

## 4.2. Érdekegyeztetés és munkavállalók kivándorlása az egészségügyben – régiós kitekintés

SZABÓ IMRE GERGELY

Miközben a költségvetési szektor béreit Magyarországon 2008 és 2012 közt befagyasztották vagy csökkentették, a rezidens orvosoké az egyetlen olyan szakmai csoport, amely az egész kórházi szektorra kiterjedő béremelést kikényszerítő akcióval dicsekedhet. A Magyar Rezidens Szövetség 2011-es csoportos felmondási kampánya ugyanakkor nem egyedi jelenség a visegrádi régióban.<sup>1</sup> A négy visegrádi ország (Lengyelország, Csehország, Szlovákia, Magyarország) közötti legfontosabb hasonlóság, hogy az utóbbi évek során mindenhol a kivándorlás okozta szakemberhiány adott súlyt az egészségügyi dolgozók bérköveteléseinek. Az EU-csatlakozás óta a szakemberek kivándorlása tovább rontotta az egészségügyi ellátások hozzáférhetőségét és színvonalát, ugyanakkor a munkaerőhiány lehetőséget is jelentett a munkavállalói érdekek hatásosabb érvényesítésére. A szakszervezetek és kamarák arra hivatkoztak, hogy a kivándorlás megakadályozásának legfontosabb eszköze bérköveteléseik teljesítése, és további csoportos felmondással fenyegettek. Az eredmények is hasonlóak: mind a négy visegrádi országban sikerült béremelést elérni valamennyi egészségügyi alkalmazott – de a leginkább az orvosok – számára. Szintén közös elem, hogy az intézményes érdekegyeztetés csatornáinál eredményesebb volt a konfrontatív fellépés, elsősorban az orvosi felmondási akciók formájában. A szervezők követeléseiket nem a különféle munkaadói szervezeteknek, hanem közvetlenül az egészségügyi kormányzatnak címezték, az elért eredményeket pedig legtöbbször nem kollektív szerződésekből, hanem törvényben vagy rendeletben rögzítették. Ez történt Csehországban és Szlovákiában is, ahol az egészségügyi érdekegyeztetés ágazati szintje erősebb, mint Magyarországon. Az akciók időzítése, az események fontosabb szereplői és a köztük meglévő viszony tekintetében azonban komoly különbségek is megfigyelhetők az országok között. A legtöbb konfliktust Szlovákiában lehetett tetten érni – mind a kormány és az orvosi szakszervezet, mind pedig az orvosok és a többi kórházi alkalmazott közt –, míg a magyar eset tűnik a legkevésbé konfrontatívnak.

Az egészségügyi dolgozók kivándorlása a visegrádi országok közül először *Lengyelországban* okozott komolyabb munkaügyi feszültséget. A 2007-es év egészét kitöltő érdekegyeztetési vita során a kórházi alkalmazásban álló orvosok legfontosabb követelése az 5000 zlotys rezidensi és 7500 zlotys szakorvosi minimálbér bevezetése és annak ágazati kollektív szerződésben rögzítése volt (Magyarországhoz hasonlóan az érdekegyeztetés ágazati szintje Lengyelországban is hagyományosan súlytalan). A 2007 januárjában kezdődött kórházi szintű bértárgyalások nem vezettek eredményre, ezért a lengyel orvosszak-

<sup>1</sup> Az összeállításához felhasznált hírforrások az angol nyelvű szlovák *Spectator* és cseh *The Prague Post*, valamint a magyar *rezidens.hu*, *eduline.hu* és *ujszo.com*.

szervezet közvetlenül az egészségügyi kormányzathoz fordult követeléseiével. Miután a szakszervezet a minisztérium ajánlatát is elégtelennek ítélte, az ország 700 kórházából mintegy 200 részvételével sztrájkot indított (*Czarzasty*, 2007). Egyes kórházakban a munkabeszüntetésen túl a dolgozók csoportos felmondására is sor került, ami teljes részlegeket tett működésképtelenné. Bár a 2007-es válság végül helyi szintű alkukkal rendeződött, a későbbi fokozatos országos bérrendezésnek (is) köszönhetően a kivándorlás intenzitása csökkent az országban (*Kautsch–Czabanowska*, 2011).

Jóllehet a visegrádi országok közül a kivándorlás *Csehországban* relatíve kisebb horderejű probléma, az *ad hoc* lengyel felmondási akciót követően az orvosok itt már előre szervezeten kezdtek felmondási kampányba. 2010 márciusában a cseh orvosok szakszervezeti szövetsége a „Köszönjük, távozzunk” kampány keretében arra bízta a kórházi orvosokat, hogy 2010. december 31-i hatállyal adják be felmondásukat. A tizenhárom pontban megfogalmazott követelések közül a legfontosabb az orvosi béreknek az országos átlagbér másfél és háromszorosa közé emelése volt. 2010. december 20-áig a 18 ezer kórházi alkalmazásban álló orvostól 3513 adta be felmondólevelét (*Veverková*, 2011).

A válság 2011 februárjáig húzódott (a legtöbb esetben a felmondási idő március 1-jén járt volna le), amikor az egészségügyi minisztérium és az orvosszakszervezet (*Lékařský odborový klub, LOK*) megállapodott egy rendkívüli, átlagban 5–8 ezer korona közti alapbéremelésről. (2010 végén az orvosi átlagbér 45 és 50 ezer korona közt mozgott.) Az emeléshez szükséges kétmilliárd koronát a kormány az akut betegellátási ágyak számának csökkentésével és a kórházi közbeszerzési rendszer hatékonyabbá tételével kívánta fedezni. A megállapodásban emellett a minisztérium ígéretet tett arra, hogy további bérfeljesztésekkel az orvosi átlagbér 2013-ra elérje a nemzetgazdasági átlagkezeset másfélszeresét. A 2011-es rendkívüli béremelés nem terjedt ki a többi kórházi dolgozóra, ugyanakkor még abban az évben az ápolók számára kedvezőbb besorolási rendszert vezettek be, és egy későbbi időponttól (2012. január elsejétől) ők is tízszázalékos béremelési ígéretet kaptak. A későbbiekben a béremelés teljesítését nehezítette, hogy arra a nem minisztériumi fenntartású – nagyrészt a régiók által üzemeltetett – kórházak nem kaptak többletforrást sem a biztosítótársaságoktól, sem a kormányzattól.

*Szlovákiában* az orvosi és szakdolgozói kivándorlás régóta vitatéma, és 2011 előtt az ehhez kapcsolódó szakszervezeti követelések a meglévő (ágazati szintű) érdekegyeztetési fórumokon jelentek meg (*Kaminska–Kahancová*, 2011, 199, o.). 2011 őszén ugyanakkor a cseh példát követve, de a szlovák orvosszakszervezet (*Lekárske Odborové Združenie, LOZ*) szervezésében csaknem 2500 orvos, köztük sok, a folyamatos kórházi működéshez nélkülözhetetlen aneszteziológus helyezte letétbe felmondólevelét, ezzel nyomatékot adva három, a Radičová-kormánnyal szemben megfogalmazott követelésnek: az orvosi bérek emelése az országos átlagbér másfél és háromszorosa közötti szintre,

a kórház-finanszírozási rendszer átalakítása, valamint az egyetemi kórházak szervezeti formaváltásának leállítása.<sup>2</sup>

A többi esettel összehasonlítva a szlovák akció okozta a legkomolyabb fennakadást az egészségügyi rendszer működésében. December 1-jén, a felmondási idő lejártával 1200 orvos valóban nem vette fel a munkát, ami miatt a kormány tizenöt kórházra kiterjedő szükségállapotot hirdetett, és a szomszédos országokból (köztük Magyarországról) kért orvosi segítséget. A konfliktus végül a Radičová-kormány és a LOZ közt 2011. december végén aláírt megállapodással zárult, amelynek értelmében leállt a kórházak szervezeti formaváltása, és az orvosi alapbérek három lépcsőben emelkedtek (*Czíria*, 2012a). A megállapodás az átlagbér 1,25-szeresét irányozta elő a rezidensek, míg a 2,3-szorosát a szakorvosok számára. A béremelés első két lépcsőjére 2012 júniusáig sor került, addigra az átlagbér 1,2 és 1,9-szerese közti bérszintet sikerült elérni. A harmadik lépcső teljesítése jelenleg is folyamatban van – az új, Fico-kormánnyal aláírt megállapodás szerint 2015 januárjáig zárul le a bérfeljesztés.

Az orvosszakszervezet által elért eredmények ugyanakkor további konfliktusokat okoztak az egészségügyi rendszerben mind a fenntartói, mind a munkavállalói oldalon. További vita tárgya, hogy a központi költségvetés, a biztosítótársaságok, illetve a kórházak milyen arányban fedezzék a szükséges többletforrásokat. Munkavállalói oldalon a feszültségek elsődleges forrása, hogy az orvosszakszervezet, illetve a hozzá szorosan kötődő orvosi kamarára megakadályozta a béremelés ápolókra való kiterjesztését. Az orvosok felmondási kampányát követően nem sokkal, 2012 februárjában a parlament az ápolói alapbéreket is megemelte – képesítéstől és a pályán eltöltött időtől függően – 640 és 928 euró közé. A törvényt ugyanakkor az orvosi kamara az alkotmánybíróságon támadta meg, többek közt azzal az indokkal, hogy a szükséges források hiányában a béremelés a kórházak működőképességét veszélyezteti. A kórházak menedzsmentjében felülreprezentált orvosok ezúttal a munkaadói érdekeket képviselték. Az szlovák alkotmánybíróság az orvosi kamarának adott igazat, és 2013-ban hatályon kívül helyezte az ápolói béremelésről szóló törvényt (*Czíria*, 2012b).

A visegrádi régió belül vásárlóerő-paritáson a magyar orvosi bérek a legalacsonyabbak (*Reginato–Grosso*, 2011, 4. o.), ennek ellenére 2011 végén *Magyarországot* érte el legkésőbb a szervezett felmondási hullám. Ennek többek közt oka lehet, hogy a magyar orvosok kivándorlása csak 2007 után gyorsult fel.<sup>3</sup> A tiltakozás szervezői nem a lengyel, cseh vagy szlovák orvosszakszervezethez formálisan hasonló funkciót betöltő, bár azoknál jóval gyengébb szervezetségű ágazati szakszervezetek (EDDSZ és MOSZ) voltak, hanem a Magyar Rezidens Szövetség. (Ugyanakkor mind a MOSZ, mind a bértárgyalásokra egyébként nem jogosult Magyar Orvosi Kamara is támogatta a már megindult akciót). Ennek megfelelően a követelések közül a legfontosabb a pályakezdő orvosok anyagi helyzetének javítása volt, de a Magyar Rezidens Szövetség ál-

2 Szlovákiában 2003 és 2006 közt az önkormányzati fenntartású kórházakat költségvetési intézményekből vállalkozásokká alakították, az állami tulajdon megtartása mellett. A változtatás célja az volt, hogy szigorúbb gazdálkodási feltételeket teremtsen a kórházi menedzsment számára. 2011-ben a Radičová-kormány ezt a reformot az egyetemi kórházakra is szeretne volna kiterjeszteni.

3 Az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal statisztikái szerint a 2005 és 2007 közti nyhe csökkenés után 2007 és 2012 közt évi 695-ről 1108-ra nőtt az egészségügyi szakképesítésüket külföldön elismertetni kívánó orvosok száma.

talában az orvosi bérek nemzetgazdasági átlag háromszorosára növelését is célul tűzte ki. 2011 decemberéig több mint 2500 felmondólevél gyűlt össze, és a 2012. januári „élesítés” után az év márciusában hagytak volna fel a munkavégzéssel az érintett orvosok. Erre nem került sor, miután 2011 utolsó napjaiban a kormány olyan ajánlatot tett, amelyet a Magyar Rezidens Szövetség tárgyalási alapként elfogadott. A részletekről végül 2012 márciusában született megegyezés, amelynek értelmében az orvosok havi 350 ezer forint bruttó – ügyeletnek nélküli – alapbérig 65 820 forintos béremelést kaptak. 350 ezer forint felett tízezer forintként ötezerrel csökkent az emelés mértéke. Emellett a kormány számos rezidensképzést támogató ösztöndíjprogramot indított vagy fejlesztett tovább (*Girasek–Szél*, 2014). A bérrendezés kiterjedt a szakdolgozókra is, akiknek 32 százaléka 20 ezer, további 47 százaléka 15 ezer forint feletti béremeléssel számolhatott. 2013 szeptemberében újabb lépcsőben emelték az orvosok és a szakdolgozók bérét. Ugyanakkor Magyarországon is vitát okozott a béremelések fedezetének kérdése. A magasabb bérek kivándorlásra gyakorolt hatását még korai megítélni. 2013-ban 955 orvos kért igazolást külföldi munkavállaláshoz, amely csökkenés a 2010–2012-es évekhez képest, de a 2008–2009-es válság előtti időszakhoz képest továbbra is magasnak számít (*Girasek–Szél*, 2014). A felmondási kampány emellett országosan ismertté tette a Rezidens Szövetséget, amelynek vezetői az Orvosi Kamara tevékenységébe is aktívabban kívánnak beleszólni, bár kérdéses, képesek lesznek-e érdemi változást elérni. Azt, hogy a Rezidens Szövetség átfogóbb egészségügyi problémák megoldásában is vezető szerepet kíván játszani, bizonyítja, hogy 2013-ban országos kampányt indított a hálapénz ellen.

A kórházi dolgozók visegrádi országokon végigvonuló tiltakozó hullámának több olyan jellemzője van, amely rávilágít a közszférán belüli érdekegyeztetés ellentmondásaira. Először is, a rendszerváltás óta végbement decentralizáció és szervezeti formaváltások ellenére a közszféra munkaügyi kapcsolataiért a végső felelősséget továbbra is a központi kormányzat viseli. Még azokban az országokban is, ahol a kórházak autonómiája erősebb, mint Magyarországon, az alkalmazottak követeléseiket a központi kormányzatnak címezik. Emellett a közszférán belül az egészségügyi dolgozók az egyetlen csoport, amelynek általános munkaerő-piaci helyzete a külföldi munkavállalás lehetősége miatt kedvező (*Kaminska–Kahancová*, 2011). A közszféra más dolgozóinak (tanárok, fegyveres testületek alkalmazottai stb.) kivándorlási lehetőségei korlátozottabbak, nem hivatkozhatnak a migráció okozta munkaerőhiányra, ez pedig rontja érdekképviselési esélyeiket.

A tanárok gyengébb érdekképviselőire világítanak rá az elmúlt évek szlovák és magyar oktatásügyi eseményei. Szlovákiában 2012 őszén, egy évvel az orvosi felmondási akció után a legnagyobb pedagógus-szakszervezet, az OZP-ŠaV egy, az orvosokénál szerényebb, tízszázalékos béremelési igénnyel kezdet sztrájkba (*Czíria*, 2013). Az októberi figyelmeztető sztrájkot követően

a kormány a szűk költségvetési mozgástérre hivatkozva csupán ötszázalékos emelést ajánlott, amit a szakszervezet nem fogadott el, és határozatlan idejű sztrájkba kezdett, amely során a szlovákiai iskolák háromnegyede bezárt. Ekkor a kormány 7,5 százalékos béremelésre tett ajánlatot, amelynek egy része az önkormányzatokon keresztül jutott volna el a tanárokhoz. Az OZPŠaV ezt elfogadta és felfüggesztette a sztrájkot, annak ellenére, hogy számos sztrájkoló tantestület fejezte ki elégedetlenségét az ajánlattal szemben. 2013-ban a szakszervezet ismét munkabeszüntetést fontolgatott, miután a hosszú távú bérrendezésre vonatkozó minisztériumi ígérek végül nem teljesültek. Magyarországon a tanári bérek rendezésére felülről, az oktatás centralizálásával, valamint a kötelező tagságú Nemzeti Pedagógus Kar létrehozásával párhuzamosan került sor. Mindkét nagyobb tanári szakszervezet (a PSZ és a PDSZ) kritizálta mind a központosítást, mind a Pedagógusi Kar létrehozását, mind a bérrendezés aránytalanságait, ugyanakkor érdemben nem tudta befolyásolni a kormány döntéseit.

#### 4.2.1. Az orvosbérekről és a hálapénzről

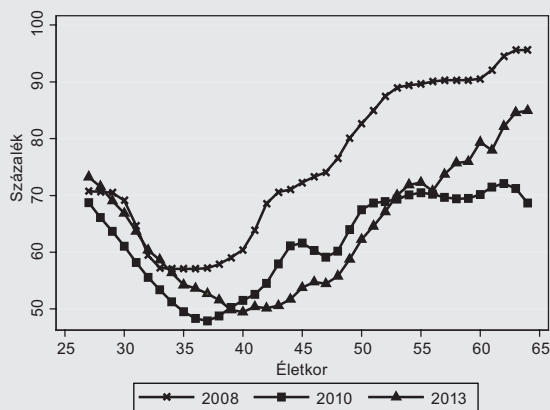
KÖLLŐ JÁNOS

Az egészségügyben fizetett *hivatalos bérek* valóban nagyon alacsonyak, és a válság időszakában jelentősen csökkentek is. Mint az *K4.2.1. ábra* mutatja, a szektorban dolgozó diplomás szakemberek – zömmel orvosok – már 2008-ban is lényegesen kevesebbet kerestek, mint a versenyszférában foglalkoztatott hasonló végzettségű és életkorú diplomások. A lemaradás a közsféra más diplomásaihoz hasonlóan az orvosok esetében is 35–40 éves korban volt a legsúlyosabb, átlagosan 43 százalékos. A 13. havi megvonásával és más intézkedések hatására a hátrány 2010 májusára ebben a korosztályban 51 százalékosra nőtt, miközben a legjobban kereső, 55 évesnél idősebb orvosok (hivatalos) relatív keresete még ennél is nagyobbat zuhant: 90 százalékosról 70 százalékos szintre.

2010 és 2013 májusa között a negyvenévesnél fiatalabb orvosok relatív keresete hét-nyolc százalékponttal emelkedett, az ennél idősebbeké azonban még tovább süllyedt, a nyugdíjhoz közel állók kivételével. Ebben az alacsony keresetű idősebb munkavállalók nagyobb mértékű kiválása miatt fellépő szelektív torzítás is szerepet játszhatott. A 40 éves orvosok relatív keresete ma sem haladja meg

a versenyszférában dolgozó diplomás kortársaik béreinek felét.

**K4.2.1. ábra: A humán egészségügyben dolgozó diplomások havi bruttó keresete a versenyszférában dolgozó diplomások havi bruttó keresetének százalékában, 2008, 2010 és 2013 májusában**



Forrás: *Béretarifa-felvételek*, 2008, 2010 és 2013. Három koréves mozgóátlagok.

\*