vett egészségügyi területen csak 989 elsős hallgató van<sup>1</sup> főiskolai szinten (köztük feltehetően nemigen akad

<sup>1</sup> Az adatok forrása: Egészségügyi és szociális statisztikai évkönyv, 1997. Bp., KSH, 1999, 336 old, 17.1. és 17.2. táblázatok.

külföldi vagy költségtérítéses). Ennek alapján egy egyetemi szintű elsős hallgatóra az egészségügyi képzésben kevesebb, mint egy főiskolai szintű hallgató jut. Ez igen alacsony arány.

#### M-1. TÁBLA

*Orvosegyetemi elsős és összlétszámok, továbbá a kiadott oklevelek száma Magyarországon (egyetemi szintű képzés, szakonként)*

	Orvosegyetemi hallgatók száma				Elsős orvosegyetemi hallgatók száma				Az előző évben kiadott oklevelek száma			
	orvos	fogorvos	gyógyszerész	együtt	orvos	fogorvos	gyógyszerész	együtt	orvos	fogorvos	gyógyszerész	együtt
1990/91	5611	905	1193	7709	982	159	224	1365	895	182	164	1241
1994/95	6495	985	1156	8636	1267	156	226	1649	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
1995/96	6407	966	1119	8492	1367	212	263	1842	1002	188	245	1435
1996/97	6386	980	1155	8521	1096	219	298	1613	1015	202	236	1453
1997/98	6375	906	1231	8512	1435	187	341	1963	976	198	197	1371

Forrás: Egészségügyi és szociális statisztikai évkönyv, 1997. KSH, Budapest, 336 old. 17.1.–17.3. táblák alapján.  
Megjegyzés: külföldi hallgatókkal és költségtérítéses hallgatókkal együtt!

#### M-2. TÁBLA

*Államilag finanszírozott (nem költségtérítéses, nem idegen nyelvű) képzésre újonnan felvett orvosi, fogorvosi és gyógyszerészhallgatók megoszlása Magyarországon, 1994–99 (%)*

Intézmény, kar	Szak	Képzési idő (félév)	1994	1995	1996	1997	1998	1999
DOTE OK	általános orvos	12	21	24	21	23	23	22
POTE OK	általános orvos	12	22	21	20	21	20	21
SOTE ÁOK	általános orvos	12	39	37	38	36	39	38
SZOTE ÁOK	általános orvos	12	18	18	20	19	19	19
Általános orvos együtt			100=760	100=755	100=743	100=730	100=745	100=730
DOTE OK	fogorvos	10	22	26	21	22	17	19
POTE OK	fogorvos	10	16	13	11	16	23	16
SOTE FOK	fogorvos	10	50	46	52	45	44	47
SZOTE ÁOK	fogorvos	10	12	15	16	17	17	19
Fogorvos együtt*			100=147	100=142	100=163	100=128	100=33	100=128
DOTE OK	gyógyszerész	10	-	-	16	14	16	15
POTE	gyógyszerész	10	-	-	-	-	-	-
SOTE FOK	gyógyszerész	10	55	57	41	45	43	46
SZOTE ÁOK	gyógyszerész	10	45	43	43	41	42	38
Gyógyszerész együtt*			100=212	100=221	100=258	100=260	100=258	100=260

\* %=abszolút szám

Forrás: a szerző számításai az OM számítógépes belső adatbázisa alapján

M-3. TÁBLA

100.000 lakosra jutó orvosok és fogorvosok száma nemzetközi összehasonlításban, 1987, 1994, 1996

	1987			1994			1996		
	orvos	fogorvos	együtt	orvos	fogorvos	együtt	orvos	fogorvos	együtt
EU:									
Ausztria	271	41	312	339	45	384	n.a.	n.a.	n.a.
Belgium	309	65	374	365	69	434	378	70	448
Dánia	267 <sup>a</sup>	91 <sup>a</sup>	358 <sup>a</sup>	291	88	379	n.a.	89 <sup>b</sup>	n.a.
Egyesült Királyság	152	38	190	164	35	199	175	n.a.	n.a.
Franciaország	237	61	298	282	69	351	n.a.	n.a.	n.a.
Görögország	333	91	424	389	104	493	393 <sup>b</sup>	102 <sup>b</sup>	495 <sup>b</sup>
Hollandia	237	52	289	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Írország	155	34	189	200	42	242	211	45	256
Izland	272	87	359	301	103	404	n.a.	n.a.	n.a.
Luxemburg	180	47	227	228	50	278	n.a.	n.a.	n.a.
Németország	273	66	339	329	73	402	341	75	416
Norvégia	250	n.a.	n.a.	324 <sup>c</sup>	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Olaszország	n.a.	n.a.	n.a.	547	60	607	570	n.a.	n.a.
Portugália	264	14	278	294	23	317	301	28	329
Spanyolország	351	19	370	414	34	445	422	38	460
Nem EU:									
Svájc	286	48	334	313	50	363	322	49 <sup>b</sup>	366 <sup>b</sup>
Egyesült Államok	n.a.	n.a.	n.a.	245 <sup>d</sup>	63 <sup>d</sup>	308 <sup>d</sup>	n.a.	n.a.	n.a.
Kanada	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	53 <sup>c</sup>	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Japán	n.a.	n.a.	n.a.	221 <sup>e</sup>	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Magyarország*	297(4)	37(12)	334(7-8)	356(5)	48(12)	404(5-6)	379(4)	52(5)	431(4)

a) 1988; b) 1995; c) 1991; d) 1993; e) 1992;

\* zárójelben (#) Magyarország helyezése az adott oszlopban adattal szereplő országok rangsorában.

Nemzetközi adatok forrása: European Commission – Eurostat [1999] Magyar adatok: a szerző számításai a KSH 1987, 1994 és 1998 évi Statisztikai Évkönyveinek (KSH [1988],[1995][1999b] demográfiai és egészségügyi adatai alapján. Az 1998-ra vonatkozó magyar adatok is hozzáférhetők: ezek a fenti sorrendben 396, 56 és 452.

Megjegyzés: 1995. január 1-jén az EU-nak 15 tagállama volt.

Az M-5. táblázat adatai világosan mutatják, hogy az ott részletes bontású adatokkal szereplő tíz ország közül a *tízezer foglalkoztatottra jutó paramedikális* (nem orvosi, fogorvosi) *személyzet tekintetében hazánk messze leszakadva a sereghajtó*.<sup>3</sup> Az M-6. táblázat 1998-ra vonatkozó adatai ugyanakkor – Révész András 1990-re vonatkozó adataival (vö. M-5. táblázat) egybehangzóan – azt mutatják, hogy egy orvosra (fogorvossal együtt) hazánkban mintegy két egészségügyi középkáder jut. (Az 1994-es évre vonatkozó Révész-féle adatok még ennél a szintnél is

2 Az orvosi-fogorvosi kategóriában az itt szereplő adatok által jelzett gyors növekedés csak azáltal hozható összhangba az M-3. táblázat adataival, ha figyelembe vesszük, hogy miközben ebben a kategóriában nőtt a foglalkoztatás, az összfoglalkoztatás a transzformációs visszaesés és a termelékenység növekedése következtében jelentősen visszaesett.

jelentősen rosszabbak, de a KSH adatok fényében megkockáztatható az a megállapítás, hogy ezekkel esetleg valami nem stimmel.) Az M-5 táblázat adatai alapján Norvégiában 10,9; Hollandiában 8,3; az Egyesült Államokban majdnem 8; Finnországban pedig 4,6 fő paramedikális személyzet jut egy orvos-fogorvosra. Az mindenesetre kiténik a táblázatból, hogy a *paramedikális és az orvosi-fogorvosi szakszemélyzet egymáshoz viszonyított aránya igen széles határok között ingadozik az egyes országokban, nyilván a hagyományoktól, a belső bér- és képzési költségáramnyoktól és a főiskolai szintű egészségügyi képzés erősségétől függően.* Adott egészségügyi színvonal mellett alacsonyabb orvosellátottság esetén várhatóan magasabb az egészségügyi középkiadásokkal való ellátottság. Az, hogy egy adott országban a két képzési szint közt kialakult munkamegosztás mennyire racionális, csak bonyolult további vizsgálatokkal lenne eldönthető.

#### M-4. TÁBLA

*Az orvosi-egészségügyi felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók aránya az adott tanévben, illetve az orvosi-egészségügyi oklevelet szerzettek aránya az adott évben nemzetközi összehasonlításban, % (zárójelben a rangszám)*

	Hallgatók aránya		Oklevelet szerzett <sup>a)</sup>	
	100%= összes hallgató	100%=20-24 éves népesség	100%= összlétszám	100%=20-24 éves népesség
Ausztria (1993/94; 1993)	7,6 (13)	3,4 (8)	10,8 (10)	3,1 (12)
Csehország (1993/94; 1993)	9,1 (11)	1,5 (14)	9,0 (13)	2,2 (14)
Dánia (1992/93; 1991)	10,9 (6)	4,6 (4)	16,0 (5-6)	9,5 (5)
Egyesült Királys. (1992/93; 1991)	11,8 (3)	4,1 (6)	11,3 (11)	10,3 (4)
Finnország (1993/94; 1992)	18,5 (1)	8,9 (1)	32,6 (1)	30,8 (1)
Franciaország (1991/92; 1992)	11,3 (4)	4,8 (3)	2,6 (14)	2,3 (13)
Görögország (1991/92; 1991)	10,6 (7)	2,6 (11)	16,0 (5-6)	5,6 (9)
Hollandia (1992/93; 1991)	11,2 (5)	4,2 (5)	14,9 (7)	8,5 (6)
Lengyelország (1993/94; 1993)	10,2 (8-9)	2,9 (10)	24,8 (3)	12,6 (3)
Magyarország (1994/95; 1994)	10,2 (8-9)	2,5 (12)	14,1 (8)	5,8 (8)
Olaszország (1993/94; 1993)	9,7 (10)	3,6 (7)	23,5 (4)	6,1 (7)
Spanyolország (1992/93; 1993)	7,9 (12)	3,3 (9)	12,0 (9)	5,1 (10)
Svédország (1992/93; 1992)	14,0 (2)	5,5 (2)	25,1 (2)	16,2 (2)
Szlovénia (1993/94; 1993)	5,5 (14)	1,6 (13)	9,3 (12)	4,5 (11)

a) az oklevelet szerzett az adott évben oklevelet szerzőkre vonatkozik.

Forrás: Ladányi Andor: A felsőoktatás nemzetközi statisztikai összehasonlítása. In: Munkaerőkereslet és kínálat 1995–2010. MM-Világbank, 1996, 190–191. old., 14–15. táblázatok.

Ha az *egészségügyi foglalkoztatás egészét együttesen* szemléljük, az M-5. táblázat alapján kirajzolódó kép az, hogy *Magyarország a sereghajtók egyike* (az 1990-es adat az utolsó, az 1994-es is csak a spanyol adatot előzi meg a táblázatban szereplő egyéb országok adatai közül). Ezek az adatok tehát egyáltalán nem arra utalnak, hogy összességében túlképzés lenne az egészségügyi felsőoktatás területén: az orvosképzés és foglalkoztatás kis mértékű (cseppet sem kiugró!) „túlfejlettsége” ezen adatok tükrében nem annyira felesleges kinövésnek, hanem inkább természetes, rendszerszintű válasznak tűnik egyfelől a főiskolai szintű egészségügyi képzés rendkívül alacsony arányára, a főiskolai vagy akár alacsonyabb szintű egészségügyi káderek csekély mértékű foglalkoztatására és a közintézményekben továbbra is rendkívül alacsony hivatalos (köz-

alkalmazotti) orvosbérekre. Ilyen feltételek mellett, *mivel a rendszer számára nem érvényesül az orvosi foglalkoztatás magas költsége* (a képzés magas költségei a képzéshez nyújtott állami támogatás, az ingyenesség miatt *nem* hajtják fel a végzettek béreit), *nem is várható racionális szintű foglalkoztatás*. Ha tekintetbe vesszük a nem egyetemi végzettségű káderek alacsony arányát, elvben akár még az is lehetséges, hogy egy orvos első látásra talán feleslegesnek tűnő foglalkoztatása olyan sok ilyen kádert „vált ki”, hogy az már költséghatékonysági szempontból is racionális. Itt most nincs módom e kérdést részletesebben megvizsgálni – magánvéleményem szerint feltehetően nem ez a helyzet –, de annyit mindenképp leszögeznék, hogy a középkáderek alulfoglalkoztatása miatt egyelőre az ellátás veszélyeztetése nélkül nem látom jelentősebben csökkenthetőnek az orvosi foglalkoztatást, illetve az orvosképzést. Az egészségügyi főiskolai beiskolázás jelentős növelése esetén az egyetemi szintű képzés kis mértékben nyilván csökkenthető lenne, de ahhoz, hogy megítélhessük, mennyire kívánatos hosszabb távon ez a csökkentés, nem árt még elgondolkoznunk az alábbiakban a (c) állítással kapcsolatosan elmondottakon.

#### M-5. TÁBLA

*Tízezer foglalkoztatottra jutó egészségügyi (orvosi-fogorvosi és paramedikális) szakszemélyzet létszáma (zárójelben a rangszám)*

	Orvosi, fogorvosi szakszemélyzet (1)	Paramedikális szakszemélyzet (2)	Együtt (1) + (2)	P/O arány (2) : (1)
Ausztria 1990	n.a.	n.a.	393 (8)	n.a.
Egyesült Államok 1992	68 (7-9)	537 (2)	605 (4)	7,9
Egyesült Királyság 1990	65 (10)	292 (7)	357 (9)	4,5
Finnország 1990	109 (2)	497 (4)	606 (3)	4,6
Franciaország 1990	104 (3)	246 (8)	350 (10)	2,4
Hollandia 1990	60 (11)	499 (3)	559 (5)	8,3
Magyarország 1990	73 (5)	134 (11)	270 (13)	1,8
Magyarország 1994	134 (1)	169 (10)	303 (11)	1,3
Németország 1990	68 (7-9)	421 (5)	489 (6)	6,2
Norvégia 1990	68 (7-9)	739 (1)	807 (2)	10,9
Spanyolország 1990	95 (4)	206 (9)	301 (12)	2,2
Svájc 1990	71 (6)	393 (6)	464 (7)	5,5
Svédország 1991	n.a.	n.a.	833 (1)	n.a.

Forrás: Révész András: Munkaerőstruktúrák nemzetközi statisztikai összehasonlítása. In: Munkaerőkereslet és kínálat 1995–2010. MM - Világbank, 1996, 320. old., 8. tábla

#### *ad (c):*

Az M-3. táblázat egy kiragadott év helyett három évre (1987, 1994 és 1996) mutatja a 100.000 lakosra jutó orvosok és fogorvosok számát (bontva is). *Mindazon országok esetében, ahol az 1987-es és az 1994-es oszlopban is van együttes (orvos+fogorvos) adat, növekedés volt* megfigyelhető; ez a növekedés csak két országban (Dániában és az Egyesült Királyságban) volt elhanyagolhatóan alacsony, hét év alatt csupán 4–5%-os mértékű; a többi országban a 13–23%-os tartományban mozgott, és Ausztriában volt a leggyorsabb, ahol is hét év alatt 23%-ot tett ki, azaz átlagosan mintegy évi 3%-os ütemű volt. A magyar orvosszám-növekedés üteme

ebben az időszakban ettől nem sokkal maradt el (hét év alatt 21%), de azután gyakorlatilag megállt. Azon hat ország esetében, melyekre mind az 1994-es, mind az 1996-os oszlopban találunk adatot, ugyancsak *minden esetben* növekedést tapasztalhatunk. Ennek alapján elmondható, hogy a *fejlett országokban általában az orvosellátottság növekedése volt megfigyelhető* a vizsgált évtized során. Mindez nem indokolja a felső harmadba tartozó magyar adat további növekedését, arra utal, ha a fejlett országokban folytatódna a megfigyelt tendenciák, miközben Magyarországon a jövőben az egyetemi szintű egészségügyi képzés kibocsátása csak a természetes fogyás pótlására szorítkozna, a magyar adatok relatíve magas volta viszonylag hamar eltűnne. Az EU csatlakozás fényében megfontolandónak tűnik, hogy kell-e itt csökkentést tervezni: ha mégis emellett döntünk, ez mindenképpen csak az egyéb egészségügyi felsőfokú beiskolázás jelentős növelésével képzelhető el. Ennek viszont egyelőre mind kapacitás, mind – a jelenlegi jövedelemviszonyok mellett érthetően alacsony – hallgatói érdeklődés gátat szab.

M-6. TÁBLA

*Orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és egyéb egészségügyi szakszemélyzet, 1980–1998*

	1980	1990	1996	1997	1998
(1) orvos	27539	33905	38746	39446	40115
(2) fogorvos	3303	4267	5285	5451	5671
(3) = (1) + (2) orvos + fogorvos összesen	30842	38172	44031	44897	45786
(4) gyógyszerész*	3424	3390	4104	4766	4789
(5)=(3)+(4) egyetemi szintű végzettségű eü. szakszemélyzet együtt	34266	41562	48135	49663	50575
(6) egyéb egészségügyi szakszemélyzet	87646	104649	100344	99810	101716
Ebből					
(7) ápoló	39856	46206	49764	50386	51965
(8) védőnő	4959	5312	5247	5245	5265
(9) szülésznő	2640	2695	2434	2292	2277
(10) gyermekgondozónó**	14887	13492	8214	7696	7915
(11) asszisztens	25304	36944	34685	34191	34294
Viszonyszámok:					
(12) = (6) : (3) egy orvosra (fogorvossal együtt) jutó nem egyetemi szintű végzettségű egyéb eü. szakszemélyzet	2,84	2,74	2,28	2,22	2,22
(13) = [(6) - 10] / (3) egy orvosra (fogorvossal együtt) jutó nem egyetemi végzettségű egyéb eü. szakszemélyzet, gyermekgondozónók nélkül	2,36	2,39	2,09	2,05	2,05

\* gyógyszerárakban dolgozó gyógyszerészek

\*\* bölcsődei gondozónók az üzemi bölcsődei gondozónók nélkül

Forrás: Statisztikai Évkönyv, 1998. Bp., KSH, 1999, 177. old. (9.1. táblázat)

Az eddigi következtetésekkel egybevágna az M-4. táblázat adatai is. Ladányi Andor összehasonlító vizsgálataira utalnak, hogy hazánk *az egészségügyi felsőfokú képzés egészében tanulók az összhallgatói létszámhoz viszonyított aránya alapján éppenséggel a mezőny hátsó felében található* (14 ország közül a 8–9. helyen). Ha a 20–24 éves korcsoportból az ezen a területen tanulók aránya alapján képezzük a rangsort, a helyzet – tükrözve a fejlett országokéhoz képest



viszonylag alacsonyabb felsőfokú továbbtanulási arányokat – jóval rosszabbnak tűnik: a magyar adat mögött csak a szlovén és cseh adat található a táblázatban.

Mindennek ellenére az orvosi foglalkoztatás szintje Magyarországon feltehetően mégiscsak „inhatékony”: e probléma felszámolása azonban aligha képzelhető el anélkül, hogy az orvosi béreket és jövedelmeket olyan szintűre hoznák, ami lehetővé teszi és *ki is kényszeríti* ebben a képzettségi csoportban *a hatékony foglalkoztatást*. Az egészségügyi felsőoktatás egészét tekintve ugyanakkor egyértelműen kimondható, hogy nincs „túltermelés” Magyarországon. *Az orvos-ellátottság valamelyes csökkentése* az ellátás veszélyeztetése nélkül csak az egyéb egészségügyi szakszemélyzet *jelentős növekedése mellett* javasolható. Ez feltételezi az e területen uralkodó *jövedelemviszonyok drasztikus átalakítását*.

Amennyiben mindezek a feltételek teljesülnek, lehet némileg csökkenteni az államilag finanszírozott orvostudomány képzés volumenét. A felsőoktatási integráció eredményeképp a négy orvosképző helyből három (Szeged, Pécs, Debrecen) valóban sokkarú integrált egyetem részévé válik. A budapesti integráció inkább csak a szakmai koncentrációt és az alkuerejét növeli, és leginkább a vertikális integráció szempontjából járhat pozitív hatásokkal. A többkarú, több tudományterületen erős integrált intézmények esetében a képzési struktúra átalakítása sem kell, hogy megkérdőjelezze az intézmény egészségének működőképességét, túlélését, és az is igaz, hogy az integráció eredményeképp jogtechnikailag a kar(ok) központi döntésen alapuló megszüntetése is egyszerűbbé válik (kormányhatározattal megoldható), mint a felszámolása.

Bár a fix költségek magas voltára hivatkozó érvelés igaza aligha vitatható, a központi döntésen alapuló intézménybezárás mégsem tűnik jó megoldásnak. A budapesti intézmény (SOTE) relatív súlya az államilag finanszírozott képzésben mindhárom egyetemi szintű képzési területen a 40–50%-ot közelíti az M-2 táblázat szerint. Ennek központi döntésen alapuló felszámolása ezért is, de az intézmény szakmai színvonala és alkuereje okán is elképzelhetetlen. A három vidéki intézmény súlya az általános orvostudomány képzésben nagyjából azonos, ezért nehéz lenne bármelyikén a képzés megszüntetését elhatározni. Az érintett intézmény oktatói nyilván komolyan sérelmeznének egy ilyen döntést, és ugyancsak jelentős alkuerejük révén alighanem hatékonyan fel is tudnának lépni ellene. Ráadásul bármilyen ilyen központi döntés jelentős helyi (önkormányzati) érdekeket is sértene, és e téren is komoly ellenállást, lobbyharcot váltana ki.

Azért sem tűnik ez a megoldás igazán jónak, mert logikája épp *ellentétes azzal a kvázipiaci logikával*, ami a világbanki kölcsönszerződés az államilag finanszírozott létszám elosztásának reformjával foglalkozó mellékletéből (Semjén [1997]), illetve annak továbbfejlesztett változatából (ld. Semjén [1999]) is sugárzik, s ami mellett az oktatási kormányzat a felvételi rendszer továbbfejlesztéséről szóló belső anyagok tanúsága szerint bizonyos mértékig már elkötelezte magát. Ebben a modellben először központilag meghatározott objektív, egységes kritériumok (alapjában véve egy egységesített érettségi-felvételi rendszer) alapján osztanák el a különböző főbb képzési területekre jelentkezők között az egyes képzési területeken rendelkezésre álló államilag finanszírozott férőhelyeket. Megszűnne viszont az ilyen férőhelyek az intézményi alkupozíciókat tükröző, központi, intézmények közti elosztása. A támogatott férőhelyet (illetve az ezt finanszírozó állami támogatást) elnyert hallgatók az intézmények színvonala, képzési kínálata (esetleg további felvételi kritériumai) alapján maguk döntenének arról, melyik intézményt is választják, hol és pontosan mire is „költik el”, használják fel az elnyert képzési támogatást. A támogatott hallgatókért folytatott verseny erősen ösztönözné az intézményeket arra, hogy javítsák a minőséget, és hogy az intézményeken belül az egyes tanulmányi területek férőhely-kínálatát a fizetőképes, illetve a támogatás („utalvány”) által azzá tett jelentkezők keresletéhez igazítsák. Minden egyes intézmény részesedése az államilag finanszírozott helyekből jelezné az adott intézmény eredményességét az általa nyújtott szolgáltatások kereslet-

hez való igazításában, és ez a részesedés végeredményben a hallgatók döntései alapján határozódna meg. Egy ilyen rendszer logikájával ellentétben egy képzési irány központi felszámolása egy intézményben; ugyanakkor ebbe a logikába minden további nélkül beleférne, hogy az egyetemi szintű egészségügyi képzés beiskolázási keretszámait központilag csökkentésük, mondjuk a főiskolai szintű keretek megfelelő bővítésével párhuzamosan. Ebben az esetben, amennyiben a hallgatók döntései nagyjából visszaigazolnák az egyes képzési helyek közti jelenlegi képzési arányokat, elképzelhető, hogy a fajlagos költségek mindenütt emelkednének a csökkenő beiskolázás és a fix költségek magas aránya miatt. Ez – amennyiben a képzési terület fajlagos erőforrás-ellátottságában nem történének változások – csökkentené a képzési kínálat biztosítására fordítható kereteket, ami akár a képzési színvonal általános csökkenését is eredményezhetné. Ez azonban megfelelő – a finanszírozási rendszeren keresztül érvényesülő – ösztönzőkkel központi döntés nélkül is elkerülhető. Az önkéntes profilváltás, az intézmények közti munkamegosztás önkorlátozáson és megállapodáson alapuló kialakítása, a képzési kínálat ennek megfelelő önkéntes korlátozása *jobb és „politikai gazdaságtani” szempontból is kivihetőbb* megoldásnak tűnik számomra a képzési kínálat központi döntés alapján kikényszerített korlátozásánál. A kis számú érintett intézmény közös megegyezésen alapuló önkorlátozása annál reálisabb alternatíva a fajlagos költségek csökkentésére, minél inkább lehetőség nyílik a visszafejlesztést elszedő helyen a főiskolai szintű egészségügyi képzés párhuzamos felfuttatására. Amennyiben a normatív finanszírozás megfelelően erős ösztönzőket közvetít, egy ilyen jelegű önkéntes megegyezésre – tekintetbe véve az érintett intézmények kis számát – minden esély megvan.

*Semjén András*

## Pedagógusok: nők és presztízs a pályán és a képzésben

Nőiesedés? Elnőiesedés? Már az elnevezés bizonytalansága is sokat sejtet. Nyelvünk inkább az elnőiesedésre állna rá – megszoktuk –, de mások figyelmeztetnek így pejoratív kicsengése van a szónak ... Igazuk van. Távol álljon tőlünk minden efféle nemi diszkrimináció, férfigőg...

Ámbár az elnőiesedés utalhat a folyamat stádiumára is. Ma a magyar iskolákban 75% a pedagógusnők aránya – az óvónőket tehát nem is számítva –, erre talán lehet azt mondani, hogy elnőiesedés. Bármely latolgatott kritériumot is vesszük alapul (1. több mint fele, 2. döntő többség, 3. a teljes munkaerő női hányadánál több-e vagy kevesebb). Máris hozzátesszük, hogy világjelenségről van szó, bár az arányok eltérnek, és vannak országok, ahol a nők aránya 50% alatt marad. De Magyarországon sem nőiesedett el minden iskola tanári kara, talán csak nőiesedik. (Mondjuk, az autóközlekedési szakközépiskola.)

Ha egykori híres (8 osztályos) gimnáziumok érettségi tablóit nézzük, csupa bajszos-szakállas férfi néz vissza ránk a tanári karból. Az Aranysárkány (Kosztolányi) tanári karában nincs egy nő sem. Ha mai tablókat szemlélünk – hivalkodó kirakatokban –, férfit alig találunk a felső sorban. Kétesélyes a középső, legnagyobb figura „nemi hovatartozása” ... Az óvodapedagógia még csak-csak, de az „óvodapedagógus” sehogy sem akar meggyökeresedni valóság-érzékeny szép magyar nyelvünkben, hiszen tudjuk, hogy nőről van szó. A gyermekkertecskék „mindig is” női felségterületnek számítottak, elsősorban az intézmény család pótló és szociális jellegével összhangban. (Kivéve az indulás hőskorát, a múlt század középső harmadát, amikor ugyanis az óvodapedagógusok is férfiak voltak!) Az iskoláztatás ezzel szemben komoly állami ügy, állampolgár-nevelés, férfiaknak való foglalatosság. A néptanítói hivatás a nemzetállam eszméjével párhuzamosan erősödött meg Közép-Európában. Nálunk gyakorlatilag ez a múlt