

**REGIONAL REQUIREMENTS OF THE MEDICAL EDUCATION,
MEDICAL ADULT EDUCATION'S PRESENT AND FUTURE IN THE
NORTH VOJVODINA REGION**

**REGIONÁLIS IGÉNYEKET SZOLGÁLÓ EGÉSZSÉGÜGYI
SZAKOKTATÁS, FELNŐTTKÉPZÉS JELENE, JÖVŐJE AZ ÉSZAK-
VAJDASÁGI RÉGIÓBAN**

Zoltán Takács, okl. közgazdász

Pécsi Regionális Politika és Gazdaságtan Doktori Iskola,
Regionális Tudományi Társaság Szabadka.

Cím: 24420 Magyarakanizsa, Sumádia utca 31.

Tel: 063-16-19-118

062-27-28-45

E-mail: takacszoli@stcable.rs

REGIONAL REQUIREMENTS OF THE MEDICAL EDUCATION, MEDICAL ADULT EDUCATION'S PRESENT AND FUTURE IN THE NORTH VOJVODINA REGION

REGIONÁLIS IGÉNYEKET SZOLGÁLÓ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKOKTATÁS, FELNŐTTKÉPZÉS JELENE, JÖVŐJE AZ ÉSZAK- VAJDASÁGI RÉGIÓBAN

Abstract

Keywords: medical branch in contrast to medical education, adult education's network, needs of new competence, regional empirical results

The medical branch and institutional infrastructure as well as medical education have to face the inherited deficiencies of the previous system. Due to the fact that regionalization programs support headcount reduction, the newly graduates and former students are often searching for years to find themselves a job. This is a proof that there isn't any convergence between the existing educational system and the labor market. Our educational system does not track the changes that are taking place on the market, nor the necessary competences suggested by the employers. The North Vojvodina region the medical high schools (in Senta, Subotica) and employers (medical and social service providers, medical institutions and private practices) should mutually develop an educational network. This way they could relieve the labor organizations representing the unemployed. A competent workforce is of high importance for the employers. However it can be provided only by the schools with the latest educational programs which are adapting to the changing needs of the marketplace.

Kivonat

Kulcsszavak: egészségügy – egészségügyi oktatás, felnőttképzési háló, kompetencia-igény, regionális empirikus kutatási eredmények

Az „örökölt rendszer” hiányosságaival szembesül, mint az oktatás, mint az egészségügy ágazati-intézményi infrastruktúrája. A racionalizációs programok a létszám mind radikálisabb leépítését szorgalmazzák, így az iskolapadokból kikerülő friss diplomások, érettségizők sokszor csak évek múltán tudnak munkába állni. Ez a tény egyértelműen alátámasztja az oktatási rendszer és a munkaerő-piac közötti nem létező konvergenciát. Oktatási rendszerünk, nem követi a piaci változásokat, nem követi a munkáltatók által sugallt kompetenciákra épülő képzést. Az Észak-vajdasági régióban, az egészségügyi oktatást folytató középiskolák (Zenta, Szabadka), karöltve a munkáltatókkal (egészségügyi-és szociális szolgáltatást folytató egészségügyi intézmények, magánpraxisok) kell, hogy hozzájáruljanak egy közös képzési háló kidolgozásához, amellyel tehermentesíteni tudják a munkanélkülieket képviselő munkaügyi hivatalokat jövőbeli feladataik végzésében. A munkáltatók számára a kompetens munkaerő a legfontosabb, amelyet csak a piaci igényekhez rugalmasan alkalmazkodó oktatási/képzési programokat képviselő iskolák fogják tudni biztosítani.

BEVEZETŐ

A Szabadkai Regionális Tudományi Társaság 2008-ban kutatást kezdeményezett az észak-Bácskai iskolahálózat felnőttképzési kapacitásainak feltérképezése céljából. A kutatás ágazatokra bontva történt, így külön az egészségügy és szociális védelem területén. Az empirikus kutatás kiterjedt a régió munkáltatóira (állami egészségügyi intézményekre, magánpraxisokra), a szakközépiskolákra, valamint a foglalkoztatás-ügyi hivatalokra. Az érintett felek megszólaltatása, érdekeik, véleményeik összegzése, ütköztetése révén került sor a régió felnőttképzési sajátosságainak, problémáinak megfogalmazására. Jelen tanulmány ezen projekt egészségügyi témakörben végzett kutatásának eredményeiről számol be, röviden.² A kutatási projektet a Szülőföld Alap, a Magyar Tudományos Akadémia Magyar Tudományosság Külföldön Elnöki Bizottsága, az MTA Etnikai-nemzeti Kisebbségkutató Intézete és a Tartományi Oktatási és Művelődési Titkárság támogatta. A Képzettek a jövő c. kötet gondozását a Szabadkai Regionális Tudományi Társaság vállalta magára.

KUTATÁSI PROBLÉMA, MÓDSZERTAN, CÉL ÉS HIPOTÉZIS

A kutatási probléma: A szerb oktatási rendszer hiányosságaiból fakadóan a felnőttképzés, felnőttoktatás rendszere a mai napig nem tudott intézményesülni. Ennek hiányát gazdasági áganként elemezhetjük, ugyanis a munkaerő-piaci kompetenciák, versenyképes tudás átörökítése marad el ezáltal. A munkaadók igényei azonban relevánsak, sajnos azonban a rendszerbeli hiányosságok miatt nem találkozik a munkaerőpiac által képviselt szakmakínálat az általuk megfogalmazott szakmakereslettel, kompetenciaigényekkel.

Kutatási cél: megvizsgálni a régió oktatási intézményeinek tevékenységét, oktatási kínálatát, megvizsgálni a munkáltatók által képviselt – a munkavállalóval szembeállított elvárásokat, és elemezni a foglalkoztatás ügyi hivatalok nyilvántartását, az egyes oktatási profilokat képviselők számát. Majd, véleményezés és megoldási javaslatok megfogalmazása, stratégiai döntés-előkészítés a helyi-regionális elit számára.

² A tanulmány tartalma előadásként hangzott el a „Határtalan határok” Tudományos Földrajzi Konferencián, Dobogókőn, 2008. október 26-27-én, a Magyar Regionális Tudományi Társaság VI. Vándorgyűlésén, Gödöllőn 2008. december 11-12-én, illetve a Szabadkai Értelmiségi Kerekasztalon, 2009. április 1-én.

A kutatás módszertana:

1. primer adatgyűjtés:

- esettanulmányok kidolgozása az egészségügyi szakképzéssel foglalkozó középiskolákról,
- mélyinterjúk készítése és elemzése a munkaadói oldalról (cégvezetők, magánvállalkozók),

2. Statisztikai elemzések az ágazati humánerőforrás képzettségét illetően, kiemelve területi sajátosságait.

A kutatás hipotézisei:

- Általános jellegű a passzivitás a felsőbb központi hatalmi szervek által behatárolt mozgástérben, oktatásban, egészségügyben, foglalkoztatás ügyben egyaránt.
- A munkáltatói elvárások felülmúlják az oktatási intézményi-infrastruktúra által szavatolt kompetenciákat.
- Ad hoc működő felnőttoktatási rendszerrel rendelkezik a régió. Nem történik érdekegyeztetés, párbeszéd indítványozása a következő reláción: oktatási intézmények – egészségügyi intézmények – foglalkoztatás ügyi hivatalok.

AZ EGÉSZSÉGÜGY NÉHÁNY NEMZETI ÉS NEMZETKÖZI HUMÁN VONATKOZÁSA

Az egészségügyi rendszer reformjai Szerbiában 2001-ben kezdődtek meg. A folyamat intenzívebbé 2005-től válik, az ágazati törvénycsomag elfogadásával. A 2001-től 2004-ig tartó időszakra jellemző a reformfolyamatok előkészítése, az egészségügyi politika víziójának megfogalmazása, stratégiai alapelvek összegzése, a reformokat lefolytató szakértői csoportok kinevezése. A reformok befejezésének várható időpontja 2015. A kormány által képviselt álláspont szerint *„a nép egészségügyi állapota közösségi érdek, az egészség pedig a legfontosabb fejlődési erőforrás”* (MzRS. 2003). A nemzeti egészségpolitika konzisztens célrendszerében prioritást képez az egészségügy humánerőforrás bázisának fejlesztése. Az egészségvédelem minőségi feltételeinek biztosításához, minőséges szolgáltatásnyújtáshoz nélkülözhetetlen a minőséges emberi erőforrás. A minőség folyamatos megtartása pedig az oktatás, illetve képzési programok

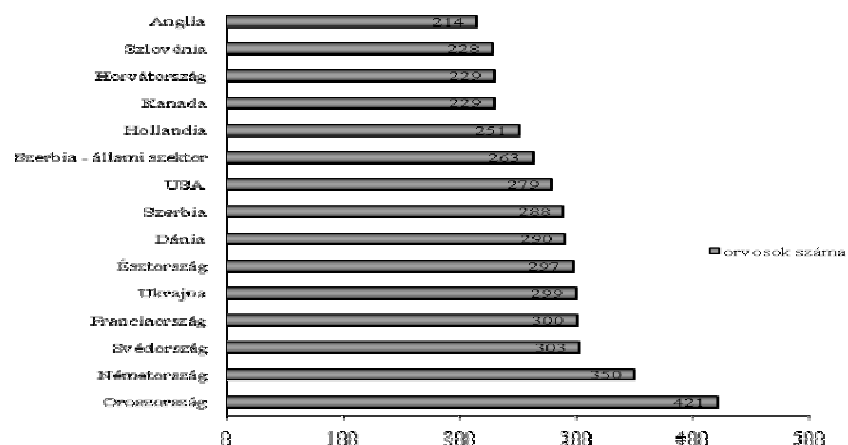
által szavatolt szellemi kondíciómegtartással, szakmai felkészültséggel, ismeretgyarapítással valósulhat csak meg.

Szerbiában három évtized alatt az egészségügyi munkások száma 130%-kal növekedett meg. Ezzel szemben a kórházi kapacitások 21%-kal bővültek, míg a lakosság száma mindössze 15%-kal növekedett meg. Változás történt az egészségügyi munkások képzettségi struktúrájában is: csökkent a nem egészségügyi munkások és az alacsonyabb végzettségű egészségügyi munkások részaránya, emellett pedig rendkívül megnőtt a felsőfokú végzettséggel rendelkező egészségügyi munkások száma. Ezzel a teljes szerbiai egészségvédelem „szakorvosi” szintre emelkedett: az orvostársadalom 72,6%-a szakorvos, 10,3%-a szakosodott szakorvos, így valójában általános orvos az orvostársadalom mindössze 17,1%-a. Fontos továbbá kiemelni az általános szakorvosok –házi orvosok³ alacsony arányát a szakorvosokon belül: 11,6% (MzRS. 2001). A fejlett európai országok gyakorlata, a humán erőforrás ezen területén, mást mutat: a házi orvos/családorvos koncepció térhódítása miatt épp ez az ágazat a legfejlettebb, Finnországban a szakorvosok 1/5-e, Dániában több mint 1/3-a ezen a szakterületen szerzett szakosodást, és tevékenykedik (MzRS. 2003). Szerbia egészségügyének humánellátottsága viszonylag jónak mondható, főleg a Közép-Kelet Európai országok viszonylatában, viszont az Európai Uniótól elmarad.

<i>A lakosság ellátottsága</i>	<i>Szerb Köztársaság</i>	<i>Európai Unió 2000</i>	<i>Közép-Kelet Európa 2001</i>
100.000 lakosra jutó	265	387	244
100.000 lakóra jutó házi orvos	42	102	70
100.000 lakosra jutó	773	-	514
100.000 lakosra jutó	45	71	40
100.000 lakosra jutó	24	76	35

1. ábra: Emberi erőforrás-ellátottság az egészségügyben, Európában
Forrás: Ministarstvo Zdravlja Republike Srbije, 2003.

³ Lekar specijalista opšte medicine



2. ábra: 100.000 főre jutó orvosok száma Európa országaiban, 2002-ben
Forrás: MILOSAVLJEVIĆ, T. 2005.

Kincses megítélése szerint az egészségügyi rendszer a lakosság „élet-esélyegyenlőségét meghatározó humán közszolgáltatás, amely nemcsak a lakosság egészségi állapota és biztonságtudata szempontjából kiemelkedő jelentőségű, de az ágazat a fejlett országokban a gazdaság innovatív húzóágazata, melynek foglalkoztatáspolitikai hatása is jelentős” (KINCSES. 2000). A továbbiakban kiemeli még, hogy egy olyan piacról van szó az egészségügy esetében, amely folyamatosan és fokozottan bővül, növekszik az egészségügyi fogyasztás, párhuzamosan pedig az egészségügyi szolgáltatások, illetve a gyógyszeripar, orvosi műszer-ipar. A humán-közszolgáltatások és azok köré csoportosuló ipar által képviselt értékképzési folyamatok minden régió számára pozitív jövőképet kell, hogy jelentsenek. A megfelelő humántőkével rendelkező térségek képesek olyan, nem konvencionális feladatok ellátására is, mint amilyen az egészségturizmus, gyógyfürdőturizmus, luxus-egészségügyiszolgáltatások, kozmetikai szolgáltatások, stb. Ezek további kapacitáskihasználásra, jövedelemtermelésre adnak lehetőséget.

Az egészségügy működésének kulcsát az ágazatban dolgozó emberek jelentik. Az emberi erőforrás biztosítása és stratégiai menedzsmentje létfontosságú. Az ágazatban zajló radikális átalakítások idején az egészségügyi emberi erőforrás helyzetének áttekintése, elemzése, illetve az egészségügyi szakemberképzés kiemelt szerepet kap. Az humán erőforrás politika legfontosabb célja az egészségügyben: a változó szakmai környezethez igazodó szakemberek biztosítása. Ez különös gondot jelent, hiszen egyrészt a „gyógyítás a technológiai fejlődés ellenére tudás-intenzív, az emberi tudásra alapozott tevékenység, másrészt a gyógyítás azon kevés tevékenységek közé tartozik, ahol a „humán-erőforrás” kifejezést szó szerint kell venni: az ellátás humánuma, emberisége a megfelelő

szakszemélyzet feltétele (OEP. 2009).” Szerbiában, mind szakmai, mind morális felkészültségbeli hiányosságok is nehezítik a humánerőforrás politika céljainak megvalósítását. A régióban működő, egészségügyi területen tevékenykedő munkáltatók humánerőforrással kapcsolatos – empirikus kutatás során kifejtett álláspontját összegzi a következő fejezet.

EMPIRIKUS KUTATÁSI EREDMÉNYEK ÉS STATISZTIKAI ELEMZÉSEK

Munkáltatói oldal által képviselt vélemények, regionális humánerőforrás sajátosságok az egészségügyben

Az empirikus kutatás során megszólaltatott munkáltatói oldal információkkal szolgált az érintett cégek, gazdasági szubjektumok, intézmények munkaerő-piaci jellemzőiről, munkaerő-piaci stratégiájukról, majd az oktatási intézményekkel kialakított kapcsolataikról. A régióban nyújtandó *egészségügyi szolgáltatás (járóbeteg-ellátás, kórházi ellátás, szociális gondoskodás, gyógyszerforgalmazás) állami és magántulajdonú intézményekben*, a Köztársasági Egészségbiztosítási Intézet (Republički Zavod za Zdravstveno Osiguranje – RZZO) égisze alatt zajlik. Kiterjed a kommerciális jellegű, kiskereskedelmi áruforgalmazásra is gyógyszerárak esetében, illetve a magántulajdonú egészségügyi szolgáltatás nyújtására is (poliklinikák, magánpraxisok, rendelők, diagnosztikai központok, stb.). További egészségügyi jellegű tevékenységet folytató intézmények között említhetők: a szociális gondoskodást, gerontológiai gondozást, betegápolást, rehabilitációt, testi- és szellemi korlátokkal élők gondozását végző intézmények.

Ezekre az intézményekre a 2005-ös reformok/leépítések/átstrukturizálások miatt változások várnak. Állami szinten gyakoriak lesznek a státuszbeli változások, emellett pedig várható a magánszektor határozottabb expanziója. Ennek értelmében pedig változások várnak az intézményekben dolgozó humánerőforrásra is. Munkaerő-feleslegek jelennek meg, magasabb kompetencia-igényekkel szembesülnek a munkáltatók, foglalkoztatottak egyaránt.

Az Egészségvédelemről szóló törvény 165. szakasza két elkülönülő csoportra osztja az egészségügyi területeken tevékenykedő humán erőforrást:

- **Egészségügyi munkások** azok a személyek, akik orvosi, fogászati- és gyógyszerészeti egyetemi végzettségűek, illetve más egészségügyi végzettséggel rendelkeznek, és közvetlenül, hivatásként művelik a szakmát, és alkalmazottai egészségügyi intézményeknek, magánpraxisoknak. (...).

- **Egészségügyi munkatársak**, középiskolai, főiskolai, illetve egyetemi végzettséggel, akik az egészségvédelem területén meghatározott tevékenységet folytatnak az egészségügyi intézményekben, magánpraxisban.

Az Egészségvédelemről szóló törvény rendelkezik az egészségügyi munkások és egészségügyi munkatársak **szakmai továbbképzéséről, szakmai fejlődéséről**. A munkatárs tudásának, szakmai tapasztalatának bővítése kötelezően kiterjed: *specializációra, szűkebb szakosodásra és a folyamatos képzésre (kontinuuirana edukacija)*.

Az egészségügyi munkások, és szakmunkatársak állandó szakmai felkészültségének követését Az Egészségügyi Munkások Kamarája (Komora Zdravstvenih Radnika) végzi, az önálló munkavégzést tanúsító bizonylat/licenc kiadásával, felújításával illetve megvonásával. A Kamara igazgatója által kiadott végzés/licenc az egészségügyi munkást 7 éves időszakra jogosítja fel a munkája végzésére. A licenc felújításához szükségesek azok a folyamatos továbbképzéseken való részvételt tanúsító bizonylatok, amelyeket az akkreditált programok alapján oktatást folytató intézmények adnak ki.

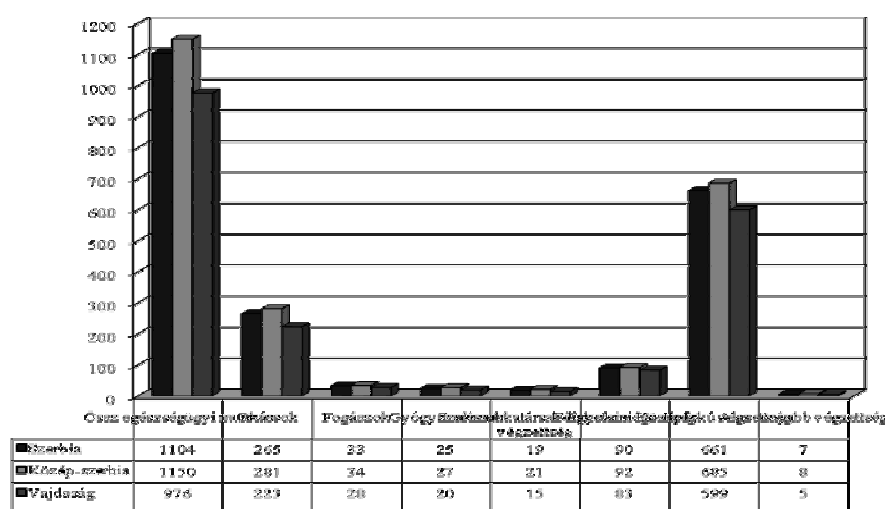
A továbbképzések finanszírozása a törvény értelmében a munkáltató kötelessége (181. szakasz 2. bekezdés). Az egészségügyi intézmények szerepe így a humánerőforrás képzésében/fejlődésében meghatározó. A pénzelés ún. „kötségvetési transferek” formájában történik. Ugyanakkor kifejezetten csak továbbképzésre szóló céleszközt nem utal a Köztársasági Betegbiztosítási Intézet (esetektől függően ezt az intézmények az „Egyéb indirekt költségek” terhére finanszírozzák, amennyiben ki tudják gazdálkodni). Az egészségvédelmi törvény értelmében a Köztársasági Egészségbiztosítási Intézet ezt a munkáltató kötelezettségeként kezeli. Ebben a kettős szorításban az egészségügyi intézményeknek saját (egyéb) eszközökből kell biztosítaniuk a szakemberképzést. Az empirikus kutatás eredményei azt bizonyítják, hogy *az intézmények humánerőforrás képzésre, a humánkapacitások kondíciómegtartását, fejlesztését előirányozó programokra az összforgalmuk kevesebb, mint 1%-át fordítják*.

A humánerőforrás területi sajátosságai

Munkaerő-hiány, álláskínálatok, munkáltatói követelmények

Szerbiában 2006. december 31-én, az állami egészségügyi intézményekben dolgozók száma 108 975 volt, míg a Vajdaságban 26 780 állami alkalmazott dolgozott az

egészségügyben. Az egészségügyi - ágazati tevékenységre alapján véve jellemző a magasabb végzettségi szint, magasabb intellektuális kapacitás. A foglalkoztatottak több mint 2/3 közép és felsőfokú végzettséggel rendelkezik. Igen magas a felsőfokú végzettségűek részaránya (20-30%), míg a középkáderek aránya a legdominánsabb (50% fölött). A szakképzett- és szakképzetlen munkások aránya az összlétszámban viszonylag alacsony (cca. 10%). Területi koncentrátságukat illetően, a Vajdaság elmarad a 100 ezer lakóra jutó egységnyi területre kivetített egészségügyi munkás és szakmunkatárs számát illetően az országos szinttől.



3. ábra: Az egészségügyben dolgozó humánerőforrás területi koncentrációja – 100 ezer lakósra jutó egészségügyi munkás

Forrás: Zdravstveno- statistički godišnjak Republike Srbije 2006.

A munkaerő-hiány:

- *nagy a szakorvos-hiány* (főleg a kisebb községek esetében). Ez magyarázható szintén a területi marginalizálódás hatásával, de az egyetemi központok rossz területi koncentrációjával is.
- *Hiányszakmák:* szemész, belgyógyász, nőgyógyász, pszichiáter, röntgenológus, orr-fülgégész, gyermekfogász, mentő-szakorvos, gyermekgyógyász, immunológus, tüdő-szakorvos,
- *Oka az elmúlt 15 év nem megfelelő humánerőforrás politikájára, minisztériumi megszigorításokra vezethető vissza. Várható lesz a szakorvosok további elvándorlása a magasabb juttatások miatt a magánszférába, esetleg külföldre.*

- Külön meg kell említeni a gyógyszerészhányt, aminek két oka van. Eleve kevés az okleveles gyógyszerész, és inkább magánpatikákban helyezkedne el, vagy nyitnak gyógyszerterárat.
- Hiányosság mutatkozik a főiskolai végzettségű szakemberek területén (pl.: főiskolai röntgen technikus). A nyugati gyakorlattal ellentétben, nálunk még mindig nagy a szakadék a közép és felsőfokú végzettségű egészségügyi munkások között. Ennek oka a főiskolai/felsőoktatási szintű egészségügyi képzés hiánya a régióban.
- Az egészségügyi technikusok esetében az általános nővérképzés mellett **szakosított, szűk-szakképzett káderekre** lesz egyre inkább szükség: aneszteziológus, transzfúziós asszisztens, szülésznő, műtős asszisztens, házi-ápolásra szakosodott nővér, geriátriai ápoló, osztályvezető főnővér, stb.
- Hiányszakmaként kezelik a gépkocsivezetőket is. (B, C, D kategóriákkal).
- A többi, időszakonként megjelenő hiányt az intézmények gyorsan megoldják a munkaerő-piaci „spontán” kínálattal.

Az egészségügyi intézmények tevékenységének „racionalizálásával” a specialista szolgáltatások számát csökkentették legradikálisabban, valamint a stacionár jellegű betegellátást (már évekkel korábban) – így sok község csak egészségházat működtet. A törvény előlátja *sürgősségi csapatok* verbuválását, amelyhez szükség mutatkozik felkészült, speciális tudással rendelkező egészségügyi munkások: *gépkocsivezető, sürgősségi nővér asszisztens, mentős szakorvos*.

A foglalkoztatottakkal szembeni **szakmai követelések-kompetenciák:**

- szerb és magyar nyelvtudás mellett más nyelvek ismerete,
- a számítógép-használat (már az egészségügyi munkások körében is).
- Minden munkással szembeni követelés a lojalitás, szakmai alázat, szakmai érdekeltség, flexibilitás, kreativitás, kommunikációs készség, szervezői készség, stb.
- Hajlandóság a továbbképzésre, a szakmai tudás fejlesztése, új eljárások, módszerek elsajátítására, tehát egy flexibilis, rugalmas magatartás tanúsítása a munkavállalók esetében.
- „Legyen a munkavállaló tapasztalt, nyitott, széles látókörű, rugalmas, ügyes, mindent tudjon, amit a szakma megkövetel. Korhatár, nemi megkülönböztetés

nincs. Szakmai érdekeltség, alázat és türelem, valamint a kommunikáció – ezek a legfontosabb elvárások”- egy magánpraxis vezetőjének véleménye szerint.

- A munkáltatók véleménye szerint a **piacképes** képzés által delegált, könnyen értékesíthető **kompetenciák**: Gyakorlatorientált, rugalmas, sok - a közvetlenül eladható tudásra épülő készség/ tudás, (ez nálunk hiányos, belső tréning⁴), szakosodás, speciális- piaci igényekhez idomított szakok.

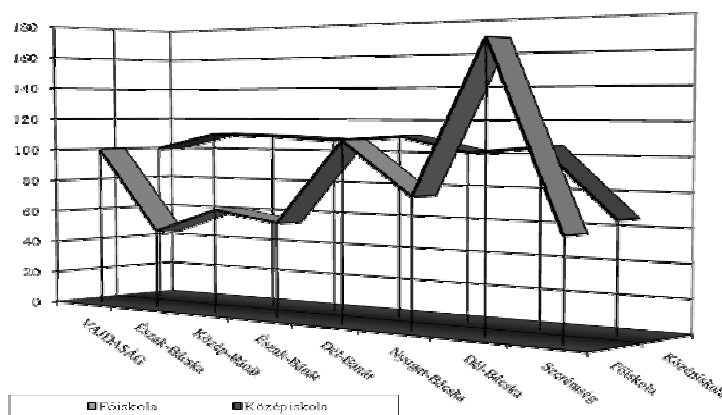
A pillanatnyi munkaerőfeleslegek az állami intézményekben elsősorban a fogászati szolgáltatás racionalizálása/munkaerő leépítése következtében jelentkeznek. Az **egészségügyi intézmények „kötelező (és egyben maximális) szakmakeresletét”** az egészségügyi intézmények szervezésére vonatkozó normatívák definiálják⁵. Az itt meghatározott irányelvek alapján, a vizsgált régió lakosságának viszonylatában feleslegek mutatkoznak a következő kádereknél: laboráns-technikus, fogtechnikus, egészségügyi technikus (nővér), segédszemélyzet (takarítónők), adminisztratív munkások, technikai munkások. Középiskolai végzettségűek között érezhető leginkább a túljelentkezés. Sajnos, pont a feleslegeknek titulált képzettségű kádereknél van túljelentkezés munkavállalási igény szempontjából: legtöbb az egészségügyi technikus, adminisztratív munkás és takarítónő. Szakképesítéssel nem rendelkezőknél is jellemző a túlkínálat. Magas a kiegészítő munkákat folytatók aránya (nyugalmazott, bedolgozó, másodmunkát vállalók). Ez egy megfelelő szakmakínálat esetében nem jelentkezne egyik intézmény szintjén sem.

A jelenlegi **alkalmazottak szakképzettsége, tapasztaltsága megfelelőnek** mondható. Kisebb eltérések jelentkeznek a munkáltató által elvárt kompetenciák és a végzettségek (iskolai papírforma) között az adminisztrációs munkahelyeken, valamint a fogászati technikusoknál. Itt a legkevésbé kívánatosak a „friss diplomások, érettségizők”, ugyanis a tapasztalat megszerzése ezeken a szakterületeken éveket vesz igénybe, nehezen adaptálhatók az iskolapadokból kikerülők a gyakorlati feladatok ellátásához. A **középkádéri**

⁴ Az intézményen belüli tréning, gyakorlati bevezetés szerepe szintén felértékelődik. A fiatal pályakezdők gyakorlati, közvetlen tudásátörökítésre való felkészítése külön odafigyelést követel a humán erőforrás menedzsment részéről, intézményen belül. Ez hiányzik a mi intézményeinkben. Az egészségügyi dolgozók, technikusok új tevékenységi köréről számol be a „Nővérség - Sestrinstvo” folyóirat. Szükségletként fogalmazódott meg az egészségügyi ápoló – edukátor tevékenységi kör intézményesített formája. Ezek az oktató nővérek az iskolai előadókkal karöltve, külön szerepet vállalnak a tanulók gyakorlati felkészítésében. (Az egészségügyi nővérek és technikusok első kongresszusán elfogadott – további standardok és normatívák kidolgozását előrevetítő metodológia). (RADOJEVIĆ, D. et al 2008)

⁵ Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe = Službeni glasnik RS br. 43./06

ellátottság jó, viszont a főiskolai végzettségű káderekből hiány mutatkozik. A költség-hatékony és racionális munkamegosztás elve mentén funkcionáló nyugati humánerőforrás politika az „olcsóbb” házi ápolásra helyezi a hangsúlyt, a drága kórházi bennfekvéses gyógykezelés helyett. Ebben a költség-hatékonyabb rendszerben a főiskolai végzettségű nővér is részt tud vállalni az összetettebb feladatok végzésében, tehermentesítve ez által az orvost, teret biztosítva számára a komplexebb, magasabb szintű betegellátással kapcsolatos feladatok végzésére, így mindenképpen (a munkáltatók egybehangzó véleménye szerint) **„szükség van egy jó szakembereket kibocsátó, rugalmas és gyakorlatorientált egészségügyi főiskolára az Észak-vajdasági régióban”.**



4. Ábra: Eltérések a humánkapacitások kvalitását illetően régióon belül
Forrás: Zdravstveno- statistički godišnjak Republike Srbije 2006.

Statisztikai adatokra alapozva, szembetűnő főleg az Észak-vajdasági régió hiányossága a humán kapacitásokat illetően az egészségügy és szociális védelem területén. Az interjúalanyok elmondásaival támasztható ugyan csak alá az a tény, hogy az északi régióban, annak ellenére, hogy szükség volna szakosodott főiskolai végzettségű káderekre, nem tud a munkaerő-piaci szakmakínálat ilyen kádereket felvonultatni. Az alkalmazott egészségügyi technikusok esetében, viszont hiányzik a specifikusabb, szakosodott, sokszor felelősségteljesebb munkavégzést megkövetelő további iskolavégzettséget alátámasztó diploma/bizonylat.

A munkáltatók által képviselt felnőttképzési-képzési igények

Az alkalmazottak betanításában, továbbképzésében, átképzésében valamennyi egészségügyi intézmény aktívan szerepet vállal. Az elmúlt évben az állami egészségügyi

intézményekben az egészségügyi munkások nagy része részt vett valamilyen továbbképzésen. Ezeket a továbbképzéseket akkreditált – egészségügyi- és más jellegű edukációval foglalkozó intézmények szervezték. **A következő képzési formák jelennek meg az intézmények esetében:**

- Orvosok szakosítása (állami orvostudományi egyetem keretei között)
- Posztgraduális képzés a menedzsment, illetve a szakorvosok részére (állami egyetemeken)
- *Meglévő munkaerő átképzése középiskolai/főiskolai keretek között (adminisztrátorok átképzése gyógyszerész technikussá, röntgen technikusok főttechnikussá, általános egészségügyi technikusok átképzése transfúziós asszisztenssé, stb.)*
- *Csökkentett órászámmal futó (éves) továbbképzés (pl. európai Unió adminisztrátor-képzés).*
- *Számítógép-használati tanfolyamok (helyi munkásegyetemek, számítógépekkel foglalkozó cégek szervezésében)*
- *Kötelező jellegű, szakmai, pár napos továbbképzések, szakmai-kondicionáló tréningek (orvosoknak, könyvelőknek, jogászoknak, laboránsoknak, nővéreknek, szülésznőknek, gyógyszerészeknek, karbantartónak – biztonságfelelősnek, stb.) az ágazati érdekképviseltek (Szerbia Egészségügyi Intézményeinek Kamarája, Szerb Orvostársaság, Számvevőszövetség), illetve a szakszervezetek szervezésében.*
- *Gyakornokok vizsgáztatása a Közegészségügyi Intézetekben (Zavod za javno zdravlje) Szabadkán és Nagyikikindán)*
- *Gyógyszerforgalmazók szponzorálása alatt futó oktatási jellegű előadások, gyógyszerbemutatók, demonstrációk, stb.*
- *Belső tréningek (tűzvédelmi, műszerhasználati, stb.) a kollektíva tagjainak vezetésével.*
- *Meghívott előadók/orvosok/kiemelkedő szaktekintélyek intézményen belüli, nem formális előadásai*
- *A folyamatos továbbképzéseken – pontgyűjtő előadássorozatokon történő részvétel (a Kamara kezdeményezésével).*

„a jövőben szervezendő előadások minden témában mondhatnának újat az egészségügyi dolgozóknak: „az általános orvosoknak hasznos, alkalmazható,

mindennapi dolgokról kell, hogy szóljanak ezek az előadások, másrészt helyet kellene adni az újdonságoknak is a szűkebb specializált ágakban (pl. endoszkópos szinusz-operáció az orr-fülgégészetben, lézeres szemműtét a szemészetben) Fontos, hogy szakorvosok, jó szakemberek adjanak elő, és a fontos problémákról beszéljenek.” Egyik interjúalany elmondásai szerint.

Célszerű és mérvadó véleményt mutat egy másik interjú tartalma: „Olyan mindennapi témákat tartok még fontosnak, amelyekben akár a közös tapasztalatcsere is sokat segíthet kollégák között. Például: a belgyógyászat minden területe, újraélesztési kurzus, szemészet, ginekológia, neuropszichiátria (agyvérzés, trombózis felismerése nem egyértelmű esetekben), pszichológus - pszichiáter segítsége a függőségi betegségek kezdeti kezelésében (pl. tanácsadás, hogy tudjon egy beteg a cigarettáról lemondani otthoni körülmények között, terápia nélkül), stb....”

A nem megfelelő munkaképességgel rendelkező alkalmazottak számára az intézmények hajlandóak a továbbképzéseket/átképzéseket/szakosításokat finanszírozni. A munkáltatók számára ideális volna ***az egészségügyi intézmény területén megszervezett, tömeges, csoportos folyamatos edukáció.*** Az ilyen jellegű előadások által lehetőség nyílna ***a foglalkoztatottak számára előírt licenc megszerzéséhez szükséges pontok begyűjtésére is*** (164 pont – 7 éves periódus orvosok esetében).

A régió oktatási intézményeinek felnőttoktatási felkészültsége - esettanulmányok

A kutatási projekt egyik alapvető célja volt minősíteni a régió felnőttoktatási, felnőttképzési kapacitásait. Az észak-Bácskai régió oktatási intézményeiben készült esettanulmányok, iskolaigazgatói mélyinterjúk elemzésével lehetőség nyílt a teljes ágazatra vonatkozó empirikus kutatási eredmények megfogalmazására.

Az egészségügyi szakmunkás képzés középfokon a régióban már 1948-ban megkezdődött. A régió egészségügyi káder-képzésében tradicionálisan *két intézmény* osztozik, ezek *a zentai és a szabadkai egészségügyi középiskolák*. Fokozatosan alakult ki mindkét intézmény esetében a véglegesnek tekinthető intézményi jogállás. A helyi vezetés mellett sokszor más tényezők (lokáció, intézményi infrastruktúra, stb.) is hátráltatták az intézmények zökkenőmentes történeti-fejlődési pályáját. Az alapítói jogok átruházásával 2003-ban a Vajdaság Autonóm Tartomány definiálja véglegesen az iskolák jelenlegi jogállását. Eleinte három éves képzés működött (ún. orvossegéd, illetve ápolónő-képzés), majd a '80-as évek folyamán két éves képzés formájában is folyt az oktatás, míg 1986-tól a

képzés négy éves oktatási profilok keretei között bonyolódik. Mindkét intézmény intenzív háttértámogatásban részesül a helybéli egészségügyi és szociális védelem területén tevékenykedő intézmények személyében, hozzájárulva a gyakorlatorientált képzés megszervezéséhez. Szabadkán jelenleg 19 tagozat, Zentán pedig 13 tagozat működik, jelentős magántanulói kontingenssel. A regionális munkamegosztást illetően - a zentai egészségügyi iskola biztosítja Bácska és Bánát minden településéről/szórványból érkező tanuló magyar és szerb nyelven történő szakképzését, míg a szabadkai intézmény régióközponti funkciókat lát el az Észak-Bácskai régióban, illetve a tömb egészségügyi szakmunkás-produkcióban. Mindkét iskola népszerűnek számít a tanulók körében. Felsőoktatási intézmény (egészségügyi tudományágat képviselő) nem működik a régióban.

A '90-es évek végén, illetve 2000 után kezdődött meg az egészségügyben az *új oktatási profilok folyamatos bővítése*. Mindkét iskola piacépes szakokat működtet, külön figyelmet szentelve az aktuális piaci igényeknek, a felnőttképzés szellemében megfogalmazódott átképzéseknek, kurzusoknak, szakosításoknak. Folyamatos és konzisztens oktatási politikával és az intézmény rugalmasságának köszönhetően létrejött *egy színes kínálattal, fejlett kapacitásokkal rendelkező többnyire egészségügyi képzést folytató, újjító szellemű iskola Szabadkán, valamint egy tradicionális, konvencionális viselkedési formát követő, minőségbiztosítási szabványokkal rendelkező iskola Zentán*.

Az egészségügyi iskolákban működő oktatási profilok:

Egészségügy és szociális védelem területén:

- általános - egészségügyi nővér-technikus (Zenta, Szabadka), nevelőnők (Szabadka)
- szakosított egészségügyi középfokú képzés: fizioterápiás technikus, szülésznő (Zenta, Szabadka)
- egészségügyi szakmunkatársak (gyógyszerész-technikus, laboráns technikus - Zenta, Szabadka)
- fogászati-technikus, fogászati asszisztens (Szabadka)
- esetenkénti átképzés, kiegészítő képzés, továbbképzés - specializáció

Személyi szolgáltatások:

- kozmetikus technikus oktatási profil
- személyi szolgáltatások területe - férfi és női fodrász, manikűrös, pedikűrös
- esetenkénti átképzés, kiegészítő képzés, továbbképzés - specializáció

A zentai középiskola oktatásgyakorlatában az *átképzések* honosodtak meg inkább (pl.: egészségügyi technikus átképzése fizioterápiás technikussá), míg a szabadkai iskola az átképzések mellett egyre inkább *a szakosításokra* helyezi a hangsúlyt (pl.: röntgen asszisztens, transzfúzionista). Szem előtt tartva a tudás minőségének rendkívülien gyors elévülését, a szabadkai középiskolában megfogalmazódott egy felnőttképzési koncepció: „*térképalapú képzési rendszert – azaz a moduláris oktatás*”. Ezzel a fajta oktatási koncepcióval válik lehetővé a munkaerő kompetencia bővítése, a tudáshiányosságok informális oktatáson keresztüli begyűjtése. A rendkívüli tanulók (magántanulók) részére állandó jelleggel nyitva áll az intézmény átképzések és specializációs képzések formájában. Hajlandóság mutatkozna egyéb képzésekre is (A Nemzeti Foglalkoztatás-ügyi Szolgálat kezdeményezésére történt az elmúlt évben a kórházi ápoló (bolničar-negovatelj) átképzési felnőttképzési kurzus is, ahol a kurzust befejező munkanélkülieket sikeresen irányították a gerontológiai intézmények felé, munkát biztosítva a számukra). További tervek-megvalósításra váró projektumok: egy trilaterális (belga, magyarországi és a szabadkai) társulás értelmében, az iskolák közösen vállalkoznak, hogy kidolgozzák a kozmetikus képzés moduláris formáját, egy fejlett, modern felnőttképzés szellemében. Azzal a céllal indult ez a program, hogy közösen kialakítsanak egy olyan moduláris jellegű oktatási programot, amely majd fel tudja készíteni a régió humánerőforrását az említett szolgáltatások lehető legminőségesebb és felelősségteljes nyújtására. Így mondhatni, hogy az iskola bármilyen egyéb felnőttképzési program fogantatására nyitott.

A tanulói létszámot illetően vannak különbségek a két Észak-Bácskai intézmény között. A szabadkai iskolában a tanulók 10%-a rendkívüli, azaz *magántanuló*, akik a felnőttképzés valamely (kevésbé nyilvánosan intézményesített, propagált) formájában: átképzés, szakosítási kurzus részt vesznek az intézmény keretein belül. Zentán a tanulók 16%-a van magántanulói jogviszonyban. Fontos volna, a képzés ezen fajtáinak nagyközönséggel történő megismertetése, „megszoktatása”, hogy bárki kalkulálni tudjon (tandíj, kapacitások, tannyelv, szakok, óraszám, stb.), és számíthasson a képzés ezen formáira.

A káderhiány, pontosabban a humánerőforrás biztosításának zökkenőmentességét árnyékolja maga az ágazat specifikussága, valamint az ágazatban uralkodó, humánerőforrást érintő igen differenciált materiális viszonyok és jövedelmi struktúra. Az elmúlt években főleg, az egészségügyi ágazatban dolgozók jövedelmi szintjének emelkedése, a magánpraxisok térhódítása (maga az egészségügyi szolgáltatások piaci viszonyokat tükröző

„megdrágulási folyamata”), nem teszi a jövőben lehetővé az egészségügyi munkások és szakmunkatársak oktatási intézményekben történő teljes idő foglalkoztatását. Ezzel egyidejűleg történik meg lényegében az oktatás, mint ágazat degradációja, amelyből kiutat nagyon nehezen lehet találni. Sajnos, jelen körülmények között lehetetlenség orvost és gyógyszerészt alkalmazni állandó jelleggel, nehezen tudják az iskolák ezt a korlátot áthidalni. A humánerőforrás összetétele, ennek ellenére jónak mondható, a tanári kar egyetemi és főiskolai végzettségének arány 80 a 20-hoz.

Sokszor problémát jelent a kis (esetleg nem kompetens, illetve indifferens) gárdával tevékenykedő iskola esetében a kezdeményezések, pályázati lehetőségek, projekt-kivitelezések megvalósítása, és ezek a feladatok az igazgató személyét terhelik. Hiányzik a kompetens iskolamenedzselési funkciók, oktatásgazdálkodási mechanizmusok megalapozottsága. Az iskolák nincsen teljes mértékben tisztában azzal a jövedelemforrással, amelyet számukra a felnőttképzés rendezett körülmények között történő beindítása hozhatna.

ZÁRADÉKOK

A kutatás három pontba sorolt hipotézisének elemzése:

- **A központi hatalom által behatárolt jogi, pénzügyi és hatásköri korlátok miatt a regionális együttműködés oktatásügy – egészségügy - foglalkoztatás ügy között nem tud intézményesülni.** Regionális-lokális igény van, regionális-lokális intézményrendszer azonban nehezen tud kialakulni. Szinte minden területet lefedő teljes vertikumot képviselő jogforrási skála épült az egészségügy és szociális védelemre az elmúlt 2-3 évben. Az állami szektorban működő egészségügyi intézmények erőteljes racionalizációs folyamatokon mennek keresztül, amely legkifejezettebben az egészségügyi védelem megszervezésére szánt pénzeszközök csökkentésében nyilvánul meg. Mivel az egészségügyi szolgáltatások pénzelését elsősorban, a szolgáltatást nyújtó humánerőforrás direkt és indirekt költsége határozza meg, az új törvények értelmében, pedig ezek igen decid kádernormatívák alkalmazását követelik meg – az intézmények a racionalizációs folyamatokat menedzselve nem tudnak/és nehezen hajlanak újabb, képzetesebb káderek alkalmazására (a nem kompetensek helyett). *Általánosítható a létszámleépítés, míg a meglévő, nem megfelelő kompetenciákkal rendelkezők esetében az átképzés.*

- **Az elvárásoknak sem az oktatási intézmények által képviselt programok (rendes oktatás és rendkívüli oktatás-felnőttképzés), sem az útnak engedett érettségizők nem felelnek meg, szaktudásuk nem elég speciális, gyakorlatias.** Ez leginkább a középfokú végzettséggel rendelkezőket, alacsonyabb kvalifikációval rendelkezőket érinti a leginkább. Sajnos, az iskolákból frissen kikerülő érettségizőket – új munkaerőt a munkaerőpiac nagyon kis mértékben tudja csak alkalmazni. Hosszú a várakozási idő, és gyakran csak átképzések árán tudnak a potenciális munkavállalók is a szakmakeresletnek megfelelni. Az átképzések viszont eleve dupla pénzek – halmozott kiadások/erőfeszítések munkavállaló, állam, szülő, stb. részéről. Általában az általános képzések azok, amelyekből később a speciális szükségletek miatt átképzéseket indítványoznak.
- **Nincs érdekegyeztetés a lokális akterek között, ezzel beigazolódott a harmadik pontban megfogalmazott felvetés.** *Megfelelő – konzisztens, többoldalú dialógusra (munkáltató, iskola, munka-ügyi hivatal, egyén) épülő képzési politika, lokális érdekeket, szükségleteket követő módon, hatásköri (tartományi és lokális) kompetenciák érvényesítésével tudná csak ezt a problémát megoldani. Sok esetben nem is a hatáskörök hiánya okozza a tehetetlenségeket, hanem ezen párbeszéd érdektelensége, az alulról induló törekvések kifejezésre juttatása. Jelenleg passzivitás tapasztalható, továbbá az esetleges dialógus is megoszlik: az iskolák és egészségügyi intézmények külön, valamint az iskolák és a foglalkoztatás-ügyi szolgálatok szintén külön „tárgyalgatnak”. Hiányzik a munkaerőpiacon lévő szakmabeli munkanélküliek átképzésének közös terve, konkrét programokkal. Nincs konzisztens, egyszerűen (az érdekeltek felé publikált), követhető felnőttképzési terve (átképzés, továbbképzés, kiegészítő képzés, szakosodás) a középiskoláknak. Ad hoc működik a felnőttképzés.* Ha felkeresik/felkérlik őket, vesznek fel magántanulót. A hangsúly még mindig érezhetően a rendes tanulói viszonyra épülő (15-19 éves generáció) kapacitásokon van. Kapacitásfeltöltő viselkedési magatartás érvényesül. Szakot az iskolák sokszor az érdeklődés alapján nyitnak. Hiányos a munkamegosztás e téren a régió középiskolái között. A szakok másolódnak, kapacitások gyakran üresen maradnak.

JAVASLATOK

Nélkülözhetetlen egy egységes – szolgálatkész, flexibilis és mobil egészségügyi felnőttoktatási háló működtetése. A felnőttoktatás tervezésében tartományi hatáskörök érvényesítésének kell helyet adni. A felnőttoktatás modalitásait az egészségügy esetében az oktatási intézmények következő programkínálatával lehet biztosítani:

- *átképzések* – az ágazati racionalizáció miatt.
- *kiegészítő képzések* – lehetőséget biztosítani a munkanélküli (nem kompetens, vagy a meglévő végzettséggel szemben indifferens, váltani akaró fiatal és idős munkát aktívan keresők) munkaerő-piaci kondícióinak feljavításához.
- *Moduláris jellegű képzési programok* akkreditálása az oktatási intézmények részéről, amelyek során lehetőség nyílik a kompetencia-hiányosságok kiküszöbölésére, bizonyos kiegészítő tudás/képességek megszerzésére.
- *Folyamatos továbbképzések* szervezése az egészségügyi dolgozók – technikusok számára, munkavégzésük feltételeinek biztosításához.
- *Helyi jellegű szemináriumok, oktatási rendezvények* szervezése.
- *A főiskolai végzettségű speciális szaktudással, gyakorlati tudással rendelkező humánerőforrás iránti megnövekedett igény miatt a régiónak alapítani kell egy egészségügyi főiskolát, több szakkal, gyakorlatorientált képzéssel, hogy pótolni tudja az évtizedek óta jelentkező humán kapacitásbeli hiányosságokat. Az egyes hiányszakok gyakorlatorientált, felső szintű oktatása megvalósulhat interregionális, határon átvelő főiskolai karok együttműködésével is.*
- *A hangsúly a középfokú oktatáson van továbbra is, amely egy kiforrott, tradicionális közoktatási hálóra épül. Ez a háló olyan specializált tudásátörökítést kell, hogy meghonosítson a régióban, amely túlnövi magát az eddigi konvencionális középiskolai oktatáson. Fontos a munkáltató által megfogalmazott specializált és gyakorlatorientált képzés megteremtése. A régiónak erre van szüksége.*

IRODALOM

Institut za Javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“ 2007: Zdravstveno- statistički godišnjak Republike Srbije 2006. Elit Medica, Beograd. pp. 61-100.

KINCSES GY. 2000: Az egészségügy új szemlélete = Egészségügyi Menedzser 5. sz.
<http://www.vitalitas.hu/olvasosarok/online/eumen/2000/5/szegl.htm>

Komora zdravstvenih ustanova Srbije 2007: Bilten Informacija o finansijskom poslovanju zdravstvenih ustanova Srbije za period I-XII 2006. godine –Bilten. 8. évf. 3. sz. pp.43-52.

MILOSAVLJEVIĆ, T.: Health system in the Republic of Serbia. Ministry of Health. Republic of Serbia, 2005. 9. p.

<http://www.pallcare.belgrade2005.org.yu/cd/1Health%20system%20in%20the%20Republic%20of%20Serbia.pps> (2008. 12. 01.)

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije 2001: Vizija sistema zdravstvene zaštite u Srbiji. Beograd, Ministarstvo zdravlja. 17-149.p.

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije 2003: Bolje zdravlje za sve u trećem milenijumu. Beograd, Ministarstvo zdravlja. 1-34.p.

Országos Egészségbiztosítási Pénztár. Biztonság és Partnerség: Feladatok az egészségügyben 2010-ig. <http://www.oep.hu> (2009.01.30.)

Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe = Službeni Glasnik RS br. 43./06

Pravilnik o uslovima, kriterijumima i merilima za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga i za utvrđivanje naknade za njihov rad za 2008. godinu = Službeni Glasnik RS br. 127/07

RADOJEVIĆ, D. et al. 2008: Prikaz delokruga rada VMS – Zdravstvenog vaspitača – edukatora. Sestrinstvo 5. évf. 14. sz. pp. 24-26.

TAKÁCS Z. 2008: Egészségügy, egészségügyi szakoktatás.-In: GÁBRITY MOLNÁR I. (szerk.): Képzettek a jövő. A felnőttképzés háttere Észak-Bácska iskolahálózatában. Regionális Tudományi Társaság, Szabadka. pp. 129-139., pp. 189-196.

Uredba o Planu mreže zdravstvenih ustanova = Službeni Glasnik RS br. 42/06

Zakon o zdravstvenoj zaštiti = Službeni Glasnik RS br. 107/05

Zakon o komorama zdravstvenih radnika = Službeni Glasnik RS br. 107/05

Prošireni izvod članka
(Serb extended abstract)

**REGIONAL REQUIREMENTS OF THE MEDICAL EDUCATION,
MEDICAL ADULT EDUCATION'S PRESENT AND FUTURE IN THE
NORTH VOJVODINA REGION**

**REGIONÁLIS IGÉNYEKET SZOLGÁLÓ EGÉSZSÉGÜGYI
SZAKOKTATÁS, FELNŐTTKÉPZÉS JELENE, JÖVŐJE AZ ÉSZAK-
VAJDASÁGI RÉGIÓBAN**

Takács Zoltán, okl. közgazdász

Pécsi Regionális Politika és Gazdaságtan Doktori Iskola,
Regionális Tudományi Társaság Szabadka.

Cím: 24420 Magyarkanizsa, Sumádia utca 31.

Tel: 063-16-19-118

062-27-28-45

E-mail: takacszoli@stcable.rs

Nakon par godina od započetka reformi u zdravstvu, polako se sve izrazitije suzbija „sloboda kretanja“ indirektnih korisnika budžeta. U protekle 2-3 godine je donet niz pravnih akata sa kojima je regulisana oblast zdravstvene zaštite i socijalnog osiguranja. Zdravstvene ustanove u državnom sektoru prolaze kroz proces snažne racionalizacije, što se najviše odražava na smanjenju namenskih sredstava za organizovanje zdravstvene zaštite. S obzirom da finansiranje organizovanja zdravstvene zaštite prvenstveno zavisi od direktnih i indirektnih troškova ljudskih resursa u procesu pružanja zdravstvenih usluga, a s druge strane i novi pravni akti nameću decidne kadrovske normative na zdravstvene ustanove. Zdravstvene ustanove preopterećene racionalizacijom, jednostavno nisu u mogućnosti za adekvatno animiranje i odabir kadrova po njihovoj kompetetnosti. U ovakvim okolnostima je uobičajeno otpuštanje radnika koji predstavljaju višak po normativima Ministarstva zdravlja, ili prekvalifikacija zaposlenih sa neadekvatnom stručnom spremom, i kompetencijama.

Ovom procesu su najviše izloženi oni sa srednjom i nižom stručnom spremom. Nova radna snaga – maturanti srednjih škola se teško zapošljavaju, dugo je prosečno vreme do prvog zaposlenja, do kojeg se najčešće dolazi samo putem prekvalifikacije, dodatnih edukacija. Jedino je tako moguće dostići poželjni nivo kompetencija u skladu sa zahtevima tržišta rada, odnosno poslodavaca. Dodadne edukacije psihički, fizički a pre svega finansijski opterećuju poslodavce, državu, roditelje, pojedinca. Najčešće se konvertuju obrazovni profili opšteg usmerenja u neke specifične, specijalizovane obrazovne profile, putem prekvalifikacija. Pronalaženje rešenja za ove probleme ni malo nije lako. Potrebna je inicijativa za pokretanje dijaloga u obrazovnoj politici, između poslodavaca, škola, zavoda za zapošljavanje. Neophodne su lokalne (regionalne) ingerencije za prevazilaženje sistemskih problema školstva i tržišta rada. Evidentna je nezainteresovanost, pasivnost i nesposobnost stranaka. Nedostaju kapaciteti za pokretanje inicijativa „odozdo nagore”. Ovaj dijalog momentalno funkcioniše podeljeno: između škole i zdravstvene ustanove, odnosno između škole i zavoda za zapošljavanje, često zbog inicijative resornih ministarstava centralističke vlasti. Nema konzistentnog, zajedničkog plana sa konkretnim programima za prekvalifikaciju ili dokvalifikaciju nezaposlenih koji su prijavljeni u zavodima za zapošljavanje na lokalnom nivou.

Srednje škole u regionu Severne Bačke nemaju konzistentan, jednostavan plan obrazovanja odraslih (prekvalifikacija, dokvalifikacija, specijalizacija, usavršavanje), kojim bi trebalo da su upoznate grupe potencijalnih zainteresovanih. Obrazovanje odraslih funkcioniše ad hoc. Ako se poslodavac obrati školi sa zahtevom za dodatnu edukaciju svojih radnika, škole će ih primiti u red vanrednih učenika. Prioritet još uvek imaju kontingenti redovnih učenika (uzrast od 15-19 godina) u srednjim školama, što im predstavlja 90% ukupnih kapaciteta. Škole se najpre brinu o potrebnom broju učenika za otvaranje određenog obrazovnog profila. Uvođenje novih profila i ponovno otvaranje starih, se bazira na popularnosti istih, između mlade generacije. Manjkava je podela rada između škola u regionu. Smerovi i obrazovni profili se kopiraju, kapaciteti ostaju nepopunjeni ili prazni.

Neophodno je uspostavljenja jedne celishodne, uslužne, fleksibilne mreže obrazovanja odraslih u zdravstvu (kao i u ostalim delatnostima). U modalitete obrazovanja odraslih ubrajaju se:

- *prekvalifikacija* – zbog procesa racionalizacije u sektoru zdravstva

- *dokvalifikacija* – za otvaranje novih mogućnosti za nezaposlene (oni koji aktivno tragaju za novim poslovima, ali nisu kompetetni, osećaju indiferentnost prema postojećoj stručnoj spremi, itd.) i popravljjanje njihovih kondicija na tržištu rada u novonastalim okolnostima.
- *modularni obrazovni programi* - akreditovani od strane obrazovnih institucija, po kojima se pruža mogućnost za prevazilaženje određenih nedostataka kompetencije i za sticanje određenih dodatnih znanja, veština, sposobnosti.
- *Kontinuirana edukacija za zdravstvene radnike*, medicinske tehničare u regionu, za obezbeđenje uslova za obavljanje njihove delatnosti.
- *Seminari, obrazovni simpozijumi organizovani od strane lokalnih aktera obrazovanja i usavršavanja.*

Tendencije ukazuju na potrebe za specijalizovanim, praktičnim obrazovanjem na polju zdravstvene i socijalne zaštite. Ukazuju se posebni zahtevi za angažovanjem ljudskih resursa sa višom stručnom spremom, i sa specijalnim i praktičnim znanjem u regionu. Perspektive uspostavljanja višeg obrazovanja u oblasti zdravstva su realne. Naglasak je dosada na srednjem stručnom obrazovanju koje se zasniva na uhodanom sistemu tradicionalnog obrazovanja u regionu. Ovaj sistem treba da se prilagodi novim zahtevima tržišta rada, te je neophodno pored konvencionalnog stručnog obrazovanja srednjoškolaca organizovati obrazovanje sa specijalnom ponudom u skladu sa zahtevima poslodavaca. Poslodavci zahtevaju specijalizovano i praktično znanje. Za razvoj regiona na polju zdravstva-obrazovanja-zapošljavanja su neophodni gore navedeni multidimenzionalni uslovi rada i saradnje.