

# HUMÁN ERŐFORRÁS MENEDZSMENT AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓ RENDSZEREKBE

## *HUMAN RESOURCE MANAGEMENT IN MEDICAL SERVICE SYSTEMS*

**DR. SOMOSKÖVI CSILLA doktorandusz**

Kaposvári Egyetem Gazdálkodási- és Szervezéstudományi Doktori Iskola

### **ABSTRACT**

Today's lack of human resource becoming critical now and then has become perceivable beyond the national also among the private medical service providers. The human resource provision of certain professional areas represents in some cases such critically low numbers and sometimes also skills that safe medical attendance is also endangered. Where can the reasons hide? Nowadays transmigration of qualified workforce is typical. What possibilities are ensured in order to utilize and to keep the existing human resource more efficiently? The strengthening of the private sector can be observed as tendency, however due to the similar derivation it cannot compensate the lack of personnel resulting in the national institutes on the merits. The similar problem arises in privatized basic service as well. The transmigration of employees working on this area can be led back to several reasons, which are of key importance in the improvement of the system. Not only wage development and assurance of trainings are important, professional motivation, other human non-specific factors shall be investigated, the reconsideration of competence limits and escalation of tasks can become necessary, concerning other service providers (social tasks, community tasks etc.). The modification of tasks can be followed by the appearance of newer profession-specifics also in education, e.g. APN (Advanced Practice Nurse), which ensures the training of nurses of advanced competence. In summary we have to investigate the reasons for the lack of medical human resources. We have to take care for the retardation of the tendency, it is important to concentrate the available professional employee capacity to professional tasks in order to obtain quality work.

### **1. Bevezetés**

Max Weber megfogalmazása szerint a politika tág értelemben független döntéshozatalt jelent, szűkebb értelemben politikai szövetséget az állam vezetésének befolyásolására. A politika szükséges és nélkülözhetetlen döntési folyamat az állandóan szűkös források elosztására, a megfelelő prioritások meghatározásával választói akarat és ideológiai program mentén. Az erőforrások permanensen fennálló szűkössége választás elé állítja a politikai döntéshozókat, a prioritások meghatározására, dönteni kell az allokáció mértékét illetően. Szabályozásai révén biztosítani kell a társadalomlehetőség szerinti zavartalan működését, fenntartva a fejlődés lehetőségét. A politika célok és eszközök meghatározását jelenti meghatározott ideológiai program formájában, értékválasztás alapján törvények, elosztási, célok disztribúciós döntésekkel a kitűzött célok elérésére.

## 2. Mit nevezünk egészségpolitikának?

Orosz Éva megfogalmazásában külön fogalomként elemezhetjük az egészségpolitikát tudományágként, melyben a tudományos eredmények adaptációja zajlik programok keretében, magában foglalva az egészségügy intézmény rendszerének alakítását, szolgáltatások nyújtását ennek finanszírozását. Finanszírozási szabályokat és szervezett tevékenységeket.

Elkülönül a fentiektől az egészséget támogató politika, melynek célja az egészség feltételeinek biztosítása, az egészség szempontjainak figyelembevétele az egészségügyön kívüli ágazatok alakítása során.

A címhez kapcsolódón az egészségpolitikát az alábbiakban tudományágként elemezzük.

Az egészségpolitikának négy fő célkitűzésnek szükséges megfelelnie:

- **Hatásosság, eredményesség:** A célok elérése révén életév nyereségként értelmezhető, a kornak megfelelő egészségi állapot maximalizálása.
- **Hatékonyaság:** Szűkös erőforrások miatt nagyon fontos a hatékonyság kérdése, erőforrás allokációs kérdés. A rendelkezésre álló erőforrást (Pareto optimum, Pareto analízis egészségügyi fogalmi köre: minőségügyi szempontból a problémák 80%-a az okok 20%-ának köszönhető.). Erőforrás átcsoportosításával egyetlen beteg állapota sem javítható anélkül, hogy más egészségügyi állapota ne romlana.
- **Igazságosság, méltányosság:** Teherviselés megosztása a társadalom tagjai között fizetési képesség alapján, illetve ennek kapcsán a hasznokból való részesedés kérdése. A magyar egészségügyi ellátó rendszer társadalmi konszenzus alapján szolidaritás elven alapuló társadalombiztosítási rendszer. A konszenzus kimondja, hogy az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutás szükséglettől függjön és nem a jövedelemtől. A méltányosság lehet horizontális és vertikális. A horizontális jelenti az azonos igénybevétel biztosít azonos szükségletek esetén.
- **Megvalósíthatóság:** Társadalmi megvalósíthatóság függ az erőforrás megosztás és program viszonyától, a bevezetendő reform és a társadalmi csoportok viszonyától. Politikai megvalósíthatósághoz szükségeszerű alapos megvalósíthatósági tanulmányokat készíteni az egyes érintett csoportok érdekeinek vizsgálatával.

Az egészségpolitika főbb szereplői:

- Politika;
- Egészségügyi szolgáltatók: orvosok és intézmények, kutató és képzőhelyek;
- Fogyasztók: betegek, ellátást igénybe vevő egészségesek (megelőzés, szűrés), adó- és járulékfizetők;
- Finanszírozók: állam, társadalombiztosító, magánbiztosítók;
- Beszállítók.

A szereplők érdekviszonyai eltérnek egymástól. A fogyasztó szeretne minél kevesebb befektetéssel (járulékkal) több és jobb minőségű ellátást kapni. A szolgáltató törekszik a magasabb szakmai és technikai színvonal biztosítására, ám ezt csak maga-

sabb finanszírozás mellett tudná megoldani. Az állam deficitmentes gazdálkodást várna el a társadalombiztosítástól, mely a fentiek miatt megvalósíthatatlan.

Az egészségügyi piac, mint gazdasági fogalom rövid múltra tekint vissza, a piaci szabályozás klasszikus közgazdasági értelemben nem alkalmazható, a kereslet nem képes optimálisan szabályozni a kínálatot. Oka a fogyasztó információs aszimmetriája (orvos–beteg relációban), speciális fogyasztói magatartás az egészségügyben, illetve a kínálat szabhatja a keresletet. A beteg magatartása sosem fog racionális fogyasztói magatartássá válni, mivel a gyógyítás lényegéhez tartoznak nem specifikus tényező, úgy, mint az orvos–beteg bizalmi viszony, mely befolyásolja, leszűkíti a beteg racionális piaci döntéseit<sup>2</sup>

Az állam szerepe meghatározó az egészségügyi ellátásban, biztosítania kell az elviselhetetlen pénzügyi terhek elhárítását, minden réteg számára elegendő, minőségileg lehetőség szerinti magas színvonalú ellátást, kedvező költséggel. Az állam biztosítja a fogyasztási preferenciák figyelembevételét. Az egészségügy széles körű szabályozott verseny. Jogszabályi háttér biztosításával az állam meghatározza a szolgáltatók számára a tárgyi és személyi minimum feltételeket, ennek révén kihatása van az összes egészségügyi szolgáltatóra, tulajdonosi körtől függetlenül (60/2003 (X.20.) ESzCsM rendelet az egészségügy szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimum feltételekről).

### **3. Humán erőforrás menedzsment az egészségügyben**

Menedzsmentnek nevezzük az erőforrások koordinálásának folyamatát a célok elérése érdekében. Erőforrások körében beszélhetünk emberi-, fizikai-, pénzügyi-, információs erőforrásokról, melynek szervezése, célok meghatározása a stratégiai menedzsment feladata. A taktikai menedzsment végzi a célok és feladatok rövid és középtávra történő lebontását.

Humán erőforrás menedzsment a többi erőforráshoz hasonlóan egy keresleti-kínálati piacról, munkaerő piacról töltődik, néhány nem specifikus, humán, emberi tényezővel, melyet a szervezet legértékesebb elemévé teszi a humán erőforrást. Jellemzősége, hogy tartós forrás, nem kopik, nem fogy el, életciklusa alatt intellektuális teljesítőképessége folyamatosan javítható, fokozható. Nem raktározható, korlátos. Egyenletes terhelésre kell törekedni, túlterhelése rövidtávon is hatékonyság csökkenést okozhat. Innovatív döntéshozó, képes új megoldásokat létrehozni, minőségében megváltozni. Nem képezi a szervezet, intézmény tulajdonát, nem része a saját tőkének, nem értékesíthető. Érzékeny és mobilis, körülmények változásával bármikor dönthet a szervezet elhagyásáról. az emberi erőforrás intellektuális tőkét képez, mely létrehozza, fejlesztheti, javíthatja a többi erőforrást, egyéb többi összetevő menedzselésével tovább javíthatja kreatívan a teljesítményt és a minőséget. A humán erőforrás. (Dr. Gyökér, menedzsment az emberi erőforrás hatékonyságának emelésével foglalkozik, megfelelő mennyiségű és minőségű munkaerő kiválasztásával, megszerzésével, megtartásával, foglalkoztatásával. A magas teljesítmény biztosításának záloga a dolgozók fizikai és szellemi egészsége, motivált és lojális alkalmazottak foglalkoztatása.

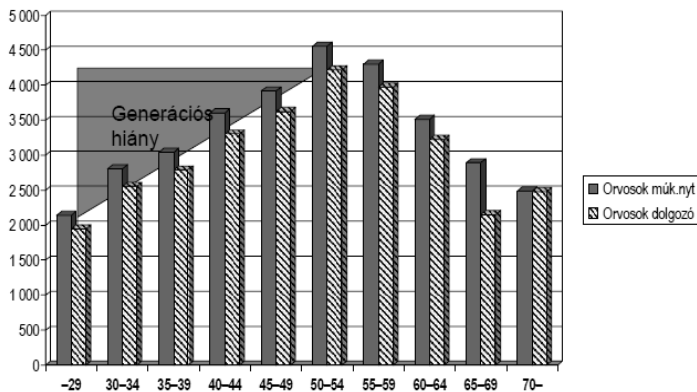
A jogszabályi háttér által minimum feltételek alapján, a rendelkezésre álló létszám lehetőségéből merítve munkaerő tervezéssel kell biztosítania a munkakörszervezés által

meghatározott szakmai létszámot. A munkakörök meghatározása jól elhatárolt munkakörökkel, kompetenciákkal és felelősséggel együtt (munkaköri leírások). HR feladata az ösztönzés, fegyelmezés, megfelelő kommunikációs csatornák fejlesztése és kialakítása a hatékonyabb együttműködés érdekében.

Az egészségügyi ellátórendszerekben a megfelelő minőségű és mennyiségű humán erőforrás biztosítása napjainkban egyes szakterületeken olyan mértékben romlott, hogy veszélyezteti a biztonságos betegellátást. Az egészségügyi szakmák közül néhány speciális szakterület különösen magas humán erőforrás igényű, gondoljunk pl. a pszichiátriára, ahol minimális műszerigény mellett, magas képzett szakdolgozói és medicinális és paramedicinális team szükséges a minőségi ellátás biztosításához, az optimális eredmény eléréséhez, minimális ápolási idő mellett. Ezt nevezhetjük kiváló hatékonyságnak. A megfelelő szakmai személyzet hiánya nem csupán az ápolási időt nyújtja meg, hanem jelentős költségtöbbletet generál. Az alacsonyabb szaklétszámmal működő egység bérmaradványa közel sem fedezi a túl hosszú ápolási időből eredő költségeket (megfelelő betegforgalom esetén).

Általánosságban az egészségügyi humán erőforrás gazdálkodásban napjainkban komoly kihívást jelentenek a demográfiai változások. Az idősödő lakosság fokozódó szükségleteket, igényeket jelent az ellátásra. Az ellátási igény növekedése szubjektíven még jobban élezi a fennálló szakdolgozói létszámhiányt. A demográfiai változások révén nem csupán a lakosság előregedése, hanem másik oldalon, a feladatot ellátó szakemberek korfájának képében is megmutatkozik. Alapellátásban hazánkban 2017. év szeptemberében 317 háziorvosi praxis betöltetlen (ebből 17 Somogy megyében), számos helyen nyugdíjas korú kolléga látja el a feladatokat, utód hiányában. Nyilván az idős dolgozók nehezebben motiválhatók, szükséghelyzet megoldását jelenti tevékenységük folytatása, noha jelentős szakmai tapasztalatuk, gyakorlatuk komoly szakmai értéket is képvisel. Az Alapellátó Orvosok Országos Szövetségének elnöke szerint öt éven belül 2200 praxis sorsa válik kérdésessé a nyugdíjazásból eredően.

**1. ábra: Az egészségügyi HR hiány**  
**Picture 1.: HR shortage of the health care system**



Dolgozó orvosok: 2009.-es adat, Forrás: KSH eü stat. évkönyv  
 Működési nyilvántartásban szereplők: 2010 februári állapot. Forrás: EEKH honlap.

Forrás: dr. Kincses Gyula: Az egészségügyi HR hiány<sup>4</sup>

Az egészségügyi technológia robbanásszerű fejlődése jelentős költség vonzatot generál, viszont nem pótolja a szakképzett, elvándorló munkaerőt. Az egészségügyben új szakterületek jelentek meg az elmúlt évtizedben a technológia fejlődésével, mely HR igényeket támaszt, képzésben azonban nem jelent meg ehhez szükséges létszám. Az elmúlt évek során talán a legsúlyosabb és legfontosabb tényező a jól képzett szakdolgozók és diplomások elvándorlása. A legújabb egészségügyi migráció kutatás adatai szerint 2012 évben 1200 orvos távozott külföldi munkavállalás címén az országból. Ez a szám nem tartalmazza az egyéni munka megbízással, időszakosan külföldön munkavállalókat (ügyeleti tevékenység ellátása, havi egy-két hét munkavállalás). Az 1200 fő orvos távozása szembeállítható azzal a ténnyel, hogy egy év alatt mindössze 1000 fő kap hazánkban orvosi diplomát. Az arány rosszabb annál, mintha gyakorlatilag nem is lenne orvosképzés hazánkban, mivel többségében nem a kezdő orvosok, hanem a jól képzett szakorvosok migrációja a jellemző. Az elmúlt néhány évben ugrásszerűen megnőtt a jól kvalifikált szakdolgozók, asszisztensek távozása külföldi munkavállalás címén. A felmérések szerint külföldön is egészségügyben helyezkednek el magas százalékban, nem változtatnak foglalkozást. Az egészségügyi dolgozók migrációja nem csupán hazai jelenség, ennek ellenére bizonyos szakterületeken olyan mértékű, hogy veszélyezteti az ellátást. Viszt tanulmánya évekkal ezelőtt arra hívta fel a figyelmet, hogy egyes területeken drámai helyzet alakult ki, ugyanakkor az orvosok és ápolók befolyásolására és visszacsábítására nincsenek eszközei a magyar egészségügynek.

**2. ábra: A migráció a magyar orvosok körében**  
**Picture 2.: Migration among the hungarian doctors**

*Mennyire befolyásolják a külföldi munkavállalási szándékát a felsorolt tényezők?  
 (1 = egyáltalán nem, 5 = döntően)*

Fizetés	437	4,65
Életminőség	434	4,51
A magyar egészségügy kilátásai	432	4,49
Munkakörülmények	430	4,34
Szakmai lehetőségek	436	3,98
Társadalmi megbecsültség	434	3,97
Idegen nyelv elsajátítása	434	3,97
Családi szempontok	436	3,38
Munkaterhelés	432	3,27
Szervezeti viszonyok	425	3,24
Tudományos munka feltételei	433	3,14
Ismert sikeres példák	434	3,01
Kalandvágy	433	2,99
Magyar hálapénzrendszer	431	2,78

**Megjegyzés:** A válaszadóknak az egyes tényezőket 5 fokú Likert-skálán kellett értékelniük. Az *N* az egyes kérdésekre választ adók számát jelenti.

**Forrás:** Dr. Else E., Girasek E., Dr. Szócska, M.: A migráció a magyar orvosok körében (Statisztikai Szemle, 87. évf. 7–8 szám, 797., 816. old.

Az utánpótlás kérdése, a képzés lehetősége is problémákat vet fel, országos jelenség, hogy a pálya iránti érdeklődés hiányában nem tudnak képzéseket indítani a képzőhelyek, csökken a főiskolai képzésre jelentkezők száma is. A közelmúltban történt

változás, ösztöndíjrendszer bevezetése, hiányszakmában elhelyezkedők külön díjazása az diplomások motiválására, de az ellátásban részt vevők létszámában érdemi változás még nem figyelhető meg. Az állami ellátórendszerek humán erőforrás gazdálkodása mellett egyéb ellátórendszereket is vizsgálunk kell a teljesség érdekében.

Milyen a humán erőforrás helyzete a magánellátók körében? Egyes szakmai területek kurrens cikké válnak, pl. dermatológia, pszichiátria a magánpraxisokban. A magánellátók köre működhet egyéni vállalkozásként, praxisként, praxis közösségként, magántőkére alapuló egészségügyi intézmény formájában. Az alapellátás privatizációja évekkal ezelőtt megtörtént, az alapellátás egyik fő feladata az egészségügyi ellátás „kapuőr” szerepe, melyre későbbiekben visszatérek. Személyi feltételekről korábban szó esett, az alapellátás a jelenlegi finanszírozás mellett nem motivált a technikai feltételek és humán erőforrás további fejlesztésére. Az egyéb egészségügyi magán ellátók szerepe a fogyasztási preferenciák figyelembevételével, minél magasabb minőségű ellátás biztosítása előre finanszírozott formában. Az egészségügyi vállalkozás indítását szélesebb körű piackutatás előzi meg, a vállalkozás indítása esetében az állam megszabja a tárgyi és humán minimum feltételeket. A magán ellátók rendszere jóval rugalmasabb az állami szektornál, könnyebben alkalmazkodik az igényekhez, bizonyos szakterületek előnyt élveznek a magán szektorban, mely a finanszírozási anomáliák, vagy tárgyi, személyi feltételek hiányában kevésbé preferáltak az állami szektorban. pl. pszichoterápia. Napjainkban a magánellátók 92 százaléka az állami intézményben végzett tevékenység mellett kiegészítő tevékenységként működik a magánszektorban. A kiegészítő működés két indokból történhet, egyrészt magánrendelés kerete biztosítani tudja egyes ellátás feltételeit, mely állami intézményben nem tud megvalósulni (pl. pszichoterápia), másrészt a magánrendelés gazdasági megfontolásból, kereset kiegészítésként is szolgál. Az állami ellátórendszerben főként a diagnosztikai vizsgálatok esetében megnyúlt várólista következtében megnőtt az igény a magán ellátók rendelését ebben az irányban. Szaporodnak a betegek által indikált laboratóriumi vizsgálatok, képalkotó vizsgálatok, nem feltétlenül szakorvos indikált (speciális fogyasztói attitűd). A Primus Magán Egészségügyi Szolgáltatók Egyesülete által közzétett adatok szerint 2016-ban a magán ellátók 904 milliárd forint piaci forgalmat bonyolítottak, mely éves szinten 4–5%-kal nő várhatóan, 2021-re elérheti az 1100 milliárd forintot. Igénybe vevők vonatkozásában a felső középosztály (77%) mellett megjelent az alsó középosztály (23%) is, szolgáltatások szakmák szerinti megoszlásában átrendeződés várható. A jogszabályi háttér tervek szerinti módosítása szerint az ÁNTSZ engedélyek kiadása konkrét 20 vagy 40 órás működésre vonatkozhat, mely korlátozhatja más intézményekben való közreműködést. A magán ellátó rendszer működését nem határolja be területi ellátási kötelezettség, elháríthat bizonyos ellátásokat, ebből eredően rugalmasabb a működése, humán erőforrás vonatkozásában azonban hazánkban egyelőre kis szeletként működik, azonos merítéssel az állami szektorral, mivel azonos személyek látják el a feladatokat, kiegészítő tevékenységként. A jövő tervei között a piac fehéritése szerepel online pénztárgépek bevezetésével, bekötött pénztárgépek használatával.

#### **4. Mely lehetőségek javíthatnak az egészségügyi ellátórendszerekben az aktuális szakellátó létszámhiányon?**

A humán erőforrás feladata a meglévő személyi létszám mind hatékonyabb kihasználása, képzettségének megfelelően. Jelenleg mind az alap ellátást, mind az intézményes ellátást a jelentős mértékben terheli a szociális feladatok megoldása, ellátása. A szociális problémák nyilván gyakrabban vezetnek szervi betegségekhez vagy pszichés zavarokhoz, nehezen differenciálható, azonban a kizárólag szociális indikációval ellátott betegek ellátási kompetenciája és ellátási hálózata újragondolást igényel, hiszen egy kórházi ágy fenntartási költségei jóval meghaladják egy idős otthoni elhelyezését. A speciálisan képzett szakdolgozói team munkája és annak lekötése elvonja a kapacitást a speciális, célzottan szakmai esetektől. Sajnálatos módon, a szociális indikációval történő ellátások vizsgálata egyéb intézményi érdekeket sérthet, hiszen az intézmények létjogosultságát igazoló ágykihasználtság mértéke fontosabb, mint a humán erőforrás szakmai specifikus koncentrált működése. Emiatt a vizsgálat nem nyújtott objektív, használható eredményt. Alapellátásban felmerült külön szociális munkatárs foglalkoztatása, az egészségügyi szakdolgozók tehermentesítése végett. A szociális feladatok átvállalása javíthatja a szakma specifikus működésre fordítható időt. A jelenlegi finanszírozási rendszer mellett nem kivitelezhető az ötlet. Felmerült több praxis közös alkalmazásában egyes paramedicinális szakemberek alkalmazása (dietetikus, gyógytornász, fizioterápiás asszisztens) az alapellátásban. Csökkenthetné az intézményi ellátásban jelentkező járóbetegek számát. Jelenlegi alapellátás szervezése, ellátási formája mellett ez a lehetőség sem valósulhat meg. Az intézmények humán erőforrás hiánya kapcsán felmerül a kompetenciák és szakmai ellátási körök újragondolása.

Nyugati államokhoz hasonlóan az alapellátás „kapuőr” funkciója bővíthető volna (tesztek, szűrővizsgálatok, egyéb technikai felszereltséggel több szakvizsgálatra alkalmassá tenné a rendelőt és az alapellátót), azonban erre jelenlegi struktúrában nem motivált, az alapellátó orvos háziorvosi képezésén kívül egyéb szakképezésének megfelelő szakterület vizsgálatait sem végezheti alapellátás keretein belül. A szakdolgozói létszámhiányból eredő túlterheltséget enyhítheti az infrastruktúra és eszközfejlesztés, hiányszakmák pótlására szakdolgozók képezésének, illetve továbbképezésének forszírozása, támogatása javíthat a helyzeten. Vizsgáljuk a rendelkezésre álló szakképzett humán erőforrás és a képzetlen munkaerő arányát viszonyítva szakmánként az előírt szakmai minimum feltételekhez.

Egyes szakterületeken lehetőség nyílik a kompetencia határok korrekciójával más diplomás paramedicinális dolgozók bevonására, mellyel szűkülhet a szakorvosok tevékenységi köre. Gondoljunk pl. a klinikai szakpszichológusok, szocioterapeuták, gyógypedagógusok, gyógytornászok, dietetikusok stb. fokozottabb bevonására a terápiás rezsimbe, meghatározott feladatokkal. A nem specifikus tényezők, másként humán tényezők vizsgálata elengedhetetlen az egészségügyi tevékenység során. A szakmai motiváció vizsgálata és elemzése lehetőséget nyújthat a motivációs eszköztár bővítésére, a direktív kommunikáció felszínre hozhat egyéb rejtett innovációs lehetőségeket. A magán ellátók körében praktikus lenne támogatni azon szakmai kvalitásokat, melyekhez az intézményi háttér nem képes megfelelő kereteket biztosítani, ehhez kapcsolódva bizonyos ellátásformák ellátására a megfelelően kvalifikált szakemberekkel magán praxisban is praktikus lenne támogatási szerződést kötni.

## 5. Összefoglalás

Az egészségügy minden területén fennálló humán erőforráshiány rendezésére irányuló törekvések egyik része a megfelelő mennyiségű szakember képzés, utánpótlás biztosítása. Fontos a jelenlegi szakdolgozói létszám mellett a hatékony működés érdekében a szakma specifikus képzettséggel rendelkező humán erőforrás tevékenységét szűkebb körben, szakma specifikus feladatok végzésére koncentrálni. Körvonalazódik lehetőség a kompetencia határok újragondolására egyes szakterületeken, az alap ellátás kapuőr funkciójának bővítésére megfelelő motiválással, illetve a magán ellátók szerepkörének újra gondolásával. Nyilván a felsorolt lehetőségek nagy része nem jelenti a szakdolgozói létszám számszerű gyarapodását, azonban a szakmai működés morális megerősítése a szakmai motivációnak, mely támogatja szakterületeken a kreativitás, innovációs lehetőségek alkalmazhatóságát a minőségi ellátás érdekében.

## FELHASZNÁLT IRODALOM

- Dr. Else E., Girasek E., Dr. Szócska, M.: A migráció a magyar orvosok körében (Statisztikai Szemle, 87. évf. 7–8. szám, 797., 816. old.
- Dr. Kincses Gyula (2011): Az egészségügyi HR hiány, ESKI, Budapest.
- Orosz, É. (2012): Egészségpolitika, ELTE Egészséggazdasági Kar, ELTE, TÁTK, Bp.
- Dr. Gyökér Irén, Dr. Finna Henrietta, Krajcsák Zoltán (2010): Emberi erőforrás menedzsment, Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Budapest.