

## Új háttér számítások az orvosi humán erőforrás tervezéséhez

Dr. Balázs Péter, Semmelweis Egyetem

A tervszerű, bizonyítékokra alapozott és a közeljövőt szakszerű előrelátással kezelő orvosi humán erőforrás politika elképzelhetetlen megbízható statisztikai adatok és modellszámítások nélkül. A bevándorlás – a felsőoktatás mellett – jelentős forrása a hazai orvosi munkaerő utánpótlásának, nyilvánosan az egészségpolitika mégsem foglalkozik a jelenséggel. Ez azért lehetséges, mert spontán biztosított az állandó utánpótlás, és a tranzit-migráció is alacsony szinten állt be. A legújabb statisztikai adatok szerint (2009. március) 33 211 működő orvos közül 2 544 (7,66%) a honosítottak száma, 5 539 fogorvos között pedig 516 (9,20%). Ilyen arányok mellett az eddigi migrációs magatartási minták csekély változása is súlyos ellátási gondot okozhat. Ezért szükséges a bevándoroltak területi elhelyezkedésének felmérése az esetleges helyi ellátási nehézségek előrejelzése érdekében.

A hazai orvosok létszámának csökkenését illetően közmegegyezés alakult ki a szakmában és az egészségpolitikában is, jóllehet ezt megbízható statisztikai adatok eddig nem igazolták. Elsősorban az 1989-es rendszerváltozás és újabban az Európai Unióhoz való csatlakozás (2004. május 1.) miatt a legnagyobb figyelem a külföldi munkavállalásra irányult. Ez azonban a veszteségnek csak az egyik összetevője, mivel veszteség az is, ha a pálya elhagyása más belföldi tevékenység érdekében történt. Fordulatot jelez a korábbi egészségpolitikához képest, hogy 2009. január 1-i hatállyal, első alkalommal jelent meg az orvosok adatközlési kötelezettsége a külföldi munkavállalásról. Ennek alapján azonban idősorosan feldolgozható adatok csak évek múltán jelennek meg az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal adattárában. Bizonyos modellszámítások azonban jelenleg is elvégezhetők az orvosi munkaerő változások nettó egyenlegének tárgyyszerű meghatározására.

**New statistical methods for planning a systematic medical workforce strategy. Management of human resources regarding dentists and physicians requires evidence based data to balance the medical workforce. On the supply-side, there was a moderate domestic awareness of the health policy toward immigrant dentists and physicians. Nevertheless, data obtained in March 2009 indicate that among 33 211 licensed physicians there are 2 544 immigrants (7.66%) and the same proportion is 9.32% among 5 539 dentists with 516 immigrants. Despite of these data, the minimal awareness of human resource managements may be**

explained by a considerably low level of transit-migration. However only a very little change will be able to cause serious troubles in the health care service. In order to prepare the system for potential shortages, the territorial pattern of immigrants will be very useful regarding dentists and physicians as well.

After the fall of Communism (1989) and joining the European Union (2004) high losses were estimated as a consequence of migration of domestic workforce for working abroad. Nevertheless, the loss is eventually the same, if physicians stay in Hungary, but they are leaving the health services for being employed elsewhere in the Hungarian economy. The first legislation about physicians' and dentists' mandatory notification if working abroad, is in power since 1<sup>st</sup> January 2009. As a result, data for trend analysis will be available only after several years, however specific calculations may actually provide reliable information about cumulative losses and gains of professionally active cohorts graduated since the 1970s.

### BEVEZETÉS

Magyarországon az orvosok/fogorvosok bevándorlásával és diploma honosításával kapcsolatban 1960 óta készültek pontos feljegyzések (a továbbiakban az „orvos” megnevezés egyben fogorvost is jelent, ha nem szükséges a két szakma tételes elkülönítése). Az 1989-es rendszerváltozás és újabban az Európai Unióhoz való csatlakozás (2004. május 1.) kapcsán statisztikailag minden kétséget kizáróan, két nagyobb bevándorlási hullámban érkeztek orvosok Magyarországra. Egyidejűleg a tömegtájékoztató úgynevezett réteg-műsorai, az orvosi közéleti irodalom és az egészségpolitikai folklór szerint jelentős számú orvos távozott az országból, erről azonban soha, senki, semmilyen bizonyítékot nem tudott bemutatni. Eltekintve a természetes demográfiai okokból (idős kor, halálesetek) bekövetkező csökkenéstől, a veszteségnek három fő tényezője lehet: a hazai orvos külföldi munkavégzése, belföldi pályaelhagyása és a bevándoroltak tranzit-migrációja. Utóbbi jelenség azt a reális esélyt is jelzi, amely szerint a honosított orvosok a jövőben hosszabb-rövidebb tartózkodás után harmadik országba távoznak, vagy visszatérnek a szülőföldjükre. Tekintettel arra, hogy az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal (EEKH) adattárának 2009. márciusi állása szerint orvosok között 7,66%-os, fogorvosok között pedig 9,32%-os a bevándoroltak aránya, nem kétséges, hogy egy jelentősebb tranzit-migrációs hullám súlyos ellátási gondokat okozhatna.

Ezért nem közömbös megvizsgálni, hogy eddig mutatkoztak-e tranzit-migrációs jelek az orvosi karban, továbbá az országos százalékos átlag mögött milyenek a területi különbségek (megyék+főváros). Elképzelhető, hogy egyes helyeken a tranzit-migráció mérsékelt megélnésképe is súlyosan érinthetné az orvosi humán erőforrás ellátottságot.

Az orvosok külföldi munkavállalása az 1989-es rendszerváltozás után nem számított tabu-témának, azonban feldolgozására ma sincs közvetlen adatforrás az államigazgatási rendszerekben. Újabb érdemi változást jelent az Egészségügyi Törvénynek (1997. évi CLIV. tv.) a 2008. évi CVI. törvény általi módosítása, amelynek értelmében 2009. január 1-től kötelező a külföldi munkavállalásról adott nyilatkozat a működési nyilvántartásba vételhez, illetve a működési engedély megújításához és meghosszabbításához [1]. A törvényi felhatalmazás nyomán az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek alap- és működési nyilvántartásáról, valamint a működési nyilvántartásban nem szereplő személyek tevékenységének engedélyezéséről szóló szakminiszteri rendelet [2] is megváltozott. Ennek megfelelően a módosított rendelet 2. melléklete, amely a működési nyilvántartási lap adattartalmát közli, IX. pontjában felsorolja a külföldi munkavégzés helyét és időtartamát is. Az adatgazdálkodás folyamatáról, pontosabban arról, hogy a külföldi munkavállalásra vonatkozó adatok hogyan kerülnek a rendszerbe, a működési engedély fentiekben már jelzett kérelmezése, megújítása és hosszabbítása ad felvilágosítást. A kérvényező köteles nyilatkozni arról, hogy korábban végzett-e vagy aktuálisan is végez Magyarországon kívüli egészségügyi tevékenységet, sőt ezeknek hiányában negatív nyilatkozatot kell tennie arról, hogy korábban nem végzett és aktuálisan sem végez ilyen munkát.

Természetesen a fenti jogszabályi változásnak statisztikailag nincs közvetlen hatása, ugyanis nem rendelt el keresztmetszeti adatfelvételt, így az adatok fokozatosan halmozódnak fel, és trend-analízist például csak évek múltán lehet majd végezni. Ennek ellenére az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal adattárának segítségével bizonyos modellszámítások jelenleg is készíthetők az orvosi munkaerő változások nettó egyenlegének tárgyyszerű meghatározására.

## ANYAG ÉS MÓDSZER

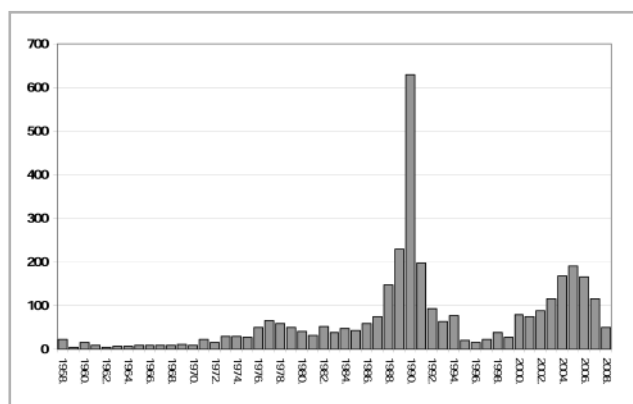
Jelenleg az orvosok és a fogorvosok alap- és működési nyilvántartását az Egészségügyi Minisztérium keretei között az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal (EEKH) vezeti. Az EEKH elektronikus adattára lehetőséget ad az aktuálisan működő orvos létszámon belül a honosított diplomások elkülönítésére, bevándorlásuk idősoros adatainak és területi (19 megye + főváros) elhelyezkedésüknek a feldolgozására. Ez utóbbi alapján olyan humán erőforrás térkép készíthető, amely pontosan jelzi a magas százalékos arányban reprezentáltak területi egységeit, ahol a tranzit-migráció csekély élnésképe is közvetlenül gondokat okozhat az ellátásban. Amennyiben megállapítjuk az aktuálisan mű-

ködő honosítottak számát, majd azt összevetjük a honosítók teljes számával, közelítő becslést készíthetünk a tranzit-migráció mértékéről. Annak érdekében, hogy a halálozásból és a szakma művelését életkori okokból megszüntetők számából eredő torzítások zavaró hatását a legkisebb mértékre csökkentsük, célszerű olyan honosított populációt vizsgálni, amelyben ezek a veszteségek statisztikailag minimálisnak tekinthetők. Ennek megfelelően csak az 1970-2008 között diplomát szerzett évfolyamok kerültek elemzésre.

A hazai orvosi/fogorvosi kar veszteségeinek megállapítására – idősoros adatok hiányában – a kohorsz-elemzés használható. Megállapítható, hogy az egyes naptári években hazai egyetemeink hány diplomát adtak ki a hazai hallgatók képzésében. A fentiekben már említett okok miatt célszerű az 1970-2008 közötti kohorsókat megvizsgálni. Levonva a halálozeseteket és a nevesített veszteségeket (ún. disszidálás a Kádár-korszakban), az egyes kohorsóportok visszamaradó létszámainak elvileg a hazai rendszerben kellene dolgoznia. Amennyiben az aktuálisan működő orvos létszám kevesebb az elméletileg számított adatnál, a különbség abból a „láthatatlan” veszteségből adódik, amely külföldi munkavállalásból vagy belföldi pályaelhagyásból következett be. Különösen hasznos lehet ez az adat a 2000-es években végzett évfolyamok esetében, ugyanis a legfiatalabb és legmozgékonyabb csoportok magatartásáról ad felvilágosítást.

## EREDMÉNYEK

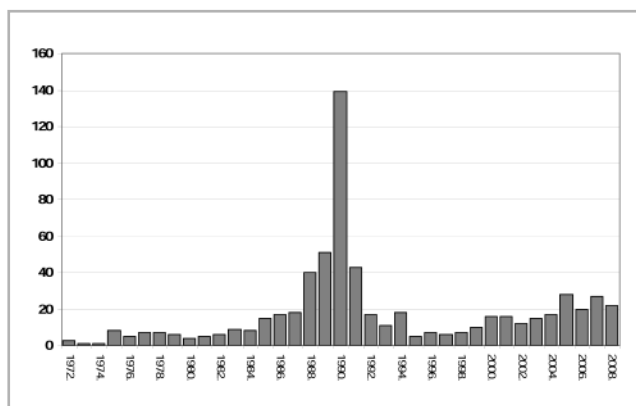
A honosított orvosok tranzit-migrációjának becslésére végzett számítás első lépésében megállapíthatjuk, hogy az 1958-2008 között bevándorolt összes orvos (N=3 481) közül (1. ábra) 2009. első negyedévében 2 544 fő rendelkezett érvényes működési engedéllyel. Következésképpen, az 51 év alatt szolgáltatott migrációs nyereség 73,08%-a jelenleg is dolgozik a magyar egészségügyben. Amennyiben a számítást a tisztán életkori okból jelenleg is nagy valószínűséggel aktív populációra, vagyis az 1970-2008 közötti időszakban honosítottakra végezzük el (N=3 364), a működő 2 544 or-



1. ábra  
Orvosok honosításának gyakorisága 1958-2008 között (N=3481).  
Megjegyzés: 2000-2008 között 1050, 1987-1994 között 1512 honosítás történt.

vos magasabb százalékos arányt, pontosabban 75,62%-ot képvisel. Ez azt jelenti, hogy az utóbbi 39 évben bevándorolt orvosok 3/4 része jelenleg is bizonyosan aktív az ellátásban.

A honosított fogorvosokra nézve is elvégezhetjük a tranzit-migráció becslést, az orvosokkal azonos modell alapján. A bevándorlás 1955-től 1985-ig szórványos volt és csak 1972-től kezdett növekedni, de ettől függetlenül egészen 1985-ig évenként 10 fő alatt maradt (számtani átlag: 2,8, medián: 1, modális érték: 1). Ennek megfelelően a nyereséget az utóbbi 24 évre (1985-2008) célszerű figyelembe venni (2. ábra), vagyis 577 fővel kell számolni. Tekintettel arra, hogy a működő honosított fogorvosok száma 2009 első negyedében 516 fő volt, megállapítható, hogy az utóbbi 24 évben honosítottak 89,43%-a dolgozik az ellátásban. Ez gyakorlatilag azt jelenti, hogy 10 bevándorolt fogorvosból 9 Magyarországon és a szakmában maradt.



**2. ábra**  
Fogorvosok honosításának gyakorisága 1972-2008 között.  
Megjegyzés: 2000-2008 között 173, 1988-1991 között 273 fogorvos honosítása történt.

A 2009. márciusi állapot szerint a teljes működő orvos létszámot (N=33 211) figyelembe véve a honosított orvosok aránya 7,66%. Ez az átlag azonban jelentős területi különbségeket takar, ha az arányokat a 19 megye + főváros szerinti bontásban vesszük figyelembe (1. táblázat). A táblázat összesített adataihoz képest 17 honosított és 39 nem honosított orvos területi elhelyezkedése az adatszolgáltatás hiánya miatt nem azonosítható, a számok nagyságrendjét tekintve azonban, ha az egész többlet egyetlen egy területre összpontosulna, abban az esetben sem okozhatna az 1. táblázattól lényegesen eltérő eredményt. Megállapítható, hogy a részarány a legkisebb Baranyában (2,34%) és a legnagyobb Komárom-Esztergom megyében (13,8%). Budapest a teljes orvos-populáció csaknem 1/3 (29,75%) részét képviseli, viszont a honosítottak százalékát tekintve (5,6%) az értéktartomány alsó felében található. Feltűnő az „egyetemi megyék” közül Baranya mellett Csongrád is, 2,65%-kal. Hajdú-Bihar viszont Budapesttel csaknem azonos értéket képvisel (5,77%).

A teljes működő fogorvos létszám 2009 első negyedének végén 5 539 volt, ezen belül 516 honosított fogorvossal. Arányuk 9,32%-nak felel meg. Területi elhelyezkedésüket a

Megye+főváros	Honosított	Nem honosított	Összesen	%-ban
1. Budapest	554	9326	9880	5,6
2. Pest	289	2661	2950	9,8
3. BAZ	178	1567	1745	10,20
4. Szabolcs-Sz-Bereg	173	1094	1267	13,65
5. Hajdú-Bihar	126	2059	2185	5,77
6. Veszprém	126	843	969	13,00
7. Békés	118	765	883	13,36
8. Jász-Nagykun-Szolnok	109	741	850	12,82
9. Bács-Kiskun	108	1236	1344	8,04
10. Komárom-Esztergom	104	649	753	13,80
11. Fejér	100	861	961	10,41
12. Somogy	96	804	900	10,67
13. Győr-Moson-Sopron	90	1163	1253	7,18
14. Heves	69	725	794	8,69
15. Zala	59	837	896	6,58
16. Vas	56	700	756	7,41
17. Csongrád	54	1985	2039	2,65
18. Nógrád	46	365	411	10,43
19. Tolna	46	492	538	8,55
20. Baranya	43	1794	1837	2,34
<b>Összesen</b>	<b>2544</b>	<b>30667</b>	<b>33211</b>	<b>7,66</b>

**1. táblázat**  
1970-2008 között honosított működő orvosok elhelyezkedése területi megoszlásban (N=2544) és a területi teljes létszámhoz (N=33 211) viszonyított %-os arányokban (EEKH 2009. március).  
Megjegyzés: a területi sorrend az adott megyében/fővárosban dolgozó orvosok abszolút számát követi.

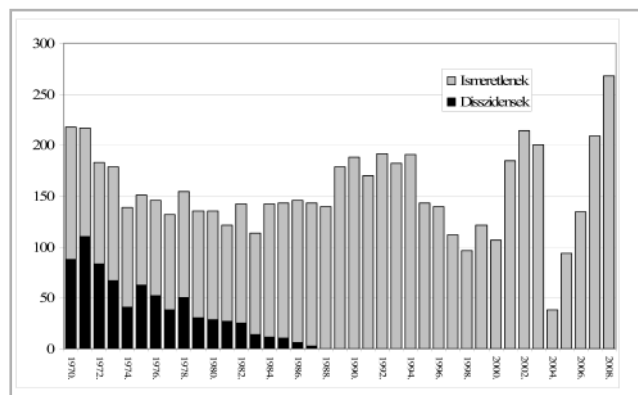
2. táblázat mutatja. A táblázatban nem szerepel 7 honosított és 8 nem honosított fogorvos, mivel területi elhelyezkedésük nem határozható meg az adatok hiánya miatt. Legalacsonyabb az arány Csongrád megyében (3,08%) és a legmagasabb Jász-Nagykun-Szolnok megyében (21,62%). Budapest a fogorvosok 34,32%-át fogadja be, és a honosítottak aránya csaknem teljesen azonos az általános orvosokéval (5,62%). Az „egyetemi megyék” között Baranya 4,39%-os, Hajdú Bihar azonban, az általános orvosokkal ellentétben, Budapestet jelentősen megelőzi.

Megyék+főváros	Honosított	Nem honosított	Teljes létszám	%-os arány
1. Budapest	107	1794	1901	5,63
2. Pest	57	401	458	12,45
3. Győr-Moson-Sopron	46	320	366	12,57
4. Vas	32	146	178	17,98
5. BAZ	29	224	253	11,46
6. Veszprém	25	126	151	16,56
7. Jász-Nagykun-Szolnok	24	111	135	21,62
8. Szabolcs-Sz-Bereg	23	140	163	14,11
9. Békés	22	106	128	17,19
10. Hajdú-Bihar	22	231	253	8,69
11. Fejér	21	148	169	12,43
12. Bács-Kiskun	20	211	231	8,66
13. Heves	19	95	114	16,67
14. Zala	13	156	169	7,69
15. Komárom-Esztergom	11	98	109	10,09
16. Baranya	9	196	205	4,39
17. Csongrád	9	283	292	3,08
18. Somogy	9	112	121	7,44
19. Tolna	7	69	76	9,21
20. Nógrád	4	48	52	8,33
<b>Összesen</b>	<b>509</b>	<b>5015</b>	<b>5524</b>	<b>9,32</b>

**2. táblázat**  
Honosított fogorvosok elhelyezkedése területi megoszlásban (N=516) és a területi teljes létszámhoz (N=5524) viszonyított %-os arányokban (EEKH 2009. március).  
Megjegyzés: a területi sorrend az adott megyében/fővárosban dolgozó orvosok abszolút számát követi.

Veszteségek számítására az 1970-2008-as általános orvos évfolyamok szerinti bontást az 3. ábra mutatja. Ebben

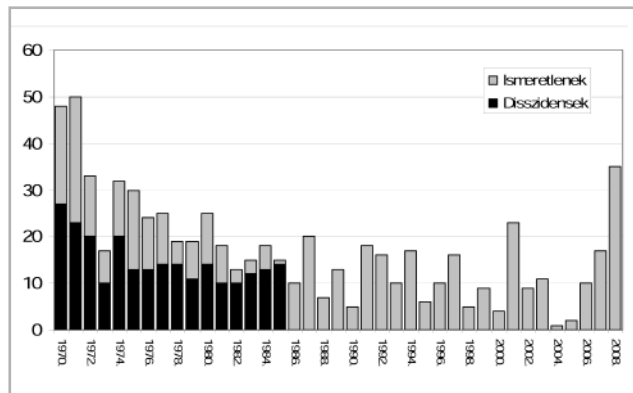
az időszakban a kiadott diplomák száma 34 224 volt, azonban az érintett orvosok 1/5-öd része, pontosabban 6930 fő (20,25%) már nem dolgozott 2009 első negyedévében. A halálzási veszteség 886 orvos, vagyis a teljes létszám 2,59%-a. Legmagasabb a veszteség az 1970-es évfolyamban 8,11%-os értékkel (N=77), majd 1991-től 10 fő/évfolyam alá csökken, viszont a 2005-ös évfolyamtól kezdve haláleset már nem fordult elő. Nevesíthető veszteség a Kádár-korszak disszidenseinek száma, ami 745 fő. Megállapítható ezek után, hogy 34 224 diplomás közül 5 299 olyan orvossal kell számolnunk, aki elméletileg dolgozhatna a magyar egészségügyben, azonban valamilyen okból nem szerepel a működési nyilvántartásban. A 3. ábrán az oszlopok sötét része egyértelműen a külföldre távozottakat jelzi, ennek halmozott értéke azonban csak az 1970-1987 közötti időszakra vonatkozatható. A többi veszteség (az ábra oszlopainak szürke mezője) mind halmozott érték, és az 1970-2008 közötti teljes időszakra vonatkozik. Az 1970-1988 közötti évfolyamokban a fiatalabb korosztályok felé haladva csökken a veszteség mértéke, azonban az 1989-1994-es évfolyamokban az idősebbekhez és a fiatalabbakhoz képest is feltűnően magasabb értékeket mutat. A 2001-2003-as évfolyamokban ismét kiugróan magas veszteséget látunk, majd a 2004-es évfolyam mélypontja után meredek emelkedés következik.



**3. ábra**  
Magyarországon diplomát szerzett hazai orvosok évfolyamainak vesztesége 1970-2008 között.

A veszteség számítása azonos módszerrel fogorvosok között is elvégezhető (4. ábra). A kiadott fogorvos diplomák száma 1970-2008 között 5 471 volt. Ebből a teljes populációból ma működési engedéllyel rendelkezik 4 684 fogorvos, vagyis a végzettek 85,62%-a. Fordítva ez azt jelenti, hogy 787 fogorvos nem dolgozik a rendszerben. Közöttük a halálesetek száma 110, a disszidens veszteség 257, vagyis 420 fogorvos tekinthető azonosítatlan veszteségnek. A halálzási veszteség aránya a teljes létszámhoz viszonyítva 2,01% és a legtöbb eset az 1970-es évfolyamban fordult elő (182-ből 11 fő). A 3. ábrán látható kimagaslóan nagy veszteségek a további évfolyamokban nem jelentkeznek, viszont az 1970-71-ben diplomát szerettek több mint 1/4 része (26,37% illetve 26,04%) ma már nem dolgozik a magyar egészségügyben. A fiatalabb évfolyamokból a 2001-es év

emelkedik ki, 23 fős veszteséggel, ami a létszám (N=162) 14,2%-a.



**4. ábra**  
Magyarországon diplomát szerzett hazai fogorvosok évfolyamainak vesztesége 1970-2008 között.

## MEGBESZÉLÉS

A honosítási (bevándorlási) adatok vizsgálatában új elem a tranzit-migráció becslése, amelyre vonatkozó számítás eddig nem jelent meg a hazai irodalomban. Mennyiségi vonatkozásban egyértelműen igazolható, hogy az immigrációval kapcsolatban miért nem alakultak ki humán erőforrás gazdálkodási problémák. Ha igen csekély a tranzit-migráció aránya, ez azt jelenti, hogy a honosított orvos tartósan (életpálya-szerűen) az adott országban marad, tehát hosszú távon biztosítja a szakember ellátottságot. A mennyiségi szempontokon kívül azonban minőségi szempontok is felmerülhetnek, amelyek közül a szaktudás szintje mellett a legtöbb gondot a nyelvi-kulturális nehézségek okozhatják [3]. Magyar vonatkozásban a korábbi kutatások minden kétséget kizáróan igazolták, hogy a bevándorolt orvosok döntő többsége a Kárpát-medence határon kívüli magyar népességéből érkezett, elsősorban Romániából [4]. Ezek az orvosok a betegek szemében semmilyen „idegen” benyomást nem keltenek és nyelvi-kulturális szempontból lényegében hazai közegben dolgoznak. A jelenség nem egyedülálló Közép- és Kelet-Közép Európában. Németországban például a 2008. évi adatok szerint 319 700 volt a nyilvántartott orvosok száma, közöttük 21 748 bevándorlóval (6,8%), és az utóbbiak legnépesebb csoportját (N=1 802) az osztrák orvosok alkották [5].

A nyelvi és kulturálisan azonos közegben történő vándorlással kapcsolatban nem lehet kizárni, hogy a viszonyok kedvező változása esetén az orvosok visszatérnek a szülőföldjükre. Magyarország esetében sem tekinthetjük örök érvényűnek azokat a társadalmi-gazdasági körülményeket, amelyek jelenleg a vonzó hatását biztosítják. Ezért kell felkészülni arra, hogy különösen azokban a megyékben, amelyekben viszonylag magas a honosított diplomás orvosok száma, egy szerényebb visszaforduló migrációs mozgás esetén azonnali ellátási gondok jelentkezhetnek. Az 1. táblázat adatait mind a százalékok, mind az abszolút szá-

mok szempontjából figyelembe kell venni. Nem közömbös a szakterület sem, ugyanis egy ritkább szakmában vagy a háziorvosi ellátásban akár csak 5-10 munkahely üresedése is azonnali gondot okozhatna. Az ország keleti és észak-keleti megyéi (Békés, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Borsod-Abaúj-Zemplén) az egyetemen rendelkező Hajdú-Bihar kivételével, mind a 10-13% közötti bevándorló sávnban találhatók, és az abszolút számok szerinti sorrendben is az élen állnak. Látható azonban, hogy az ország többi területe sem kivétel, sőt a legmagasabb arányt (13,8%) Komárom-Esztergom megye mutatja. További elemzést igényelne annak kimutatása, hogy az alap- és szakellátásban, ezen belül terület-sorosan, hogyan alakul a honosított orvosok aránya, ez azonban nem volt tárgya a jelen feldolgozásnak.

Fogorvosi vonatkozásban feltűnő, hogy az orvosi táblán abszolút sorrendben a 13. és 16. helyet elfoglaló Győr-Moson-Sopron, illetve Vas megye a 3. és 4. helyet foglalja el. Ezt a helyzetet olyan járulékos tényezők okozzák, amelyek nem részei a belföldi keresletnek, és amelyet a szakmai köznyelvben is fogászati turizmusnak szokás nevezni [6]. Másfelől ez azt jelenti, hogy ezeken a területeken a fogorvos létszám csökkenése nem feltétlenül okozna azonnali gondot a magyarországi betegek közfinanszírozott ellátásában. Azt viszont mindenképpen külön meg kellene vizsgálni, hogy Jász-Nagykun-Szolnok megyében miért kiugróan magas (21,62%) a honosított diplomás fogorvosok aránya.

Veszteségekre vonatkozóan a magyar nyilvántartási rendszer semmilyen közvetlen adatot nem tud felmutatni. Tájékoztató jellegűnek tekinthető az EKEH közlése a külföldi munkavállaláshoz hatósági bizonyítványt kérő orvosokról. A 3. táblázat adatai alapján biztonsággal csak azt állíthatjuk, hogy 2004. május 1. és 2008. június 30. között a Hivatal 2586 bizonyítványt állított ki [7]. Jelen kutatás veszteségi adatai először teszik lehetővé az orvosi munkaerő migrációjának illetve belföldi pályaelhagyásának objektív megítélését. A 3. és 4. ábra értelmezéséhez azonban – új módszerrel lévén szó – külön magyarázat szükséges. Először a korcsoportos veszteségek 2004 utáni meredek emelkedésére kell felhívni a figyelmet.

Szakmai végzettség	2004	2005	2006	2007	2008	Összesen
általános orvosdoktor	156	143	210	320	207	1036
aneszt. és intenzív th.	75	55	36	33	20	219
ortopédia	29	63	34	25	15	166
sebészet	23	47	29	24	10	133
belgyógyászat	10	42	23	31	18	124
radiológia	9	22	31	25	11	98
szülészeti-nőgyógyászat	16	26	15	17	10	84
pszichiátria	4	19	26	13	5	67
csecsemő és gyermekgyógy.	17	11	16	10	7	61
háziorvostan	29	17	6	7	0	59
traumatológia	20	22	7	8	0	57
neurológia	6	11	8	13	6	44
.....*						
összesen	504	604	520	590	368	2586

**3. táblázat**

**Az EKEH által kiállított, külföldi munkavállaláshoz szükséges hatósági bizonyítványok száma 2004. május 1. és 2008. június 30. között (szakmasorosan válogatott anyag).**

\* az eredeti táblázat 71 szakmát sorolt fel az általános orvosdoktorok oklevélén kívül.

Ezek valójában nem a külföldi munkavállalás vagy a belföldi pályaelhagyás következményei. Egy korábbi vizsgálat igazolta, hogy az új diplomás orvosok nem kérik azonnali felvételüket a működési nyilvántartásba, így a jelentkezés éve-kig is elhúzódhat, végül azonban minimális veszteséggel mégis megtörténik [8]. A 3. és 4. ábra 2004-2008 közötti oszlopai ugyanezt igazolják. Ennek megfelelően a 2008-as oszlop azt jelzi, hogy ebből az orvosi évfolyamból az adott évben végzetek (N=680) közül 2009 első negyedévéig 268-an (39,41%) még nem kérték a működési nyilvántartásba. Amennyiben legalább 4 évet „várunk” arra, hogy a regisztrálás megtörténjék, azt látjuk, hogy a 2004-ben végzetek (N=698) közül négy év múltán 38 fő kivételével mindenki jelentkezett. Fogorvosok esetében az arányok kedvezőbbben alakultak, vagyis ebben a szakmában az új diplomások gyorsabban igyekeznek belépni a munka világába. Így a 2008-ban végzetek (N=123) 28,46%-a regisztrált 2009 első negyedévéig, a 2004-es évfolyamból pedig ezt mindenki megtette egyetlen egy fogorvos kivételével. Természetesen nem zárható ki az sem, hogy a 2008-ban végzett orvosok mintegy 40%-a máris külföldre távozott, azonban ezt a korábbi kohorszok semmilyen tekintetben nem igazolják.

Orvosok között kiemelkednek az 1989-1994-es évfolyamok veszteségei, azonban tekintettel arra, hogy az 1. ábra nem idősoros adatokat mutat, csak azt állíthatjuk, hogy az 1989-2008 között eltelt 20 évben ezekből az évfolyamokból 1102 orvos nem dolgozik a hazai ellátásban. Egyértelműbb a helyzet az ugyancsak kiemelkedő veszteséget mutató 2001-2003 közötti évfolyamokban, ugyanis minden kétséget kizáróan 599 orvos valamikor az utóbbi nyolc évben döntött úgy, hogy nem kíván Magyarországon a szakmájában dolgozni. Fogorvosok esetében nincsenek kiemelkedő évfolyam csoportok, csupán a 2001-es évfolyam jelez nagyobb veszteséget.

**ZÁRÓ KÖVETKEZTETÉSEK**

Összegezve a veszteségeket, 1970-2004 között 5 338 orvosról bizonyosan tudjuk, hogy elvileg dolgozhatnának, mégsem teszik ezt a hazai egészségügyben. Arra a kérdésre viszont nem tudunk válaszolni, hogy mikor hagyták el az országot, vagy döntöttek úgy, hogy itthon maradnak, de nem orvosként dolgoznak. Amennyiben a veszteséget összevetjük a bevándorlási nyereséggel (1970-től N=3 364), negatív lesz a nettó egyenleg, vagyis a bevándorlás 1 992 fős veszteséget nem tudott pótolni. Fogorvosok esetében a veszteség 675 fő, amelyet a nyereség (1970-től N=648) csaknem teljes egészében pótol. Sajnos nem tudjuk megmondani, hogy az orvos létszámok mögött hány óra teljesített munkaidő áll. Nem tudjuk, hogy a teljes sokaságot jelentő 33 211 orvos vagy 5 539 fogorvos ténylegesen hány főt jelentene, ha az adatokat átszámítanánk az 1 fő által teljesíthető törvényesen megengedett maximális munkaidőre. Tekintettel arra, hogy a ki- és bevándorló munkavállalók valószínűleg így dolgoznak, nagy tévedést nem követünk el,

ha a fenti veszteségeket és nyereségeket munkaidő-ekvivalens számítással is azonosnak minősítjük.

A kohorsz adatok minden hasznosságuk ellenére csak jelentős késéssel és időbeli dinamika nélkül tájékoztatnak a folyamatokról. Ezeket az eredményeket mindenképpen alulbecsültnek kell tekintenünk, ugyanis nem veszik számításba azokat, akik működési engedéllyel rendelkeznek ugyan, de hosszabb-rövidebb ideje külföldön dolgoznak, illetve folyamatos hazai munkavállalás mellett részidőben külföldön is munkát vállalnak. Remélhetőleg ezt a hiányt pótolják majd az új jogszabályok nyomán belépő jelentési kötelezettségek.

A számítások arra utalnak, hogy a jelenlegi helyzet nem felel meg semmilyen közvetlen összeomlással, azonban az orvosi humán erőforrás politikának fel kell hagynia a szemlélődő stratégiával és ott kell beavatkozni a rendszerbe, ahol erre leghatékonyabb módon nyílik lehetősége. Ez nyilvánvalóan nem a felsőoktatás területe, hiszen a mai beavatkozás eredménye legkorábban 6 év múlva (esetleg teljesen új helyzetben) jelentkezne. A folyamatos bevándorlást nem

tekinthetjük örökös adottságnak, tehát fel kell készülni a csökkenésére, sőt arra is, hogy adott helyzetben legalább azokat megtartsuk, akik korábban érkeztek Magyarországra. A hazai orvosképzésünkben keletkezett veszteségeket nullára nyilvánvalóan nem csökkenthetjük. Nem lehet „szelktív vasfüggőnyt” bevezetni kizárólag az orvosok és fogorvosok nemzetközi mozgásának megakadályozására. Azt azonban mindenképpen számításba kell venni, hogy változtatni kell legalább a kivándorlást ösztönző gazdasági tényezőkön, ha az orvosi ellátásban középtávon el akarjuk kerülni a rendszer összeomlását.

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal adattárának rendelkezésre bocsátásáért köszönettel tartozom Dr. Paphalmi Ritának a Hivatal elnökének és Dr. Zsigmond András osztályvezetőnek, a munkámhoz nyújtott közvetlen számítástechnikai segítségért pedig Kovács Lászlónak, az adatkezelői munkacsoport tagjának.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] A 2008. évi CVI. tv. 13.§ (2) bekezdése módosította az 1997. évi CLIV. tv. 113.§ (4) bek. a) és b) pontját
- [2] 18/2007. (IV. 17.) EüM rendelet
- [3] Flintrop J.: Integration ausländischer Ärzte – Neben sprachlichen gibt es auch kulturelle Hürden – Deutsches Ärzteblatt, 2009. 106, 10, A438-439.
- [4] Balázs, P., Ábrám, Z.: Marosvásárhelyi orvosok a magyarországi orvosi karban, Magyar Epidemiológia, 2009. 6, 2, (in press)
- [5] Kopetsch Th.: Hohe Abwanderung ins Ausland – Sehr geringe Arbeitslosigkeit, Deutsches Ärzteblatt, 2009. 106, 16, A.757-760.
- [6] Österle A., Balázs P., Delgado J.: Travelling for Teeth: Characteristics and Perspectives of Dental Care Tourism in Hungary, British Dental Journal, 2009, 206: 425-428.
- [7] Közölte a Medical Tribune 2008. szept. 25. 9. old.
- [8] Balázs P.: Kihívások az orvosi érdekképviseletben a kötelező kamarai tagság eltörlése után, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja (IME) 2009; VIII. (1): 5-11.

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Dr. Balázs Péter** a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán a Közegészségtani Intézet igazgató helyettese. Az Intézet a saját kari keretein kívül a népegészségtan tantárgyat a Fogorvostudományi és a Gyógyszerésztudományi Kar hallgatóinak oktatja. A szerző a pályáját sebész orvosként kezdte 1970-ben, majd a szakvizsga megszerzése után 23 éven át dolgozott ezen a területen. Kimerítő tapasztalatokat szerzett tehát a járóbeteg és a fekvőbeteg szakellátás hétköznapi gyakorlatában. Az

egészségügyi humán erőforrással kapcsolatos kérdésekkel az 1980-as évektől kezdett foglalkozni, de végleg csak 1994-ben váltott át az elméleti pályára. Kandidátusi értekezését is erről a területről írta. A Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem Orvosi Népegészségtani Intézetében dolgozott, amelynek igazgatója lett 1999-ben, majd a 2000. évi felsőoktatási összevonások után került a Semmelweis Egyetemre, ahol jelenlegi munkakörét megelőzően az Egészségtudományi Karon az Egészségpolitikai és Szervezéstudományi Tanszéket, majd a Népegészségtani Intézetet vezette. Fő szakmai területe az egészségügy humán erőforrásainak kutatása.