

Főszerkesztő:
Ungváry György

Szerkesztőbizottság:
Balogh Katalin
Bereczki Edit
Groszmann Mária
Grónai Éva
Kornis Pál
Kovács Attila
Kudász Ferenc
Lászlóffy Marianna
Lesfalvi Tibor
Morvai Veronika
Madarász Gyula
Nagy Imre
Nagy Károly

Technikai szerkesztőség:
Technikai szerkesztő
Nagy Sarolta
Téglásné Bácsi Mária
Adminisztrációs vezető:
Juhász Lászlóné

Kiadja:
Országos Tisztifőorvosi
Hivatal

Felelős kiadó:
Szentes Tamás
országos tisztifőorvos

A szerkesztőség telefonszáma:
06 (1) 459-3051
E-mail: **titkarsag@omfi.hu**
Cím: **1096 Budapest**
Nagyvárad tér 2.

Postacím:
1437 Budapest Postafiók 839.

Megjelenik negyedévenként

Előkészítés:
Országos Tisztifőorvosi
Hivatal

Nyomás:
Duna-Mix Kft.

ISSN 1417-1015

FOGLALKOZÁS- EGÉSZSÉGÜGY

TUDOMÁNYOS ÉS TOVÁBBKÉPZŐ FOLYÓIRAT

20. ÉVFOLYAM – 2016. 4. SZÁM

TARTALOM

25 éves az ÁNTSZ
Dr. Szentes Tamás országos tisztifőorvos ünnepi beszéde **252**

Eredeti közlemények

Nagy Imre, Grónai Éva, Nagy Zsolt, Brunner Péter:
A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok
2015. évi tevékenysége Magyarországon **254**

Ungváry G., Hegedűs I., Szakmáry É., Rudnai P. és Morvai V.:
Második generációs roma és nem roma munkanélküliek
közegészségügyi helyzetének, valamint munkavégzésre való
alkalmasságának elemzése egy romák által sűrűn lakott,
hátrányos helyzetű Kistérségben **276**

Szakmai, szakmapolitikai tájékoztatás

A 2016 és 2022. évek közötti munkavédelmi nemzeti politika **301**

Tájékoztatás a Munkavédelmi Bizottság
2016 szeptember 14-i üléséről **308**

Esetismertetések **310**

- Védőoltás profilaxis ellenére bekövetkezett, foglalkozási eredetű
Kullancs-encephalitis megbetegedés
- Melegüzemi, fizikai és ergonómiai megterheléssel együttjáró
munkavégzés vizsgálata PIMEX rendszerrel

Folyóiratreferátumok **315**

Hírek, Programok **320**

Jogszabályokról **321**

Foglalkozás-egészségügy a bírósági ítélezés tükrében **324**

25 éves az ÁNTSZ

Az ÁNTSZ fennállásának 25 éves évfordulójának megünneplésére került sor a Parlament Felsőházi termében. A megemlékezésen Dr. Szentés Tamás országos tisztii főorvos úr tartotta az ünnepi beszédet, amelyet az alábbiakban, teljes terjedelmében adjuk közre.

Tisztelt Miniszter urak, Államtitkár urak! Kedves kollégák!

Szerencsésnek mondhatja magát az a generáció, amelynek lehetősége van értéket teremteni. Az ő nevük fenn fog maradni, az ő tetteikre emlékezni fognak, ők lesznek az elkövetkezendő generációk példaképei, és az ő tetteik jelentik azt a kohéziós erőt egy közösség életében, mely annak tagjait összetartja.

Ma az ÁNTSZ megalapításának 25 éves évfordulóját ünnepeljük, azonban ma egy 250 éves évfordulót is ünnepelhetnénk, hiszen valamivel több, mint 250 éve alapította Mária Terézia a tisztiorvosi szolgálatot. Mária Terézia 40 éves uralkodásának emlékét többek között ez az esemény is őrzi, ami egyrészt nagy hatással volt az ország akkori működésére, a jelenre, de egyúttal a fejlődését, a jövőjét is meghatározta. A tisztiorvosi szolgálat volt az első olyan magyar szervezet, amely dedikált módon látott el egészségügyi közfeladatot az állam irányításával. A tisztiorvosi szolgálat tette lehetővé, hogy megfékezzük a nagy középkori járványokat – akkor éppen a kolerát –, kialakítsuk, és évtizedek során stabilizáljuk hazánk közegészségügyi viszonyait. A tisztiorvosi szolgálat felállítása azért volt meghatározó azokban az időkben, mert az orvostudomány a hatósági eszközök nélkül nem lett volna képes úrrá lenni a tömeges emberhalált okozó, területek elnéptelenedéséhez vezető, az ország határvédelmét kiszolgáltató és gazdaságát romba döntő járványokon. Ezekben az időkben a klinikai orvostudomány fejlettsége lényegesen elmaradottabb volt még. Ez jól illusztrálható azal, hogy ebben az időben a reumatológusok és sebészek – korabeli elnevezéssel fürdészek és borbélyok – azért pereskedtek, hogy melyik céh

végezheti a köpölyözést, mint „hatékony” orvosi eljárást. A tisztiorvosi szolgálatnak köszönhetően váltak ivóvizeink – a kutak felügyeletével – illetve élelmiszereink – többek között az ellenőrzött vágóhidak rendszeresítésével – biztonságossá. A tisztiorvosi szolgálat működése tette lehetővé, hogy az 1798-ban felfedezett Jenner-féle himlőoltást 1801-ben már Magyarországon is használják. A szolgálat alapításának célja volt, hogy mint hatósági eszközökkel rendelkező állami irányítás alatt álló egészségügyi szolgálat, meg tudja előzni azokat a betegségeket, amelyek a kor orvostudományának ismeretei alapján megelőzhetőek voltak, ott ahol a klinikai szolgáltatások nem voltak hatékonyak. Meghatározó módon járult hozzá, hogy a magyar lakosság egészségi mutatói jelentős lemaradást ledolgozva a XX. század első felére az európai élvonalba kerüljenek.

Ehhez azonban szükség volt azokra a szakmai irányítókra, akik ismerték a szolgálat értékeit, meg tudták határozni a szükséges fejlődés irányait, és meg is tudták valósítani elképzeléseiket. Ezen túlmenően szükség volt azokra az állami vezetőkre, akik felismerték a szolgálatban rejlő lehetőségeket és képesek voltak a nemzet javára kamatoztatni azokat. Az 1868-ban Wecheim Béla báró belügyminiszter által létrehozott, Balassa János vezette Országos Közegészségügyi Tanács munkájának eredményeként, az 1876-os XIV. törvény alapozta meg, hogy az egészségügyi szolgáltatások jelentős részben közszolgáltatássá váljanak Magyarországon. Ez ekkor még döntően azt a népegészségügyi szemléletű szolgáltatási portfóliót jelentette, amit a Tisztiorvosi szolgálat

nyújtott az embereknek – ekkor még integrált módon az alapellátási feladatokkal, mint közszégi-, vagy körorvosi szolgálat.

1917-ben Gróf Batthyány Tivadar lett az első népjóléti miniszter Magyarországon a gróf Esterházy Móric által vezetett kormányban. Az I. Világháború utolsó éveiben, illetve a vesztes háborút követően, egyértelmű volt az ország vezetői számára, hogy csak egészséges társadalom tehet egy országot erőssé, és ennek eszközeit csak az állam biztosíthatja. Ennek megfelelően kezdték, illetve folytatták a népegészségügyi szolgálat kialakítását Magyarországon. A terhes- és gyermekgondozási feladatokat ellátó – 1916-ban alapított – Stefánia Szövetség által létrehozott Stefánia védőnőket integrálták a Zöldkeresztes Védőnői Szolgálattal, amely család és felnőtt-gondozási, egészségvédelmi feladatot látott el. Ezt pedig a Tisztiorvosi Szolgálat alatt egységes népegészségügyi feladatot ellátó szolgálatként működtették tovább. 1925-ben a Rockefeller Alapítvány támogatásával megalapítják az OKI-t, (Országos Közegészségügyi Intézete), ami 1927-ben kezdi meg működését. Johann Béla az intézet első vezetője így ír róla: „Preventív egészségvédelmi szolgálatunk központi intézménye az Országos Közegészségügyi Intézet. ma már rendelkezik mindazzal a berendezéssel és felszereléssel, ami szükséges az egészségügyi személyzet képzéséhez, a fertőző és népbetegségek elleni küzdelem s az egészségvédelmi munka irányításához.” Az OKI volt az a technológiai szolgáltató háttérintézmény, ami a korban elérhető, közegészségügyi- illetve járványügyi igazgatási- és hatósági tevékenység szakmai megalapozottságát, alátámasztását támogatta. Ezt mai szóhasználatral úgy mondanánk, hogy a hatósági feladatellátást evidencia alapúvá tette elsők között a világon. A tisztiorvosi szolgálat, a Zöldkeresztes Egészségügyi mozgalom és az OKI összevonásával a Bethlen kormány alatt a kor legkorszerűbb egészségügyi háttérintézménye alakult ki, ami nem csupán Európában, hanem például Kínában is mintául szolgált saját intézmények kialakításához.

A felsorolt korokban sikerült olyan értéket teremteni, ami nem csak a hazai egészségügynek, de a tár-

sadalmi fejlődésnek is fontos pillére lett. De talán nem emlékeznénk így a mai napon sem Balassa Jánosra, ha nem lett volna Deák Ferenc, és Johann Bélára is másként gondolnánk, ha nincs Bethlen István, aki miniszterelnökként nem csupán gazdasági tekintetben, de a társadalmi fejlődés szempontjából is felfelé ívelő pályára tudta állítani az országot. Tehát ahhoz, hogy értékteremtő korban élhessünk, nem elég csupán a tehetség, elengedhetetlen a közjó szolgálatának szándéka és annak ismerete, hogy a társadalom fejlődésének szempontjából fontos feladatokra megfelelő erőforrások biztosítása szükséges.

Ahogy Márai Sándor mondja: *“Az ünnep a különbözés, (...) a mély és varázsos rendhagyás.”*

Az ünnep célja és értelme az, hogy az emlékezetünkbe idézze a hétköznapokat. Hiszen minden cifraság, minden pompa, minden emelkedett pillanat csak az egyhangúhoz, a megszokotthoz, a hétköznapihoz viszonyítva nyer értelmet: az ünnepet a szürke munkanapok kitartása emeli a többi fölé.

Ezért ünnepelünk most. És emlékezünk arra, hogy az ÁNTSZ, az itt ülők munkája, az a biztos háttér, ami nélkül nem képzelhető el siker. Az a betonbiztos háttér, aminek neki tudjuk támasztani a hátunkat. Amit csak akkor veszünk észre, ha hiányzik, ha hanyatt esünk, mert nincs mögöttünk, ha a mélybe zuhanunk, mert egyébként természetes, hogy ott van. Ez egy olyan támfal, amit két évszázadon keresztül építettek az elődeink, és nekünk is az a feladatunk, a mi nemzedékünknek, hogy erősítsük, hogy több és jobb téglával folytassuk az építkezést, mert ennek a támfalnak támaszkodik az egészségügy roppant épülete.

Kívánom, hogy mi is értékteremtő korban élhessünk, és részesei lehessünk egy olyan szolgálat további fejlődésének, ami az ország történetében eddig leghatékonyabban támogatta az egészséges magyar társadalom kialakulását és fejlődését!

Dr. Szentés Tamás
országos tiszt főorvos

A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok 2015. évi tevékenysége Magyarországon

Nagy Imre, Grónai Éva, Nagy Zsolt, Brunner Péter

*Országos Tisztifőorvosi Hivatal
Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Főosztály*

Összefoglalás: A szerzők ismertetik az OSAP 1485 számú adatgyűjtés alapján beérkezett jelentések feldolgozása és szakmai értékelése alapján a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok 2015. évi tevékenységét. A vizsgált évben 2 665 szakképzett orvos, 3 289 szakápoló és szakdolgozó látta el e tevékenységet. Meg kell említeni azt is, hogy munkájukat – biztosítva ezzel is e multidiszciplináris szolgálat teljes körűségét – higiénikus, pszichológus, ergonómus segítette. A foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok a szervezett munkavégzésben dolgozó munkavállalók 77%-ának biztosították az ellátását, 2 141 060 esetben végeztek munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatot, 67 099 munkavállaló kapott kötelező védőoltást, 7 972 esetben történt sikeres munkahelyi rehabilitáció. A rendelések összes forgalma 3 511 486 eset volt. A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok munkahigiénés tevékenysége során 3 002 489 esetben regisztráltak a munkavégzésből és munkakörnyezetből származó egészségi kockázatokat, amelyből a legtöbb a pszichés és biológiai kóroki tényező okozta kockázati tényező volt. A foglalkozás-egészségügyi szakel látó helyek munkájában a foglalkoztathatóság megítélése 29 063 esetben történt meg. Ezt követően a leggyakoribb vizsgálati típus a beiskolázás előtti szakmai alkalmassági vizsgálat volt.

Kulcsszavak: foglalkozás-egészségügy – multinacionális szolgálat, munkaköri alkalmassági vizsgálat 2015-ben

The work of Hungarian Occupational Health in 2015

Abstract: *The authors review the 2015 annual activity of Occupational Health Services (OHS) in Hungary based on the elaboration and evaluation of the reports submitted for OSAP 1485 data collection. In 2015 2 655 qualified doctors and 3 289 nurses served in OHS. It is worthy of note that - to ensure the completeness of the multidisciplinary service - their work was supported by hygienists, psychologists and ergonomists. Basic OHS covered the 77% of workers in organized employment; 2.14106 million cases of fitness-for-job examinations were performed, 67 099 employees received mandatory vaccination, in 7 972 cases successful workplace rehabilitation was achieved. The total turnover rate of subjects at the consultations was 3 511 489. During their work hygienic activities the OHS registered 3 002 489 cases of health risks arising from the work environment, most of which were caused by psychic and biologic factors. The occupational health consultations performed 29 063 employability examinations. The next most frequent type of examinations was the fitness for profession examination before vocational training.*

Key words: *occupational health – the multidisciplinary service- fitness-for-job examinations in 2015*

Bevezetés

A munkaegészségügy - ezen belül a foglalkozás-egészségügy olyan kötelező egészségügyi szolgáltatás, amelynek működését, szervezetét, feladatait nemzetközi szerződés, törvények és egészségügyi miniszteri rendeletek szabályozzák.

Emellett népegészségügyi tevékenységet is ellát, mely a munkahelyeken valósít meg primer szekunder és terciér preventív feladatokat, hozzájárulva ezzel a társadalom egészségi állapotának javításához.

A foglalkozás-egészségügy megújulását volt hivatott támogatni az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXIII. törvény. Ez lehetővé tette a foglalkozás-egészségügy olyan jövőbeni innovációját, amely annak nemzetgazdasági értékteremtő hatását jelentősen emeli. A foglalkozás-egészségügy jelenleg három szakmailag egymásra épülő progresszivitási szintből: foglalkozás-egészségügyi alapellátás, foglalkozás-egészségügyi szakellátás és az Országos Tisztifőorvosi Hivatal Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Főosztályából (korábban Országos Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Intézet) áll.

A III. progresszivitási szint korábban és jelenleg is országos hatáskörrel látta el a foglalkozás-egészségügy szakmai irányítását. Ezen feladat keretében 2015-ben számtalan szakmai stratégiai anyagot készített az OTH, a Magyar Orvosi Kamara Foglalkozás-orvostani Szakmai Tagozata az Emberi Erőforrások Minisztériumának Egészségügyért felelős Államtitkársága felkérésére, a fentiekben idézett Alapellátási törvény végrehajtására.

Az Alapellátási törvény megerősítve a szakterületnek egészségügyi törvényben meghatározott és az új alapellátási törvénybe „áttemelt” feladatait az alábbi kibővített tevékenységek ellátását írta elő:

- az egészségügyről szóló törvény szerinti munkahigiéne által feltárt adatok ismeretében

elemezze az egyes munkakörnyezeti kóroki tényezők emberre kifejtett hatását, az ember válaszütemekcióját, feltárja ez utóbbiakra jellemző paramétereket;

- kidolgozza a foglalkozási megbetegedések korai felismerésére alkalmas eljárásokat;
- meghatározza a munkavállaló munkavégzéssel kapcsolatos összmegeterhelését;
- a munkavállaló orvosi vizsgálatával megalapítja annak terhelhetőségét, hogy eldöntse a munkavállaló adott munkakörre, szakmára való egészségi alkalmasságát, és meghatározza a foglalkoztathatóság feltételeit;
- a munkakörnyezet és a munka jellegének ismeretében meghatározza az alkalmassági vizsgálatok gyakoriságát;
- a munkavállalót a munkakör ellátására alkalmasnak vagy alkalmatlannak minősítse, továbbá meghatározza, hogy milyen munkakörnyezetben, mely feltételek mellett alkalmas munkavégzésre;
- fokozott figyelmet fordítson a fiatalok, a nők, a várandós nők, a szoptatós anyák, az idősok, az idült betegek, a fogyatékosok egészségi állapotának ellenőrzésére munkavégzésük során;
- a megváltozott munkaképességű személyek foglalkozási rehabilitációját kezdeményezze, illetőleg abban részt vegyen,
- a miniszter rendeletében meghatározottak szerint a munkaképes korosztály számára a szervezett munkavégzés keretében, az egészséges életmód tekintetében, valamint a fertőző és krónikus nem fertőző megbetegedések megelőzésében a háziorvossal együttműködve gyógyító-megelőző feladatokat láthasson el.

Az OTH Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Főosztálya (a továbbiakban: Főosztály) országos szakmai irányítási feladatai közé tartozik, hogy az Emberi Erőforrások Minisztériuma adatgyűjtési programja keretében, a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok szervezetéről, működéséről ada-

tokat gyűjtsön, azokat elemezze, értékelje illetve javaslatokat tegyen a kapott eredmények alapján a szolgálatok jövőbeni fejlesztésére. Ezek az adatok jelennek meg a hazai stratégiai programokban, illetve kerülnek be a nemzetközi (Nemzetközi Munkaügyi Hivatal ILO) számára küldött országos jelentésekben.

A jelenlegi rendszer kialakulása óta eltelt közel másfél évtizedben - bár sikerült eredményt is elérni,- számtalan megoldandó probléma folyamatosan jelen van.

Az elmúlt 19 év alatt a szakma folyamatos tiltakozása ellenére

- megszűnt az önálló Országos Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Intézet, így nehezen biztosítható országos szinten a szakmai irányítás, a minőségbiztosítás, a szakfelügyelet, a közvetlen konzultáció az alapszolgálatokkal és szakellátó helyekkel;
- megszűnt – az országos intézethez tartozó – az egyetlen foglalkozási betegeket kivizsgáló és gyógykezelő belgyógyászati fekvőbeteg osztály – amely egyben szakmai oktató bázis is volt;
- számos szakmai grémium tiltakozása ellenére 2006-ban megszüntették a munkaköri alkalmassági vizsgálatokhoz kapcsolódóan a kiegészítő szakorvosi vizsgálatok E-alap terhére való igénybevételi lehetőségét, megszűnt, a foglalkozás-egészségügyi szolgálat jogosultsága a munkahelyen az I. csoportú gépjármű alkalmassági vizsgálatok elvégzésére;
- jelentősen megnehezedett a krónikus betegek gondozása, mivel csak sürgősségi esetben írhatnak fel gyógyszert a foglalkozás-egészségügyi szakorvosok;
- megszűnt a szolgáltatók valódi, hatékony és egységes minőségellenőrzése;

- megszűnt a világos átlátható rendszer (jelenleg pontosan nem ismert a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok és szakellátóhelyek száma, elhelyezkedése, ellátott populáció köre és nagysága, stb.),

- megszűnt a munkáltatók jogszabályban rögzített jelentési kötelezettsége az általa alkalmazott foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatokról.

A fenti körülmények – az Alaptörvényben biztosított munkavállalói jogok biztosíthatósága, a vállalt nemzetközi kötelezettségeink, továbbá a 2015. évben életbe lépett alapellátási törvény - mielőbbi változtatásokat indikálnak.

Ugyanakkor azt is ki kell emelni, hogy a rendelkezésre álló adatok alapján megközelítőleg 2500 foglalkozás-egészségügyi szakorvos meghatározó része (döntően kizárólag e tevékenységet végző kollégák) magas szintű tevékenysége példaértékű. Ezt bizonyítják az elmúlt évi munkáról rendelkezésre álló adatok.

A feldolgozott jelentések jól reprezentálják a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok szervezeti felépítését, az elvégzett feladatok számszerű alakulását, lehetővé téve, hogy a munkavállalók egészsége, a munkavégző képessége megőrizhető, védelme biztosítható legyen a munkahelyeken, azaz megvalósulhasson, hogy a munkavégzésből származó megterhelés, a munkakörnyezetből származó kóroki tényezők ne károsítsák a munkavállalók egészségét, ne rontsák a munkavállalók munkavégző képességét, náluk se foglalkozási, se foglalkozással összefüggő megbetegedés ne alakulhasson ki.

Eredmények

1. Foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok összesített adatai

1.1 A foglalkozás egészségügyi alapszolgálatokban dolgozók száma, szakképesítése, gazdasági egységek és munkavállalók száma és jellemzői

1.1.1 Orvosok, ápolók, egyéb diplomások száma

A foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatokban (tovább: alapszolgálat) 2015-ben 2.665 orvos dolgozott, 11%-kal (96 fővel) többen, mint 2014-ben. Különösen kedvező, hogy az emelkedés a „főállású” foglalkozás-egészségügyi orvosok számában növekedett (982 fő), akik kizárólag foglalkozás-egészségügyi tevékenységet végeztek (2014-ben 886 fő).

A részfoglalkozású foglalkozás-egészségügyi orvosok száma 1683 fő, 2014. évhez viszonyítva 2%-kal (27 fő) csökkent. A részállású foglalkozás-egészségügyi ellátást végző orvosok e tevékenységük mellett más (pl. háziorvosi, egyéb orvosi tevékenységet is) elláttak (1. ábra).

A hatályos szabályozás alapján alapszolgálatot kizárólag foglalkozás-orvostan/üzemorvostan sza-

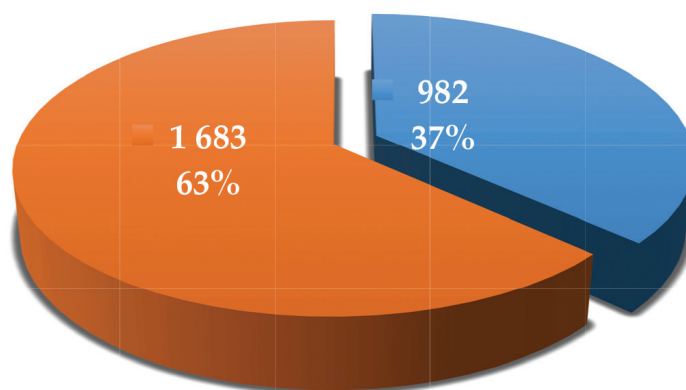
korvos nyújthat. E szakképesítéssel rendelkező orvosok száma 2276 fő, 7%-kal (144 fővel) több mint 2014-ben. Foglalkozás-orvostani szakképesítéssel nem rendelkezők száma 16%-kal (75 fővel) csökkent, 389 fő volt. Megoszlásuk a 2. ábrán látható.

Az alapszolgálatok munkáját foglalkozás-egészségügyi szakápolói szakképesítéssel rendelkező ápolók segítik. 2015-ben számuk (2.344 fő) növekedett 16%-kal (2014-ben 2018 fő volt), egyéb szakdolgozók száma (945 fő) is növekedett 8 %-kal (2014-ben 869 fő volt). Összesen 13%-kal növekedett a szolgálatokban dolgozó ápolók száma (3.289 fő).

Az alapszolgálatokban dolgozó egyéb diplomások száma az elmúlt évben ugyancsak emelkedést mutatott, 232 fő (2014-ben 217 fő) volt, elsősorban higiénikus, pszichológus, munkavédelmi szakemberek.

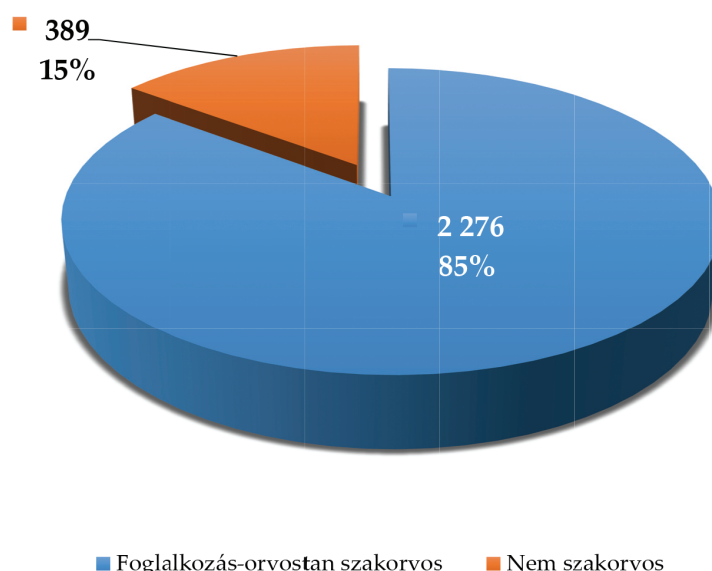
1.1.2. A foglalkozás egészségügyi alapszolgálatot igénybe vevő munkáltatók száma, ellátott dolgozói létszám

A munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény értelmében valamennyi szervezett munkavégzés



- Kizárólag foglalkozás-egészségügyi tevékenységet folytatók
- Egyéb tevékenységet is ellátók

1. ábra. Foglalkozás-egészségügyi tevékenységet ellátó orvosok megoszlása



2. ábra. Foglalkozás-örvostan szakképesítéssel rendelkező és nem rendelkező orvosok megoszlása

keretében foglalkoztatott munkavállaló számára köteles a munkáltató foglalkozás-egészségügyi ellátást biztosítani! Ez azonban tapasztalataink szerint sajnos nem teljesül.

A foglalkozás egészségügyi ellátással rendelkező gazdasági egységek száma növekedett, 95.211 (2014-ben 91.207) volt. A foglalkoztatottak számában 9%-os növekedés tapasztalható, 2.178.206 volt (2014-ben 2.003.717 volt). Ez utóbbiak számának alakulását a gazdasági egységek létszáma szerint az I. táblázat mutatja.

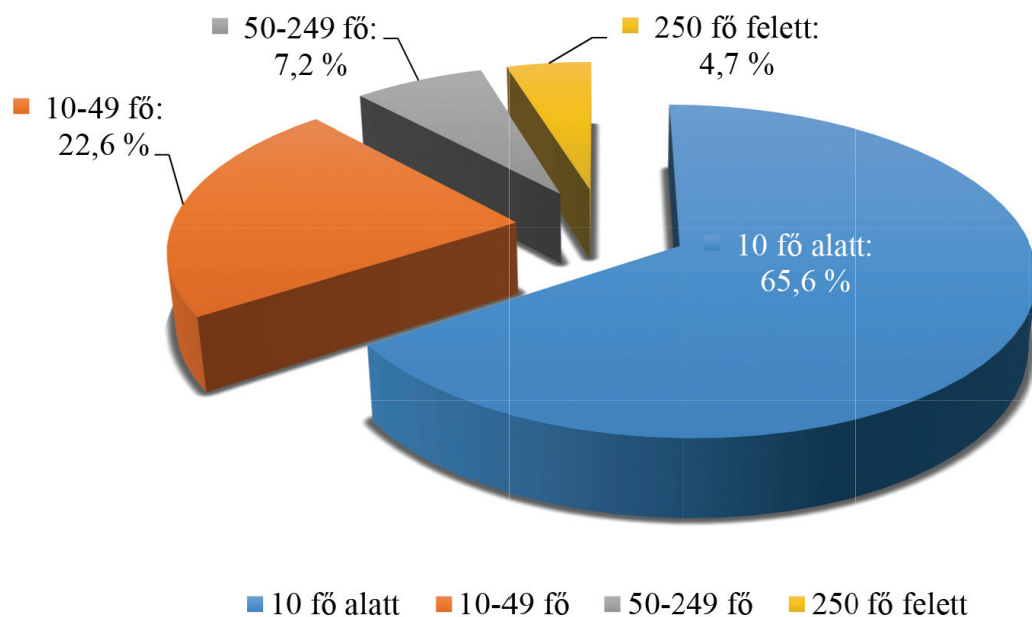
A gazdasági egységek 65,6%-a 10-nél kevesebb főt foglalkoztató mikro-vállalkozás, amelynek száma kissé emelkedett, 62.463 (2014-ben 62.113) volt. Ezt követik 22,6%-kal a 10-50 főt foglalkoztató gazdasági egységek.

A nagyobb létszámú, 250 fő vagy az feletti gazdálkodó egységek aránya csupán 4,7% (3. ábra). A gazdálkodó egységek %-os megoszlása évek óta hasonlóan alakul, ezért kiemelt jelentőségű az ún. kisüzemek foglalkozás-egészségügyi ellátásának megszervezése oly módon, ahogy a Főosztály által kidolgozott – az alapellátási törvény végrehajtási rendelethez készített – stratégiai ajánlásban is szerepel, hogy biztosítani kell a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás munkáltató telephelyétől 30 km-en belüli elérhetőségét a munkavállalók számára. Ugyancsak fontos kiemelni, hogy a kis és középvállalkozások esetében jelentős – a kötelezően meghatározottakon túli - feladatot kell felvállalnia a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatoknak a munkahelyi kockázat-elemzés elkészítésében, egyéb preventív feladatok ellátásában.

I. táblázat.

A foglalkoztatottak száma a gazdasági egységek létszám-kategóriája szerint

Csoportok	Egységek száma	Foglalkoztatottak száma
10 főnél kevesebb főt foglalkoztató mikro-vállalkozások	62.463	224 030
10-49 főt foglalkoztató kisvállalkozások	21.491	429 923
50-249 főt foglalkoztató közepes vállalkozások	6.811	592 790
250 vagy több főt foglalkoztató nagyvállalkozások	4.446	931 462



3. ábra. Az ellátott gazdasági egységek megoszlása létszám-kategória szerint

A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok által ellátott munkavállalókat a hatályos rendeletek szerint a munkáltatónak foglalkozás-egészségi osztályba kell sorolni.

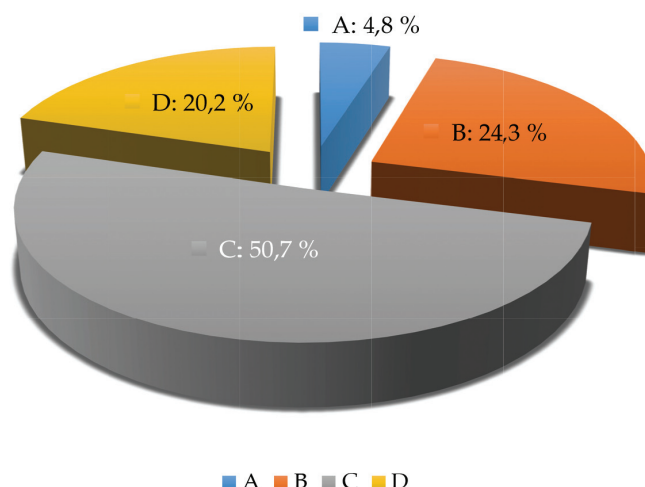
Az „A” foglalkozás-egészségi osztályban foglalkoztatott munkavállalók száma 103.813 fő (2014-ben 94.384), a „B” foglalkozás-egészségi osztályban 528.929 fő (2014-ben 484.653 fő), a „C” 1.104.873 fő (2014-ben 1.007.806 fő), a „D”-ben 440.591 fő (2014-ben 416.872 fő) dolgozott. A foglalkozás-egészségi osztályok szerinti megoszlás trendje évek óta változatlan, legtöbb munkavállaló a „C” foglalkozás-egészségi osztályba tartozik (kereskedelem, vendéglátás, ipari szolgáltatás), ezt követi a „B” foglalkozás-egészségi osztályba tartozók száma (építőipar, vegyipar, egészségügy), majd a „D” foglalkozás-egészségi osztályba tartozók következnek (oktatás, banki és egyéb iroda típusú szolgáltatás), legkevésbé az „A” foglalkozás-egészségi osztályba tartoznak (bányászat, kohászat, közlekedés). Az egyes foglalkozás-egészségi osztályokba tartozó munkáltatók és a foglalkoztatottak számát az alábbi II. sz. táblázat és a 4. sz. ábra mutatja.

II. táblázat.

Munkáltatók és foglalkoztatottak számának alakulása foglalkozás-egészségi osztályok szerint 2015-ben

Osztály	Munkáltatók száma	Foglalkoztatottak száma
A	1 916	103.813
B	33.683	528.929
C	59.903	1.104.873
D	29.461	440.591

A foglalkoztatottak száma minden kategóriában hozzávetőlegesen 10%-kal emelkedett. A legtöbb munkavállalót a „C” foglalkozás-egészségügyi osztályba sorolt munkáltatók foglalkoztatják.



4. ábra. A foglalkoztatottak számának százalékos megoszlása foglalkozás-egészségügyi osztályok szerint 2015-ben

III. táblázat.

A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok által ellátott munkavállalók száma nemzetgazdasági ágak szerint

Nemzetgazdasági ág és betűjele ²		Szolgálat által ellátott munkavállalók ³ száma (fő)	Alkalmazásban állók száma ezer fő (2015. évi adatok ⁴)	Ellátottság (%)
A	Mezőgazdaság, erdőgazdálkodás, halászat	77.261	78.9	97,9
B	Bányászat, kőfejtés;	583.675	715.9	81,5
C	Feldolgozóipar;			
D	Villamosenergia-, gáz-, gőzellátás, légkondicionálás;			
E	Vízellátás; szennyvíz gyűjtése, kezelése, hulladékgazdálkodás, szennyeződésmentesítés			
F	Építőipar	91.906	111.4	82,5
G	Kereskedelem, gépjárműjavítás	508.611	626.2	81,2
H	Szállítás, raktározás;			
I	Szálláshely-szolgáltatás, vendéglátás;			
J	Információ, kommunikáció;	489.972	703.2	69,7
K	Pénzügyi, biztosítási tevékenység;			
L	Ingatlanügyletek;			
M	Szakmai, tudományos, műszaki tevékenység;			
N	Adminisztratív és szolgáltatást támogató tevékenység;			
O	Közigazgatás, védelem; kötelező társadalombiztosítás			
Q	Humán-egészségügyi, szociális ellátás;	191.664	346,2	55,4
P	Oktatás;	220.718	312.0	70,7
R	Művészet, szórakoztatás, szabad idő;			
S	Egyéb szolgáltatás			
T	Háztartás munkaadói tevékenysége, termék előállítás, szolgáltatás végzése saját fogyasztásra	5.786	nincs adat	
U	Területen kívüli szervezet	8.613	nincs adat	

² http://www.ksh.hu/OSZTÁLYOZÁSOK/TEÁOR_08_Sztruktúra

³ Magyar Statisztikai Évkönyv, 2014., KSH, Budapest, 453 o. (fogalom meghatározás)

⁴ http://www.ksh.hu/stadat_2.1.30 (idősoros éves adat)

Kiemelendő, hogy különösen magas az ellátottsági arány a mezőgazdaság, erdőgazdálkodás, halászat területén 97,9% (2014-ben 88,3% volt). Ugyancsak magas az ellátottsági arány a villamos energia, feldolgozóipar, vízellátás területén 81,5% (2014-ben 71,7% volt). Az oktatás, művészet, szórakoztatás területén az előző évvel közel azonos 70,7%.

Kedvezőtlen, hogy a humán egészségügyi és szociális ellátás területén a foglalkozás-egészségügyi alapellátás igénybevétele rendkívül alacsony, az előző évhez is viszonyítva csökkent, 55,4% (2014-ben 57,6% volt).

Országos ellátottsági arányt vizsgálva megállapítható, hogy a szervezett munkavégzésben dolgozók 77 %-ára terjed ki a foglalkozás-egészségügyi ellátás, amely ugyan európai viszonylatban magasnak tekintendő, de mivel hazánkban minden szervezett munkavégzésben foglalkoztatott esetében kötelező a szolgáltatás nyújtása, elmarad az hatályos szabályozásban előírttól.

Különösen kedvező tény, hogy az ellátottak aránya 2014-hez viszonyítva 5%-os emelkedést mutatott, 2014-ben a munkáltatók 72%-a biztosította a foglalkozás-egészségügyi alapellátást a szervezett munkavégzésben foglalkoztatott munkavállalói számára. A nemzetgazdasági ágak foglalkozás-egészségügyi ellátottságát a III. táblázat mutatja.

1.2 Munkahelyi megterhelés, munkahelyi kóroki tényezők, baleseti veszéllyel járó munkakörök, járványügyi érdekből kiemelt munkakörök számának alakulása 2015-ben

A foglalkozás-egészségügyi tevékenységben meghatározó, alapvető fontosságú, hogy feleljen meg a munkahelyen jelen lévő, illetve a munkavállalókat érő egészségkárosító és baleseti kockázatoknak. A munkahelyen a munkavállalót számtalan egészségét befolyásoló munkavégzésből és a munkakörnyezetből származó kockázat éri.

Közismert tény, hogy a munka világának valamenyny területére az ipar, a kereskedelem, a szolgáltatás, az oktatás, gyakorlatilag nemzetgazdasági ágazat egésze különböző egészségi kockázatot jelenthet a munkavállalók számára. Nem lehet figyelmen kívül hagyni azt sem, hogy a technika fejlődésével a munkafolyamatok jelentősen átalakultak.

A különböző nehézségi fokú munkavégzés eltérő megterhelést jelent a munkavállaló számára, különböző mértékben veszi igénybe szív és érrendszerüket, mozgásszerveiket vagy éppen jelentős mentális terhelést jelenthetnek.

Ugyanakkor az egészségi kockázatok eredhetnek az adott technológiával összefüggő munkakörnyezetből is. Ezek az ártalmak lehetnek kémiai eredetűek (gázok, gőzök, oldószerek, porok), fizikaiak (zaj, kéz-kar vagy egésztest rezgés, ionizáló sugárzás, nem ionizáló sugárzás; elektromágneses térrel nagyfeszültségű munkahelyen találkozhat a munkavállaló), biológiai ártalmak (baktériumok, vírusok, paraziták, gombák).

Az egészségi kockázat származhat a munkafeladatból, a nem megfelelő munkaszervezésből, a munkahely kialakításából, illetve a munkavállaló rossz szociális helyzetéből is. Ezek a kockázatok lehetnek mentális (túl sok feladat, alulinformáltság, szalagmunka, monoton munka), ergonómiai (ha a munka nem illeszkedik a munkavállaló fizikai és mentális képességeihez), vagy pszichoszociális (ha a munkavállaló hosszú ideig volt munkanélküli, munkáját családjától földrajzilag messze végzi, különösen nehéz szellemi munkát végez pl. elmebetegek gyógykezelése, ápolása).

A felsorolt munkahelyi kockázatok mellett minden munkahelyen számolni kell valamilyen baleseti veszéllyel is. A munkavégzésből és a munkakörnyezetből származó egészségi kockázatok általában komplexen vannak jelen, vagyis egy adott munkahelyen/munkakörben több egészségi kockázat is jelen lehet.

Külön csoportot jelentenek azok a munkakörök, amelyek járványügyi szempontból jelentősek.

2015-ben a munkahelyi kockázati tényezők számszerű alakulása az alábbi volt:

1.2.1 A munkavégzésből eredő munkahelyi megterhelés

2.1.1. Fizikai munkát végző munkavállalók közül

- könnyű fizikai munkát 736.085 fő
- közepesen nehéz fizikai munkát 491.083 fő
- nehéz fizikai munkát 96.127 fő

végez, amely adatok közel azonosak a 2014 évi adatokkal.

A fentiekből

- hőexpozícióban 35.939 fő
- hideg expozícióban 29.895 fő

dolgozik, amely adatok ugyancsak közel azonosak a 2014. évvel.

Adminisztratív munkakörben dolgozó munkavállalók száma 997.281 fő volt, ebből képernyő előtti munkát végez 515.892 fő (2014-ben 504.908 fő volt).

1.2.2 Kóroki tényezőkből eredő munkahelyi megterhelés

A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok egyik legfontosabb feladata a munkahelyen végzett kockázatelemzés, amely során regisztrálásra kerülnek a munkavégzésből, illetve munkakörnyezetből származó megterhelések és kóroki tényezők. Míg korábban a munkahelyi kockázat-elemzést évente kellett elvégeztetnie a munkáltatónak, 2015-től három évre emelkedett annak gyakorisága.

A foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok 2015-ben az alábbi munkahelyi expozíciós viszonyokat regisztrálták:

2.2.1 *Fizikai kóroki tényezők* hatásának kitett (exponált) dolgozók száma összesen 315.133 fő, amely 7%-os emelkedést jelent 2014-hez viszonyítva, amely 294.758 fő volt. Részletesen elemezve az egyes fizikai tényezőket, valamennyi esetben emelkedés figyelhető meg;

ebből	2015-ben	2014-ben
• zaj	225.161	210.251
• helyileg (kéz-kar) ható vibráció	26.432	24.848
• egésztest vibráció	28.165	19.695
• túlnyomás alatt végzett munka	1.057	465
• ionizáló sugárzás	12.921	13.761
• nem ionizáló sugárzás	21.397	25.738

volt az exponáltak száma.

- 2015-ben *kémiai kóroki tényezőknek* kitett munkavállalók száma 26%-os növekedést mutatott, 77.864 fő (2014-ben 61.771 fő volt).

Külön kiemelendő, hogy nagy azon munkavállalók száma, akik különböző rákkeltő hatású anyagokkal dolgoznak. Sajnos a jelentésben nem szerepel, hogy a kémiai kóroki tényezőkkel exponált dolgozóknál - ahol lehetséges, és kötelező - megtörténtek-e biológiai monitor vizsgálatok és azoknak mi volt az eredménye. Különösen magas (8.011 fő) a benzol exponáltak száma.

A tüdőfibrózist okozó porokkal exponáltak száma 4.598 fő, amely csoportba tartozók időszakos alkalmassági vizsgálatának meghatározásában a rendelet szakértő szerepet írnak elő az OTH Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Főosztálya számára, de az elmúlt évben csupán két esetben kértek szakvéleményt.

A munkakörnyezetben előforduló különböző vegyi anyagokat és az általuk exponált dolgozók számát a IV. táblázat mutatja be.

Kémiai kóroki tényezők és az általuk exponált munkavállalók száma

Vegyí anyagok megnevezése	Exponáltak létszáma
arzén és vegyületei	617
benzol	8 011
benzol nitrovegyületei:	447
nitrobenzol	
egyéb nitrovegyületek (pl nitro-klór-benzol, nitroanilin, acetanilin)	
benzol aminovegyületei:	587
anilin	
egyéb aminovegyületek (pl dimetil-anilin)	
digitálisz glikozidok	15
dimetil-formamid	886
dioxan (dietylén dioxid)	93
etil-benzol	4 083
etilén-oxid	398
fenol	1 316
n-hexán	2 210
higany (szervetlen higany és vegyületei)	675
halothan	551
izocianát	1 608
kadmium és vegyületei	986
kobalt	1 045
krómvegyületek	4 427
mangán	879
metil-bromid	98
metil-klorid	477
nátrium-alumínium-fluorid (kriolit)	142
nikkel	3 724
nitrogénoxidul (dinitrogén oxid)	2 728
növényvédő szerek	3 937
ólom és vegyületei	4 126
rákkeltő vegyi anyagok (külön jogszabályban meghatározott rákkeltő anyagok, amelyek e táblázatban nem szerepelnek)	7 804
szelén	53
szén-diszulfid (szénkéneg)	109
szén-monoxid	2 269
szén-tetraklorid (tetraklórmétán)	87
sztírol	2 840
tetraklór-etán	56
toluol	6 716
triklór-etilén (triklór-etén)	295
trinitro-toluol (trotyl)	292
tüdőfibrózist okozó porok	4 598
vanádium	147
vinil-klorid	345
xilol	8 187

- A *biológiai kóroki tényezők* hatásának kitett munkavállalók foglalkozás-egészségügyi ellátása egyedi feladatokat tartalmaz a kockázatbecslés, oktatás, elsősegélynyújtás területén.

A jelentés évében a biológiai kóroki tényezővel exponált munkavállalók összes száma 703.141 volt, amely közel azonos a 2014. évihez, ennek 48,9 %-áért vírusok, 41,5 %-ért baktériumok, 6,6%-áért gombák és 3,0 %-áért paraziták voltak a felelősök. A biológiai kóroki tényezőknek való kitettség elsősorban az egészségügyben foglalkoztatott munkavállalókat érintette.

(Meg kell jegyezni, hogy e kóroki tényező csoport esetében az exponáltak száma megtévesztő lehet, mert valójában nem valós, hanem potenciális expozícióról van szó!)

Azok a biológiai kóroki tényezőket, amelyek a legtöbb munkavállaló expozícióját okozták az alábbi táblázatban mutatjuk be.

V. táblázat.

Munkakörnyezetben lévő fontosabb biológiai kóroki tényezőknek kitett munkavállalók száma

Biológiai anyagok	Exponáltak száma
Baktériumok	617
Mycobacterium tuberculosis	28 353
Staphylococcus aureus	21 938
Salmonella enteritidis	21 391
Escherichia coli a nem kórokozó törzsek kivételével	18 414
Salmonella typhi	18 069
Streptococcus pyogenes	16 975
Haemophilus influenzae	14 721
Borrelia burgdorferi	12 237
Streptococcus pneumoniae	10 951
Clostridium tetani	10 206

Vírusok	4 083
Hepatitis B vírus	76 579
Influenza vírusok A B és C típus	76 237
Hepatitis C vírus	42 204
Hepatitis A vírus humán enterovírus 72 típus	30 115
Humán immunelégtelenség vírus	18 659
Középeurópai kullancs hordozta encephalitis vírus	16 330
Caliciviridae	6 729
Cytomegalovírus	6 693
Humán rotavírusok	6 559
Rhinovírusok	5 420
Paraziták	477
Giardia lamblia Giardia intestinalis	3 883
Echinococcus granulosus	2 702
Ascaris lumbricoides	2 599
Entamoeba histolytica	2 352
Trichinella spiralis	1 998
Strongyloides stercoralis	1 308
Echinococcus multilocularis	1 257
Cryptosporidium spp	854
Cryptosporidium parvum	843
Diphyllobothrium latum	710
Gombák	56
Candida albicans	21 660
Aspergillus fumigatus	7 629
Epidermophyton floccosum	3 643
Candida tropicalis	3 203
Trichophyton spp	3 169
A Allergizáló hatás lehetséges	2 065
Trichophyton rubrum	1 909
Microsporum spp	1 370
Cryptococcus neoformans var neoformans Filobasidiella neoformans var neoformans	860
Cryptococcus neoformans var gattii Filobasidiella bacillispora	843

A biológiai kóroki tényezők hatásának megelőzésében fontos szerepet játszanak a munkakörhöz kötött védőoltások.

Védőoltások számának alakulása

A foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok összesen 67.099 munkavállalónak adtak be védőoltást 2015-ben, amely 5%-os csökkenést jelent az előző évhez viszonyítva, amely 2014-ben 70.801 volt.

A védőoltások számszerinti alakulását a VI. táblázat mutatja be.

VI. táblázat.

A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok által beadott védőoltások száma

Védőoltások	Exponáltak száma
Munkakörökhöz kapcsolódó védőoltásra kötelezettek száma összesen (fő)	96 468
Munkakörökhöz kapcsolódó védőoltásban részesültek száma összesen (fő)	49 724
Hastífusz*	9 522
Kullancs encephalitis*	18 552
Hepatitis B*	16 111
Hepatitis A*	6 759
Veszettség*	638
Diftéria*	230
Tetanusz*	4 457
Meningococcus*	250
Influenza*	26 446
Egyéb, nem a munkakörökhöz kapcsolódó védőoltásban részesítettek száma	17 372

* Az adatok tartalmazzák az oltási séma szerinti többszöri megjelenést.

Fokozott pszichés terhelésnek kitett munkavállalók tevékenységei. A hatályos szabályozás alapján a fokozott pszichés terheléssel járó tevékenységek:

- Különösen nagy felelősség viselése emberekért, anyagi értékekért.
- Döntés szükségessége
 - nehezen áttekinthető helyzetben,
 - új helyzetekben,
 - hiányos információk alapján,
 - ellentmondó információk alapján,
 - bonyolult szabályok, összefüggések utasítások alapján,
 - egymást gyorsan követő problémákban.
- Alkotó szellemi tevékenység
 - zavaró ingerek környezetében,
 - különösen bonyolult szabályok, utasítások alapján.
- Rutin szellemi munka
 - időkényszer viszonyai között,
 - rövid idejű, egyszerű feladat változtatás nélküli állandó ismétlésével,
 - tartósan szükséges akaratlagos figyelemmel.
- Különböző munkaeszközök, technológiai folyamatok pontos, gyors váltogatása időkényszer vagy különleges figyelmi követelmény, illetve fokozott felelősség eseteiben.
- Képernyős munkahelyeken történő munkavégzés.
- Emberekkel foglalkozás kötelezettsége konfliktusveszélyes helyzetben.
- Testi, érzékszervi, értelmi, beszéd- és más fogyatékos személyek nevelési-oktatási, ápolási-gondozási, rehabilitációs intézményeiben, javító intézetekben nevelési, oktatási tevékenységet végzők.
- Szakképzett ápolói munkát végzők elmeosztályokon, elmeszociális otthonokban, súlyos fogyatékosok szociális intézményeiben, szociális otthonok munkavállalói, traumatológiai, intenzív osztályokon, krónikus és baleseti belgyógyászati osztályokon (öngyilkossági kísérletet tett betegeket ellátó osztályokon), onkológiai osztályokon, detoxikálóknban, krónikus elme-gyógyászati osztályokon, valamint drogambulancián, illetve -osztályokon.

Fokozott pszichés terhelésnek kitett munkavállalók száma 836.827 fő, amely 12.117 fővel emelkedett 2014. évhez viszonyítva, amikor 824.710 fő volt az érintett.

Az EU-OSHA 2014 - 2015. évre külön kampányt hirdetett a munkahelyi stresszorok visszaszorítására, amelynek célja a munkáltatók és a munkavállalók segítése a pszichoszociális kockázatok és a munkahelyi stressz jobb megértése, valamint a kockázatkezelés és a megelőzés hatékonyabbá tétele.

A WHO a munka világának változásait, új kockázatait a stresszorokat tíz legfontosabb egészségi veszély között tartja számon. Előrejelzése szerint a munkahelyi túlterhelés miatt bekövetkező depresszió 2030-ra vezető betegség lesz a világon.

Hazánkban a foglalkozás-egészségügy kiemelten foglalkozik a munkahelyi stresszorok káros hatásának megelőzésével. A tapasztalatokról tudományos dolgozatok is megjelentek az elmúlt évben a „Foglalkozás-egészségügy” című tudományos és továbbképző folyóiratban.

- *Pszichoszociális kóroki tényezők* által érintettek számában 10%-os emelkedés figyelhető meg, 262.281 fő (2014-ben 238.237) volt.

Alapvetően e csoportba sorolandók a munkahelyi konfliktusszituációk érintettjei, a családtól távol, országon belül vagy kívül tartósan munkát végzők, a hajléktalan munkavállalók, külföldről áttelepült munkavállalók, illetve az állami gondozásból kikerültek.

Napjainkban ezen csoportba – bár rendeletekben nem jelenik meg – sorolandók a munkát keresők, illetve a közfoglalkoztatás előtt foglalkoztathatósági vizsgálaton átesettek is.

- *Járványügyi érdekből kiemelt munkakörökben dolgozók számának alakulása* száma közel azonos a 2014. évihez, 372.224 fő, előző évben 369.941 fő volt.

Azok a munkavállalók tartoznak ebbe a körbe, akik olyan területen dolgoznak, ahol a munkavállaló fertőző betegsége mások egészségét veszélyezteti (élelmiszer előállító helyek, tejkezelés, ivóvíz el-látás, gyógyszergyártás, speciális egészségügyi intézmények, stb.).

- *Baleseti veszéllyel járó kóroki tényezők hatásának kitett munkavállalók*: a mindennapi foglalkozás-egészségügyi gyakorlatban új problémaként jelentkezett a targoncavezetők munkaköri orvosi alkalmasságának megítélése. Változást jelentett a 40/2009. (VIII. 31.) KHEM „a közúti közlekedési ágazatban használt önjáró emelő- és rakodógépek kezelői-nek képzéséről és vizsgáztatásáról” szóló rendelet, amely 2016. január 1-jén lépett hatályba. Ezen rendelet értelmében minden targoncavezetőnek egy targoncavezetői bizonyítványt és egy gépkezelői igazolványt kellett szereznie oktatást követően. Ez utóbbiba írhatja be a foglalkozás-egészségügyi orvos a munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálat időpontját.

Balesetveszélyes munkakörben dolgozók száma 9%-kal nőtt, 430 421 fő, (2014-ben 394.662 fő) volt.

1.3 Munkahigiénés és rehabilitációs tevékenység

Az alapszolgálatok 462 899 esetben végeztek munkahigiénés tevékenységet, amely 7%-kal emelkedett 2014-hez viszonyítva, amikor a tevékenység száma 432.920 eset volt.

Munkahigiénés orvosi tevékenység a munkakörnyezetből származó egészségkárosító veszélyek és kockázatok előrelátása, felismerése, értékelése és kezelése, valamint a munkakörnyezeti kóroki tényezők okozta és a munkavégzésből származó megterhelések, illetőleg igénybevétele

vizsgálata és befolyásolása, továbbá az azonosított munkahelyi egészségi kockázatok ismerete a munkát végző személyek munkaköri orvosi alkalmassága irányának és gyakoriságának meghatározásában alapvető szerepet játszik.

Ennek során a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálat rendszeresen végez a munkahelyeken munkahigiénés vizsgálatokat, amelyet írásban rögzít. A munkahigiénés feladatok között jelentős szerepet játszik a munkahelyi kockázatbecslésben való közreműködés, az egyéb, a munkavédelmi törvényben meghatározott munkaegészségügyi szaktevékenység ellátása. A foglalkozás-egészségügyi orvos közreműködik a munkahelyi fiziológiai,- ergonómiai,- higiénés feladatok megoldásában.

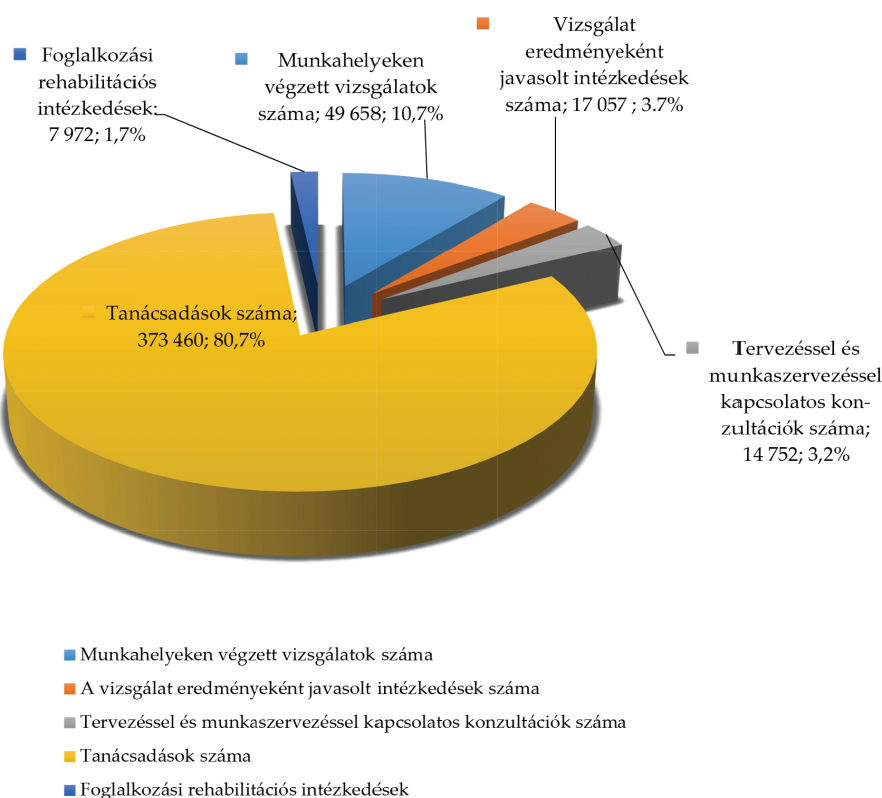
A VII. táblázat az egyes tevékenységi csoportok számadatait, míg ugyanezek megoszlását a 5. ábra mutatja.

VII. táblázat.

Teljesített munkahigiénés és rehabilitációs feladatok

	2015	2014
Munkahelyeken végzett vizsgálatok száma	49.658	46.340
A vizsgálat eredményeként javasolt intézkedések száma	17.057	17.152
Tervezéssel és munkaszervezéssel kapcsolatos konzultációk száma	14.752	14.692
Tanácsadások száma	373.460	346.049
Foglalkozási rehabilitáció intézkedések	7.972	8.687

A munkahigiénés tevékenység több mint 80%-át a munkahigiénés tanácsadások teszik ki.



5. ábra. Munkahigiénés és rehabilitációs feladatok megoszlása

1.4 A munkavállalók egészségi állapotának vizsgálata (klinikai tevékenység)

1.4.1 Munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálat

A szervezett munkavégzés keretében foglalkoztatott munkavállaló csak olyan munkára és akkor alkalmazható, ha annak ellátásához megfelelő élet-tani adottságokkal rendelkezik, egészsége és testi épsége várhatóan nem károsodik a munkavégzés során, tevékenysége sem mások számára, sem utódaira nem jelent veszélyt. A munkavállalóknak a munkára külön jogszabályokban meghatározottak szerint alkalmasnak kell bizonyulnia.

A munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatokat a foglalkozás-egészségügyi szakorvos végzi, tevékenységük egyik legfontosabb primer prevenció elemé.

2015-ben legtöbb vizsgálatra (1.391.492) az időszakos munkaköri alkalmassági vizsgálatok keretében került sor (a vizsgálatok 65%-a), amely lehetővé teszi a foglalkozási megbetegedés korai szakaszban történő felfedezését.

A munkaköri alkalmassági vizsgálatok:

- előzetes (munkába lépés előtt),
 - időszakos (a munkahelyi kockázattól függő gyakorisággal az egészségi állapot ellenőrzésére),
 - soron kívül (rendkívüli esemény pl. 30 napot meghaladó keresőképtelenség, foglalkozási megbetegedés stb. kapcsán), valamint
 - záró (rendeletileg meghatározott esetekben a munkaviszony megszűnésekor)
- lehetnek.

A fentiek száma összesen 2.141.060 volt (lásd VIII. táblázatban foglaltakat).

VIII. táblázat.

Munkaköri alkalmassági vizsgálatok száma és megoszlása

Vizsgálatok típusa	Vizsgálatok száma
Előzetes	643 577
alkalmas	629 052
nem alkalmas	9 441
ideiglenesen nem alkalmas	5 081
Időszakos	1 391 492
alkalmas	1 375 683
nem alkalmas	10 325
ideiglenesen nem alkalmas	5 484
Soron kívüli	67 924
alkalmas	62 556
nem alkalmas	3 064
ideiglenesen nem alkalmas	2 904
Záró vizsgálat	38 067

A táblázatból látható, hogy a vizsgálatok több mint 65,0%-a időszakos alkalmassági vizsgálat volt, melyek elsősorban a foglalkozási megbetegedések megelőzésére hivatottak.

Az időszakos munkaköri alkalmassági vizsgálat során 10.325 fő nem alkalmas és 5.484 fő ideiglenesen nem alkalmas minősítést kapott.

IX. táblázat.

Egyéb alkalmassági vizsgálatok száma és megoszlása

Vizsgálatok típusa	Vizsgálatok száma
Külföldi munkavállalás	5 623
alkalmas	5 525
nem alkalmas	98
Gépjármű alkalmasság	56 657
alkalmas	55 816
nem alkalmas	841
Lőfegyver alkalmasság	4 751
alkalmas	4 608
nem alkalmas	143
Egyéb	86 069

Az alapszolgálatok 56.657 hivatásos 2. csoportú gépjármű vezetési alkalmasság megítéléséhez szükséges vizsgálatot végeztek.

A közúti járművezetők egészségi alkalmasságának megállapításáról szóló többször módosított 13/1992. (VI. 26.) NM rendelet 2015-ben megváltoztatta a vizsgálatok gyakoriságát: 60. élet évig 3 évente, azt követően 2 évente kell elvégezni.

1.4.2 Foglalkozási megelőző gondozói tevékenység

Kiemelésre érdemes a szolgálatok foglalkozási megelőző, gondozói tevékenysége (tercier prevenció) hiszen a munkaköri alkalmasságot és munkaképességet befolyásoló idült betegségek (szív- és érrendszeri, anyagcsere, mozgásrendszeri, légzőrendszeri betegségek stb.) miatt 304.306 munkavállalót gondoztak (2014-ben 353.304), amely az előző évihez viszonyítva 14%-kal csökkent.

A foglalkozás-egészségügyi szolgáltatásról szóló miniszteri rendelet előírja a krónikus megbetegedésben szenvedő munkavállalók megelőző gondozását. A munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálat során a foglalkozás-egészségügyi orvos regisztrálja a munkavállalók idült megbetegedéseit és nyilvántartásba veszi őket és a beteg egészségi állapotát az általa szükségesnek tartott gyakorisággal ellenőrzi.

A gondozottakhoz tartozó egyes csoportok számadatait a X. táblázat és a **6. ábra** mutatja.

X. táblázat.

Idült betegségen szenvedő gondozottak száma

Érintett betegségek	Fő
Foglalkozási (elfogadott) megbetegedés miatt gondozottak*	344
Szív- érrendszer	139 440
Mozgásszerv	59 596
Anyagcsere	56 286

Idegrendszer	17 026
Légzőrendszer	31 476
Emésztőszerv	26 441
Fiatalkorúak, terhesek, nemrég szültek, anyatejet adó nők és szoptató anyák, idősödő korúak	15 973
Rehabilitált gondozott betegek**	27 977
Egyéb***	18 137

*e csoportba csak a munkavédelmi felügyelőségtől kapott Értesítés-sel rendelkezők tartoznak

**megváltozott munkaképességűek, érvényes OOSZI/ORSZSI/NRSZH határozattal rendelkeznek vagy az üzem-orvos eredményesen kezdeményezett rehabilitációs intézkedést a munkahelyén

***pl. nőgyógyászati, urológiai, bőrgyógyászati betegségekben szenvedők

A gondozottak között figyelemre méltó a rehabilitációban résztvevő megváltozott munkaképességű munkavállalók nagy száma. A rehabilitációk alapja a munkahelyi kockázatbecslés alapján a munka adaptálása munkavállaló egészségi állapotához. A foglalkozás-egészségügyi orvos javaslatot tesz a munkáltató felé milyen rehabilitációs intézkedésekre van szükség ahhoz, hogy a megváltozott munkaképességű dolgozó munkáját el tudja végezni.

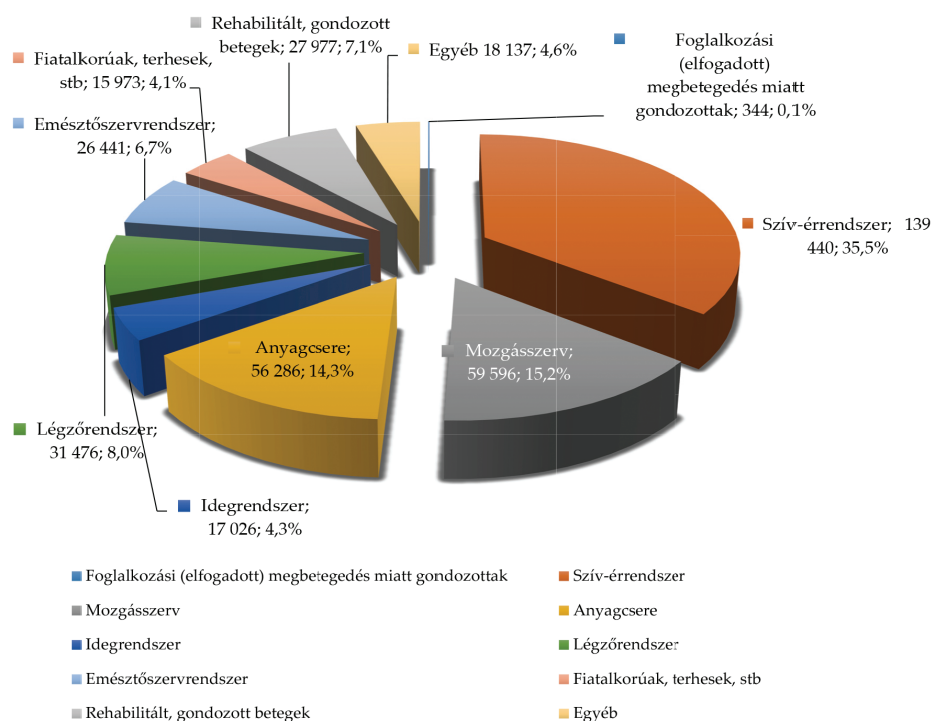
1.4.3 Sürgősségi ellátás

A *sürgősségi orvosi ellátás* csak abban az esetben lehetséges, ha az orvosi rendelő a munkahelyen vagy azok közelében települt. A táblázat mutatja az ellátás típusait és az ellátottak számait.

XI. táblázat.

Sürgősségi-egészségügyi ellátás

Ellátás típusa	Esetszám
Sürgősségi ellátás	54 741
munkabaleset miatti ellátás	7 660
heveny esetek, rosszullétek	47 081



6. ábra. A gondozott csoportok százalékos megoszlása

A sürgősségi orvosi ellátás 2014-ben 52.900 volt, ez 2015-ben 3%-os emelkedést mutat.

1.4.4 Egyéb ellátások

Amennyiben a foglalkozás-egészségügyi rendelő az üzem (cég) területén működik, gyakran keresik meg a dolgozók az orvost különböző egészségi problémáikkal, hiszen házi orvosuk sokszor elérhetetlen munkaidő után. Ez a forgalmi adat az egyéb, fentiekbe be nem sorolt gyógyító ellátásban jelenik meg, melynek száma 2015-ben 361 277, 2014-ben 279 700 volt, ami 29%-os növekedést jelent.

1.5 Egészségmegőrző tevékenység

1.5.1 Népegészségügyi szűrővizsgálatok

A munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatok, amely során népegészségügyi jelentőségű adatok kerülnek regisztrálásra (életkor, életmódbeli szokások, morbiditási adatok, testtömeg index, vérnyomás, szív, tüdő, mozgásszervek, vizus, idegrendszer állapota) mellett a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok rendszeresen végeznek egyéb népegészségügyi szűrővizsgálatokat: elsősorban a

rizikó faktorok szűrését (koleszterin, vércukor), tumor marker (pl. PSA)-, bőrgyógyászati (melanoma szűrés) vizsgálatokat.

E vizsgálatokat a foglalkozás-egészségügyi orvos és/vagy a munkáltató kezdeményezi. A szűrővizsgálati esetszám az elmúlt évben 429 061, 2014-ben 412 871 volt, ez 16 190 (azaz 4%-kal) emelkedett.

1.5.2 Egészségmegőrzést szolgáló tevékenység

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV törvény szerint: „az egészségfejlesztés célja az egészségi állapot és az életminőség javítása, valamint az egészség védelme.”

A lakosság egészségi állapotát meghatározó módon befolyásolja a foglalkozás-egészségügy által nyújtott szolgáltatás is. Ezért szerepelnek a szakmai minimumfeltételek között az „egészségfejlesztési feladatok”.

2015-ben jelent meg az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény, amely előírja a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálat számára

„a miniszter rendeletében meghatározottak szerint a munkaképes korosztály számára a szervezett munkavégzés keretében, az egészséges életmód tekintetében, valamint a fertőző és krónikus nem fertőző megbetegedések megelőzésében a háziorvossal együttműködve gyógyító-megelőző feladatokat láthasson el.”

Az elmúlt években egyre több munkáltató ismerte fel munkavállalói egészsége megőrzésének és fejlesztésének jelentőségét, és ehhez anyagi támogatást is nyújt. A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok egészségmegőrző tevékenységük során felvilágosító, tájékoztató feladatokat látnak el, akcióprogramokat szerveznek.

Egészségmegőrzés szolgálo előadások számának alakulása:

Az alapszolgálatok 9 060 (2014-ben 8 905) egészségmegőrzéssel kapcsolatos előadást tartottak a munkahelyeken, amelyeken 147 299 (2014-ben 153 003) foglalkoztatott vett részt. Ez utóbbiakat 8 852 (2014-ben 8 481) gazdasági egység biztosította.

Egészségmegőrző programok számának alakulása:

Az egészségmegőrző akcióprogramok száma 4 174 (2014-ben 6 267, amely 2015. évhez vi-szonyít-

va 33%-os csökkenést mutat) volt, amelyekben 114 721 (2014-ben 109 872, amely 4,4%-kos emelkedést mutat) munkavállaló vett részt.

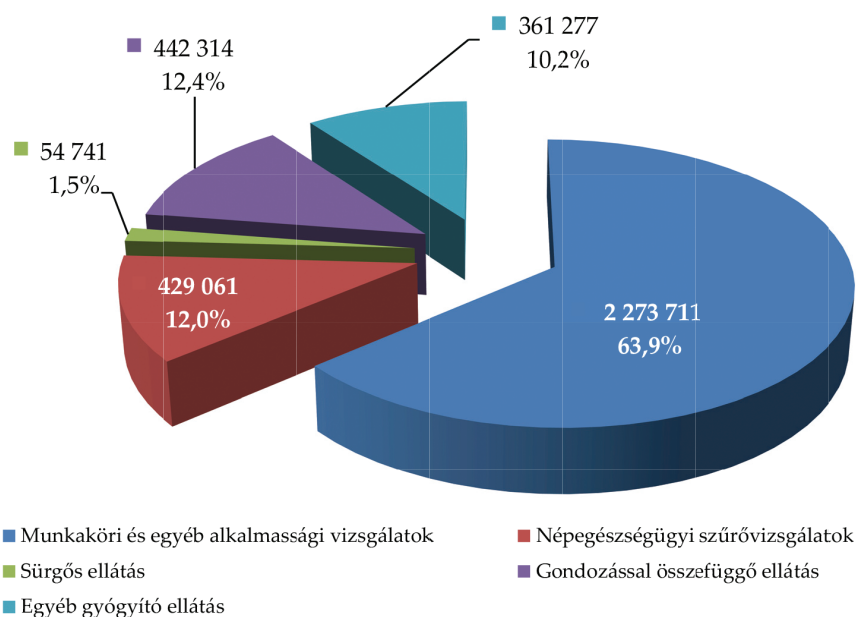
1.6 Összes éves forgalom

A foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok éves munkájáról átfogó képet adnak a forgalmi adatok. Az összes forgalom 2015-ben 3 511 486 (2014-ben 3 256 388, volt 255 098 esettel több a 2015. évi, adot emelkedést mutat) volt, amely különböző ellátási formák adataiból tevődik össze. 2015-ben ezen ellátási formákat és a hozzájuk tartozó adatokat a XII. táblázat mutatja.

XII. táblázat.

Az összes forgalom alakulása ellátási formák szerint

Ellátási formák	száma
Munkaköri és egyéb alkalmassági vizsgálatok	2 273 711
Népegészségügyi szűrővizsgálatok	429 061
Sürgős ellátás	54 741
Gondozási esetszám	442 314
Egyéb gyógyító ellátás	361 277



7. ábra. Az összes forgalom százalékos megoszlása

A könnyebb áttekinthetőséget segíti a 7. ábra, amelyben az ellátási formák aránya látható.

Kiemelendő, hogy az összes forgalom 63,9%-át a munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatok, míg a népegészségügyi szűrővizsgálatok 12,0%-ot, a gondozási tevékenység 12,4 % és az egyéb gyógyító ellátás 10,2%-ot képviselnek.

2. Foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyek

A foglalkozás-egészségügy II. progresszivitási szintje a foglalkozás-egészségügyi szakellátás. A foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyek II. fokon végzik a munkaköri orvosi vizsgálatokat, az egészségügyi dolgozók egészségi vizsgálatát, az OKJ és egyéb képzésben résztvevők szakmai alkalmassági vizsgálatát, a foglalkozási megbetegedések gyanújával beutaltakkal kapcsolatos konzíliumot, a közfoglalkoztatáshoz kapcsolódó, illetve a megváltozott munkaképességű álláskeresőket, valamint az alkalmi munkavállalók foglalkoztathatóságával kapcsolatos szakvéleményezést.

A szakellátó helyek egyik legjelentősebb feladata a közmunka programokban résztvevők foglalkoztathatósági vizsgálatának elvégzése a területileg illetékes Kormányhivatalok Foglalkoztathatósági Osztályának (korábbi Munkaügyi Központok) megkeresése alapján. A rendeletileg előírt adatlapon a foglalkozás-egészségügyi orvosnak meg kell jelölnie azokat a munkavégzéssel, munkakörnyezettel járó korlátozó vagy kizáró tényezőket, ami a munkavállalást befolyásolja. A foglalkoztathatósági szakvélemény a nem egészségügyi képesítéssel rendelkező foglalkoztathatósági szakembereknek készül, tájékoztató jellegű és – szakmai álláspontunk szerint - nem helyettesítheti az előzetes munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatot. A közmunka olyan foglalkoztatási programok indítását jelenti, amelyek a munka és a gyakorlati képzés összekapcsolásával a munkavállalási hátrányok leküzdését, az álláskeresőket képzettségi szintjének növelését, készségeik fejlesztését, gyakorlati tapasztalatok megszerzését teszik lehetővé. Az áttekinthető, nyilvános pályázati rendszerben

elérhető programok egyidejűleg helyi, illetve térségi és országos célok megvalósítását segítik átgondolt, megtervezett és ellenőrzött értékteremtő foglalkoztatással.

Budapesten a Foglalkozás-egészségügyi Szakellátó I. és II. vizsgálohelyen 1066 fő közmunkára végzett foglalkoztathatósági vizsgálatok eredményeit dolgozták fel. Megállapították, hogy a fővárosban legtöbb vizsgálatra a 40-60 évesek között került sor, azonos arányban volt a férfi/nő. Legtöbben középfokú végzettséggel - elsősorban gimnáziumi érettségivel - rendelkeztek. A megvizsgáltaknak alig fele volt egészséges és minden típusú munkavégzésre alkalmas. A leggyakoribb megbetegedések a mozgásszervrendszeri, a szív-érrendszeri és mentális betegségek voltak. A vizsgáltak között találtak azonnali kezelésre szoruló betegeket: drogfüggők, tumorosok, aktív tbk-sek és elmebetegeket is. A személyes interjúk szerint valamennyi vizsgált személy örült annak, hogy munkalehetőség nyílik számára és visszakerülhet a munkaerő piacra.

A foglalkozás-egészségügyi Szakellátó helyek 2015. évi részletes tevékenységi mutatóit a XIII. számú táblázat tartalmazza.

A foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyek jegyzékét utoljára az Egészségügyi Közlöny 2008. évi 1. számában tette közzé az egészségügyi miniszter. Ebben a közleményben 88 szakellátó hely szerepel. Ezzel szemben - különböző okok miatt, de a működő foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyek valós száma nem ismert - megkeresésünkre mindösszesen 103 szakellátó hely számolt be 2015. évi munkáról.

Szakellátó helyek vizsgálati esetszámai

Szakellátó helyen végzett vizsgálatok	Esetek száma
A munkaköri alkalmasság másodfokú elbírálása	1690
A kézi lőfegyverek megszerzésével és tartásával kapcsolatos egészségi alkalmasság másodfokú elbírálása	46
A munkát keresők beiskolázása előtti és a munkaközvetítés előkészítése keretében történő szakmai alkalmassági vizsgálata	19.874
A közmunka munka előkészítésében a munkát keresők foglalkoztathatósági vizsgálata	29.063
Szakellátás nyújtása a foglalkozási megbetegedéssel vagy annak gyanújával beutaltak számára	201
A szakképzést folytató intézmények tanulóinak és a felsőoktatási intézmények hallgatóinak szakmai alkalmassági vizsgálata	10.477
Álláskeresők beiskolázás előtti és munkaközvetítés előkészítése keretében történő szakmai alkalmassági vizsgálata	5.287
Személyi higiénés alkalmassági vizsgálatok nem szervezett munkavégzés keretében dolgozók számára, egyszerűsített foglalkoztatás keretében alkalmazott munkavállalók foglalkoztathatóságának szakvéleményezése	12.482
Az egyéni és társas egészségügyi vállalkozók alkalmasságának elbírálása	2.424
Egyéb konzultációk	6.859

A foglalkozás-egészségügyi szakellátóhelyek formai adataiból kiemelendők a másodfokú alkalmassági vizsgálatok, amelyek jelentős számban az egészségügyből kerülnek ki. Az egészségügyben dolgozók másodfokú vizsgálatának lebonyolítása eltér az egyéb ágazatokban dolgozó munkavállalók vizsgálatától.

Az egészségügyi dolgozók egészségi alkalmasságát „Az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény és a „40/2004. (IV. 26.) ESzCsMrendelet „az egészségügyi tevékenység végzéséhez szükséges egészségi alkalmasság vizsgálatáról és minősítéséről” szabályozza.

A jogszabályok szerinti eljárási rend, hogy másodfokot kizárólag a területileg illetékes Kormányhivatalok Népegészségügyi osztálya rendelheti el. A végleges döntésről a hatóság határozatot hoz.

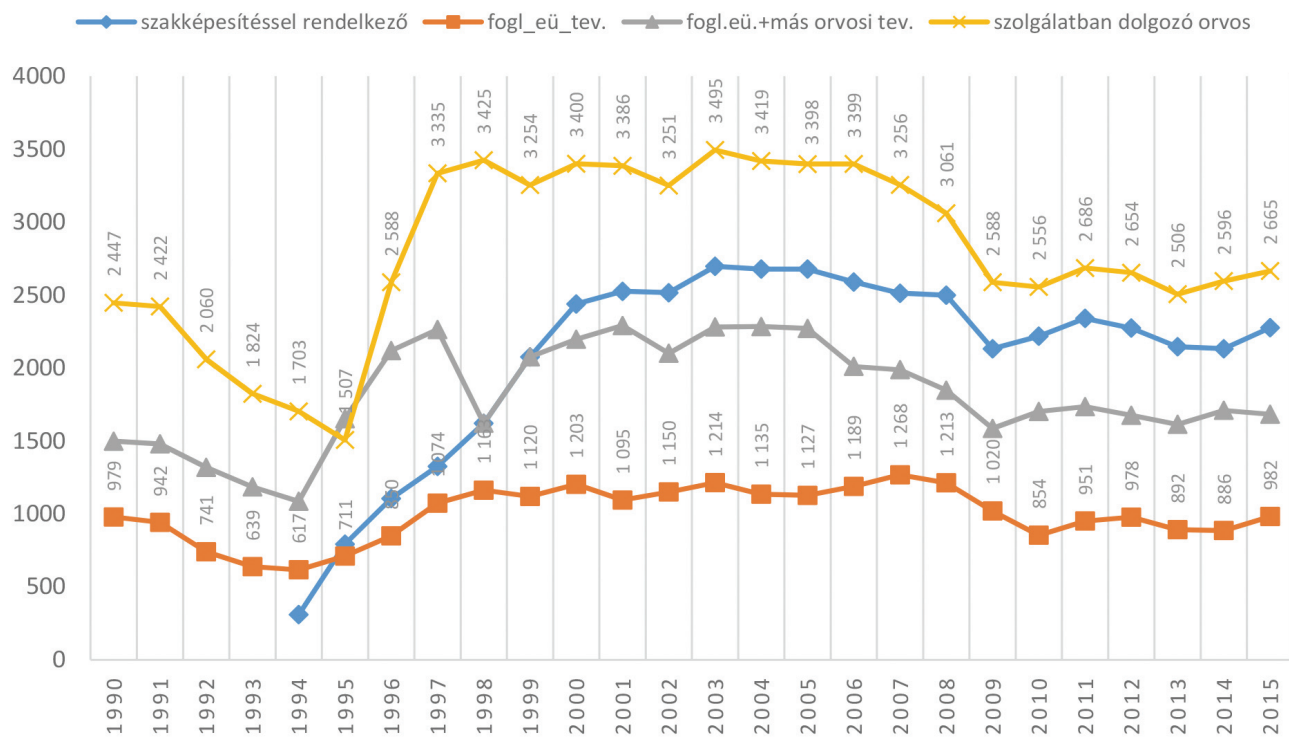
Az egészségügyi dolgozók másodfokú vizsgálatára az esetek jelentős részében mozgásszervi megbetegedés miatt kerül sor. Egyéb ágazatban a mozgásszervi betegség mellett, szív-érrendszeri és mentális megbetegedések miatt kerülnek másodfokú vizsgálatra a munkavállalók.

Következtetések

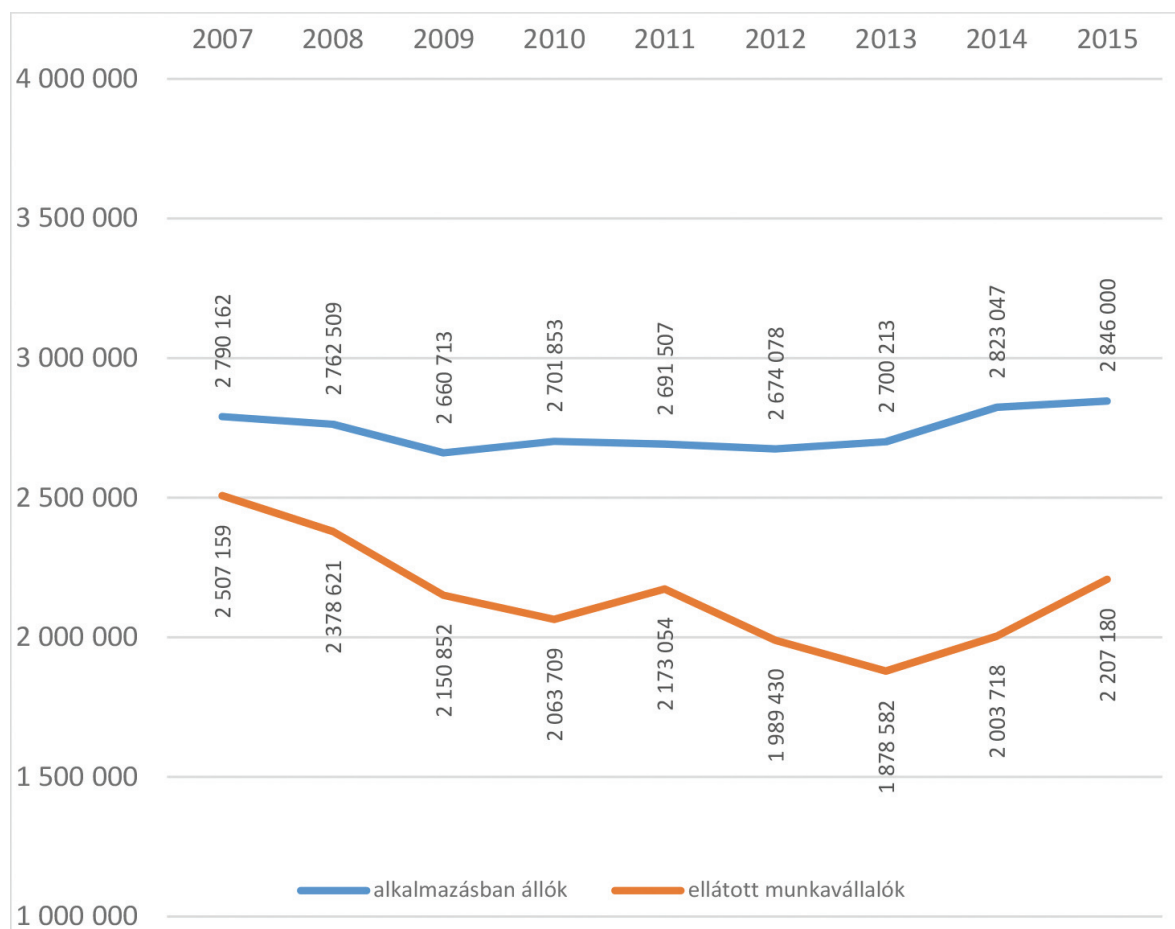
A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok éves beszámoló jelentéseiből megállapítható, hogy mint szervezetében, mind működési mutatóiban fejlődés tapasztalható.

Kedvező, hogy emelkedett a foglalkozásorvostan szakorvosok száma, amely növekedés elsősorban a kizárólag foglalkozás-egészségügyi tevékenységet végző orvosok számának emelkedésének következménye. (8. ábra)

Kiemelendő, hogy közel 10%-kal nőtt az országos foglalkozás-egészségügyi ellátottsági arány. A szervezett munkavégzésben dolgozók 77 %-ára terjed ki (a mezőgazdaságban 97%) a foglalkozás-egészségügyi ellátás, amely európai viszonylatban magasnak tekintendő, ugyanakkor nem felel meg a hatályos hazai szabályozásnak, hiszen a szolgáltatást valamennyi szervezett munkavégzésben foglalkoztatott számára biztosítani kellene. (9. ábra)



8. ábra. Foglalkozás-egészségügyi tevékenységet végzők számának alakulása



9. ábra. Az ellátott munkavállalók számának alakulása

Emelkedett és a foglalkozás-egészségügy nemzetgazdasági jelentőségét kiemeli, hogy 2015-ben 2.178.206 munkavállalónál teljes körű, minden szervrendszerre kiterjedő orvosi vizsgálat történt. Az orvosi vizsgálatok során regisztrálásra kerülnek: nem, életkor, lakhely, genetikai tényezők, dohányzás, alkohol, drogfogyasztás, sportolási és étrendi szokások, morbiditási adatok, gyógyszerfogyasztás, jogosítvány típusa.

A háziiorvosi rendelőkben most terveznek egy kérdőíves felmérést, ebből a közel 2.2 millió, aktív, keresőképes dolgozói populációról rendelkezésre állnak már adatok. Hasonló adathalmaz került regisztrálásra a közmunkaprogramba bekerült munkát keresőkről.

A foglalkozás-egészségügyi orvosok 650.000 krónikus beteget gondoznak, félmillió esetben célzott munkahelyi szűrő vizsgálatokat végeznek.

Rendszeresen látogatják a munkahelyeket, regisztrálják a munkavégzésből, munkakörnyezetből származó egészségügyi kockázatokat. 2015-ben kiemelkedő a munkahelyi stresszorok leküzdésére irányuló tevékenység.

Járványügyi, megelőző jelentősége van a munkakörhöz kötött és egyéb (pl. influenza, meningococcus pneumonia ellen) beadott védőoltásoknak, amely 67.000 esetben történt meg.

A foglalkozás-egészségügyben közel négymillió orvos-beteg találkozás volt.

Magyarország társadalmi és gazdasági felzárkózása elképzelhetetlen rossz egészségi állapotú, beteg munkavállalókkal, hiszen a munkaerő jó egészségi állapota alapvetően befolyásolja a nemzet sorsát és a jövőre vonatkozó kilátásait, mindez a munkahelyeken jelenlévő foglalkozás-egészségügyi szolgáltatóval biztosítható.

A bevezetőben kiemeltük a foglalkozás-egészségügy rendszerhibáit. Ugyanakkor az országos intéz-

ményben életre hívott szakmai team kidolgozott egy, a jelenlegi helyzet megoldására vonatkozó szakmai javaslatot és ezt felterjesztette az Emberi Erőforrások Minisztériumába.

Ennek lényege:

- a jelenlegi működési környezet felülvizsgálata, a hatályos szabályozás áttekintése és aktualizálása a megváltozott feltételekhez,
- az Országos Tisztifőorvosi Hivatal szervezetében önálló Nemzeti Munkaegészségügyi Centrum életre hívása, a foglalkozás-egészségügy három progresszivitási szintjének újjászervezése.
- a megbetegedés foglalkozási eredetének azonosítására, a foglalkozási megbetegedések korai felismerésére kivizsgálására és terápiájára alkalmas Foglalkozási Belgyógyászati osztály visszaállítása.
- Foglalkozás-egészségügyi szolgáltatást nyújtókra vonatkozó feltételek újraszabályozása, a szolgálatok által („fő” és „részállásban”) elérhető (létszám kötelező meghatározása),
- A központi foglalkozás-egészségügyi regisztrációs rendszer visszaállítása, az országos központban, a szolgáltatást végző orvosok országos minőségbiztosítási és információs rendszerének kialakítása.
- A foglalkozás-egészségügyi alap- és szakellátók minőségi indikátorokkal történő akkreditációja, egységes nyilvántartása.
- Az alapszolgálatok finanszírozását a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatásokról térítési díjáról szóló 284/1997.(XII.23.) Korm. rendeletben – kötelező díjtételek - kell meghatározni.
- Egységes foglalkozás-egészségügyi informatikai rendszer kialakítása, működtetése. (Ezzel biztosítva az adatcserét a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok és az alapellátás között.)
- A foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok orvosai számára az E-alap terhére való beutalási jogosultság visszaállítása.

Második generációs roma és nem roma munkanélküliek közegészségügyi helyzetének, valamint munkavégzésre való alkalmasságának elemzése egy romák által sűrűn lakott, hátrányos helyzetű Kistérségben*

(előzetes közlemény)

Ungváry G.,¹; Hegedűs I.²; Szakmáry É.¹; Rudnai P.³ és Morvai V.⁴

Fodor József Országos Közegészségügyi Központ, Budapest¹;
Work Med Foglalkozás-egészségügyi Központ, Ózd²;
Országos Közegészségügyi Központ Környezet-egészségügyi Igazgatóság, Budapest³;
Semmelweis Egyetem, ÁOK, Népegészségtani Intézet, Budapest^{4**}

Összefoglalás. *Bevezetés.* Korábbi tanulmányaikban megállapították, hogy az Ózdi Kistérségben megjelentek az ún. második generációs fiatal munkanélküliek, akik elérve a munkaképes életkort, nem kaptak munkát, miközben már szüleik is munkanélküliek voltak. *Célkitűzés:* Kérdésként merült fel, hogy a volt, ún. szocialista országok második generációs munkanélkülisége egyrészt milyen arányú, mióta és hogyan kapcsolódik az Európában egyre inkább növekvő, a fiatalokat, pályakezdőket fenyegető munkanélküliséghez, másrészt iskolázottságuk, közegészségügyi biztonságuk színvonala, illetve orvosilag alkalmas munkavégző képességük alapján, életkörülményük kockázatkezelése, társadalmi felzárkóztathatóságuk, hasonló-e az európai fiatalságot potenciálisan fenyegető tömeges munkanélküliségéhez. *Módszer:* ~ 800 első és második generációs, magyar és roma, férfi és nő munkanélküliek iskolázottságát, közegészségügyi biztonságát, munkavégzésre való alkalmasságát kérdőíves-önkitöltéses, valamint interjúk módszerekkel, továbbá a Magyarországon érvényes a munkavégzésre (itt fizikai munkára) való orvosi alkalmasság vizsgálatával elemezték és a jellemző paramétereket részben leíró, részben összehasonlításra alkalmas statisztikai eljárásokkal értékelték. *Eredmények.* Megállapították, hogy eltérően a gazdasági válságokhoz szokásosan kapcsolódó munkanélküliségektől, az ún. szocialista világrendszer összeomlásával egyidejűleg már a tömeges munkanélküliség kezdetével csaknem egyidőben megjelentek a második generációs munkanélküliek. Arányuk az idő előrehaladásával gyorsan növekszik, iskolázottságuk alacsonyszintű, szakmai képzettségük még az első generációs munkanélküliekét sem éri el, tanulási lehetőségük, lakóhelyi közegészségügyi biztonságuk erősen kifogásolható, és a lakóhelyi közegészségügyi-járványügyi biztonságot fenyegeti. Fizikai munkavégzésre való alkalmasságuk életkoruktól erősen függ. Jelentősen fiatalabb koruk ellenére fizikai munkavégzésre való alkalmatlanságuk több mint 9-szeresen haladja meg

*: A kutatást az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottság 35685/2012/EKU (562/PI/12) számú, illetve a Semmelweis Egyetem 65/2000; 116/2003 számú és jelű határozatával engedélyezte

**.: Az 1-4-ig számokkal jelzett intézetek/intézmények az egyes szerzők utolsó munkahelyei

az aktív, foglalkoztatott dolgozók fizikai munkavégzésre való alkalmatlanságának esélyét. Képzetlenségük miatt magasabb szintű szellemi munka végzésére nem alkalmasak. Több, az iskolai végzettséget, szakmai képzettséget és a közegészségügyi biztonságot jellemző paraméter a második generációs roma munkanélküliek esetében a második generációs magyar munkanélküliekétől is hátrányosan különbözik. *Következtetések.* i) A második generációs munkanélküliek munkaképes koruk elérésekor, fiatalabb életkoruk ellenére, egészségi okokra visszavezethető munkavégzésre való alkalmatlanságuk nagyobb, mint az azonos életkorú első generációsoké. Emellett úgy tűnik, betegségeik gyakorisága fiatalabb életkorban kezd növekedni mint a foglalkoztatott munkavállalóké; ii) a második generációs munkanélküliek a volt szocialista országokban a rendszerváltozást követően azonnal megjelentek, arányuk gyorsan növekszik (az Ózdi Kistérségben a munkanélküliek mintegy 30%-át képezik), külső segítség nélkül (iskolázottság, szakképzettség, lakóhelyi közegészségügyi biztonság), önerőből nem képesek az átlagos magyarországi és különösen nem az átlagos EU-s életminőség szintjét elérni; iii) az anyagilag is támogatott fiatalok munkanélkülisége ellenes programok teljesítését és hatékonyságát célszerű rendszeresen/folyamatosan kontrollálni; iv) kizárólag képzettség nélküli, kizárólag az alacsonyabb értékű fizikai segédmunkára való alkalmasságuk, amely már életpályájuk első időszakában sem teszi lehetővé a társadalmi felzárkózást – (emiat egy csoportjuk, különösen a roma munkanélküliek esetében nagy valószínűséggel erre teljes mértékben elégtelen) — csak szegénységük további mélyülésére és a társadalom periferiájára való sodródásukhoz vezethet, és ez utóbbit valószínűleg nem akadályozza meg.

Kulcsszavak: munkanélküliek, fiatalok, pályakezdők munkanélkülisége, második generációs munkanélküliek, csökkent munkavégzésre való képesség, a társadalmi felzárkózás akadályai.

Analysis of the Public Health Situation as well as Fitness for Work of the Roma and non-Roma Second Generation Unemployed in the Ozd Small Region

Abstract: *Introduction.* In their previous studies the authors found that the so-called second generation young unemployed, who, upon reaching working age could not find work, while their parents were also unemployed have appeared in the Ozd Small Area. *Objective.* Their question was, on the one hand: what is the proportion of the second generation unemployment in the so-called socialist countries, since when and how it is connected to rising unemployment threatening the youth, career starters in Europe; on the other hand the level of education, public health safety of the unemployed, as well as whether the risk management of their life condition, their social remediability on the basis of their medically fit working ability is similar to mass unemployment potentially threatening the European youth. *Method.* The education level, public health safety and fitness for work of ~ 800 first and second generation Hungarian and Roma men and women were assessed with self-filled questionnaire, interview, as well as with medical fitness for work (here physical work) examination used to determine fitness for work in Hungary and the specific parameters were evaluated using partly descriptive statistical methods, partly statistical methods suitable for comparison. *Findings:* They found that with the collapse of the so-called socialist world order second generation unemployed appeared simultaneously, almost at the same time as the start of mass unemployment, contrary to unemployment usually linked to economic crises. Their ratio increases rapidly with time, their level of education is low, their professional skills do not even reach those of the first generation unemployed, their education possibilities, residential public health safety are strongly objectionable and threatens the residential public health-epidemiological safety. Their fitness for physical work is heavily dependent on age. Despite their young age, their unfitness for physical work is more than 9 times that of active, employed workers. Due to their lack of education they are

unsuitable for higher level intellectual work. The majority of parameters defining education, professional training, public health safety is even worse in the case of second generation Roma unemployed as compared with second generation Hungarian unemployed. Conclusions. i) Despite their younger age, the second generation unemployed are more frequently unfit for work upon reaching working age due to health reasons. It seems that the frequency of their diseases starts increasing at a younger age than those of employed workers; ii) the second generation unemployed appeared in former socialist countries immediately following the transition to a market economy, their ratio is rapidly increasing (they make up about 30% of the unemployed in the Ozd Small Area), on their own, without outside help (education, professional training, residential public health safety), they will not be able to attain the average level of quality of life in Hungary and especially not the average level of quality of life in the European Union; iii) the subsidized programmes to combat unemployment of the young can barely be or cannot be successful without the control of their effectiveness and implementation; iv) their fitness for only lower value physical work, without education, which does not make social inclusion possible even during the first phase of their careers (for a group of them, especially in case of the Roma unemployed it is most likely completely inadequate) – will only lead to the deepening of their poverty and their social marginalization, and presumably does not prevent his latter.

Key words: *unemployed, mass unemployment of youth, career starters, second generation unemployed, decreased ability to work, obstacles to social inclusion*

Bevezetés

Az 1900-s évek utolsó évtizede Európa keleti részében a mélyreható társadalmi, politikai és gazdasági változásokkal együtt, a lakosság egy részének a korábbinál is nagyobb szegénységet és munkájának elvesztését hozta magával. A korszerűtlen és gazdaságtalan, állami tulajdonban lévő, elsősorban nagyüzemekre alapozott gazdasági szerkezet átalakítása (pontosabban összeomlása) „melléktermékeként” egy korábban soha nem látott, kizárólag az ún. szocialista világrendszer csődjéhez, összeomlásához kötött tömeges munkanélküliség jelent meg. Csak megjegyezzük: a munkanélküliség jellemzői, a munkanélküliség következményei (beleértve a munkanélkülivé váltak arányát, eredeti foglalkozását, vagy éppen egészségi állapotát) – a Pericles korától a 21. századi pénzügyi-gazdasági világváltsáig több évszázadon át újra meg újra megjelenő, különböző gyökerekből eredő nagyszámú munkanélküliségi hullámot összehasonlítva, elemezve, arra következtethetünk, hogy ezek – egymástól számos meghatározó paraméterben különböznek. A szovjet politikai-hatalmi tömbhöz tartozott

„szocialista” országokban egyik napról a másikra úgy kerültek az utcára a volt munkavállalók, hogy munkahelyük újraműködésére (a munkanélküliek eredeti munkakörben való újraalkalmazására) sem szükség, sem lehetőség nem volt. Ehhez hasonló eredetű jellemzőkkel bíró, következményekkel járó munkanélküliség az ún. szocialista világrendszer összeomlását megelőzően nem volt (1,2,3,4,5,6). Ezek az országok nem tervezték az indokolatlanul és megalapozatlanul kiépített gazdasági rendszerű irreverzibilis válsághoz vezető nehézipar restaurálását, amiért is az itt munkanélkülivé váltak eredeti szakmai képzettségének alkalmazhatósága nem, vagy alig jöhetett szóba. A bevezetésre kerülő piacgazdaság egyes foglalkoztatási ágai, ágazatai stb. vonatkozásában ezek az – egyébként munkájuk elvesztésekor – egészséges emberek reménytelen szociális helyzetbe kerültek; emellett egy jelentős részük iskolázatlansága, másik nagy csoportjuk eredeti szakmájuk megszűnése, valamint szakmai átképzésben való minimális részvétele miatt munkavégzésre is „képzetlenné” vált.

A tízmillió lakosságú, 4,5-5 millió munkavállalóval

dolgozó Magyarországon 1987-ben regisztrálták az „első” munkanélkülieket (szám szerint 6400-an voltak). A munkanélküliség a rendszerváltozás éveiben (1989-1990) és közvetlenül utána vált tömegessé. A munkanélküliek száma 1993-ban már elérte a 600 000-t; számuk ezt követően csökkent, de a pénzügyi-gazdasági világválság hatására újra megnőtt. 2011-ben számuk 468 000 (11,0%) volt (7,8,9). A nagyarányú munkanélküliség számos közegészségügyi problémát okozott és megnövelte a munkanélküliség okozta distresszhez kötött betegségek gyakoriságát (1,2,4,5,10,11,12,13,14,15). A munkanélküliség megoldhatatlansága miatt egyrészt a tartósan munkahely nélküli térségekben tovább nőtt a tartósan munkanélküliek aránya és a tartós munkanélküliség hossza (16,17,18), másrészt – legalábbis az ország legszegényebb kistérségeiben (pl. az Ózdi Kistérségben) – a munkanélküliek (etnikai megoszlásra való tekintet nélkül) életminősége, közegészségügyi biztonsága, egészségkárosodásának, valamint korábbi, vagy újonnan tervezett munkaköre ellátására való alkalmatlanságának gyakorisága tovább nőtt, s egyszersmind hátrányosabban változott meg mint a megyeszékhelyen vagy a fővárosban élő munkanélkülieké (3,4,5,14,17,19,20,21). Mindezekhez (egy „újabb jelenségeként”) főként az ún. volt szocialista országokban, mint Lettország, Csehország, Szlovákia, Lengyelország a fiatalok (többnyire pályakezdők) nagyarányú munkanélkülisége is csatlakozott. Az EU tagállamokban 8,7 millió 19-25 éves fiatal munkanélküliek, 13,7 millió pedig az ún. NEET kategóriába (sem oktatásban, sem képzésben nem részesülnek és nem is dolgoznak) sorolható. Ezekkel a tényekkel valószínűleg összefügg az EU jelentése szerinti azon adat is, hogy 27 millió európai fiatal a szegénység és a kirekesztődés fenyeget (22). A fiatal munkanélküliek (köztük a második generációs munkanélküliek¹) tömegéről, képzettségéről, közegészségügyi biztonságáról, szomatikus, mentálhigiénés egészségi állapotáról, munkára

való alkalmasságáról keveset tudunk, és csak feltételezzük, hogy sérülékenyebbek mint a nem pályakezdő, illetve első generációs² munkanélküliek (4,12,15,17,23). Úgy gondoljuk, hogy ez a csoport a fiatal pályakezdő munkanélküliek csoportján belül is egy speciálisan hátrányos helyzetű népesség, amelynek jövőképét illetően – minthogy Magyarországon a második generációs² munkanélküliek jelentős része roma, és mert a roma munkanélküliek többségének életkörülménye, életminősége összességében a magyar munkanélküliekéénél is rosszabb – a második generációs munkanélküliek hátrányos helyzete hazánk egyes térségeiben feltételezhetően „etnikumfüggő” is (14,24,25).

Mindezek ismeretében az alábbi kérdések megválaszolását tűztük ki célul:

1. Milyen az ún. második generációs roma és nem roma munkanélküliek aránya egy Kistérség összmunkanélkülijei között. Arányuk meghatározó méretű lehet-e a térség közegészségügyi biztonsága szempontjából?
2. Milyen a második generációs munkanélküliek képzettsége, közegészségügyi biztonsága?
3. A második generációs munkanélküliek munkavégzésre való alkalmassága különbözik-e az első generációs munkanélküliekétől, illetve az aktív dolgozókéétól?

Vizsgált népességi csoportok, vizsgálati módszerek, statisztikai értékelés

A vizsgálatokba egyrészt az Ózdi Munkaügyi Központban kötelező foglalkozás-egészségügyi (orvosi) munkaköri és/vagy munkavégzésre való alkalmassági vizsgálaton megjelenő ~800 fő 18-61 éves (cselekvőképes) férfi és nő munkanélkülit vontunk be. A ~800 vizsgálati alanyból négy – nem roma (itt valamennyien magyar nemzetiségűnek vallották magukat) férfi és nő, illetve roma férfi és nő – cso-

1 Második generációs munkanélküliek közé ebben a tanulmányban azokat a munkanélkülieket soroljuk, akik munkaképes koruk elérésétől munkanélküliek és ugyanekkor már szüleik is munkanélküliek voltak. Ezek a munkanélküliek egyszersmind beletartoznak a „pályakezdő munkanélküliek” csoportjába.

2 Első generációs munkanélkülieknek azokat a volt munkavállalókat, dolgozó embereket nevezzük, akik munkaképes korukat követően dolgoztak és később veszítették el munkájukat.

portot képeztünk. A csoportokon belül (a munkanamnézis segítségével) egy-egy első és második generációs munkanélküli (lásd: 1. és 2. lábjegyzet) alcsoportokat is megkülönböztettünk. A vizsgálatokba másrészt – kizárólag a munkavégzésre való alkalmasság összehasonlítása végett – az Ózdi Work Med Foglalkozás-egészségügyi Központban megjelent (876 fő, 467 férfi és 409 nő) aktív dolgozót is bevontunk.

Adatrögzítés, adatkezelés, adatvédelem

A vizsgálatok többségére még a jogszabállyal (2011. évi CVI. törvény) bevezetett első közmunkavégzést megelőzően került sor. Kérdőíves-önkitöltéses, kérdőíves-kikérdezéses (interjús) módszer mellett a foglalkozás-orvostani szakorvosi munkaköri és/vagy munkavégzésre való alkalmasság megítéléséhez szükséges módszereket alkalmaztunk. Az anonimitást biztosító kérdőívek a munkanélküliek demográfiai jellemzőinek, közegészségügyi-járványügyi biztonságának (beleértve a munkanélküliek in-door lakókörnyezeti higiénés helyzetét), munkavégzésre való alkalmasságának megítéléséhez szükséges kérdéseket tartalmaztak. A kérdőívek validáltak voltak. Megjegyzés: a csoportok mentális és szomatikus egészségi állapotának elemzését is elvégeztük (10), de ezek ismeretése jelen közlemény tárgyát csak utalásszerűen képezi.

A vizsgálati alanyok toborzása, a vizsgálatba bevonása, előzetes szóbeli és írásbeli tájékoztatással, önkéntes alapon történt. A munkanélküliek fizikai munkavégzésre való alkalmatlanságának aktív dolgozók hasonló paramétere gyakoriságával való összehasonlítása végett 876 fős, a Work Med Foglalkozás-egészségügyi Központ által ellátott aktívan dolgozó munkavállalóiból álló csoportot alakítottunk ki; ez utóbbiak anonimitását – hasonlóan a teszt-csoportokhoz – megőriztük és csak az orvosi naplóban rögzített adataikat használtuk. Ebben a csoportban az etnikai hivatkozásra nem kérdeztünk³.

A csoportok vizsgálata megfelelt a hazai etikai szabályozások és a Helsinki Deklaráció előírásainak, valamint a címdalán jelzett ETT TUKEB határozatának, továbbá a Semmelweis Egyetem Etikai engedélyeinek.

Statisztikai módszerek: Statisztikai módszerként 2 irányú tabulálással meghatároztuk az egyes értékelési kategóriák eloszlását az egyes nemi vagy etnikai vizsgálati csoportokban, és az ezek közötti különbséget Pearson khi-négyzet próba segítségével értékeltük. A különbséget akkor tekintettük szignifikánsnak, ha $P < 0,05$.

Egyes független változóknak (etnikum, foglalkoztatottság) a vizsgált kimenetekben játszott szerepét egyváltozós, illetve többváltozós logisztikus regressziós eljárással elemeztük, ez utóbbiak esetén nemre és korra korrigáltunk. Az így kiszámolt esélyhányadost (odds ratio, OR) és annak 95%-os megbízhatósági tartományát (95% confidence interval, 95% C.I.) akkor tekintettük statisztikailag szignifikánsnak, ha a megbízhatósági tartomány nem tartalmazta az 1-es értéket, azaz a tartomány alsó és felső határa egyaránt vagy az 1-es érték alatt, vagy a felett volt.

Folytonos változóknál a csoportonkénti átlagértékeket Mann-Whitney-féle nem-paraméteres U-próbával hasonlítottuk össze. A statisztikai számításokat STATA/SE 10.0 programcsomag segítségével végeztük. A szignifikancia szintjét a P érték feltüntetésével vagy csillag karakterekkel jelöltük:

*: $P < 0,05$; **: $P < 0,01$; ***: $P < 0,001$.

Eredmények

ad1 Első és második generációs roma és nem roma munkanélküliek arányának becslése a Kistérségben, munkanélküliség jellemzői

³ A etnikai hovatartozásra azért nem kérdeztünk, mert a rasszizmustól sem mentes térségben el kívántuk kerülni, hogy egy későbbi esetleges munkanélkülivé válást vizsgálatainkkal bárki is összefüggésbe hozhassa.

A vizsgálatokon a megjelenés sorrendjében részt vett több mint 800⁴ munkanélküli vizsgálati alany közül 498 fő magyarnak, 352 fő romának vallotta magát, más nemzetiségűnek, etnikumhoz tartozónak senki sem tartotta magát. A vizsgálati alanyok közül 564 fő (43,6%) az első, 218 személy (28,5%) a második generációs munkanélküliek közé került besorolásra. A 218 második generációs munkanélküli közül 96 magyar, 122 roma volt. Az első generációs munkanélküliek átlagos életkora 43,6 ($\pm 10,8$), a második generációs munkanélkülieké 28,5 ($\pm 6,9$) év volt; a különbség szignifikáns, $P < 0,001$. Az értékelhető választ adó munkanélküliek nemek szerinti megoszlása: 56% férfi és 44% nő volt. Az aktív foglalkoztatott csoport 876 fő, etnikai (durva becsléssel), és nemek szerinti megoszlása ± 5 -10 %-kal különbözött az egyes munkanélküli csoportokétól. (Lásd még: a negyedik lábjegyzetben rögzített megjegyzést.)

Az első generációs munkanélküliek legnagyobb csoportja a 10 évnél régebben munkanélkülieké, ennek a csoportnak a többsége a rendszerváltozást követő első napoktól vagy első néhány évet követően munkanélküli lett. A térségben a rendszerváltozáskor még munkaviszonyban levő dolgozók egy része „csak” 1-10 évvel később vált munkanélkülivé (62%). Hozzá kell azonban tenni, hogy a jelentős arányban GYES-n, GYED-n, vagy GYET-n lévő (főként roma) asszonyok csak ezeknek a támogatásoknak a megszűnését követően váltak „hivatalosan” munkanélkülivé. Ha a rendszerváltozást követő időben öregségi nyugdíjba vonultakat is figyelembe vesszük, durva becsléssel a vizsgált népesség több mint fele 1989-1990 óta megszakítás nélkül, tartósan munkanélküli. A vizsgált első generációs munkanélküliek átlagos munkanélküliségi időtartama 8,9 ($\pm 6,4$) év, míg a második generációs munkanélküliek átlagosan 6,4 ($\pm 5,4$) év volt. (A munkanélküliség időtartama közötti különbség erősen szignifikáns: $P < 0,001$)

⁴ az egyes paraméterek esetében csak a kérdőívek adott kérdésre válaszolóival számoltunk. Ez az oka, hogy a különböző paraméterek elemszámai valamennyi táblázaton nem azonosak.

ad2 Az első és a második generációs munkanélküliek iskolázottsága és közegészségügyi biztonsága

Iskolázottság. Az első és második generációs munkanélküliek iskolázottságát mutatjuk be az **IA táblázaton**. Mind az első, mind a második generációs munkanélküliek esetében nagy a 8 általánost sem elvégzettek aránya (34,7% vs. 27,5%; a különbség nem szignifikáns). Fontos azonban: a 8 általánost sem elvégzettek aránya a második generációs roma munkanélküliek között szignifikánsan haladja meg második generációs magyar munkanélküliek közötti arányt (roma: 34,4%, magyar: 18,7%; $P < 0,05$). A 8 általánost a második generációs roma munkanélküliek szignifikánsan nagyobb arányban végezték el, mint a második generációs magyar munkanélküliek (roma: 50,8%, magyar: 31,3%; $P < 0,01$; **IB táblázat**). Ez azonban nem jelent valódi különbséget, mert a szakmunkásképzőt (férfiak és nők egyaránt) a 8 általánost követően végzik el. Minthogy a szakmunkásképzőt végzett magyar munkanélküliek száma/aránya sokkal nagyobb mint a romáké, ezért a 8 általánost elvégző második generációs magyar munkanélküliek aránya összességében meg is haladja a romákét. Vagyis: az iskolázottságot a nemzetiségi/etnikai hovatartozás a romákra nézve hátrányosan befolyásolja (**IA és IB táblázatok**).

Mind az első, mind pedig (és különösen) a második generációs magyar és roma munkanélküliek között egyaránt alig van érettségizett személy (28 fő vs. 3 fő; **IA és IB táblázatok**). Egyetemet/főiskolát végzettek között a vizsgálati alanyaink esetében mindkét generációban (a romák és magyarok között együttesen) mindössze 1-1 személy volt.

Szakképzettség. A szakképzetlen munkanélküliek aránya az első generációs munkanélküliek között is csaknem eléri az 50%-t, de a második generációs munkanélkülieké ezt az arányt szignifikánsan meg is haladja (46,4% vs. 55,5%; $P < 0,05$; **IIA táblázat**).

Legmagasabb iskolai végzettség az első és második generációs munkanélküliek körében (mindkét nem együtt)

Legmagasabb Iskolai végzettség	Magyar		Roma		Együtt	
	1. generációs	2. generációs	1. generációs	2. generációs	1. generációs	2. generációs
< 8 osztály	94 (26,7%)	18 (18,7%)	102* (48,1%)	42 (34,4%)	196 (34,7%)	60 (27,5%)
Általános iskola (8 o.)	82 (23,3%)	30 (31,3%)	83 (39,1%)	62* (50,8%)	165 (29,3%)	92*** (42,2%)
Szakmunkásképző	147 (41,8%)	44 (45,8%)	26 (12,3%)	17 (13,9%)	173 (30,7%)	61 (28,0%)
Gimnázium, érettségi	27 (7,6%)	2 (2,1%)	1 (0,5%)	1 (0,8%)	2 8(5,0%)	3 (1,4%)
Egyik sem	2 (0,6%)	2 (2,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (0,3%)	2 (0,9%)
Összesen	352 (100,0%)	96 (100,0%)	212 (100,0%)	122 (100,0%)	564 (100,0%)	218 (100,0%)

Fontos, hogy a második generációs szakképzetlen roma munkanélküliek aránya a magyarokét is nagymértékben meghaladja. A magyarok 32,3%-ának, a romák 73,8%-ának nincs szakmája; a különbség igen erősen szignifikáns ($P < 0,001$; **IIB táblázat**). A szakképzetlen roma munkanélküliek aránya mind az első, mind a második generációk esetében több mint kétszeresen haladja meg a magyarok közötti szakképzetlenek arányát (**IIB táblázat**). Összevonva a magyar és roma munkanélküliek szakközépiskolát végzettjeit (az össz-arány kicsi), az első generációsok között a szakközépiskolát végzettek aránya kismértékben, de meghaladja a második generációsok közötti szakközépiskolát végzettek arányát. Mind az első, mind a második generációs munkanélküliek között 1-1 felsőfokú végzettségű szakember van (**IIB táblázat**).

Közegészségügyi viszonyok, környezet-egészségügyi jellemzők

Lakóhelyi (in-door) környezet. 555 első és 217 második generációs munkanélküli férfi és nő adatait értékeltük. A második generációs munkanélküli férfi és nő 59,1%, illetve 58,9 %-a városban, 33,5%, illetve 25,2%-a ($P < 0,05$) községekben él. A

cigánytelepeken és a telepszerű elrendeződésben a második generációsok 15,4%-a lakik, s ez az arány a hasonló lakókörnyezetben élő első generációsok arányát (6,3%) szignifikánsan ($P < 0,01$) meghaladja. A lakástulajdonos első generációsok aránya 55,8%, a második generációs munkanélküliek között a lakástulajdonosok aránya 44,0% ($P < 0,01$). A lakások többsége mindkét generáció esetében téglából épült; a vályogházak aránya 15,8%, a vertfalból készült lakásoké 6,2%. A lakások építészeti állapotát mind az első, mind a második generációsok közel egyharmada (30,3% vs. 32,3%-át) csak elfogadhatónak, 5,7% vs. 6,4%-a rossznak minősítette. Megjegyzés: helyszíni szemlével valamennyi roma telepi lakást emberi lakhelyként elfogadhatatlannak (**1. ábra**), míg a telepszerű elrendeződésben élő romák lakásainak csaknem felét erősen kifogásolhatónak minősítettük. Közegészségügyi szempontokat (penészesedés, vizes falak, lakáson belüli rovarok, esetenként rágcsálók stb.) is figyelembe véve a lakások nagyobb részét (~80%-t) minősítettük megfelelő életvitelre alkalmatlannak mind az első, mind a második generációs munkanélküliek esetében. Hangsúlyozzuk azonban: az első generációs munkanélküliek 21,8 %-a, a második generációs munkanélküliek mintegy 33,3%-a közös

Első és második generációs munkanélküliek iskolázottsága

	1. generációs munkanélküliek						2. generációs munkanélküliek					
	Férfiak		Nők		Mindkét nem együtt		Férfiak		Nők		Mindkét nem együtt	
	Magyar	Roma	Magyar	Roma	Magyar	Roma	Magyar	Roma	Magyar	Roma	Magyar	Roma
Legmagasabb iskolai végzettség												
< 8 osztály	46 (22,9%)	48*** (44,4%)	48 (31,8%)	54** (51,9%)	94 (26,7%)	102*** (48,1%)	11 (20,0%)	22* (30,6%)	7 (17,1%)	20* (40,0%)	18 (18,7%)	42* (34,4%)
Ált. isk (8 o.)	46 (22,9%)	40** (37,0%)	36 (23,8%)	43** (41,4%)	82 (23,3%)	83*** (39,1%)	20 (36,4%)	38 (52,8%)	10 (24,4%)	24* (48,0%)	30 (31,3%)	62** (50,8%)
Szaktanulmányok	90*** (44,8%)	20 (18,5%)	57*** (37,8%)	6 (5,8%)	147*** (41,8%)	26 (12,3%)	22** (40,0%)	11 (15,3%)	22*** (53,6%)	6 (12,0%)	44*** (45,8%)	17 (13,9%)
Gimnázium, érettség	17** (8,5%)	0 (0,0%)	10 (6,6%)	1 (1,0%)	27*** (7,6%)	1 (0,5%)	2 (3,6%)	1 (1,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (2,1%)	1 (0,8%)
Egyik sem	2 (1,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (0,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (4,9%)	0 (0,0%)	2 (2,1%)	0 (0,0%)
Összesen	201 (100,0%)	108 (100,0%)	151 (100,0%)	104 (100,0%)	352 (100,0%)	212 (100,0%)	55 (100,0%)	72 (100,0%)	41 (100,0%)	50 (100,0%)	96 (100,0%)	122 (100,0%)

Legmagasabb szakmai végzettség az első és második generációs munkanélküliek körében (mindkét nem együtt)

Legmagasabb szakmai végzettség	Magyar		Roma		Együtt	
	1. generációs	2. generációs	1. generációs	2. generációs	1. generációs	2. generációs
Nincs szakma	112 (31,9%)	31 (32,3%)	150 (70,8%)	90*** (73,8%)	262 (46,4%)	121* (55,5%)
Tanfolyam betanított munkához	39 (11,1%)	14 (14,6%)	28 (13,2%)	14 (11,5%)	67 (11,9%)	28 (12,8%)
Szaktanús	160 (45,6%)	43 (44,8%)	29 (13,7%)	16 (13,1%)	189 (33,5%)	59 (27,1%)
Középiskolai végzettséghez kötött szakmai tevékenység	36 (10,3%)	7 (7,3%)	3 (1,4%)	1 (0,8%)	39 (6,9%)	8 (3,7%)
Egyetem/főiskola	1 (0,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)	1 (0,2%)	1 (0,5%)
Egyik sem az említettek közül	3 (0,8%)	1 (1,0%)	2 (0,9%)	0 (0,0%)	6 (1,1%)	1 (0,5%)
Összesen	351 (100,0%)	96 (100,0%)	212 (100,0%)	122 (100,0%)	564 (100,0%)	218 (100,0%)

háztartásban, ugyanabban a lakásban él. További jellemzők közül megemlíthetjük: az első generációs munkanélküliek 25,1%-a, a második generációs munkanélküliek 38,3%-a ($P < 0,001$) egyetlen helyiséges lakásban él; az egy főre jutó üléshelyek az első és a második generációsok esetében $1,75 \pm 1,92$ vs. $1,40 \pm 1,44$ ($P < 0,001$); az egy főre jutó fekvőhelyek száma az első generációs munkanélküliek esetében $1,37 \pm 0,89$, a második generációs munkanélküliek esetében $1,16 \pm 0,69$ ($P < 0,001$). Mindkét generáció esetében nagy arányban kifogásolható a lakások (szobáinak) padozata⁵ (kőlapos 28,3% vs. 38,8%; $P < 0,01$), a hagyományos fűtés nagy aránya (53,7% vs. 59,3%), továbbá, hogy a lakásokban nagy arányú a dohányzók száma (55,9% vs. 66,8%; $P < 0,01$), gyenge a megvilágítás (28,6% vs. 39,2%; $P < 0,01$) (III. táblázat)

In-door környezet nemzetiség/etnikum szerinti jellemző különbségek. A felsorolt paraméterek többsége a második generációs roma munkanélkülieket

a második generációs magyarokénál jobban sújtja (III. táblázat). A telepeken élő munkanélküliek gyakorlatilag kivétel nélkül romák. Kiemelést ér-



1. ábra. Roma telep részlete. A lakások többsége egyetlen (udvarra nyíló) helyiségből áll, a házak beáznak, a lakások fala penészes, a házakban gyakoriak a rácsálók és a rovarok. A lakások környezete gyakran gondozatlan, gazos, elhanyagolt. Helyszíni szemlével valamennyi roma telep lakást emberi lakhelyként elfogadhatatlannak, életvitelre alkalmatlannak, közegészségügyi szempontból aggályosnak minősítettünk.

⁵ Ebben az alfejezetben és a dolgozat további részeiben ha külön nem jelezzük, az előre írt számszerű adat a magyar, a második helyre illesztett számszerű adat a romákra vonatkozik.

Első és második generációs magyar és roma munkanélküliek közegészségügyi biztonságát jellemző paraméterek összehasonlítása

Összehasonlított paraméterek	1. generáció		2. generáció		1. és 2. generációk összehasonlítása (Magyar és roma együtt)
	Magyar (n=341)	Roma (n=214)	Magyar (n=95)	Roma (n=122)	
Városban élők aránya (%)	53,1%	68,2%***	59,0%	57,4%	58,9%
Községben él (%)	41,4%***	20,6%	30,5%	20,5%	25,2%
Saját tulajdonú lakásban élők aránya (%)	64,6%***	41,2%	50,0%	39,3%	44,0%
Téglából épült épületek aránya (%)	73,1%	72,6%	69,2%	84,3%**	77,7%
Vályogépületek (lakások) aránya (%)	6,3%	11,8%*	3,2%	10,7%	7,4%
Vertfalú épületek (lakások) aránya (%)	3,4%	10 (4,7%)	4,3%	0,8%	2,3%
Lakás építészeti állapota					
- elfogadható (%)	24,6%	39,6%***	25,3%	37,7%*	32,3%
- rossz (%)	5,4%	6,1%	3,2%	9,0%	6,4%
Lakás közegészségügyi állapota					
- penészes falak (%)	26,9%	41,7%***	21,7%	43,4%***	34,1%
- beázás, vizes falak (%)	28,7%	37,4%*	26,7%	44,3%**	22,2%
- rácsálók gyakori előfordulása (%)	1,2%	3,8%	3,2%	1,7%	2,3%
- rovarok gyakori előfordulása (%)	2,6%	1,9%	2,1%	1,6%	1,8%

Lakások átlagos alapterülete (m ²)	62,0 ± 23,5***	49,0 ± 21,0	56,0 ± 18,0***	46,5 ± 20,6	57,0±23,4**	50,6±20,0
Egyetlen helyiségben élők aránya (%)	13,3%	43,8%***	11,5%	58,8%***	25,1%	38,3%***
Egy lakásban együtt élők száma (fő)	2,94 ± 1,47	4,20 ± 2,24***	3,84 ± 2,05	4,33 ± 1,79	3,4±1,9***	4,1±1,9***
Egy lakosra jutó átlagos lakóterület (m ²)	27,5 ± 17,8***	15,5 ± 10,6	20,4 ± 17,6***	15,1 ± 14,6	22,8±16,4***	17,3±16,1
Egy főre jutó üőhelyek száma (db)	2,07 ± 2,17***	1,25 ± 1,33	1,60 ± 1,82	1,25 ± 1,08	1,75±1,9**	1,40±1,44
Egy főre jutó fekvőhelyek száma (db)	1,55 ± 0,99***	1,08 ± 0,60	1,29 ± 0,81**	1,06 ± 0,57	1,37±0,89	1,16±0,69
Fa-, parketta padozatú lakások aránya (%)	61,7%***	36,6%	48,4%	34,7%	52,1%	40,7%
Kő-, kőlap padozatú lakások aránya (%)	21,7%	39,0%***	33,3%	43,0%	28,3%	38,8%***
Vízellátás hálózati vízvezetékkel (%)	64,4%***	50,5%	67,0%***	40,2%	59,4%	51,6%
Hálózati ivóvíz hiánya (ellátás közifolyóról) (%)	9,0%	20,1%***	11,0%	37,7%***	13,2%	26,3%***
Fürdőszoba hiánya (%)	23,1%	47,4%***	13,2%	52,5%***	32,3%	35,7%
Meleg, folyóvízes fürdési lehetőség aránya (%)	30,0%***	10,3%	26,4%*	13,1%	22,5%	18,8%
Fürdésre csak hideg víz áll rendelkezésre (%)	13,8%	23,9%**	23,1%	29,5%	17,7%	26,8%***
Vízöblítéses WC hiánya (%)	20,7%	50,0%***	18,3%	59,8%***	31,8%	41,9%***
Lakáson belüli vízöblítéses WC aránya (%)	74,6%***	49,1%	76,6%***	41,0%	65,5%	56,6%
Lakáson kívüli WC (árnyékszék) aránya (%)	25,4%	50,9%***	23,4%	59,0%***	35,0%	43,5%*
Hagyományos kályhafűtésű lakások aránya (%)	47,0%	64,5%***	41,1%	73,6%***	53,7%	59,3%
Megvilágítás gyenge, olvasásra nem vagy alig alkalmas (%)	2,3%	4,7%	1,1%	8,2%*	28,6%	39,2%***
Lakásban dohányzók aránya (%)	47,5%	69,5%***	43,2%	85,7%***	55,9%	66,8%***

demel: a telepeken élő második generációs munkanélküliek aránya szignifikánsan meghaladja az első generációs roma munkanélküliek arányát.

Out-door környezet. Közegészségügyi biztonság (ezen belül a járványügyi biztonság) szempontjából kiemelten kell elemeznünk a munkanélküliek vízellátását. Megállapítottuk, hogy a második generációs munkanélkülieknek csak alig több mint a fele (51,6%) élvezheti a hálózati vízellátás (higiénés szempontból) kedvező hatását. Bár az első generációs munkanélküliek vízellátása is messze van a kifogástalantól mégis jobb, mint a második generációsoké. Oka, hogy az első generációsok hálózati vízellátása (59,4%) csaknem szignifikánsan ($P=0,052$) nagyobb arányú, mint a második generációsoké. Kiemelten kell megemlíteni a roma telepek közkifolyóból eredő vízellátását (**2. ábra**).



2. ábra. A cigány telepek vízellátása nem megoldott. A vizet közkifolyókból nyerik, amelyek a telepek szélétől gyakran 50-200 m-re találhatóak. A vizet télen-nyáron be kell vinni a lakásba, ahol tárolják. A tárolt vízből kell megoldani az ivást, a főzést, a mosogatást, a mosást és a mosakodást. A tárolóedényben a víz esetenként megpang, szennyeződhet. A fertőzések kockázatát a közkifolyós vízellátás megnöveli.

A második generációs munkanélküliek nagyobb aránya (26,3%) nyeri a vizet a közkifolyóból, mint az első generációs munkanélküliek (13,2%); a különbség szignifikáns ($P<0,001$). Ismeretesen a közkifolyó a telepek szélétől kb. 50-200 m-re van, belőle csak hideg víz folyik. Ezt télen, nyáron be kell vinni a lakásba, ahol tárolják. Ebből a tárolt vízből lehet inni, főzni, mosakodni, mosogatni, mosni stb. A vizet tároló edényben a víz esetenként megpang, esetenként a család által ivásra, merítésre használt egyetlen pohár, bögre révén szennyeződhet. A heveny fertőzések kockázatát a közkifolyós vízellátás megnöveli.

A második generációs munkanélküliek 12,2%-a alig vagy nem ismert minőségű házi vízvezetékben nyeri a vízellátását, közel 10%-a pedig nem vízvezetékben, hanem kútból (esetleg más forrásból) elégti ki vízigényét. Az első generációs munkanélküliekhez viszonyítva a második generációs munkanélküliek a fürdőszoba hiánya és a meleg folyóvízes fürdés vonatkozásában nem, míg a csak hideg vízes fürdési lehetőség, a vízöblítéses WC-k vagy a házban belüli vs. házban kívüli WC-k vonatkozásában szignifikáns hátrányban vannak. Az ivóvíz minőségű vízellátási hiányosságok önmagukban is elégtelen közegészségügyi biztonságot eredményeznek, ami a telepi, falusi vagy meghatározott városi térségek járványügyi biztonságának veszélyével vagy direkt egészségkárosítási hatásával jár együtt.

Ha a közegészségügyi biztonságra jellemző paraméterek etnikai hovatartozás szerinti megbontását elemezzük, kiderül, hogy a **III. táblázat** „együtt” kategóriájának értékei alapján leírtak mögött első sorban az első és a második generációs roma munkanélküliek nagyon rossz közegészségügyi biztonságra utaló adatai lelhetők fel (**III. táblázat**).

A vízellátáshoz kötött problémák mellett szignifikánsan hátrányosabb helyzetben vannak a második generációs magyar munkanélkülieknél a második generációs roma munkanélküliek a **III. táblázaton** az említetteken túl feltüntetett további környezetegészségügyi, lakóhelyi jellemzők vonatkozásában.

ban is. A táblázatból a hátrányos jellemzők közül kiemeljük a következőket: tisztálkodásra, a mosó-, a tisztítószerre, a mosakodásra költött pénz kis összegét, a lakásokban a dohányzók nagy arányát, az egy főre jutó fekhelyek elégtelen számát – ez különösen a második generációs roma munkanélküliek esetében jellemző.

A második generációs munkanélküliek megélhetésének módja, jövedelmének forrása, mértéke, szociális helyzetének becslése. Mind az első, mind a második generációs munkanélküliek helyzete, megélhetésének módja, jövedelme munkanélküliségének kifejezett hátrányos hatása mellett függ családi állapotától (házas, nőtlen, hajadon, házasszéltárs gazdaságilag aktív, kap-e támogatást stb.) A második generációsok 40,3%-a nőtlen/hajadon, 54,9%-a együtt él házasszéltársával ($P < 0,01$). A második generációs nők 25,6%-a GYES-en vagy GYED-en (8,9%-a GYET-en) van; az első két paraméter aránya szignifikánsan meghaladja az első generációsokét (14,3%, $P < 0,001$). Kiemelést érdemel, hogy a második generációs munkanélküliek több mint egyötödének (23,7%) nincs keresete. Fontos, hogy ~ 21%-ukat a szülők tartják el. A második generációsok esetében az eltartott kiskorúak, az eltartott iskolakötelezett gyermekek aránya szignifikánsan meghaladja az első generációs munkanélküliekét. Összességében: egyrészt a második generációs munkanélküliek egy főre jutó havi jövedelmének etnikai alábontása a romák esetében nagyon alacsony (Ft), minden időpontban elmaradt a viszonylag gyakran változó létminimum, élelmiszerkosár értékétől, illetve a szegénységi küszöbötől; kérdőíves adatszolgáltatásunknak erre a kérdésre adott válasz elemzésének eredményét, minthogy a kérdőívek anyagi kérdésekre adott válaszainak „kemény adat”-kénti kezelése nem kielégítően korrekt, nem közöljük. A közös háztartásban élő első generációs magyar munkanélküliek havi összjövedelme $95\,049 \pm 58\,656$ Ft, a romáké $94\,616 \pm 46\,667$ Ft; a második generációs magyaroké $103\,442 \pm 45\,506$ Ft, a második generációs romáké $93\,484 \pm 34\,546$ Ft. A háztartások átlagos havi „jövedelmében” nincs különbség (lásd még

diskusszió). A roma háztartásokban élők száma nagyobb, mint a magyar háztartásban élőké, így az egy főre jutó jövedelem biztosan kisebb, mint a magyar munkanélküliek esetében. Arra a kérdésre, hogy a „nem kereső” magyar vagy roma háztartás tagjai miből élnek meg (feketegazdaság, ún. „lát-hatatlan gazdaság”?), az alkalmazott módszerünkkel választ nem kaptunk. A második generációs munkanélküliek jelentősen kevesebbet költenek magukra, mint az első generációsok (első generációsok: 7887 Ft/fő/hó; második generációsok: 5959 Ft/fő/hó; $P < 0,01$). A második generációsok 18%-ának nincs jövedelempótlása; ez az első generációsok hasonló paramétere értékének 23%-a. A jövedelempótlás nélküliek megélhetéséről a kérdőívekkel nem sikerült megbízható adatokat gyűjteni.

ad 3 A második generációs munkanélküliek munkavégzésre való alkalmassága

A kérdéskörrel szorosan összefüggő egészségi állapottal, munkanélkülieket sújtó betegségekkel, ezek etiológiájával külön közleményben (10) foglalkozunk, itt csak az alábbiakat emeljük ki a **IV. táblázatban** összegzett figyelembevételével. A táblázatból leolvasható, hogy mind a magyar (13,6% vs. 7,4%; $P < 0,05$), mind a roma (24,5% vs. 10,0%; $P < 0,01$) első generációs munkanélküliek között a (fizikai) munkavégzésre alkalmatlanok aránya szignifikánsan meghaladja a hasonló nemzetiséghez/etnikumhoz tartozó második generációs munkanélküliek közötti (fizikai) munkavégzésre alkalmatlanok arányát. A statisztikailag meghatározott megállapítás úgy is igaz, hogy a fizikai munkavégzésre való alkalmatlanság az első generációs munkanélküliek között gyakoribb, mint a második generációs munkanélküliek között (17,7% vs. 8,9%; $P < 0,01$). Fontos azonban elemezni az életkor és a munkavégzésre való alkalmatlanság gyakoriságának összefüggését (**V. táblázat**). A táblázatból látszik, hogy amíg az első generációs munkanélküliek legfiatalabb és középkorú korcsoportjaiban az alkalmatlanok aránya 8-9%, addig a legidősebb korcsoportban ~25%. A második generációs mun-

Első és második generációs munkanélküliek fizikai munkára való alkalmatlansága
Generációs szempontú elemzés

Mindkét nem együtt

Alkalmasság	Magyar		Roma		Együtt	
	1. generáció	2. generáció	1. generáció	2. generáció	1. generáció	2. generáció
Alkalmas*	305 (86,4%)	87 (92,6%)	160 (75,5%)	108 (90,0%)	465 (82,3%)	195 (91,1%)
Alkalmatlan	48* (13,6%)	7 (7,4%)	52** (24,5%)	12 (10,0%)	100** (17,7%)	19 (8,9%)
Összesen	353 (100,0%)	94 (100,0%)	212 (100,0%)	120 (100,0%)	565 (100,0%)	214 (100,0%)

*Magában foglalja az összesen 13 fő (1,67%) ideiglenesen alkalmatlant is

IVA táblázat

Férfiak

Alkalmasság	Magyar		Roma		Együtt	
	1. generáció	2. generáció	1. generáció	2. generáció	1. generáció	2. generáció
Alkalmas	179 (88,6%)	50 (92,6%)	90 (82,6%)	64 (91,4%)	269 (86,5%)	114 (91,9%)
Alkalmatlan	23 (11,4%)	4 (7,4%)	19 (17,4%)	6 (8,6%)	42 (13,5%)	10 (8,1%)
Összesen	202 (100,0%)	54 (100,0%)	109 (100,0%)	70 (100,0%)	311 (100,0%)	124 (100,0%)

IVB táblázat

Nők

Alkalmasság	Magyar		Roma		Együtt	
	1. generáció	2. generáció	1. generáció	2. generáció	1. generáció	2. generáció
Alkalmas	126 (83,4%)	37 (92,5%)	70 (68,0%)	44 (88,0%)	196 (77,2%)	81 (90,0%)
Alkalmatlan	25 (16,6%)	3 (7,5%)	33** (32,0%)	6 (12,0%)	58** (22,8%)	9 (10,0%)
Összesen	151 (100,0%)	40 (100,0%)	103 (100,0%)	50 (100,0%)	254 (100,0%)	90 (100,0%)

A munkára való alkalmasság megoszlása az első és második generációs munkanélküliek különböző korcsoportjaiban

Korcsoport	Alkalmasság	1. generáció	2. generáció	Együtt
18-29 éves	Alkalmas	65 (91,6%)	104 (89,7%)	169 (90,4)
	Nem alkalmas	6 (8,4%)	12 (10,3%)	18 (9,6%)
	Összesen	71 (12,6%)	116 (54,2%)	187 (24,1%)
30-44 éves	Alkalmas	171 (91,0%)	90 (93,8%)	261 (91,9%)
	Nem alkalmas	17 (9,0%)	6 (6,2%)	23 (8,1%)
	Összesen	188 (33,5%)	96 (44,9%)	284 (36,6%)
45-61 éves	Alkalmas	227 (74,9%)	1 (50,0%)	228 (74,8%)
	Nem alkalmas	76 (25,1%)	1 (50,0%)	77 (25,2%)
	Összesen	303 (53,9%)	2 (0,9%)	305 (39,3%)
Együttesen	Alkalmas	463 (82,4%)	195 (91,1%)	658 (84,8%)
	Nem alkalmas	99 (17,6%)	19 (8,9%)	118 (15,2%)
	Mindösszesen	562 (100,0%)	214 (100,0%)	776 (100,0%)

Az egyes változók és a munkára való alkalmatlanság összefüggései

Változók a modellben	Viszonyítási alap (OR=1,00)	Nyers összefüggés			Korrigált összefüggés*		
		OR	95% C.I.	P érték	OR	95% C.I.	P érték
Nem (nők)	férfiak	1,78	1,20-2,64	0,004	1,84	1,22-2,78	0,004
Roma	magyar	1,70	1,15-2,52	0,008	2,09	1,37-3,19	0,001
45-61 éves korcsoport	18-29 évesek	3,17	1,83-5,50	<0,001	3,62	1,81-7,27	<0,001
1. munkanélküli generáció	2. generáció	2,21	1,31-3,71	0,003	1,11	0,57-2,17	0,757

*Korrekciós tényezők: nem, etnikum, *korcsoport*, munkanélküliségi generáció

**Munkavégzésre való alkalmatlanság esélye az első és második generációs munkanélküliek
esetében az aktív dolgozókhoz viszonyítva**

Alkalmasság	1. generációs munkanélküliek (mindösszesen)	2. generációs munkanélküliek (mindösszesen)	Aktív dolgozók
Alkalmas	463 (82,4%)	195 (91,1%)	867 (99,0%)
Alkalmatlan	99 (17,6%)	19 (8,9%)	9 (1,0%)
Összesen	562 (100%)	214 (100,0%)	876 (100,0%)
Alkalmatlansági esély- hányados (az aktívakhoz viszonyítva) OR (95% CI)	20,60 (10,28-46,72)	9,39 (3,96-23,86)	1,00

A VIB táblázat adatai korcsoportonkénti bontásban

Korcsoport	Alkalmasság	1. generáció	2. generáció	Aktív dolgozók
18-29 éves	Alkalmas Nem alkalmas Összesen	65(91,6%) 6*** [a] (8,4%) 71(12,6%)	104(89,7%) 12***[a] (10,3%) 116(54,2%)	219(100%) 0(0,0%) 219(25,0%)
30-44 éves	Alkalmas Nem alkalmas Összesen	171(91,0%) 17***[a] (9,0%) 188(33,5%)	90(93,8%) 6**[a] (6,2%) 96(44,9%)	335(99,1%) 3 (0,9%) 338(38,6%)
45-61 éves	Alkalmas Nem alkalmas Összesen	227(74,9%) 76***[a] (25,1%) 303(53,9%)	1(50,0%) 1*[a] (50,0%) 2(0,9%)	313(98,1%) 6 (1,9%) 319(36,4%)
Együttesen	Alkalmas Nem alkalmas	463(82,4%) 99***[a] (17,6%)	195(91,1%) 19***[a] (8,9%)	867(99,0%) 9 (1,0%)
Mindösszesen		562 (100,0%)	214 (100,0%)	876 (100,0%)
Alkalmatlansági esélyhányados (az aktívakhoz viszonyít- va) OR (95% CI)		20,60 (10,28-46,72)	9,39 (3,96-23,86)	1,00

[a] az aktív dolgozók azonos korcsoportjához viszonyítva; *P<0,05; ** P<0,01, *** P<0,001

kanéklükiek között csak nagyon kisszámú egyén szerepelt a legidősebb korcsoportban. (Megjegyzés: az idő előrehaladása a 2. generációsok esetében is kedvezőtlenül hat.)

Az elvégzett logisztikus regressziós elemzés eredményei szerint a nem és az etnikum nem befolyásolta a munkanélküli generációk és az alkalmatlanság összefüggését, azonban, ha a korcsoportot is felvettük a modellbe, az összefüggés elvesztette szignifikanciáját, ami azt jelenti, hogy nem az alkalmatlanság és a munkanélküliségi generáció, hanem az alkalmatlanság és a korösszetétel között van szignifikáns összefüggés (**VIA táblázat**). Megjegyzés: jelenleg nincs olyan módszerünk, amellyel a munkanélküliség életkorra való hatását vizsgálhattuk volna. Ezért jelen állításunk megfelelő vizsgáló módszer kidolgozását és alkalmazását követően változhat.

Megjegyezzük még: mindkét nemben, minden korcsoportban szignifikáns különbség van az aktív munkavállalók és a munkanélküliek munkára való alkalmasságában. A teljes vizsgált populációra vonatkozólag (azaz mindkét nemet és valamennyi korcsoportot, mindkét generációs munkanélkülieket összevonva), a munkanélküliek körében 16,7-szer nagyobb a kockázata a munkára való alkalmatlanságnak, mint az aktív munkavállalók körében [$OR=16,72$; 95% C.I.: 8,18-35,40; **VII. táblázat**] (10). Jelen témánk vonatkozásában azonban a **VIB és VIC táblázatokon** feltüntetett adatok fontosak! Eszerint az első generációs munkanélkülieknek az aktív dolgozókhoz viszonyított alkalmatlansági esélye 20,6-szoros, a második generációsoké pedig 9,39-szeres. Ha a **IV. táblázatot** tovább elemezzük, az is valószínűsíthető, hogy a különbségekért az életkor előrehaladása mellett főként a nők (közülük is elsősorban a roma nők) kifogásolható egészségi állapota, fizikai munkavégzésre való alkalmatlanságának nagy gyakorisága felelős (**IVA és IVB táblázatok**). Amint említettük a kérdéskör további elemzését Morvai (10), valamint Ungváry és munkatársai (12) közleményeiben mutatjuk be. Az ezekben a közleményekben elemzésre kerülő etiológia mellett

a vizsgált második generációs munkanélküliek foglalkoztathatósága szempontjából egy meghatározó tényezőt itt is kiemelünk. Feltűnhetett, hogy a foglalkoztatásra, munkavégzésre való alkalmasság vagy alkalmatlanság szavak/fogalmak előtt csaknem minden esetben szerepelt a „fizikai” jelző. Ennek hangsúlyozása a vizsgált munkanélküliek iskolázottságának, képzettségének ismeretében sajnálatos módon evidencia. A megismert iskolai végzettség mellett a felsőfokú iskolázottságot igénylő szellemi foglalkoztatásra való orvosi alkalmassági vizsgálat nem indokolt. Erre a kérdésre, amely különösen a roma etnikum szempontjából meghatározó jelentőségű, „Megbeszélés” fejezetünkben visszatérünk.

Megbeszélés

Eredményeinket megfogalmazott kérdéseink sorrendjében, vizsgálataink segítségével nyert adataink ismeretében válaszoljuk meg.

ad 1-2 Megállapítható, hogy a második generációs munkanélküliek aránya nagy, abszolút mértéke az első generációs munkanélküliek arányától és számától függ. A jelenlegi (és nagy valószínűséggel tovább növekvő) második generációs munkanélküliek életkörülményének változását, elfogadható életminőségének elérését (az esetek többségében) csak saját első generációs hozzátartozóinak közös háztartására, illetve saját munkavállalói gazdasági erejükre támaszkodva valószínűsíthetik meg. Ezt az a háztartás, amelyben élnek, önerőből a megismert feltételeik mellett nem tudja megoldani. A második generációs munkanélküliek szociális helyzete nagy valószínűséggel az elsőénél is rosszabb. Noha jövedelmükre vonatkozóan megfelelő pontosságú adatokat az alkalmazott módszerekkel nem lehet szerezni, a második generációs munkanélküliek kielégítően ismert adatai (szakképzetlenség, munkanélküliség, aggályos közegészségügyi biztonság, életminőség) az első generációs kategóriánál is rosszabb, társadalmi helyzetük vonatkozásában önerőből való előrelépés tőlük ezért aligha várható. Megjegyezzük: mindez azzal is együtt jár, hogy

**A munkára való alkalmasság megoszlása munkavállalók és munkanélküliek különböző korcsoportjaiban
(kibővített létszámú személyek esetében)**

Korcsoport	Alkalmasság	Férfiak		Nők		Együtt	
		Munka- vállalók	Munka- nélküliek	Munka- vállalók	Munka- nélküliek	Munka- vállalók	Munka- nélküliek
18-29 éves	Alkalmas	135 (100,0%)	130 (94,2%)	84 (100,0%)	68 (86,1%)	219 (100,0%)	198 (91,2%)
	Nem alkalmas	0 (0,0%)	8* (5,8%)	0 (0,0%)	11** (13,9%)	0 (0,0%)	19*** (8,8%)
	Összesen	135 (28,9%)	138 (27,0%)	84 (20,5%)	79 (23,2%)	219 (25,0%)	217 (25,5%)
30-44 éves	Alkalmas	162 (98,2%)	182 (92,4%)	173 (100,0%)	118 (88,7%)	335 (99,1%)	300 (90,9%)
	Nem alkalmas	3 (1,8%)	15* (7,6%)	0 (0,0%)	15*** (11,3%)	3 (0,9%)	30*** (9,1%)
	Összesen	165 (35,3%)	197 (38,6%)	173 (42,3%)	133 (39,0%)	338 (38,6%)	330 (38,7%)
45-61 éves	Alkalmas	163 (97,6%)	139 (79,0%)	150 (98,7%)	89 (69,0%)	313 (98,1%)	228 (74,8%)
	Nem alkalmas	4 (2,4%)	37*** (21,0%)	2 (1,3%)	40*** (31,0%)	6 (1,9%)	77*** (25,2%)
	Összesen	167 (35,8%)	176 (34,4%)	152 (37,2%)	129 (37,8%)	319 (36,4%)	305 (35,8%)
Együttesen	Alkalmas	460 (98,5%)	451 (88,3%)	407 (99,5%)	275 (80,7%)	867 (99,0%)	726 (85,2%)
	Nem alkalmas	7 (1,5%)	60*** (11,7%)	2 (0,5%)	66*** (19,3%)	9 (1,0%)	126*** (14,8%)
Mindösszesen		467 100,0%)	511 (100,0%)	409 (100,0%)	341 (100,0%)	876 (100,0%)	852 (100,0%)

Mindkét nemben, minden korcsoportban szignifikáns különbség van az aktív munkavállalók és a munkanélküliek munkára való alkalmasságában. A teljes vizsgált populációra vonatkozólag (azaz mindkét nemet és mindhárom korcsoportot összevonva), a munkanélküliek körében 16,7-szer nagyobb az esélye a munkára való alkalmatlanságnak, mint az aktív munkavállalók körében. (OR=16,72; 95% C.I.:8,18-35,40).

saját, családjuk, sőt a velük együttélők, vagy mások (szomszédság, lakóhelyi közösség), esetleg a társadalom közegészségügyi-járványügyi biztonságát is veszélyeztetik. Ezt a következtetésünket elsősorban a második kérdésünk megválaszolásához szükségszerűen elvégzett vizsgálataink eredményei erősítik meg. Állításunkat inkább megerősítik, mint megkérdőjelezzik azoknak a programoknak a vártnál kevésbé érzékelhető eredményei, amelyeket az EU Bizottság, a hasonló problémákkal küzdő országcsoportok, vagy a különböző civil szervezetek megfogalmaznak, és amely programok jelentős részéhez az említett szervezetek anyagi támogatást is nyújtanak. Evidencia, hogy ezek a törekvések, programok, támogatások – pl. a lengyel elnökség által 2014-2020 közötti időszakra kidolgozott program (26); az EU Bizottság 2015-s jelentésében megfogalmazott célok (27,28); az ún. JobNEET Fiatalok harca a munkanélküliség ellen című projekt (29), vagy az EU Bizottság által támogatott Kárpátok Alapítvány című projekt (29,30) – nagyon fontosak, de amint említettük, eredményeik az elemzett Kistérségben egyelőre nem kézzelfoghatóak. A programok, projektek eredményeinek adatszerű bemutatása és egy-egy különösen hátrányos helyzetben élő munkanélküli csoport – mint az általunk bemutatott Ózdi Kistérség munkanélkülijei – tartósan változatlan helyezte arra utal, hogy átfogóbb, kontrollált és konkrét indikátor paraméterek értékeivel alátámasztott, látható eredményeket hozó programokra, továbbá a programok végrehajtásának kontrolljával, egységes, hatékonyságot elemző megoldásra lehet szükség. Ezek nélkül már az sem biztos, hogy – mert a programok végrehajtása, anyagi támogatásának ellenőrzése nem a támogatást nyújtó kezében, hanem nemzeti kompetenciában van – az adott nemzetközi program hatékony, egységes megvalósítása garantált-e. Az is kérdés, hogy a munkanélküliek nagy szegénységben élő, nagyon hátrányos helyzetű csoportjához a programok ismerete egyáltalán eljut-e – erről ismereteink nincsenek. Alig, vagy

nehezen hihető, hogy pl. a NEET kategóriába tartozókat elérheti-e ezeknek a programoknak pl. a közegészségügyi feltételeiket és közegészségügyi helyzetüket javító jótékony hatásának ismerete. Egyetértünk azokkal a kérdéskörrel foglalkozó EU vezetőkkel, kormányvezetőkkel, civil szervezetekkel, akik úgy vélik, hogy a legfontosabb intézkedésekről EU szinten kellene megállapodni. Különösen vonatkozik ez az igény olyan programokra, mint pl. a már említett, a 2014-2020 közötti évekre kidolgozott Multiannual Financial Framework (31). A nemzeti kompetenciákban maradhatna a kérdéskör kutatása, a munkanélküli rétegek szerinti átfogó elemzése, az elemzésre épülő szakszerű, az érintettek bevonásával „a semmit rólunk, nélkülünk” elv (29) mentén adatszerűen ellenőrzött és a nyilvánosság elé tárt feladatok megoldása. Emellett célszerű biztosítani a széleskörű szolidaritást, a társadalmi feszültség csökkentését és az eredményes munkát (27).

ad 2-3 Az első generációs munkanélküliek között szignifikánsan magasabb volt a fizikai munkavégzésre alkalmatlanok aránya, mint a második generációs munkanélküliek között. Ez a különbség egyértelműen az első és a második generációs munkanélküliek eltérő korösszetételére vezethető vissza. A második generációs⁶ munkanélküliek fele a legfiatalabb korosztályból (18-29 évesek) kerül ki és közöttük a legtöbb egészségi problémával küszködő legidősebb korcsoport (45-61 évesek) még az 1%-ot sem éri el. Ezzel szemben az első generációs munkanélküliek között éppen a legidősebb korosztály van többségben. Ez a tény a második generációs munkanélküliek fizikai munkavégzésre való alkalmasságának perspektívája szempontjából pozitívumot, javuló tendenciára való utalást azonban alig vagy nem jelent. Sokkal inkább jelenti azt, hogy változatlan feltételek esetében legfeljebb az első generációt jellemző életkörülményt, életminőséget lesznek képesek megtartani. Fizikai munkavégzésre való képességüket az életkor előrehaladá-

6 Megjegyezzük mind vizsgálataink körébe, mind az idézett programokba csak a definíciónk szerinti második generációs munkanélküliek tartoznak. Jelen közleményünkben a munkanélkülivé váltak gyermekei felnevelésének sokrétű és súlyos problémáival (30) nem foglalkozunk.

sa mellett az önmagában is egészségkárosító szegénység (32,33,34,35), amit a jelen dolgozatban az Ózdi Kistérség második generációs munkanélkülijeinek lehangoló szociális helyzete is igazol, az ugyancsak önmagában is egészségkárosító képzetlenség (23,25,36,37,38), a többség esetében a rossz minőségű ivóvíz, erősen kifogásolható in-door higiénés viszonyok, személyi higiénés feltételek, életmód, különösen a romák esetében az ország lakosságánál kedvezőtlenebb egészségi állapot (25,39,40,41,42,43,44,45), a születéskor várható rövidebb életkor (39,46,47) stb. jelentősen csökkenti, akadályozza. Az itt bemutatott eredményeink szerint hatékony külső segítség, beavatkozás nélkül a leghátrányosabb helyzetű telepi romák életkörülménye inkább tovább fog romlani, mint javulni. Ezt támasztja alá, hogy feltérképezett adataink szerint az önmagában egészségkárosító képzetlenség a második generációs roma munkanélküliek között kiemelkedően nagy (a 8 általánost sem elvégzettek aránya a teljes második generációs roma munkanélkülieknek 1/3-a), és jócskán meghaladja a második generációs magyar munkanélküliek hasonló paraméterének (egyébként ugyancsak meglepően nagy 18,7%) arányát. Ennél is rosszabb a szakmai képzettség helyzete. Amint említettük, a szakma nélküli második generációs roma munkanélküliek aránya szignifikánsan meghaladja a második generációs magyar munkanélküliekét. Nagyobb problémának látszik azonban az, hogy mind a második generációs szakma nélküli magyarok, mind a második generációs szakma nélküli romák aránya nagyobb mint az első generációs munkanélkülieké. Összegezve: a második generációs szakma nélküli munkanélküliek aránya szignifikánsan meg is haladja az első generációs szakma nélküli munkanélküliek arányát: 46,4% vs. 55,5%, $P < 0,05$. Ezek az adatok arra utalnak, hogy a két generáció iskolázottsága alig, szakmai képzettsége nemcsak nem javult, hanem romlott! Vagyis: a plauzibilis célkitűzéssel szemben, ebben a vonatkozásban nincs előrelépés, fejlődés. Ez azt jelenti, hogy nemcsak a magyarországi középosztályhoz, de a hazai aktívan dolgozókhöz való felzárkózás sem kezdődött meg az Ózdi Kistérségben. Magunk is osztjuk Ker-

tesi (47) Kemény és Havas (48), Kézdi (49) Hajdú, Kertesi, Kézdi (50) véleményét: a felzárkózás vízváltatója a felsőfokú, de legalább középfokú végzettség. Sajnos, ebben a Kistérségben egyelőre sem a magyar, sem a roma munkanélkülieknek a rendszerváltozást követő ~ 25 év, az EU-tagországgá válástól eltelt több mint 10 év nem volt elég ahhoz, hogy az ország lakosságának a 2011. évi népszámlálás 315 583 fős, az OECD szerinti ~ 7%-át (~ 700 000 fő) képező roma lakosság munkaképes életkorban lévőknek 40%-át kitevő munkanélküliei vagy a Kistérség mélyszegénységbe süllyedt magyar munkanélküliei elinduljanak az állandó munkahellyel bíró emberek, vagy a középosztály életminőségéhez való felzárkózás útján (15,24,47,48). Mindez azt is jelenti, hogy a második generációs munkanélküliek legfiatalabb korosztályhoz tartozó tagjai az átlag életkorú (a 2. generációs munkanélküliekénél idősebb) aktív dolgozók közelítő munkavégzésre való alkalmasságát sem érik el. Úgy tűnik, hogy a második generációs munkanélküliek potenciális egészségi állapota, egészsége az első generációs munkanélküliekhez képest különösen pedig a foglalkoztatottakhoz viszonyítva feltételezhetően valóban érzékenyebb a munkanélküliség okozta distresszhez kapcsolódó egészségkárosító hatásokra.

Túl az iskolázatlanságon és a szakképzetlenségen, eredményeinkből az is kitűnik, hogy ezen az úton számos további akadály is van. Ezek közül aligha elfogadható, hogy a második generációs roma munkanélkülieknek nagyobb aránya él roma telepen mint az első generációsoké. Ez azért elfogadhatatlan, mert nem lehet kérdés: a roma telepek nem alkalmasak emberhez méltó életre, a társadalmi felzárkózás tanulással való elősegítésére! Meggyőződésünk: ezeket a telepeket fel kellene számolni!

Jóllehet ismerjük Európa és ezen belül az EU pályakezdő fiataljainak nagy tömegű (~27 millió személy) potenciális munkanélkülije általi fenyegető veszélyt, mégis úgy ítéljük meg, hogy ezen a nagy tömegben belül is a külső segítséget – az emberhez méltó élet és a társadalmi felzárkózás érdekében

– az ösztömeg egyes rétegeinek rászorultsága alapján kialakított prioritási rangsora szerint kell meghatározni és megadni.

Világossá kell tenni – ahogyan azt a magyar elnökség alatt lezajlott gödöllői EU Bizottsági határozat szellemisége alátámasztja (51): a második generációs munkanélküliek problémája, tömeges megjelenésük – az elhibázott társadalmi-gazdasági politika miatt – először éppen a közép-kelet európai országokat sújtó, működésre képtelen ún. szocialista társadalmi-gazdasági rendszer törvényszerű összeomlása „eredményeként” az ún. volt szocialista országokban fog megoldást igényelni⁷. Sajátos és valószínűleg nagyobb anyagi ráfordítást kívánó, speciális környezetegészségügyi megoldásra (beleértve a lakáspolitikai, iskola- és kultúrpolitikai megoldásokat) lesz szükség. A problémát megnöveli és megoldását sürgeti, hogy a második generációs munkanélküliek nagyarányú megjelenése, leginkább az egyébként is súlyos szociális körülmények között, aggályos közegészségügyi biztonságban lévő, egészségi állapotukat tekintve nagyon hátrányos helyzetben élő roma etnikumot érinti. A megoldást jelentő prioritást igénylő valószínű támogatást nyújtó program végrehajtása szakmailag, anyagilag és a meghatározott célok teljesítése határidejének betartása végett hozzáértők folyamatos kontrollját igényli. Mindez népegészségügyi érdek, azért is mert a program megvalósítása egyszersmind megakadályozza a hátrányos helyzetű kistérségekben az ott élő magyar vagy másnemzetiségű második generációs munkanélküliek nem kívánatos életminőségromlását is⁸.

Irodalom

- 1) Ungváry, Gy.: *A munkanélküliség egészségkárosító hatásai. Magyar Tudomány, 1993/2: 159-167.*
- 2) Morvai, V., Ungváry, Gy., Nagy, I. et al.: *Significance of pre-employment examinations among unemployed. EPICOH 14th International Conference on Epidemiology in Occupational Health., Herzliya, Israel, 1999, October 10-14, Abstr. p.5.*
- 3) Hegedűs, I., Szakmáry, É., Ungváry, Gy.: *A munkanélküli és munkavállaló roma népesség egészségügyi helyzetének, életkörülményének bemutatása néhány BAZ-megyei településen végzett vizsgálat alapján. Foglalkozás-egészségügy., 2003/4:21. Előadáskivonat. XXIII. MÜTT Kongresszus*
- 4) Hegedűs, I., Szakmáry, É., Paksy, A. et al.: *Public health conditions of the unemployment in the Ózd small area before the financial-economic world crisis I. Centr. Eur. J. Occup. Environm. Med., 2010, 16(3-4): 183-198.*
- 5) Szakmáry, É., Bóné, E., Hegedűs, I. et al.: *Roma telepök lakóinak esélyegyenlősége. Foglalkozás-egészségügy, 2007/1: 25-29.*
- 6) Ungváry, Gy., Hegedűs I.: *Nemzetközi és hazai irodalmi áttekintés a munkanélküliségről – a munkanélküliség egészségkárosító hatásáról, Foglalkozás-egészségügy, 2014, 18/4: 177-196*
- 7) Bánfalvy, Cs.: *A munkanélküliség. Gyorsuló idő sorozat. Budapest, 1989.*
- 8) KSH: *A válság hatása a munkaerő piacra. Internetes kiadvány – www.ksh.hu 2010.*

⁷ Ismételtén hangsúlyozzuk, hogy a vizsgálatainkat az ún. közmunkát bevezető szabályozás előtt végeztük; a közmunka hatására ezért közleményünk alapján következtetés nem vonható le. Hangsúlyozzuk azt is, hogy a telepek in-door környezetegészségügyi, tanulásra kifejtett hatása (ahogyan a közleményben jeleztük) számos más tényezőtől is függ.

⁸ Megjegyzés: utalunk az „Eredmények” fejezetre, amelyben bemutattuk, hogy a második generációs magyar munkanélküliek egy részét a romákéhoz szerencsére messze nem hasonlítható arányban, de a romákéval azonos életminőségi kockázatok sújtják.

- 9) KSH: Magyar statisztikai zsebkönyv. Központi Statisztikai Hivatal. Budapest, 2012.
- 10) Morvai, V., Hegedűs I., Szakmáry É. et al.: Roma és nem roma munkanélküliek egészségkárosodásának etiológiája egy romák által sűrűn lakott magyarországi kistérségben. In: Roma és nem roma munkanélküliek közegészségügyi helyzete és egészségi állapota az Ózdi Kistérségben. ETT-TUKEB pályázat jelentése. Témavezető: Morvai V. Budapest. 2016.
- 11) Ungváry, Gy., Morvai, V., Nagy, I.: Health risk of unemployment. *Centr. Eur. J. Occup. Environm. Med.*, 1999, 5/2: 91-112.
- 12) Ungváry, Gy., Szakmáry,É., Hegedűs, I. et al.: Public health situation of the Roma and non-Roma unemployed in a small area of Hungary densely populated by Roma people. Summarized observations of the research performed in Ózd Small Area. *Centr. Eur. J. Occup. Environm. Med.* 2016. 22(3-4) in Press
- 13) Hegedűs, I., Morvai V., Rudnai, P. et al.: Life style, personal hygienic habits, health status and fitness for work of Hungarian and Roma unemployed in the Ózd Micro region. *Centr. Eur. J. Occup. Environm. Med.* 2014. 20(3-4):155-189.
- 14) Hegedűs I., Plette R., Szakmáry É. et al.: A munkanélküliség lelki és szomatikus egészségkárosító hatása az Ózdi Kistérségben – etiológiai tényezők. *Foglalkozás-egészségügy*, 2015, 19/1: 3-23.
- 15) Hegedűs, I.: A munkanélküliség egészségkárosító hatásáról, etiológiájáról az Ózdi Kistérségben élő magyar és roma munkanélküliek közegészségügyi helyzetének és egészségi állapotának elemzése alapján. PhD értekezés. Tézis, Budapest, 2015.
- 16) Hegedűs, I.: A munkanélküliség egészségkárosító hatásának vizsgálata. *Foglalkozás-egészségügy*, 2003/2:50-58
- 17) Hegedűs, I., Szakmáry, É., Paksy, A. et al.: Public health conditions of the unemployed in the Ózd small area (Micro Region) before the financial-economic world crisis II. *Centr. Eur. J. Occup. Environm. Med.*, 2011, 17(1-4): 3-44.
- 18) Hegedűs I., Szakmáry É., Paksy A. et al.: A munkanélküliek közegészségügyi helyzete és egészségi állapota az Ózdi Kistérségben a pénzügyi-gazdasági világválság előtt. *Foglalkozás-egészségügy*, 2012/3: 91-118.
- 19) Országos Munka- és Üzemegészségügyi Intézet éves jelentései 1991 - 1993. OMÜI, Budapest.
- 20) Felszeghi, S.: A munkanélküliek egészségi állapotának vizsgálata az egy évnél hosszabb munkanélküliség esetén, a miskolci Foglalkozás-egészségügyi Központ tapasztalatai alapján. *Foglalkozás-egészségügy*, 2001/2: 37-38.
- 21) Grónai, É., Szakmáry, É., Ungváry, Gy.: Munkanélküliek egészségi állapota a fővárosban. *Foglalkozás-egészségügy*, 2004/4:5.
- 22) Európai Bizottság – jelentéstervezet: 27 millió fiataalt fenyeget a szegénység és a kirekesztődés. Megjelent: az Európai Bizottság legfrissebb, fiatalokkal foglalkozó jelentéstervezete. <http://panpeterstop.blog.hu/2015/09/22/27millioeuropai-fiataalt-fenyeget-a-szegenyseg-es-a-kirekesztodes>. 2015. szeptember 22.
- 23) Ungváry, Gy., Szakmáry, É., Hegedűs, I. et al.: Public health situation of Roma living in colonies or colony-like conditions and the significant differences determining quality of life of these two types of living environments in Hungary 2014, *Centr. Eur. J. Occup. Environm. Med.* 20/1-2/:119-150.

- 24) Tardos, K.: Kisebbségek kisebbsége. A magyarországi cigányok emberi és politikai jogai. Szerk.: Neményi Mária és Szalai Júlia. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 2005. 1-20.
- 25) Ungváry, Gy., Odor, A., Bényi, M., et al.: Romatelepek Magyarországon – gyermekek egészségügyi ellátása, higiénés viszonyok. Orv. Hetil., 2005, 146(15), 691-699.
- 26) Európai Unió Lengyel Elnöksége által kidolgozott program 2014-2020. www.nikik.hu/download.2014-2020.php?id=9890
- 27) Európai Bizottság – sajtóközlemény: A fiatalok munkanélküliség visszaszorítása érdekében az EU azonnali fellépésre szólít fel. 2011. december 20. <http://europa.eu/rapid/precis-release IP-11-1568 hu. htm>
- 28) Európai Szociális Alap-Európai Unió: Tegyük a fiatalok munkanélkülisége ellen! -sajtóközlemény. 2013. június 19. <http://ec.europa.eu/esf/main.jsp?catId=67&langId=hu&newsId=8150>
- 29) JobNet: Fiatalok harca a munkanélküliség ellen. JobNet (EACEA 525171-EFC-1-2012-1-HU-EFC-CSP projekt. 2014.04.17 <http://www.korpatokalapitvany.hu/itas/jobnet-fiatalok-harca-munkan-lk-lis-g-ellen>
- 30) Hotzer, G., Siomos, A.: Készül a második munkanélküli generáció. Eszmélet. Társadalomkritikai és kulturális folyóirat. 2001, 13(49):1-19
- 31) Multiannual Financial Framework (2014). Az Európai Unió 2014-2020. éves általános költségvetési tervezete. 2014. márc. 5. <http://ec.europa.eu/budget/mff/index>
- 32) Tomatis, L.: Poverty and cancer. IARC. Sci. Publ., 1997, 138:25-39.
- 33) McKee, M.: The health of gypsies. BMJ., 1997, 315:1172-1173.
- 34) Hablicsek, J.: A roma népesség demográfiai jellemzői, kísérleti előszámítás 2050-ig. KSH. Népeségtudományi Intézet, Budapest, 1999.
- 35) Gyukits, Gy.: A krónikus betegségek gyakorisága a roma lakosság körében. LAM., 2001, 11(3), 237-239.
- 36) Babusik, F., Papp, G.: A cigányság egészségi állapota. Szociális, gazdasági és egészségi helyzet Borsod-Abaúj-Zemplén megyében. Esély, 2002/6:37-66.
- 37) Faragó, M.: Egészségesen várható élettartamok Magyarországon. 2005. Egy összetett, kvantifikált mutató a népesség egészségi állapotának mérésére. KSH, Budapest, 2007.
- 38) Bacikova-Sleskova, M., van Dijk, J.P., Gecikova, J.P. et al.: The impact of unemployment on school leavers' perception of health. Mediating effect of financial situation and social contacts? Int. J. Publ. Health, 2007, 52/3: 180-187.
- 39) Puporka, L. és Zádori, Z. A magyarországi romák egészségi állapota. Roma sajtóközpont. Budapest. 1998.
- 40) Kósa, K., Lénárt, B., Ádány R.: A magyarországi romák egészségi állapota. Orv. Hetil., 2002, 143: 2419-2426.
- 41) Ungváry, Gy., Nagy, I., Morvai, V.: Munkanélküliség és életminőség. In: Élethelyzet – életminőség, zsákutcák és kiutak. Magyarország az ezredfordulón. Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián. Szerk. Glatz Ferenc. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 2002, 33-62.

- 42) Kósa, Zs.: Telepszerű körülmények között élők egészségfelmérése. Egyetemi doktori (Ph.D. értekezés tézisei. Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Iskola, Debrecen, 2006.
- 43) Kósa, K., Ádány, R.: Studying vulnerable populations. *Epidemiology*, 2007, 18:290-299.
- 44) Kósa, Zs., Széles, Gy., Kardos, L. et al.: A comparative health survey of the inhabitants of roma settlements in Hungary. *Am. J. Publ. Health.*, 2007, 97(5), 853-859.
- 45) Szakmáry, É., Hegedűs, I., Morvai, V. et al: Roma és nem roma munkanélküliek közegészségügyi helyzete Magyarország egy romák által sűrűn lakott kistérségében. ETT-TUKEB pályázat jelentése. Témavezető: Morvai V. Budapest, 2016.
- 46) Polónyi, I.: A cigány népesség demográfiai, iskolázottsági és foglalkoztatási helyzete. *Iskolakultúra*, 2002, 8: 44-56.
- 47) Kertesi, G.: Cigány gyerekek az iskolában, cigány felnőttek a munkaerő piacon. *Közgazdasági Szemle*, 1995/1, 42:1-15.
- 48) Kemény, I., Havas, G.: Cigánynak lenni. In: *Társadalmi Riport*. Szerk.: Andorka Rudolf, Kolosi Tamás; Vukovich Gabriella. TÁRKI. Századvég, Budapest, 1996. 352-380.
- 49) Kézdi, G.: A roma fiatalok középiskolai továbbtanulása. In: TÁRKI, Háztartás Monitor kutatás, 1998-2012. [www.sulinet.hu\(...\)/romák](http://www.sulinet.hu(...)/romák). Letöltés: 2016. november 16.
- 50) Hajdú, T., Kertesi, G., Kézdi, G.: Roma fiatalok a középiskolában. In: TÁRKI, Háztartás Monitor kutatás, 1998-2012. *Életpálya felmérések*, 265-302.
- 51) KIM: Társadalmi Felzárkózási Stratégia – mélyszegénység, gyermekszegénység, romák – 2011 – 2020). KIM Társadalmi Felzárkózásért Felelős Államtitkárság. Budapest. 2011. november

„Ha cselekedni ugyanolyan könnyű lenne, mint tudni, hogy mit volna jó cselekedni, a kápolnákból templomok lettek volna, és a szegény emberek kunyhóiból hercegek palotái ”

W.Shakespeare: A velencei kalmár

A 2016 és 2022.évek között munkavédelmi nemzeti politika

Kormány a munkakörülmények fejlesztése, a munkabalesetek és foglalkozási megbetegedések megelőzése érdekében a munkavédelem 2012-2022 közötti időszakra vonatkozó nemzeti politikáját megtárgyalta és jóváhagyta. Ennek megfelelően a Magyar Közlöny 2016. évi 164. számában (2016.X.25.) került közzétételre a munkavédelem nemzeti politikájáról szóló 1581/2016. (X. 25.) Korm. határozat.

Korábban Magyarországon egy alkalommal került meghatározásra munkavédelmi politika, a munkavédelem országos programjáról szóló 20/2001. (III. 30.) OGY határozatban, de a program megvalósítására csak részben került sor. A munkakörülmények fejlesztésére irányuló megfelelő munkáltatói ösztönző rendszer bevezetésére többszöri kezdeményezés után sem került sor. A társadalombiztosítás baleset-biztosítási ágának kialakítása több évtizedes szakmai igény. A társadalombiztosítás baleset-biztosítási ágának kialakításáról szóló 2084/2002. (III. 25.) Korm. határozat nem került végrehajtásra.

A munkavédelem nemzeti politikájával az elérni kívánt közvetlen közpolitikai cél, hogy meghatározott prioritások révén az általuk elérhető eredmények járuljanak hozzá a munkavédelem fejlesztéséhez, valamint a munkavállalók munkavégző képességének megőrzéséhez, az egészség és a biztonság fenntartásához, az egészségben eltöltött életevek növeléséhez.

A munkavédelem nemzeti politikáját az alábbiakban közöljük.

Alapja

Magyarországot az Alaptörvény, a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény és a 2000. évi LXXV. törvény¹ is kötelezi arra, hogy határozza meg a munkavédelem hosszabb távú feladatait és – a munkavállalók és munkaadók érdekképviselésével egyeztetve – alakítsa ki a munkavégző képesség megővására, a munkabiztonságra és a munkakörnyezetre vonatkozó nemzeti politikáját. Mindehhez iránymutatást nyújt az Európai Bizottság Közleménye² illetve a WHO³ Globális Cselekvési Terve.

Időhorizontja

A Munkavédelem Nemzeti Politikája (a továbbiakban: MNP), összhangban az Európai Unió aktuális, a munkahelyi biztonsággal és egészségvédelemmel kapcsolatos 2014 – 2020 közötti stratégiájával, – melyet a tagállamoknak figyelembe kell venniük – 2016-tól 2022-ig terjedő időszakra határozza meg a hazai munkavédelem prioritásait.

Célja

A munkavédelmi politika prioritásai meghatározásának az a közvetlen célja, hogy az általuk elérhető eredmények járuljanak hozzá a munkavédelem fejlesztéséhez valamint a munkavállalók munka-

* *Rovatvezetők: Dr. Nagy Imre, Országos Tisztifőorvosi Hivatal Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Főosztály, Ímél: nagyimre@omfi.hu; Balogh Katalin, EU-OSHA Nemzeti Fókuszpont vezető, Ímél: katalin.balogh@ngm.gov.hu; Dr. Lesfalvi Tibor Nemzetgazdasági Minisztérium, Ímél: tiber.lesfalvi@ngm.gov.hu*

¹ *A munkavállalók biztonságáról, egészségéről és a munkakörnyezetről szóló 155. számú ILO Egyezmény (1981) – kihirdette a 2000. évi LXXV. törvény*

² *A Bizottság közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának az Európai Unió munkahelyi biztonsággal és egészségvédelemmel kapcsolatos, 2014– 2020-as stratégiájáról (Hivatalos Lapban történő megjelenés: „HL C230, 2015.07.14., 82-90. o.)*

³ *A WHO Globális Cselekvési Terve a Munkavállalók Egészségéért (2008-2017) program azokat az alapvető elveket és célokat fogalmazza meg, amelyek egy munkahelyen, a fizikai és mentális egészség megőrzéséhez szükségesek. <https://www.mindbank.info/item/1489>*

végző képességének megőrzéséhez, az egészség és a biztonság fenntartásához és az egészségben eltöltött életek növeléséhez. A megfelelő munkafeltételek biztosítása elengedhetetlen a munkaerő maximális termelékenységének fenntartása érdekében. Nem hagyható figyelmen kívül a hagyományos (klasszikus) veszélyekből eredő kockázatok, az új és az újonnan keletkező kockázatok felismerése és hatékony kezelése sem. A foglalkozási megbetegedések jellege folyamatosan változik. A tudományos-technikai fejlődés, a globalizációval összefüggő társadalmi változások súlyosbíthatják a meglévő kockázatokat, és újak kialakulásához vezetnek.

A munkavállalók egészségét és biztonságát veszélyeztető kockázatok csökkentése a cél, mivel a munkából való kiesés, a gyógykezelés, a rehabilitáció kiadásai a munkavédelem fejlesztésébe történő befektetéseknél jóval magasabbak. A megelőzés az egyetlen olyan lehetőség, amellyel a munkabaleset vagy a foglalkozási megbetegedés kialakulása elkerülhető.

További cél, hogy a munkavédelem fejlesztése a munkakörülmények javításán keresztül járuljon hozzá a termelékenység, a versenyképesség és a társadalom eltartó képességének növekedéséhez, valamint a munkaerő minőségi megtartásához az alábbiak megvalósításával:

- a munkáltatóknak és a munkavállalóknak a munkavédelem szempontjait figyelembe vevő tudatos értékrendjének kialakításával;
- a fizikális, mentális, pszichoszociális jól-lét állapotának hosszú távú megőrzésével;
- a szaktudás folyamatos fejlesztésével;
- elsődleges prevencióra törekedve;
- a munkaerő egészségi állapotának javításával;
- a munkáltatók és a munkavállalók önkéntes jogkövető magatartásának javításával, valamint
- a hatósági intézkedéseken túl új típusú prevenció módszereknek a bevezetésével.

Helyzetelemzés, helyzetértékelés

A foglalkoztatás bővülésének, az új vállalkozások, új foglalkoztatási formák megjelenésének, a munkaerőpiacra visszatérők tapasztalatlanságának következménye, hogy megnövekedtek a munkavállalókat érő kockázatok. A gazdaság, a termelés élénkülése és a munkavégzésre vonatkozó növekvő elvárások hatása a munkahelyi balesetek, köztük a halálos munkabalesetek és a foglalkozási megbetegedések számának növekedését eredményezte.

2015-ben Magyarországon 20.088 három napon túl gyógyuló munkabaleset történt, melyből 84 halálos áldozatot is követelt, amely az elmúlt évtizedek javuló tendenciájához képest emelkedést mutat. 2015-ben ezen kívül 77 bányászati munkabaleset, ebből 2 halálos bányászati munkabaleset is történt, így mindösszesen 21.165 munkabalesetet és 86 halálos munkabalesetet regisztráltak a munkavédelmi hatóságok.

A gazdaság élénkülése az elmúlt időszakban leginkább az iparban jelentkezett. A baleseti kockázatok itt magasabbak, sajnos ez a munkabalesetek számában is megmutatkozik. A feldolgozóipar, szállítás, raktározás és a kereskedelem területén történik a legtöbb munkabaleset. Az okok közt leggyakoribbak a mechanikai veszélyforrások elleni biztonsági berendezések hiánya vagy működésképtelensége, egyéni védőeszközök hiánya vagy viselésének elmulasztása, valamint a munkavédelmi ismeretek hiánya.

Nehezíti az objektív adatokat tükröző munkabaleseti statisztika vezetését, hogy a munkahelyen bekövetkezett 3 napot meghaladó keresőképtelenséget eredményező munkabalesetek egy részét a munkáltatók nem jelentik be. Ennek alapvető okai a szankciók elkerülésére, adminisztratív mulasztásra, a jogszabályok ismeretének hiányára, valamint a rendezetlen munkaügyi körülményekre vezethetők vissza.

A halálos munkabalesetek száma az elmúlt két évben szintén emelkedésnek indult a 2012-es legkedvezőbb évhez képest. Ebben az időszakban a legveszélyesebb ágazat, az építőipar fellendülése volt tapasztalható, ezért az ágazatra nagyobb figyelmet kell fordítani. A baleseti okok mögött a védőfelszerelések és a munkavédelmi ismeretek hiánya, valamint a fegyelmezetlenség áll.

A fokozott pszichés megterheléssel járó tevékenységek egyre jelentősebb arányt képviselnek a munkabalesetek okai között, továbbá a pszichoszociális kóroki tényezők hatására visszavezethető munkahelyi hiányzások is egyre gyakrabban fordulnak elő. A nemzetközi kutatások adatai alapján ez utóbbiak mértéke az 50-60%-ot is eléri⁴.

2015-ben 277 foglalkozási megbetegedés (mérgezés) nyilvántartásba vétele történt meg. Ez szintén növekedést jelent az előző évhez képest és az esetek 68,2 %-a járt keresőképtelenséggel. Az előző évhez képest a regisztrált fokozott expozíciós esetek⁵ száma is növekedett. A fizikai és ergonómiai kóroki tényezők által okozott és bejelentett foglalkozási megbetegedések száma továbbra is alacsony. A foglalkozási eredetű mozgásszervi megbetegedések, fokozott munkahelyi pszichés megterhelés okozta egészségkárosodások a bejelentési esetszámok alapján szintén jelentősen alulreprezentáltak. Az alacsony előfordulás egyik lehetséges oka, hogy éppen a korszerű technológiák (pl. a képernyős munkahelyek tömeges megjelenése) alkalmazásából eredő, vagy az újonnan mindinkább a figyelem középpontjába kerülő pszicho-szociális kóroki tényezők okozta foglalkozási megbetegedéseket nem ismerik fel, és értelemszerűen nem is jelentik be. Az újonnan megjelenő kockázatokból származó betegségek diagnosztikájának fejlesztése ezért kiemelt fontosságú.

A fokozott expozíciós esetek előfordulásához többnyire még mindig a kóroki tényezők ismeretének hiánya, a műszaki vagy egyéni védelem hiányossága vezet. Az egyes veszélyes anyagokkal történő munkavégzés esetében a kötelező biológiai monitorozás gyakran elmarad. A fokozott expozíciós esetek időben történő felismerése és a megfelelő munkáltatói intézkedések megtétele az expozíció csökkentését vagy megszüntetését eredményezi.

Az elmúlt években a munkavédelem területén számos adminisztratív terhet csökkentő intézkedés történt (munkavédelmi dokumentációk csökkentése, egyszerűsítése, adatszolgáltatások eltörlése). Mindezek önmagukban nem eredményeznek pozitív hatást.

Nemzetgazdasági jelentőségű, hogy a munkabalesetek és a foglalkozási megbetegedések megelőzhetővé váljanak, hiszen ha a munkahelyeken a megfelelő feltételek megteremthetők, akkor a következmények kialakulásával, illetve ezek költségével nem kell számolni. Természetes és alapvető közös társadalmi és egyéni érdek, hogy a munkahelyen töltött idő egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkakörülmények között teljen el.

Az Egészségbiztosítási Alapból naponta átlagosan 4000 fő részesül baleseti táppénzben. A természetbeni ellátásukkal együtt baleseti ellátásra összesen évente közel 10 Mrd Ft-ot fordít az állam.⁶

A helyes munkavédelmi szemlélet és gyakorlat megvalósítására fordított – elsősorban állami és munkáltatói – források többszörösen megtérülnek, ezért az egyetlen elfogadható magatartás a megelőzésbe való befektetés. A munkahelyi biztonságba és egészségvédelembe befektetett költség 2,2-szeresen térül meg!⁷

⁴ Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség, 2000. *Kutatás a munkával kapcsolatos stresszről* (29. oldal).
<http://osha.europa.eu/en/publications/reports/203/view>

⁵ A munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény 87. § 1/E. *Fokozott expozíció: a munkavállaló szervezetében a munkavégzés során, a foglalkozás gyakorlása közben vagy azzal összefüggésben a külön jogszabályban meghatározott biológiai határértékeket meghaladó koncentrációja vagy mértéke, illetve zaj esetében 4000 Hz-en a 30 dB halláscsökkenés mindkét fülön.*

⁶ <http://www.asz.hu/jelentes/1111/jelentes-a-munkaugyi-es-munkavedelmi-ellenorzes-rendszereken-ertekeslerol/1111j000.pdf>

⁷ https://osha.europa.eu/hu/topics/good-osh-is-good-for-business/index_html

A statisztikai adatok alapján a munkabiztonság terén Magyarország uniós összehasonlításban jól teljesít. Míg Európában évente 100 ezer dolgozóra átlagosan 1500 olyan baleset jut, amely legalább 4 napos távolléttel jár, hazánkban csak 511. Ennek ellenére, hogy a dolgozók számához mérten csupán harmadannyi baleset történik nálunk, mint az Európai Unióban, a halálos kimenetelű esetek aránya itthon rosszabb: amíg Európában 100 ezer munkavállalóra 1,44 eset jut, addig hazánkban ez a szám 1,6, amivel Magyarország az uniós középmezőnybe tartozik.

A hatósági tapasztalatok alapján⁸ az ellenőrzött munkáltatók több mint 80%-a munkavédelmi szabálytalanságok fennállása mellett foglalkoztatja a munkavállalókat és az évente ellenőrzött munkáltatók aránya – a Magyarországra jellemzően magas számú mikro-, kis-, és középvállalkozások miatt – alacsony, alig éri el a 2%-ot.

A munkahelyek biztonságának növelése, a munkabalesetek és foglalkozási megbetegedések számának csökkentése, egyúttal Magyarország versenyképességének megőrzése és növelése érdekében az alábbi feladatok megvalósításával elő kell segíteni a munkakörülmények javítását.

Feladatok

1. A vállalkozások versenyképességének fejlesztése

1.1. *A munkavédelmi feladatokat támogató ingyenes online eszközök bevezetésének támogatása.* A mikro-, kis- és középvállalkozások részére a munkakörülmények fejlesztésének elősegítése, versenyképességük javítása céljából. Az Európai Unió aktuális stratégiájában kiemelt cél, hogy a kis- és középvállalkozások minél inkább képessé váljanak hatékony és valós kockázatmegelőzési intézkedések alkalmazására.

1.2. *Hatékony munkahelyi egészségvédelmi és biztonsági irányítási rendszer kialakításának ösztönzése.* Az irányítási rendszer magában foglalja a szervezeti felépítést, a tervezési tevékenységeket, a felelősségeket, a kialakult gyakorlatot, az eljárásokat, folyamatokat és mindazon erőforrásokat, melyek a munkáltató (szervezet) egészségvédelmi és biztonsági politikájának fejlesztéséhez, megvalósításához, eléréséhez, átvizsgálásához és fenntartásához szükségesek.

1.3. *A jól bevált gyakorlatok ismertetése, cseréjének ösztönzése.* A vállalkozások gyakran megosztják a munkavédelmi célú fejlesztési eredményeiket, ezek terjesztése konferenciák, kiadványok, sajtó megjelenés útján vagy online módon hozzásegítik a kisebb, tapasztalatlanabb vagy kezdő vállalkozásokat saját munkakörülményeik fejlesztéséhez.

1.4. *A társadalombiztosítás baleset-biztosítási ágának kialakításáról koncepció kidolgozása.* A társadalombiztosítás egyes elemeivel összhangban az önálló baleset-biztosítási ágazat bevezetésére vonatkozó részletes javaslat megalapozhatja a munkakörülmények fejlesztésére irányuló megfelelő munkáltatói ösztönző rendszert, mely révén javulhatnak a munkakörülmények, csökkenhet a munkahelyi balesetek, foglalkozási megbetegedések száma.

2. A munkavállalók munkavégző képességének megőrzése

2.1. *A pszichoszociális kockázatokra visszavezethető munkahelyi hiányzások csökkentése.* A pszichoszociális kockázatok felismerését, megelőzését, illetve csökkentését (megoldását) biztosító kutatások ösztönzésével, az eredmények közzétételével és a munkáltatók által használható módszerek kidolgozásával, a jó gyakorlat közzétételével a munkabalesetek és

⁸ <http://www.ommf.gov.hu>

foglalkozási megbetegedések előfordulásának csökkenését kell elérni.

2.2. *A foglalkozási eredetű mozgásszervi megbetegedések és daganatos megbetegedések foglalkozási eredetének megítélésére irányuló kutatások ösztönzése és a kutatási eredmények népszerűsítése.* A foglalkozási eredetű mozgásszervi megbetegedések és a rákkeltő ágens (veszélyes anyagok és keverékek, fizikai tényezők) okozta expozíciók azonosítását valamint a daganatos eredetű halálozási okok felismerését célzó kutatásokat ösztönözni szükséges, az eredményeket minél szélesebb körben meg kell osztani.

2.3. *Új ergonómiai módszerek kidolgozásának ösztönzése és támogatása.* A munkavégző képesség megőrzése érdekében a munkában töltött életevek szükségszerű emelése, valamint korunk fejlődésével együtt járó új típusú megterhelések hatásai miatt az egészségkárosító hatások csökkentése elengedhetetlen. Mindezek mellett a már meglévő, ismert és kidolgozott módszerek közzététele és megismertetése szükséges.

3. Munkavédelmi képzés, oktatás

3.1. *A munkavédelmi szakemberek kötelező továbbképzési rendszerének kidolgozása.* A szakemberek ismereteinek naprakészségén, minőségén múlik a megelőzés hatékonysága, ezért szükségszerű az ismeretek folyamatos szinten tartása és fejlesztése. A jogszabályok változásai, a műszaki-technikai fejlődés indokolja a munkavédelmi szakmai feladatok hosszú távon is magas színvonalú ellátását.

Mindezekre tekintettel szükséges kidolgozni a (már végzett) munkavédelmi szakemberek kötelező rendszeres továbbképzését, mégpedig oly módon, hogy a továbbképzésen való eredményes részvétel feltétele legyen a foglalkozás folytatásának.

Kapcsolódik mindez további fejlesztéshez, a „Kutatás, fejlesztés” 5.4. pontja szerint tervezett szolgáltatói adatbázis létrehozásához.

3.2. *A munkavédelemre a munkahelyek kémiai biztonságára vonatkozó ismeretek bővítése az oktatásban.* Célja a megelőzés-tudatos szemlélet formálása. Ágazatonként és ezen belül szakmánként szükséges megalapozni a munkavédelmi képzetek és oktatások alapanyagait.

A szakmai anyagok mellett módszertani útmutatóknak, segédanyagoknak kell támogatni a képzést végző pedagógusokat, szakembereket, hogy megfelelő ismeretek alapján végezhesék munkájukat („tanítsd a tanítót!”).

3.3. *A sérülékeny csoportba tartozó, valamint az atipikus foglalkoztatási formákkal érintett munkavállalókat érintő foglalkozási kockázatok csökkentése.* A fiatal és az idősödő munkavállalók, a nők, a megváltozott munkaképességűek, az alkalmi munkavállalók, közmunkások vagy a távmunkát végzők biztonságát nem veszélyeztető és egészségét nem károsító munkakörülmények kialakítására vonatkozó ismeretanyag összeállítása és célzott eljuttatása az érintett munkáltatókhoz. Kapcsolódik a kutatás, fejlesztés 5.3. pontjához.

4. Tájékoztatás, kommunikáció

4.1. *A biztonságos és egészséget nem veszélyeztető foglalkoztatást segítő tájékoztatók és kiadványok készítése.* Az állam szolgáltató szerepét szükséges tovább erősíteni, a munkakörülmények javítását célzó útmutatók összeállításával, figyelemfelkeltő kiadványok készítésével. Ezen tájékoztató anyagokat közérthető módon (pl.: internetes megjelenítéssel, sajtó útján, konferenciákon keresztül) el kell juttatni a vállalkozóknak, segítve az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkára való felkészülést, a munkáltatóvá váláshoz és a foglalkoztatáshoz szükséges ismeretek megszerzés-

ét annak érdekében, hogy ismeret hiánya miatt ne történhessen munkabaleset, foglalkozási megbetegedés (útmutatók összeállítása; figyelemfelkeltő kiadványok készítése).

4.2. *A munkavédelem állami tájékoztató rendszerének közreműködésével rendszeresen, időszerte és szakszerű információk eljuttatása különösen a mikro-, kis- és középvállalkozások részére.* A jogszabályi előírások, biztonsági szabályzatok változásainak nyomon követése a minél szélesebb körben való megismerés érdekében. A gyakran ismétlődő kérdéseket rendszeresen közzé kell tenni, iránymutatásokat kell közre adni (pl.: internetes megjelenítéssel, sajtóútján, konferenciákon keresztül). A munkavédelmi hatóság tájékoztató, felvilágosító tevékenységét a mikro-, kis- és középvállalkozások sajátos igényei alapján fejleszteni szükséges.

4.3. *Munkavédelmi tárgyú kutatási eredmények közzétételének támogatása.* A legfrissebb kutatási eredmények vállalkozókhoz történő eljuttatása érdekében konferenciákon, sajtó útján, kiadványokkal vagy elektronikus úton szükséges az ismeretek megosztása.

5. Munkavédelmi kutatás, fejlesztés

5.1. *Statisztikai adatgyűjtés és információs bázis fejlesztése.* A tényeken alapuló szakpolitikai döntéshozatal érdekében fontos a munkahelyi balesetekre, a foglalkozási megbetegedésekre, valamint a munkahelyi veszélyeknek való kitettségre vonatkozó megbízható, időszerte és összehasonlítható statisztikai adatok gyűjtése, valamint a munkahelyi biztonsághoz és egészségvédelemhez kapcsolódó költségek és előnyök elemzése. A nemzeti és uniós statisztikai szakértőknek szorosabban együtt kell működniük. Cél a munkabalesetek európai statisztikája (ESAW) adatgyűjtésének pontosítása: a lefedettség, a megbízhatóság, az összehasonlíthatóság és az időszerte javítása. Ezen túl

megoldást kell találni arra, hogyan javítható a foglalkozási megbetegedések bejelentésének aránya.

5.2. *A klímaváltozás munkavállalókat érintő hatásai kutatásának ösztönzése.* A klímaváltozás következményeként a munkavállalóknál közvetlen és közvetett módon a jövőben potenciálisan kialakuló lehetséges egészségkárosodások (megbetegedések) számbavétele és elemzése.

5.3. *A munkavállalók átlagéletkorának emelkedése, az újonnan felmerülő kockázatok hatásainak elemzése.* A demográfiai változások miatt megoldást kell találnunk arra, hogy miként lehet az idősebb dolgozók fizikai és lelki egészségét megőrizni. Az új vegyi anyagok használata, az új technológiai megoldások térhódítása, a megváltozott munkaképességű munkavállalókat és az egyéb sérülékeny csoportba tartozó munkavállalókat érintő kockázatok külön figyelmet és célzott fellépést igényelnek.

5.4. *Munkavédelmi szolgáltatók adatbázisának létrehozása.* A munkáltatóknak segítheti a könnyebb választást. Az adattartalom kidolgozása során olyan szempontokat is figyelembe lehetne venni, amely a szolgáltatás színvonalára is utal.

5.5. *Foglalkozás-egészségügyi szolgáltatók adatbázisának létrehozása.* A munkáltatóknak segítheti a könnyebb választást. Az adattartalom kidolgozása során olyan szempontokat is figyelembe lehetne venni, amely a szolgáltatás színvonalára is utal.

5.6. *Az integrált munkavédelmi hatóság szakmai, működési feltételeinek erősítése.* Az állami feladatok hatékony ellátásának erősítése szükséges annak érdekében, hogy a hatóság eredményesen működjön közre a munka világában végbemenő fejlődéshez igazodó jogi keretek kialakításában

és nyomon tudja követni az elért eredményeket. A legmegfelelőbb tájékoztatással, tanácsadással segítse a munkáltatókat és munkavállalókat, a munkavédelmi képviselőket, továbbá az érdekképviselőket, hogy azok a munkavédelemmel kapcsolatos jogait gyakorolhassák, és kötelezettségeiket teljesíthessék. Minél szakszerűbb intézkedéseket tegyen a tapasztalt hiányosságok kijavítására.

5.7. Az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkakörülmények és a jogszerű foglalkoztatás fenntartásában érdekelt szervezetek együttműködésének fejlesztése. Az egységes értelmezés, eljárások és hatékony prevenció érdekében a munkavédelmi hatóságnak a társhatóságokkal való együttműködését szükséges erősíteni. A munkavédelmi hatóság és helyi érdekképviselői szervek együttműködését szükséges fejleszteni. Egyre nagyobb társadalmi igény van a hatóságok szolgáltató tevékenységének erősítésére, a munkavédelmi tanácsadás, tájékoztatás növelésére, melyhez a helyi érdekképviselői szervek közreműködése nagyban segítheti az eredményességet.

A munkavédelmi hatóság és a nemzetközi munkavédelmi szervezetek közötti együttműködés fejlesztése szükséges. Uniós nemzetközi és hazai igény az erőfeszítések hatékonyabb koordinációja a munkahelyi biztonsággal és egészségvédelemmel kapcsolatos kérdések kezelésében és a nemzetközi szervezetekben való részvételben (ILO, WHO, OECD).

5.8. Kockázatalapú ellenőrzési stratégia alkalmazásának bevezetése és fejlesztése. A munkavédelmi hatóság ellenőrzéseivel viszonylag kevés munkáltatót ér el, így sok esetben kifizetődő a munkáltatók számára a szabálytalanságok fenntartása. A munkavédelmi hatóság a kiemelt ágazatok ellenőrzése során tapasztalja, hogy akár egy ágazaton belül a hasonló tevékenységet végző vállalkozások munkavédelmi helyzete is jelentősen különbözhet egymástól. A munkavédelmi hatóság meglévő erőforrása-

inak hatékonyabb felhasználását és az eredményesebb tevékenységét szolgálná a több hatóság és gazdasági szereplő által már alkalmazott kockázatalapú ellenőrzési stratégia kialakítása, bevezetése.

A hatóság munkáltatói adatbázisát fejleszteni szükséges, mely alapja lehet az esetleg későbbiekben bevezetendő balesetbiztosítási ágazat kidolgozásában a munkahelyi kockázat besorolási rendszerhez.

5.9. A munkahelyi biztonságra és egészségvédelemre vonatkozó, 24 irányelvet alkalmazó, teljes hazai joganyag átfogó értékelése, a meglévő jogszabályok egyszerűsítése. Cél a vállalkozók adminisztratív terheinek csökkentése, a lehetséges egyszerűsítések azonosítása és a munkavédelmi előírások koherenciájának megvalósítása az érdekeltekkel folytatott nyilvános vita biztosításával.

Összegzés

A további gazdasági fejlődés nagymértékben függ a gazdasági potenciáltól, amelynek meghatározó részei az egészséget nem veszélyeztető, biztonságos munkafeltételek valamint a jól képzett, egészséges munkavállalók részvétele a munkában.

Az MNP-ben megfogalmazott feladatok eredményes végrehajtása az állami szerepvállalás erősítésével a munkakörülmények fejlesztését, a munkabalesetek és foglalkozási megbetegedések megelőzését, egyben hazánk versenyképességének javítását szolgálja.

Összeállították:
Dr. Lesfalvi Tibor
Dr. Nagy Imre

Tájékoztatás a Munkavédelmi Bizottság 2016. szeptember 14-ei plenáris ülésről

A Munkavédelmi Bizottság (a továbbiakban: Bizottság), amely a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény 78. § rendelkezése alapján az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzéssel kapcsolatos országos érdekegyeztetés legmagasabb fóruma, - a munkavállalók, a munkáltatók érdekképviselői szervezetei és a Kormány képviselőinek részvételével – megtartotta a 2016. évi harmadik plenáris ülését, az alábbi napirendi pontok megtárgyalásával.

A napirendi pontok megtárgyalása előtt a levezető elnök, Mandrik István a Munkaadói Oldal ügyvivője köszöntötte az ülésen résztvevőket.

1. A munkavédelmi érdekképviselőt, érdekegyeztetést egyes kérdéseiről szóló tájékoztatás és ajánlás módosításának megtárgyalása

Borhidi Gábor a Munkavállalói Oldal ügyvivője elmondta, hogy „A munkavédelmi érdekképviselőt, érdekegyeztetést egyes kérdéseiről” szóló, a Munkavédelmi Bizottság által 2004-ben kiadott Ajánlás átdolgozását megkezdték. Sok kérdés érkezett a témában a munkavédelmi hatósághoz, ezeket bele fogják építeni az anyagba. Cél, hogy az Ajánlás egyértelmű irányt mutasson, segítséget nyújtson a választás és működés kapcsán, pontosan megfogalmazott és törvényes legyen. A Munkaadói Oldal jelezte, hogy nincs előírás arra, hogy ki oktathat munkavédelmi képviselőt. Jelenleg bárki oktathat, így nem egységes sem a rendszer, sem a tananyag. Nesztinger Péter a Kormányzati Oldal ügyvivője elmondta, hogy a GINOP-5.3.4-16 pályázatban is szerepel a szakmaspecifikus tananyag fejlesztése és képzés támogatása. Közös szakmai elképzelés a munkavédelmi szakemberek továbbképzési rendszerének kialakítása, mely a munkavédelem

nemzeti politikájában (MNP) is meg fog jelenni. Borhidi Gábor elmondta, hogy az oktatás kérdését napirendre kell tűzni. Olyan oktatási anyagot kell készíteni, ami hosszútávon lehet alkalmazni.

A három oldal közös munkájának eredményeképp a következő plenáris ülésen az új Ajánlás elfogadásra kerülhet.

2. Tájékoztatás a munkavédelmi hatóság 2016. I. féléves ellenőrzési tapasztalatairól

A napirend keretében Nesztinger Péter elmondta, hogy a jelentés nyilvános, a munkavédelmi hatóság honlapján megtalálható. Nesztinger Péter röviden ismertette a tájékoztatót. Kiemelte, hogy tavaly 98.5 fő volt az átlagos felügyelői létszám, idén 104 fő, tehát előrelépés látszik. A munkavédelmi hatóság és a szakmai irányítás minden területen megteszi a szükséges és lehetséges intézkedéseket. Hangsúlyozta továbbá az ellenőrzött munkáltatók számának 20%-os növekedését.

3. Tájékoztatás a várható jogszabály módosításokról

Dr. H. Nagy Judit ismertette a folyamatban lévő jogszabály- módosításokat. Elmondta továbbá, hogy a Magyar Közlöny 136. számában jelent meg az év elején elindított, a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról szóló 5/1993. (XII. 26.) MüM rendelet módosítása.

4. Aktualitások

Nesztinger Péter tájékoztatta a Bizottságot az MNP aktuális státuszáról. Számos pontosító javaslat érkezett, ami az érdemi részt nem befolyásolta. Az újonnan alakult Gazdasági Kabinetre beterjesztésre került, ahol kérték, hogy a Versenyszféra és a Kormány Állandó Konzultációs Fóruma (VKF) is tárgyalja meg. A VKF soron kívül tárgyalta, egyhangúan elfogadta és támogatta. A Gazdasági Kabinet elé újra beterjesztésre kerül az MNP.

Mandrik István a Munkaadói Oldal nevében kérte, hogy kerüljön központ helyre, hogy a tisztességes, törvényes és objektív ellenőrzések számát erősíteni kell.

Kérdésre válaszolva Nesztinger Péter elmondta, hogy elfogadása és megjelenése esetén az MNP végrehajtásának nyomon követése természetes, a

végrehajtást ellenőrizni kell. A nemzetgazdasági jelentésnek majd része kell, hogy legyen az MNP végrehajtásáról szóló beszámoló. A VKF is szeretne folyamatos tájékoztatást a végrehajtásról.

Somlai Szilárd tájékoztatta a Bizottságot, hogy a küldötti státuszáról lemond.

Készítette:

Dr. H. Nagy Judit,

a Munkavédelmi Bizottság Titkára

Jóváhagyta:

Cseresnyés Péter,

Munkaerőpiacért és Képzésért

Felelős Államtitkár

„Az egészségvédelem nemcsak orvosi, de pedagógiai feladat is: ha többet nevelünk, kevesebbet kell gyógyítanunk.”

*”Fodor József emlékére (1843-1901)”
című kiadvány*

(Budapest, 2001, 8. oldal)

Védőoltás profilaxis ellenére bekövetkezett, foglalkozási eredetű Kullancs-encephalitis megbetegedés

N.N. (48 éves férfi) erdőművelő segéd munkás megbetegedését háziorvosa jelentette be 2015.10.20.-án a területileg illetékes Kormányhivatal Munkavédelmi Felügyelőségéhez, foglalkozási megbetegedésként.

Munkaanamnézis.

N.N. 2012.03.16-tól egy erdészeti és faipari Zrt-nél, közmunkásként, erdőművelő segéd munkás munkakörben, erdőterületen facsetete ültetést, ápolást, bozótirtást végzett. Egyéb feladata erdősítések ápolása, facsetetek felszabadítása sarlóval, ágvágó ollóval, parlagfű irtása volt.

Munkája során „számtalan” kullancscsípést észlelt, elmondása alapján a dolgozók egymásból szedték ki a kullancsokat. A munkáltatója által rendelkezésre bocsátott kullancsriasztó kenőcsöt, valamint a megfelelő munkavédelmi eszközöket használta. 2012.02.21-2013.01.20. között FSME (Kullancs-encephalitis elleni) védőoltásban 3-szor részesült.

Az aktuális betegsége vonatkozó anamnézis.

2015.05.20.-án munkavégzés közben fokozott álmoság jelentkezett nála, amit – már a néhány perces pihenő közben is – horkolva alvás követett. Ez az állapot egy héten keresztül tartott.

2015.05.26.-án újabb tünetei – ízületi fájdalom, magas láz – miatt háziorvosa mandula-gyulladást diagnosztizált és antibiotikus kezelésben (Ciprolen) részesítette.

2015.05.28.-án magas láz, zavartság, bénulási tünetek miatt mentő szállította SBO-ra. Tekintettel jobb felső végtagi súlyos paresisére, neuroló-

giai osztályra helyezték. Laborleletei közül kissé emelkedett gyulladásos paraméterek, emelkedett CK (>1298 U/I) és CRP (49mg/l) említendők. Koponya CT-n bal oldalon, occipitálisan, vascularis jellegű eltérés volt látható. 2015.05.29.-i koponya MR-en egyértelmű kóros eltérés nem volt azonosítható. Liquor punctio lymphocytás meningitist igazolt. Kullancs-encephalitis valószínűségére utalt a klinikum alapján perifériásnak bizonyult, jobb oldali proximális végtaggyengeség. A jobb oldali vállfájdalmak miatt indított gabapentin (Gordius) kezelés a fájdalmakat csökkentette. Az EEG nem mutatott eltérést. Aluszékonysága mérséklődött. A kontroll liquor vizsgálat normalizálódó sejtszámot mutatott.

A 2015.06.01.-i szerológiai vizsgálat a vérben emelkedett KE IgA, IgM és IgG ellenanyag titert mutatott, ami aktuális kullancs-encephalitis vírusfertőzést igazolt. Aktuális Nyugat-nílusi és LCM vírusfertőzés nem volt igazolható.

A gyógytorna és szelektív ingeráram kezelésre az alsó végtagok mozgásterjedelme, izomereje jelentősen, a bal felső végtagé némileg javultak. Az elkezdett terápia ambulanter folytatását javasolták. Jobb oldali felső végtagi proximális gyengesége nem javult, ennek súlyos paresise miatt rehabilitációs osztályra áthelyezték.

2015.06.15-08.11.-ig: Mozgás rehabilitációs osztály szakambulanciáján állt kezelés alatt, közep-európai kullancs encephalitis, petyüdt tetraplegia diagnózissal.

2015.05.26. -tól keresőképtelen állományban volt.

¹ *Rovatvezetők: Dr Lászlóffy Marianna, Ímél: mlaszlffy@omfi.hu, Dr Nagy Károly – OTH Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Főosztály, Ímél: nagykaroly@omfi.hu*

2015.11.4.-től rokkantsági ellátásban részesül 40 %-os össz-szervezeti egészségkárosodás miatt.

A kullancs-encephalitis megbetegedés lényege: A betegség terjesztői kullancsok, melyek vérszívó ízeltlábúak. Erdőben élnek, de előnyben részesítik az erdők széleit, az aljnövényzetet és a patakok menti ligeteket. A bőrbe fúródva, vérszívás közben gyomortartalmukat bejuttatják a vérkeringésbe. A fertőzött kullancsok gyomortartalmában található a betegséget okozó vírus. (1) Kullancscsípést követően ritkán alakul ki megbetegedés. A fertőzöttek nagyobb hányadánál, 5-14 napos lappangási idő után, enyhe influenzaszerű tünetek lépnek fel (láz, fejfájás, végtag-fájdalmak). Néhány nap múlva a betegek 2/3-ad része az enyhébb influenza-szerű tünetek lezajlása után meggyógyul, és nem is sejti, milyen betegségen esett át. A betegek egyharmadánál az első szakaszt követően, 1-20 nap szünet után magas láz és kifejezett idegrendszeri tünetek (fájdalom, görcsök, remegés, aluszékony-ság, izomfájdalom, bénulások, tudatzavar, eszméletvesztés) lépnek fel. Ezek agyvelőgyulladásra utalnak (encephalitis). Az idegrendszeri zavarok súlyos esetben bénuláshoz, tudatzavarhoz vezetnek. A kullancs-encephalitis általában nem életveszélyes, csak elvétve halálos, szövődményt nem okoz. A gyógyulás azonban meglehetősen lassú. Az idegrendszeri tünetek, a bénulások fokozatosan visszafejlődnek.

A kullancs-csípés által terjesztett agyvelőgyulladás következménye lehet hosszan tartó fejfájás, szellemi leépülés és részleges bénulás. Megbénulhatnak a végtagok és a légzésért felelős izmok is, valamint epilepsziára emlékeztető görcsök következhetnek be. A betegség nagyon ritkán halálos is lehet, az esetek kb. 95%-ban nyom nélkül gyógyul.(2,3)

Diagnózis:

A diagnózis felállításához feltétlen szükség van a pontos anamnézis – tünetek, a közelmúltban átvészelt betegségek, rizikófaktorok, munkavégzés, kullancscsípés... – ismeretére .

A CT, MRI, EEG mellett a lumbálpunkció és vírus ellenanyag vizsgálatok szükségesek.

A diagnózis szerológiai próbákra támaszkodik (IF módszerrel) liquor- és savómintából. (A vérmintát, savópárt az Országos Epidemiológiai Központ Virologiai Főosztályának Virális Zoonózisok Nemzeti Referencia-laboratóriumába kell küldeni. 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet)

Keresztreakció miatt (West Nile Vírus=Nyugati-lúsi láz) előfordulhat olyan eset is, hogy valaki oltott és védett, megcsípi egy fertőzött kullancs, az ellenanyagszintje megemelkedik úgy, mint egy friss fertőzésben és akár hosszabb ideig is emelkedett maradhat, de a tüneteket egy másik kórokozóval közeli időben történt fertőződés okozza.

Megelőzés:

A betegség megelőzése a kullancsok elleni védekezéssel és a tavaszi hónapokban beadott védőoltás sorozattal történhet.

Kétféle oltóanyag van hazánkban forgalomban. Mindkettő elölt vírusokat tartalmaz. Az immunreakció kialakításához két alapoltás szükséges 1 - 3 hónap időközzel, melyet 9 - 12 hónap múlva emlékeztető oltás követ. A védőhatás hosszú távú fenntartására 3 év múlva, majd 5 évenként, egy újabb emlékeztető oltás szükséges.(1,3)

A védőoltás mellett nem feledkezhünk meg az általános kullancsellenes intézkedésekről sem: zárt öltözk, rovarriasztók és - irtók használata, fokozott rizikójú területen vegyszeres irtás, és a veszélyes helyen űzött tevékenységet követően az egész testfelület, különösen a hajlatok ellenőrzése, valamint a kullancs mielőbbi eltávolítása. Gyakorlati tanácsként lehet adni, hogy akinek munkaköréből kifolyólag javasolt vagy kötelező a kullancs-encephalitis elleni védőoltás, azoknál célszerű az ellenanyagszintet is ellenőriztetni, hogy az immunrendszere az elvárásoknak megfelelően reagált-e az oltást követően.

Az OTH Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi főosztály állásfoglalása

Nevezettnél a vizsgálati leletek alapján Középeurópai kullancs-encephalitis igazolódott következményes petyhüdt tetraplegiával. Munkaköréből adódó szabadtéri munkavégzése során az erdőben elszaporodott kullancsok miatt számtalan esetben érte kullancs-csípés, amely kullancs-encephalitis vírusfertőződést okozott, a védőoltás profilaxis ellenére. Munkavégzése és megbetegedése közötti ok-okozati összefüggés igazolható. A szerológiai vizsgálat által igazolt kullancs-encephalitis vírusfertőződés foglalkozási eredete igazolt.

Irodalomjegyzék :

- 1) <http://www.oek.hu/oek.web?nid=330&pid=1>
- 2) <http://balaicza.hu/fsme-fertozes-kullancs-encephalitis/>
- 3) Visontai, I.: Foglalkozási eredetű fertőző megbetegedések és prevenciójuk (a munkahelyen). In: Munkaegészségtan 3. kiadás. Szerk. Ungváry Gy., Morvai V., Medicina Könyvkiadó Bp. 2010. 644-645. o

Dr Vida Judit

ÁNTSZ OTH Munkahigiénés
és Foglalkozás-egészségügyi főosztály
1096 Budapest, Nagyváradi tér 2. Tel: 4593050

Melegüzemi, fizikai és ergonómiai megterheléssel együttjáró munkavégzés vizsgálata PIMEX rendszerrel

Hazánkban jelentős számban működnek fémalapanyag-gyártással, valamint öntésszettel foglalkozó kis- és középvállalkozások. Ezen vállalkozások egyik közös jellemzője, hogy bizonyos technológiai lépésekhez kapcsolódóan előfordulnak olyan munkakörök, munkaműveletek, amelyek klasszikus melegüzemi körülmények között, jelentős fizikai munkával, valamint a dolgozó váz- és izomrendszerét érintő ergonómiai megterheléssel járnak. Esetenként előfordulóan sugárzó hőnek való kitettség mellett.

Esetismertetésünkben egy ilyen munkakörnyezetben végzett, ún. öntődei tömbrakó munkakör kiegészítő munkahigiénés vizsgálatát mutatjuk be, amelyet Picture Mix Exposure (továbbiakban: PIMEX) Video Expozíciós rendszer alkalmazásával végeztünk el.

A vizsgált munkakörben dolgozó munkavállalók egy tömbgyártó csarnok középső traktusában elhelyezkedő automatizált öntőlánc végén szállítószalagról alumínium tömbök leszedését és rakásolását végzik. Feladatuk még egy másik munkatérben a kész

tömbrakatok pántolása, csomagolása is. Az öntőlánc tágabb környezetében 7 db. nagyteljesítményű forgódobos és billenő forgódobos olvasztókemence üzemel 4,5-8 tonnáig terjedő befogadóképességgel. Folyamatos üzem mellett nagy mennyiségű és magas darabszámú tömbgyártásról van tehát szó.

Az automatizált rendszerként működő öntőlánc az egyik végén a csapoló üstből a kokilla-formákba önti a folyékony alumíniumot, majd a kokillasor lassú mozgása alatt az öntőlánc másik végén a kész, frissen megszilárdult tömb kiesik az öntőformából a szállítószalagra. Ennek végén helyezkedik el a vizsgált tömbrakó munkakör közvetlen munkakörnyezete, ahol egyidejűleg két dolgozó a szalagról, ún. leszedővilla segítségével tömbtartó vaskeretekre helyezi a tömböket. Az előállított – szekunder alumínium – öntészeti tömbök tömege kb. 7 kg, a munkaeszköz tömege kb. 1 kg. A munkavállalók kétműszakos, 12 órás munkarendben dolgoznak, munkaidőkeretben foglalkoztatva, amely a gyakorlatban 3 munkanapot követően, 3-4 szabadnapot jelent. Méréseinket jellemzően a középső munkanapokra szerveztük.

Vizsgálatunk célja az előzőekben már elvégzett munkahigiénés mérések és elemzések kiegészítő mérésére, pontosabban a tömbrakó munkavállalót érő hőmunkaterhelés további analizisére irányult. Előzetesen elvégeztük a munkakörre vonatkozó munkaenergia-forgalom becslését, a munkapulzus-meghatározásokat, a munkahelyi klímaindexek mérését, számítását, valamint a dolgozókat érő hőterhelés becslését.

Kiegészítő felmérésünk a következő vizsgálatokat tartalmazta:

1. nyugalmi pulzus mérését a műszak megkezdését megelőzően;

A munkavégzés közben egyidejűleg:

2. a munkapulzus mérését;
3. a légzési frekvencia mérését;
4. a munkakörnyezeti vizsgálatok közül a WBGT-index mérését a tömbrakó közvetlen munkazónájában;
5. a külső környezeti klímparaméterekre vonatkozó méréseket.

A kiegészítő vizsgálatok alapvető oka az volt, hogy az előzetesen elvégzett mérések egyik paraméterében (T_g) több olyan mérési sorozatot rögzítettünk, amelyknél rövid időn belül számottevő, ciklikus hőmérsékletváltozások voltak megfigyelhetők, és amelyeket a részletes műveleti analizis adatai nem indokoltak. Megállapítottuk azt is, hogy az említett méréseket külső zavaró tényező (pl. nagyteljesítményű ventilátorok üzemelése) nem befolyásolta. Mindezen előzményeket figyelembe véve, a feltárt 3-4°C-ot is elérő hősugárzás-változások okát, valamint ezzel összefüggésben a dolgozók igénybevételére utaló fiziológiai paramétereket vizsgáltuk (rögzítettük).

Ennek érdekében alkalmaztuk a PIMEX video expozíciós rendszert, amelyben a vizsgálati módszerbe illesztett mérőműszerek összes mérési adata, valamint a munkavégző személy tevékenységét rögzítő videofelvétel egyidejűleg kerül rögzítésre a kapcsolódó szoftveres alkalmazásban.

Az üzemi mérésekhez felhasznált eszközeink:

- hordozható számítógép (PIMEX programmal);
- videokamera;
- Zephyr pulzusmérő monitor;
- Casella Microtherm WBGT mérőműszerek.

A tömbrakási művelet végzése közben – 90 perces időtartamban – folyamatosan rögzítettük a dolgozó munkapulzusát, légzési frekvenciáját, a WBGT-indexhez szükséges természetes nedves hőmérsékletet (T_{nw}), glóbusz-hőmérsékletet (T_g), valamint az alapvető klíma-paramétereket (RH, T_a), illetve a tevékenységről/munkakörnyezetről készített videofelvételt. A megfigyelt munkavállaló által megmozgatott tömbök össz tömege kb. 3640 kg volt.

A vizsgálat eredményei:

A nyári időszakra szervezett vizsgálati napon, 90 perces időtartamban mért általános klímaindex ((K)EH=24,1°C) a vonatkozó jogszabály mellékletében meghatározott egészségvédelmi határértéket nem haladta meg. Ugyanebben az időszakban a dolgozó közvetlen munkazónájában mért és számított WBGT-index átlagértéke 24,4°C volt. Ez a szabványban meghatározott, a munkatevékenységet jellemző közepes hőtermelési osztályra vonatkozó viszonyítási értéket – amely jelen esetben hőhöz akklimatizálódott személyre vonatkozóan 28°C – szintén nem haladta meg. Megjegyezzük, hogy a WBGT-index 24,4°C-os átlagértéke, figyelembe véve a kora délelőtti napszakot és a külső hőmérsékleti adatokat, magasnak tekinthető.

A végzett munkaművelet során mért pulzusnövekmény ($\Delta HR=25$ [1/min]) eredménye a közepesen nehéz fizikai munka alsó tartományába sorolható, amely megfelel az előzetesen elvégzett munkahigiénés mérések eredményeinek. A párhuzamosan rögzített pulzusdiagram időbeli elemzése azt mutatta, hogy a dolgozó munkapulzusa a tevékenység során szélsőséges pulzus-kilengések nélkül egy viszonylag szűk, kiegyensúlyozottnak tekinthető tartományon belül változik. Tehát a WBGT-index mérési sorozatokban megjelenő ciklikus hőmér-

sékletváltozások a dolgozó munkapulzusában kimutatható változásokat nem okoznak, a két vizsgálat eredménye között egyértelmű összefüggés nem azonosítható.

Az előzőekben bemutatott eredmények mellett a tömbrakási művelet végzése közben rögzített légzési frekvencia időbeli változása a hősugárzás változásával azonos ciklushatást mutatott. A mérési adatok videofelvétellel történő párhuzamos kiértékelése során a glóbuszhőmérséklet szélső értékeinél a dolgozók tágabb (4-5 méteres) munkakörnyezetében előforduló változásokat figyeltünk meg. Nevezetesen, hogy a hőmérsékleti csúcsok időpontjában a dolgozók közelében a kész tömbrakatok felhalmozódtak, a hőmérsékleti minimumok időpontjában pedig elszállításra kerültek. A videofelvételekből pontosan elemezhető volt a tömbrakatok szakaszos elszállítása, valamint az, hogy az általuk okozott hősugárzás hatása az öntőlánc végénél fokozottan érvényesül. A PIMEX rendszer alkalmazásával azonosíthattuk a kész tömbrakatok okozta többlet-hősugárzást, amely a vizsgált személy fiziológiai paramétereiben is megjelenő változást indukált, és amely a tömbrakó munkakörben foglalkoztatottak hőmunka-terhelésből eredő igénybevételére utal.

Irodalom:

- 1) Pórszász J., Morvai V.: *A munkahelyek klímájának mérése és értékelése. In: Munkaegészségtan. 3. kiadás. Szerk. Ungváry Gy. és Morvai V. Medicina. Budapest, 2010.X.8. 248-251.*
- 2) Pórszász J.: *Hőmunka okozta megterhelés és igénybevétel. In: Munkaegészségtan. 3. kiadás. Szerk. Ungváry Gy. és Morvai V. Medicina. Budapest, 2010.X.8. 251-253.*
- 3) Morvai V.: *Fizikai munka. Magas és alacsony légköri nyomás a munkahelyeken. In: TÁ-MOP-2.4.8.-12/1-2012-0001 „A munkahelyi egészség és biztonság fejlesztése, a munkaügyi ellenőrzés fejlesztése” című kiadvány 40-44.*
- 4) *A munkahelyek munkavédelmi követelményeinek minimális szintjéről szóló 3/2002. (II.8.) SzCsM-EüM együttes rendelet*
- 5) *MSZ EN 27243:1998 Meleg munkakörnyezetek. A dolgozóra ható hőterhelés becslése a WBGT-index alapján.*
- 6) *Hettinger Th., Averkamp Ch., Müller B.H.: Arbeitsbedingungen in der Glasindustrie*

Soltész Gábor, Dr. Nagy Károly
OTH Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi
Főosztály
1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.

Nemzetközi kitekintés a foglalkozás-egészségügyi orvosok közös alapkompenciáiról: módosított Delphi-tanulmány

Lalloo, D., Demou, E., Kiran, S., Cloeren, M., Mendes, R., Macdonald, E.B.: *International perspective on common core competencies for occupational physicians: a modified Delphi study. Occup Environ Med.* 2016 Jul;73(7):452-8.

A cikk teljes szövege hozzáférhető: <http://oem.bmj.com/content/early/2016/04/13/oemed-2015-103285.full>

A foglalkozás-orvostan mindennapi gyakorlata jelentős változáson esik át az egész világon, miközben a jogi környezet, illetve a feladatok országról-országra változnak. Mindemellett a szakmának vannak alapvetően közös értékei, tudás- és képességbeli jellemzői. Érzékelhető, hogy még sokan nem tudnak kilépni a régi, betegség-központú gondolkodásból, illetve fel kell ismerni, hogy mi az ügyfelek elvárása a foglalkozás-orvostant gyakorlók felé. Többek között a Szakorvosok Európai Uniójának Foglalkozás-orvostani Tagozata (UEMS-OM) is kidolgozott egy európai képzési- és kompetencia-rendszert a szakmához. A cikk a szakértői egyetértés megvalósításában használt, úgynevezett Delphi-módszerrel (nyitott kérdések felől, több körben szűkülő választási lehetőségek) nemzetközi szinten kívánta azonosítani a közös szakmai alapkompenciákat.

Elsőként egy irodalmi áttekintésben keresték az elérhető útmutatókat. Ezután a szakértői tanácskozások sorozatában tárgyalták meg a szakma aktuális és feltörekvő kérdéseit, melybe brit, európai, észak- és dél-amerikai, ausztráliai, illetve ázsiai szaktekintélyeket vontak be. Fentiek alapján alakították ki a kezdő kérdőívet, melyet nemzeti szakmai társaságokhoz juttattak el. (A referáló megjegyzése: Ezt a kérdőívet a Magyar Üzemorvosi Társaság* és az illetékes magyar

egyetemi tanszékek is megkapták.) Az első körben 12 központi témakörhöz tartozó egyedi kompetencia elemek (3-11) relatív fontosságát kellett a válaszadóknak megjelölniük 0-5-ös skálán. A nulla a szükségtelent, az ötös a nélkülözhetetlent jelentette. A második körben a fenti 12 témakört megtartva, de azok tartalmát az első kör nyitott kérdéseire adott válaszok szerint, illetve egy 2014-es nyílt, nemzetközi szakmai konferencia javaslatai alapján egészítették ki a kérdéssort. Ezt a módosított kérdőívet eljuttatták az első kör válaszadóihoz, illetve kérték őket, hogy hálózatukon belül továbbítsák további foglalkozás-orvostan szakorvos kollégáknak. Ebben a körben a válaszadóknak témakörönként sorba kellett állítani az elemeket. A válaszokat átlagolták, s az értékeket egy 10-es skálára vetítették, hogy a különböző témakörökhöz tartozó egyes elemek egymással is összehasonlíthatóak legyenek. Az egy témakörhöz tartozó elemekből vont átlagok révén a témaköröket is sorrendbe lehetett rakni. A kollégák egy elektronikus felületen töltötték ki a kérdőíveket, ahol megkérdezték a nemüket, korukat, földrajzi helyüket, munkahelyük típusát, beosztásuk jellegét. Az első körre 51 országból 339-en válaszoltak: átlag 20±10 éves tapasztalattal rendelkező, 60%-ban európai, 70%-ban 45-64 év közötti, jellemzően az iparban vagy az egészségügyben foglalkoztatott, túlnyomórészt férfiak, akiknek

* Magyar Üzemegészségügyi Tudományos Társaság (MÜTT)

¹Rovatvezető: Dr. Kudász Ferenc, Országos Tisztifőorvosi Hivatal Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Főosztály, Ímél: kudasz@omfi.hu

jellemzően nem tudományos vagy vezetői feladatuk volt, hanem gyakorló foglalkozás-egészségügyi szakorvosokként dolgoztak. Mind a 12 témakör 90% feletti mértékben tartották fontosnak. Az első három helyen (i) a foglalkozási egészségkárosító veszélyek felmérésnek és kezelésének alapjai, (ii) a kommunikációs készségek, illetve (iii) az etikai és jogi kérdések végeztek. A sor végén (xi) az oktatás és képzési felügyelet, illetve (xii) a kutatási módszertanok álltak. A második körre 232 főtől érkezett válasz, az első körhöz képest nem volt különbség a nemi- és koreloszlásban, illetve a szakmai tapasztalatban. Ebben a körben a foglalkozási egészségkárosító veszélyek felmérésnek és kezelésének alapjai mellett a helyes klinikai gyakorlat is az első helyen végzett. Őket a munkaképtelenség, illetve munkaalkalmasság megítélése követte. A legkevésbé fontos elemek nem változtak az első körhöz képest. A témakörön belül legfontosabbnak ítélt elemek általában a témakör esszenciáját jelentették, mint például a foglalkozási- és kórelőzmény helyes felvételének képességét. Bizonyos témaköröknél fajlagosabb témákat képviselő elemek is első helyre kerülhettek. A cikk táblázatban közli a legfontosabbnak ítélt elemeket. Egyes alcsoportok

válaszait összehasonlítva azt találták, hogy a sorrendet nem befolyásolta, hogy azokat melyik kontinensről, milyen nemű, korú vagy szakmai tapasztalattal rendelkező kolléga adta. Ugyan a kutatási módszerek témakörét hátra sorolták, ezen belül a bizonyítékokon alapuló orvoslás volt a legfontosabbnak ítélt elem, melyre az igény a klinikai ellátás fejlesztésében is megjelent. Bár a korábbi tanulmányokhoz hasonlóan a válaszadók ezúttal a hagyományos, erősen betegség-fókuszált témakört hozták ki első helyre, de holtversenyben megjelent a klinikai ellátás is. Tovább árnyalja a képet, hogy a válaszadók megjegyzései szerint az elmúlt 15 évben jelentős fejlődésen ment keresztül az, hogy mit értünk egészségkárosító veszélyek alatt. Így például a fókusz áttevődött a foglalkozási egészségkárosodás megállapításáról olyan területekre, mint a kockázatok orvosi értékelésére. Ez utóbbiban szükséges lehet megállapítani egy adott egészségi állapot hatását egy meghatározott munkaköri feladat ellátására. A válaszokban megjelentek olyan elemek is melyek arra utalnak, hogy a foglalkozás-egészségügyi orvosok egyre inkább multidiszciplináris csapatban dolgoznak, melyet gyakran ők maguk vezetnek.

Nehéz terhek emelése a munkahelyen és a retinaleválás kockázata: egy lakossági nyilvántartáson alapuló tanulmány Dániában

Curti, S., Coggon, D., Hannerz, H., Mattioli, S.: Heavy lifting at work and risk of retinal detachment: a population-based register study in Denmark. *Occup Environ Med.* 2016 Jan;73(1):51-5.

A cikk teljes szövege hozzáférhető: <http://oem.bmj.com/content/73/1/51.full>

A súlyos látásromlással fenyegető retinaleválás ismert kockázati tényezői közé az életkor, a súlyos rövidlátás, katarakta-műtét és a szemet ért trauma tartozik. Először 2008-ban vetették fel a nehéz terhek emelése és a rövidlátók műtétet igénylő retinaleválása közötti összefüggés lehetőségét. Később felmerült, hogy nem-rövidlátók számára is

kockázati tényező a nehéz terhek emelése. Mindennek a hátterében a hasprés (Valsalva-manőver) miatt hirtelen megemelkedő belső szemnyomást feltételezték.

A cikk olasz, dán és brit szerzői a Dán Foglalkozási Kórházi Felvételek Nyilvántartását használták,

mely adatbázis több nyilvántartás (központi személyi~, annak foglalkozási modulja, továbbá a kórházi ellátási~) összekötése révén jön létre. 1995 és 2010 között minden, a nyilvántartásban szereplő 20-59 éves férfi bekerült a „nyitott kohorszba”, s bent is maradt, amíg el nem érte valamelyik végpontot vagy távozott Dániából. Azt vizsgálták, hogy közülük kik kaptak retinaleválás szakadással vezető kórismével (BNO: H3300) járó-, fekvőbeteg-, illetve sürgősségi ellátást. Egyfelől kizárták a szemsérülés (BNO: S05xx) miatt fellépő, továbbá a húzásos retinaleválásokat, mely utóbbi jellemzően a cukorbetegség szövődménye. A 60 éves korhatár miatt a katarakta-műtétek szövődményeként fellépő esetek nem igazán jelenhettek meg csoportban. Három szakértő foglalkozási-expozíciós mátrixokat készített, s ezek szerint sorolták be gyakori nehéz teheremelés szempontjából a foglalkozások egységes osztályozási rendszerének dán változatában szereplő tételeket a „nagyon valószínű”, a „nem valószínű”, továbbá az „egyéb fizikai munkák” és a „nem fizikai munkák (gyakori teheremelés valószínűtlen)” csoportokba. A besorolások helyességét a dán munkakörülmények felmérés 2000. évi adatai is megerősítették. A szakadásos retinaleválások a lakossághoz viszonyított arányát korhoz igazítottan számolták ki az egyes foglalkozási csoportokban. Az így kapott

eredmények közül a „nagyon valószínű” csoportot egyenként viszonyították a többihez. A gyakori nehéz teheremeléssel jellemzett munkakörökben a korra igazított gyakoriság 9,2 eset/100000 személy-év volt. A teheremeléssel valószínűleg nem járó fizikai munkát végzők, illetve az egyéb csoportban az érték magasabb (10,1) lett. A legmagasabb értéket a nem-fizikai munkások között észlelték. A relatív kockázat megbízhatósági tartománya az első két esetben magában foglalta az egyet (azonos kockázat), az utolsó esetben 0,43-0,60 volt. A fekvőbeteg ellátást kapott (súlyosabb) esetekre szűkítve is hasonló eredmények jöttek ki.

A fenti eredmények szerint a dán férfiak között nem sikerült igazolni, hogy a nehéz terhek gyakori emelése a kórismézett szakadásos retinaleválás gyakoribb kialakulásával járna együtt. Ez ugyan ellentmond két korábbi olasz tanulmánynak, viszont egybecseng egy skót vizsgálattal. A tanulmány gyengéi, hogy az emelési tevékenység nem volt igazolva, illetve ismeretlenek maradtak a hobbi tevékenységből eredő esetleges kockázatok. Nem volt adat a rövidlátásról, mely egy ismert és jelentős kockázati tényező. Előnye a tanulmánynak, hogy torzításoktól mentesen, a teljes populációra kiterjedően, szubjektív elemeket elkerülve tudtak expozíciót és kórismét meghatározni.

A műszakhossz, a csapattársak ismerete, illetve a foglalkozási egészségkárosodások megfigyeléses vizsgálata mentődolgozók között

Weaver, M.D., Patterson, P.D., Fabio, A., Moore, C.G., Freiberg, M.S., Songer, T.J.: An observational study of shift length, crew familiarity, and occupational injury and illness in emergency medical services workers. *Occup Environ Med.* 2015 Nov;72(11):798-804.

A cikk teljes szövege hozzáférhető: <http://oem.bmj.com/content/72/11/798.full>

Az Amerikai Egyesült Államokban a sürgősségi orvosi ellátást és szállítást két főből álló egységek adják, akik általában 12 vagy 24 órás műszakokban dolgoznak. Köztük gyakoribbnak találták a munkahelyi sérülések előfordulását, sőt felvetődött, hogy

a fáradtság, illetve az együtt dolgozó páros egymás ismeretének hiánya miatt az ellátottak is veszélynek lehetnek kitéve. A fáradtság baleseteszést növelő hatását már bizonyították mentősök között. Egy friss felmérés szerint egy év alatt egy dolgozó

átlag 19, de akár 50 kollégával kerül egy beosztásba, mely jelenség a polgári repülésben bizonyítottan növeli a hibákat.

A visszatekintő felmérésben 14 sürgősségi szolgálat 37 állomásától származó adatokat használtak. A hivatalosan jelentendő foglalkozási egészségkárosodási eseményeket (baleset, betegség) a legközelebbi teljesített műszakbeosztáshoz rendelték (dátum, személyazonosító, állomás szerint). Egyenként áttekintették a kitöltött nyomtatványokat, mivel azok részletes adatokkal szolgáltak a körülményekről. Csak azokat a sérüléseket vették figyelembe, melyek a normál elsősegélyen túli ellátást igényeltek. A fertőző betegek rutin ellátása során – baleset hiányában – elszenvedett fertőzéseket nem vették figyelembe. A műszakbeosztásokat a következő csoportokra osztották: legfeljebb nyolc, >8-12, >12-16 és >16-24 órás. Ha két műszak között legfeljebb egy óra telt el, akkor azok időtartamait egybevonták. A bajtárs ismeretét az alapján elemezték, hogy a kérdéses műszakot megelőző nyolc hétben hány műszakot dolgoztak együtt. Vizsgálták a regenerációs időt, mely az előző teljesített műszak óta eltelt idő, továbbá a műszakokat besorolták éjszakázás szempontjából is. Részállásnak tekintették azt, akinek a megelőző négy hétben a heti munkaideje nem haladta meg a 34 órát. Figyelembe vették a munkáltató nagyságát is. A hipotézisek igazolásához többváltozós kevert-hatás logisztikus modelleket készítettek. 4382 alkalmazott 966 082 műszakjához 950 használható jelentés tartozott, 677 személytől. A műszakhossz átlag 12,6 óra volt (mediánérték: 12 óra). 675 630 műszak volt >8-12 órás, gyakoriságban ezt követte a legfeljebb nyolc órás (121 093 darab) és a >16-24 órás (106 267 darab). Huszonnégy óránál tovább 1853 műszak tartott, a mintában szereplők 15%-a legalább egyszer teljesített ilyet. A teljes mintában 15,59 jelentés jutott 100 teljes-munkaidő-ekvivalensre. A jelentések háromnegyede volt sérülés. Az esetek több, mint fele a helyszínen, közel harmada a „tengelyen”, egyhatoda az átadási helyen történt. A nyomtatványok szövegelemzése szerint az eseményleírások közel 80%-ában szerepelt a

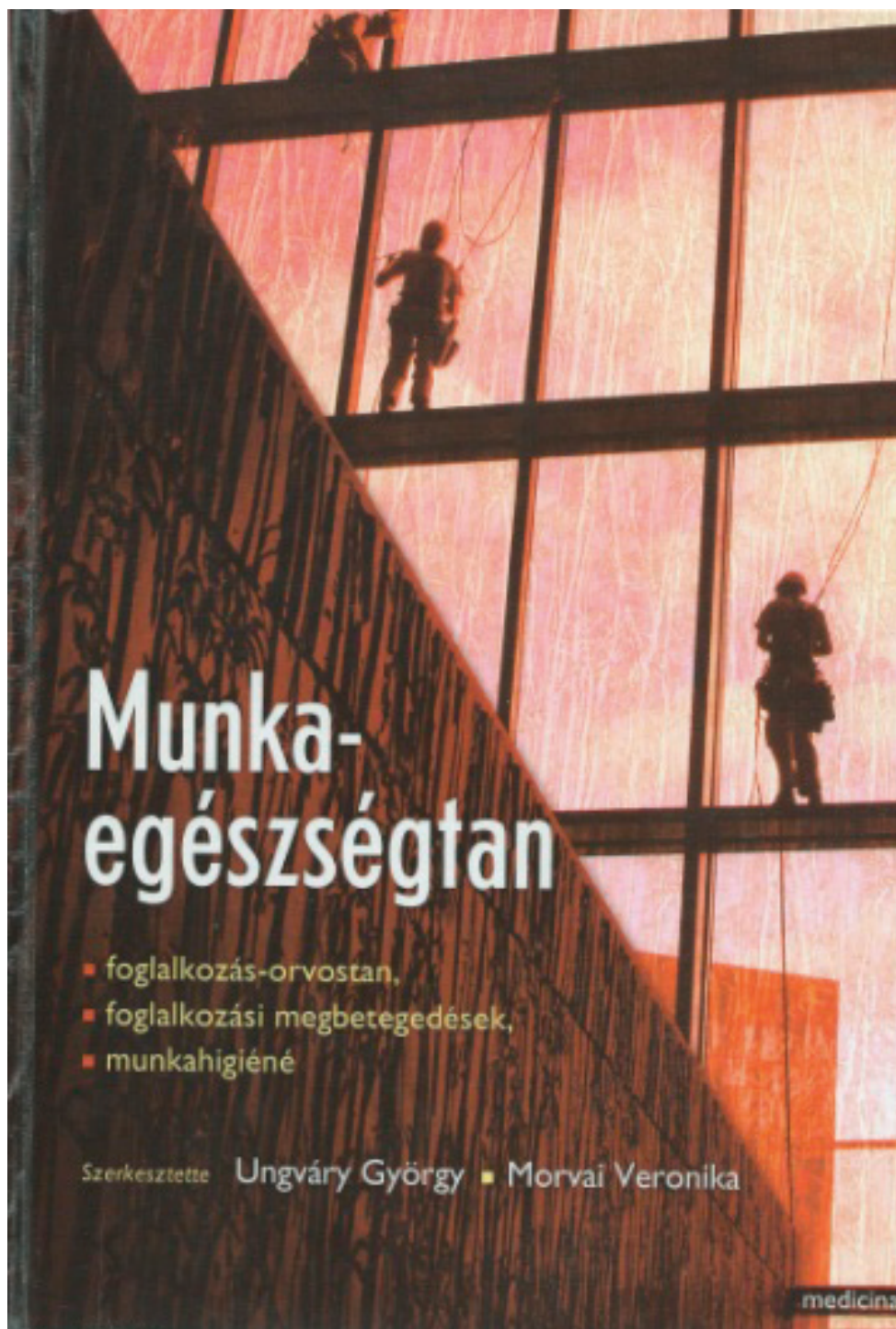
„rándulás” vagy „húzódás” kifejezés. „Ütődés” és „horzsolás” 12%-ban, „agyrázkódás” 3%-ban, „tűszúrásos baleset” 2%-ban volt a szöveges részben. Közel az esetek felében „emelés”, „mozgatás” vagy „áthelyezés” szerepelt a leírásban, s 45%-ban a nyak vagy a derék volt az érintett testrész. Leggyakrabban a >8-16 órás beosztású bajtársak dolgoztak együtt (medián 11 műszak a megelőző nyolc hétben). Míg a legtöbb regenerációs idő (medián két nap) a >16-24 órás beosztást előzte meg, addig a >8-12 órás műszakosoknak medián 12 óra regenerációs idejük volt. Az egyváltozós modellben, ahol nem történt a zavaró tényezőkre történő igazítás, a műszakhossz összefüggésben volt a jelentett egészségkárosodással, azonban a bajtárs ismerete nem. A többi társváltozó (pl. éjszakai műszak, pihenési időszak, munkáltató mérete, stb.) sem mutatott összefüggést. A többváltozós modell szerint a >8-12 órás műszakhoz képest a >12-16 órás műszak 27%-kal nagyobb, de statisztikailag nem szignifikáns mértékben növelte a kockázatot. Statisztikailag is szignifikáns mértékben, 60%-kal volt nagyobb a kockázat a >16-24 órás műszakosok, illetve 30%-kal kisebb a legfeljebb nyolc órás műszakosok között. A műszakhosszal, mint folyamatos változóval számolva minden egyes hozzáadott óra 4%-kal növelte a kockázatot. A többváltozós modellben sem mutatott összefüggést a bajtárs ismerete, a munkáltató mérete és a regenerációs idő. Az éjszakai műszakok 22%-kal biztonságosabbnak tűntek. Miután az egy órát nem meghaladó regenerációs idejű műszakokat egybevonták, a 24 órát meghaladó műszakoknak 3-szoros volt a baleseti kockázata a legfeljebb nyolcórásokhoz képest.

A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy az adatok különböző szempontok szerinti feldolgozása jelentősen változtatta a végeredményt, így egyedül a fentiekből nem javasolt messzemenő következtetéseket levonni. Felhosszítják példának a más vizsgálatokban igazolt csökkenő fáradtság szintet, mely 24 órás műszak végén – valószínűleg a riasztások közötti időszakban történő alvás miatt – jelentkezik. Mindazonáltal egyértelmű a megál-

lapítás, hogy a növekvő műszakhossz magasabb baleseti kockázattal jár együtt, s javasolják a jelenség véletlenszerű mintán történő alaposabb vizsgálatát. Ezekben olyan fontos változókat is gyűjteni kellene, mint a műszakhoz tartozó hívások száma, a munkáltató munkavédelmi kultúrája, a dolgozók egészségi állapotát és mellékállását illető adatai, il-

letve hogy a baleset a műszak hányadik órájában történt. A műszakhossz kihatással lehet a munkát követő útibalesetekre is.

Referáló:
Dr. Kudász Ferenc



kiadás éve: 2010

Hírek, programok¹

25 éves az ÁNTSZ

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat életrehívásának 25. évfordulójára 2016. október 12-n a Parlament Felsőházi termében ünnepi megemlékezésre került sor.

Az ülést Jakab István úr a Parlament alelnöke nyitotta meg. Az ülésen beszédet mondott Dr. Surján László volt népjóléti miniszter úr, Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán egészségügyért felelős államtitkár úr, valamint Dr. Szentés Tamás országos tisztii főorvos úr.

Országos Tisztii Főorvos Úr ünnepi beszédét teljes terjedelmében közreadjuk (lásd: 352. és 353. oldalakon)

Felhívás

Tájékoztatam a Tisztelt Érdeklődőket, hogy az OTH Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Főosztálya **2017. március 29-én** tartja következő **Foglalkozás-egészségügyi Fórumát**, melynek témája

„Idősödő munkavállalók foglalkozás-egészségügyi kérdései”

A Fórum minősítése: szabadon választható

A következő előadások hangzanak el:

Dr. Bereczki Edit: Az idős és időskorú munkavállalók foglalkoztatásának munkaegészségügye

Prof. Dr. Cseh Károly: A diabetes és az idősödő munkavállalók munkaköri alkalmasságának kérdései

Dr. Hegyi Ilona: Szív- és érrendszeri megbetegedések egészségügyi szempontjai

Dr. Budavölgyi Attila: Mozgásszervi megbetegedések az idősödő munkavállalóknál

Tauszik Katalin: Idősödő munkavállalók: néhány pszichológiai és pszichoszociális kérdés

Dr. Barta Aliz: Idősödő munkavállalók pszichiátriai kórképei

Dr. Nagy Sarolta: Gyakorlati kérdések az idősödő munkavállalók munkaköri, illetve szakmai orvosi alkalmassága során

Célcsoport: orvosok, ápolók, munkahigiénés és munkavédelmi szakemberek

A program és a jelentkezési lap letölthető a www.omfi.hu honlapról.

A rendezvénnyel kapcsolatosan érdeklődni lehet a 459-3051-es telefonszámon

¹Rovatvezető: Dr. Madarász Gyula, Ímél: gyula.madarasz@ngm.gov.hu

Jogszabályokról¹

Tájékoztató a 2016. szeptember 1-től 2016. november 14-ig a Magyar Közlönyben megjelent aktuális jogszabályokról

329/2016. (X. 28.) Korm. rendelet

Az egészségügyi szolgáltatások Egészség- biztosítási Alapból történő finanszíro- zásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet mó- dosításáról

Megjelent: MK 2016. évi 167. szám

A módosítás lényege, hogy „Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól” szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 5. számú melléklete módosul.

31/2016. (X. 12.) EMMI rendelet

Egyes egészségügyi tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról

Megjelent: MK 2016. évi 154. szám

A szabályozás keretében négy jogszabály módosul:

- Az anyatej társadalombiztosítási támogatás alapját képező áráról, valamint a támogatás elszámolásának módjáról szóló 8/2002. (X. 4.) ESzCsM rendelet,
- A vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól szóló 18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet,
- Az egészségügyi szolgáltatók hatósági szakfelügyeletéről, szakmai minőségértékeléséről és

a minőségügyi vezetőkről szóló 33/2013. (V. 10.) EMMI rendelet

A módosítás lényege, hogy a jogszabály a 15. § (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép: „Az egészségügyi szakmai kollégium működéséről szóló miniszteri rendeletben felsorolt tagozatonként kell egy állandó minőségügyi szakfőorvost, illetve - nem orvosi szakterület esetén - szakterületi vezetőt megbízni.”

Továbbá, hogy a jogszabály 22. § (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép: „Az OBDK valamely szolgáltatóra vagy az egészségügyi ellátórendszerre vagy annak egy részére vonatkozó, a szakmai minőségértékelés alapján tett megállapításáról indokolt esetben, illetve ha hatósági vizsgálat válik szükségessé, tájékoztatja a szolgáltató részére működési engedélyt kiadó egészségügyi államigazgatási szervet.”

29/2016. (X. 3.) EMMI rendelet

Az egészségügyi szakmai kollégium működéséről szóló 12/2011. (III. 30.)

NEFMI rendelet módosításáról

Megjelent: MK 2016. évi 150. szám

A módosítás lényege, hogy „Az egészségügyi szakmai kollégium működéséről” szóló 12/2011. (III. 30.) NEFMI rendelet 7. § (4) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„A klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus, valamint a menedzs-

¹ *Rovatvezető: Dr. Kornis Pál – OTH Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Főosztály, Íméle: kornis@omfi.hu*

ment, egészséggazdaságtan és egészségügyi informatikai (nem orvosi) és minőségügyi tagozatok a (2) bekezdés szerinti javaslattevési jogukat a miniszter által kijelölt szervezeten keresztül gyakorolják.”

Az emberi erőforrások minisztere 28/2016. (IX. 29.) EMMI rendelet

Az egyes egészségügyi tárgyú miniszteri rendeleteknek az egészségügyi ágazati képzésekkel összefüggő módosításáról

Megjelent: MK 2016. évi 147. szám

A szabályozás keretében nyolc jogszabály módosul:

- Az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről szóló 47/2004. (V. 11.) ESzCsM rendelet,
- Az Európai Közöségi jog hatálya alá tartozó, feltétel nélkül elismerésre kerülő egyes egészségügyi oklevelek, bizonyítványok és a képesítés megszerzéséről szóló egyéb tanúsítványok megnevezéséről és az ezen okiratok birtokosaival azonos jogállású személyek köréről szóló 4/2008. (I. 16.) EüM rendelet,
- Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakmai képzés részletes szabályairól szóló 16/2010. (IV. 15.) EüM rendelet,

A módosítás lényege: A jogszabály 9. § (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép: „A szakképzés vonatkozásában a szakképzési grémiumok felsorolását, az egyes szakképzési grémiumokhoz tartozó alap szakképesítéseket, valamint az egyes szakképzési grémiumok legkisebb létszámát a 4. sz. melléklet tartalmazza. A ráépített szakképzések esetében önálló szakképzési grémium létrehozásáról, vagy az adott szakképesítéshez tartozó feladatoknak valamely alapszakképesítéshez történő rendeléséről az egyetemek a helyi képzési adottságoknak megfelelően jogosultak dönteni.”

Továbbá: A rendelet 9. §-a új szabályozásként a következő (9) és (10) bekezdéssel egészül ki: „(9) Az országos szakképzési grémiumok működtetésével kapcsolatos feladatokat az ENKK kijelölése alapján rotációs rendszerben az egyetemek látják el. (10) Az országos szakképzési grémiumok működtetésével kapcsolatos feladatok ellátására - az országos szakképzési grémium kijelölt tagjainak javaslata alapján - az ENKK 5 évre bízta meg a kiválasztott egyetemet. Az ötéves megbízás elteltét követő 15 napon belül az országos szakképzési grémium kijelölt tagjai ismételtan javaslatot tesznek az ENKK részére azzal, hogy az az egyetem, amelynek megbízatása megszűnik, a megszűnést követően közvetlenül nem jelölhető ki újra.”

- Az egészségügyi szakmai kollégium működéséről szóló 12/2011. (III. 30.) NEFMI rendelet,

A módosítás lényege: A jogszabály 8. § (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép: „Összeférhetetlen a szakmai kollégiumi elnöki és alelnöki tisztséggel, ha a tag kormánytisztviselő, állami tisztviselő vagy egészségügyi szakmai köztestület elnöke.”

- Az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól szóló 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet,
- Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről szóló 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet,

A módosítás lényege: A jogszabály 3. § (8) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép: „A 12.sz. melléklet tartalmazza azon, a szakorvosi, a szakgyógyszerész szakképesítés megszerzéséről és a képesítésről, továbbá az orvosok, fogorvosok és a gyógyszerészek továbbképzéséről szóló 9/1978. (XI. 29.) EüM rendelet, valamint a szakorvos, szakfogorvos, szakgyógyszerész és klinikai szakpszichológus szakképesítés megszerzéséről szóló 66/1999. (XII. 25.) EüM rendelet alapján meg-

szerzett képesítéseket, amelyek valamely, e rendelet szerinti szakképesítésnek megfeleltethetők.”

- Aszakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről szóló 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet,
- Az egészségügyi szolgáltatás keretében használt, éles vagy hegyes munkaeszközök által okozott sérülések megelőzésére, az ilyen eszközök használatából eredő kockázatok kezelésére, valamint az egészségügyi tevékenységet végző személyek tájékoztatására és képzésére vonatkozó követelményekről szóló 51/2013. (VII. 15.) EMMI rendelet,

A módosítás lényege: A jogszabály 1. § b) pontja helyébe a következő rendelkezés lép: (E rendelet hatálya kiterjed), b) az egészségügyi szolgáltatónál közalkalmazotti jogviszonyban, munkaviszonyban, közszolgálati jogviszonyban, kormányzati szolgálati viszonyban, állami szolgálati jogviszonyban, valamint szolgálati jogviszonyban foglalkoztatott, egészségügyi tevékenységet végző természetes személyre,”

33/2016. (IX. 8.) NGM rendelet

A munkavédelemről szóló 1993. évi XCII. II. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról szóló 5/1993. (XII. 26.) MüM rendelet módosításáról

Megjelent: MK 2016. évi 136. szám

A módosítás lényege: A jogszabály 5. § (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép: „A munkáltató minden munkaképtelenséggel járó munkabalesetet, ideértve a bányászati munkabalesetet is (a továbbiakban együttesen: munkabaleset), a bekövetkezését követően köteles haladéktalanul kivizsgálni. A három munkanapot meghaladó munkaképtelenséggel járó munkabalesetet ki kell vizsgálni, nyilvántartásba kell venni és be kell jelenteni. Munkaképtelenséget nem okozó munkabaleset esetén a kötelező egészségbiztosítási ellátásról szóló törvény végrehajtására kiadott kormányrendeletben foglalt szabályokat kell alkalmazni.”

Továbbá: A rendelet 9. § (1) bekezdés d) pontja helyébe a következő rendelkezés lép: (A munkáltató köteles a kivizsgálás befejezésekor, de legkésőbb a tárgyhót követő hónap 8. napjáig megküldeni a jegyzőkönyvet), d) a társadalombiztosítási kifizetőhelynek, ennek hiányában az egészségbiztosítási pénztári feladatkörében eljáró illetékes fővárosi és megyei kormányhivatalnak;”

Továbbá: Módosul a rendelet 2. és 5. számú melléklete.

Referálók:

Dr. Kornis Pál

Dr. Lesfalvi Tibor

Foglalkozás-egészségügy a bírósági ítékezés tükrében¹

A munkavédelmi bírság mértékének meghatározásakor a szorzószámokat valamennyi veszélyeztetett munkavállaló figyelembevételével kell alkalmazni, függetlenül attól, hogy valamennyi, a mérték szempontjából értékelt szabálytalanság minden érintett munkavállaló esetében megállapításra került-e - hívja fel a figyelmet ítéletével a Kúria.

Az elsőfokú munkavédelmi hatóság 2012. december 11-én munkabaleset kivizsgálása érdekében a felperesnél ellenőrzést tartott, és 2012. december 12-én munkavédelmi eljárást indított, amelyet kiterjesztett az azonos, festő munkakörben foglalkoztatott munkavállalók egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzése feltételeinek vizsgálatára is.

Határozatában az elsőfokú szerv megállapította, hogy a felperesnél a kockázatértékelés keretében nem történt meg a festőműhelyben végzett veszélyes anyagok és keverékek előkészítésére, összekeverésére vonatkozóan a veszélyek pontos azonosítása, a szükséges megelőző intézkedések megjelölése. A felperes megsértette a szükséges megelőző intézkedések megjelölése, továbbá a megfelelő védelmet nyújtó egyéni védőeszközök biztosítására vonatkozó kötelezettségét, amelynek következtében B.L.P. munkabalesetet szenvedett. A határozat második pontja rögzítette, hogy az ellenőrzés helyszínén festő munkakörben foglalkoztatott munkavállalók több, mint egy éve festési munkákat végeztek, azonban a felperes ezen idő alatt nem győződött meg a munkavállalók szervezetében kialakuló vegyi anyag vagy metabolit koncentrációjának mértékéről biológiai monitorvizsgálat keretében, ezzel súlyosan veszélyeztetette az öt fő munkavállaló egészségét.

Mindezek alapján az elsőfokú közigazgatási szerv megállapította, hogy a felperes öt fő munkavállaló

vonatkozásában megvalósította a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény (Mvt.) 82. § (2) bekezdésének e) és g) pontjaiban megfogalmazott tényállást, vagyis az egyéni védőeszközök biztosításának hiányával, illetőleg az előírt munkaköri alkalmassági vizsgálatok biológiai monitorozás elmulasztásával kapcsolatos veszélyeztetést, ezért 2.812.000 forint munkavédelmi bírsággal sújtotta.

A bírság összegét akként számította ki, hogy az 50.000 forintos alapösszeget megszorozta a súlyos veszélyeztetéssel érintett munkavállalók számával, azaz öttel, majd megszorozta a két munkavédelmi normasértéshez rendelt másfeles szorzóval, mind ezt öttel szorozta azért, mert a határozat szerint a súlyos veszélyeztetés időtartama bizonyítottan egy hónapnál tovább állt fenn, végül az így kapott összeget további másféllel szorozta tekintettel arra, hogy a munkáltató mulasztása miatt munkabaleset következett be.

Az elsőfokú határozattal szemben előterjesztett fellebbezés alapján az alperes határozatával az elsőfokú határozatot helybenhagyta.

A felperes a keresetében a határozatok hatályon kívül helyezését és az alperes új eljárásra kötelezését, valamint perkoltségben történő marasztalását kérte.

A közigazgatási és munkaügyi bíróság ítéletével az alperes határozatát az elsőfokú határozatra is kiterjedően hatályon kívül helyezte és az alperest új eljárásra kötelezte. Ítéletének indokolásában rögzítette, hogy a felperes a megállapított munkavédelmi szabályszegések tényét nem vitatta, ezért azt a bíróság sem vizsgálta. Az eljáró munkavédelmi felügyelő nem terjeszkedett túl az ellenőrzés jogszabályi keretein, mivel

¹Rovatvezető: Dr. Kornis Pál – OTH Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Főosztály, Ímél: kornis@omfi.hu

a munkabalesetek kivizsgálásán túl jogosult volt ellenőrzést tartani a munkavállalók egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzésével kapcsolatos munkáltatói feladatok és kötelezettségek teljesítése.

A perbeli ügyben támadott határozatok B.L. vonatkozásában az egyéni védőeszköz biztosítására vonatkozó munkáltatói kötelezettség megszegését, míg további munkavállalók tekintetében a biológiai monitorozásra vonatkozó kötelezettség megsértését határozta meg, ezzel szemben egy másik ügyben meghozott határozat 4 munkavállaló – köztük K.T. – vonatkozásában állapította meg az egyéni védőeszközre vonatkozó normasértést, míg 14 munkavállaló esetében az időszakos biztonsági felülvizsgálatra vonatkozó jogszabály megsértését határozta meg. Ezért a bíróság ebben a körben jogszabálysértést nem talált megállapíthatónak.

A közigazgatási szervek a támadott határozatok összefoglalásként azonban azt állapították meg, hogy az érintett öt fő munkavállaló tekintetében megvalósult az Mvt. 82. § (2) bekezdés e) és g) pontjában meghatározott tényállás, amely közül az e) pont az egyéni védőeszköz működésképtelenségét, illetve hiányát jelöli. Az 5 fő vonatkozásában a bírság kiszabása során a fentiek megsértése miatt másfélszeres szorzót alkalmaztak, amely két normasértésnek felel meg. A bíróság ebből következően azt állapította meg, hogy K.T. vonatkozásában mindkét határozat értékelte az egyéni védőeszközök működésképtelenségével, illetve hiányával megvalósított normasértést.

A közigazgatási és munkaügyi bíróság álláspontja szerint a közigazgatási hatóságok ezért megszegték a Ket.-ben rögzített azon alapelvet, amely szerint az ügyfél jogát és jogos érdekét szem előtt tartva, a jogszabályok rendelkezéseit betartva kell eljárniuk. A jogbiztonság általános elvét is sérti az a körülmény, hogy a perbeli ügyben meghozott határozatok ugyanazon munkavállaló vonatkozásában olyan, azonos időben megvalósított felperesi jogsértés miatt is bírságot alkalmaz-

tak, amelyet korábban a hatóság, a 2013. július 17-én meghozott és jogerőre emelkedett határozatában már értékelte.

A közigazgatási és munkaügyi bíróság a munkavédelmi bírság mértékére és kiszabására vonatkozó részletes szabályokról szóló 273/2011. (XII.20.) Kormányrendelet 4-7. §-ában foglaltak alapján azt állapította meg, hogy az alperes a közigazgatási bírság mértékének számítása során nem a jogszabály rendelkezéseinek megfelelően járt el. Álláspontja szerint a 6. §-ban meghatározott szorzószámokat munkavállalónként kell alkalmazni, vagyis külön-külön kell megállapítani, hogy a munkáltató hány munkavédelmi normasértést valósított meg, és azt is, hogy az egyes munkavállalók esetében a veszélyeztetés időtartama milyen hosszú ideig állt fenn. Ha csak egy munkavállaló volt érintve a munkabalesetben, akkor csak az ő vonatkozásában lehet másfélszeres szorzót alkalmazni, végül a külön-külön munkavállalónként megállapított összegeket kell összeadni.

A közigazgatási és munkaügyi bíróság következtetése szerint az alperesi határozat jogszabálysértő, ezért a másodfokú határozatot az elsőfokú határozatra kiterjedő hatállyal hatályon kívül helyezte és az alperest új eljárásra kötelezte. Az új eljárás vonatkozásában előírta, hogy K. T. esetében az egyéni védőeszköz hiányát megvalósító normasértést már nem lehet figyelembe venni, és a bírságot is ennek figyelmen kívül hagyásával, illetve munkavállalónként külön-külön kell kiszabni.

Az alperes a felülvizsgálati kérelmében a jogerős ítélet hatályon kívül helyezését és új határozat meghozatalával a felperes keresetének elutasítását, továbbá felülvizsgálati eljárási költségben történő marasztalását kérte. Álláspontja szerint a közigazgatási és munkaügyi bíróság ítélete az ügy érdemi elbírálására kihatóan jogszabálysértő, mivel a Pp. 339. § (1) bekezdésében foglaltakkal ellentétben olyan közigazgatási határozatokat helyezett hatályon kívül, amelyek jogszerű döntést tartalmaznak.

Érvelése szerint K.T. munkavállaló esetében a két munkavédelmi ellenőrzés között több mint egy hónap telt el, és a felperes az újabb helyszíni ellenőrzés során sem biztosította munkavállalója és társai számára a megfelelő védelmi képességgel bíró egyéni védőeszközöket. Mivel a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény (Ket.) 127. § (1) bekezdése kogens érvénnyel 8 napon határozza meg az utóellenőrzés lehetőségét, a mulasztás 8 napon túli feltárása esetében az új eljárásként értelmezendő, amelynek tapasztalatai alapján ismét sor kerülhet a mulasztások szankcionálására. K. T. esetében ezért nem valósult meg kettős értékelés. Álláspontja szerint továbbá mind az öt fő vonatkozásában megállapítható a két normasértés, azaz a másfélszeres szorzó alkalmazása jogszerű volt.

Az alperes tévesnek ítélte a bíróság munkavédelmi bírság számítására vonatkozó jogértelmezését is. A 273/2011.(XII.20.) Kormányrendelet számítási módszerére a jogszabály indokolást nem tartalmaz, de a 4. § rendelkezéséből sem következik egyértelműen, hogy azt munkavállalónként és egyenként kell számítani. A bíróság ítéletének meghozatalakor nem vette figyelembe, hogy az Mvt. 82. § (5) bekezdés i) pontja az elkövetési magatartás személyi és tárgyi körülményeire tekintettel mérlegelési jogkört biztosít, amelynek során a gondatlanság fokát is értékelni kell, így célszerű annak mértékéhez igazodva a legmagasabb szorzószám alkalmazása.

Álláspontja szerint továbbá jogszerűtlen az új eljárás lefolytatására történő kötelezése, mivel a 323/2011.(XII.28.) Kormányrendelet 16. § (1) bekezdése és 18. § (3) bekezdése alapján szakmai irányító szerv, tehát hatósági jogkörrel nem rendelkezik.

A Kúria döntése

A felülvizsgálati kérelem a Kúria szerint a következők szerint megalapozott.

A közigazgatási és munkaügyi bíróság a jogerős ítéletében a támadott közigazgatási határozatokat azért helyezte hatályon kívül, mert álláspontja szerint a bírság kiszabása során helytelen számítást, K.T. munkavállaló esetén pedig kétszeres értékelést alkalmaztak a hatóságok.

A munkavédelmi bírság mértékéről szóló 273/2011. (XII.20.) Korm. rendelet az alábbiakat tartalmazza:

4.§ A munkavédelmi bírság alapösszege a súlyosan veszélyeztetett munkavállalónként ötvenezer forint.

5.§ A munkavédelmi bírság mértéke a 4. §-ban meghatározott alapösszeg és a 6.§-ban alkalmazandó szorzók alapján, a 7.§ szerinti emelési és csökkentési lehetőség figyelembevételével kerül kiszámításra, azzal, hogy a bírság mértéke nem lehet kevesebb vagy több a munkavédelmi bírság az Mvt.-ben meghatározott legkisebb vagy az Mvt.-ben meghatározott legnagyobb összegénél.

A fenti rendelkezésből megállapítható, hogy a jogszabály annak helyes értelmezése szerint a 6.§-ban meghatározott szorzószámokat nem a munkavállalónként meghatározott bírság alapösszegéhez rendeli, hanem a bírság mértékéhez, amely az alapösszeg és az érintett munkavállalók számának szorzata. Tehát a szorzószámokat valamennyi veszélyeztetett munkavállaló figyelembevételével kell alkalmazni, függetlenül attól, hogy valamennyi, a mérték szempontjából értékelt szabálytalanság minden érintett munkavállaló esetében megállapításra került-e. Mivel a jogszabály a bírság összegének meghatározásakor összeadást, vagyis munkavállalónkénti külön számítást nem tartalmaz, a közigazgatási és munkaügyi bíróság az előírt számítást tévesen határozta meg. A jogszabály előbbieken kifejtett értelmezése eredményezheti

csak azt, hogy a bírságösszeg kellő visszatartó erőt fejtsen ki a munkavédelmi szabályszegések ellen.

Jogsabálysértő a közigazgatási és munkaügyi bíróság ítéletének azon megállapítása is, hogy K.T. munkavállaló esetében az eltérő időpontban lefolytatott munkaügyi ellenőrzés során kétszeres értékelés történt.

A jelen peres eljárás során felülvizsgált közigazgatási határozatok K.T. vonatkozásában az Mvt. 82.§ (1) bekezdés g) pontjában foglalt biológiai monitorozás elmulasztását állapították meg a munkavállalót súlyosan veszélyeztető szabálysértésként, az e) pontban foglalt védőeszköz

hiányát a határozat összefoglalásában tüntették fel. A fent kifejtett számítási mód szerint azonban a Korm.rendelet 6.§(1) bekezdés a) pontjában foglalt, a többszörös normasértéshez rendelt 1,5-szörös szorzószámot valamennyi munkavállaló, így K.T. esetében is alkalmazni kellett, ezért – függetlenül a másik eljárásban megállapított normasértéstől – a kétszeres értékelés fel sem merülhetett.

A fentiekre tekintettel a Kúria a jogerős ítéletet a Pp. 275. § (4) bekezdése alapján hatályon kívül helyezte és a felperes keresetét elutasította.

Referáló: Dr. Kornis Pál



Megjelent a „Munkavédelem” című kiadvány, amely 9 könyvből áll. A könyvek a munkavédelem oktatását, a munkavédelmi továbbképzést és a jó munkavédelmi gyakorlati munkát segítik elő. A könyvek címét és szerkesztőit az alábbiakban ismertetjük. Az egyes könyvek részletes specifikációját illetően utalunk a kiadvány bemutatott fedőlapjára. Valamennyi könyv oldalszáma külön-külön 1-től n-ig terjed.

1. Laborgyakorlatok. Szerk.: Ungváry Gy. – oldalszám: 1-45
2. Munkabalesetek, foglalkozási megbetegedések és fokozott expozíciós esetek kivizsgálása. Szerk.: Ungváry Gy., Szakmáry Éva, Walz G. – oldalszám: 1-103
3. Munkaeszközök biztonsága. Szerk.: Walz G., Ungváry Gy. – oldalszám: 1-95
4. Szaktevékenységek. Szerk.: Szakmáry Éva, Walz G., Ungváry Gy. – oldalszám: 1-101
5. Egyes feldolgozó-ipari eljárások munkavédelmi követelményei. Szerk.: Walz G., Ungváry Gy. – oldalszám: 1-108
6. Munkahelyek kialakítása. Szerk.: Ungváry Gy., Walz G. – oldalszám: 1-108
7. Biztonság és egészségvédelem a változó munkahelyeken. Szerk.: Szakmáry Éva, Ungváry Gy., Walz G. – oldalszám: 1-120
8. Alapvető munkaegészségügyi ismeretek – elméleti alapok I. Szerk.: Szakmáry Éva, Ungváry Gy., Walz G. – oldalszám: 1-82
9. Alapvető munkaegészségügyi ismeretek – elméleti alapok II. Szerk.: Szakmáry Éva, Ungváry Gy. – oldalszám: 1-102

A könyvek fejezeteit írták:

Bakos József, Dr. Barótfi István, Dr. Deim Szilvia, Eőry Tiborné, Felföldi Krisztina, Gaebele Tiborné, Dr. Garay Ferenc, Horváth Béla, Dr. Hudák Aranka, Dr. Izsó Lajos, Dr. Kalácska Gábor, Kangyalné Garai Erzsébet, Kardos Ágnes, Dr. Kardos Kálmán, Kálmán Lajos, Dr. Kápolna Ferenc, Kári-Horváth Attila, Dr. Kiss Zsuzsanna, Dr. Kudász Ferenc, Ludván Miklós, Dr. Madarász Gyula, Dr. Major Jenő, Dr. Martin János, Dr. Melles Imre, Dr. Morvai Veronika, Dr. Nagy Imre, Dr. Nagy Károly, Dr. Náray Miklós, Nesztinger Péter, Dr. Ócsai Lajos, Dr. Ócsainé Dr. Tomecz Éva, Dr. Plette Richárd, Ruda Győző, Dr. Sáfrány Géza, Spiegel István, Dr. Szakál Zoltán, Dr. Szakmáry Éva, Székely György, Takács Györgyné, Dr. Ungváry György, Dr. Ungváry Lilla, Dr. Visontai Ildikó

A Munkavédelem c. kiadvány elektronikus úton valamennyi olvasónk számára elérhető az interneten: www.tamop248.hu

*Valamennyi kedves olvasójának
Kellemes Karácsonyi ünnepeket
és eredményekben gazdag, boldog új évet kíván
a Szerkesztőség!*



Merry Christmas

A „Foglalkozás-egészségügy” folyóirat szerzői figyelmébe ajánljuk

(ún. szerkesztőségi előírások)

A Szerkesztőbizottság eredeti közlemények első közlésére ajánlja a „Foglalkozás-egészségügy” című szakfolyóiratot (kivéve: a külföldi szaklapokban megjelenő publikációk magyar nyelvű változatát). Kongresszusi előadások, továbbképzések, pályázati anyagok stb. átdolgozott, szerkesztett változatának közlésekor a lábjegyzetekben utalni kell az eredeti forráshelyre. Hasonló módon kell eljárni, ha másodközlésről van szó. A kéziratok elbírálásának a joga - a lektori vélemények figyelembe vételével - a Szerkesztőbizottságot illeti meg.

A kéziratok tartalmi követelményei:

- az eredeti közlemény a tudományos eredmények rövid összefoglalása, a foglalkozás-egészségügyben alkalmazott eljárások, kísérletes munkák eredményeinek bemutatása;
- a klasszikus összefoglaló referátum a nemzetközi szakirodalom eredményeit használja fel és veti össze a hazai tapasztalatokkal;
- irodalmi áttekintés (ún. referátumok), esetismertetések.

A kéziratok formai követelményei:

A kéziratokat magyar nyelven, az összefoglalót magyar és angol nyelven a kulcsszavak megjelölésével kérjük a Szerkesztőség címére (1450 Budapest, Postafiók 63, e-mail cím: titkarsag@omfi.hu) megküldeni szíveskedjék.

1. A közlemény terjedelme legfeljebb 10 gépelt oldal (32 sor, 62 leütés, maximum 20.000 karakter) lehet.

- a) A kéziratot A/4 méretű oldalakon, kinyomtatott példányban, valamint mágneslemezen/illetve e-mailen is el kell küldeni a szerkesztőség címére.
- b) A digitalizált formában leadott kéziratokkal kapcsolatos követelmények:
 - lehetőleg Word for Windows program, az ábráknál Excel 5.0 xlx formátumú alkalmazása,
 - a betűtípus lehetőleg Times New Roman, a betűméret 12 p legyen,
 - Word 97 alapbeállítások legyenek (margók 2,5 cm-esek, kötésben 0 cm, élőfej és élőláb 1,25 cm),
 - A szkennelt grafikus ábrázolások, fotók stb. legalább 300 dpi felbontásúak legyenek (.bmp, .pcx, .tif), ne legyen adatvesztéses fájl típusú (jpg, .gif).
 - 2009-től korlátozott számban színes ábrák közlésére is lehetőség van.
3. A közlemény felépítésére vonatkozó követelmények:
 - a) Címoldal tartalmazza: a kézirat címét, a szerző(k) nevét, címét, munkahelyét, elérhetőségét (telefon/fax/e-mail).
 - b) Összefoglalást magyar és angol nyelven a kulcsszavak megjelölésével (az Index Medicus Medical Subject Heading lista alapján megadott, a cikk tartalmára vonatkozó 3-5 kifejezés).
 - c) A dolgozat tagolása világos szerkezetben: bevezetés, célkitűzések, anyag és módszer, eredmények, megbeszélés, következtetések, köszönetnyilvánítás, irodalomjegyzék, mellékletek (táblázatok, ábrák, fotók).
 - d) A kézirat utolsó oldalán (külön lapon) tüntessék fel a kézírathoz érkezett bármely észrevételt megválaszolól a szerző nevét, címét, e-mailen és telefonon történő elérhetőségét.
 - e) A irodalmi hivatkozásokra vonatkozó előírások:

A legfontosabb hivatkozások a szövegben az előfordulás sorrendjében a mondat végén zárójelben (...) arab számmal jelölve; maximum 25 citátum; az irodalomjegyzékben dőlt betűkkel: szerző(k), az első három szerző nevének feltüntetésével, a folyóirat megjelölésével (folyóirat, könyv megnevezése, évszám, kötetszám, első és utolsó oldal) Pl.

 - 1) Goyer, R.A.: *Lead toxicity: current concerns. Environ. Health Perspect.* 1993. 100: 177-187.
 - 2) Talbott, E.O., Gibson, L.B., Burks, A. et al: *Evidence for a dose-response relationship between occupational noise and blood pressure. Arch. Environ. Health* 1999, 54: 71-78.
 - 3) Kertai, P. *Közegészség. Medicina. Budapest, 1982.*
 - 4) Ungváry Gy.: (szerk.) *Munkaegészség. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest. 2004.*
 - 5) Ungváry, Gy., Morvai, V.: *Munkaköri alkalmasság vizsgálata és véleményezése.*
In: Munkaegészség. 3. kiadás. Szerk. Ungváry Gy. és Morvai V. Medicina Könyvkiadó Zrt. Bp, 2010. III. 3. 92-100.
 - f) Az ábrának nincs címe, a számozását és címét az ábra alatt kell feltüntetni kiegészítve az esetleges magyarázattal. Az ábrák és táblázatok helyét jelölje a kéziratban, minden ábra és táblázat egyenként, külön-külön fájlban jpg. formátumban legyen elmentve.
 - g) Helyesírási tudnivalók: Az MTA állásfoglalása szerint az orvosi szavak helyesírása a latinus írásmódot kövesse az Orvosi Helyesírási Szótár alapján. A kézírás magyar szövege az aktuális magyar helyesírás szabályait kövesse.
 - h) Az útmutatóban megadott szempontok szerint beküldött kéziratokat elfogadásáról a lektori vélemények alapján a Szerkesztőbizottság dönt. A lektorok személye titkos.
 - i) Az emberen végzett orvostudományi kutatások esetében szükséges az Egészségügyről szóló törvény, valamint a 23/2002. (V. 9.) Eü-i rendelet, és a hatályos adatvédelmi jogszabályok szerinti előírások betartása, továbbá a kutatásetikai engedély specifikációjának feltüntetése, ha az engedély kérése kötelező volt.
 - j) Az egységes követelmények érvényesítése érdekében a szerkesztők fenntartják a stiláris javítás jogát is.

Szerkesztőbizottság