

MAGYAR ÁPOLÁSTUDOMÁNYI TÁRSASÁG ROVATA

Rövid összefoglaló az egészségügyi válságot mélyítő ápolói krízishelyzetről és a lehetséges megoldási stratégia fő elemeiről

Dr. habil. OLÁH András PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

A hazai ápolásügy krízishelyzetére tekintettel a Magyar Ápolástudományi Társaság kezdeményezésére és koordinálásával 2019-ben készült el a 64 szerző által jegyzett, 27 szakmai szervezet által támogatott „Javaslat nemzeti ápolásfejlesztési stratégia elemeire” című átfogó szakmai tanulmány magyar és angol nyelven. A tanulmány célja a hazai ápolásügy helyzetének nemzetközi tendenciákkal való összevetése, a főbb problémák beazonosítása és konkrét megoldási javaslatok megfogalmazása volt. A vitairatot az akkori érintett kormányzati tagoknak megküldtük, valamint online is közzétettük, bízva abban, hogy konszenzusos ápolásfejlesztési koncepció születhet belőle. Sajnálatos módon a tanulmány nem tudta betölteni célját, és más, az ápolói válság kezelését célzó ágazatirányítási stratégia sem készült, így 2026-ra az ápolói krízis tovább fokozódott. Az új kormány és az önálló egészségügyi minisztérium megalakulásának időszakában fontosnak tartom az ápolói krízishelyzet és megoldási stratégia fő elemeinek rövid összefoglalását.

Kulcsszavak: ápolásfejlesztési stratégia, ápolói krízis

A Brief Summary of the Nursing Crisis Deepening the Healthcare Crisis and the Main Elements of the Potential Solution Strategy

András OLÁH PhD, habil.

SUMMARY

In view of the crisis in domestic nursing, a comprehensive professional study titled 'Proposal for the Elements of a National Nursing Development Strategy' was prepared in 2019 in both Hungarian and English, initiated and coordinated by the Hungarian Society of Nursing Science, co-authored by 64 professionals, and supported by 27 professional organizations. The purpose of the study was to compare the state of domestic nursing with international trends, identify key problems, and formulate concrete proposals for solutions. The discussion paper was sent to the relevant government officials at the time and published online, with the hope that a consensus-based nursing development concept would emerge from it. Unfortunately, the study failed to achieve its purpose, and no other sectoral management strategy aimed at addressing the nursing crisis was developed, leading to a further escalation of the nursing crisis by 2026. In this period of the formation of the new government and the independent Ministry of Health, I consider it important to briefly summarize the main elements of the nursing crisis situation and the solution strategy.

Keywords: nursing development strategy, nursing crisis

Dr. habil. OLÁH András (PhD)
elnök, Magyar Ápolás-
tudományi Társaság
ORCID-azonosító:
0000-0002-1582-5385

Levelező szerző
(corresponding author):
Dr. habil. OLÁH András PhD
E-mail:
dr.olah.andras@gmail.com

Beérkezett: 2026. június 9.
Elfogadva: 2026. június 21.

8 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.39.0011> | www.eLitMed.hu

Rövid aktuális helyzetkép

Létszám

Általános vélekedés, hogy európai és világviszonylatban is jelentős, egyre növekvő mértékű ápolóhiány van. Ugyanakkor fontos alapvető tény, hogy az Európai Unió 27 tagállama közül 21 tagállam tudta

növelni 2012 és 2024 között az ezer lakosra vetített ápolói létszámát, és csupán 6 tagállamban csökkent ugyanezen időszak alatt az ápolói létszám. Magyarország a csökkenő ápolói létszámú tagállamok egyike, és hazánk számára ezen rossz eredmény jelentőségét tovább emeli, hogy a 6 csökkenő ápolói létszámú tagállam közül mindössze egyetlen tagállam van,

amelynek alacsonyabb az ezer lakosra vetített ápolói létszáma, mint Magyarországnak. Az Európai Unió tagállamainak átlagos ápolói létszámához képest Magyarországon 2012-ben 16 038 ápoló hiányzott, míg 2024-re már 28 522 főre emelkedett az EU-átlaghoz mért hazai ápolóhiány. Miközben tehát az EU-tagállamok túlnyomó részében érdemi fejlődés tapasztalható (például Romániában 5,22-ről 8,17-ra nőtt az ezer lakosra vetített ápolói létszám), tehát a nemzetközi jó gyakorlat létezik (az EU átlagában 7,89-ről 8,6-re nőtt az ápolók száma), addig Magyarországon az ápolóhiány egyre nő (6,22-ről 5,45-ra csökkent 2012 és 2024 között az ezer lakosra vetített ápolói létszám), és az évente kiképzett ápolók száma töredéke az adott évben nyugdíjba vonuló/pályaelhagyók számának (2026-ban mindössze körülbelül 275 fő ápoló végez az egész országban középfokú nappali képzésben). Mindez azért is drámai helyzet, mert releváns nemzetközi kutatások hosszú ideje igazolták, hogy 1 ápoló korlátozott számú beteget tud biztonságosan ellátni, például sebészeti területen 5 betegért tud felelni, ezenfelül minden egyes beteg 7%-kal növeli a mortalitás kockázatát (Aiken et al., 2002; Balogh, 2025; OECD, 2012; OECD & European Commission, 2024).

Ki kell mondani: a hazai ápolásügy irányítását, fejlesztését és működését teljesen új – ugyanakkor nemzetközileg már kipróbált, bevált – alapokra kell helyezni. Az egészségügyi ellátás alapvető működőképességét biztosító ápolói létszám megtartása és utánpótlása, valamint az egészségügyi ellátás minőségét alapvetően meghatározó minőségi ápolás biztosítása érdekében az ápolói krízis megoldását kiemelt kormányzati prioritássá kell emelni. Ennek részeként átfogó, kormányzati ciklusokon átvívelő, 12 éves átfogó ápolói stratégiát kell megalkotni és végrehajtani, biztosítani kell a megfelelő kompetenciákkal bíró ápolásirányítás egyenrangú helyét és teljes hatáskörét az egészségügyi minisztériumban, valamint garantálni kell a minisztériumon belül és más minisztériumok területein (kiemelten: felsőoktatás, szakképzés/felnőttképzés, kutatás-fejlesztés, EU-források, költségvetés) is az ápolói krízis megszüntetéséhez szükséges döntések meghozatalát és végrehajtását.

Alapvető szempont: nem lehet az ápolói krízist kezelni a megfelelő stratégiai/taktikai/operatív szervezeti szintek kialakítását mellőzve, a kellő létszámú, speciális szakmai, tudományos, oktatási, informatikai, fejlesztési szakértői tudást mellőzve, a megfelelő módszertant és a nemzetközi jó gyakorlatokat figyelmen kívül hagyva, a középfokú és felsőfokú ápolóképzés részleges, nem együtt történő átalakításával, valamint a hatásköri listák/minimumlétszámok/tanulói létszámok/képzési finanszírozási rendszer együttes, egyidejű szabályozása nélkül.

Végzettségi szint

Az alacsony ápolói létszám mellett az ápolói végzettségek megoszlása is romló tendenciát mutat. Drasztikusan csökken az egészségügyi ellátás működtetésének gerincét jelentő jól képzett középfokú ápolói végzettségű ápolók létszáma, míg a képzetlen, segédápolói személyzet aránya egyre inkább előtérbe kerül. Mélyebb elemzés fő adataként kiemelhető, hogy a MESZK felnőttápolási tagozatában megközelítőleg 30 000 fő ápoló és körülbelül 11 000 fő ápolói végzettség nélküli ápolást segítő munkatárs szerepel (ezen sajnálatosan magas segédápolói aránynál is súlyosabb a helyzet, mert ezen adat nem tartalmazza az egészségügyi végzettség hiányában kamarai tagsággal nem rendelkező, azonban segédápolói feladatkörben foglalkoztatott munkavállalók jelentős számát), akik között a felsőfokú végzettségű ápolók aránya is kritikusan alacsony, alig 12%-uk rendelkezik legalább diplomás ápoló/BSc-ápoló végzettséggel, és ők is elsősorban a menedzsment területén tevékenykednek, nem közvetlenül a betegágy mellett (azaz a betegágy melletti BSc-ápolókon keresztül elérhető halálozáscsökkentési, kórházi fertőzés és egyéb szövődmenycsökkentési és további fontos eredmények elérése szempontjából szerepük hazánkban nem jelentős). A középfokú végzettségű ápolói közösség mellett a főiskolai/BSc végzettségű ápolói kar is válságos helyzetben van – elsősorban az évtizedek alatt sem megadott BSc-ápolói hatáskörök, és a felsőfokú végzettségüket érdemben elismerő javadalmazásuk hiánya okán –, évente kevesebb, mint 300 BSc-ápoló szerez oklevelet az országban, akiknek csak a töredéke nappali munkarendű, azaz új ápoló a rendszerben. A probléma, a kihagyott társadalmi lehetőség jelentőségét jól szemléltetik a korábbi közleményeinkben is számos alkalommal idézett nemzetközi tudományos eredmények, köztük a *Lancet*-ben megjelent azon közlemény, amely szerint a BSc-ápolói létszám 10%-os növelése 7%-kal csökkentheti a halálozást meghatározott ellátási feltételek mellett, illetve azokban az intézményekben, ahol az ápolók 60%-a rendelkezett BSc végzettséggel, és ápolónként átlagosan 6 pácienszt láttak el, ott közel 30%-kal kisebb volt az elhalálozási arány, mint azokban a kórházakban, ahol az ápolók 30%-a rendelkezett csak BSc végzettséggel, és ápolónként átlagosan 8 pácienszt láttak el. A szakdolgozóhiány más területeket is érint, miközben egyes területeken irreális mértékű a túlképzés (például gyógytornász, dietetikus), és a problémát fokozza, hogy számukra az indokolt számú státusz/munkakör sem került kialakításra. A tisztánlátást és a transzparenciát nehezíti, hogy 2018 és 2025 között nem került közzétételre a jogszabályi kötelezettség ellenére az egészségügyi ágazati humánerőforrás helyzetének (adatköreit tekint-

ve nem megfelelően informatív) éves beszámolója, amelynek vonatkozásában új fejleményként az utóbbi hónapokban a 2023-as és 2024-es beszámoló utólagosan közzétételre került (Aiken et al., 2014; Balogh, 2025; MESZK, 2026; Oláh et al., 2019; Oláh et al., 2022; Oláh et al., 2025).

Képzés

A képzés színvonala nem megfelelő, szakmailag hiányos, általános képzési dokumentumok, a szakmaiságot nem biztosító vizsgáztatási gyakorlat (szakmailag nem megfelelő vizsgáztatók, gyenge minőségű vizsgafeladatok, az elégtelen tudás ellenére sikeres vizsgateljesítés), az oktatói előírások hiánya (szakmai végzettség/gyakorlat), az oktatási infrastruktúra hiánya, a tanulók valós egészségügyi ellátásban töltött gyakorlatainak hiánya, alacsony a megfelelő minőségű szakmai tankönyvek száma (Oláh et al., 2012). A felsőoktatásban a Magyar Akkreditációs Bizottság szakmai meg nem felelés miatti elutasító döntése ellenére is indulnak ápolói, egészség tudományi képzések. Emellett a hallgatói létszám és a finanszírozás maximalizálása érdekében jelentős, szakmailag nem támogatható eltéréssel be lehet kerülni ugyanarra a szakra a felsőoktatásban (az egyik egyetemen már 168 ponttal, míg a másik egyetemen csak 418 ponttól). Ez egyben azt is jelenti, hogy akár elégséges érettségi átlaggal is elérhetők az egészség tudományi képzések. További probléma, hogy mára már előzetes ápolói végzettség és munkatapasztalat nélkül is felvételre kerülhetnek az előzetes ismeretek beszámítására alapozott alacsonyabb óraszámú levelező képzésre a jelentkezők. Jelentős felsőoktatási problémát jelentenek továbbá a középfokú oktatás béreihez és az egészségügyi ágazat szakdolgozói béreihez mérten is alacsony felsőoktatási oktatói bérek. A fentiekből adódóan sem a középfokú, sem a felsőfokú ápolóképzés nem felel meg a vonatkozó EU-direktívának, miközben ez a sajátos „magyar út” a végzettek számának érdemi emelését sem vonta maga után, és erősen kétségessé teszi nemhogy a hatáskörbővítés biztonságos megvalósíthatóságát, az ápolók által elérhető ellátásminőségi/népegészségügyi eredmények elérését, az ápolásinformatikai, ápolásdokumentációs fejlesztések bevezethetőségét, hanem mára már az alapvető ápolási feladatok elvárható minőségű ellátását is. A szociális ágazat szociális ápoló és gondozó képzése tovább súlyosbítja az ápolói terület krízisét, ugyanis ezen végzettségű szociális szakemberek úgy látnak el egészségügyi tevékenységet, hogy nem teljesítik az egészségügyi törvény vonatkozó előírásait (MESZK, 2025; Oláh & Balogh, 2025; Oláh et al., 2025).

Visszatekintve az elmúlt évek személyesen is megtapasztalt nehézségeire, a szakdolgozói és azon

belül az ápolói képzési rendszer ágazatirányítási hiányának fontos körjelzője, hogy a kiterjesztett hatáskörű ápoló MSc képzés hazai kezdeményezése, kidolgozása és jogszabályi elhelyezése, valamint 2016-ban a BSc-ápolók majdani hatáskörbővítését lehetővé tevő konkrét képzési kompetenciáinak közel 30 évvel a képzés elindítását követően a képzési jogszabályban történő rögzítésére az ágazatirányítástól független, jelentős ellenállásba ütköző egyéni kezdeményezésünk és feladatellátásunk eredményeként kerülhetett sor (Oláh & Máté, 2012; Oláh et al., 2015; Perkó et al., 2022). Az ágazatirányítási oldal részéről pedig a 2017-től elindult kiterjesztett hatáskörű ápolói MSc-képzéshez is csak 2025-ben került jogszabályban rögzített hatásköri lista kiadásra, és a mai napig sem kerültek érdemben megadásra a nemzetközi gyakorlatnak megfelelő BSc/MSc ápolói kompetenciák, nem biztosított a felsőfokú végzettségű ápolók foglalkoztatásának finanszírozási háttere (például alapellátás) (Oláh, 2017a, 2017b).

Irányelvek, továbbképzések, hatáskör

Hiányoznak a szakdolgozói irányelvek (különösen az ápolói területen, ahol mindössze két irányelv van, amelyek mind szakmailag, mind módszertanilag hibásak), a megfelelő javadalmazás mellett hatáskörbővítést eredményező licencek, valamint nem megfelelő a kötelező továbbképzések rendszere és szakmai tartalma.

Az egyes végzettségek esetében évtizedek óta nincs jogszabályban rögzített hatásköri/kompetencia lista, ahol az utóbbi időszakban készült (ápolás), ott a köztestület/szakmai szervezetek megfelelő bevonása nélkül készült rossz jogszabály. Általános érvényű probléma, hogy Magyarországon még ma is nehéz azt láttatni, hogy ápolói létszám nem azokra a feladatokra lesz és nem azzal a bérrel, amelyekre az orvos kollégák egyes szakterületeken szívesen és azonnal foglalkoztatnának hivatalosan ápolókat. Ez az út valójában a tartós és egyre fokozódó ápolóhiány útja. Mégis, egyes orvosi területek számos esetben döntően a saját szemszögükből nézik az ápolók ügyét: Mit adhatnak az egyes területeken az ellátó orvosnak az ápolók, milyen az ideális ápoló (végzettsége, bére és tevékenységi köre) az adott terület orvosa szempontjából. A jövő egészségügyében szakítani kell azzal a káros gyakorlattal, hogy egyes, hivatalosan átadni nem kívánt orvosi hatásköröket a gyakorlatban ápolóknak kell ellátniuk (megfelelő képzés, jogi védelem, bérezés hiányában és a saját meglévő feladataikon túlmenően), illetve ma már kiemelt szempontnak kell lennie, hogy mit ad a társadalomnak, a páciensnek az ápolói szerepkör nemzetközi mintáknak megfelelő megadása, valamint a ma ápolói krízisében helye

lehet annak a megközelítésnek is: mit tehetnek az egyes területek orvosai annak érdekében, hogy segítsek megmenteni az ápolói hivatást.

Azokban az országokban *reális az ápolói létszám növekedése*, ahol az orvosi terület *valódi partneri, egyenrangú viszonyt* alakított ki az ápolói hivatás képviselőivel, illetve a „*feltettebb*” kompetenciák és anyagi javak átadására is hajlandóságot mutatott *kellő időben* (azaz, amikor még volt kinek, mert még volt megfelelő létszámú és képességű ápoló) az ápolók számára, ami miatt *az adott ápolói munkakör vonzó, értelmiségi pályává vált* (akár a középfokú képzést is vonzóbbá téve), és így a fiatalok, pályamódosítók *hajlandóvá váltak ápolóvá válni*. Persze ennek hátterében általában nem az ápolói hivatás felemelésének elvont, nemes gesztusa áll elsősorban, hanem sokkal inkább az orvoshiány szokott ide vezetni, ami miatt szükségszerűen átengedésre kerülnek bizonyos (kizárólag a megbízhatóságot és a magas minőséget nem veszélyeztető, sőt mindezeket elősegítő területeken) kompetenciák, illetve oka lehet a hatalmas hozzáférési hiány, vagy az, hogy egy adott feladatra az adott társadalom kevesebbet tud/kíván költeni, mint amennyibe az orvos általi ellátása kerülne.

Mindezekből következőleg, ha nem sikerül bérrel és hatáskörrel annak ellenére „azonnali” intézkedésként „*felemelni*” az ápolókat, hogy most éppen nem oldják meg azonnal egyes ellátási területek problémáit, akkor lassan, végérvényesen *nyugdíjba vonulnak a korábbi korszakok nagyobb létszámú jól képzett ápolói*, miközben az ápolóképzés már évtizedek óta válságban van (mind létszám, mind képzés minősége szempontjából). Az ápolók esetében ma már a nagyfokú létszámcsökkenés miatt nemcsak az a kérdés, hogy mit jelent az el látásban (a páciensek és az orvosok számára) az ápolók azonnali hatáskörbővítése/béremelése, hanem az, hogy melyek lehetnek a *drámai helyzetben lévő ápolói terület megmentéséhez szükséges védett, pozitív diszkriminációs, ösztönző, segítő körülmények*.

Bérrendszer, munkaterhelés, ápoló-beteg arány, ápolásinformatika, ápolási eszközök

Nincs ápolói, szakdolgozói életpályamodell, az ápolói, szakdolgozói foglalkoztatási és bérrendszer nem megfelelő (szakdolgozói foglalkoztatási keretek kizárólag hátrányos módosítása az egészségügyi szolgálati jogviszony bevezetésével, 2020. évi C. Eszjtv.), *rossz munkakörülmények*, ápolói túlterhelés (például betegség és ápolóbiztonsági okból *vállalhatatlan ápoló-beteg arány*, alapvető ápolási/biztonsági eszközök *hiánya*). Hazánkban az ápolói létszámra vonatkozó *minimalkövetelmények* – 60/2003. (X. 20.) ESzCsM-rendelet – változtatásai következtében egyes kórházi osztályokon *mára már jelentősen alacsonyabb az előírt*

ápolói létszám az 1990-es években előírt ápolói létszámhoz képest (és még ezen alacsonyabb létszám betartása is *komoly nehézségekbe ütközik*), ami *súlyos megbízhatósági kockázatot és irreális ápolói munkaterhelést eredményezett*, miközben az *ágazati irányításban nem került stratégiai szintre az ápolás irányítása és a válság kezelése* (Balogh, 2025; Oláh, 2019; Sövényi, 1994).

Az ápolók *tehermentesítését* ténylegesen csak a *kellően körültekintő szakmaisággal és módszertannal eszközölt informatikai fejlesztések szolgálják* (és még a megfelelő informatikai fejlesztések is dokumentációs tehernövekedést fognak okozni, ha az addigiakban papíralapon hiányosan ellátott, vagy hiányzó dokumentálási gyakorlatot vált ki a digitális dokumentáció ellenőrzött bevezetése), amelyek bevezetéséhez megfelelő létszámú, képzettségű, motivált kollégák esetében lehet vállalkozni. Hazánkban ugyanakkor a végletekig túlterhelt, alacsony létszámú ápolói kar helyzetét súlyosbítja, hogy *módszertanilag, szakmailag hibás, jelentős munkaidőt felemészítő, az elvárt funkcióját be nem töltő ápolási dokumentációs gyakorlat mellett hiányoznak az ápolásinformatikai szoftverek/eszközök*, rendkívül *súlyos problémát* jelent, hogy az intézmények részéről *elavult, jogdíjak megfizetése nélküli, jogellenes ápolói informatikai adatbázisok*, valamint *saját készítésű, szakmaiatlan, hibás ápolói adatbázisok használatára kerülhet sor országosan* (és *nincs olyan szervezeti egység, amely mindezek súlyát képes lenne felismerni, kezelni*), illetve megfigyelhetők a *releváns egészségügyi informatikai szakértői tudást kizáró, nem megfelelő ápolói informatikai fejlesztések az ápolásirányítás részéről* (például ÁTR, e-lázlap, ápolási modul stb.). A *sikeres egészségügyi digitális átállás megkezdése nem korlátozódhat az ápolókra* (például az orvos által kézzel a lázlapra felírt gyógyszerelés, feladatfelrendelés, szóbeli utasítás, illetve a HIS-be nem strukturált adatként történő szabadszavas orvosi információ rögzítés mellett), és a *fejlesztés nem korlátozódhat a komplex ápolásinformatika kis részére kiterjedő, nem megfelelő informatikai fejlesztésre*. Fontos egy modern, az egész kórházi betegellátásra kiterjedő *megfelelő informatikai infrastruktúra* (például minimális szinten nem lehet kérdés az internetelés, a megfelelő minőségű szerver, asztali számítógép, nyomtatási rendszer), a *modern, strukturált adatokon nyugvó egészségügyi felhővel* (EESZT) jól együttműködő, *modern medikai rendszer* (strukturált adatok, kellő mértékben egységesített adatkörök azonos profilú osztályokon, magas szintű szolgáltatások, például integrált figyelmeztető és riasztórendszerek stb.) és *annak integráns részeként a modern ápolási* (ma már inkább szakdolgozói, például dietetikus, gyógytornász is) *modul* (és *szakszerű adatbázisainak*), valamint a *modern dashboard* (hazánkban: lázlap) *biztosítása* ahhoz, hogy a betegágy melletti *ápolási tevékenység rögzítése (ÁTR) is működőképes legyen*. Ezen komplex

kérdés kezelése nem lehet független az egészség-informatikai terület egészétől, nem történhet meg az ápolás, és azon belül a nemzetközileg is releváns ápolásinformatikai szakértői tudás megfelelő, tartós bevonása nélkül mind a fejlesztés, mind az üzemeltetés időszakában. Ugyanakkor az ápolásinformatikai fejlesztések a betegellátás minőségének fejlesztése mellett az *ápolók, az ápolásirányítás érdekérvényesítő képessége* szempontjából is fontos terület, hiszen az *ápolás során képződő strukturált adatok* lehetnek azok az *objektív tényadatok (értő, szakmai elemzési rendszer mellett)*, amelyekkel az *ápolásirányítás érdemben tud érvelni* az ápolói létszám, az ápolók képzettségi szintje, az ápolói bérezés, az alkalmazott eszközök köre és minősége, a protokollok tartalma és végsősoron az *ápolásra fordítandó költségkeret emelése vonatkozásában mind helyileg, mind országosan*. Amíg az *ápolás minőségi és költségbefolyásoló komponensei láthatatlanok* (nem is beszélve a megfelelő ápolásfinanszírozás bevezetésének fontosságáról), addig a nagy létszámú ápolói karral kapcsolatos költségoptimalizálás útjáról nehéz letérnie a *mindennapi finanszírozási problémákkal küzdő intézményeknek* (Oláh et al., 2023).

Ápolásvezetés

Ahogy az az ápolói krízis fentiekben összefoglalt objektív mutatóiból is következik, az eddigiekben az egészségügyért felelős *minisztériumban és háttérintézményeiben stratégiai vezetői szinten nem volt* kellő mértékben és *megfelelő hatáskörökkel az ápolási terület irányítása biztosítva*, az egészségügyi intézményekben az ápolási igazgatói kompetenciák jelentősen sérültek (ápolási igazgatói kiszolgáltatottság, a szakdolgozókat érintő munkáltatói jogkör megvonása stb.), az *ágazatirányítás nem képviselte* érdemben/eredményesen az *ápolói, szakdolgozói szempontokat* sem *ágazaton belül*, sem a *többi minisztériumhoz tartozó területeken* (kiemelten: közép- és felsőoktatás keretrendszere/képzési kínálata/szabályozó dokumentumainak tartalma/a képzettek létszáma és belső megoszlása/képzési kompetenciái stb.). A *szakdolgozói szakmai köztestület, szakmai szervezetek nem rendelkeznek* a jól működő egészségüggyel rendelkező országok rendszereiben biztosított *hatáskörökkel, érdemi szakmai egyeztetési lehetőségekkel*.

Az ápolói krízis megoldására irányuló stratégia főbb elemei

Azonnali (első 100 nap, első fél év) intézkedési lehetőségek

a) *Bérfejlesztés* (kiemelt pillérek: orvosi bértáblához rögzített béremelés, munkaviszony hosszát elis-

merő bérkategóriák visszaállítása, kiemelt ápolói bér közép- és felsőfokon).

b) A *hiányszakmák* (kiemelten az ápoló) tekintetében: a *pályaelhagyó szakemberek „HAZAvárunk Program”-jének* (például egyszeri nagy összegű belépési támogatás más ágazatok mintájára, atipikus munkavégzés) bevezetése, illetve szak- és felnőttképzésben/felsőoktatásban a *nélkülözhetetlen ösztönző komponensek* (például ösztöndíj, pályaaorientáció, rugalmas foglalkoztatási keretek) biztosítása.

c) Az ápolástámogató rendszer tekintetében a *releváns ápolásszakmai/ápolásinformatikai fejlesztők, szakmai köztestület ismételt bevonásával átfogó vizsgálat* elrendelése, a *rendszer kiterjesztésének* az EU-forrás visszafizetési kötelezettségének kockázatával nem járó mértékű átütemezése a *létszámhiányos, idősödő ápolói kar túlterhelésének csökkentésére*, a feltárt hiányosságok mentén a *szükséges fejlesztések körének meghatározása és kivitelezése*.

d) Az egészségügyi ellátás alapvető működőképességét biztosító ápolói létszám megtartása és utánpótlása, valamint az egészségügyi ellátás minőségét alapvetően meghatározó *minőségi ápolás biztosítása* érdekében az ápolói krízis megoldásának kiemelt kormányzati prioritássá emelése.

e) A *hazai* ápolásügy irányításának, fejlesztésének és működésének teljesen új – ugyanakkor nemzetközileg már kipróbált, bevált – alapokra helyezése. A *szervezeti keretek kialakítása*:

- Szimbolikus értelemben is fontos *első lépésként az országos főápolói munkakör visszaállítása*.
- Olyan *további szervezeti fejlesztések bevezetése*, amelyek egyaránt *biztosítják az egészségügyi minisztériumon belül* (államtitkárságok, háttérintézmények, állami egészségügyi intézmények) és a *további minisztériumokhoz tartozó területeken* (kiemelten: felsőoktatás, szakképzés/felnőttképzés, kutatásfejlesztés, EU-források, költségvetés) is a *megfelelő vezetői szintű szakmai szakértői kompetenciát*, valamint az ápolói és szakdolgozói krízis megoldásához szükséges *döntések ápolásirányítás által koordinált meghozatalát és/vagy végrehajtását*. Biztosítani szükséges az ápolói krízis megoldásához szükséges intézményi/humán erőforrás hátteret, szakmai, módszertani fejlesztési, irányítási, adminisztratív területen egyaránt.
- A *szervezeti keretek kialakításánál* a fentiekből adódóan az alábbi elemek egy részének vagy egészének alkalmazása szükséges: a mintegy *130 000 fős szakdolgozói karhoz* kapcsolódó önálló államtitkárság, nemzetközi minta alapján önálló ápolásfejlesztési törvény, ápolói krízis intervenciók *kormánybiztosi/miniszteri biztosi feladatkör, módszertani és fejlesztési intézet*, a nemzetközi jó gyakorlatok szerint *megegyeztetett*

szakmai kamarai hatáskörök, a szükséges szakmai testületek, egyeztető fórumok létrehozása.

f) Átfogó, kormányzati ciklusokon átvélő, 12 éves időintervallumú ápolói stratégia megalkotásának és végrehajtásának elrendelése a megfelelő irányítási, szakmai, módszertani, jogszabályi háttér biztosítása mellett.

g) Helyzetfelmérés: Meg kell ismerni az ápolói krízis kezelésének nemzetközi jó gyakorlatát. Emellett hazai viszonylatban tiszta helyzetet kell teremteni a szakdolgozói alapadatok tekintetében, majd elemezni szükséges vármegyei és országos szinten a valós szakdolgozói demográfiai adatokat, valamint a szakképzési adatokat. Mindezek mellett a szakmai köztestület/szakmai szervezetek eddigiekben elkészült meghatározó szakmai előterjesztéseinek megismerése és elemzése.

h) Az ápolói, szakdolgozói krízishelyzet és megoldása témakörben az egészségügyi minisztérium rövid helyzetértékelésének közzététele, és a szakmai köztestülettel/szakmai szervezetekkel történő egyeztetésének megkezdése.

Az ápolói krízis megoldási stratégia elemei az azonnali intézkedések pontban összefoglalt körén túlmutatóan

a) A személyi minimumfeltételek újraszabályozása (létszám, középfokú és felsőfokú szakdolgozók aránya) 12 éves időintervallumban, jogszabályilag előre rögzítve az előírt minimális létszámok fokozatos növelésének kötelező időpontjait (a nemzetközi jó gyakorlatok és módszertan hazai adaptálásával), többek közt a betegellátás minőségének fejlesztése, a szövődmények, az ápolási napok számának és a költségek csökkentése érdekében. Az ápolói létszám közelítése az EU átlagértékéhez; a középfokú végzettségű ápolói kar és a BSc/MSc ápolók létszámának emelése, a BSc/MSc ápolók arányának megduplázása; a nemzetközileg javasolt érték közelítése a beteg/ápoló arány és a képzett ápolók arányának vonatkozásában.

b) Az évente kiképzendő egészségügyi szakdolgozói irányszám, és a hiányszakmák pontos körének meghatározása középfokú, BSc-MSc szinten 12 éves időintervallumban.

c) Az egészségügyi szakdolgozók középfokú és felsőfokú képzésében azon finanszírozási modell bevezetése, amely lehetővé teszi, hogy a képzőintézmények fennmaradása érdekében ne legyen szükség és lehetőség az állami források terhére indokolatlan területeken aránytalan túlképzést végezni.

d) A minőségi képzés alapját a szakdolgozói hatásköri listák nemzetközi jó gyakorlatok alapján történő kidolgozása jelentheti, melyek alapján meg lehet határozni a képzések szakmai tartalmát/személyi/tárgyi feltételeit.

e) Az egészségügyi szakdolgozói középfokú képzések tekintetében országosan egységes, részletesen szabályozott képzési felépítés és tartalom (például tantárgyak/ismeretkörök elméleti/tantermi gyakorlati/klinikai gyakorlati képzés óraszám, tartalma; központi vizsgafeladatbank biztosítása, központi szakmai vizsga bevezetése; oktatói és vizsgáztatói szakmai követelmények megerősítése, a vizsgaközpontok egészségügyi szakképzési feltételeinek és azok ellenőrzésének szigorítása). A középfokú és felsőfokú képzések tartalmi, hatásköri összehangolása, a beszámítási kereteinek egységes kialakítása, a központi szabályozás szükséges mértékű erősítése a felsőoktatási autonómia keretei között. Biztosítani kell a vonatkozó EU-direktívának megfelelő ápolóképzést, a megfelelő középfokú/BSc/MSc ápolói létszámot, arányt, feladatmegosztást, és az ápolói humán erőforrás-krízis megoldásához szükséges képzési és ágazatirányítási kereteket.

f) Az egészségügyi szakdolgozói képzésben résztvevők számára központilag vizsgára való felkészülést segítő interaktív és projektfeladatbankok, tankönyvek elkészítése és közzététele.

g) Az előzetesen megszerzett tudás beszámításának módszertani kidolgozása és országosan egységes bevezetése érdekében validációs központ létrehozása (korábbi szakképesítések aktuális képzéseknek való megfeleltetése, egységes beszámítás/megfeleltetés – a szakmaiatlan beszámítások megszüntetése).

h) Az alap- és működési nyilvántartás anomáliáinak kezelése (kiemelten: pontatlanságok felszámolása, szakma/szakmairányonkénti lekérdezés; a betegség mellett dolgozók valós létszámának kimutatása stb.).

i) A kötelező szakmacsoportos és szabadon választható továbbképzési rendszer megújítása (kiemelten: releváns szakmai tartalommal, megfelelő gyakorisággal, az elméleti/gyakorlati tudás szinten tartását és fejlesztését érdemben biztosító, a hatáskör megtartását és bővítését is támogató továbbképzések biztosítása).

j) A középfokú és a felsőfokú végzettségű szakdolgozók folyamatos szakmai fejlődésének és jövődelmük növelésének elősegítése hatáskörbővítő licencképzések kialakítása.

k) Az egészségügyi szakképzésben oktatók szakmai és pedagógiai továbbképzési programjainak kidolgozása.

l) Az irányelvfelkészítés rendszerének átalakítása és működőképessé tétele (néhány fős szakmai kollegiumi tagozat nem képes a 40 000 fős ápolói kar irányelvfelkészítési és egyéb feladatait ellátni). Ápolásszenzitív indikátorrendszer bevezetése, és az adatok alapján az ápolói létszám/végzettségi mix, alkalmazott eszközök, tevékenység kivitelezési protokollok fejlesztése. Ehhez szorosan kapcsolódva indokolt az ápolástudományi műhelyek erősítése, ápolás-

tudományi módszertani és fejlesztő központ kialakítása, amely egyedülálló módon betegellátási, új ápolási eljárások/eszközök bevezetéséhez kapcsolódó *hatékonyságelemzési, ápoláskutatási, termékfejlesztési, irányelv- és protokollfejlesztési, szakdolgozói informatikai fejlesztési* törekvéseket is képes lehet támogatni. Ebből adódóan jelentős mértékben hozzájárulhat a hazai tudásbázisok K+F kapacitásának erősítéséhez és nemzetközileg is magas színvonalú kutatási eredmények létrejöttéhez.

m) A *speciális ellátási környezetet nyújtó transitionál care (TC – átmeneti ellátás) bevezetése* azon páciensek számára, akik számára nem szükséges az akut kórházi forrásokat biztosítani, de továbbra is 24 órás

orvosi, ápolói vagy egyéb egészségügyi szolgáltatást igényelnek (kardiológiai, posztoperatív rehabilitáció, komplex orvosi ellátás, tüdőgyógyászati ellátás, onkológiai és fájdalommenedzsment, komplex sebkezelés) gyógyulásuk vagy rehabilitációjuk során. A transitionál care ellátási modell segítségével csökkenthető a rehospitalizáció és az újbóli egészségügyi ellátás generálta költségek.

Érdekeltségek: A szerzőnek nincsenek érdekeltégei.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Irodalomjegyzék

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987–1993. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T., Sermeus, W., & RN4CAST consortium (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet (London, England)*, 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Balogh, Z. (2025). Humán erőforrás-krízis az egészségügyi szektorban: okok és következmények. In K. Zsófia, K. Csaba, O. Éva, & A. Péter (Szerk.), *Humán tőke, társadalmi-gazdasági fejlődés: Kulcskérdések Magyarországon* (249–255. o.). Magyar Nemzeti Bank – ELTE TáTK.
- Magyar Egységügyi Szakdolgozói Kamara. (2026). A fekvő és a járóbeteg szakellátás, az alapellátás, valamint az egészségügyi szak- és felnőttképzés helyzetképe és megoldási javaslatok: Szakdolgozói nézőpontból. MESZK. https://meszk.hu/wp-content/uploads/sites/7/2026/05/MESZK_Helyzetkep_es_javaslatcsomag.pdf
- OECD. (2012). *Health at a glance: Europe 2012*. OECD Publishing.
- OECD & European Commission. (2024). *Health at a glance: Europe 2024: State of Health in the EU cycle*. OECD Publishing.
- Oláh, A. (szerk.). (2012). *Az ápolástudomány tankönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó. <https://dtk.tankonyvtar.hu/xmlui/handle/123456789/12902>
- Oláh, A. (szerk.). (2017a). Elemzés készítése az alapellátásban dolgozó ápolók képzésének, kompetenciáinak nemzetközi gyakorlatáról. Országos Közegészségügyi Intézet. <https://efop180.antsz.hu/attachments/article/331/20-07-08%20-%20BV.1.4.pdf>
- Oláh, A. (szerk.). (2017b). Összefoglaló elemzés készítése az alapellátás szempontjából a hazai szakdolgozói képzésekről, a fejlesztési irányok meghatározásával. Országos Közegészségügyi Intézet. <https://efop180.antsz.hu/attachments/article/332/20-07-08%20-%20BV.1.5.pdf>
- Oláh, A. (2019). Összefüggések az ápolói létszám, az ápolók végzettsége és az egészségügyi ellátás minősége között [Konferencia-előadás/prezentáció]. Magyar Egység-gazdaságtani Társaság (META) ülés, 2019. május 28.
- Oláh, A., & Balogh, Z. (2025). A Magyar Egységügyi Szakdolgozói Kamara szakképzési feladatellátásának első éve. *Nővér*, 38(6), 4–11.
- Oláh, A., & Máté, O. (2012). Felnőtt aneszteziológiai, intenzív és sürgősségi szakápoló hatásköri listák összefoglalása. In: *Hatásköri listák* (pp. 99–117).
- Oláh, A., Barczy, E., Fullér, N., Kerti, E., Kis, T., Saxné Fruh, K., Szebeni-Kovács, G., Vizvári, L., Hirdi, H. É., Babonits, T., Úveges, P., Sövényi, F., & Balogh, Z. (2025). Az egészségügyi ágazat szak- és felnőttképzési fejlesztési koncepciója. *Nővér*, 38(6), 12–29.
- Oláh, A., Barczy, E., Kerti, E., Kis, T., & Balogh, Z. (2022). A magyarországi egészségügyi képzés sajátosságai és a szakdolgozói helyzetkép. <https://dtk.tankonyvtar.hu/xmlui/handle/123456789/14757>
- Oláh, A., Fullér, N., Máté, O., Zrínyi, M., Vajér, P., Karamánné Pakai, A., Kis, T., Pusztai, D. E., Várady Horváth, Á., Márton, M., Pap-Szekeres, A., Aradán, A., Radnai, B., Bugarszki, M., Minya, T., Boncz, I., Sövényi, F., Sharon, T. A., Ujváriné Siket, A., ... Betlehem, J. (2019). *Javaslat Nemzeti Ápolásfejlesztési Stratégia elemeire: Vitairat. Egység-Akadémia*, 10(Supplement), 1–81.
- Oláh, A., Máté, O., Betlehem, J., & Fullér, N. (2015). Advanced Practice Nurse (APN) MSc képzés bevezetése Magyarországon. *Nővér*, 28(2), 3–10.
- Oláh, A., Zrínyi, M., Fullér, N., Balogh, Z., Kádár, M. K., Kis, T., & Szebeni-Kovács, G. (2023). Az ápolói munkaterhelés és ápolási intenzitás komplex mérésének lehetőségei a magyarországi Ápolástámogató Rendszer kialakításához kapcsolódó fejlesztések keretében. *Nővér*, 36(2), 23–30.
- Perkó, M., Sövényi, F., Fedineczné Vittay, K., Kis, T., Szebeni-Kovács, Gy., & Oláh, A. (2022). Ápolástörténet: Elhivatottságtól a hivatásig. Az ápolás, az ápolásügy és az ápolóképzés története Magyarországon. <https://dtk.tankonyvtar.hu/xmlui/handle/123456789/14759>
- Sövényi, F. (1994). Az ápolásfejlesztés koncepcionális elemei: Vitaanyag (1994. március). *Nővér Supplementum*, 1–22.