

# A FEKVŐ- ÉS A JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁS, AZ ALAPELLÁTÁS, VALAMINT AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAK- ÉS FELNŐTTKÉPZÉS HELYZETKÉPE ÉS MEGOLDÁSI JAVASLATAI

SZAKDOLGOZÓI NÉZŐPONTBÓL



MAGYAR  
EGÉSZSÉGÜGYI  
SZAKDOLGOZÓI  
KAMARA



2026. MÁJUS

## Tartalomjegyzék

*Fekvőbeteg szakellátás területének szakmai  
problémafelvetései és megoldási javaslatai..... 3*

*Járóbeteg-ellátás területének szakmai  
problémafelvetései és megoldási javaslatai ..... 13*

*Alapellátás területének szakmai problémafelvetései és  
megoldási javaslatai ..... 24*

*Az egészségügy ágazat szak- és felnőttképzési  
fejlesztési koncepciója ..... 34*

*A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara  
hatáskörének bővítésére vonatkozó javaslatok..... 57*

## Preambulum

Az előterjesztés célja, hogy átfogó képet adjon a magyar egészségügyi ellátórendszer – különösen a fekvőbeteg-, a járóbeteg-szakellátás és az alapellátás – működését érintő legfontosabb humán erőforrás-, szervezési, finanszírozási és szakmai problémákról, kiemelten a szakdolgozói oldal nézőpontból. Az egészségügyi szakdolgozói létszámhiány, az elöregedő korfa, a fokozódó szakmai és adminisztratív terhelés, valamint a kiszámíthatatlan életpálya és elégtelen megbecsülés mára rendszerszintű problémává vált, amely közvetlenül veszélyezteti a betegbiztonságot, az ellátás minőségét és az egészségügyi ellátórendszer fenntarthatóságát.

A fekvőbeteg-ellátásban a túlterheltség, – amely a szakdolgozó, ezen belül is a szakápoló hiány következménye –, a munkahelyi stressz, a szakmai presztízs csökkenése és a kedvezőtlen munkakörülmények egyre nehezebbé teszik a szakdolgozók megtartását. A járóbeteg-szakellátásban a szakemberhiány, a finanszírozási és informatikai problémák, valamint a szervezetlen betegutak okoznak jelentős működési nehézségeket, miközben ez az ellátási szint kulcsszerepet tölt be az alapellátás és a fekvőbeteg-ellátás között. Az alapellátásban a szakdolgozók szerepe jelentősen kibővült a prevenció, a gondozás, az edukáció és a koordináció területén, ugyanakkor a rendszer működését humán erőforrás-hiány, növekvő adminisztratív terhek, finanszírozási elégtelenségek és rendezetlen kompetenciaviszonyok nehezítik.

Az előterjesztés olyan rövid- és középtávon megvalósítható javaslatokat fogalmaz meg, amelyek célja a szakdolgozói hivatás vonzerejének növelése, a munkakörülmények és a finanszírozás javítása, a teamalapú működés és a kompetenciarendszer megerősítése, valamint a betegutak és az ellátási együttműködések fejlesztése. A javaslatok közös célja egy biztonságosabb, hatékonyabb és fenntarthatóbb egészségügyi ellátórendszer kialakítása, amelynek köszönhetően megfelelő szakmai és társadalmi megbecsülés biztosítható az egészségügyi szakdolgozók részére.

Napjainkban a hazai egészségügyi szakképzés több ponton olyan kihívásokkal szembesül, amelyek hosszú távon a képzés minőségét és az utánpótlás biztosítását is veszélyeztetik. A gyakorlati képzőhelyek eltérő kapacitásai, a kompetenciakövetelmények változó érvényesülése, a vizsgarendszer szakmai egyenetlenségei és az uniós követelményekhez való alkalmazkodás nehézségei együttesen jelzik, hogy a jelenlegi struktúrában erősítésre szorul az ágazati szerepvállalás.

A megoldási javaslatok célja nem új intézményi struktúrák kialakítása, hanem a meglévő szakmai együttműködések erősítése, kiszámíthatóbbá tétele, illetve a súlypontok áthelyezése. A rendszer jövőbeli stabilitása szempontjából fontos, hogy az ágazati szabályozás és a gyakorlati megvalósítás között szorosabb szakmai koordináció jöjjön létre, amelyhez a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara megerősített szerepvállalása hatékony és hosszú távon is fenntartható megoldást kínál.

A biztonságos betegellátás egyik alappillére a megfelelően képzett, elégedett, erkölcsileg és anyagilag is elismert szakdolgozó.

# Fekvőbeteg-szakellátás területének szakmai problémafelvetései és megoldási javaslatai

A fekvőbeteg szakellátás a lakosság közelében, háziorvosi vagy szakorvosi beutalóval, valamint a beteg jelentkezése alapján igénybe vehető kórházi ellátást jelent. Főbb formái az akut, elektív (tervezett) ellátás, a krónikus ápolás, egyszeri vagy kúraszerű beavatkozás meghatározott megfigyelési idővel, valamint a rehabilitáció.

## A fekvőbeteg ellátás strukturális felosztása

- Akut ellátás: Akut megbetegedések esetén, gyors diagnosztikát, intenzív ellátást igénylő esetek, ahol elsődleges cél az állapot gyors stabilizálása.
- Aktív fekvőbeteg szakellátás: tervezett kivizsgálás, elektív műtéti ellátás, tervezett gyógykezelés.
- Krónikus/Ápolási ellátás: olyan betegek ellátása, akiknek állapota nem igényel folyamatos orvosi beavatkozást, de ápolásra, gondozásra szorulnak, mivel betegségük tartós vagy végleges állapotú.
- Egyszeri vagy kúraszerű beavatkozások: olyan beavatkozások, amelyek után a beteg meghatározott idejű megfigyelésre szorul.
- Rehabilitáció: részben a fekvőbeteg szakellátás intézményi keretei között az egészségi állapotukban károsodottak segítése, meglévő képességeik fejlesztése a társadalmi reintegráció érdekében.

## Intézményi szintek

- Városi kórházak: Alapvető szakmák (belgyógyászat, sebészet, szülészet-nőgyógyászat, csecsemő-és gyermekgyógyászat).
- Centrum/ Vármegyei kórházak: Magasabb szintű, speciális ellátások.
- Országos intézetek/Egyetemi klinikák: Speciális, nagy szaktudást igénylő ellátások.

A fekvőbeteg szakellátás minden intézményben folyamatos, 24 órás orvosi és szakápolói ellátást biztosít.

A finanszírozás alapja az aktív szakellátásban a Homogén Betegségcsoportok (HBCs) rendszere, amely a megközelítőleg azonos költséggel járó ellátási eseteket egy csoportba sorolja, és az egyes csoportokhoz súlyszámokat rendel, amely megmutatja, hogy az adott csoportba tartozó ellátás költsége hogyan aránylik az összes kórházi eset átlagos költségéhez. A krónikus ellátás a kórházban eltöltött időt díjazza.

## Igénybevétel rendje

A fekvőbeteg ellátás általában beutalóhoz kötött, amelyet a háziorvos vagy szakorvos állíthat ki. Sürgősségi esetekben az ellátás beutaló nélkül is megkezdődik.

## A fekvőbeteg ellátás intézményei tulajdonosuk, fenntartójuk szerint lehetnek

- Állami
- Alapítványi
- Egyházi és
- Magán intézmények

A biztosított a fekvőbeteg szakellátás keretén belül térítésmentesen, részleges térítési díjjal és kiegészítő díjjal jogosult igénybe venni a szolgáltatásokat.

A fekvőbeteg ellátás problémái az ágazat valamennyi szintjén megjelennek.

**Alapvetés** - A fekvőbeteg ellátás helyzetét alapjaiban határozza meg az egészségügyre fordított központi források mértéke.

A **2025.** évi OECD mutatók szerint (Health at a Glance 2025 OECD Indicators) **Magyarországon az egy főre jutó egészségügyi kiadás** 3303 dollár, ami jelentősen alacsonyabb az OECD átlagnál (5967 dollár). Ez a **GDP 6,5 százalékát teszi ki**, míg az OECD átlag 9,3 százalék.

Az ágazat működtetéséhez, a hatékony gyógyításhoz/ápoláshoz, a szakemberek megtartásához rendelkezésre álló pénzügyi források elmaradnak a tényleges szükségletektől.

A strukturális alulfinanszírozottság következményei a hosszú várólisták, a szakemberhiány és bérfezültség, elavult infrastruktúra, valamint az adósságspirál, amely az év végi konszolidáció ellenére mindig újra és újra megjelenik.

A forráshiány miatt az intézmények kénytelenek korlátozni bizonyos ellátásokat, képtelenek a megnövekedett betegigények teljes körű kielégítésére, mivel az állami egészségügyre keveset költ a kormány, ezért egyre több beteget terelnek át a fizetős magánegészségügybe.

## Megoldási javaslatok

- Az egészségügyre fordított GDP közelítése az uniós átlaghoz.
- Mind az aktív (HBCs), mind pedig a krónikus ellátás finanszírozásának felülvizsgálata, valós ráfordítási költségekhez történő igazítása az intézmények adóságállományának megszüntetése érdekében.
- A krónikus fekvőbeteg ellátás finanszírozása esetén kerüljön eltörlésre az a szabály, hogy 6 hónapot meghaladó krónikus belgyógyászaton töltött idő esetén a finanszírozás napidíja 1,63-as szorzóról 1,43-ra csökken (43/1999. (III.3.) Korm. rendelet 8. melléklete).

## A fekvőbeteg ellátás helyzetértékelését az alábbi szempontok mentén kívánjuk elvégezni:

- Struktúra/szakdolgozói erőforrások diszkrpanciája
- Alacsony ápolói, szakdolgozói presztízs
- Betegellátás problémái/ munkahelyi stressztényezők horizontális és vertikális szinteken

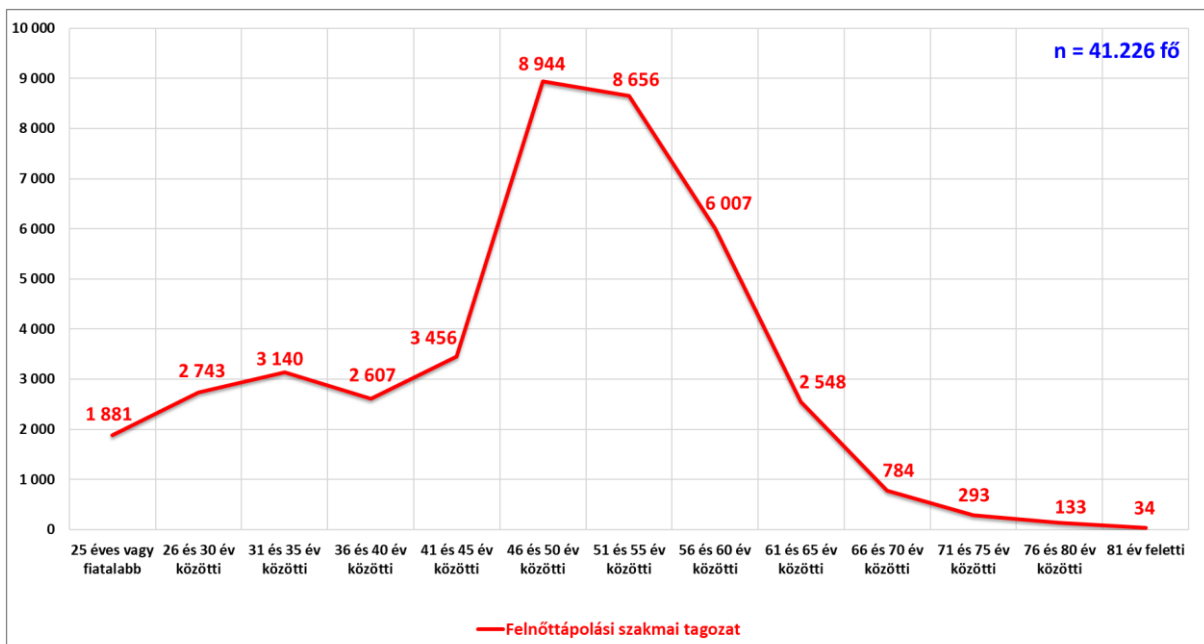
## 1. Struktúra/szakdolgozói erőforrások diszkrepanciája

Az azonos szintű fekvőbeteg ellátóhelyek között ellátási egyenlőtlenség figyelhető meg, amely a területi ellátási kötelezettség mértékében, az ellátottak számában, az ellátás minőségében, az orvosi- és szakdolgozói létszámban mutatkozik meg.

A hazai fekvőbeteg ellátórendszer súlyos HR problémákkal küzd, több tízezer szakdolgozó hiányzik a rendszerből. Ez a mértékű létszámhiány veszélyezteti az ellátás minőségét!

Az elmúlt időszak kormányzati intézkedéseinek (Covid védőoltások kötelezővé tétele; egészségügyi szolgálati jogviszony bevezetése; az egészségügyi szakdolgozói bértábla drasztikus átalakítása, a bértáblán belül az alap és kiemelt kategóriák bevezetése; pótlékok eltörlése; a béremelés elmaradása) következményeként, jelentős számban távoztak szakdolgozók az állami fekvőbeteg ellátásból.

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara tagnyilvántartása szerint a szakdolgozók átlagéletkora 47,3 év, **huszonötezer kolléga 58 évesnél is idősebb**. Az elmúlt egy évben több ezerrel csökkent a kamarai tagok száma, melynek oka, hogy ennyien elmentek nyugdíjba és nem is dolgoznak mellette. A jelenlegi szakdolgozói létszámmal nem működtethető tovább a fekvőbeteg ellátórendszer, a betegek ellátása napról-napra csökkenő ápolói létszámmal folyik, mely egyre súlyosbodó veszélyforrásként van jelen az egészségügyi ellátórendszerben. Felnőtt ápolás (**1. ábra**), aneszteziológia és intenzív terápia, műtőszolgálat és labor diagnosztika tekintetében a létszámhiány kritikus.

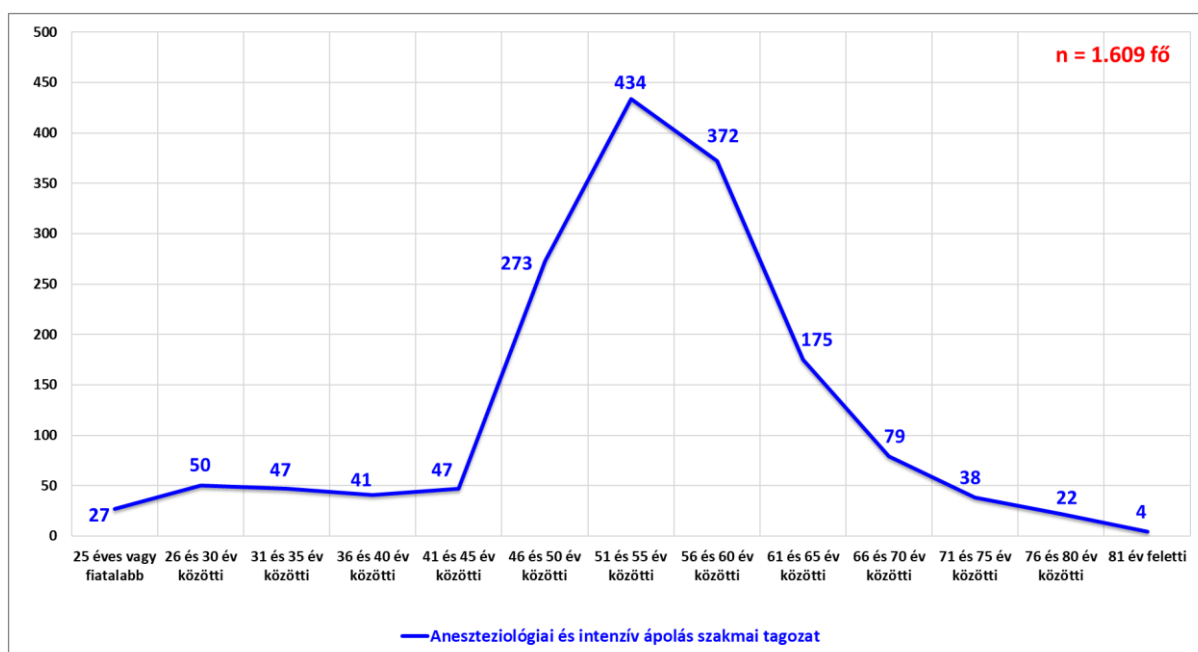


**1. ábra** A fekvőbeteg szakellátás területén foglalkoztatott felnőtt ápolási szakmai tagozat életkori megoszlása (Forrás: MESZK, Kamarai Tagnyilvántartás, 2026. március)

Jelentősnek mondható azok száma, akik felnőtt szakápolói képesítéssel rendelkeznek, de nem teljes, hanem részmunkaidőben foglalkoztatottak. Ugyancsak magas a szakképzetlenek aránya,

az intézmények az alacsonyabb bértéher miatt részesítik előnyben az alkalmazásukat. Az egyre csökkenő számú, teljes munkaidőben foglalkoztatott szakképzett dolgozóra ezért egyre növekvő munkateher hárul. Az elmúlt években a túlórák mértéke extrém módon növekedett, vannak olyan területek, ahol havi 220-240 munkaórát teljesítenek az ápolók a 168-174 óra helyett, azaz 20-30 százalékkal többet dolgoznak havonta pihenő idejük, pihenő napjuk terhére. Ez önkizsákmányolás, mely hosszú távon egészségkárosodáshoz, mentális kimerüléshez vezet, ami megalapozza a pálya elhagyását.

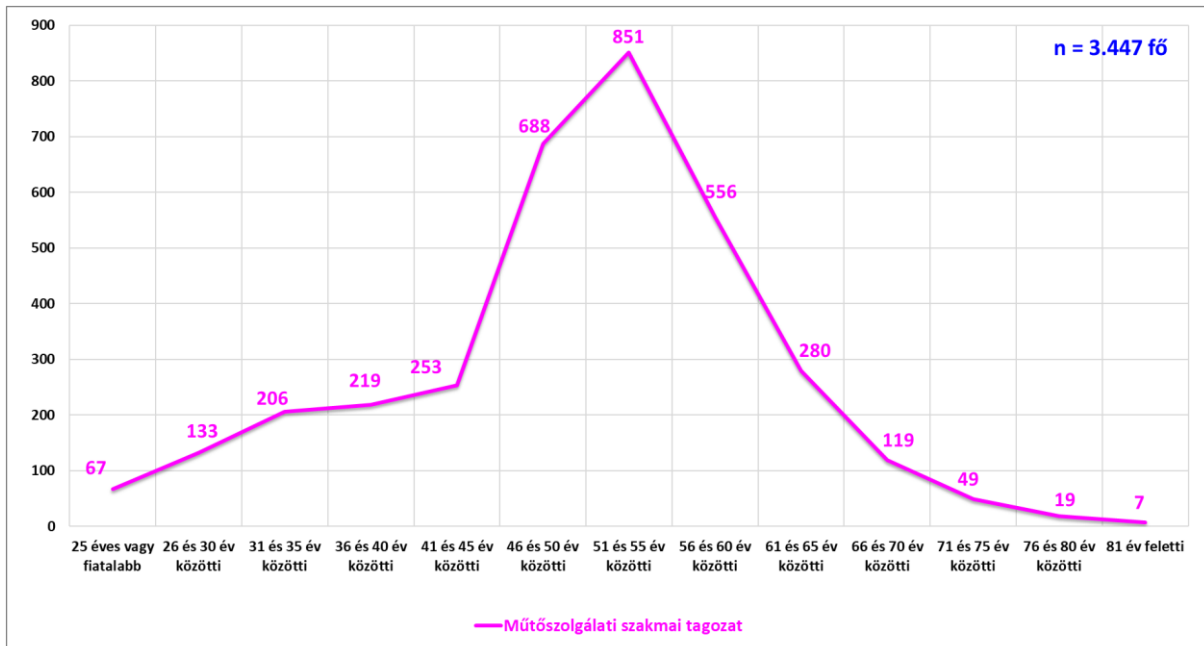
Aneszteziológia és intenzív terápia területén (2. ábra), az 1 609 szakasszisztensből 1 079-en 46 és 60 év közöttiek. 25 és 45 év közöttiek létszáma ezzel szemben 212 fő. Ha a nyugdíj mellett foglalkoztatottak kikerülnek a rendszerből, akkor az ellátás ezen a szakterületen teljes mértékben összeomlik. Működésképtelenség határán vannak a műtők és intenzív osztályok.



2. ábra A fekvőbeteg szakellátás területén foglalkoztatott aneszteziológiai és intenzív ápolás szakmai tagozat életkori megoszlása (Forrás: MESZK, Kamarai Tagnyilvántartás, 2026. március)

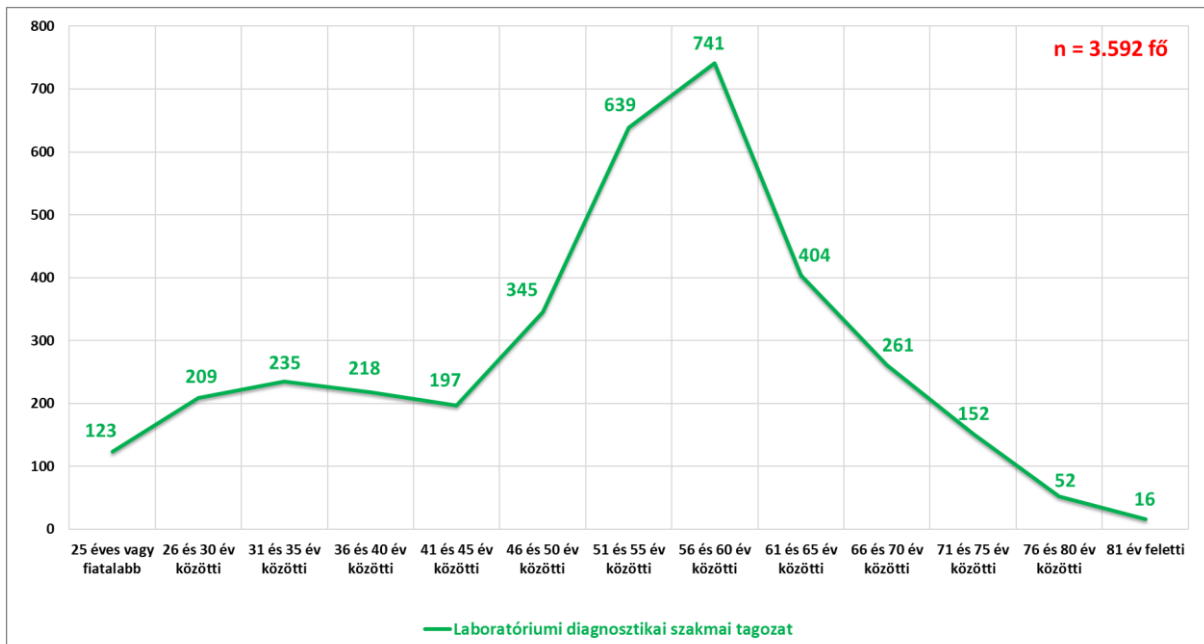
A 3. ábrán a műtőkben feladatot teljesítő szakdolgozók életkori megoszlását láthatjuk. A görbe legmagasabb pontja az 51-55 éves korosztályt képviseli. A pályakezdekők száma jelentősen alulmarad a hamarosan nyugdíjba vonulók, vagy már nyugdíj mellett dolgozók számához képest, ezért az utánpótlás kérdése itt kiemelten kezelendő feladat kell, hogy legyen.

A drasztikusan alacsony fiatal korosztály létszáma a jövőbeli műtéti ellátási hiány veszélyét hordozza magában. A műtéti folyamatokban való részvétel magas szintű speciális szaktudást, extrém fizikai állóképességet, nagyfokú koncentrációt igénylő feladat. A műtőkben dolgozó, kritikus létszámú szakdolgozói karnak, arányaiban több műtéthez kell asszisztálniuk, ennek következtében egyre nagyobb a hibázás kockázata, nő a stresszfaktor, amely kiégéshez vezet. Hiába van orvos, ha nincs műtős szakasszisztens és műtőssegéd, a beavatkozást nem lehet elvégezni, ez pedig az akut és az elektív műtétek időben történő kivitelezését veszélyezteti, a műtétek számának csökkenéséhez, valamint a várólisták növekedéséhez vezet.



**3. ábra** A fekvőbeteg szakellátás területén foglalkoztatott műtőszolgálati szakmai tagozat életkori megoszlása (Forrás: MESZK, Kamarai Tagnyilvántartás, 2026. március)

A laboratóriumi diagnosztika is hasonló problémával néz szembe (**4. ábra**). Az ezen a területen tevékenykedő szakdolgozók legnagyobb számban az 56-60 éves korosztályt képviselik, de jelentős számmal vannak jelen az 51-55 évesek is. Ha ennek a két korcsoportnak a tagjai és a nyugdíj mellett foglalkoztatott asszisztensek, szakasszisztensek is kikerülnek az ellátórendszerből, akkor igen komoly szakember hiánnyal kell számolni.



**4. ábra** A laboratóriumi diagnosztikai szakmai tagozat életkori megoszlása (Forrás: MESZK, Kamarai Tagnyilvántartás, 2026. március)

## Megoldási javaslatok

- Ágazati szintű stratégia kialakítása a szakdolgozói HR helyzet kezelésére.
- Egészségügyi szakdolgozói bértábla rendezése.
- Munkakörülmények fejlesztése.
- Szakmai leterheltség csökkentése.
- Reális minimumfeltételek meghatározása.
- Rugalmas munkaidőben történő foglalkoztatás.
- A műszakátadás munkaidőnek történő elismerése.
- Egyértelmű szakmai előmeneteli rendszer biztosítása.
- Anyagilag is elismert mentor-rendszer.
- A kötelező és szabadon választható továbbképzéseken való részvétel biztosítása.
- Szociális támogatási rendszer bevezetése.
- Szakmai ösztöndíjprogramok.
- A gyermeket vállaló szakdolgozók visszafoglalkoztatását és a gyermekfelügyeletet támogató program bevezetése.
- A korábban végzett, pályaelhagyók reintegrálása.
- A külföldön munkát vállalók hazai foglalkoztatásának megteremtését biztosító program kidolgozása.

## 2. Alacsony ápolói, szakdolgozói presztízs

2025. szeptemberében a Publicus Intézet 1 000 gyermekes szülő körében végzett felmérést. A vizsgálat célja volt többek között azt megtudni, hogy a szülők hogyan vélekednek az egészségügyi pályaválasztás lehetőségéről.

Arra a kérdésre, hogy javasolná-e gyermekének az egészségügyet, ezen belül az orvosi hivatást tízből négy szülő a nem javasolnám választ jelölte meg. A szülők többsége pedig egyáltalán nem javasolná, hogy ápolónak tanuljon a gyermeke. Közel minden ötödik válaszadó (18 százalék) szerint „az elmúlt 5-10 évben romlott az ápolók megbecsülése a fizetésüket és munkakörülményeiket is beleértve”.

Társadalmi megbecsülés nincs anyagi megbecsülés nélkül. Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény átalakította az egészségügyi dolgozók foglalkoztatásának jogi kereteit. Az egészségügyi szakdolgozók körében 2024. március 1-től megszűnt a szakmai gyakorlatot elismerő, automatikus, 3 évenkénti magasabb fizetési osztályba történő átsorolás. Az sem javította a kialakult helyzetet, hogy belügyminisztériumi ajánlás alapján a szakmában eltöltött évek összevonásával az egyes bérkategórián belül három közbenső sávot határoztak meg. A szakdolgozói bértábla megszüntette a kiszámítható anyagi előmeneteli rendszert, és e miatt jelentősen eltért a gyógyító team más tagjainak kialakított – a ledogozott éveket a szakmai életpálya végéig figyelembe vevő – bértábla rendszertől. Az új szakdolgozói bértábla (illetményrendszer) túl nagy mozgásteret engedett a munkáltatónak az egyes bérkategóriákba történő besorolásnál. A minimális és maximális béren belül a menedzsment saját hatáskörben dönthet a pontos összegről. Ez bérfeszültséget okozott az azonos munkakörben, azonos tapasztalattal dolgozók között. Az új besorolási rendszer nem követi automatikusan a szolgálati idő növekedését 16 év munkatapasztalat után, ezáltal a 20-30-40-45 éve dolgozók bére közel

azonos a 16 éves gyakorlattal rendelkezők bérbesorolásával. Az így kialakított szakdolgozói bértábla 3 fizetési oszlopában (III. alap, kiemelt IV. alap, kiemelt, V. alap, kiemelt) „pályakezdő” sávja tartalmazza a „tapasztalt” bérkategória minimum összegét, így akár a pálya kezdetétől, egészen nyugdíjba vonulásáig ugyanazzal a bérrel foglalkoztatható a szakdolgozó (III. alap: 530 eFt, III. kiemelt: 590 eFt, IV. alap: 600 eFt IV. kiemelt 730eFt, V. alap: 750 eFt V. kiemelt 820eFt).

A szakdolgozók kedvezőtlen korösszetétele miatt, a dolgozók 70 százaléka a „tapasztalt” (BM Ajánlása a 2024. évi szakdolgozói béremelés végrehajtására) kategóriába tartozik, ők azok, akik több mint 16 éve dolgoznak az egészségügyben, mégis egy bérbesorolási kategóriába tartoznak. A pótlékok rendszere is beépült az új bértábla rendszerbe, hiánya bizonyos munkakörökben (pszichiátria, sebészet) reálbércsökkenést, korábbi juttatások elmaradását eredményezte. Területi és intézményi egyenlőtlenségek alakultak ki, a kórházak anyagi helyzetük függvényében eltérő béreket fizetnek, ami a szakdolgozók elvándorlását okozza a jobban fizető intézmények felé. Összességében a rendszer a kiszámíthatóság csökkenését és az intézményi szintű béralku kényszerét hozta el, ami növeli a feszültséget a szakdolgozók körében.

2025-ben az orvosok átlag bruttó keresete 2,2 millió forint, a szakdolgozóké 800 ezer forint volt 220-240 ledolgozott munkaóra után. Ez elmarad attól a bérfelzárkóztatási aránytól, amit a korábbi kormány tűzött ki célul. A képzett, több szakképesítéssel is rendelkező egészségügyi szakdolgozót egyáltalán nem értékeli a rendszer, és a jelenlegi jogszabályi rendszer ellehetetleníteni a hatékony önérvényesítést.

### Megoldási javaslatok

- Egészségügyi szolgálati jogviszonyra vonatkozó jogszabályok újragondolása.
- Jogszerű működés és egységes jogalkalmazás biztosítása országos szinten.
- Anyagi elismerés és bérrendezés (bérfeszültség feloldása, orvos és szakdolgozói bér közötti olló zárása, szakdolgozói bér érdemi és rendszeres emelése a megélhetési költségekhez és felelősséghez igazítva).
- Differenciált pótlékrendszer bevezetése (nehéz munkakörülmények pl. sürgősségi, intenzív szakellátás, és speciális szakképzettség pl. radiológia, kardiológia).
- Ágazati cafeteria rendszer bevezetése.
- Szakmai elismerési rendszer kialakítása; egészségügyi ágazati (miniszteri) kitüntetések adományozásának bővítése.
- A pályán maradó, tapasztalt szakdolgozók számára hűségjutalom bevezetése ágazati szinten (szolgálati elismerés).
- Ápolási igazgatók munkáltatói jogkörének visszaállítása.
- Médiakampányok az ápolói hivatás elismertségének növelésére és a szakmai méltóság helyreállítására.
- Munkahelyi környezet javítása: orvos és szakdolgozó közötti együttműködés javítása a kölcsönös tisztelet jegyében.

### 3. Betegellátás problémái/munkahelyi stressztényezők horizontális és vertikális szinteken

Pszichés és fizikai végkimerülés jellemzi ma a szakdolgozókat. Az egyre kevesebb szakdolgozóra egyre több feladat hárul. A folyamatosan emelkedő többletmunka, túlóra hatalmas fizikai és pszichés megterhelést okoz. Már nem vonzó a vezetői munkakör sem. Egyre nehezebb a meghirdetett középvezetői állásra pályázót találni. Ennek egyik oka a műszakbeosztások kivitelezhetetlensége, melynek felelőssége a középvezetőre hárul. Stressztényező az osztályok műszakbeosztásában az orvos/ápoló arány: 1-2 ápolóra számos esetben akár 3-4 orvos jut. Munkahelyi feszültség, a nyílt párbeszéd hiánya nehezíti a szakmai munkát. Bizonyos szakmaterületeken drámai módon csökkent a szakápolói létszám. Tekintettel arra, hogy a pszichiátriai megbetegedések száma egyre nő, ugyanakkor a speciális ismereteket igénylő pszichiátriai ápoló képzés kikerült az államilag támogatott képzési palettáról, ezen a szakterületen kifejezetten megjelenik a szakápoló hiánya. A nehéz munkakörülmények, a speciális szaktudást igénylő betegcsoport, a szakorvosi létszám csökkenése szintén hozzájárulnak ezen és más szakterület HR problémáihoz. Megoldásra váró probléma a mentőtisztek helyzete, akik a sürgősségi betegellátó osztályokon orvosi tevékenységet végeznek kompetenciájuk rendezettsége és jogi védelem nélkül.

A fekvőbeteg ellátás területén a szakmai személyi minimumfeltételek nem valósulnak meg, a túlterhelés a betegbiztonságot veszélyezteti és kiégés szempontjából is kiemelt jelentőségű. A súlyos állapotú betegek ellátása, valamint az életvégi ellátások, a betegek/hozzá tartozók részéről érkező verbális és fizikális agresszió komoly lelki terhet jelent. Már az aktív ellátásban is nagyon sok a fekvő, teljes ellátásra szoruló beteg. A krónikus osztályok kénytelenek átvenni az aktív osztályokról a még valójában aktív ellátásra szoruló betegeket, másrészt náluk várják ki a betegek az idősothoni ellátásba kerülést a több éves várólista miatt. További megterhelést jelent a szakdolgozók számára a betegek és hozzátartozóik oktatása, követése is külön kapacitást igényel. A hozzátartozók gyakran irreális elvárásokat támasztanak az ellátókkal szemben.

Az egymásnak ellentmondó, gyakran változó vezetői utasítások, felelősségre vonások, beszámoló jelentések írásának és a folyamatos adatszolgáltatások kötelezettsége, az Ápolást Támogató Rendszer bevezetése során felmerült technikai, és alkalmazási problémák, a biometrikus beléptető rendszer aggályos bevezetése, valamint a fizikai és verbális agresszió megszorodása együttesen hozzájárulnak a rossz szakdolgozói közhangulathoz és a szervezeti kultúra nem megfelelő irányba történő változásához, a szakemberek kiégéséhez, valamint a szakdolgozói pálya elhagyáshoz.

A betegbiztonságot veszélyeztető tényező, hogy az intézményekben háttérbe szorul az infekciókontroll, melyek a nosokomiális fertőzések számát növeli. Ennek egyik jelentős oka szintén az epidemiológiai végzettségű szakemberek számának drasztikus csökkenése.

Dolgozók részére biztosított munkaruha mennyisége, és a jelenlegi szakdolgozói gyakorlat szerint megvalósuló (otthoni) tisztítása nem biztosítja a kórházi higiénés szabályok maradéktalan teljesülését. Elfogadhatatlan, hogy az egészségügyi munkavállalók jelentős része nem megfelelő, rossz minőségű munkaruhában, védőeszközben végezze munkáját, valamint, hogy háztartási

körülmények között maguk mossák munkaruhájukat. Ezzel veszélyeztetik a családjuk egészségét is.

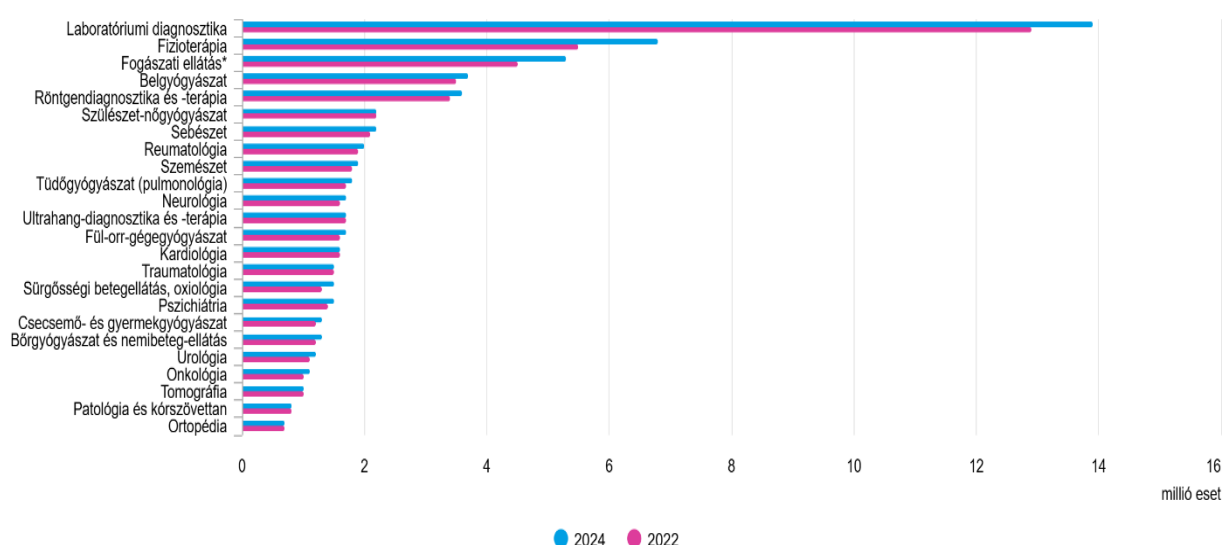
A nem megfelelő munkakörülmények egyik oka, hogy az orvostechnikai és ápolási eszközök folyamatos karbantartása, ellenőrzése elmarad, a berendezések fokozott igénybevétele gyorsítja az amortizációt, a szükséges eszközök pótlása, cseréje nem történik meg. Egyre nagyobb a lemaradásunk nemzetközi összehasonlításban a korszerű, innovatív ápolást és betegellátást segítő technológiák hazai bevezetésének és alkalmazásának területén. Az új evidenciákon alapuló szakmai irányelvek alkalmazásának elmaradása szakdolgozói területeken tovább rontja a hazai ápolásügy megítélését mind az ellátottak, mind pedig nemzetközi ápolásszakmai körökben.

### Megoldási javaslatok

- Ágazati szintű stratégia kialakítása a szakdolgozói HR helyzet kezelésére.
- Egészséges és biztonságos, korszerű technológiákat alkalmazó munkakörnyezet kialakítása.
- Megfelelő munkaruha és intézményi mosatásának biztosítása.
- Az infekciókontroll szerepének priorizálása a kórházhigiénés szolgálatok megerősítésével.
- Támogató, motiváló, együttműködő munkahelyi közösség kialakítását és fenntartását segítő ágazati intézkedések meghozatala.
- Retorziómentes, nyílt, őszinte, párbeszédre alapuló kommunikáció elősegítése.
- Adminisztratív terhek csökkentése, egészségügyi adminisztrátor képzés indítása.
- Osztályátadás-átvétel munkaidő keretbe történő beszámítása.
- Az ápolás tárgyi feltételeinek biztosítása, innovatív, valóban az ápolási munkát könnyítő, segítő technikák alkalmazása.
- A korábban bevezetett ÁTR rendszer alkalmazásának felülvizsgálata a gyakorlati tapasztalatok alapján.

## Járóbeteg-ellátás területének szakmai problémafelvetései és megoldási javaslatai

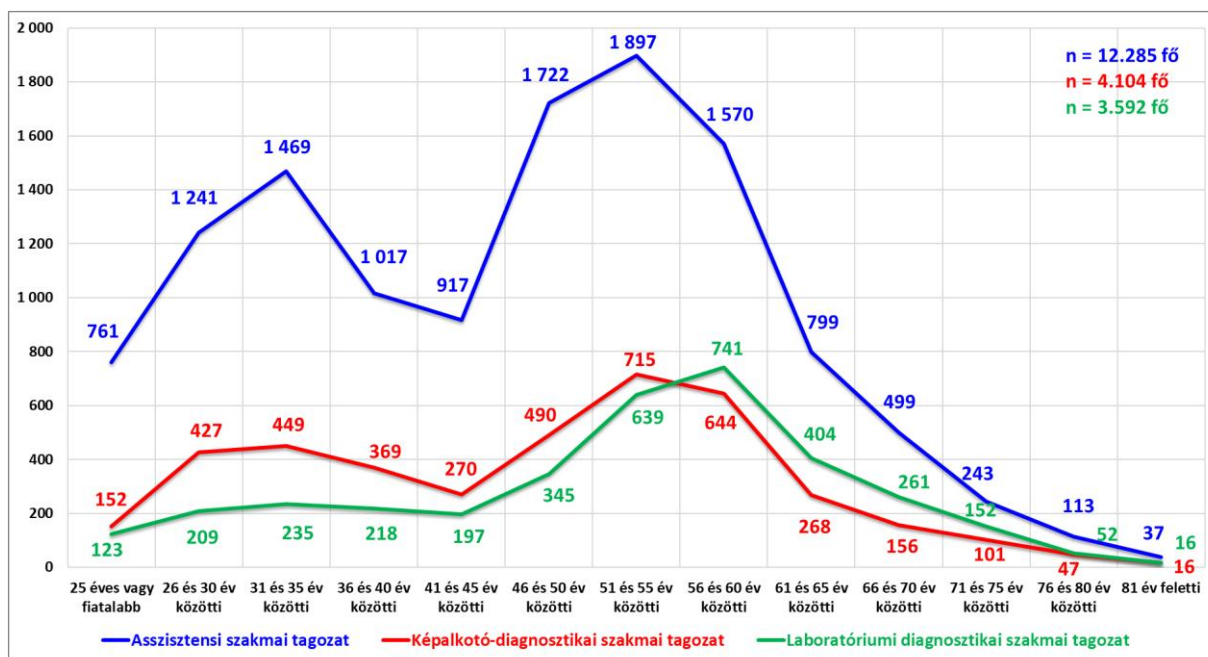
A járóbeteg-ellátás a mai egészségügyi ellátórendszer szerkezetében transzmissziós szerepet tölt be az alapellátás és a fekvőbeteg-ellátás között. A járóbeteg-ellátás egyrészt végzi az alapellátásban megjelenő páciensek kivizsgálását, gyógyítását a különböző szakorvosi vizsgálatokkal és kezelésekkel, a képalkotó- és labor diagnosztika által nyújtott vizsgálati eredményekkel, másrészt a járóbeteg-ellátás szakterületei tevékeny részt vállalnak a fekvőbeteg-ellátást nem, de folyamatos szakorvosi gondozást igénylő betegek kezelésében (5. ábra). A járóbeteg-szakellátás működésében tapasztalható nehézségek nem elszigetelt problémák, hanem rendszerszintű beavatkozást igénylő kérdések.



\*Fogászati alap- és szakellátás együtt.

**5. ábra** A megjelenések számának alakulása a járóbeteg-ellátásban az évi legalább 500000 megjelenést lebonyolító szakmák szerint (KSH, 2025)

A KSH oldalán elérhető 2022-24-es adatok is rámutatnak arra, hogy a járóbeteg-ellátás keretén belül számos szakterületen kiemelt esetszámmal folyik a betegek gyógyítása. Egyes speciális szakterületek, mint például az egynapos sebészet, endoszkópia, dialízis, fizioterápia és gyógytorna, dietetikai szakellátás, diabetes-, obezitás-, nefrológiai, gasztroenterológiai, onkológiai és kardiometabolikus betegegyógyítás ugyancsak a járóbeteg-ellátás keretén belül segítik a betegek gyógyulását. A különböző szakterületeken folyó ellátás a szakmaterületeknek megfelelő speciális szakképzettséggel és gyakorlati tapasztalattal rendelkező szakdolgozók mindennapi jelenlétét igényli. A járóbeteg-ellátás fontosságával nem áll arányban az itt folyó ellátás szakmai és erkölcsi elfogadottsága, anyagi elismerése. Mindezek miatt nem vonzó sem a fiatal szakorvosoknak, sem a fiatal szakdolgozóknak a „szakrendelői környezet”. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) tagnyilvántartó adatai jól mutatják, hogy a járóbeteg-ellátásban a szakdolgozók átlagéletkora eltolódik a magasabb életkor felé (6. ábra).



6. ábra A járóbeteg szakellátás területén foglalkoztatottak életkori megoszlása tagozatonként (Forrás: MESZK, Kamarai Tagnyilvántartás, 2026. március)

Az asszisztensi tagozat 12 285 fő, a képző diagnosztikai tagozat 4 104 fő, míg a labor diagnosztikai tagozat 3 592 fő szakdolgozóval képviselteti magát, ők az összes nyilvántartott szakdolgozó mintegy 16%-át jelentik. Azonban ez az arányaiban kis létszámú szakdolgozói közösség nagyon fontos szerepet tölt be az egészségügyi ellátás rendszerében. Mindhárom tagozatnál megfigyelhető, hogy a tagok több, mint fele a 45 év feletti korosztályhoz tartozik. Az asszisztensi tagozatnál a tagok majdnem 2/3-a 45 év feletti, a grafikonból látható, hogy ha csak a 60 év feletti nyugdíjas korosztály távozik a munkából, már akkor több, mint 2000 fő hiányozni fog a rendszerből.

2026. január 1-től a nyugdíjas egészségügyi dolgozók végre egyszerre kaphatják meg a fizetésüket és a teljes nyugdíjukat, megszűnt a kettős kifizetés tilalma. Ez jelentős hatással bírt a szakdolgozók megtartásában is, hisz a rendszer még mindig az idősödő kollégák munkaejére támaszkodik.

A járóbeteg ellátásban megfigyelhető munkaidő- és munkabér problémák is hozzájárulnak ahhoz, hogy a fiatal szakdolgozók miért nem választják a járóbeteg ellátás területeit. A szakorvosi rendelési idő jórészt kevesebb, mint napi 8 óra. Járóbeteg szakrendeléseken az ápolók az orvosok egyéni munkarendjéhez igazítottan végzik munkájukat, egy nap több szakrendelésen, különböző szakorvosok mellett tevékenykednek. Ez az eltérő munkaidő- és szakterületi beosztás nem kerül anyagilag ellentételezésre, szakterületi- és szakmai szorzó a bérezésnél pedig hiányzik. Gyakran kerülnek olyan szakterületre az asszisztensek, amelyek speciális ismereteket igényelnek, de ők nem rendelkeznek az arra irányuló képzettséggel. Ez a betegellátás színvonalát és a betegek biztonságát is veszélyezteti, mindamelllett, hogy az asszisztenseknek nagyfokú lelki megterhelést jelent az, hogy - önhibájukon kívül - nem tudják a feladataikat az elvárt szinten teljesíteni szakmai és gyakorlati tapasztalat hiányában. Az asszisztensek a szakmai feladataik mellett adatrögzítői-

orvosírnoki tevékenységet is végeznek. Miközben az asszisztensekre háruló szakfeladat – orvosi kompetenciába tartozó feladatok átvétele/átruházása is – folyamatosan emelkedik, egyre több az adminisztrációs teher.

Indokolt lenne mindenhol orvosírnokok alkalmazása, így az asszisztensek, szakasszisztensek szakmai feladataikra összpontosíthatnának, több idő jutna a betegek szakellátására, betegegyesítésre, növekedne az ellátás minőség, a betegbiztonság és a betegelégedettség. Jelenleg az adminisztráció több időt vesz igénybe, mint a páciens tényleges ellátása.

A szakdolgozó hiány, a váltakozó munkaidő- és szakterületi beosztás növeli a dolgozók körében az elégedetlenséget, mely hosszabb távon a dolgozók kiégését eredményezi és pálya elhagyáshoz vezet. A kompetenciák és a felelősségi szintek tisztázatlansága, a változó beosztás, az önhibán kívüli szakmai hiányosságok együttesen növelik a munkavégzés során a hiba lehetőségét, romlik az ellátás színvonala.

A középszintű képzések területén elérhető szakasszisztensi képzések nem túl népszerűek, jellemzően több szakterületre jelentkezőkből áll össze egy-egy induló évfolyam. A járóbeteg ellátásban (asszisztens területen belül) jelen lévő számtalan szakmaterület, valamint az önállóan is végezhető speciális diagnosztikai vizsgálatok (pl. neurofiziológia, kardiológia, audiológia), a gondozás és kúraszerű ellátás, valamint az egynapos ellátás keretében elérhető műtéti ellátások indokoltá tennék egy asszisztensi BSc alapképzés kidolgozását, mely kiváló alapot adhatna az eltérő szakmai irányoknak megfelelő szakirányú posztgraduális képzéseknek. A diplomás szakdolgozók magasabb aránya emeli a járóbeteg-ellátás, – mint szakterület – társadalmi elfogadottságát, megbecsülését, nem is beszélve az ellátás szakmai színvonalának emelkedéséről.

A járóbeteg-szakellátás biztonságos és kiszámítható működése tovább már nem tartható fenn a munkaterheléshez igazodó, valós elszámoláson alapuló finanszírozás, a szakdolgozói bérrendezés és a strukturális ellátásszervezési kérdések rendezése nélkül. A Versenyképes Járások Program hiányában érdemi eszközfejlesztés nem történik, ami hosszú távon az ellátás színvonalának romlásához vezethet. Önkormányzati fenntartású járóbeteg-szakellátók esetében az eszköz fejlesztések és nagy értékű javítások gyakran kizárólag a fenntartó önkormányzat támogatásával valósulhatnak meg.

Bár történtek és történnek törekvések a járóbeteg ellátás rendszerének megújítására, a járóbeteg ellátáshoz való hozzáférés javítására, ám ezek számos problémát is hordoznak. A MESZK 2022. évi szakmai javaslatában megfogalmazott számos probléma a mai napig ugyanúgy fennáll (orvoshiány, szakrendelői kapacitások csökkenése, szünetelő rendelések, előregedő társadalom, növekvő betegszám, elégedetlen betegek, növekvő szakorvosi átlagéletkor, aránytalan bérezés, béren kívüli juttatás hiánya, feszült orvos-szakdolgozói viszony, szakasszisztensi hiány). Mindezen problémák megléte mellett a MESZK járóbeteg alelnökei és a járóbeteg ellátásban érintett tagozatok országos tagozatvezetői az alábbi felvetéseket tekintik a járóbeteg-ellátás szakterületének elsődlegesen rövid- és középtávon megoldásra váró problémáinak.

A járóbeteg-szakellátás rövid- és középtávon megoldásra váró problémáit az alábbiakban részletezzük.

## 1. Járóbeteg irányítási rendszer problémái

A JIR rendszer lehetővé teszi, hogy a beteg a járóbeteg-szakellátást területi megkötés nélkül igénybe vegye. Ugyanakkor, amennyiben műtétre vagy fekvőbeteg-ellátást igénylő beavatkozásra kerül sor, a beteg a területileg illetékes kórházba kerül felvételre, ahol sok esetben a vizsgálatokat ismételten elvégzik. Ez többletköltséget, párhuzamosságot és indokolatlan betegterhelést jelent. Jelenleg a Járóbeteg Irányítási Rendszer (digitális időpontfoglalás) finomhangolása zajlik, a cél a várólisták transzparenciája, de valójában a "beutaló nélküli" szakmák (pl. szemészet, bőrgyógyászat) rohamával küzdenek az intézmények, a szakrendelésre előjegyzett betegek száma gyakran duplikálódik. A háziorvosi medikai rendszerek elavultak, az EESZT rendszerproblémákkal küzd, az egészségablakban lefoglalt időpont a kórházi rendszerben nem jelenik meg, a betegek gyakran nem a megfelelő szakrendelésre foglalnak időpontot, és sokszor nem is jelennek meg a lefoglalt időpontra. A szakrendelők az elavult informatikai eszközparkkal próbálják a fenti feladatokat teljesíteni.

### Megoldási javaslatok

- Szükséges a betegutak felülvizsgálata és az ellátási szintek közötti hatékonyabb koordináció kialakítása.
- Központi call centerek (betegfelvételi irodák) létesítése.
- JIR rendszer működését bemutató oktató videó készítése.
- Informatikai eszközpark cseréje intézményi szinten.
- Internet hozzáférés bővítése.
- Betegek tájékoztatása, beteg edukáció.
- Időpont lemondásának kötelezővé tétele.

## 2. Finanszírozás problémák

Több szakterületet érintő probléma, hogy egy napon belül egy megjelenést számol el a NEAK (pl. Szívgyógyászati Klinikán pacemaker kontrollt követően, kardiológiai szakambulancián történő kontroll vizsgálat esetén a vizsgálat nem elszámolható). Ez egyrészt hibás dokumentáláshoz vezethet, mert pl. a korábbi megjelenés dokumentációját folytatják, hisz nem lehet további beavatkozásokat elszámolni. Sürgős vagy kriminális cselekmények kapcsán (pl. bántalmazás) további problémákat is felvet, hiszen valótlan ellátási helyzetek állnak elő! A német pont és az annak megfelelő finanszírozási érték nem fedezik a beavatkozások valós költségeit. Az intézmények gyakran túlteljesítenek, azonban a nem finanszírozott (egyébként is alulfinanszírozott) esetszámok miatt az ellátás nem rentábilis. Az intézmények finanszírozása sok esetben kizárólag az alapműködésre (bérek, rezsi) elegendő, fejlesztésekre nem biztosít forrást.

### Megoldási javaslatok

- Finanszírozási rendszer felülvizsgálata.
- OENO kódok felülvizsgálata (együtt kódolási szabályok felülvizsgálata, modern eljárások, vizsgálatok beemelése).
- Alap- és teljesítmény alapú finanszírozás.
- Kapacitásbővítés szükségessége, a finanszírozás folyamatos monitorozása.
- TEK-emelés.

### 3. Beutaló hiányának problémái

Azzal az új rendelkezéssel, hogy a visszarendelt betegeket is beutalóval kell ellátni az egyes szakrendelésnek, tovább nőtt az egy-egy ellátáshoz kapcsolódó dokumentációs terhe. Az előjegyzési időponttal rendelkező, de beutaló nélkül megjelenő páciens ellátása lassítja a betegellátást (helyben kell megoldani a beutaló kiállítását). A társszakmák által előzetesen telefonon egyeztetett vizsgálati időpontok esetében nem történik meg minden alkalommal a beutaló kiállítása, ebben az esetben szükséges felvenni a vizsgálatot kérő egészségügyi intézménnyel, orvossal a kapcsolatot, hogy kiállítsa az e-beutalót, amivel a páciens fogadni lehet, azonban ez csökkenti az ellátás idejét, veszélyezteti annak minőségét és biztonságát.

### Megoldási javaslat

- Ha saját szakrendelésre kerül visszahívásra a beteg, ne kelljen részére kötelezően e- beutalót kiadni, csak ha azt a beteg kéri, mert máshol szeretné igénybe venni az ellátást, lehetne ezt esetleg időkorláthoz kötni, pl. 3 hónapon belüli kontroll.
- A vizsgálatkérő intézmény állítsa ki minden esetben az e-beutalót a beteg számára, ha rendelés közben nincs rá idő, akkor adott napi rendelés végén (erre a szabályozások lehetőséget biztosítanak).

### 4. EESZT használatának problémái

Az EESZT rendszert az orvosok nem szívesen használják, bonyolult, időigényes, nehézkes, az elavult informatikai eszközpark, internetproblémák csak rontanak a helyzeten. Az idősebb generáció nem is alkalmazza, esetükben az asszisztensek kezelik a rendszert.

Anamnézis hiányában a vizsgálatok ismételten megkérésre kerülnek, műtét előtti kivizsgálásoknál ez gyakori. A képközlő diagnosztikai vizsgálatok esetében hiába érhető el a lelet az EESZT felületén, a vizsgálati képanyag hiányában vagy rossz minőségű vizsgálatok esetében a nagyértékű eljárások, diagnosztikus vizsgálatok megismétlésre kerülnek, mindezek a felesleges költségnövekedés mellett, a betegveszélyeztetés kérdését is felvetik.

### Megoldási javaslatok

- EESZT használatának oktatása, támogatása.
- Informatikai eszközpark, internet elérhetőségének fejlesztése.
- Szakdolgozók EESZT-hez történő, kompetenciaszintek szerinti hozzáféréseinek biztosítása.

- A duplikált, feleslegesen ismételt vizsgálatok elkerülhetőek lennének, ha az elvégzett vizsgálatok képanyagát meg lehetne tekinteni.

## 5. Szakdolgozói hiány az ellátórendszerben

A járóbeteg-ellátás szakterületeinek megfelelő, széles spektrumon mozgó szakmai képzettségi igény, a szakképzési rendszer folyamatos változtatása, bizonyos szakképzések eltörlése az alacsony jelentkezői létszám miatt, együttesen vezetnek a szakterületen jelen lévő szakdolgozói hiányhoz. Az, hogy a fekvőbeteg ellátásban ugyanazon képzettséggel magasabb bérezést lehet elérni, az, hogy az asszisztens szabadsága az orvos szabadságához kötött, az, hogy helyettesítés hiánya miatt nem tudnak továbbképzésre járni a szakdolgozók, valamint a „kényszerűségből” alkalmazott csúsztatott munkaidő a dolgozók mentális kimerültségét fokozzák. Emellett a korábbi években a külföldi munkavállalás, manapság pedig a magánellátás további elszívó hatást jelent.

### Megoldási javaslatok

- BSc asszisztensi alapképzés kidolgozása, szakirányú posztgraduális vagy MSc képzéssel.
- Munkaköri mátrix felülvizsgálata.
- Mentőápoló végzettségű szakember foglalkoztathatósága.
- Helyettesítések biztosítása (DE: munkaállomáshoz való hozzáférés vagy eltérő jogosultsági szintek).
- Rugalmas foglalkoztatási formák kialakítása.
- Bérezési rendszer felülvizsgálata.
- Az orvos–szakdolgozó bérek közötti arányok helyreállítása.
- A szakdolgozók legalább 50%-os alapilletmény-emelése.
- Speciális szaktudással, átruházott orvosi kompetenciákkal rendelkező szakasszisztensek (pl. radiológia, kardiológia, fizioterápia) bérkiegészítése.
- A járóbeteg-szakellátásban működő önálló dietetikai, gyógytorna-fizioterápiás és krónikus betegedukációs rendelések kapacitásának, finanszírozásának és indikációs rendjének felülvizsgálata.
- Több szakrendelésen dolgozó, magas kompetenciájú asszisztensek elismerése bérkiegészítéssel.
- Béren kívüli juttatások (cafeteria rendszer, egészség- és magánnyugdíjpénztári hozzájárulás) bevezetése.
- Szolgálati elismerések finanszírozásának központi biztosítása (jelenleg az intézmények alulfinanszírozott keretből kénytelenek megoldani).
- Alap-kiemelt kategória eltörlése, egységes (szakképzettséget, gyakorlati tapasztalatokat elismerő) bértábla bevezetése.
- A szakdolgozók képzésének és továbbképzésének finanszírozási rendszerbe történő beépítése.
- Rehabilitációs kezelések biztosítása az egészségügyi dolgozóknak.

## 6. Betegutak szervezése, átláthatóbbá tétele

A betegek saját maguk kezdeményezésére keresik fel a szakrendeléseket a beutaló nélküli igénybevétel lehetősége mellett, sokszor feleslegesen. Gyakori, hogy nem a meglévő egészségügyi problémájuknak megfelelő szakrendelésre kérik az időpontot vagy a szakrendelések nem megfelelő nem pontos elnevezése miatt kérnek időpontot rossz helyre. Ezáltal növekszik a rendelések beutaló nélküli, indokolatlan igénybevétele. Problémaként jelenik meg, hogy a háziorvos sürgős beutalóval küldi a páciens, de nem egyeztet a szakrendelés orvosával, gyakran a háziorvos nem is látja a beteget, így sokszor nem a megfelelő időben és nem megfelelő ellátásban részesül a beteg, ami veszélyezteti a biztonságos betegellátás folyamatát.

### Megoldási javaslatok

- A háziorvosok és szakorvosok közötti együttműködés rendszerszintű javítása.
- Beutaló nélküli szakrendelések esetén online „triázs”, időpontkéréskor kérdőív kitöltése az ellátás szükségességének megítélésére, illetve a beutaló nélküli rendelések rendszerének felülvizsgálata.
- Beteg edukáció.
- Betegtájékoztatók készítése.
- Krónikus betegségek esetében szabályozott dietetikai és életmódgondozási betegút kialakítása, amely tartalmazza a beutalás, a szakmai visszajelzés és a kontroll egységes rendjét.

## 7. Szakorvosi és nem szakorvosi óraszám módosítások NEAK engedélyezési folyamatának problémája

Nagyobb intézményi struktúrák esetében, ahol egy telephelyen belül több klinika működik, gyakran előforduló probléma, hogy ameddig az egyik klinika szakrendelésének engedélyeztetése nem fut át, addig a másik engedéllyel nem foglalkoznak, holott szakorvosi létszám változás miatt szükség van munkarend szűkítésre vagy bővítésre. Az engedélyezési folyamat hosszú hónapokra, akár fél évre is elnyúlik, ami lassítja a betegellátás folyamatát, a betegek később jutnak megfelelő szakorvosi ellátáshoz.

### Megoldási javaslatok

- Engedélyezési eljárás racionalizálása, gyorsítása.
- Engedélyezési eljárásokhoz kapcsolódó jogszabályok felülvizsgálata.

## 8. További jogviszony létesítésének problémája

A szakdolgozók az alacsony bérek miatt gyakran kényszerülnek további, általában magánintézményeknél történő munkavállalásra. Mindamelllett, hogy a további munkavállalás engedélyezési eljáráshoz kötött és a szakdolgozó saját kötelessége is, hogy a további foglalkoztatása során folyamatosan figyelje a foglalkoztatás óraszámának felső határát, ez azonban sokszor elmarad. Munkaügyi felülvizsgálat, munkahelyi ellenőrzés esetén a

szakdolgozók helyzete igen kiszolgáltatott, a munkáltató felelőssége nem terjed ki a munkavállalók ilyen irányú képzésére, tájékoztatására.

### **Megoldási javaslatok**

- szakdolgozók tájékoztatása saját védelmük érdekében
- egyéb foglalkoztatás ellenőrzése
- megfelelő bérezés, hogy ne legyen szüksége a szakdolgozónak másodállásra

## **9. Munkabér problémák**

Örök probléma és egyben feszültség forrása a régi és új dolgozók közötti bérkülönbség megléte, valamint az eltérő szakmai végzettségek elismerése vagy éppen el nem ismerése. Van olyan vármegye, ahol a klinikai központ betartja a munkaköri mátrixot, viszont az önkormányzati fenntartású intézmény vagy egyéb állami intézmény szakrendelő például dietetikus számára asszisztensi munkakörben biztosítja a diplomás munkabért, hogy ne maradjon üres státusza. Önkormányzati intézménynél bérfeszültség, míg a klinikai központban, magasabb ellátási szinten ez szakdolgozói hiányt okoz a rendszerben.

Az asszisztensi/szakasszisztensi területen elérhető szakdolgozói jövedelmek jelentősen elmaradnak az alap és kiemelt kategóriák rendszere tovább ront a helyzeten. Az asszisztensi pálya kevésbé perspektivikus, azok az egészségügyi főiskolai diplomák, amelyek nem szükségesek a munkakör betöltéséhez jellemzően nem kerülnek elfogadásra.

Gyakori, hogy míg a régi szakdolgozónál, akik BSC végzettséggel rendelkeznek, nem adják meg a főiskolai besorolást, viszont az új szakdolgozók belépésekor már érvényesül a munkakör szerinti besorolás, ez a helyzet szintén bérfeszültséghez vezet.

### **Megoldási javaslatok**

- Egységes szempontrendszer a végzettségek elfogadása tekintetében.
- Egységesen kategorizált bérrendszer.
- Alap-kiemelt kategória eltörlése, egységes bértábla bevezetése (feszültségek elkerülése miatt).
- A bértábla korrekciója.
- Szakterületi szorzó bevezetése (több szakrendelésen dolgozó asszisztens).
- Délutáni műszakpótlék alkalmazása a szakrendeléseken is.
- Középvezetői pótlék emelése.
- Béren kívüli juttatások (cafeteria rendszer, egészség- és magánnyugdíjpénztári hozzájárulás) bevezetése.
- Szolgálati elismerések finanszírozásának központi biztosítása (jelenleg az intézmények alulfinanszírozott keretből kénytelenek megoldani).
- A szakdolgozók képzésének és továbbképzésének finanszírozási rendszerbe történő beépítése.

## 10. Munkaidő problémák

A szakorvosi óraszámok igen eltérőek, a szakorvosok többsége maximum 6 órát rendel. A szakasszisztensi munkaórák csökkentése, a részmunkaidős foglalkoztatás bevezetése bércsökkenéshez vezet, ami másodállás vállalására, rosszabb esetben pályaelhagyásra ösztönzi a szakdolgozókat. Ha a munkaóra száma nem kerül csökkentésre jellemző, hogy a fennmaradó 2 órában az asszisztencia „egyedül rendel”, orvosi kompetenciába tartozó feladatok ellátását végzi, szakorvosi felhatalmazás vagy felügyelet nélkül.

### Megoldási javaslatok

- szakorvosi órák átvizsgálása, betartása, ellenőrzése
- munkaköri mátrix alkalmazhatóságának biztosítása
- rugalmas foglalkoztatási formák kialakítása megfelelő bérezés mellett
- változó beosztás és feladatvégzéshez illeszkedő bérezés (pótlékok, szakmai szorzók)

## 11. NIS2 kiberbiztonságról szóló 418/2024 (XII.23.) Kormányrendeletnek való megfelelés problémája

A kiberbiztonságról szóló 2024. évi LXIX. törvény határozza meg, hogy többek között az egészségügyi tevékenységet végző intézményeknek kötelező a NIS2 alkalmazása és bevezetése. Az Európai Unió új kiberbiztonsági irányelve megerősíti a kritikus ágazatokban működő, közepes és nagyvállalatok hálózati és információs rendszereinek biztonságát. A cél a sebezhetőség elleni védelem. A NIS2 az informatikai területre (szoftver, hardver, informatikai környezetre) vonatkozik és ez sok új feladatot jelent az intézmények dolgozóinak. A szakrendelők informatikai parkja és rendszere elavult, a NIS2 követelményrendszere nem alkalmazható és futtatható rajta (pl. Windows 11 alkalmazása). A NEAK finanszírozás nem fedezi a NIS2 bevezetésével járó többletkiadásokat, az önkormányzati fenntartású rendelők esetén a költségvetésben „új költségvetési soron” kell szerepeltetni azt, ebben van a karbantartás, audit, beszerzések stb. Az adatok tárolása kiberbiztonsági szempontból is többletköltséget jelent (szerver, felhő alapú szolgáltatás). A rendszer bevezetése és működtetése új dolgozó alkalmazását vagy a meglévő dolgozó kinevezését teszi szükségessé, mely új bérköltség megjelenésével társul. A Kistérségi Járóbetegellátó Központ esetén 2025-ben a finanszírozás a „Versenyképes Járások” pályázat keretében valósul meg, melyet 2026-ban már más forrásból kell biztosítani. Probléma, hogy az audit felkészítéshez nincsenek központi irányelvek.

### Megoldási javaslatok

- Informatikai eszközpark cseréje, bővítése.
- Pályázatok kiírása, melyekkel a feladat finanszírozhatóvá és megoldhatóvá válik.
- Plusz forrás biztosítása a szükséges munkakörök lefedésére – bérköltségek biztosítása.

## 12. JIR problémák a Képkalkotó diagnosztika területén a szakmaterület speciális adottságai miatt kiemeltebb hangsúllyal jelennek meg

A jelenlegi rendszerben a képkalkotó diagnosztikai vizsgálatoknál egyes időszávok duplikáltan jelennek meg (pl. EESZT probléma), illetve több csatornán (járóbeteg-irányítási rendszer, telefonos előjegyzés, belső kórházi rendszer) párhuzamosan foglalhatók. Ez a gyakorlat túlterheléshez és szervezési zavarokhoz vezet, növeli a betegvárakozási időt és az elégedetlenséget, a személyzetre plusz adminisztratív terhet ró. További probléma, hogy bizonyos vizsgálatok (pl. kontrasztanyag CT/MR, speciális előkészítést igénylő hasi vizsgálatok, funkcionális vizsgálatok) megfelelő előkészítést, laboratóriumi paraméterek ismeretét és szakmai indikációs szűrést igényelnek. Ezek optimális megítélése a laikus betegek számára értelemszerűen nem mindig biztosított, így a lakossági (önálló) időpontfoglalás ezekre a vizsgálatokra több szempontból sem szerencsés.

### Megoldási javaslatok

- A vizsgálatok csoportosítása három kategóriába:
  - o szabadon foglalható (lakossági időpontfoglalás lehetséges),
  - o csak beutaló orvos által foglalható,
  - o csak képkalkotó diagnosztikai szakember (radiológus/radiográfus) által előjegyezhető időszávok.
- Az előkészítést igénylő vizsgálatok rendszerben történő megjelölése kötelező „szakmai ellenőrzés” státusszal, amely lakossági foglalásnál vagy nem engedi a véglegesítést, vagy csak előszűrés után válik érvényessé.
- Standardizált, központilag jóváhagyott előkészítési tájékoztatók és döntési fa beépítése a foglalási felületre, hogy:
  - o a beteg egyértelmű kérdéssoron menjen végig,
  - o a rendszer automatikusan terelje a megfelelő vizsgálat típus és időszáv felé,
  - o téves foglalások száma csökkenjen.
- A duplikált időszávok kiszűrése és a járóbeteg-irányítási rendszer, valamint a belső kórházi előjegyző rendszerek közötti egységesítés, interfészek fejlesztésével.

## 13. Fekvőbetegek előzetes kivizsgálása – járóbeteg finanszírozási teher

A másik visszatérő probléma a fekvőbetegekhez kapcsolódó, de járóbetegként elszámolt előzetes kivizsgálások (pl. elektív műtétek előtti, illetve előzetes belgyógyászati/aneszteziológiai döntéshez szükséges CT/MR/RTG vizsgálatok).

Ezek a vizsgálatok plusz terhelést jelentenek a képkalkotó diagnosztikai egységek számára, gyakran a sürgősségi képkalkotás rovására foglalnak kapacitást. Finanszírozási szempontból „járóbetegként” jelennek meg, miközben funkcionálisan a fekvőbeteg-ellátási folyamat részei.

### Megoldási javaslatok

- Külön jelölés bevezetése a járóbeteg teljesítményjelentésben azokra a vizsgálatokra, amelyek:
  - o elektív fekvőbeteg-felvételhez kapcsolódnak,
  - o tervezett kórházi beavatkozás előtti előzetes kivizsgálást szolgálnak.
- Ezen vizsgálatok önálló elemzése országos és intézményi szinten, problématerkép készítésével, a kapacitás- és finanszírozási torzulások feltárására.
- Olyan finanszírozási modell kidolgozása, amely:
  - o elkülönítve kezeli a „pre-admissziós” (felvétel előtti) képalkotó vizsgálatokat,
  - o nem a sürgősségi és klasszikus járóbeteg-keretek rovására finanszírozza ezeket,
  - o ösztönzi a hatékony, időben történő kivizsgálást, de védi a sürgősségi kapacitást.
- A sürgősségi képalkotás számára védett időszávok kijelölése, amelyekbe nem kerülhet elektív vagy pre-admissziós vizsgálat, így az akut ellátás minősége és elérhetősége javul.

# Alapellátás területének szakmai problémafelvetései és megoldási javaslatai

Az alapellátás az egészségügyi ellátórendszer első és legközvetlenebb kapcsolódási pontja a lakosság felé. Egyszerre lát el prevenció, gondozási, betegút-szervezési, egészségnevelési és koordinációs feladatokat, miközben az ellátórendszer többi szintjének működésére is közvetlen hatást gyakorol. Az alapellátás minősége meghatározza a korai felismerés eredményességét, a krónikus betegek nyomon követését, a szűrésekhez való hozzáférést, a betegutak megfelelőségét, valamint az egészségügyi rendszer egészének terhelését.

Az alapellátás hatékony működése ma már nem értelmezhető kizárólag orvosközpontú modellben. A szakdolgozók szerepe az elmúlt években folyamatosan bővült: jelen vannak a betegfogadásban, az állapotkövetésben, a prevenció munkában, a gondozási folyamatok szervezésében, a dokumentációban, a lakossági edukációban, valamint az egészségügyi és szociális szolgáltatások közötti kapcsolat biztosításában.

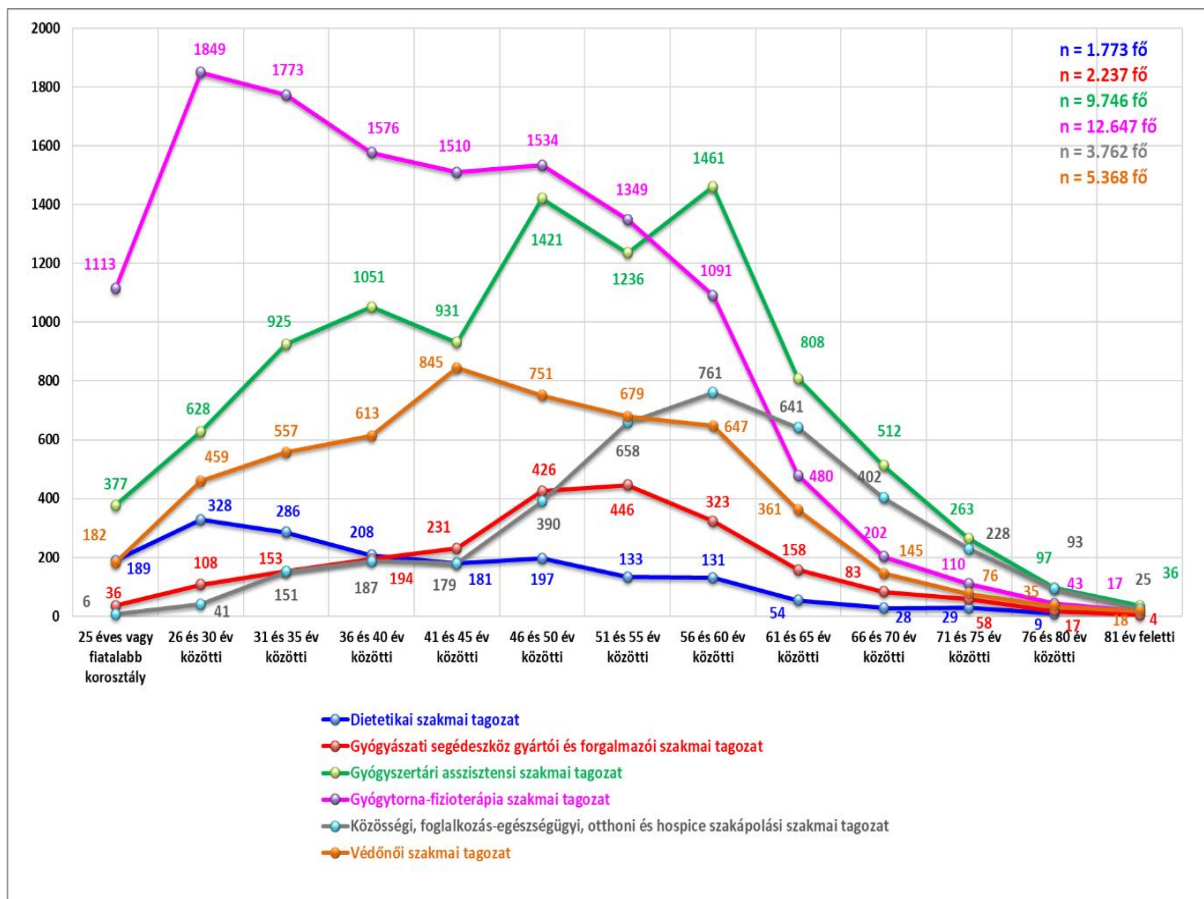
A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara álláspontja szerint az alapellátás megerősítése nem képzelhető el a szakdolgozói oldal rendszerszintű megerősítése nélkül. A jelenlegi működésben számos olyan strukturális probléma azonosítható, amely a humán erőforrás-helyzettől kezdve a finanszírozáson és a kompetenciaszabályozáson át az informatikai, betegút-szervezési és prevenció szolgáltatásokig több területen is beavatkozást igényel.

## Az alapellátás helyzetértékelését az alábbi szempontok mentén kívánjuk elvégezni:

- Humán erőforrás-helyzet és utánpótlási nehézségek.
- Teamalapú működés és szakdolgozói kompetenciák helyzete.
- Finanszírozási és bérproblémák.
- Adminisztratív és informatikai terhek.
- Betegutak, koordináció és ellátási kapcsolódások hiányosságai.
- Prevenció, EFI-irodák és közösségi egészségfejlesztés szerepe.
- Speciális szakdolgozói kompetenciák – különösen a podiáter szakdolgozó szerepe.
- Mentális terhelés, kiegészítés és a pályán maradás feltételei.

### 1. Humán erőforrás-hiány és elöregedés

Az alapellátásban dolgozó szakdolgozók életkora emelkedik, az utánpótlás bizonytalan, a fiatalok számára a terület kevésbé vonzó (**7. ábra**), a jelentős felelősség, a töredezett munkaszervezés, a szakmai előrelépés korlátozott lehetősége, valamint az anyagi és társadalmi megbecsülés hiánya miatt. A helyettesítés nehézkes, sok helyen egy-egy praxis vagy feladatkör működése néhány kulcsembereken múlik.



7. ábra Az egészségügyi ellátás területén foglalkoztatottak életkori megoszlása tagozatonként (Forrás: MESZK, Kamarai Nyilvántartás, 2026. március)

## Megoldási javaslatok

- Országos humán erőforrás-tervezés kialakítása az alapellátási szakdolgozói területre.
- Pályakezdő és ösztönző mentorprogramok és célzott ösztöndíjak bevezetése.
- Helyettesítési rendszer és helyettesítési finanszírozás kialakítása.
- Rugalmas foglalkoztatási formák támogatása.
- Az alapellátási szakdolgozói életpálya láthatóbbá és vonzóbbá tétele.

## 2. A team-alapú működés hiányosságai

Az alapellátás hosszú távú megerősítése csak valódi teamalapú működésre építve képzelhető el. A korábbi, egy orvos–egy szakdolgozó modell ma már nem alkalmas arra, hogy a lakossági prevenció, a krónikus betegségek gondozása, az edukáció, a rehabilitáció és a szociális koordináció növekvő igényeit megfelelően lefedje. Indokolt ezért olyan alapellátási teammodell kialakítása, amelyben az orvos mellett több, különböző kompetenciájú szakdolgozó és társ-egészségügyi szakember vesz részt a feladatellátásban, a szükségletekhez igazodó munkamegosztásban. Az egy fő orvos és három-négy szakdolgozó arány elérése kívánatos célként fogalmazható meg, különösen ott, ahol a gondozási, prevenció és betegút-szervezési feladatok jelentős részét jelenleg alulfinanszírozott és szervezetlen módon látják el. Emellett indokolt a dietetikus és gyógytornász-fizioterapeuta körzetek kialakításának szakmai vizsgálata is, mivel

mind a felnőtt-, mind a gyermek-alapellátásban szükség van e szakemberek strukturált jelenlétére.

### Megoldási javaslatok

- Team-alapú alapellátási modell megerősítése.
- Praxisközösségek tényleges szakmai tartalmának bővítése.
- Dietetikus, gyógytornász-fizioterapeuta, mentálhigiénés szakember, pszichológus, podiáter szakdolgozó és adminisztratív koordinátor bevonásának ösztönzése.
- Minimum team-összetételi ajánlások kidolgozása.
- A szakdolgozói szerepek és kompetenciák jogszabályi és szakmai pontosítása.
- Az egy fő orvos és 3-4 szakdolgozó teamcél szakpolitikai irányként történő rögzítése.
- Dietetikus és gyógytornász-fizioterapeuta körzetek kialakításának vizsgálata.
- Egészségügyi adminisztrátor bevonásának ösztönzése a szakdolgozói kapacitások felszabadítása érdekében.

### 3. Kompetenciahatárok és szakmai szerepek rendezetlensége

A gyakorlatban az alapellátásban tevékenykedő szakdolgozók egyre több betegedukációs, állapotkövetési, triázs jellegű, koordinációs és dokumentációs feladatot végeznek, azonban ezen feladatok jogi, szakmai és szervezeti keretei nem mindenhol egyértelműek. A szakdolgozói kompetenciák rendezése során külön figyelmet szükséges fordítani a kiterjesztett hatáskörű ápolói, a dietetikai, gyermekellátási és közösségi gondozási feladatok pontosítására, az alapellátásban betöltött szerepük egyértelműbb szabályozására, amely magában foglalja a tápszerjavaslatok dokumentálásának szakmai rendjét, az életmódgondozásban és prevenció programokban betöltött önálló szerep pontosabb meghatározását, valamint közép- és hosszú távon a kiterjesztett hatáskörök szakmai és jogi feltételeinek vizsgálatát. A kompetenciák tisztázása nemcsak a szakmai felelősségi viszonyokat rendezi, hanem csökkenti az ellátási bizonytalanságot, javítja a betegbiztonságot és lehetővé teszi a valós tudásnak megfelelő feladatdelegálást az alapellátási teamben.

### Megoldási javaslatok

- Egységes kompetenciatérkép kidolgozása az alapellátásban dolgozó szakdolgozók számára.
- Munkaköri mátrixok és szakmai protokollok felülvizsgálata.
- Önállóan végezhető szakdolgozói feladatok pontos meghatározása.
- Kompetenciabővítéshez kapcsolódó továbbképzések támogatása.
- Szakmai és jogi védelem megerősítése.
- A dietetikai kompetenciák pontosítása terjedjen ki az alapellátási életmódgondozásra, a krónikus betegségek étrendi támogatására, a tápszeres ellátáshoz kapcsolódó szakmai dokumentációra, valamint a konzíliumkérés és szakmai visszajelzés egységes rendjére.
- A gyermekellátási és iskola-egészségügyi protokollok felülvizsgálata.
- A kiterjesztett szakdolgozói hatáskörök fokozatos, protokollal támogatott vizsgálata.

#### 4. Finanszírozási elégtelenségek

Az alapellátás finanszírozása sok esetben nem tükrözi a valós munkaterhelést, különösen a szakdolgozói munka, a prevenció, a gondozási koordináció, a lakossági edukáció és a teamműködés tekintetében. A szakdolgozói részvétel hosszú távon csak akkor lehet fenntartható, ha a kapcsolódó feladatok nem projektjelleggel, hanem beépülve jelennek meg a finanszírozásban.

Az alapellátási finanszírozás felülvizsgálata során indokolt figyelembe venni, hogy a magasabb szintű képesítéssel rendelkező szakdolgozók alkalmazása jelenleg nem minden esetben jár együtt megfelelő ösztönzőkkel. A MESZK korábbi javaslatai szerint szükséges, hogy a szakdolgozói bértámogatási rendszer a képesítési szinthez és a tényleges kompetenciákhoz igazodjon, és a munkáltató ne legyen ellenérdekelte a BSc- vagy MSc-végzettségű szakdolgozók foglalkoztatásában. Emellett a praxisközösségekbe bevonandó további szakemberek – különösen dietetikusok, gyógytornász-fizioterapeuták és más nem orvosi diplomával rendelkező egészségügyi szakemberek – fenntartható bértámogatási és finanszírozási kereteit is ki kell alakítani.

#### Megoldási javaslatok

- Az alapellátási finanszírozási modell felülvizsgálata.
- A szakdolgozói, prevenció és koordinációs feladatok külön finanszírozási elemként történő elismerése.
- Team alapú finanszírozási ösztönzők kialakítása.
- A praxisközösségek és több szakember bevonásán alapuló modellek fenntartható finanszírozása.
- A gondozási és edukációs tevékenységek teljesítményének elismerése.
- A szakdolgozói bértámogatás képesítési szint szerinti differenciálása.
- A praxisközösségekbe bevont szakdolgozók pl. dietetikusok és gyógytornász-fizioterapeuták önálló finanszírozási/bértámogatási rendszerének kialakítása.

#### 5. Bérfeszültségek és életpálya-problémák

Az alapellátásban dolgozó szakdolgozók bérezése sok esetben nincs arányban a munkaterheléssel, a felelősséggel és a valós szakmai kompetenciával. Az azonos vagy hasonló végzettséggel rendelkező szakdolgozók eltérő intézményi környezetben jelentősen eltérő juttatásokat kapnak, ami bérfeszültséget, elvándorlást és pályaelhagyást eredményez. Az életpálya-problémák között külön nevesíteni szükséges, hogy a vállalkozási formában működő praxisokban foglalkoztatott szakdolgozók jelenleg nem részesülnek a közszférában megszokott szolgálati elismerési formákban, ami további bér- és presztízsfeszültséget okoz. Indokolt ezért olyan szabályozási megoldások kidolgozása, amelyek a hosszú időn át alapellátásban dolgozó szakdolgozók számára is biztosítják a pályán maradáshoz támogató, kiszámítható elismerési rendszert. Ez az intézkedés hozzájárulhat az elvándorlás mérsékléséhez és az alapellátási szakdolgozói életpálya vonzóná tételéhez.

## Megoldási javaslatok

- Az alapellátási szakdolgozók bérének érdemi és rendszeres rendezése.
- Egységesebb és átláthatóbb besorolási elvek alkalmazása.
- A speciális kompetenciákhoz kapcsolódó bérkiegészítések bevezetése.
- Alapellátási szakdolgozói életpályamoddell kidolgozása.
- Béren kívüli juttatások és hűségösztönzők bevezetése.
- A szolgálati elismerésre vonatkozó jogosultságok kiterjesztésének vizsgálata a praxisokban dolgozó szakdolgozókra is.

## 6. Adminisztratív túlterhelés

Az adminisztratív túlterhelés ma már nem kizárólag a dokumentáció mennyiségéből fakad, hanem az állandósult digitális és telefonos elérhetőségből is. A praxisokban dolgozó szakdolgozók jelentős része folyamatos készenléti jellegű terhelés alatt dolgozik, amelyet a telefonos megkeresések, elektronikus üzenetek, az EESZT-hez kapcsolódó adminisztratív feladatok, és az ellátottak részéről, az azonnali elvárások erősítenek. Indokolt ezért a digitális elérhetőség és a praxis-kommunikáció működési kereteinek szabályozása, kijelölt válaszidők, időszávok és helyi protokollok kialakításával, hogy a betegközeli szakmai munka és így a szakdolgozók védhetőbbé váljanak.

## Megoldási javaslatok

- Adminisztratív munka egyszerűsítése és csökkentése.
- Egészségügyi adminisztrátorok és koordinátorok bevonása az alapellátásba.
- A szakdolgozók idejének védelme a betegközeli feladatok számára.
- Egységesebb dokumentációs elvárások kialakítása.
- A telefonos és elektronikus megkeresések kezelésére egységes praxisprotokollok kialakítása.
- Kijelölt válaszidők és időszávok bevezetése a folyamatos készenléti állapot csökkentésére.
- Egységes praxis-tájékoztatók és betegkommunikációs szabályok alkalmazása.

## 7. Informatikai és EESZT-problémák

A mindennapi működést több helyen nehezíti az elavult informatikai eszközpark, a rendszerek közötti átjárhatóság hiánya, valamint az EESZT-használat technikai és jogosultsági nehézségei. A hiányos hozzáférések rontják a betegutak követhetőségét, lassítják az ellátást, és növelik a felesleges ismétlések számát.

## Megoldási javaslatok

- Az alapellátási informatikai infrastruktúra korszerűsítése.
- Az egészségügyi rendszerek közötti adatkapcsolat és együttműködés fejlesztése.
- Az EESZT használatának gyakorlati támogatása és képzése.

- Szakdolgozói jogosultságok rendezése legalább megtekintési és dokumentációs szinten.
- Alapellátási informatikai háttér és adatátviteli megoldások kialakítása.
- Döntéstámogató, figyelmeztető funkciók előkészítése a betegbiztonság javításának érdekében.

## 8. Betegutak szervezetlensége és koordinációs hiányosságok

Az alapellátás, a szakellátás, a fekvőbeteg-ellátás, az otthonápolás és a szociális szolgáltatások közötti átmenetek gyakran nem eléggé szervezettek. A betegút-koordináció jelentős része informálisan a szakdolgozókra hárul, miközben ehhez nem mindig áll rendelkezésre elegendő kapacitás, protokoll vagy visszacsatolási lehetőség.

### Megoldási javaslatok

- Betegút-koordinációs protokollok kidolgozása.
- Az ellátási szintek közötti visszacsatolási mechanizmusok erősítése.
- Az otthonápolási és szociális koordinációs kapcsolódások pontosítása.
- Kórházi elbocsátást követő kommunikáció és átadás standardizálása.
- Gondozáskoordinátori funkció kialakítása az alapellátásban.

## 9. Az otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátás kapcsolódása az alapellátáshoz

Az otthoni szakápolás és az otthoni hospice ellátás alapellátáshoz való kapcsolódása jelenleg nem kellően integrált, noha e szolgáltatások az ellátási folyamat folytonosságának meghatározó elemei. A korábbi szakmai jelzések, a felmérések alapján a terület egyik legfontosabb problémája az elégtelen finanszírozás, amely hosszú ideje nem fedezi a működés valós költségeit, és ez fenntarthatósági, humán erőforrás- és területi hozzáférési problémákat eredményez. Ezeknek az ellátási formáknak a működését tovább gyengíti, hogy az otthoni szakápolást és hospice ellátást nyújtó szolgáltatók jelenleg nem rendelkeznek teljes körű EESZT-kapcsolattal, így az információáramlás gyakran papíralapon vagy informális csatornákon történik. Mindez korlátozza a betegút átláthatóságát, nehezíti a házi orvosi koordinációt, és rontja az integrált betegellátás feltételeit. Emellett a házi orvosok sok esetben nem rendelkeznek kellő információval a területükön működő otthoni ellátást nyújtó szolgáltatók kapacitásairól, a szolgáltatások köréről, ami tovább nehezíti az időben történő bevonásukat. Indokolt ezért az otthoni szakápolás és hospice ellátás finanszírozási, informatikai és együttműködési kereteinek rendszerszintű megerősítése.

### Megoldási javaslatok

- Az otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátás finanszírozásának felülvizsgálata, valós költségalapú szemlélettel.
- Az otthoni ellátók EESZT-csatlakozásának és dokumentációs integrációjának biztosítása.
- Az alapellátás és az otthoni ellátók közötti információáramlás, visszacsatolás és átadás standardizálása.

- A helyi otthoni szolgáltatói kapacitások és kompetenciák átláthatóbb megjelenítése a háziorvosi praxisok számára.
- Az otthoni szakápolás elrendelési és dokumentációs folyamatainak egyszerűsítése.
- A bértámogatási rendszer kiterjesztésének vizsgálata a szolgáltatók szakdolgozóinak vonatkozásában.

## 10. Az EFI-irodák és az alapellátás kapcsolatának hiányosságai

Az Egészségfejlesztési Irodák (EFI) az egészségügyi ellátórendszer részeként működnek, és kifejezett feladatuk, hogy a prevenció területén erősítsék az alapellátás szerepvállalását. Országosan jelenleg száznál is több EFI működik, térítésmentesen elérhető programokkal, amelyek a helyi egészségfejlesztési tevékenységek összehangolását, a lakosság szűrésekbe és megelőzési programokba való bevonását, valamint az egészségügyi, önkormányzati és civil szereplők összekapcsolását szolgálják. Mindez indokoltá teszi, hogy az EFI-k és az alapellátás együttműködése egységesebb, szervezettebb és visszacsatoláson alapuló legyen.

### Megoldási javaslatok:

- Az EFI-irodák és az alapellátás közötti együttműködés országos szakmai kereteinek meghatározása.
- Az EFI-k és az alapellátási praxisok között formális beutalási és visszajelzési csatorna kialakítása indokolt, különösen prevenciók, életmódváltó és krónikus beteggondozási programok esetén.
- Egységes helyi együttműködési protokollok kidolgozása.
- Betegutakba illeszthető EFI-ajánlási és visszacsatolási rendszer kialakítása.
- Közös prevenciók és edukációs programok szervezése.
- Az EFI-k tudatos bevonása a praxisközösségi működésbe.

## 11. A podiáter szakdolgozó szerepe az alapellátásban

Az alapellátásban egyre nagyobb jelentősége van a speciális szakdolgozói kompetenciáknak, különösen a krónikus betegségek szövődményeinek megelőzése terén. A podiáter szakdolgozó szerepe kiemelten fontos lehet a diabéteszes láb, a perifériás keringési zavarok, a neuropathiás állapotok, a fokozott sebkockázat és a lábápolási edukáció területén. A korai felismerés, a rizikóbecslés, a betegoktatás és a megfelelő szakellátásba irányítás jelentősen hozzájárulhat a fekélyek, fertőzések és amputációk megelőzéséhez. Annak ellenére, hogy már tíz éve folyik ilyen irányú képzés, az egészségügyi alap- és szakellátási rendszer nem fogadta be a podiátereket.

### Megoldási javaslatok

- A podiáter szakdolgozói szerep helyének és kompetenciáinak pontos meghatározása az alapellátásban.
- A diabéteszes láb prevenciók és gondozási folyamatokba történő rendszerszintű bevonása.

- Podiátriai szűrő és edukációs tevékenység beépítése a krónikus beteggondozásba.
- Az alapellátás, diabetológia, sebkezelés és podiátriai ellátás közötti együttműködés erősítése.
- A podiáter teamtagként történő bevonásának finanszírozási és szervezeti támogatása.

## 12. Gyermek- és családközpontú alapellátás kihívásai

A gyermekalapellátásban a védőnők, gyermekápolók, asszisztensek és más szakdolgozók kiemelt szerepet töltenek be a korai felismerésben, a családok edukációjában és a prevencióban. A családok komplex támogatása, a fejlődési eltérések korai észlelése és az egészségmagatartás formálása nagy intenzitású teammunkát és egyértelmű kompetenciákat igényel. A jelenlegi szabályozási és finanszírozási környezet nem kedvez annak, hogy a gyermekházi orvosi praxisokban valódi teamalapú, prevenciósz fókuszú működés alakuljon ki. A gyakorlatban sok esetben részmunkaidős, elsősorban adminisztratív feladatokat ellátó asszisztensi modell működik, miközben a gyermekápolói kompetenciák nem érvényesülnek. Ez a prevenciósz, gondozási és edukációs feladatokat az orvosokra terheli, miközben a képzett gyermekápolók számára az alapellátásban végezhető munka, a fent leírtak miatt, sem szakmailag sem anyagi szempontból nem vonzó. A gyermekalapellátás megerősítéséhez ezért nemcsak általános teamfejlesztésre, hanem célzott gyermekápolói képzési, kompetencia- és finanszírozási korrekciókra is szükség van.

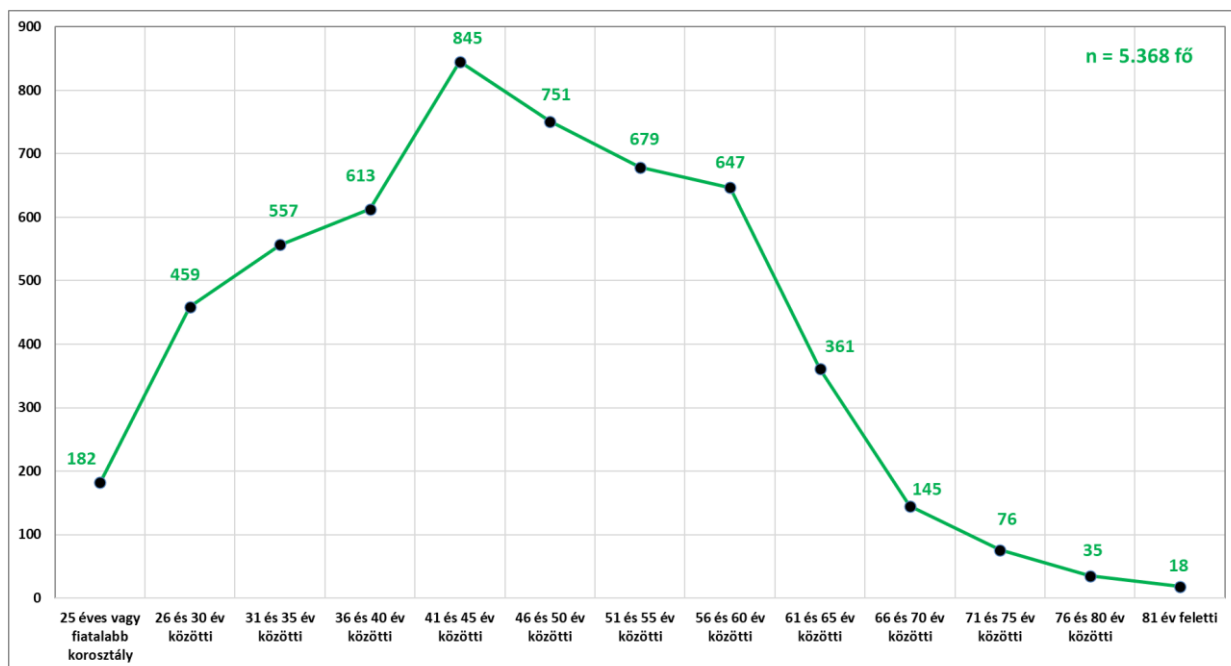
### Megoldási javaslatok:

- A gyermekalapellátás teammodelljének megerősítése.
- Védőnői és gyermekápolói kompetenciák korszerű újragondolása.
- Speciális gyermekalapellátási továbbképzések támogatása.
- A családokkal végzett preventív munka szakmai és finanszírozási elismerése.
- A gyermekápolói szerepek és kompetenciák pontosítása a gyermekalapellátásban.
- A részmunkaidős, kizárólag adminisztratív asszisztensi modell újragondolása.
- Speciális gyermekalapellátási továbbképzések és magasabb szintű gyermekápolói képzések támogatása.
- Az alapellátó gyermekorvosi módszertani központ létrehozásának vizsgálata.

### 12.1. A védőnői ellátás helyzete és kapcsolódása az alapellátáshoz

A védőnői ellátás az alapellátás egyik meghatározó pillére, ugyanakkor a területet tartós humán erőforrás-hiány, elöregedés és növekvő terhelés jellemzi (**8. ábra**). A korábbi szakmai felmérések, és visszajelzések szerint országosan jelentős számú, tartósan betöltetlen védőnői körzet működik, miközben a helyettesítések, az adminisztratív munka és a centralizációt követő működési változások tovább csökkentik a pálya vonzerejét. A védőnők szerepe azonban továbbra is kulcsfontosságú a várandósgondozásban, a csecsemő- és gyermekgondozásban, az iskolaegészségügyben, a szűrések szervezésében, az egészségnevelésben és a családokkal történő folyamatos kapcsolattartásban. Indokolt ezért a védőnői ellátás irányítási, szakmai és

informatikai kapcsolódásainak felülvizsgálata, továbbá a szakvédőnői specializációk és a kiterjesztett kompetenciák nagyobb mértékű elismerése. Kiemelten fontos a védőnői EESZT-hozzáférés rendezése is, annak érdekében, hogy a gondozási folyamatban a szükséges egészségügyi információk teljesebb körben rendelkezésre álljanak.



**8. ábra** A védőnői szakmai tagozat életkori megoszlása  
(Forrás: MESZK, Kamarai Tagnyilvántartás, 2026. március)

## Megoldási javaslatok

- A védőnői ellátás irányítási és működési kereteinek felülvizsgálata.
- A szakvédőnői specializációk és magasabb szintű kompetenciák magasabb szintű elismerése.
- A védőnők EESZT-hozzáféréseinek rendezése.
- Egységes területi és iskola-védőnői program kialakítása.
- Az iskolaorvosi és iskola-egészségügyi feladatmegosztás humán erőforrás-szempontról újragondolása.

### 12.2. Dietetikai jelenlét a gyermek- és családgondozásban

A gyermek- és családközpontú alapellátásban indokolt a dietetikai jelenlét strukturáltabb biztosítása, különösen a korai táplálási kérdések, a táplálkozási kockázatok, az elhízás-prevenció, a speciális étrendi igények és a krónikus anyagcsere-betegségek gondozása területén. A védőnői munkát kiegészítő dietetikusi jelenlét, valamint a telemedicinás dietetikai konzultációk jogi és finanszírozási rendezése hozzájárulhatna ahhoz, hogy a családok korábban és célzottabban jussanak szakmai támogatáshoz. A védőnői és dietetikusi együttműködéshez rövid, egységes indikációs protokoll javasolt, amely meghatározza, milyen esetekben szükséges dietetikai konzultáció – például gyarapodási eltérés, táplálási nehézség, gyermekkori elhízás, ételallergia, speciális étrend vagy krónikus anyagcsere-betegség esetén –, valamint hogyan történik a szakmai visszajelzés a gondozási folyamatban.

### 12.3. Szülésznői otthoni gyermekágyi gondozás

A korai hazabocsátások gyakoribbá válásával indokolt vizsgálni a szülésznői otthoni gyermekágyi gondozás jogi, kompetencia- és finanszírozási feltételeinek megteremtését. Ez az ellátási forma hozzájárulhatna a családcentrikus szemlélet erősítéséhez, a korai gyermekágyi időszak biztonságosabb támogatásához és a kórházi ellátásból az otthoni gondozásba történő átmenet javításához.

### 13. Mentális terhelés, kiegészítés és pályán maradás

Az alapellátásban dolgozó szakdolgozókra jelentős pszichés teher hárul. A folyamatos betegforgalom, a kommunikációs konfliktusok, a szakemberhiány, az adminisztratív nyomás, a panaszos helyzetek és az ellátási hiányosságok helyben történő megoldásának kényszere fokozza a kiegészítés kockázatát.

A kiegészítés megelőzése érdekében nemcsak általános mentálhigiénés támogatásra, hanem szervezeti szintű eszközökre is szükség van. Indokolt a pszichoszociális kockázatok felismerését és kezelését támogató intézményi eszköztár kidolgozása, vezetői támogatás és szupervíziós lehetőségek biztosítása, valamint a tartósan magas mentális és adminisztratív terheléshez kapcsolódó rekreációs és regenerációs lehetőségek bővítése. A pályán maradást támogatja az is, ha a szakdolgozók számára kiszámíthatóbb szakmai működés, jogi védelem és világos kommunikációs keretek állnak rendelkezésre.

#### Megoldási javaslatok

- Mentálhigiénés és rekreációs támogatási programok indítása.
- Szupervízió és szakmai támogató rendszerek kialakítása.
- Jogi és munkajogi védelem erősítése.
- Biztonságos munkakörnyezet és kiszámítható működés feltételeinek javítása.
- Vezetői támogatás és kommunikáció fejlesztése.

#### Összegzés

Az alapellátás szakdolgozói ma egyszerre túlterheltek, alulértékelték, ugyanakkor stratégiai jelentőségű ellátási szinten tevékenykednek. A rendszer működőképessége egyre nagyobb mértékben támaszkodik azokra a szakdolgozókra, akik a betegellátás, a prevenció, a gondozás, a koordináció és az adminisztráció területén napi szinten biztosítják az alapellátás folyamatosságát.

A MESZK álláspontja szerint az alapellátás jövője csak akkor biztosítható, ha a teamalapú működés megerősödik, a szakdolgozói kompetenciák rendeződnek, a finanszírozás követi a valós feladatmegosztást, a bérezés és az életpálya kiszámíthatóvá válik, az EFI-irodák és a speciális szakdolgozói kapacitások pedig érdemi szerepet kapnak a prevencióban és a gondozásban.

Fenntartható, hozzáférhető és biztonságos alapellátás szakdolgozói háttér nélkül nem működtethető.

# Az egészségügy ágazat szak- és felnőttképzési fejlesztési koncepciója

## I. Alapvetések – bevezető gondolatok

Köztestületünk részéről fontosnak tartjuk, hogy az egészségügy ágazatban olyan szakképzési rendszer működjön, amely a valós ágazati igényeknek megfelelő számban és minőségben biztosítja az egyes területek szakember-utánpótlását, és amelyben elméleti esélye sincs meg annak, hogy a tanuló/ képzésben részt vevő személy úgy szerezzon egészségügyi szakmát, hogy:

- előzetesen megszerzett tudása nem megfelelő tartalommal kerül beszámításra és/vagy
- a szakirányú oktatás során a képzési tartalom nem fedi le az adott szakma elvárásait (túl általános képzési és kimeneti követelmény, a tantárgyak körét és elméleti/gyakorlati óraszámát is tartalmazó Programterv és a gyakorlatok tartalmát is szabályozó portfólió megszüntetése) és/vagy eredeti munkakörnyezetben nem, vagy csak minimális mértékben letöltött gyakorlatokkal is jelentkezhet szakmai vizsgára (pl. a duális képzőhely nem fogad gyakorlatra szakképzési munkaszerződéssel, és a szakképző intézmény a demonstrációs termeiben/tantermeiben valósítja meg a gyakorlati oktatást és/vagy a szakképző intézmény az általános KKK alapján alacsony óraszámú eredeti munkakörnyezeti gyakorlatot ír elő) és/vagy
- a szakmai vizsgán nem megfelelő felkészültségű vizsgabizottság előtt (mindössze az azonos képzési területű szakmákon történő oktatási feltételeknek való megfelelés a vizsgabizottság tagjaival szembeni elvárás, így előfordulhat, hogy a vizsgabizottságban nincs az adott szakma/szakmairány szerinti végzettséggel és szakmai tapasztalattal rendelkező vizsgabizottsági tag) és/vagy
- szakmailag nem megfelelő feladatsorból tesz szakmai vizsgát (központilag elkészített feladatbankok hiánya, a projektfeladatok nem megfelelő minősége és száma) és/vagy
- a területi/országos munkaerőpiaci igényekkel nincs összhangban, ezért nem nyújt ágazati elhelyezkedési lehetőséget megszerzett szakmai végzettsége (indokolatlan túlképzés állami finanszírozással „slágerszakmákban”, kritikus hiány meghatározó egészségügyi szakmákban).

Napjainkban a hazai egészségügyi szakképzés több ponton olyan kihívásokkal szembesül, amelyek hosszú távon a képzés minőségét és az utánpótlás biztosítását is veszélyeztetik. A gyakorlati képzőhelyek eltérő kapacitásai, a kompetenciakövetelmények változó érvényesülése, a vizsgarendszer szakmai egyenetlenségei és az uniós követelményekhez való alkalmazkodás nehézségei együttesen jelzik, hogy a jelenlegi struktúrában erősítésre szorul az ágazati szerepvállalás.

A nemzetközi gyakorlat – különösen az európai országok egészségügyi képzési modelljei – azt mutatják, hogy a rendszer stabil működésének alapja az ágazati szakmai kontroll és a releváns szakmai szervezetek bevonása. Azokban az országokban, ahol a képzés és a minőségbiztosítás központi elemei hosszú távon kiegyensúlyozottan működnek, a szakmai kamarák vagy hivatásrendi testületek intézményesített szerepet töltenek be a szabályozásban. Ezekből a tapasztalatokból kiindulva indokolt, hogy a hazai rendszerben is megerősödjön az ágazati szereplők - különösen a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara - bevonása azon pontokon, ahol a szakmai tartalom és a gyakorlati követelmények egységesítése kiemelt jelentőségű.

A MESZK az elmúlt években a vizsgafelügyeleti, képzőhely-nyilvántartási és szakmai továbbképzési feladatellátása kapcsán bizonyította, hogy rendelkezik olyan országos rálátással és tereptapasztalattal, amely a rendszer finomhangolásához és stabilizálásához szükséges. Ennek megfelelően indokolt egy, a szakképzési törvény felhatalmazása alapján megalkotott, kifejezetten az egészségügyi szakképzés sajátosságait szabályozó ágazati rendelet létrehozása, amely egységes keretben kezeli a jelen koncepcióban részletezett kérdéseket.

Különösen

- az Egészségügyi Ágazati Készségtanács létrehozását, amelyben a MESZK meghatározó szerepet töltené be, és így nagyobb szerepet tudna vállalni a szakmai követelmények és a gyakorlati képzési struktúra összehangolásában,
- a KKK-k elméleti és gyakorlati előírásainak ágazati szintű pontosítását, a kompetenciák megszerzhetőségét és a nemzetközi – különösen uniós – elvárásoknak való megfelelést szem előtt tartva,
- a szakképző intézmények korszerű oktatástechnikai eszközökkel, a szakmai oktatást támogató szimulációs eszközökkel történő megerősítését,
- valamennyi szakma/szakmairány részére szakképzési tankönyvek és központi vizsgafeladatsorok biztosítását,
- a szakképzésben oktatók szakmai és módszertani továbbképzését, gyakorlati oktatók, mentorok honorálását,
- a vizsgarendszer szakmai egységességének (szakmai tartalom és szakmai vizsgáztatók) támogatását, a kamarai tapasztalatokra építve,
- a gyakorlatok megfelelő óraszámában és minőségben, eredeti munkakörnyezetben történő lebonyolításának garantálását, valamint a duális képzés minőségbiztosításának továbbfejlesztését, a képzőhelyek valós működési körülményeit figyelembe véve.

A fenti javaslatok célja nem új intézményi struktúrák kialakítása, hanem a meglévő szakmai együttműködések erősítése, kiszámíthatóbbá tétele, illetve a súlypontok áthelyezése. A rendszer jövőbeli stabilitása szempontjából fontos, hogy az ágazati szabályozás és a gyakorlati megvalósítás között szorosabb szakmai koordináció jöjjön létre, amelyhez a MESZK megerősített szerepvállalása hatékony és hosszú távon is fenntartható megoldást kínál.

## **II. A szakképzési rendszer keretei**

A magyarországi szakképzést, köztük az egészségügyi szakképzést is, a szakképzésről szóló 2019. évi LXXX. törvény (a továbbiakban: Szt.) és a szakképzésről szóló törvény végrehajtásáról szóló 12/2020. (II. 7.) kormányrendelet (a továbbiakban: Szkr.) szabályozza. A szakképzési rendszer keretei 2020-tól jelentős mértékben változtak, amelynek részeként az Országos Képzési Jegyzéket (a továbbiakban: OKJ) felváltotta a Szakmajegyzék, valamint a Programkövetelmény szerinti szakmai oktatás és szakmai képzési rendszer. A szakmai oktatás a technikumokban/ szakképző iskolákban és a velük együttműködésben álló duális képzőhelyeken valósul meg.

Az Szkr. alapján államilag elismert szakképzés a következők szerint kerülhet lebonyolításra:

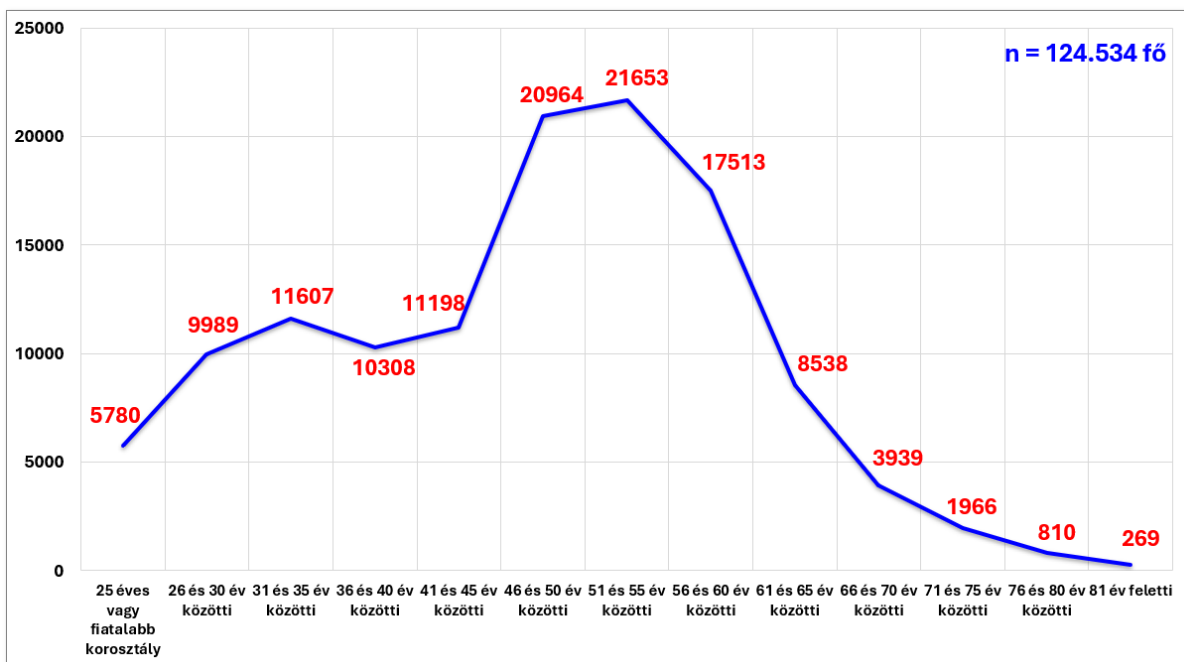
1. Az Szkr. 1. mellékletében megjelölt Szakmajegyzék alapján, mely képzések kizárólag iskolai rendszerben kerülhetnek megszervezésre.
2. Korábban az OKJ-ban szereplő, azonban a Szakmajegyzékben nem található szakképesítések esetén szakmai programkövetelmények kerülnek kiadásra a

felnttktképzésért felelős miniszter által meghatározott tartalommal, mely képzéseket felnttktképző intézmények szervezhetnek.

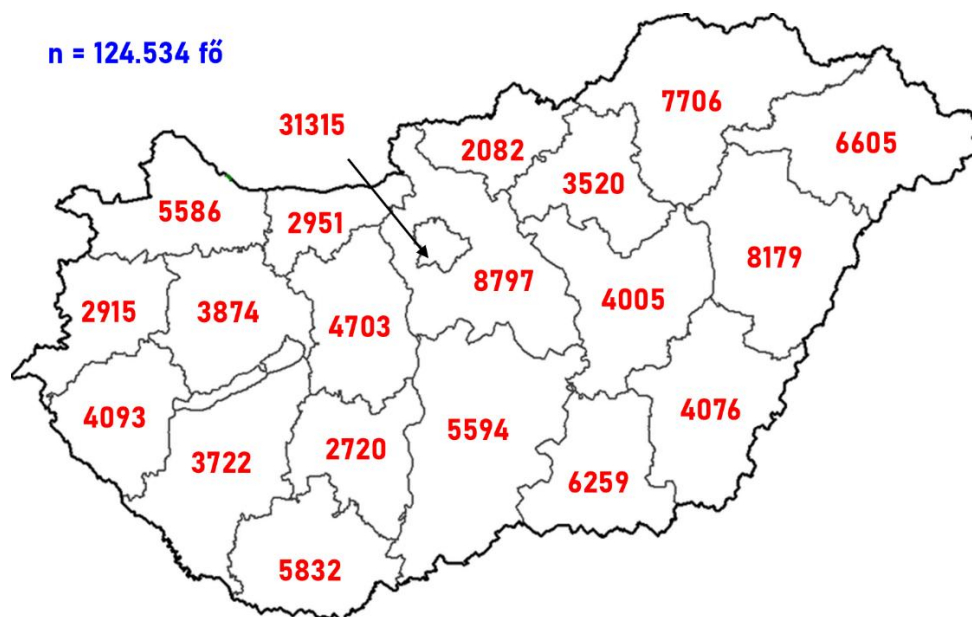
Jelenleg a Szakmajegyzékben 26 egészségügy ágazatba sorolt szakma/szakmairány, míg a programkövetelmények nyilvántartásában 28 szakképesítés szerepel.

### III. A szakdolgozói humánérőforrás helyzete a köztestületi tagság létszámadatainak tükrében

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 110. § (2) bekezdése alapján egészségügyi tevékenységet önállóan az a működési nyilvántartásba bejegyzett személy végezhet, aki az adott tevékenység folytatására jogosító egészségügyi szakképesítéssel rendelkezik és az adott szakképesítés tekintetében a kötelező továbbképzési kötelezettségét teljesítette. A működési nyilvántartásba történő felvétel feltétele a szakmai kamarai tagság. A **9. ábrán** látható, hogy MESZK-tagsággal jelenleg 124 534 fő szakdolgozó rendelkezik, a taglétszám vármegyei megoszlását a **10. ábra** mutatja be. A tagság legnagyobb részét a 45 év feletti szakdolgozók teszik ki, és a szakdolgozói karra jellemző a női munkavállalók magasabb aránya. Ebből adódóan már az 58-60 éves korosztályban is jelentős a szakdolgozók körében a nyugdíjba vonulók aránya a „Nők 40” nyugdíjkedvezmény igénybevételeivel. A nyugállományba vonulást követően az aktív kamarai tagság oka a legtöbb esetben a nyugdíj melletti további munkavégzés. Az adatokból az is látható, hogy a pályakezdő munkavállalók létszáma jelentősen elmarad az aktuálisan nyugállományba vonuló szakdolgozók létszámától, és ez a tendencia még súlyosabb helyzetet fog eredményezni akkor, amikor a jelenleg 45-49 éves és az 50-54 éves korosztály éri el a nyugdíjjogosultságot.



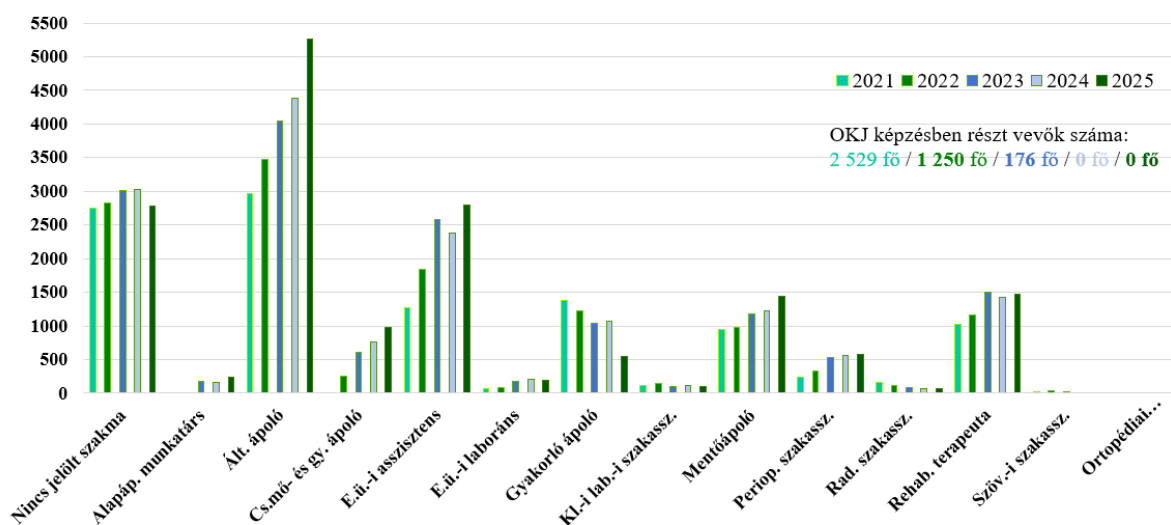
**9. ábra** A MESZK taglétszáma életkor szerinti megoszlásban  
(Forrás: MESZK Kamarai Tagnyilvántartás 2026. április)



10. ábra A MESZK taglétszámának vármegyei megoszlása (Forrás: MESZK Kamarai Tagnyilvántartás 2026. április)

#### IV.A szakdolgozói szakmai oktatás első öt évének főbb számadatai

Az egészségügy ágazathoz jelenleg 11 szakma tartozik, a 2020-ban bevezetett Szakmajegyzékből időközben 2022-ben a gyakorló ápoló és 2023-ban a szövettani szakasszisztens szakma került törlésre, míg a Szakmajegyzékbe 2022-ben a csecsemő- és gyermekápoló és az alapápolási munkatárs szakmák kerültek felvételre. A Szakmajegyzék szerinti képzésben tanuló, képzésben részt vevő személyek létszáma országosan 2021-ben 10 945 fő (továbbá 2 529 fő az OKJ szerinti képzésben), 2022-ben 12 471 fő (továbbá 1 250 fő az OKJ szerinti képzésben), 2023-ban 15 031 fő (továbbá 176 fő az OKJ szerinti képzésben), 2024-ben 15 359 fő (az OKJ szerinti képzés megszűnése mellett) volt, míg 2025-ben 16 433 fő iratkozott be egészségügyi szakképző intézménybe (11. ábra).



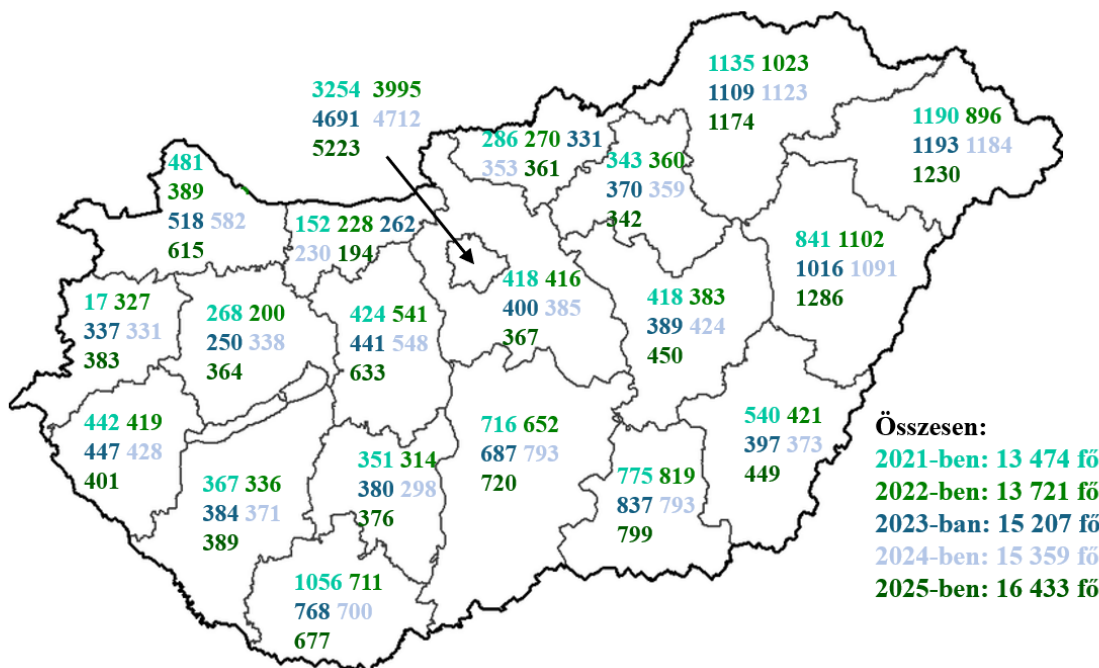
11. ábra A Szakmajegyzék szerinti tanulók, képzésben részt vevő személyek létszáma Magyarországon (Forrás: NSZFH SZIR és KIRSTAT, 2021-2025.)

Sajnálatos módon alacsony, több szakma esetében pedig kritikusan alacsony a tanulók, képzésben részt vevő személyek létszáma, ha figyelembe vesszük a jelenlegi humánerőforrás-létszámot és -hiányt, illetve az aktív szakdolgozók életkori megoszlását, valamint a képzést sikeresen teljesítő, és ezért az alapnyilvántartásba felvételre kerülő végzett szakemberek közül a működési nyilvántartásba is felvételre kerülő (azaz az egészségügy ágazatban végzettségének megfelelően munkaviszonyát megkezdő) szakemberek arányát. Az általános ápoló képzésben a 2025/2026-os tanévben 5 260 fő tanuló végzi tanulmányait a 9-15. évfolyam valamelyikén. Az **I. táblázatban** évfolyamonkénti bontásban mutatjuk be az egyes szakmák nappali tanulói és felnőttképzésben résztvevők létszámát. Ágazati szempontból rendkívül jelentős problémára világít rá, hogy a nappali tanulói képzésben a 14. évfolyam végzős tanulói az egész országban mindössze 275-en vannak, és az alsóbb évfolyamok általános ápoló tanulói létszáma is kritikusan alacsony.

Szakma 2025/2026	9. évfolyam	10. évfolyam	11. évfolyam	12. évfolyam	13. évfolyam	14. évfolyam	13. évfolyam érettségi után	14. évfolyam érettségi után	15. évfolyam érettségi után
Nincs jelölt szakma	1150	1050	-	-	-	-	575	-	-
Alapápolási munkatárs (szakképző iskolában)	38	36	123	44	-	-	-	-	-
Általános ápoló	320	151	579	483	455	275	1031	989	977
Csecsemő- és gyermekápoló	83	106	289	111	168	-	113	102	9
Egészségügyi asszisztens	111	41	264	204	189	-	930	1055	-
Egészségügyi laboráns	10	-	7	9	26	-	77	66	-
Gyakorló ápoló	-	-	-	238	302	-	-	-	-
Klinikai laboratóriumi szakasszisztens	-	-	12	2	7	-	5	18	54
Mentőápoló	16	2	62	65	49	-	653	587	1
Perioperatív szakasszisztens	-	1	3	7	41	7	55	237	223
Radiográfiai szakasszisztens	-	-	-	-	-	-	10	8	57
Rehabilitációs terapeuta	24	33	79	49	84	-	552	644	-

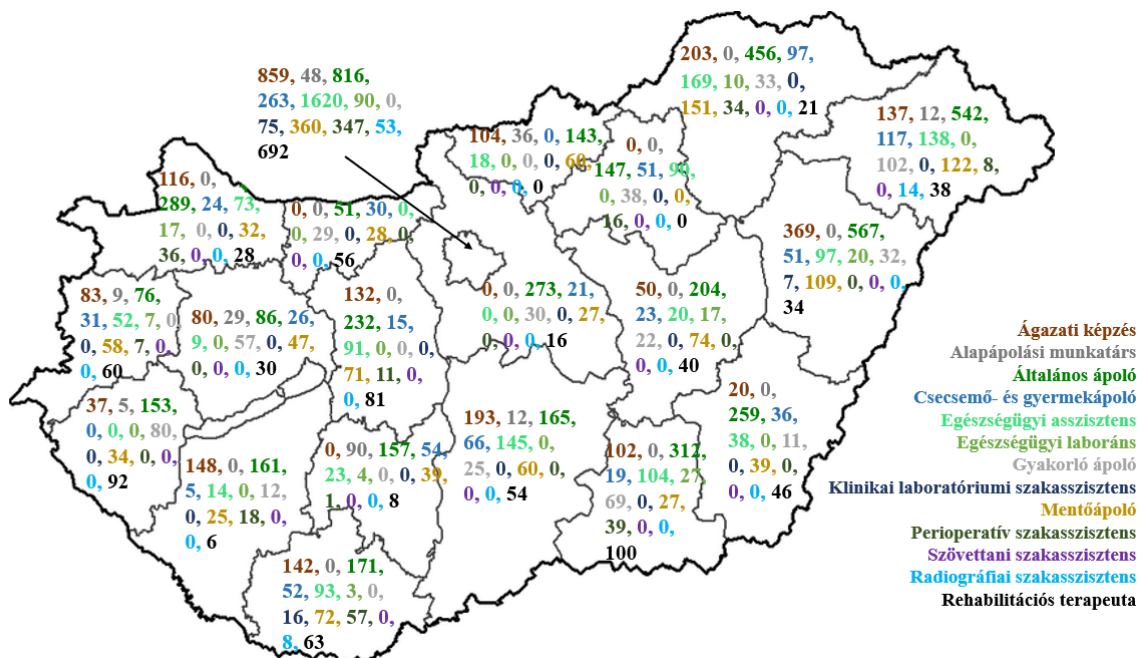
**I. táblázat** A Szakmajegyzék szerinti tanulók és a felnőttképzésben részt vevő személyek száma szakmánként (Forrás: NSZFH SZIR és KIRSTAT, 2025.)

A jelenleg választható szakmák közül az ortopéd műszerész szakma képzésére a Szakmajegyzék szerinti képzési rendszerben még nem kerültek beiskolázásra tanulók, képzésben részt vevő személyek. A szakképzésben tanulók, képzésben részt vevő személyek létszáma vármegyenkénti bontásban jelentős területi egyenlőtlenséget mutat mind a vármegyei összesített tanulói, képzésben részt vevői létszám (**12. ábra**), mind az egyes szakmák és szakmairányok tanulói, képzésben részt vevői létszámát illetően (**13. ábra**). A szakmát és szakmairányt már a képzésük megkezdésekor választó tanulók mellett jelentős azon tanulók, képzésben részt vevő személyek létszáma, akik szakma/szakmairány választás nélkül vesznek részt a képzésben.



12. ábra A Szakmajegyzék szerinti tanulók, képzésben részt vevők létszáma Magyarországon vármegyei bontásban (Forrás: NSZFH SZIR és KIRSTAT, 2021-2025.)

Az új szakképzési rendszer bevezetésének egyik fontos céljaként került definiálásra, hogy a szakképzésnek a „gazdaság”, jelen esetben az egészségügy ágazat igényeit kell kiszolgálnia.



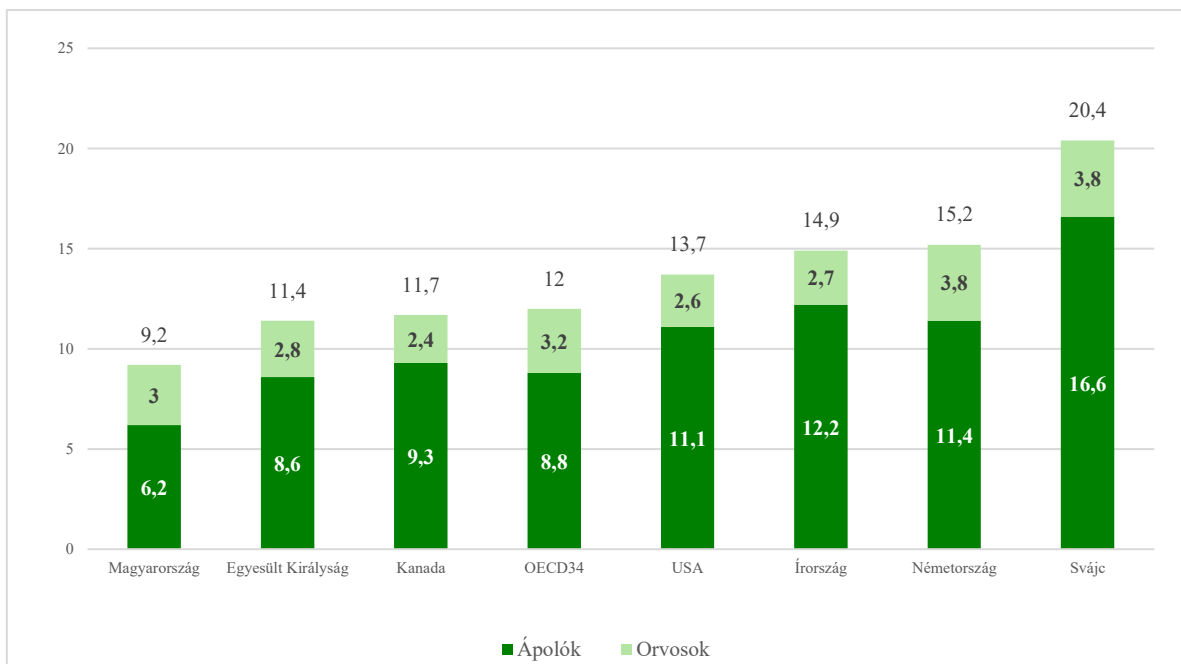
13. ábra A Szakmajegyzék szerinti tanulók, képzésben részt vevő személyek száma szakmánként és évfolyamonként 2025/2026-os tanévben (Forrás: NSZFH SZIR és KIRSTAT, 2021-2025.)

Ehhez pedig fontos az ágazati humánerőforrás-helyzet és -tendencia, a regionális és helyi szintű szakfeladat jelenlegi és jövőbeni jellegének és volumenének ismerete mellett a megfelelő felkészültségű és motivációjú szakképző intézményi és duális képzőhelyi háttér biztosítása. Mindezek segíthetnek mind a túlképzés, mind az igény ellenére a vármegyében alacsony létszámmal megszervezett vagy megszervezésre sem kerülő képzések problémakörének elkerülésében.

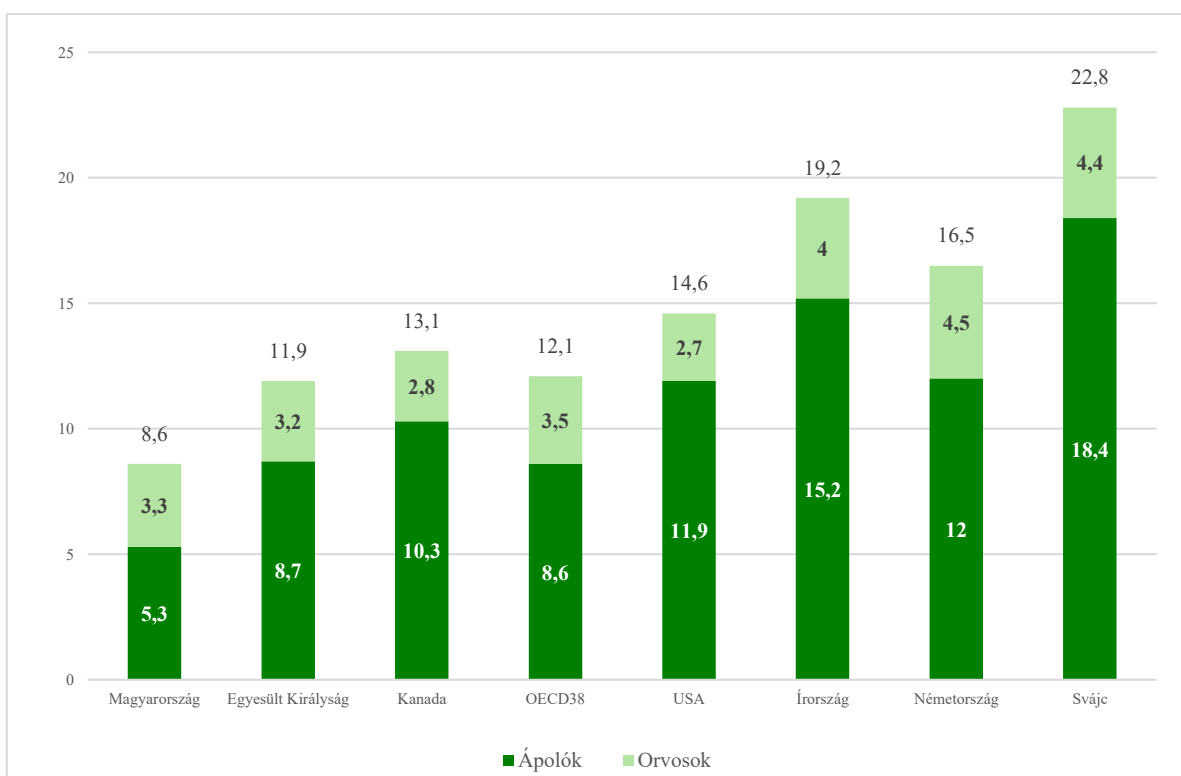
Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eü tv.) 114. §-a 2009-től írja elő az egységes ágazati humánerőforrásmonitoringrendszer (a továbbiakban: HMR) működtetését. A rendszer elsődleges célja az egészségügyi ágazatban dolgozó szakemberek nyomon követése, elősegítve ezzel az egészségügyi humánerőforrás stratégiai tervezés megalapozását. A HMR adattartalma kiterjed többek közt az egészségügyi szakképesítést szerzett személyek alapnyilvántartására és működési nyilvántartási adataira, a külföldi munkavállaláshoz hatósági bizonyítványt kérők adataira, a tanulók, képzésben részt vevők számára, bér- és létszámstatisztikai adatokra, munkaerőigény-adatokra.

Az egységes egészségügyi ágazati humánerőforrás-monitoringrendszer működésének részletes szabályairól szóló 2/2014. (I. 16.) EMMI rendelet (a továbbiakban: EMMI rendelet) 5. §-a alapján az OKFŐ évente egy alkalommal, a tárgyévet követő év április 30-áig éves beszámolót készít a HMR adatainak elemzése és értékelése alapján az ágazati humán erőforrás helyzetéről. Az éves beszámoló kötelező elemeit az EMMI rendelet 2. melléklete határozza meg. Az egészségügyi ágazati humán erőforrás helyzetéről szóló HMR éves beszámolók a 2009-2018 közötti időszakra vonatkozóan kerültek közzétételre az Országos Kórházi Főigazgatóság Humánpolitikai Igazgatóságának honlapján. Fontosnak tartjuk a HMR-beszámolók elkészítését és közzétételét a 2018. évet követő hiányzó időszakra is. Ahogy fontosnak tartjuk vizsgálni azt is, hogy egy adott vármegye/régió szakképzési (és a jelen tanulmányban közvetlenül nem tárgyalt felsőoktatási) kínálata és teljesítménye hogyan igazodik a vármegye/régió munkaerőigényére.

Az OECD 2012-es adatai szerint 1 000 lakosra 9,2 fő ápoló és orvos jut Magyarországon, amelyből az ápolók száma 6,2 fő, míg az orvosok száma 3 fő (**14. ábra**). Ezen 2012-es adatok azt mutatták, hogy az orvosok száma hazai viszonylatban megközelíti a nemzetközi adatokat, míg az ápolók száma messze elmaradt az OECD-átlagtól. A legfrissebb, 2022-es OECD-adatok azt mutatják, hogy 1 000 lakosra vetítve hazánkban nőtt az orvosok száma (3 főről 3,3 főre), ugyanakkor az ápolók száma tovább csökkent, 6,2 főről 5,3 főre, miközben az OECD-átlag szerint 8,6 fő ápoló jut 1 000 lakosra (**15. ábra**). Ezen számadat jelentőségét önmagában az a tény is hangsúlyozza, hogy az ápolók létszáma önmagában is (és a magasabb végzettségű ápolók létszáma szerint is) szoros összefüggést mutat az intézményi halálozási és szövődmény-előfordulási adatokkal. Meg kívánjuk azt is jegyezni, hogy bár minden ország számára jelentős kihívás az ápolói utánpótlás biztosítása, számos OECD-ország tudta ugyanezen időszak alatt növelni az 1 000 lakosra jutó ápolói létszámot, köztük a **14. és 15. ábrán** feltüntetett országok is.



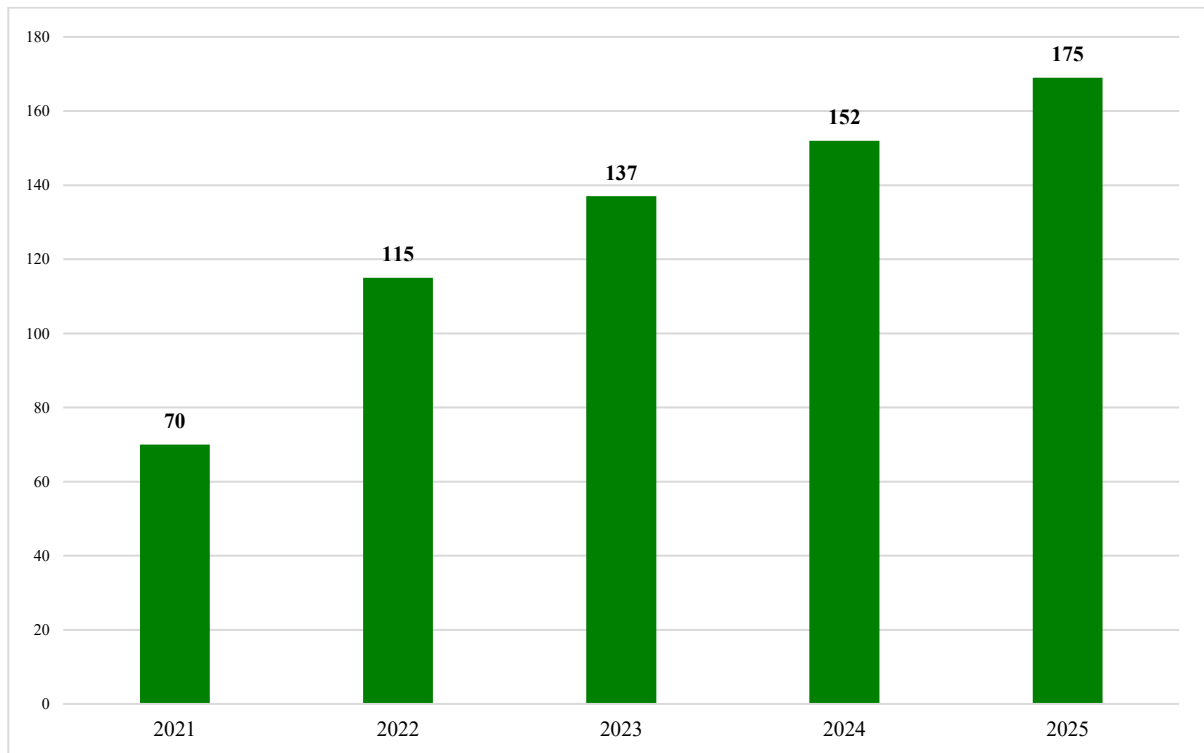
**14. ábra** Az ápolók és orvosok száma 2012-ben 1 000 lakosra vetítve. (Forrás: OECD, 2012.)



**15. ábra** Az ápolók és orvosok száma 2022-ben 1 000 lakosra vetítve. (Forrás: OECD, 2022.)

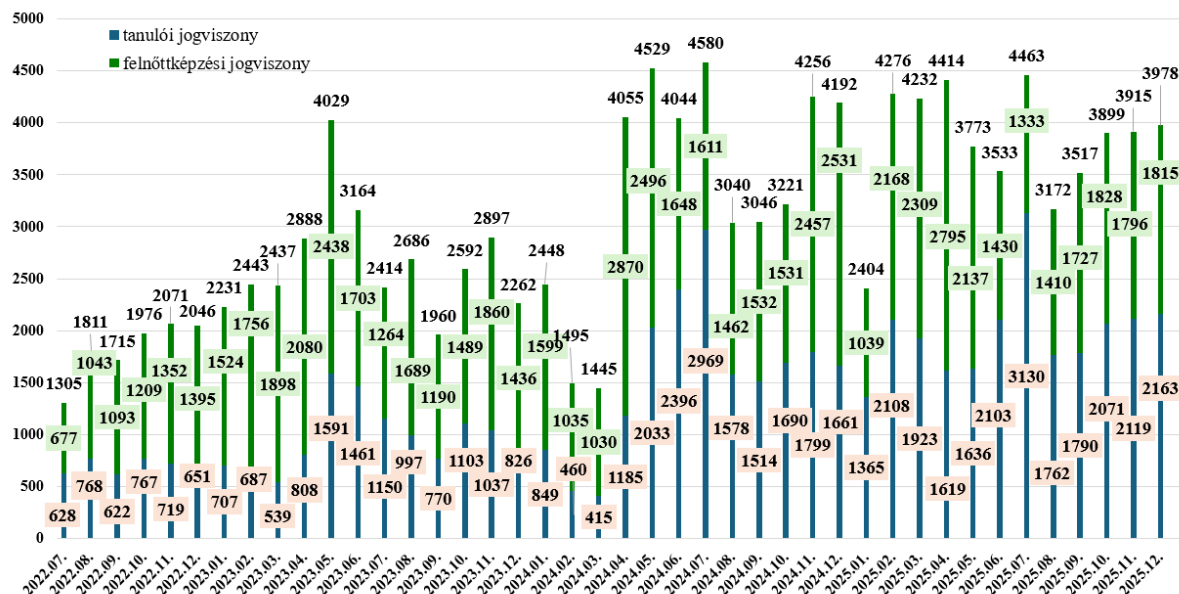
Súlyos probléma, hogy a szakképzésben végzett szakemberek jelentős része nem helyezkedik el az egészségügy ágazatban, miközben még az összes végzett szakember elhelyezkedése sem biztosítaná az adott évben nyugdíjba vonulók pótlását, nem is beszélve a mára már 30 000 főt meghaladó ápolóhiány problémájának kezeléséről.

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara az Szkt. 100. § szerinti feladatellátásával megkezdte a duális képzőhelyek nyilvántartásba vételét és hatósági ellenőrzését. Az Szkt. rendelkezéséből következőleg a korábbiakban a Magyar Kereskedelmi és Iparkamara által nyilvántartásba vett egészségügy ágazati gyakorlati képzésre jogosult szervezetek 2022. augusztus 31-ig láthatták el ezen feladataikat, míg ezen időponttól az egészségügyi szolgáltatók duális képzőhelyként történő nyilvántartásba vételüket követően vehetnek részt a szakirányú oktatásban. 2025-ben 169 duális képzőhely van az egészségügy ágazatban (**16. ábra**).



**16. ábra** A MESZK által nyilvántartásba vett duális képzőhelyek száma, 2021-2025.  
(Forrás: MESZK SZOTI, 2025.)

A duális képzőhelyek a nyilvántartásba vett létszámkapacitás alapján egy időben 22 349 fő tanulót, képzésben részt vevőt képesek szakképzési munkaszerződéssel fogadni gyakorlati eredeti munkakörnyezetben történő letöltése céljából.



17. ábra Szakképzési munkaszerződések száma országosan 2021–2025.  
(Forrás: NSZFH SZIR, 2025)

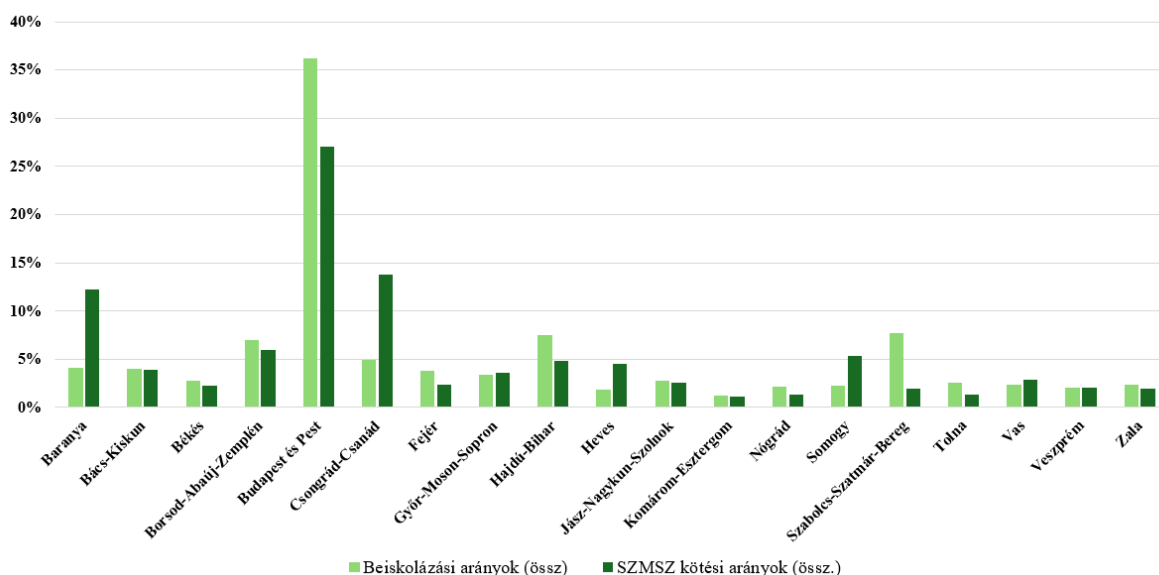
	2022. év havi átlag		2023. év havi átlag		2024. év havi átlag		2025. év havi átlag	
	Nappali	Felnőttképzési	Nappali	Felnőttképzési	Nappali	Felnőttképzési	Nappali	Felnőttképzési
	munkarend		munkarend		munkarend		munkarend	
Ágazat	74	12	34	40	0	1	0	0
Alapápolási munkatárs	0	0	0	11	1	16	21	57
Általános ápoló	309	588	463	790	539	867	861	793
Csecsemő- és gyermekápoló	17	5	44	61	63	65	188	69
Egészségügyi asszisztens	101	158	113	168	164	221	236	216
Egészségügyi laboráns	0	9	2	19	8	20	19	22
Gyakorló ápoló	65	69	131	60	188	18	360	0
Klinikai laboratóriumi szakasszisztens	5	37	6	43	4	34	7	69
Mentőápoló	28	70	32	197	57	215	74	239
Perioperatív szakasszisztens	11	60	22	96	30	105	66	151
Radiográfiai szakasszisztens	13	20	8	18	3	22	2	9
Rehabilitációs terapeuta	77	99	116	182	165	195	150	191
Szövetzeti szakasszisztens	2	6	2	9	1	3	0	0

II. táblázat Szakképzési munkaszerződések havi átlagos száma évenként és szakmánként (Forrás: NSZFH SZIR, 2025.)

17. ábrán mutatjuk be a szakképzési munkaszerződések havi átlagos számának alakulását országosan, míg a II. táblázat szakmánként mutatja meg a szakképzési munkaszerződések havi átlagos számát az egyes években. A duális képzőhelyeknek havonta átlagosan 32%-a fogad tanulókat, képzésben részt vevő személyeket szakképzési munkaszerződéssel, és a tanulók, képzésben részt vevő személyek 22%-a tud átlagosan havonta szakképzési munkaszerződéssel egészségügyi intézményben gyakorlatot tölteni, és egyes szakma/szakmairányok esetében nem minden vármegyében biztosíthatók duális képzőhelyek.

Az egészségügyi szakképzésben a Szakmajegyzék szerinti képzésben jelenleg 13 261 fő olyan tanuló, képzésben részt vevő van, akiknek szakirányú oktatását főszabály szerint duális képzőhelyen kell megvalósítani. A NAV adatszolgáltatása alapján 2022-ben átlagosan 1 822 fő/hó, 2023-ban átlagosan 2 667 fő/hó, 2024-ben átlagosan 3 313 fő/hó tanuló, képzésben részt vevő töltötte a gyakorlatát eredeti munkakörnyezetben szakképzési munkaszerződéssel.

Az egészségügyi szakképzést folytató intézmények tapasztalatai szerint egyes duális képzőhelyek nem kívánják kellő mértékben szakképzési munkaszerződést kötni az egészségügyi szakképzésben részt vevő nappali munkarendű tanulókkal/képzésben részt vevő személyekkel. Pozitív tendencia, hogy évről évre nő a szakképzési munkaszerződések kötésének száma, és azon belül a nappali munkarendű tanuló szakképzési munkaszerződések száma. Az elérhető adatok köréből nem ítéltethető meg a szakirányú oktatás egyes lényeges paraméterei, például, hogy mekkora az átfedés az egyes hónapokban megadott létszámadatokban a tanulók, képzésben részt vevő személyek között és az egyes tanulók, képzésben részt vevő személyek a szakirányú oktatás során milyen területeken és mennyi gyakorlati órát töltenek el a duális képzőhelyen szakképzési munkaszerződés keretében, eredeti munkakörnyezetben. Szintén nincs elérhető releváns adat arról, hogy szakképzési munkaszerződéssel nem rendelkező tanulók, képzésben részt vevő személyek (vagy azért, mert nincs őket fogadó duális képzőhely, vagy azért, mert nem államilag finanszírozott képzés résztvevőjeként nem is jogosultak szakképzési munkaszerződés igénybevételére) milyen területeken és milyen óraszámokban vesznek részt összesített és egyéni szinten eredeti munkakörnyezetben letöltött gyakorlatokon. Mindez olyan szabályozási keretek (KKK általános megfogalmazásai, programtanterv és portfólió megszüntetése) között fontos megoldandó probléma, ahol már nem kerülnek pontosan meghatározásra az egyes gyakorlati területek és az ott kötelezően eredeti munkakörnyezetben letöltendő óraszámok, valamint az ott elvégzendő tevékenységek száma és köre.



**18. ábra** A 2024. évi Szakmajegyzék szerinti képzésben résztvevők aránya országos viszonylatban és a vármegyei kórházak/klinikai központok szakképzési munkaszerződés-kötési arányai az országos adatokhoz viszonyítva (Forrás: NSZFH SZIR, 2025)

A **18. ábrán** az egyes vármegyei kórházak és klinikai központok (mint az adott régióban elsődleges szerepet betöltő duális képzőhelyek) által megkötött szakképzési munkaszerződések országos adatokhoz viszonyított aránya, valamint a Szakmajegyzék szerinti képzésben résztvevők szintén országos adatokhoz viszonyított aránya látható vármegyénként. Az adatok azt mutatják, hogy az egyes vármegyékben a nappali tanulói és/vagy felnőttképzési résztvevői beiskolázási arány nem egyezik meg a vármegye legnagyobb egészségügyi intézményeként a vármegyei kórházban, mint duális képzőhelyen szakképzési munkaszerződéssel eredeti munkakörnyezetben letöltendő gyakorlatra fogadott tanulók/képzésben részt vevők arányával. Egyes vármegyékben az országban szakképzési munkaszerződéssel gyakorlatot töltő személyek létszámához képest arányaiban lényegesen kevesebb személyt fogadnak havonta átlagosan szakképzési munkaszerződés keretében, mint az adott vármegyében az ország egészségügyi szakképzési tanulói/képzésben résztvevői létszámához képest képzésre kerülő személyek létszámának aránya.

## V. A Szakmajegyzék, valamint a Programkövetelmény szerinti szakmai oktatás és szakmai képzési rendszer elmúlt öt évének tapasztalatai alapján az egészségügy ágazat szak- és felnőttképzését érintő legfontosabb problémafelvetések és megoldási javaslatok

### 1. Más ágazatokban sikeresen működő ágazati készségtanácsok mintájára az egészségügyi ágazati készségtanács létrehozása

Az Szkr. 311. §-a alapján **ágazati készségtanácsok működnek az egészségügy, a rendészet és közszolgálat, a sport- és a szociális ágazat kivételével** az Szkr. 1. mellékletében meghatározott ágazatokban. Az egyes gazdasági ágazatok gazdálkodó szervezeteinek a szakképzés tartalmi szerkezetének folyamatos fejlesztését és korszerűsítését, a munkaerőpiaci igények és a képzési kínálat összehangolását szolgáló **szakmai javaslatok** ezen ágazati készségtanácsok képviselik. Az ágazati készségtanácsok folyamatosan figyelemmel kísérik a szakképzési szerkezet fejlesztését, a gazdasági, munkaerőpiaci, technikai-technológiai folyamatokat, és ennek alapján **javaslatot fogalmaznak meg programkövetelmények** nyilvántartásba vételével összefüggésben, javaslatot tehetnek a **Szakmajegyzékre**, a szakmai oktatás időtartamára, a képzési és kimeneti követelményekre és az ágazati alapoktatás szakmai tartalmára, **szakképzési tankönyvek kidolgozására**. Köztestületünk 2021 januárja óta rendszeresen (mind ez idáig 31 alkalommal) fogalmaz meg és küldi meg az egészségügyi szakképzési, továbbképzési és szakdolgozói hatásköri problémákat és megoldási javaslatokat, társadalmi egyeztetés keretében észrevételeket az OKFŐ, BM és a KIM részére. Évről évre minden vármegyében munkaerőpiaci kerekasztal-egyeztetéseket készítünk elő és bonyolítunk le az egészségügyi szakképzés szereplőinek részvételével, továbbá 2024-ben első alkalommal országos szakképzési konferenciát szerveztünk, amelyre szintén ágazatunk szakképzési szereplőit hívtuk meg. Az egészségügyi szakképzés problémáinak megoldására megfogalmazott javaslatainkat az ezen fórumokon részt vevő szakértők szakmai véleményét is figyelembe véve alakítottuk ki. A fentiekre tekintettel **ágazatunkban indokoltnak tartjuk ágazati készségtanács létrehozását**. Természetesen az ehhez szükséges jogszabály-módosító javaslat előkészítésében is aktívan részt kívánunk venni.

## 2. A szakmai oktatást és szakmai képzést szabályozó dokumentumok

### a) Képzési és kimeneti követelmények — évközi gyakorlatok hiányos meghatározása

Ismert számunkra, hogy a szakirányú oktatásban nem válik el élesen az elméleti és gyakorlati oktatás, azonban ágazatunkban kiemelten fontos szerepe van a klinikai gyakorlatoknak a szakmai vizsgára felkészülés során. A KKK-k a szakmai vizsgára bocsátás feltételeként az egybefüggő és évközi szakmai gyakorlat sikeres és igazolt teljesítését is előírják, ugyanakkor a KKK-k jelenleg csak az egybefüggő szakmai gyakorlatok óraszámát határozzák meg (ami nem azonos a képzésben szakmailag elvárható összes gyakorlati óraszámával), azonban **az évközi gyakorlatok legalább minimumóraszámát a KKK-k nem határozzák meg**. Ebből adódóan előfordulhat, hogy a képzést folytató intézmény csak a KKK-ban meghatározott alacsony gyakorlati óraszám letöltését várja el tanulóitól, képzésben részt vevőitől (például kizárólag szakmai vizsgára történő kétéves felkészítésben 160 óra). **A fentiekből következően egészségügyi szakmai okokból kérjük ágazatunk KKK-it az évközi gyakorlatok minimumórszámaival és helyszíneivel kiegészíteni.**

### b) Képzési és kimeneti követelmények — portfóliókészítési kötelezettség eltávolításának negatív hatásai a szakmai gyakorlatokra

Ágazatunk KKK-iból **a portfóliókészítési kötelezettség eltávolításra került**, ami azt eredményezte, hogy a szakirányú oktatás során elvégzett **klinikai gyakorlatok helyszínére, szakmai tartalmára, időtartamára vonatkozó előírások is kikerültek** a KKK-kból, amelyek **pótlása feltétlenül szükséges**. A klinikai gyakorlatok igazolására indokoltnak tartjuk **a portfólió visszavezetését** (ahogy az más ágazatokban is működik) **és a gyakorlati munkanapló sablonok** szakma/szakmairányonként központilag történő elkészítését, a klinikai gyakorlatok letöltését ezen munkanaplókban történő igazolását a szakmai vizsgára történő jelentkezés feltételeként előírni.

### c) Képzési és kimeneti követelmények — a túl általános KKK-k, a szakmai vizsga minimálisan elégséges (40%) teljesítési szintje és a Programtantervek megszüntetése miatti szakképzési problémák

Ágazatunkban a programtantervek részletesen meghatározták a főbb tantárgyak körét, a hozzájuk rendelt óraszámokat, az adott tantárgyat oktatók végzettségére, munkatapasztalatára vonatkozó előírásokat. A szakképzési törvény és végrehajtási rendelete túl általánosan fogalmazza meg az oktatókkal szembeni elvárásokat, a KKK-k pedig csak összóraszámokban határozzák meg egy adott szakma oktatására fordítható időkeretet. Mindezekből adódóan kérjük, hogy **korábban a programtantervekben szereplő legfontosabb kritériumok megfelelő módon kerülhessenek be a KKK-kba.**

A KKK-kban meghatározott szakmai vizsga értékelését az **Szkr. 290. § (2) bekezdése** szabályozza. Ennek értelmében a szakmai vizsga minimális teljesítési szintje egységesen **40%**, amely valamennyi, a **Szakmajegyzékben** szereplő szakma esetében kötelezően irányadó. A jogszabályi környezet arra nem ad felhatalmazást, hogy a KKK-k **ettől eltérő rendelkezést tartalmazzanak**. **A programkövetelmények alapján szervezett képzések** esetében a jogszabály **nem határoz meg egységes minimális teljesítési szintet, van olyan ágazat, ahol 61% a minimális követelmény**. Örömkre szolgál, hogy az **egészségügy ágazatban egyes** szakképesítések esetében a képesítő vizsgán az elégséges érdemjegy eléréséhez **51%-os teljesítmény** szükséges.

Az **egészségügy ágazat** sajátosságait figyelembe véve a Szakmajegyzék szerinti képzések tekintetében az **Szkr.-ben** a szakmai vizsga minimális teljesítési szintjeként meghatározott **40%-**

os teljesítmény ágazatunkban **betegbiztonsági szempontból nem tekinthető elegendőnek**, ezért javasoljuk az **51%-os minimális teljesítmény** elvárásának jogszabályi lehetővé tételét.

*d) A szakképzési tankönyvjegyzék hiányosságai*

A **szakképzési tankönyvjegyzékben** nem található meg valamennyi szakma oktatását támogató tankönyv, ezért indokoltnak tartjuk annak meghatározását a KKK-kban, hogy milyen szakirodalmat használjanak az oktatást végzők, véleményünk szerint az **egységes szakirodalmi javaslat** emelné a szakirányú oktatás szakmai színvonalát ágazatunkban. Kérjük továbbá, hogy kerüljenek felülvizsgálatra és pontosításra ágazatunk szakmáinak leírásai annak érdekében, hogy a **KKK descriptorai alkalmasak legyenek a tankönyvvé nyilvánítási** eljárás lefolytatásának szakmai alapját képezni. Mindezek mellett kérjük megfelelő források biztosítása mellett a szükséges ágazati tankönyvek létrehozásának támogatását.

*e) Programkövetelmények általános és hiányos szakmai tartalma*

Ágazatunkban az OKJ-s képzési rendszer megszűnése óta 28 darab, jelenleg is hatályban lévő PK került nyilvántartásba vételre, köztük a szakma csúcsát jelentő szakápoló szakképesítések (például: felnőtt intenzív szakápoló). Átvizsgálva a PK-kat, jelentős visszalépés tapasztalható az egyes szakképesítések szakmai tartalmának leírásában a korábbi időszakhoz képest (ami egyébiránt nem az új szakképzési rendszerből szükségszerűen adódó probléma). Nagyon fontosnak tartjuk, hogy a **szakmai képzések PK-i nagyon pontosan, egyértelműen tartalmazzák** a szakmai ismeretekre, készségekre, elméleti és gyakorlati képzés tartalmára, óraszámára, helyszíneire vonatkozó előírásokat, az elméleti és gyakorlati oktatók iskolai, szakmai végzettségével és gyakorlati tapasztalatával szembeni elvárásokat, a képesítő vizsgák tartalmának, személyi, tárgyi feltételeinek pontos leírását. Ennek érdekében javasoljuk valamennyi szakképesítés esetén a szakmai követelményeket a korábbi szakmai és vizsgakövetelmények mintájára **moduláris formában** megjeleníteni, ezzel lehetőség nyílik az egyes modulok szakmai tartalmának részletesebb leírására, valamint a konkrét képzési tartalomhoz hozzárendelni a képzési óraszámot. Ezzel is segítséget nyújtva az eltérő felkészültséggel rendelkező felnőttképző intézmények számára képzési programjuk elkészítéséhez, valamint a **képzések egységesebb megszervezéséhez**.

*f) A Programkövetelményekkel kapcsolatos döntés-előkészítésben való kamarai részvétel lehetősége*

A közelmúltban az IKK honlapján értesültünk arról, hogy a felnőttképzésért felelős miniszter ágazatunkban döntött egy **programkövetelmény törléséről**. Egy ilyen döntés számos kérdést vethet fel az egészségügyi szakdolgozók és a szakmai képzést folytató intézmények körében is, amelyekkel kapcsolatban köztestületünkhöz is fordulnak. Kérjük, hogy amennyiben ágazatunk szakképesítésének nyilvántartásból való törlésére érkezik javaslat, úgy a **döntés-előkészítésben kamaránk is vehessen részt**.

*g) A pályaalkalmassági vizsgálat visszahelyezése*

*a KKK-kba*

Sajnálatos módon megszűnt az egészségügy ágazatban a pályaalkalmassági vizsgálat szükségessége, így a képzésre jelentkezők pályaalkalmassága nem kerül felmérésre. Betegbiztonsági, szakdolgozó-biztonsági és minőségi betegellátási szempontból egyaránt fontosnak tartjuk a pályaalkalmassági vizsgálat szükségességének visszaállítását.

### 3. A szakmai és képesítő vizsga keretrendszere

a) *A szakmai és képesítő vizsgákon tapasztalt problémák (projektfeladatok elégtelen száma és minősége)* Kamaránkhoz több megkeresés érkezett a **szakmai és képesítő vizsgák minőségi lebonyolítására** vonatkozóan ágazatunk szereplőitől. Köztisztületünk által delegált vizsgafelügyelők szakmai észrevételeket fogalmaztak meg a szakmai és képesítő vizsgák projektfeladatainak darabszámára és minőségére vonatkozóan. Fontosnak tartjuk a megfelelő mélységű és minőségű feladatok biztosítását, emellett meggyőződésünk, hogy a projektvizsga feladatsorának az adott szakma/szakmairány/szakképesítés szakmai tartalmát szükséges lefednie, nem pedig a vizsgázói létszámot. A projektvizsga feladatsorát szakmailag úgy szükséges összeállítani, hogy az a vizsgáztatott szakma/szakmairány/szakképesítés teljes tevékenységét magában foglalja, ezáltal kiküszöbölhető az a jelenlegi gyakorlat, amely szerint a különböző akkreditált szakképzési vizsgaközpontok jelentősen eltérő nehézségű és darabszámú feladatsorokat állítanak össze a szakmai/képesítő vizsgákra. Az egyes szakmai/képesítő vizsgák egységes lebonyolítása érdekében **szükségesnek tartjuk a központi projektfeladatbankok létrehozását** minimális ajánlasként, amelyből a vizsgaközpontok össze tudják állítani az adott szakmai/képesítő vizsga feladatsorát. A feladatsoron belül pedig az egyes tevékenységek darabszámát, feladatsoron belüli arányát a vizsgáztatott szakma/szakmairány/szakképesítés szakmaitartalmát meghatározó dokumentumban (KKK, PK) szükséges meghatározni, amelyre készült már jó mintát adó KKK és PK is ágazatunkban, amely jó gyakorlat teljes körűvé tételének támogatását kérjük.

b) *A szakmai és képesítő vizsgákon tapasztalt problémák (a vizsgabizottság tagját érintően nem megfelelő a szakma/szakmairány helyett a képzési terület szerinti elvárás; a vizsgaközpontok részéről nem elegendő a tagtól az egészségügyi végzettséget elvárni szakmairány szerinti végzettség és releváns szakmai gyakorlat helyett)*

Az Szkr. 272. § (4) bekezdése alapján a **vizsgabizottság egyik tagja** csak olyan személy lehet, aki megbízása időpontjában a vizsgán megszerezhető **szakma képzési területe tekintetében** rendszeres oktatási tevékenységet folytat. Ezen előírás ágazatunkban a következő anomáliát idézi elő: a rendszeres oktatás nem jelenti azt, hogy az adott szakmán/ szakmairányon rendelkezne végzettséggel és megfelelő gyakorlattal. Az is probléma, hogy több szakma a szakmairányaival együtt azonos képzési területi besorolást kapott, így az egészségügyi asszisztens szakma nyolc szakmairánya is, amelyek alapvetően eltérő szakmai tartalommal bírnak (például: fogászati asszisztens, kardiológiai asszisztens stb., de ugyanezen képzési területbe sorolódott a mentőápoló szakma is), továbbá ágazatunk rehabilitációs terapeuta/fizioterápiás asszisztens és gyögmasszőr szakmairányai **azonos képzési besorolásba** kerültek a **szociális ágazat** négy szakmájával (például: szociális és gyermekvédelmi szakasszisztens szakma). Ennek következményeként még ha rendelkezik is a vizsgáztató az adott képzési területen szakmai végzettséggel, egy adott szakma/szakmairány szakmai vizsgáján alapvetően **eltérő szakmák oktatói láthatnak el vizsgabizottsági tagi feladatokat**, miközben arra szakmailag egyáltalán nem képesek. Fentiek miatt szükséges a **szakmai vizsga személyi feltételeinek pontosítása**

a KKK-kban a vizsgabizottság szakmai végzettségére vonatkozóan.

c) *A képesítő vizsgákon tapasztalt problémák (az egészségügy ágazat szakképesítéseinek képesítő vizsgáit érintően több esetben hiányzik a kamarai vizsgabizottsági tag részvételének előírása)*

Kezdeményezésünkre, az Országos Kórházi Főigazgatósággal való hatékony együttműködésünk eredményeként, a 2022. november 16-át követően nyilvántartásba vett programkövetelményekben már előírásra került a **vizsgabizottság szakmai végzettségével és tapasztalatával kapcsolatos elvárások**, valamint az **OKFŐ és a MESZK delegálási feladata** a képesítő vizsgák vizsgabizottságának munkájában való részvételre. Ugyanakkor ezen előírások a korábban nyilvántartásba kerülő PK-k még nem tartalmazzák, így kérjük ezen **módosítások átvezetését a korábbiakban megjelent PK-kban is**.

#### 4. A duális képzés során az eredeti munkakörnyezetben töltött gyakorlat keretei

##### a) A szakképzési munkaszerződések megkötésével kapcsolatos problémák

Egyes egészségügyi szakképzést folytató intézmények tapasztalatai szerint egyes duális képzőhelyek **nem kívánnak kellő mértékben szakképzési munkaszerződést kötni** az egészségügyi szakképzésben részt vevő nappali munkarendű tanulókkal/képzésben részt vevő személyekkel. Jelenleg **169 egészségügyi szolgáltató vesz részt duális képzőhelyként** a tanulók gyakorlati oktatásában az egészségügyi szakképzésben. A **duális képzőhelyeknek havonta átlagosan 32%-a fogad tanulókat, képzésben részt vevőket szakképzési munkaszerződéssel**, és a **tanulók, képzésben részt vevő személyek 22%-a tud** átlagosan havonta szakképzési munkaszerződéssel egészségügyi intézményben **gyakorlatot tölteni**, és egyes szakma/szakmairányok esetében nem minden vármegyében biztosíthatók duális képzőhelyek. Az egészségügyi szakképzésben a Szakmajegyzék szerinti képzésben jelenleg 11 822 fő olyan tanuló, képzésben részt vevő személy van, akiknek szakirányú oktatását főszabály szerint duális képzőhelyen kell megvalósítani. A NAV adatszolgáltatása alapján 2022-ben 1 822 fő/hó, 2 023-ban 2 667 fő/hó, 2024-ben 3 313 fő/hó tanuló, képzésben részt vevő személy töltötte a gyakorlatát eredeti munkakörnyezetben szakképzési munkaszerződéssel. A duális képzőhelyek **fő problémaként a nem megfelelő finanszírozást** jelezték, hiszen az ágazat különösen nagy fogyóeszközt és humán erőforrást igényel a gyakorlati képzés során. Ezeknek a költségeknek a terhe is a duális képzőhelyet terheli. Korábban is többször kezdeményeztük és most is javasoljuk ágazatunk esetében a **szakmaszorzó 2,20-ról 2,85-ra történő emelését**. A helyzetet tovább nehezíti az a jogszabályi változás, amely szerint a szociális hozzájárulási adóról szóló 2018. évi LII. törvény az **ugyanazon munkáltató ugyanazon munkavállalója tekintetében 2025. január 1-jétől** úgy került módosításra, hogy a duális képzőhely **legfeljebb 12 hónapig érvényesítheti az adókedvezményt** azon képzésben részt vevő személy tekintetében, aki **a szakirányú oktatást** az Szt. 90/A. §-a szerint **saját foglalkoztatónál teljesíti** és legkésőbb a szakirányú oktatás befejezését követő második vizsgaidőszakban szakmai vizsgát tesz.

##### b) Az eredeti munkakörnyezetben töltött gyakorlatok hiánya miatti problémák

A különféle ágazatok képzési és kimeneti követelményeit áttekintve megállapítható, hogy egyes ágazatokban megfelelően biztosított lehet a szakma elsajátításához szükséges gyakorlat akár eredeti munkakörnyezetben letöltött gyakorlatok nélkül is (például *tangazdaság, tankonyha, ahol adottak lehetnek a feltételek a gyakorlati ismeretek elsajátításához*). Ezekben az ágazatokban a **portfóliókészítés és a munkanapló vezetése** a gyakorlat során tényleges munkafolyamatokhoz kapcsolódhat, akár tangazdasági, tankonyhai, akár vállalati keretek között. **Ezzel szemben az egészségügy ágazatban a demonstrációs termekben** folyó oktatás szimulált környezetben zajlik, ahol egyes fontos egészségügyi beavatkozások mulageok/torzók, szimulációs eszközök alkalmazásával begyakorolhatók, de közülük is számos egészségügyi beavatkozás esetében

elengedhetetlen, hogy ezt követően eredeti munkakörnyezetben, valós pácienseken is elsajátítsák a tanulók a kivitelezést, ellenőrzött körülmények között. Emellett számos egészségügyi beavatkozáshoz, a betegellátáshoz kapcsolódó szakdolgozói feladat kizárólag az eredeti munkakörnyezetben sajátítható el. Mindezekre tekintettel az **egészségügy ágazatban elengedhetetlen**, hogy a képzés részeként a tanulók, illetve képzésben részt vevő személyek **eredeti munkakörnyezetben**, klinikai gyakorlat keretében is részt vegyenek a gyakorlati oktatásban. Mindezek miatt az egészségügy ágazatban jelentős kockázatúnak látjuk azt a 2023. július 7-től hatályos intézkedést, amelynek eredményeként amennyiben a tanuló/képzésben részt vevő személy a tanév első hónapjának utolsó napján nem rendelkezik szakképzési munkaszerződéssel, vélelmezni kell, hogy a tanuló/képzésben részt vevő személy duális képzőhelyen való részvétele a szakirányú oktatásban nem biztosítható. Ebben az esetben a szakképző intézmény az OKFŐ által kiállított igazolás birtokában akár a teljes gyakorlatot a szakképző intézmény tantermeiben/demonstrációs termeiben szervezheti meg.

**Meglátásunk szerint fontos a gyakorlatok megfelelő óraszámának előírása, a gyakorlatok eredeti munkakörnyezetben, duális képzőhelyen, szakképzési munkaszerződéssel történő letöltésének biztosítása, vagy ennek hiányában legalább annak biztosítása, hogy a korábbi (OKJ) időszaknak megfelelően, szakképzési munkaszerződés nélkül, de az egészségügyi intézményben eredeti munkakörnyezetében, a közvetlen betegellátás keretében kerüljön sor a gyakorlat letöltésére.**

Az eredeti munkakörnyezetben letöltött gyakorlatok mellett arra is szükség van, hogy a gyakorolni szükséges tevékenységek köre is, a gyakorlati szakterületek köre és az egyes szakterületeken letölteni szükséges évközi gyakorlati óraszám is ismételten meghatározásra kerüljön az egészségügy ágazatban, ahogy az a korábbi OKJ-időszakban is központilag meghatározásra került. Mindezek egy részére a portfóliókészítés előírása is lehetőséget adott, azonban az egészségügy ágazatban **a portfóliókészítés számos más ágazattal ellentétben sajnálatos módon kivezetésre került.**

c) *Tankórtermi rendszer lehetőségének megteremtése* Az egészségügyi szakképzések mindegyikében jelentős arányt kell, hogy képviseljenek a **gyakorlati képzések**. A szakmai készségek kialakítása, gyakorlása érdekében, az iskolai demonstrációs termek és az intézményi skill-laborok mellett, szükség van a korábban sikeresen működő úgynevezett tankórtermi rendszer létrehozására (annak pozitívumait megtartva és továbbfejlesztve) és az ehhez szükséges személyi és tárgyi feltételek biztosítására. A szakképzés minőségének javítása érdekében megfelelő számú és felkészültségű függetlenített mentorra, szakoktatóra, oktatószervezőkre van szükség az egészségügyi szolgáltatóknál a szakmai gyakorlatok megvalósítására.

## **5. A kötelező okleveles technikus képzések kivezetésének következményei az egészségügy ágazatban**

A Szakképzés 4.0 stratégiához kapcsolódó képzésfejlesztések eredményeként az egészségügy ágazatba sorolt általános ápoló és a **klinikai laboratóriumi szakasszisztens** szakmák esetén, a 2020. augusztus 18-tól hatályos KKK-k 1.10. pontjának rendelkezése alapján, a szakmák elsajátítására **kizárólag okleveles technikus képzésben volt lehetőség**, amely kötelezettség a

KKK-k 2021. december 7-i módosításával törlesztésre került. Az egyetemek és/vagy egyetemi fenntartású szakképző intézmények is részt vettek az általános ápoló képzés KKK-jának és PTT-jének kialakításában, amely alapján **kizárólag felsőoktatási intézmény felügyelete és szakmai koordinációja mellett megszervezhető középfokú ápolóképzés jött létre**. Az ápolóképzés képzési tartalma úgy került kialakításra, hogy a középfokú ápolóképzést követően - kredit beszámításával - **BSc-ápoló oklevél megszerzésére nyíljon lehetőség a középfokú ápolói végzettséget szerzők közül azoknak, akik erre alkalmasak**. Fontosnak tartottuk és továbbra is fontosnak tartjuk, hogy a BSc-ápoló-képzés KKK-jának megfelelően **országosan egységesen kerüljenek tantárgyak beszámításra és országosan egységes idő alatt legyen megszerzhető a végzett általános ápoló számára a BSc végzettség**.

Az okleveles technikus képzés kötelezettsége az általános ápoló szakma vonatkozásában történő visszaállítása nagyban hozzájárulhat ahhoz, hogy az egyetemi kontroll miatt magasabb minőségűvé és vonzóbbá váljon a középfokú ápolóképzés. **Mára már nemcsak a kötelező okleveles technikus képzés szűnt meg ezen szakmák esetében, hanem a programtantervek is**, aminek következtében rendkívül eltérő módon történik meg akár az általános ápoló szakma képzése is, mert a KKK túlságosan általános kereteket fogalmaz meg. Így előfordulhat, hogy egyes tantárgyak nem mindenhol kerülnek oktatásra, vagy eltérő tanévben, jelentősen eltérő óraszámokban/tartalommal/elmélet-gyakorlat arányban, ami a gyakorlatban **lehetetlenné teszi a megfelelő minőségű, az egészségügyben szükséges mértékben egységes középfokú oktatást, és az objektív, megfelelő arányú felsőoktatási beszámítási gyakorlat kialakítását**.

## **6. A szakképzés tárgyi infrastruktúrájának biztosítása - a nem szakképzési centrumhoz tartozó egészségügyi szakképző intézmények fejlesztésének problémái, további finanszírozási problémák**

A Szakképzés 4.0 stratégia meghatározta a szakképzési centrumok komplex felújítását és fejlesztését, 200 iskolai tanműhely komplex felújítását és eszközfejlesztését, valamint a 21. századi szakképző intézményfejlesztési programba bevont legalább 16 szakképzési centrum infrastrukturális fejlesztését. A 2024. november 11-én megjelent **az RRF-2.2.2-23 „21. századi szakképző intézményfejlesztési program” keretében kizárólag 18 szakképzési centrum 31 oktatási intézményének 34 helyszínén végeztek építési beruházásokat**, amelyek magukba foglalták tanműhelyek fejlesztését, oktatási terek átalakítását, korszerű oktatástechnikai, a szakmai oktatást szolgáló eszközök, informatikai és tárgyi eszközök megújítását. Az egészségügy ágazat szempontjából sajnálatos módon azon iskolák számára, amelyek fenntartói nem szakképzési centrumok, ezen fejlesztésekbe történő bekapcsolódásra nincs lehetőség, ezért **az egészségügyi szakképzés ezen fejlesztés tekintetében nem juthatott arányos, megfelelő mértékű fejlesztési forráshoz**. Kérjük annak biztosítását, hogy valamennyi egészségügyi szakképzést folytató intézmény (fenntartótól függetlenül) és felnőttképző intézmény tekintetében **megvalósulhassanak a szükséges infrastrukturális és egyéb fejlesztések**. A közfeladatot ellátó közérdekű vagyonkezelő alapítványok által fenntartott egészségügyi középfokú szakképző intézmények kapcsán érkezett köztestületünkhöz további megoldatlan finanszírozási problémára vonatkozó jelzés, ezért támogatjuk, hogy az érintett egyetemek és kormányzati területek között sor kerüljön a megfelelő egyeztetésekre.

## 7. A szakdolgozói hatáskörbővítéssel kapcsolatos rendszer kialakítása (mikrotanúsítvány/licence/ kötelező továbbképzés)

Köztestületünk az egészségügyi tevékenység végzéséhez kapcsolódó egészségügyi szakdolgozói kompetenciák keretrendszeréről szóló 13/2025. (IV. 17.) BM rendelet előzetes egyeztetésekor az előkészítők irányába megfogalmazta, hogy a **hatáskörbővítő feladatok** (például korábbiakban orvosok által ellátott feladatok szakdolgozókhoz történő delegálása) vonatkozásában szakmai és megbízottsági szempontból egyaránt nélkülözhetetlennek tartja bizonyos **feltételek/szakmai tartalmak/keretek kialakítását** (például: az újonnan definiált ápolói feladatok ellátására irányuló és azokból megfelelő elméleti, valamint gyakorlati ismereteket nyújtó KTK-programok az ismeretek elsajátítása és időszakos megújítása érdekében, mikrotanúsítvány/licence bevezetés, ellenőrzött körülmények között, felügyelettel teljesített beavatkozás darabszám-meghatározása stb.).

## 8. Az általános ápoló képzés eltérése a 2005/36 EU-direktívától

Köztestületünk már számos alkalommal megfogalmazta, hogy a magyarországi középfokú ápolóképzés nem felel meg az Európai Unió **2005/36/EK irányelvében** (a továbbiakban: direktíva) meghatározott követelményeknek. Sajnálatos módon ezt a problémát az **Országos Képzési Jegyzéket** (a továbbiakban: OKJ) felváltó **Szakmajegyzék** bevezetése sem orvosolta.

Az Európai Unió **2005/36/EK irányelve** többek közt előírja, hogy az ápolóképzés a befejezett **10. évfolyamra** épüljön, **teljes idejű** legyen, és legalább **4 600 órát** és **három év időtartamot** foglaljon magában. Ezzel szemben a magyar középfokú **általános ápoló** képzés **tanulói** és **felnttkepzési jogviszonyban** egyaránt szervezhető, a képzés KKK-ja alapján tanulói jogviszonyban **legalább 3 800 óra a képzési idő, amelybe** a 9-10. évfolyamon szervezett ágazati alapoktatás és a 600 óra egybefüggő szakmai gyakorlat óraszámja is beszámít. Felnttkepzési jogviszonyban pedig mindössze **3 520 órát** ír elő, az ágazati alapoktatással és a kizárólag szakmai vizsgára történő felkészítésben meghatározott egybefüggő szakmai gyakorlat órással együtt, ami **jelentősen tovább csökkenthető** az Szt. 53. § (4) bekezdése értelmében. A direktíva meghatározza, hogy a képzési idő **legalább fele** (azaz mintegy **2 300 óra**) **eredeti munkakörnyezetben végzett klinikai gyakorlatra** fordítandó. A hazai általános ápoló szakma KKK-jában a technikai oktatásban **600 óra**, kizárólag szakmai vizsgára történő felkészítésben pedig csupán **320 óra** kerül meghatározásra egybefüggő szakmai gyakorlat néven. A KKK sajnálatos módon nem tartalmaz előírásokat az évközi szakmai gyakorlatok pontos órásszáma és helyszínére, és a helyzetet tovább súlyosbíthatja, hogy az összes évközi és egybefüggő szakmai gyakorlat - duális képzőhely hiányában - **a szakképző intézményben is teljesíthető**. Ezzel szemben a direktíva az elméleti és eredeti munkakörnyezetben letöltendő gyakorlati órásszámok mellett a klinikai gyakorlatok alábbi helyszíneit is előírja: általános orvostan és szakorvostan, általános sebészet és szaksebészet, gyermekgondozás és gyermekgyógyászat, terhesgondozás és szülészet, elmegyógyászat és pszichiátria, idősgondozás és geriátria, ápolás-gondozás közösségi környezetben.

Az „**általános ápoló**” megnevezés szerepel a **2005/36/EK-irányelv V. mellékletében**, ezért az egészségügyi tevékenység végzéséhez szükséges oklevelek elismeréséről, továbbá az oklevelek külföldi elismertetéséhez szükséges hatósági bizonyítványok kiadásának egyes eljárási szabályairól szóló 30/2008. (VII. 25.) EüM rendelet 1. §-a alapján **automatikusan kiállításra kerül a hatósági bizonyítvány** minden általános ápoló végzettséggel rendelkező szakember számára,

aki külföldi munkavállaláshoz kérelmezi a hatósági bizonyítvány kiállítását. Az összetett probléma kezeléséhez köztestületünk szakmai szakértői támogatást tud biztosítani.

## 9. Szakmai versenyek szervezése

### a) Országos Szakmai Tanulmányi Verseny (OSZTV) szervezése

Ágazatunkban az Országos Szakmai Tanulmányi Versenyt hagyományosan az OKFŐ (korábban jogelőd intézményei), mint az EMMI/BM háttérintézménye szervezi és bonyolítja le, amely versenyszervezés során **2018-ban, 2021-ben és 2022-ben egyetlen szakképesítésben sem, továbbá 2019-ben, 2020-ban és 2023-ban** a közel 30 egészségügyi szakképesítés/szakmairány közül **1 db szakképesítésben** (ápoló) szerveződött országos döntő (2023-ban hat fő versenyző részvételével). A szakképzési törvény szerint az OSZTV szervezése kamarai feladat, így más ágazatokban **a kamarák akár 100 millió forintos nagyságrendű forrásban részesülnek** a szakképzési törvényből eredőleg az OSZTV megszervezésére. A korábbiakban köztestületünk **kezdeménnyezte az OSZTV-k OKFŐ és MESZK társszervezőként való közös szervezését** a kamarák számára ezen feladatra biztosított **forrás lehívhatósága** és ágazati felhasználhatósága, valamint az **OSZTV-re nevezők számának** közös erővel történő **jelentős emelése érdekében**.

**Az OSZTV szervezéssel kapcsolatos problémák megoldása érdekében kamaránk egy személyes egyeztetés keretében tette meg a versenyszervezéssel kapcsolatos módosító javaslatait az OKFŐ részére.** Örömmre szolgál, hogy **javaslataink részben vagy egészben befogadásra kerültek az OKFŐ részéről** az alábbiak szerint: **az OSZTV valamennyi szakmára/szakmairányra történő meghirdetése;** a korábbi két forduló (helyi elődöntő, országos döntő) helyett **három forduló kerüljön kialakításra:** helyi elődöntő, megyei középdöntő és országos döntő); a korábbi **minimum 71%-os eredmény csökkentése a továbbjutók számának növelése érdekében;** a **vármegyei döntő központi feladatbankból szervezett gyakorlati versenytevékenység** legyen; az **országos döntő az adott évi Szakma Sztár Fesztiválon** kerüljön lebonyolításra, ahogy ez a Magyar Kereskedelmi és Iparkamara, illetve a Nemzeti Agrárgazdasági Kamara által gondozott szakmák esetében megvalósul; kerüljön bevonásra a **MESZK az OSZTV rendezvény társszervezőjeként.** Bár a **MESZK társszervezősége és így kamarai oldalról ágazatunk számára ezen célból forrás igényelhetősége egyelőre nem valósult meg,** örömmre szolgál, hogy **fenti kezdeményezéseink közül számos elem befogadásra került,** és a korábban egy szakképesítésben szerveződött országos döntőhöz képest a **2024/2025-ös tanév versenyén már 7 szakma/szakmairány esetén 50 versenyző** részvételével zajlottak az OSZTV országos döntői.

Meggyőződésünk továbbá, hogy a megfelelő létszámú, a tanulók és felkészítő pedagógusaik/intézményeik részéről elvárható minőségű OSZTV szervezéshez, a tanulók eredményes felkészíthetőségéhez és a verseny általuk történő sikeres teljesítéséhez is elengedhetetlenül fontos a jelen tanulmány korábbi pontjaiban tárgyalt problémák mielőbbi megoldása (például a megfelelő elméleti és gyakorlati képzéshez szükséges konkrét szakmai keretek rögzítése, beépítése, a megfelelő óraszámú és minőségű szakmai gyakorlatok előírása és biztosítása, a megfelelő tankönyvi, infrastrukturális háttér és a megfelelő vizsgáztatási keretrendszer biztosítása). A képzési keretrendszer ezen szabályozóelemeit érintő problémák szakmailag és pedagógiailag megfelelő kezelése a minőségi szakképzés mellett az OSZTV

elméleti és gyakorlati szakmai követelményeivel kapcsolatban a tanulók/pedagógusaik részéről esetlegesen felmerülő hiányosságok kezelését is elősegítheti. Emellett az OKFŐ által már megszervezett felkészítő foglalkozások, szakmai fórumok tanulókat/képzésben résztvevőket és pedagógusokat/mentorokat, a velük való kommunikációt (például tájékoztatás, véleményezés, versenyszervezési értékelés) érintő további fejlesztését is támogatjuk.

*b) Kossuth Zsuzsanna Nemzeti Egészségügyi Szakképzési Verseny*

Ugyan kamaránk nem vesz részt az OSZTV szervezési feladataiban, azonban az Szt. 100. § (1) ga) alpontja alapján kamaránknak van versenyszervezési feladata. Nagyon fontosnak tartjuk ágazatunkban a minőségi szakképzést, a kiemelkedő teljesítményű tanulók és pedagógusaik elismerését, illetve a tanulók motiválását az OSZTV és más szakmai megmérettetéseken való részvételre, szakmai kihívások keresésére, tudásuk elmélyítésére.

A fentiekből adódóan köztestületünk a **2022/2023. tanévben első alkalommal hirdette meg** a középfokú szakképzésben részt vevő fiatalok számára országos szintű szakképzési versenyét, a **Kossuth Zsuzsanna Nemzeti Egészségügyi Szakképzési Versenyt**. Az egészségügyi szakképzést folytató intézményekkel közösen alakítottuk ki a versenyfelhívást és a versenyszabályzatot, valamint a versenyfeladatok készítése és lektorálása szintén **az iskolák bevonásával** történt meg.

A szakképzési versenyt a Magyarország területén egészségügyi középfokú szakképzést folytató intézmények azon tanulói/képzésben résztvevői számára hirdetjük meg, akik iskolai rendszerben folytatják tanulmányaikat **az Szkr. 1. mellékletében szereplő, egészségügy ágazatba sorolt szakma/szakmairányok valamelyikében**. A szakképzési verseny pedagógiai célja a magyarországi egészségügyi középfokú szakképzés színvonalának további növelése, a szakképzésben kiemelkedő teljesítményt nyújtó fiatalok és felkészítő tanáraik eredményeinek elismerése. Cél az eredeti munkakörnyezetet szimuláló gyakorlati feladatok által a versenyzők szakmai tudásának felmérése. Cél továbbá az egészségügyi szakmák társadalmi presztízsének növelése és a szakképzésbe való belépés vonzóvá tétele a szakmák bemutatása által, ezzel elősegítve a pályaválasztó fiatalok pályaaorientációját. A szakképzési versenyt a 11., 12., 13., 14., 15. évfolyamon tanulmányokat folytatók számára ismeretkörönként hirdetjük meg, azzal, hogy a versenyfeladatok úgy kerülnek kialakításra, hogy alkalmasak legyenek a nevező versenyzők által befejezett évfolyam szakmai tartalmának mérésére.

A versenyeket a **MESZK Szakképzési, Oktatási és Továbbképzési Igazgatósága készíti elő és bonyolítja le a MESZK területi szervezeteinek bevonásával**, a MESZK szakmai tagozatai, valamint szakmai szervezetek közreműködésével. A versenyek szakmai tartalma a képzési és kimeneti követelményekben meghatározottak alapján, azokkal összhangban kerül megállapításra. Nagy büszkeség számunkra, hogy már az első alkalommal a versenyfelhívásunkra 42 egészségügyi szakképzést folytató intézmény 634 tanulója/képzésben résztvevője adta le nevezését, **mára már 53 szakképző intézmény több mint 1 100 tanulója/képzésben résztvevője** jelentkezik a versenyre. A verseny zárásakor, az országos döntő alkalmával, a versenyzők elismerése mellett, nagy hangsúlyt helyezünk a felkészítő pedagógusok, gyakorlati oktatók, egészségügyi szakképzést folytató technikumok elismerésére is.

A felsőoktatási felvételi eljárásról szóló 423/2012. (XII. 29.) kormányrendelet 19. §-a alapján a felsőoktatási intézmény dönt az intézményi pontok jogcímeiről, mértékéről és elfogadhatóságáról. A jogszabályi felhatalmazás alapján hazánkban van olyan egészségügyi képzést folytató felsőoktatási intézmény, amely a MESZK által szervezett Kossuth Zsuzsanna Nemzeti Egészségügyi Szakképzési Verseny országos döntőjének 1-10. helyezéséért **intézményi pontot ad a felsőoktatási felvételi eljárás során.**

### 10. Egységes ágazati humánerőforrásmonitoringrendszer (HMR)

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 114. §-a 2009-től írja elő az egységes ágazati humánerőforrás-monitoringrendszer (a továbbiakban: HMR) működtetését. A rendszer elsődleges célja az egészségügyi ágazatban dolgozó szakemberek nyomon követése, elősegítve ezzel az egészségügyi humán erőforrás stratégiai tervezés megalapozását. A HMR adattartalma kiterjed többek közt az egészségügyi szakképesítést szerzett személyek alapnyilvántartására és működési nyilvántartási adataira, a külföldi munkavállaláshoz hatósági bizonyítványt kérők adataira, a tanulók, képzésben részt vevők számára, bér- és létszámstatisztikai adatokra, munkaerőigény-adatokra. Az egységes egészségügyi ágazati humánerőforrás-monitoringrendszer működésének részletes szabályairól szóló 2/2014. (I. 16.) EMMI rendelet (a továbbiakban: EMMI rendelet) 5. §-a alapján az OKFŐ évente egy alkalommal, a tárgyévét követő év április 30-áig éves beszámolót készít a HMR adatainak elemzése és értékelése alapján az ágazati humán erőforrás helyzetéről. Az éves beszámoló kötelező elemeit az EMMI rendelet 2. melléklete határozza meg. Az egészségügyi ágazati humán erőforrás helyzetéről szóló HMR éves beszámolók a 2009-2018 közötti időszakra vonatkozóan kerültek közzétételre az Országos Kórházi Főigazgatóság Humánpolitikai Igazgatóságának honlapján.

**Fontosnak tartjuk a HMR-beszámolók elkészítését és közzétételét a 2018. évet követő hiányzó időszakokra is. Ahogy fontosnak tartjuk vizsgálni azt is, hogy egy adott vármegye/régió szakképzési (és a jelen tanulmányban közvetlenül nem tárgyalt felsőoktatási) kínálata és teljesítménye hogyan igazodik a vármegye/régió munkaerőigényéhez.**

### 11. Az egészségügyi ágazat és a szociális ágazat hatékonyabb együttműködésének biztosítása, a szociális ágazatban megjelent egészségügyi tevékenységek megfelelő jogszabályi keretek között történő hatékony ellátásának biztosítása

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 110. § (2) bekezdése alapján **egészségügyi tevékenységet önállóan** az a működési nyilvántartásba bejegyzett személy végezhet, aki az adott tevékenység folytatására jogosító **egészségügyi szakképesítéssel** rendelkezik és az adott szakképesítés tekintetében a kötelező továbbképzési kötelezettségét teljesítette. A szociális ápoló és gondozó (SZJ), valamint a szociális gondozó és ápoló (PK) képzések keretében az ápolói megnevezés egészségügyi ágazaton kívüli képzésben, ágazatunk és **a MESZK érdemi kontrollja nélkül szerezhető meg.** Az ápoló **megnevezés félrevezető**, hiszen nem teljesíti a vonatkozó EU-direktívában az ápolóképzés vonatkozásában előírtakat, illetve nem láthatja el az ápolói feladatkört, még a szociális szférában sem. Emellett érettségi nélkül, maximum hároméves képzés teljesítésével olyan, részben ápolói hatáskör ellátása (például: gyógyszerelés, intramuscularis injekciózás, sztómaellátás, tracheakanül-tisztítás) mellett jogosult az ápolói

megnevezés használatára, amely vonatkozásában az egészségügyi ágazatban csupán általános ápolási és egészségügyi asszisztensi vagy alapápolási munkatársi végzettség (tehát nem használható az ápoló megnevezés) megszerzése lehetséges. Fontosnak tartjuk a fenti probléma konstruktív és konszenzusos szakmai kezelését a két ágazat között, ennek keretében **kérjük az egyes szakmák közötti képzési kompetenciák és nevezéktan problémáinak kezelését, az egészségügyi tevékenységek ellátásához mindkét ágazatban a jogszabályi környezetnek és a szakmai szempontoknak egyaránt megfelelő képzések biztosítását.**

## A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara hatáskörének bővítésre vonatkozó javaslatok

A **szakmai köztestületek** nemzetközi és hazai viszonylatban **jelentős mértékben tudnak hozzájárulni** az adott ágazat **magas színvonalú** működéséhez. **Köztestületünk** egyes területeken már **ma is jelentős feladatokat** lát el (pl. etikai ügyek, szakképzési hatósági és pályaorientációs feladatok), ugyanakkor **számos területen nincs lehetőségünk** a szakdolgozókat érintő **szakmai szempontok megfelelő képviselőjére**, az azokkal összefüggő – **a nemzetközi gyakorlat szerint a köztestületek által hatékonyan ellátható – feladatok ellátására.**

Feladataink rövid összefoglalása: A közel **125 000 taggal** rendelkező **Köztestületünk** évente **500 továbbképzés bírálatában** vesz részt, **80 köztestületi továbbképzést** szervez meg, **900 továbbképzés** (18 000 fő) kapcsán végez **ellenőrzési feladatokat**, az **etikai** eljárások száma folyamatosan növekszik, jelenleg átlagosan **70 db évente.**

A szakképzési törvény alapján köztestületünk szakképzési területen több mint **1 700 pályaorientációs eseményt** szervez évente, több mint **80 000 általános iskolás személyes részvételével**, **100 000 példányban** jelentet meg évente **pályaválasztási kiadványokat** és **46 pályaorientációs kisfilmet** készített, valamint kamarai **rajz/kézműves/kisfilm készítési versenyt** (több mint 700 nevezés/év), egészségügyi **vetélkedők**, **nyári táborok** szervezését végzi. Emellett a kamara a minőségi szakképzés elősegítése, valamint a kiemelkedő tanulók és pedagógusai elismerése céljából **Kossuth Zsuzsanna Nemzeti Egészségügyi Szakképzési Versenyt** alapított, melyen mára már több mint **50 szakképzőintézmény** több mint **1 100 tanulója** vesz részt évről évre. A MESZK hatósági feladatellátása keretében ez idáig **181 duális képzőhely** nyilvántartásba vétele, hatósági ellenőrzése történt meg, valamint **1 600 fős kamarai szakértői csoportjából mintegy 700 vizsgára** delegál vizsgabizottsági tagot.

A Köztestületünk a minőségi szakképzés tervezhetőségének segítésére **Egészségügyi Szakdolgozói és Szakképzési Monitoring Rendszert** dolgozott ki és vezetett be (egészségügyi szakdolgozók: létszám/végzettség/korfa/munkavégzés hely; szakképzésben résztvevők: száma, gyakorlati képzésben résztvevők adatai; szakképző intézmények és duális képzőhelyek adatai), valamint évről évre országos szakképzési konferenciát szervez **„Az egészségügyi középfokú szakképzés és az egészségtudományi felsőoktatás szereplőinek tudományos konferenciája”** címmel. Kamaránk a szakképzési, továbbképzési és szakdolgozói hatásköri problémák vonatkozásában mindezen ideig **31 alkalommal** fogalmazott meg **szakmai problémafelvetéseket és megoldási, fejlesztési javaslatokat** is szakképzési, felnőttképzési területen a területek szabályozásáért és irányításáért felelős szervezetek vezetőinek. Ezen beadványokat a szakképző intézmények, duális képzőhelyek, társ szakmai szervezetek, egészségtudományi képzést folytató felsőoktatási intézmények bevonásával készítette el, **„Az egészségügy ágazat szak- és felnőttképzési fejlesztési koncepciója”** című szakmai tanulmányt, amelyet a Nővér című tudományos szakmai folyóirat 2025. decemberi lapszámában jelentett meg.

A szakdolgozói köztestületi feladatkörök tekintetében **számos nemzetközi jó példa** van. Közéjük tartozik az **Egyesült Királyságban** működő **Nursing and Midwifery Council**, ahol a köztestület hatásköre az **ápolók és szülésznők hivatalos nyilvántartásának** vezetése; az **ápolóképzés standardjainak kialakítása**, biztosítva ezáltal az egységes, magas szintű képzést; **szakmai alkalmasságot érintő panaszok** esetén **vizsgálatok** lefolytatására, mellyel kapcsolatban szankciókat is kiszabhat (felfüggesztés, nyilvántartásból való törlés); **kötelező rendszeres továbbképzés előírása** (revalidáció), melynek keretében az ápolóknak 3 évente kell igazolniuk, hogy alkalmasak a szakma gyakorlásának folytatására; **minőségbiztosítást** végez **az oktatásban**, és **panaszokat kezel**. **Hasonló rendszer** működik **Írországban** is, ahol a **Nursing and Midwifery Board of Ireland** végzi: az **ápolók és szülésznők regiszterének és a hallgatók külön nyilvántartásának** vezetését; az **oktatás standardjainak meghatározását**, a **kötelező képzési programok jóváhagyását/folyamatos monitorozását**; a szakmai **magatartásra és etikára vonatkozó útmutatás** kialakítását, a regisztrált tagok ellen érkező **panaszok kivizsgálását**; az ápolói **gyakorlat keretrendszerének meghatározását** (milyen beavatkozásokat végezhetnek ápolók), emellett a szakdolgozói kamara 2011-től bővített hatáskörrel, erőteljesebb felhatalmazással végzi a **szakmai alkalmasság vizsgálatát** és a visszaélések kivizsgálását.

Hazai viszonylatban a Magyar Mérnöki Kamara példája előremutató mintát jelent, hiszen a *kamara köztestületként törvényben rögzített közfeladatok széles körét látja el: elbírálja, engedélyezi és országosan nyilvántartja a szakmai jogosultságokat a kamarai tagok és kamarai nyilvántartottak számára, közreműködik a mérnöki tevékenység szakmai és etikai színvonalának emelésében, továbbá a műszaki szabályozás, a szabványosítás és a minőségbiztosítás rendszereinek kialakításában. Folyamatosan együttműködik a felsőfokú képzésért felelős intézményekkel és minisztériumokkal, részt vesz a képesítési és továbbképzési követelmények kialakításában, továbbképzést szervez a jogosultsággal rendelkező és tanúsított szakmagyakorló mérnökök részére.*

Fentiekhez hasonlóan a következőkben szeretnénk összefoglalni, **mely területeken indokolt a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara feladatellátásának bővítése, amely hozzájárulna a szakképzésből és felsőoktatásból kilépő fiatalok pályán maradásához, ezáltal a minőségi betegellátás, a betegbiztonság növeléséhez.**

1. Jelenleg az OKFŐ vezeti az **egészségügyi szakdolgozók alap- és működési nyilvántartását**, mely jelen állapotában nem alkalmas a szükséges funkciók biztosítására (pl.: szakmacsoportonkénti statisztikai adatszolgáltatásra; a betegágy mellett dolgozók valós létszámának kimutatására stb.). Ugyanakkor a MESZK kamarai tagnyilvántartás megújult informatikai rendszere alkalmassá tehető az egészségügyi szakdolgozók valós adatait tartalmazó alap- és működési nyilvántartására. Itt kívánjuk megjegyezni, hogy egy korábbi időszakban a MESZK már ellátta ezen feladatot, valamint jelenleg is magas színvonalon látja el a duális képzőhelyek nyilvántartásba vételére és hatósági ellenőrzésére, a nyilvántartás vezetésére vonatkozó hatósági feladatait.

2. A jelenlegi továbbképzési rendszerben a MESZK részfeladatokat lát el, azonban az egészségügyi szakdolgozók alap- és működési nyilvántartásához kapcsolódóan, a **kötelező szakmacsoportos és szabadon választható továbbképzési rendszer működtetését**, a KTK-k tartalmi meghatározását, a továbbképzéseket végzetek nyilvántartását is hatékonyan tudná biztosítani.
3. A MESZK a szakképzésről szóló 2019. évi LXXX. törvény 100. § (1) bekezdésében meghatározott feladatait az Szt. 100. § (3) bekezdés b) pontjában kapott felhatalmazás alapján látja el. Feladatellátásunk során rendre megfogalmazzuk az egészségügyi szakképzés problémáit és megoldási javaslatainkat. Még hatékonyabban tudnánk támogatni az egészségügyi szakképzést, ha az ágazathoz tartozó **KKK fejlesztések koordinációját** Köztestületünk végezné el.
4. Az Szt. 100. § (1) bekezdésében felsorolt kamarai feladatok közül jelenleg az **OSZTV** szervezés lehetőségét nem kapta meg Köztestületünk, mely probléma rendezését javasoljuk, továbbá felajánljuk együttműködésünket a Magyar Kereskedelmi és Iparkamara hatáskörébe tartozó nemzetközi tanulmányi versenyek, így különösen a **WorldSkills és az EuroSkills** versenyre történő előkészítéssel, felkészítéssel és az azon való részvétellel kapcsolatos egészségügy ágazati feladatok ellátásában. Köztestületünk jelentős szakmai versenyszervezési tapasztalattal rendelkezik, hiszen évente több mint 1 100 szakképzési tanuló vesz részt országos szakképzési versenyünkön, valamint az egészségügyi ellátás szakembereinek is évente rendezünk országos szakmai versenyt.
5. A minőségi betegellátás és a betegbiztonság érdekében szükséges az egészségügyi szakképzés megerősítése, az egészségügyi szakképzést végző intézmények támogatása **egységes pedagógiai dokumentumok**, a szakmai vizsgára való felkészülést segítő interaktív- és projekt**feladatbankok** elkészítésével és közzétételével, melynek koordinálását Köztestületünk hatékonyan fel tudja vállalni.
6. A szakképzési tankönyvjegyzékben nem található meg valamennyi szakma oktatását támogató tankönyv, valamint a KKK-kban nincs meghatározva egységes szakirodalmi javaslat. Az országosan egységes egészségügyi szakképzés érdekében Köztestületünk fel tudja vállalni valamennyi szakma vonatkozásában a **tananyagfejlesztés** koordinálását.
7. A szakmai vizsgák színvonalának emelése érdekében szükséges, hogy a **szakképzési vizsgaközpontok engedélyezési eljárása** MESZK szakértők bevonásával történjen.
8. Az egészségügyi humánerőforrás krízis kezelése (melyet tovább súlyosbít, hogy egyes területeken indokolatlan túlképzés van, míg a hiányszakmák problémáira nincs hatékony megoldás) érdekében, a kamarai tagnyilvántartásban elérhető demográfiai adatokon és a munkaerőpiaci igények felmérésén alapuló területi/országos **beiskolázási irányszámok** meghatározását Köztestületünk fel tudja vállalni.
9. A szakmai és személyi **minimumfeltételek** újragondolása is szükséges (létszám, középfokú és felsőfokú szakdolgozók aránya, a hiány pótlásának kormányzati ciklusokon átívelő módon történő stratégiai tervezése), melynek során a szakdolgozói területet érintően Köztestületünk a nemzetközi jógyakorlatok és módszertan hazai adaptálásával tudja támogatni a szakmai folyamatot és ezáltal a betegellátás minőségének fejlesztését, a szövődmények csökkentését.
10. Az egységes és minőségi egészségügyi szakképzés érdekében szükséges az **előzetesen megszerzett tudás beszámításának módszertani kidolgozása**, ehhez kapcsolódóan a **korábbi** jogszabályok alapján megszerzett **szakképesítések** a jelenlegi képzési rendszerben

elérhető szakmáknak/szakképesítéseknek való **megfeleltetése**, az országosan egységes beszámítás és megfeleltetés egy **validációs központ** létrehozásával történő támogatása, mely feladatok ellátásának koordinálását Kamaránk fel tudja vállalni.

11. A minőségi szakképzés alapját a **szakdolgozói hatásköri listák nemzetközi jogyakorlatok alapján történő kidolgozása, bevezetése, gondozása** jelenti, melyek alapján meg lehet határozni a szakmai tartalmakat, a képzések személyi tárgyi feltételeit, lehetővé válik a képzések folyamatos fejlesztése. Köztisztületünk a szakdolgozói hatásköri listák kidolgozásának koordinálásával tud hozzájárulni a szakmai munkához.
12. A középfokú és a felsőfokú végzettségű szakdolgozók folyamatos szakmai fejlődésének elősegítése **hatáskör bővítő licence képzések** kialakításával és megszervezésével érhető el, melyhez Kamaránk, mint felnőttképző intézmény a licence tartalmak kidolgozásának szakmai koordinálásával, a rendszer működtetésével és a képzések megszervezésével járulhat hozzá.
13. A minőségi egészségügyi szakképzés elképzelhetetlen felkészült pedagógusok, szakmai oktatók nélkül. Az **egészségügyi szakképzésben oktatók szakmai- és pedagógiai továbbképzési** programjainak kidolgozásával és a továbbképzések megszervezésével tudjuk támogatni az oktatói tevékenységét.
14. A **felsőoktatási intézményekkel való együttműködés** keretében, a szakdolgozói hatásköri listák ismeretében, a szakdolgozói létszám középfokú/felsőfokú végzettek arányának meghatározása elengedhetetlen. Ennek érdekében Köztisztületünk fel tudja vállalni a középfokú és felsőfokú képzések körének tartalmi, hatásköri és beszámítási keretei kialakításának és gondozásának koordinálását.
15. Köztisztületünk évi több mint 1 700 pályaaorientációs eseményt szervez az ország egész területén, melyeken több mint 80 000 általános iskolás vesz részt. Az egészségügyi szakképzés vonzóvá tétele és a végzett fiatalok pályán maradásának érdekében szükséges egy olyan **ágazati ösztöndíj rendszer létrehozása**, amely azon tanulók számára elérhető, akik az egészségügy hiányterületein végzik tanulmányaikat és vállalják, hogy a szakma megszerzését követően az állami egészségügyi ellátásban helyezkednek el a tanult szakmájuknak megfelelő területen. Az ágazati ösztöndíj rendszer javaslatának kidolgozását Köztisztületünk fel tudja vállalni.

Fentiekben megfogalmazott feladatok megkezdésére Köztisztületünk már jelenleg is képes, azonban a feladatok maradéktalan ellátására javasoljuk egy **egészségtudományi módszertani és fejlesztő központ** létrehozását.

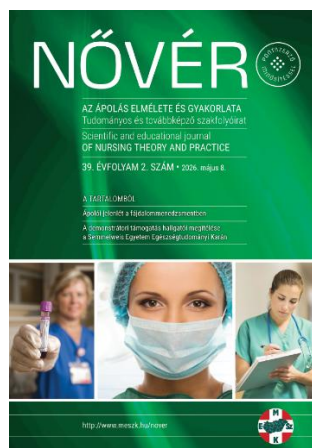
# A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Kiadványai

## Állandó kiadványok

**Hivatásunk** című folyóirat, mely mind online mind papír alapon is megjelenik évente 4 alkalommal.



**Nővér** című tudományos szakmai folyóirat, amely online és print verzióban is megjelenik évente 6 alkalommal.



## Időszaki kiadványok



**Pályaválasztási magazin:** színes, interaktív kiadvány, mely középiskolások részére ad tájékoztatást.



**Kamarai Tájékoztató Szakdolgozók Számára:** a frissen szakképesítést szerettek részére nyújt információt.



**Duális képzés az egészségügyben:** a kiadvány tartalmazza a szakképzés felépítésének rendszerét.

## Pályaválasztási filmjeink

### Veled Másokért I. - MESZK Kampányfilm 2018.



### Veled Másokért II. - MESZK Kampányfilm 2019.



További egészségügyi szakterületeket külön bemutató kisfilmjeink:





## MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA

### Alapadatok

<b>Cím:</b>	1087 Budapest Könyves Kálmán krt. 76.
<b>Honlap:</b>	<a href="http://meszk.hu">meszk.hu</a>
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:meszk@meszk.hu">meszk@meszk.hu</a>
<b>Telefon:</b>	+36 1 323 2070
<b>Elnök:</b>	Dr. Balogh Zoltán
<b>Alapítás éve:</b>	2004
<b>Taglétszám:</b>	124 534 fő

