

A humánerőforrás kérdés megoldási lehetőségei

Ma már úgy a lakosság, mint a politika napról napra jobban érzi azt, amit a szakemberek évek óta mondanak: az egészségügy erőforrás-hiányos, de a „gyenge láncszem”, a legnagyobb szűkösség már nem a pénzeszköz hiánya – mert az elven a politika által re-allokálható –, hanem a humánerőforrás biztosíthatósága az egészségügy fenntarthatóságának leginkább sebezhető pontja. A szakemberek prognózisát a tények sajnos alátámasztják: 2009-ben már 887 orvos kívánt munkát vállalni külföldön, és ez nagyjából az a mennyiség, ahányan egy adott évben az egyetem elvégzése után az orvosi pályára állnak. 2010-ben már 1111 kolléga jelezte külföldi munkavállalási szándékát (ez 20%-os növekedés), és ami még ijesztőbb: *2010-ben minden eddiginél kevesebb hallgató kezdte meg a rezidentúrát*, a meghirdetett rezidens álláshelyek mintegy fele üresen maradt. Látjuk, hogy a helyzet rohamosan romló, mert az előzőek mellett a magyar demográfia ciklicitása miatt a Ratkó nemzedék tömeges nyugdíjba menése várható az elkövetkező években, aminek a pótlása nem történt meg, tehát elvándorlás, pálya-elhagyás nélkül is felgyorsul a fogyás. Ha mindehhez figyelembe vesszük azt, hogy mindez az orvosok többsége számára pozitív ígértű politikai változás után következett be, akkor érdemes mélyebben elgondolkodni azon, hogy miért is ilyen drámai a helyzet.

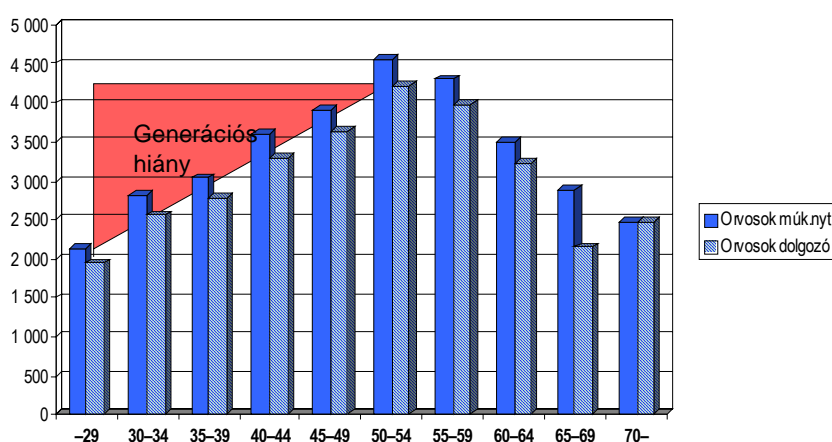
A XX. század végén kialakult munkaerő (elsősorban orvos-) hiány nem magyar specialitás, és nem valamely kormányzati ballépés következménye. A hiánynak sokkal mélyebb és általánosabb okai vannak. **A globális egészségügyi munkaerő-hiány fő okai:**

- A demográfiai változások és az orvostudomány fejlődése miatt bekövetkező *szükséglet-növekedés folyamatosan növeli az ellátási igényt, és ezzel egészségügyben a HR igényt, azaz idővel a változatlan dolgozói (orvos-nővér) létszám is hiányként jelenik meg a szükséglet-növekedés miatt.* A hiány egy része tehát relatív hiány, mert nem kieső munkaerőről van szó, hanem a munkaerő pótlást meghaladó szükséglet-növekedésről.
- Az egészségügyben a *technológiai fejlődés* – ellentétben más ágazatokkal – *nem vált ki élőmunkát, ellenkezőleg: növeli a szakember-igényt,* és sok esetben egy terület legjobban képzett szakembereit szívja el az új technológia, miközben a hagyományos technológia iránti igény is megmarad. (Leg-eklatánsabb példa a képalkotás fejlődése, ahol az új technológiák megjelenése (UH, CT, MR, PET) csomó radiológust szívott el, miközben *a hagyományos radiológia szerepe nem csökkent ezzel arányosan.*
- *Az ágazati irányítás és az egészségipar számos új területe orvosi képzettségű szakembereket igényel,* és a piaci/ipari szektor (főleg a fiataloknak) lényegesen jobb kereseti lehetőséget, kiszámíthatóbb életpályát ígér, ezért jelentős az elszívó hatás (ágazaton belüli, de a gyógyításból kiemelő elszívó hatás).
- *Az EU munkaidő direktíva* számtalan helyen *lehetetlenné tette az örökölt foglalkoztatási szokásokon alapuló folyamatos üzemet,* ami újabb relatív munkaerő-hiányt okozott.
- *A képzés rigiditása miatt az ágazat igen nagy késéssel reagál a munkaerő-piaci változásokra.* (Az „Anyám én orvos szeretnék lenni” felkiáltástól kötelezően 10 olyan év telik el, amíg az orvosná válni kívánó ki van zárva az egészségügyi munkaerőpiacról, és ebbe a 10 évbe az előzőleg megszerzett tudások képzést rövidítően nem számíthatók be).
- *A globális hiány miatt nagy a térségben a munkaerő elszívó hatás* (nagyságrenddel jobb fizetés), így a gazdaságilag fejletlenebb térségekben a problémák még kiélezettebbek.

A problémát komolyan kell venni, és miután az okok összetettek, csak komplex, de reális megoldásokkal lehet kezelni. Azt is tisztán kell látni, hogy **miután** – a fent részletezettek szerint – **az okok mélyek – és részben kódoltak –, a szükséges lépések eredményes megtétele ellenére is tartós problémával kell szembenéznünk.**

A fentiek végképp aláhúzzák a sürgős cselekvés szükségességét, mert az egészségügyben a HR kérdés rövid időn belül minden más (értelmes és szükséges) reform megvalósíthatóságának akadályává válhat, azaz **hiába történik meg az egészségügyi ellátórendszer szerkezeti és működési ésszerűsítése, mert nem lesz, aki működtesse.**

A működési nyilvántartásban szereplő és a dolgozó orvosok száma 2009-ben



Dolgozó orvosok: 2009-es adat,

Működési nyilvántartásban szereplők: 2010 februári állapot.

Forrás: KSH eü stat. évkönyv

Forrás: EEKH honlap.

Kincses Gy. 2011.

Mindez azonnali és hosszabb távú cselekvési kényszerít indukál, mert mint az ábra is mutatja, az ötven éven aluliak egyre kisebb arányban vannak jelen a rendszerben, és ami még ijesztőbb: ugyanannyi 70 év feletti Kolléga dolgozik ma orvosi munkakörben, mint ahány 30 és 35 év közötti... A helyzet tehát va-

lóban komoly. Ahhoz, hogy tartósan szembe tudjunk nézni a problémával, **mind a kétirányú mozgás-teret ki kell használni:**

- **csökkenteni kell a szakember hiányt az egészségügyben,**
- olyan intézkedéssorozatot, szemlélet- és szerkezeti és működési váltást kell megtervezni, ami **csökkenti a szakember igényt, azaz alkalmazkodik a kialakult helyzethez.**

Egy komplex programnak a lehetséges eszközei ennek megfelelően:

- *Az ágazat munkaerő-megtartó képességének növelése*
 - a szakma jövőképe, becsületének visszaadása, beleértve az *érezhető és számonkérhető jövedelem-növelésen alapuló* az életpálya modell felvázolását (a szakma becsületének csak egyik eleme a bérek rendezése, az életpálya-modell nem csupán bérfeljesztés, hanem egyéb életminőség-javító és életkilátás stabilizáló egyéb lépések sorozata),
 - az ország és pályaelhagyók visszatérésének támogatása,
 - az orvosi szolgáltatásokra alapozott gyógyturizmus támogatásával a külső források becsatornázása a jobb megélhetés és technológia-követő szakmai fejlődés lehetőségének érdekében.

- *Az egészségügyi munkaerőigény (ellátási igény) csökkentése*
 - primer és szekunder prevencióval a szükséglet – ezzel a szükséges ellátás és ezen keresztül a HR igény – csökkentése,
 - az egészségügyi ellátáson kívüli eszközök felértékelése a laikus képességek fokozásával, illetve Dr.Info jellegű telefonos és WEB-es tanácsadással,
 - az ellátás-szervezési eszközökkel és a protokoll-szerű működés fejlesztésével az ellátás adequantájának javítása, a felesleges igénybevétel csökkentése,
 - az ellátórendszer olyan szerkezeti átalakítása, amely erőforrás-koncentráción alapul, ezáltal csökkenti az ellátó-személyzet igényt.
- *Az orvoshiány kompenzálása (az adott szükségletek mellett az ellátórendszeren belül)*
 - Az ICT eszközök fokozott alkalmazása
 - *telemedicina fejlesztése, a hagyományos diagnosztikai területek mellett a robot-technikai alkalmazok fejlesztése is (HR igény csökkentés, a képzett munkaerő kihasználási lehetőségének kiterjesztése),*
 - *az egyén paramétereinek mérésén és visszacsatoláson alapuló önszabályozó rendszerek fejlesztése (ellátási igény csökkentése),*
 - *az ALL jellegű otthoni távfelügyeleti – interaktív alkalmazások fejlesztése.*
 - *A szakdolgozói és nem orvosi végzettségű diplomás szakemberek kompetenciájának növelése. (orvos-igény csökkentése a tevékenységek egy részének nem orvosi kompetencia-körbe utalásával).*
- *A nemzetközi képzési centrum-jelleg erősítése, ezáltal Magyarország orvos-megtartó képességének növelése (az itt tanulók jobb eséllyel maradnak Magyarországon).*
- *Tudatos migrációpolitika, ami kiterjed az elvándorlók visszatelepülésének segítésére és a tudatos, szervezett munkaerőimportra.*
- *EU szintű szakdiplomáciai tevékenység: a képzés költségeinek visszaigénylése az exportált munkaerő után. (Közös fellépés szükséges a térség országaival.)*
- *A képzés rigiditásának és arisztokratikusságának oldása, mert a jelenlegi képzési rend csak igen nagy késéssel tud reagálni a munkaerő-piaci kihívásokra. A kizárólagosan nappali képzés értékes tudású embereket zár el hosszú évekre hivatásuk gyakorlásától.*

Az elméleti lehetőségek számbavétele, a fenti logikai rend felállítása már nem oldja meg az egyre súlyosbodó helyzetet, és azt is **tisztán kell látni, hogy ez pénz nélkül**, csak az „egyéb” – amúgy hasznos és szükséges – intézkedésekkel **az egyre súlyosbodó helyzet már nem kezelhető.**

A globális hatások mellett egy attitűd-váltás jellegű ok is fellépett: a fiatal orvosok mentalitás-váltása. *Az egészségügy – az utóbbi száz évben mindenképpen – egyfajta piramisjátékként működött.* A fiatal orvosok hol éhbérért, hol ingyen („díjtalan gyakornok”) tradicionálisan sok munkával húzták az igát, ügyeltek és főzték a kávé a professzornak, abban a reményben, hogy feljebb jutnak a rendszerben, és onnantól a piramis már nekik termel. Igaz ez a hálapénzre, kapcsolati tőkére, a kutatási pénzekre, utazási lehetőségekre, koronként változott a motiváció. Most úgy tűnik, *az Ifjak azt mondták: nem, köszönjük, ebből nem kérünk, mi egy tisztességes rendszerben szeretnénk tisztességes jövedelmet.* Ez pedig pénzbe kerül.

Igen, tudom, hogy **mindez „nem jókor jön”**, azaz az ország most abban a fázisban tart, amikor a tartós gazdasági fellendülés megalapozása érdekében a közkiadások kordában tartása, az államadóság lefaragása az elsődleges cél. De a csőtörés sem jön jókor a jövőt megalapozó gyűjtésben levő családnak, és tetszik - nem tetszik, erre áldozni kell. Az egészségügy a foglalkoztatási problémák miatt krízis-közeli helyzetbe sodródott, és *el kell fogadtatni a társadalommal (és ez után el kell fogadtatni a Kormánnyal¹), hogy erre áldozni kell*, mert ennek hiányában a társadalom működése szempontjából legfontosabb alrendszer kerül veszélybe. Azt is tisztán kell látni, hogy **a HR kérdés stabilizálása ugyan nem kevés forrásigényű, de ennek a többszörösébe kerülne egy szétesett rendszer újraszervezése.**

A komolyabb (egyszeri, majd erre épülő életpályamodell-jellegű) bérfeljesztés **mellett** számos olyan lehetőség is van, ami nem jelentős forrásigényű, és mégis érdemi javulást hozhat. Az pedig könnyen elfogadtatható, hogy az E. Alap 2-5%-ának megfelelő pénzt érdemes ráköltetni a rendszer működőképességének megőrzése. A jelen kiélezett helyzetben a gesztus értékű üzeneteknek is jelentősége van. Íme, néhány ötlet, hogy milyen programok lehetnek eredményesek a bérfeljesztésen kívül.

„Az egészségügy visszavár” Komplex program a magyar egészségügybe való visszatérés támogatására.

- az országba visszatérők támogatása (egyszeri „visszatelepülési” támogatás),
- a pályaelhagyók visszatérésének támogatása (a visszatéréshez szükséges képzések megszervezése, népszerűsítése, a képzés idejére szóló jövedelempótló támogatás).

A pályakezdés támogatása – rezidentúrába lépés ösztönzése

Ha a végzettek meg sem kezdik a szakképzést Magyarországon, bizonyosan nem lesznek itthon praktizálók. Ezért a pályára állást egy speciális ösztöndíj-rendszerrel kell motiválni: havi 50-100 eFt pályázható tanulmányi ösztöndíjért cserébe a támogatott vállalja, hogy a támogatási idő dupla időtartamáig Magyarországon az egészségügyben végez munkát. A vállalt idő max. két alkalommal max. 2 évre megszakítható. A rezidens számára ez önként vállalt kötelezettség, többletjövedelem fejében, nem pedig röghöz-kötés.

„Az egészségügy tisztessége”

Az egészségügyi dolgozók közérzete, pályán-tartása nem csupán anyagi vagy szociális kérdés. A szakma megbecsültségének, presztízisének visszaállítása, erősítése legalább ilyen fontos, mert az egészségügyben dolgozók általában is presztízisvesztést szenvedtek el, és nem csupán a jövedelmi helyzet miatt. Ezért felértékelődik minden olyan kormányzati lépés, ami a szakma megbecsülését, védelmét szolgálja, illetve kiemelt figyelmet, megbecsülést tükröz. Ennek érdekében egyaránt alkalmazni kell kommunikációs eszközöket és jogszabályi-védelmi eszközöket.

¹ Alapvető fontosságúnak tartom, hogy a problémával nem (csak) a Kormánynak kell szembesülnie, hanem a társadalommal, az „emberekkel” is meg kell értetni, hogy a legfontosabb kérdésről van szó, amire áldozni kell, aminek megoldását társadalmi (és nem ágazati) prioritássá kell tenni.

Az egészségügyi turizmus fejlesztése

Az orvosi szolgáltatásokra (nem csak a gyógyvízre) alapozott egészségügyi turizmusban rejlik lehetőségek

- szakmailag értelmes munkával jelenthetnek többletjövedelmet a magyar egészségügyben dolgozók számára,
- az egészségügyi turizmus úgy biztosít többletforrást az egészségügyben, hogy ezzel sem a költségvetés terheit, sem a lakossági kiadásokat nem növeli.

A területi egyenlőtlenségek csökkentését célzó lépések

A munkaerő-ellátottság, az elvándorlás globális gond, de a probléma vidéken, illetve egyes szakterületekben sokkal kifejezettebb. Ez elsősorban három típusú gondként jelentkezik:

- a vidéki háziorvosi ellátás biztosíthatósága,
- egyes gazdaságilag elmaradottabb területeken kistérségi/területi kórházi szinten a munkaerő-ellátottság biztosíthatósága,
- a hiányszakmák kérdése.

Az alapellátás átalakításában az egészségügyi kormányzat számos (az OALI, ESKI által kb. tíz éve előkészített/javasolt) támogatandó és előremutató elképzeléssel rendelkezik (praxisalap, csoportpraxis stb.), de a program az alábbi új elemmel kiegészíthető:

- **támogatási alap („Alap”) létrehozása a halmozottan hátrányos települések háziorvosi praxisának megerősítésére** (Az Alapból a hátrányos, tartósan ellátatlan területek önkormányzatai igényelhetnének vissza nem térítendő támogatást önrész mellett a fix díj megemeléséhez.)

Vidéki szakellátás, kiskórházak szakember-ellátottsága

A vidéki szakember-ellátottság javításának egyik lehetősége az életkezdet megkönnyítése. Ennek egy lehetősége lenne egy speciális bérlakás-program kialakítása, amely tartós „ottlakás” esetén tulajdonná alakítja a bérleti viszonyt.

A telemedicina tudatos, komplex fejlesztése

A telemedicina alkalmazása igen alacsony szintű Magyarországon, pedig három módon képes segíteni a munkaerő-problémákon:

- A telemedicina *alkalmas a hiányszakmák egy részében a munkaerő jelenlétének kiváltására*, a munkaerő jobb kihasználására, ezáltal olyan helyeken is fenntartható az egészségügyi szolgáltatás, ahol (vagy amikor) szakember fizikai jelenléte nem biztosítható,
- a telemedicina többlet-munkaerő nélkül alkalmas a minőség egységesítésére, konzíliáris vagy második vélemény gyors beszerzésére,
- nem eléggé ismert az, hogy a *telemedicina* (megfelelő műszaki és kulturális környezetben) *alkalmas távmunkára is, azaz a magyar orvos úgy tud külföldön dolgozni, hogy ki se teszi a lábát az ajtón*. Ehhez képzés szükséges, illetve a munkaerő központi „kijánlásának” támogatása.

A munkaerő toborzás kérdése

Politikailag lehet, hogy kényes kérdés, de alkalmazkodnunk kell a kialakult nemzetközi munkaerő-piaci helyzethez, és ezért nekünk is toborozni, csábítani kell külföldről munkaerőt. Lehet, hogy nem központi támogatással, hanem intézményi szinten, de foglalkozni kell a kérdéssel:

- A világ ebbe az irányba megy, muszáj alkalmazni ezt az eszközt, mert különben lemaradunk.
- A szóránymagarság esetében ez a magyarságnak való megmaradást is szolgálja, mert számukra a releváns kérdés nem az otthon-maradás, vagy Magyarországra jövés a kérdés, hanem a Svédország-vagy otthon-vagy Magyarország tengelyében merül fel a kérdés.
- A migráció elkerülhetetlen, akkor jobb, ha tudatos, minőségi folyamat, és nem spontán és kényszer...

A fenti javaslatok bizonyosan nem teljeskörben merítik ki lehetőségeket, de alkalmasak lehetnek egy komplex HR program támogatására, kiegészítésre. Az egyes javaslatok önálló programokként is megvalósíthatók, vagy illeszthetők egy más programhoz. A legfontosabb: a javaslatok alkalmasak arra, hogy aláhúzzák a probléma súlyosságát.

Budapest, 2011. január.

Kincses Gyula