

A KERESETI-ÉRDEKELTSÉGI VISZONYOK FEJLŐDÉSI TENDENCIÁI AZ EGÉSZSÉG- ÜGYBEN

A kutató munka végzésekor nem kis gondot okozott a soktényezős téma tömörítése, az egészségügyi dolgozók körülményeire való adaptálása. A kereseti-érdekeltségi viszonyok anyagi-pénzbeli tartalma, közvetlenül nem kapcsolható a szférában kifejtett munkateljesítményhez, s a végzett munka eredményessége sem jelentkezik közvetlenül. Ily módon a társadalmi-gazdasági változások során az egészségügyben dolgozók keresetének megállapításakor a maradványelv érvényesült. Ez önmagában nem okozna gondot, ha a kereset itt is nem lenne az életfenntartás eszköze. Minél nehezebb a létfenntartáshoz szükséges anyagi javak és szolgáltatások megvásárlása, annál inkább létkérdéssé válik az egészségügy területén is a végzett munka mennyiség és minőség szerinti kompenzálása. Ha az egészségügyi dolgozó más terület hasonló szakképzettségű dolgozóinak kereseténél tartósan kevesebbet kap, pályát változtat, vagy más kiegészítő jövedelemforrást keres. Az első esetben: a szakképzettség ráfordításai nem az egészségügyi ágazatban térülnek meg, a második esetben olyan árukapcsolat alakulhat és alakul ki, mely a szocialista egészségügy etikai normáival összeegyeztethetetlen. A megoldás: a végzett munkának, a társadalmi hasznosság szerinti elismerése; olyan kereseti arányok kialakítása, amelyben realizálódik a speciális szaktudás, készenléti állapot és a felelősségvállalás. E követelményeknek megfelelő kereseti arányok kialakításához társadalom- gazdaság- és jövedelempolitikánkban egyaránt szükség lenne szemléleti, irányítási, szervezeti változtatásokra. Új és átfogó intézkedések hozatalára irányítja a figyelmet az is, hogy az 1971-től 1979-ig tartó periódusban a nomináljövedelmek növelésére irányuló központi intézkedések még rövid távon sem alakították a kereseti arányokat az egészségügyben dolgozók javára. Mindez nem szolgálta a jobb munkáira való ösztönzést, az egészségügyi szférához való kötődést, s az illegális jövedelemforrás szélesedését sem korlátozta. Ebben természetesen az az objektív közgazdasági összefüggés is szerepet játszott, hogy csupán a nomináljövedelem növelésével nem lehet kellő hatással ösztönözni. Számolni kell azzal is, hogy a szocialista társadalomban a hajtóerő "... nem önmagában a több pénz..."¹ hanem az érte megszerezhető hasznos javak nagyobb mennyisége. Konstruktív, ösztönző érdekeltségi rendszer, a kedvezőbb kereseti arányok kialakítása soktényezős változtatással lehetséges. Az egészségügyi dolgozók kereseti-érdekeltségi rendszerének anomáliái azonban nem lokalizálódnak az egészségügy területére, ezért megoldásuk lehetőségei is a társadalom elosztási viszonyrendszerének egészében rejlenek. Az egészségügy területén kialakult érdekeltségi rendszer és kereseti szisztéma ahhoz a gazdaság-, életszínvonal- és jövedelempolitikai gyakorlathoz kapcsoló-

dik, mely az eltelt negyven év alatt a szocialista társadalom fejlődési tendenciájához, céljaihoz igazodva formálódott. Nem vitatható, hogy a leírt logikai láncszemek a változó feltételekkel összhangban alakultak ki, s objektív törvényszerűségek és ellentmondások hordozói. Az elmúlt években hozott intézkedések, amelyektől az ellentmondások oldását, megszűnését, a teljesítményekhez jobban igazodó, jövedelmi-kereseti arányok létrejöttét reméltük - nem, vagy csak kis hatással valósultak meg. Az utóbbi években az elért életszínvonal megőrzése érdekében hozott intézkedések eredményei is megkérdőjeleződtek. A várt kedvező hatások elmaradását megítélésünk szerint nem a szabályozók, az anyagi-erkölcsi ösztönző rendszerek alacsony hatásfoka idézte elő, hanem az, hogy az elméleti alapok, amelyekben megfogalmazódtak az elérendő célok, a kialakított célrendszerek és a megvalósításukhoz rendelt szabályozó eszközök, hatásukban inadekvátak voltak (lettek). Ez legkézzelfoghatóbban tettenérhető abban, hogy jövedelempolitikai céljaink közép- és hosszú távra fogalmazódtak meg, de a célok megvalósítását szolgáló eszközök, módok rövid távra, általában egy évre adtak realizálási lehetőséget. Mindezt a költségvetésből gazdálkodó egészségügyre adaptálva: az egészségügyi ellátást szolgáló megelőzés, gyógyítás, rehabilitáció, közegészségügyi-járványügyi stb. feladatok hosszú távú célokként fogalmazódnak meg, ugyanakkor a megvalósításukhoz szükséges erőforrásokat szigorúan kötött pénzügyi keretek között az állami költségvetésből rövid távra - egy-egy évre - juttatták. A szakminisztérium a tárgyévét megelőző év decemberében ismeri meg az adott területen felhasználható anyagi-pénzügyi és létszám lehetőségeket. Az egészségügyi intézmények a tárgyév január-február hónapjában nyernek a kapott erőforrások felhasználására gazdálkodási lehetőséget. E lehetőségekkel a tárgyév december 15.-ig "gazdálkodhatnak". Ha ezen időintervallumban nem használták fel az anyagi-, pénzügyi- és létszámkeretet, a szakminisztérium a maradványt zárolja, s év végén elvonja.²

Az egészségügy gondjait súlyosítja, hogy a kapott erőforrások nem (vagy csak alig és utólag) követik az időközben hozott társadalompolitikai intézkedésekből eredő feladatstruktúra változásokat. (Pl. a nő-, népesedés-, és ifjúságpolitikai keretek, a szabadidő megélhetési célra történő hasznosítása, stb.) Talán az előzőekben is nagyobb gond, hogy a megnövekedett, megváltozott feladatokhoz rendelt erőforrások felhasználását gyakran az adott szervezeti, irányítási rendszer is nehezíti. A bértömegszabályozás, a decentralizált bér-gazdálkodás lehetőséget ad a teljesítményhez jobban igazodó bérezésre, a végzett munka differenciált elismerésére. A lehetőség valóra váltását azonban egyrészt a létszám-jövedelem- és bérszabályozásnak a (nem szakember számára) szinte áttekinthetetlen kööttségei, másrészt az egészségügyi ellátást nyújtó egységek tevékenységének szervezeti, irányítási, finanszírozási kööttségei akadályozzák.

Az előzőekben körvonalazott tendenciák az elmúlt évtizedek folyamán alakultak ki. A kereseti-érdekeltségi orientációk fejlődési tendenciáinak megértése történelmi visszatekintést igényel. A felszabadulást követő időszak jövedelempolitikájának felelevenítésével, a mechanizmus-reform jövedelempolitikai összefüggéseinek bemutatásával s annak a "má"-ban jelentkező következményeivel fejtjük ki mondanivalóinkat.

A kereseti-, érdekeltségi tendenciák történelmi háttere

A ma problémái a multban gyökereznek, s a jövő feladatait a jelen ismerete alapján határozhatjuk meg -- szokás mondani. Ebben az összefüggésben az egészségügyi dolgozók kereseti arányai, érdekeltségük motiválói a Horthy-ellenforradalmi rendszer belső viszonyaival csak részben hozhatók kapcsolatba. Ugyanis a felszabadulás előtti időszakban az egészségügyről mint makroszintű, társadalmilag szervezett, egységes intézményi rendszer keretében nyújtott szolgáltatásról nem beszélhetünk. E korszak sajátos ellentmondása; egyrészt Magyarországon alkották meg 1876-ban - a világon elsőként - az Egészségügyi Törvényt. Az elsőik között hozták létre, megelőzési céllal az Anya- és Csecsemővédelmi Tanácsadást, az 1910-ben alakult Gyermekvédő Ligát, az Országos Stefánia Szövetséget a Zöldkereszt-et, majd az Egészségvédelmi Szövetséget. Nemzetgazdasági szinten azonban a lakosság széles rétegei számára a betegségek megelőzése, egészségének védelme és helyreállítása magánügy maradt. Az orvoslás alapvetően magánjellegű volt. Az orvospérezés, a speciális szakképzettség megszerzése a feudál-kapitalista áru- és pénzviszonyok között előlépett a "képzettségbe" való "beruházásként", de karitatív jelleggel formálódott. Az orvos a tudását, a pacientura kiépitését, a rendelő felszerelését saját pénzéből, "tökéjéből" előlegezte. A magángyakorlatot folytató orvos asszisztenciáját "bérmunkásként" fizette. A közegészségügyi-járványügyi és szegénygondozási feladatok irányítását a Népjóléti, majd a Belügyminisztérium látta el. A hatáskörükbe tartozó orvosok, egészségügyi szak- és segédszemélyzet havi fizetést kaptak. Bérhelyzetükről, kereseti viszonyaikról vajmi keveset tudunk. "Míg a magánalkalmazottak esetében mérnöki vonalon majdnem teljes képünk van a multbeli bérhelyzetről ... az egészségügyi alkalmazottak, orvosok... multbeli bérhelyzetről komoly, átfogó statisztikai felvétellel nem rendelkezőnk."³ Korabeli statisztikák alapján állithatjuk, hogy az egészségügy dolgozóinak kereseti arányai - de más szférákra is áll ez - igen nagy eltéréseket mutatnak. Az eltérésekben rendszerezettségét nem fedeztünk fel, csupán azt a következtetést tudtuk levonni, hogy a nagyfokú bér-differenciák spontán hatások alapján és szubjektív értékítéletek szerint jöhettek létre. Magyarországon a dolgozók bérszintje - más tőkésországok gyakorlatától eltérően - messze alatta maradt a munkaerő-áru ujratermelési költségeinek. A kor Statisztikai Hivatala által számított "...négytagu munkáscsalád heti létfenntartási költsége 1939-ben 42,77 P volt, ugyanakkor az átlagos szakmunkás heti keresete 41,80 pengő. A betanított munkás heti átlagkeresete 28,80 pengő, a segédmunkások heti átlagos keresete 23 pengő, és az átlagos munkáskereset 30,70 pengő

volt."⁴ Ahhoz, hogy a létminimumot megkeressék 0,89 pengő órabért kellett volna kapniok. a malomiparban 0,56; a faiparban-épitőiparban 0,69; a szénbányászatban 0,65; a vasiparban 0,93 pengő volt a szakmunkások átlagos órabére.⁵ A speciális szakképzettségű, s a munkamegosztás rendszerében elkülönült területen dolgozók havi átlagbére az alábbiak szerint alakult:

1.sz. táblázat^x

Átlagos havi bérek⁶

1939

Megnevezés	Átlagos havi bér (pengő)	Bérkülönbségek	
		Abszolút pengő	Relatív: Munkás = 100 %
Vasipari szakmunkás	232	-	100,0
Egészségügyi szakalkalmazott	50	- 182	21,56
Tisztviselők	264	+ 32	113,79
Műszaki alkalmazottak (mérnöki munkakörök)	461	+ 229	198,71
Ügyvéd (önálló)	601	+ 369	259,06
Orvos alkalmazott	250	+ 18	107,76
Gyógyszerészek	350	+ 118	150,86

x) saját számítás:

- 1) A vasipari szakmunkás alapórabérét (0,93 P) vettem alapul, 10 órás és havi 26 munkanappal számolva.
- 2) Az egészségügyi szakalkalmazottak átlagbére 25-50 P között alakult havonta. A felső határt vettem.
- 3) Az orvosalkalmazottak havi átlagbére 200-250 P között mozgott. Itt is a felső határt vettem.
- 4) A vasipari szakmunkás keresetét a további összehasonlítás miatt interpretálom

Az előző táblázat bizonyos hibahatárok között (nem ismeretes az átlagbérhez viszonyítva a teljesítmény, a ledolgozott órák száma, a szakképzés költsége, a bérkategória szélessége - stb.) informál a Horthy-rendszer fizetési aránytalanságairól. A kiugróan magas bérek az önálló ügyvédek és gyógyszerészek státusában feltehetően azzal függnek össze, hogy jövedelmük saját tulajdonú irodához, gyógyszerertárhoz, önálló pacientúrához kapcsolódott. A szakmunkások, alkalmazottak viszont a béren felül szociális ellátmányt is élvez-

tek.⁶ Pl. a közalkalmazottak lakás- és élelmezési hozzájárulás címén rendszeresen, havonként kisebb-nagyobb összegeket kaptak. Ezen összegek nagysága és a bérhez viszonyított aránya áttekinthetetlen. (A jövedelemre visszakövetkeztetve főleg az adózási statisztikából mutathatók ki.) A téma kapcsán azonban engedessék meg egy idézet. "Hogy jól képzett, megfelelő lelkiállattal bíró ápolónő mily kevés van az országban az köztudomású."⁷ "... a jól képzett ápolónők elhelyezésének kérdése vita tárgyát sem képezheti... az ápolónők megélhetésének kérdése különösebb problémát nem képez, mert ezek az egészségügyi intézetekben ... teljes ellátást élveznek. Megélhetési körülményeik kedvezőbbek, mint a bábáké és a védőnőké."⁸ Ennek ismeretében mondhatnánk, hogy a havi 25-50 pengő átlagbér e réteg számára létminimum feletti életszínvonalat biztosított. Ez mégsem állitható egyértelműen. Az egészségügyi ellátást alapvetően jótékonyági alapokból finanszírozták. A teljes ellátás színvonala, belső szerkezete időről időre az ország tehetősebb rétegei áldozatvállalásának függvénye. Az ápolónők számára biztosított öt-nyolc személyes szobák csupán a közismerten nyomoruságos - az európai színvonaltól messze elmaradt - hazai lakáskörülményekhez viszonyítva minősíthetők kedvezőnek. Az orvosok és az egészségügyi szakdolgozók öt-tízszerez bérkülönbségét a képzési költség és a képzési idő összefüggésében értelmezhetjük.

Társadalmi- gazdasági- életszínvonal- és jövedelempolitika kialakulása, fejlődése 1944-től napjainkig

A szocialista társadalmak politika-orientált rendszerében alapvető feladatok: a megszerzett politikai hatalom megtartása; az új társadalom gazdasági alapja, s az ezt szolgáló felépítményi rendszer kiépítése; az ország újjáépítése, az infláció megfékezése, a munkanélküliség megszüntetése volt. A feladatok között primér szerepe volt a munkások, bérből és fizetésből élők élelemmel való ellátásának. Az élet megindításához, s a dolgozók munkára késztetése érdekében a pénz rohamos romlását kellett megakadályozni. A stabilizációhoz a termelés beindítására megfelelő árualap létrehozására volt szükség. A fel szabadulást követő években olyan bérpolitika érvényesült, mely az ország adottságait figyelembe véve, az 50-es évek társadalompolitikai, gazdaságpolitikai céljaihoz kapcsolódott. Ebben az időben természetes szükségszerűség volt a termelésre koncentrálnó bérrendszer kialakítása. Nem hagyva figyelmen kívül az örökölt társadalmi jövedelemegyenlőtlenségek ellentmondásosságát, s azt, hogy a kialakítandó bérrendszer ennek oldására is irányul. A sokrétű politikai-gazdasági intézkedések sorában a bérszínvonal, bérarányok kialakítása számos tényező figyelembevételével formálódott. Előzetes információk szerint az 1946-1947-es években az 1938-1939-es évek nemzeti jövedelmének csupán 60 %-a volt termelhető. Ebből mindenekelőtt ki kellett egyenlíteni az esedékes jóvátételt, s finanszírozni kellett az ország újjáépítéséhez szükséges termelőberuházásokat. 75 %-os munkatermelé-

kenységgel számolva, s a dolgozók számára a háboru előtti reálbér színvonalának kb. 50 %-át juttatva, a forint-pengő 3-3,5 szeres szorzója szükséges a létminimumhoz"⁹ - állapították meg az egyik stabilizáció történetéről szóló dokumentumban. Alapvető hérpolitikai elv: a termelés beindítására való ösztönzés és a teljesítmények elismerése. Ezen túlmenően a részcélok: egyes szakmák közötti indokolatlan béaránytalanságok mérséklése, hogy a kialakult béarányok a képzettség, kvalifikáció szerint is az újjáépítést szolgálják, s a fizikai és szellemi munka fejlődési arányait is helyes mederbe tereljék. A hozott hérpolitikai intézkedések megvalósulását - statisztikai adatok hiányában - csak hézagosan érzékeltethetjük. A termelőségében az 1938-as reálbérszínvonal 50 %-ának biztosítása 1947-ben kedvezően alakult. A vasipari dolgozóknál 36,3 %-os, a műszaki alkalmazottaknál 23,9 %-os reálbérteljesítésről tájékoztat az irodalom.¹⁰ Az egészségügyi dolgozók - ezen belül az orvosok helyzetéről statisztikai adatok helyett - a következőket olvashatjuk: "Az egészségügyi alkalmazottak és orvosok helyzete ma is még rendezetlen, mert bár bizonyos vonatkozásban kollektív szerződések (társadalombiztosítási intézetek, magánkórházak, stb.) védik és szabják meg fizetéseiket, az állami szolgálatban lévő orvosok és egészségügyi alkalmazottak fizetései nem érik el az előbb említett intézményeknél foglalkoztatottak fizetését. Itt még az is közrejátszik, hogy az egészségügyi dolgozók munkaideje lényegesen hosszabb, mint a többi dolgozó."¹¹

[Az egészségügyi dolgozók jövedelemérdekeltségének kérdései a szocialista fejlődés feltételei megteremtésének időszakában háttérbe szorultak.]

Az egészségügyi dolgozók kereseti aránytalanságai már az első ötéves terv idején problémaként jelentkeztek. 1951. december 2-án az MDP Központi Bizottsága és a Magyar Népköztársaság Minisztertanácsa az áremelések kompenzálására (a béreket és az 1951 októberi tényleges kereseteket alapul véve) 10 %-os egyszeri juttatás kifizetését rendelte el. Ez az intézkedés a korábbi kereseti arányokat változatlanul hagyta ugyan, de az egészségügyi dolgozók bérszínvonalának részleges rendezése ettől az időszaktól gyakorivá vált.] Elsősorban a bányavidékeken, termelőségvetkezeti falvakban - az ellátandó lélekszámtól függően - az átlagos bérszínvonalhoz képest viszonylag magas fizetéseket alakítottak ki.



Vidéken dolgozó orvosok fizetése Ft-ban¹²

(1951)

Ellátandó létszám	Bányavidék (fizetés Ft-ban)	TSZ - falu (fizetés Ft-ban)
1000-2000	1200	800
2001-2500	1400	1000
2501-	1600	1200
3001-4000	-	1400
4001-	-	1600

Ez a kereseti szint a stabilizáció idején kialakított bérrendezések során jött létre. Mindkét területen (az 1945-től számított 5 éves munkaviszony után) az alapbér 3 %-át vidéki pótdíj címén, s egyszeri 3000 forintos letelepedési díj formájában fizették ki az ott dolgozó orvosoknak. Azoknak a vidéken dolgozó orvosoknak, akiknél a bérrendezés keresetcsökkenést eredményezett, a régi fizetés szintjéig személyi pótlékként fizetéskiegészítést adtak.

Említésre méltó még, hogy 1954-ben a felülvizsgálatot végző orvosok számára 8 órai elfoglaltság után havi 300 Ft, 4 órai elfoglaltság után 150 Ft ugynevezett felülvizsgálati pótléket fizettek. Azoknak az egészségügyi dolgozóknak, akik saját kerékpárral járták be körzetüket, kilométerenként 20 fillér pótléket számoltak el, és csatoltak fizetésükhöz.¹³

A különböző bérintézkedések, bérpótlékok bevezetése azonban az egészségügyi dolgozók összességének kereseti arányait nem befolyásolta kedvezően. A felszabadolást követően kialakult, alapvetően a termelésre koncentrált bérpolitika tendenciájában tartósan és érzékelhetően mélyülő aránytalanságokat hozott magával a termelő és nem termelő ágazatok, s a szellemi és fizikai munka között. Ebben radikális, kedvező irányú változást a gazdasági mechanizmus reformja sem hozott.

Havi átlagkeresetek, Ft¹⁴

Év	Szocialista ipar átlagkeresetet	Szocialista ipar = 100 %		
		Kulturális és egészségügyi ágazat		
		átlagkereset	Kereseti különbségek Ft-ban	abszolút Relatív különbség
1949 ^x	632	-	-	-
1954 ^x	1164	911	- 253	78,26
1955 ^x	1200	974	- 226	81,17
1960	1609	1541	- 68	95,77
1965	1756	1707	- 49	97,20
1970	2226	2174	- 52	97,66

^x átlagbérek

Az értelmiségiek, diplomások, szellemi munkások kereseti arányaival foglalkozó kutatócsoport publikációi szerint az orvosok fizetése a 40-es évek végén és az ötvenes években következőképpen alakult:

1949-ben a segédorvosok alapkeresete 427 Ft., a kórházi osztályvezető főorvosoké 655.-Ft, a tisztifőorvosé 761 Ft volt. 1955-ben a körzeti orvosok átlagosan 1700 Ft-ot, a tisztiorvos 2135 Ft-ot, a tisztifőorvos 2780 Ft-ot keresett havonta.¹⁵ (Ferge Zsuzsa tanulmánya szerint¹⁶) az orvosok átlagkeresete 1957-ben 2200 Ft volt. Az itt közölt adatok az általunk elemzett körnél szűkebbek, csak az orvosok kereseti arányairól informálnak. Az általunk közölt adatok kutatási területüknél tágabb információkat adnak. Torzító tényező a kulturális szféra kereseti adatainak az egészségügyi dolgozókéval együttes közlése. Mivel azonban e két szolgáltató szféra a társadalmi munkamegosztás rendszerében azonos minősítéssel (nemtermelő), s azonos jelleggel (a szolgáltatást nyújt, s az állami költségvetés bruttó elszámolási rendszerében) működik, a megegyező bérpolitikai elvek miatt az általunk vizsgált kereseti arányok tendenciáját - véleményünk szerint - alapvetően nem módosítja az adatok ilyen formája.

Adataink mind abszolút, mind relatív összehasonlításban a nemtermelő szférán belüli kereseti arányok különbségeinek lassu csökkenését tükrözik. Ennek a jelenségnek oka az, hogy az egészségügyi dolgozók keresetének javítására további részleges bérintézkedéseket hoztak. 1957-ben emelték azoknak a dolgozóknak a fizetését, akiknek havi bére nem érte el az 1500 Ft-ot (egészségügyi szakdolgozók, orvosgyakornokok, üzemi orvosok, közegészségügy területén dolgozók stb.). A bérrendezés havi átlaga 180 Ft volt. 1959-ben újabb in-

részvételek javították a nem termelő szférában dolgozók kereseti arányait: az egészségügyi dolgozók és pedagógusok bérének emelésére 150 millió Ft-ot fordítottak.

A gazdasági mechanizmus reformjának bevezetésekor, de már az azt előkészítő szakaszban is több vonatkozásban figyelmen kívül hagyták az ugynevezett közületi fogyasztású, költségvetésből gazdálkodó szerveket, - köztük az egészségügyet is. Pedig ezek a szférák mind jelentősebb szerepet vállalnak a lakosság szükségleteinek kielégítésében. A munkamegosztás rendszerében betöltött szerepük, s a társadalmi újatermelési folyamatra gyakorolt hatásuk igen jelentős. Ennek elismerése a reform bevezetése utáni években szükségyszerűen jelentkezett. Az egészségügyi ellátás zavarai nem maradtak hatástalanok a termelési szférában sem. Ezek oldására az egészségügyi dolgozók kereseti aránytalanságainak csökkentése látszott alkalmasnak. Így a 70-es években tervszerűen, lépcsőzetesen jelentős nominálbér emelést hajtottak végre az egészségügyben és a kulturális ágazatban. 1971-ben az állami költségvetésből átlagosan 20 %-kal növelték az orvosok és egyéb elsőfokú szakképzettséggel rendelkező egészségügyi dolgozók bérét. Ezt követő években 17 %-os béremelést kaptak az egészségügyi szakdolgozók; 10 %-kal emelték a gazdasági és ügyviteli dolgozók fizetését. Külön figyelmet fordítottak a vidéki dolgozók ellátására. A lakosság létszámától függően 3000-5000-10000 Ft-os egyszeri letelepedési hozzájárulást kaptak azok, akik vállalták a vidéki munkát. Kiegészítő jövedelemként lakást, magángyakorlati lehetőséget is biztosítottak részükre. Azonnali és kedvező fizetési kötelezettség mellett OTP hitelt kaphattak személyautó vásárlására. Gondoskodás történt az ügyeleti-készenléti díjak felemeléséről is, ennek mértéke 100 %, illetve 40 % volt.

A nominálkeresetek növelésére irányuló intézkedések az alábbiak szerint hatottak az egészségügyben dolgozók kereseti arányaira:

4.sz. táblázat

Az átlagkeresetek alakulása (Ft)¹⁸

ipar = 100 %

Évek	Szocialista. ipar Ft	Kulturális és egészségügyi ágazat		
		Átlagkereset Ft	abszolút különbség Ft	Relatív különbség
1971	2325	2402	+ 77	103,31
1975	3053	2939	-114	96,77
1980	4111	4267	+156	103,79
1982	4358	4395	+ 37	100,85

A központi bérintézkedések 1971-ben elősegítették az egészségügyi dolgozók keresetének a termelőszféra kereseti színvonalához való felzárkózását. A kereseti arányok javulása azonban nem volt tartós, mert a szocialista iparban a hetvenes évek elején az átlagkeresetek növekedési üteme minden évben meghaladta az egészségügyben dolgozók évi bérfejlesztésének ütemét. Ez a jövedelem-növekedési ütemkülönbség napjainkban is fennáll. Hátasukra az orvosi és az egészségügyi szakdolgozók kereseti arányai a következőképpen alakultak; az orvosi átlagfizetések 20-40 %-kal haladták meg a szocialista ipar átlagkeresetét. A három műszakban teljesített munkáért az egészségügyi szakdolgozók 20-30 %-kal alacsonyabb munkabért kapnak, mint az ipari dolgozók.¹⁹ A témakör más kutatói is csaknem ugyanilyen arányu elmaradásról informálnak.

Összefoglalás: az egészségügyi szakdolgozóknak a korábbi ellenforradalmi rendszertől örökölt jövedelemaránytalanságai ugyan csökkentek, azonban a csaknem kétszázézer egészségügyi dolgozó lelkiismeretes, felelősségteljes munkáját társadalmunk - megítélésem szerint - anyagilag csak részben ismeri el. Ily módon érthető a területről való elvándorlás, a betöltetlen, üres állások növekvő aránya. Ezért az egészségügyi ellátás színvonalának javítása érdekében népgazdaságunk jelenlegi helyzetében, a korlátozott források idején is - felvetődik a "hogyan tovább" kérdése.

JEGYZETEK

- 1 Hoch Róbert - Kovács Ilona - Ördög Miklós: Fogyasztás és jövedelem. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1982. 62. old.
- 2 Így van ez napjainkban is, annak ellenére, hogy a decentralizált gazdálkodás és a maradványérdekeltség "de jure" létezik.
- 3 Szakszervezetek bérpolitikája. Népszava, Szakszervezeti Tanácsa Könyvkiadó Vállalata 48. old.
- 4 Im. 23. old.
- 5 Im. 24. old. 42, 43.45. old.
6. Im. 43, 43, 45. old.
- 7 a) Értelmiségiek, diplomások, szellemi munkások (Szociológiai tanulmányok.) Kossuth Könyvkiadó, 1978.
b) Szeben Éva - Tóthné, Szikora Gizella - Mausecz Zsuzsa: Az értelmiség anyagi érdekviszonyai. (Gazdaságpolitikai füzetek) Kossuth Könyvkiadó, 1984.
c) Dr. Kovács István: A munka díjazása és a dolgozóknak járó egyéb juttatások (Munkaügyi Kiskönyvtár) Felszabadulást követő években. Táncsics Könyvkiadó, 1969.
d) Jávorka Edit: Életszínvonal a mai társadalomban. Kossuth Könyvkiadó, 1970.

- e) Szeben Éva: Jövedelem - politika, Kossuth Könyvkiadó, 1981.
- f) Országos bérpolitika és keresetszabályozás. A szakszervezetek ezzel kapcsolatos tevékenysége Magyarországon és a Német Szövetségi Köztársaságban. (Szakszervezeti Elméleti Kutató Intézet. Magyar-nyugatnémet szeminárium) Budapest, 1983. V.17-18.
- g) Berend T. Iván; Szuhay Miklós: A tőkés gazdaság története Magyarországon 1848-1944. Kossuth, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadók 1978. 333-341.
- 8 Hantos János: A Magyar Vöröskereszt 100 éve. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1981. 82. oldal.
- 9 Adalékok az 1946 évi stabilizáció történetéhez. Tanulmánygyűjtemény. (Visszaemlékezések a Magyarországi Munkásmozgalom történetéből 1944-(1948.)) Kossuth Könyvkiadó, 1975. 325. old.
- 10 A Gazdaságstatisztikai Tájékoztató 1947 szeptemberi száma által közölt adatok (az 1946 évi forintérték 1938-as pengő %-ában számolva). Az 1938-as adatok az ipar egészére vonatkoznak az 1946-os adatok pedig 300 kiemelt vállalat adatait reprezentálják.
- 11 Im. 321-334. old.
- 12 Szakszervezetek bérpolitikája. Népszava a Szakszervezeti Tanács Könyvkiadó Vállalata 48. old.
- 13 Dr. Hahn Géza: A magyar egészségügy 25 éve. Egészségügyi Minisztérium Budapest, 1970. 115. old.
- 14 Egészségügyi Közlöny 1951. 1. sz. 9-10. old.
- 15 Egészségügyi Közlöny 1951. 1.sz. és Statisztikai évkönyv, 1949-1955.
- 16 Ferge Zsuzsa: Társadalmi ujratermelés és társadalompolitika. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1982. 305. old.
- 17 A Horthy-rendszer idején a tanítók, tanárok, színészek, művészek nagy részének jövedelemszintje az egészségügyi dolgozókéhoz hasonlóan meglehetősen alacsony volt.
- 18 Statisztikai Zsebkönyv, 1981. 199. old. Saját számítás.
- 19 Imréné, Baranyai Róza: Gondolatok az egészségügyi dolgozók anyagi érdekelttségéről, kereseti arányairól. SZOTE Marxizmus-Leninizmus Intézet tanulmánykötete. Szeged, 1977. 47-60.old.