

Migrációs hatások leképeződése a magyar orvostársadalomban

Dr. Balázs Péter, Semmelweis Egyetem EFK Népegészségtani Intézet

Az utóbbi másfél évtizedben jelentős migrációs folyamatok játszódtak le a magyar orvostársadalomban. Ezek fő sodrában, az 1990-es évek során, a tudományos kutatókat és a közvéleményt is elsősorban a folyamatok időbeli dinamikája érdekelte. Jelenleg, az Európai Unióhoz (EU) történt csatlakozás kapcsán, egy újabb és valószínűsíthető migrációs hullám előtt állunk. A feltételezett kivándorlók újabb bevándorlási hullámot gerjeszhetnek, ami az előzmények ismeretében joggal vet fel kérdéseket a magyar orvostársadalom további migrációs terhelhetőségét illetően. Bármely humánpolitikai tervezés, illetve cselekvési iránymeghatározás csak pontos és megbízható állapotfelmérésre alapozódhat. Ezért kell a valós adatok birtokában meghatározni a ki- és bevándorlás jelenlegi nettó egyenlegét, a migránsok területi és szakmai elhelyezkedését. Az alapellátást illetően külön vizsgálat történt az orvosok és a fogorvosok körében. Jelen tanulmány annak a keresztmetszeti vizsgálatnak az eredményeit közli, amelynek adatfelvételéhez a MOK elektronikus adattára járult hozzá, 2004. decemberében. A megszámlált 2373 migránsból 414 dolgozott az 5034 házi orvos között (8,2%), 141 az 1569 házi gyermekorvos között (9,0%). Járó- és fekvőbeteg szakellátásban az 1818 migráns belső megoszlásának vizsgálata történt. Az eredményekből levonható következtetések arra hívják fel a figyelmet, hogy a jövőben tudatosabb migrációs politikát kell folytatni az orvoslás humán erőforrásainak gondozását illetően.

BEVEZETÉS

A migráció az utóbbi másfél évtizedben, ki- és bevándorlás következtében, erőteljes hatást gyakorolt a hazai orvostársadalom összetételére. Természetesnek tekinthető, hogy a szakmai-közéleti érdeklődés folyamatosan az események időbeli dinamikájára irányult, különösen a bevándorlás látványos időszakában, 1989-1992 között. Aligha vitatható, hogy a nagy bevándorlási hullámot egy előzetes kivándorlás gerjesztette, ugyanis a rövid idő alatt hazánkba érkezett jelentős számú orvos különösebb nehézség nélkül helyezkedett el a szolgáltatásban [1]. Korlátlan mértékben azonban egyetlen ország egészségügyi szolgáltatása sem képes a nemzetközi migrációs mozgások befogadására, jóllehet ez a szempont háttérbe is szorulhat, amikor az egészségpolitika a bevándorlást ösztönzi, az orvoshiány enyhítése érdekében.

A jelentős vándormozgalom ellenére a magyar orvostársadalom döntő többsége természetesen a magyarországi

egyetemek magyar nyelvű oktatásában diplomát szerzett, hazai szakemberek köréből kerül ki. Ennek megfelelően a rendszer kimeneti oldalán elsősorban ennek a csoportnak a természetes népmozgalmi folyamatai (időskori visszavonulás, halálozás) határozzák meg a mindenkori orvoslétszám változását. Másfél évtizeddel a nagy be- és kivándorlási hullám levonulása után végre tárgyyszerűen szembe kell néznünk a migrációs folyamatok napjainkra kialakult nettó egyenlegével. Csakis ennek ismeretében végezhetünk felelős humánpolitikai tervezést, ha azt is figyelembe vesszük, hogy az Európai Unióhoz (EU) történt csatlakozásunk (2004. május 1.) a közösség határai között elvileg szabaddá tette a munkaerő áramlását. Ismerni kell egyfelől a bevándoroltak területi és szakmai szintek szerinti elhelyezkedését, másfelől az emissziós országok szerinti megoszlását. Az előbbi adatok azt jelzik számunkra, hogy az ellátás mely szintjén, illetve melyik megyében (fővárosban) milyen mértékű a bevándoroltak aránya. Ezt a második adatcsoporttal összevetve, tárgyyszerű kérdéseket tehetünk fel a migrációs terhelhetőségről is (szakmai és általános szociokulturális beilleszkedés, kollegiális kommunikáció, orvos-beteg kapcsolatok), ami további kutatásokat igényel, következőképpen nem tárgya a jelen feldolgozásnak.

Fogorvosi területen egyébként a kutatók korábban már foglalkoztak a migrációval és várható következményeivel [2], míg az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, 2003-ban komplex vitaanyagot készített az egészségügyi dolgozók helyzetéről és jövőjéről, amely külön is kitért a migráció eddigi és várható hatásaira [3].

EU-csatlakozásunkat követően a tanulmányi célú migráció körülményeinek változására is fel kell készülnünk. Hazai egyetemeseink eddig is jelentős számban képezünk orvosokat (fogorvosokat), angol és német nyelvű oktatásban (2001-2004 között az éves átlag 267 fő volt). Jóllehet, egyesek végzett orvosként hazai rendszerünkben maradnak, ennek ellenére érdemben (még) nem számítunk célországának a külföldi állampolgárságú hallgatók körében. Gondolnunk kell azonban arra, hogy ez a helyzet megváltozhat, másfelől a nem túlságosan távoli jövőben olyan magyar állampolgárok is beléphetnek a hazai rendszerbe, akik külföldön szerzett diplomával térnek haza a szakma gyakorlására. Tévedés lenne tehát, ha a tanulmányi migrációs jelenségeket figyelmen kívül hagynánk a humánpolitikai tervezésben.

Minden keresztmetszeti vizsgálat pillanatfelvételnél rögzíti egy rendkívül sokelemű, párhuzamos vagy ellentétes irányú folyamat aktuális állapotát. Hazai adattáraink természeténél fogva – a múltbeli változások hiányos leképezése miatt – rendkívül nehéz (gyakorlatilag lehetetlen) az elmúlt

másfél évtizedre vonatkoztatott dinamikus viszonyszámokat képezni a bevándoroltak és a kivándorlók mindenkor egyenlegéről. Ennek következtében a jelen keresztmetszeti vizsgálat jelentőségét az adja, hogy statisztikailag pontos, és a későbbi összevetésekre alkalmas adatokat szolgáltat a bevándorlás helyzetéről az EU-csatlakozás évének lezárásakor.

VIZSGÁLATI ANYAG ÉS MÓDSZER

A bevándorolt és hazai orvosokat illetően a kiemelt területi és minőségi megoszlások kimutatására a MOK elektronikus adattárából végezett felvétel adott lehetőséget (rögzítés 2004. december 13-án). Házi orvosi, és házi gyermekorvosi körön belül a vizsgálat valamennyi szolgáltatóra kiterjedt, mivel itt a területi ellátási kötelezettséggel (TEK) rendelkező praxisok miatt statisztikailag pontosan meghatározható az egész és a rész aránya. Ez viszont az alapellátáson túl igen jelentős sokféleség terheli, ami eltávolítja egymástól a kimutatható működő orvoslétszámot, és annak teljes munkaidőben foglalkoztatott létszámra vonatkoztatott (gyakorlatilag meghatározhatatlan) ekvivalensét. Ennek következtében a szakellátásban a vizsgálat csak magukra a bevándorlókra terjedt ki, pontosabban azok területi (megyei, fővárosi) és emissziós országok szerinti megoszlására. Párhuzamosan külön tanulmány készült a fogorvosi TEK-praxisokról, illetve a teljes fogorvos populációról (közlés folyamatban: Fogorvosi Szemle).

A MOK által átadott elektronikus adatok csoportosítása, és a megoszlási viszonyok kiszámítása a feldolgozás során manuális módszereket igényelt. Az általános statisztikai adatok a KSH-nak az Interneten elérhető adatbázisából származnak [4].

Statisztikailag jó megközelítésben „bevándorolt”-nak azok az orvosok tekinthetők, akik diplomájukat nem magyarországi egyetemen szerezték. Eltekintve az egykori Szovjetunióban végzett orvosoktól, Magyarországnak más állammal nem volt olyan nemzetközi felsőoktatási megállapodása, amely jelentős számú hazai hallgató orvosi szakon történő külföldi képzésére irányult volna. Következésképpen a külföldi diplomások – a Moszkvában és Leningrádban (ma Szentpétervár) végzettek a fenti statisztikai fenntartással kezelve – tényleges bevándorlókat képviselnek.

A területi megoszlás vizsgálata a 19 megyére és a fővárosra irányult. A házi gyermekorvosi körzetek kialakítása a felnőtt és vegyes körzetekhez képest vagy nagyobb területet, vagy nagyobb népsűrűséget igényel. Más szempontok érvényesülnek a szakellátásban, ugyanis itt a viszonyokat egyértelműen a járó- és fekvőbeteg intézményi hálózat alakítja befolyásolja. Ezen belül a klinikák miatt további „torzítást” jelentenek azok a megyék (illetve a főváros), amelyek egyetemei orvosképzést folytatnak.

A fogorvoslással szemben a többi orvosi területen (az esztétikai sebészet kivételével) nincs érdemleges és legálisan kimutatható szabadpiaci kereslet, mivel a társadalom-

biztosítás fedezetet nyújt az ellátások csaknem teljes körére. Ennek ellenére az informális magáfinanszírozást (hálapénz), pontosabban annak hiányát is figyelembe kell venni, mint olyan tényezőt, amely szerepet játszhat a hazai orvosok által betölteni nem kívánt munkahelyek keletkezésében. Célszerűen a GDP (bruttó hazai termék) értékek megyei-fővárosi területi adataira lehet támaszkodni, ami közvetlenül nem a hálapénzes kereslet mutatója, de feltételes magyarázatként mindenképpen számításba vehető.

EREDMÉNYEK

A MOK adataira alapján 2004. decemberében 5033 felnőtt (+ vegyes) házi orvosi, és 1569 házi gyermekorvosi TEK-praxis működött az országban. A felnőtt+vegyes praxisokban 414 (8,2%) azoknak az orvosoknak a száma, akik a diplomájukat külföldi egyetemen szerezték (1. táblázat).

Ország	Létszám	Megoszlás
Románia	288	69,6 %
Marosvásárhely	229	
Kolozsvár	42	
Temesvár	14	
Bukarest	1	
Iasi	1	
Krajova	1	
Ukrajna (SZU tagállam is)	64	15,5 %
Ungvár	58	
további városok ⁽¹⁾	6	
Volt SZU tagállamok	47	11,4 %
Csehország és Szlovákia ⁽²⁾	4	0,9 %
Szerbia-Montenegro ⁽³⁾	4	0,9 %
Egyéb ⁽⁴⁾	7	1,7 %
Összesen	414	100,0 %

megjegyzés: (1) Harkov, Odessza, Ivano-Frankovszk
(2) egyetemi városok szerint: Kassa, Pozsony, Prága
(3) és a volt Jugoszlávia, egyetemi városok szerint: Sarajevó, Újvidék
(4) Magyarországgal nem szomszédos országok

1. táblázat
Házi orvosok (felnőtt+vegyes praxis) külföldön szerzett diplomával, az emissziós országok szerinti megoszlásban (az összes praxis száma: 5033)

A szomszédos országok közül Románia részesedése a 414 orvusból 288 (69,6%), és 64 fővel (15,5%) Ukrajna is jelentős arányt képvisel. Egyetemi városként kiemelkedő helyen áll Marosvásárhely (229 fő), illetve Ungvár (58 fő). Lényeges különbség azonban e két város és az összes többi képzési hely között, hogy a határainkon túl egyedül Marosvásárhelyen magyar az oktatás nyelve. Románia részesedése egyébként nem számít meglepetésnek, hiszen ismeretes, hogy az 1989-1992 közötti nagy bevándorlási hullám innen kiindulva érte az országot [5]. Feltűnően csekély azok száma, akik Csehszlovákiából, illetve Csehországból és Szlovákiából érkeztek (4 fő), hasonlóképpen a volt Jugoszláviához, illetve utódállamaihoz (4 fő). Külön sorban a feltűntetésüket nem az elemszám, hanem az em-

Ország	Létszám	Megoszlás
Románia	987	54,3 %
Marosvásárhely	749	
Kolozsvár	158	
Temesvár	47	
Bukarest	28	
Iasi	4	
Krajova	1	
Ukrajna (SZU tagállam is)	280	15,4 %
Ungvár	243	
további városok ⁽¹⁾	37	
Volt SZU tagállamok	23	1,3 %
Csehország és Szlovákia ⁽²⁾	11	0,6 %
Szerbia-Montenegro ⁽³⁾	59	3,2 %
Egyéb ⁽⁴⁾	331	18,2 %
Magyarország	127	7,0 %
Budapest	108	
Szeged	8	
Pécs	6	
Debrecen	5	
Összesen	1818	-
		100,0 %

megjegyzés: (1) Csernovic, Dnyepropetrovszk, Jarosláv, Ivano-Frankovszk, Kijev, Odessza, Ternopol
(2) egyetemi városok szerint: Hradec-Kralové, Kassa, Pozsony, Prága
(3) és a volt Jugoszlávia, egyetemi városok szerint: Belgrád, Újvidék, Rijeka, Szarajevó, Zágráb
(4) Magyarországgal nem szomszédos országok

3. táblázat

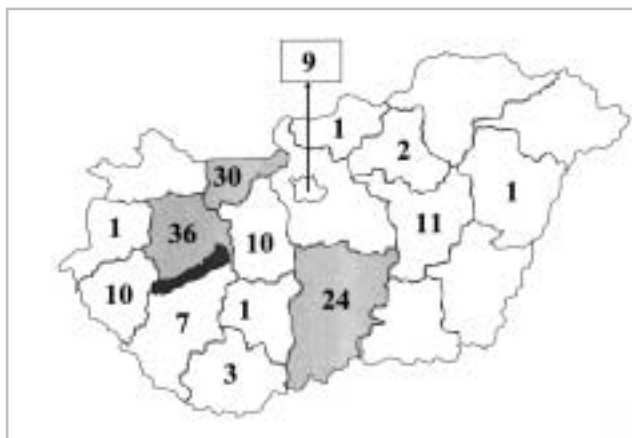
Járó- és fekvőbeteg szakellátásban dolgozó orvosok (1818) külföldön, vagy Magyarországon idegennyelvű képzésben szerzett diplomával

lágosan kitűnik, hogy ezek az orvosok a határhoz legközelebbi két megyében, illetve a fővárosban és Pest megyében helyezkedtek el. Más mintázattal ugyan, de hasonlóan feltűnő területi egyenetlenséget mutat a Magyarországon diplomát szerettek eloszlása (3. ábra).

MEGBESZÉLÉS

A házi orvosok és házi gyermekorvosok között pontosan megállapíthatjuk az egész és a rész viszonyát a külföldön szerzett diplomával rendelkezőkre vonatkoztatva. Ez a felnőtt+vegyes házi orvosi praxisokban valamivel alacsonyabb (8,2%), mint a gyermekorvosok körében (9,0%). Mielőtt ezeket az adatokat soknak vagy kevésnek minősítenénk a magyar orvostársadalom (és az ellátandó népesség) migrációs terhelhetősége szempontjából, számos sajátos szempontot kell figyelembe vennünk.

Az alapellátás orvosa egyszemélyes kapcsolatban áll az ellátandó népességgel, az orvos-beteg találkozás mindig személyes és közvetlen természetű, továbbá ebben a kapcsolatban a kölcsönös megértés és bizalom is jelentős szerepet játszik. Mindezek alapján joggal vehető fel az a kérdés, hogy ez az interakció az orvos részéről a nyelvi kommunikációban, illetve a szociokulturális különbségekben milyen fokú terhelést képes elviselni. Különös tekintettel arra, hogy a nyelv az orvoslásban fontos munkaeszköznek számít, továbbá a kommunikációs zavar súlyos jogi következményekkel is járhat, természetes, hogy egy-egy adott

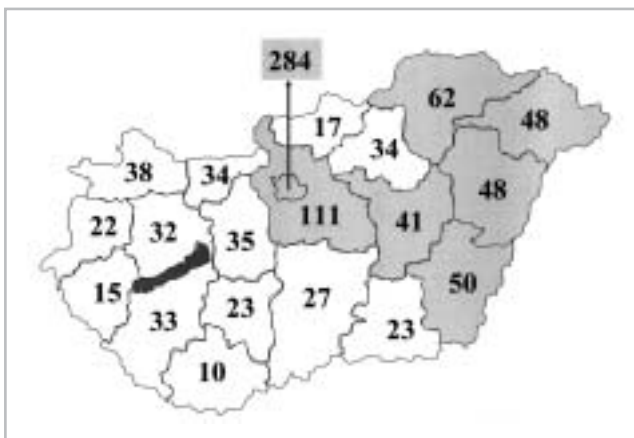


3. ábra
Magyarországon, idegennyelvű oktatásban diplomát szerzett, nem alapellátó orvosok területi megoszlása

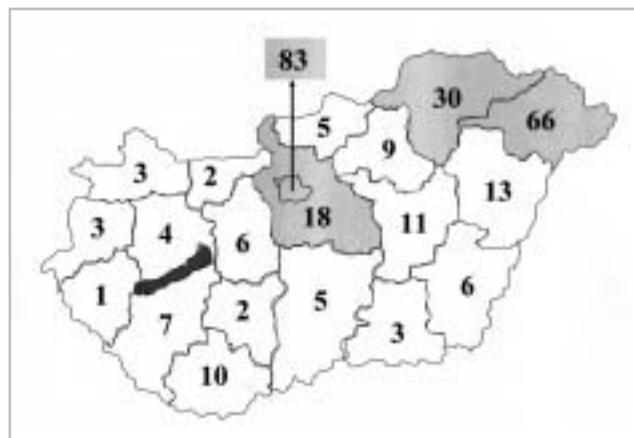
ország hivatalos nyelvének ismerete alapfeltétel a működési engedély megszerzéséhez.

Magyarországon az 1991 májusáig hatályos rendelet [6] szerint a külföldi állampolgárnak az országos orvosi nyilvántartásba történő felvételéhez csak a szakminiszter előzetes hozzájárulását kellett beszereznie. Ezt az eljárásrendet egy módosító jogszabály [7] úgy változtatta meg, hogy „magyar nyelven” előzetes vizsgakötelezettséget rendelt el (a Magyarországon alkalmazott gyógyszer- egészségügyi- és biztosítási ellátási rendről, beleértve a kapcsolódó szociális ellátásokat is), továbbá a nem magyar állampolgárságú orvos a kérelmet csak a leendő munkahely vezetőjén keresztül nyújthatta be. Számos újabb módosítást követően, a hatályos jogi szabályozás [8] értelmében, amennyiben ezt az arra illetékes szerv indokoltnak tartja, „az elismeréshez alkalmazkodási időszak letöltését, vizsga letételét, további tanulmányok folytatását javasolhatja, illetőleg javaslatot tehet az elismerhetőség megtagadására” (7.§ 2. bek.). A kérelmezők a többi között „a kívánt tevékenység gyakorlásához szükséges magyar nyelvi ismeretek megszerzésének lehetőségéről” is tájékoztatást kapnak. A továbbiakban a jogszabály a szükséges nyelvismeret minőségéről, illetve szintjéről semmilyen előírást nem tartalmaz, azt a vizsga lebonyolítását végző szakmai intézmény által kiadott vizsgaszabályzatra bízta. Túl a szükséges nyelvismeret kissé homályos megfogalmazásán, szakmai szempontból mindenképpen garanciális elemek tekintendő, hogy a MOK az államigazgatási feladatokat ellátó Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal (Egészségügyi Minisztérium) mellett véleményezési jogot gyakorol a külföldi felsőoktatási intézményben szerzett diplomák elismerésében [9].

A fentiek szerint nézve az 1. táblázatot, Magyarországon sajátos helyzetben van, ugyanis a bevándorolt házi orvosok túlnyomó többsége (85,1%-a) Románia és Ukrajna magyar nemzetiségű népességéből került ki. Házi gyermekorvosok esetében, a 2. táblázat alapján ugyanez az összevont arány 92,3%, és mindkét csoportban jelentős túlsúlyban vannak a marosvásárhelyi diplomával rendelkezők, akik az egyetem



4. ábra
Romániából (elsősorban Marosvásárhelyi diplomával) bevándorolt, nem alapellátó orvosok területi megoszlása



5. ábra
Ukrajnából (elsősorban Ungvári diplomával) bevándorolt, nem alapellátó orvosok területi megoszlása

tannyelve alapján a tanulmányaikat is magyar nyelven végezték. Megállapítható tehát, hogy az összes praxison belüli a 8,2%-os, illetve 9,0%-os arány – nyelvi kommunikációs és szociokulturális szempontból – semmiképpen nem értékelhető a „klasszikus” nemzetközi migráció sajátosságai alapján.

Az 1. ábra szerint a háziorvosi praxisokban dolgozó bevándorlók többsége az ország északi és keleti megyéit részesítette előnyben. Ebben természetesen nemcsak a szülőföldhöz való közelség, hanem az üres és betölthető helyek is szerepet játszottak, vagyis ezek a megyék nem kedvelt célpontjai a hazai egyetemeken végzett orvosoknak. Tekintettel a GDP területi arányaira, ráadásul ez a térség számít az ország legkevésbé fejlett régiójának. GDP-rangsor szerint, a legutolsótól visszafelé számolva a helyeket: Szabolcs-Szatmár-Bereg = 20., Békés = 18., Borsod-Abaúj-Zemplén = 17., Jász-Nagykun-Szolnok = 16., és Hajdú-Bihar, kissé előnyösebb helyzetben = 13. Hajdú-Bihar megyében a bevándorlók aránya csupán 7,4%. Ez a földrajzi helyzet azonossága ellenére, a felét sem éri el a szomszédos Szabolcs-Szatmár-Bereg megye viszonyszámának (15,6%), és lényegesen alacsonyabb az összes többi szomszéd megye értékénél. Kétségtelen, hogy ebben a kedvezőbb GDP-helyezés is szerepet játszhat, azonban (terjedelmi okokból itt nem részletezhető számokkal) statisztikailag is igazolható, hogy a Debrecenben diplomát szerzett orvosok lokális okokból is kötődnek ehhez a területhez.

Házi gyermekorvosok esetében a 2. ábra szerint a legnagyobb vonzást Pest megye gyakorolta (16,8%). A belső arányok szerint meghatározott országos rangsor alapján ennek a megyének a helyi önkormányzatai létesítették a legtöbb gyermekorvosi praxist (a megye összes háziorvosi praxisainak 27,4%-a). Szabolcs-Szatmár-Bereg megye belső aránya alacsonyabb ugyan (19,8%), a kevesebb helyet mégis csak bevándorló orvosokkal lehetett betölteni. Közbevetőleg megjegyezhető, hogy Pest megye a GDP-rangsorban a 6. helyet foglalja el. Hajdú-Bihar megyére itt is a fentiekben tett megállapítások érvényesek. Figyelemre méltó

az alacsony bevándorló arányokkal jelzett dunántúli megyék közül Győr-Moson-Sopron (13,1%) és Vas megye (9,5%) kiemelkedése. A két megye a GDP-rangsorban Budapest után az előkelő 2., illetve 3. helyet foglalja el. A viszonylag alacsony abszolút számok miatt (8, illetve 4 orvos) azonban a jelenség véletlenszerű is lehet, tehát alkalmatlan bármilyen határozott következtetés levonására.

A járó- és fekvőbeteg ellátásban módszertanilag számos problémát vetne fel a teljes szakorvos populáció és a bevándorlók arányának meghatározása. A KSH 2003. évre vonatkozó közlése szerint (2004-es adat még nincs) 38 235 orvos dolgozott az országban. Feltéve, hogy nagyságrendi eltérést a 2004. évi hivatalos adat sem fog tartalmazni, a 38 000 orvosból kerekítve levonhatjuk az 5600 fogorvost (akik között a fogszakorvosok is szerepelnek), az 5000 „felnőtt+vegyes” háziorvost, és az 1500 házi gyermekorvost. Így az eredmény 25 900 orvos lesz, akik a szakellátásban dolgoznak. Nagyságrendileg jó megközelítéssel ezek után a 3. táblázat alapján azt állíthatjuk, hogy a szakellátásban kerekítve 7% a bevándorlók aránya. Sajnos egy ennél pontosabb eredményt sem lehetne „kemény” adatként kezelni. Statisztikailag alapvető tévedés ugyanúgy 1 fő orvosnak tekinteni azokat, akik igen idős korban heti néhány órában dolgoznak, és azokat, akik a teljes munkaidőn túl, ügyeleti és készenléti szolgálatot is ellátnak. Ha feltételezzük (egyébként valószínűleg jogosan), hogy a bevándorlók teljes munkaidőben dolgoznak, velük szemben csak a teljes munkaidőre redukált hazai orvoslétszámot vehetnénk figyelembe, és az eredmény bizonyosan meghaladná a 7%-ot.

Azt látjuk a 3. táblázat alapján, hogy a szomszédos országok jelentős részesedése ellenére (Románia és Ukrajna együtt 69,7%), magasabb a távoli migránsok aránya (18,2%), szemben az 1. táblázat 1,7%-os, illetve a 2. táblázat 2,8%-os részesedésével. Figyelembe kell azonban venni, hogy egy nagyobb létszámú (idegen nyelveket ismerő) orvosi munkacsoportban szociokulturális és nyelvi szempontból is mindenképpen biztonságosabb a távoli migránsnak dolgoznia, mint egyedüli orvosként szemtől-szemben a

betegekkel az alapellátásban, magyar nyelvi környezetben. Bár eddig nem volt jelentős a Magyarországon maradt, idegen nyelvű képzésben diplomát szerzett orvosok száma (127 fő = 7,0%), gondolni kell azonban arra, hogy EU-csatlakozásunk után – legalább is a szakorvosi képesítés megszerzése érdekében – ez az arány a jövőben dinamikusan növekedhet. További kutatást igényel annak megállapítása, hogy ezek az orvosok milyen megfontolások (vagy kényszerek?) alapján részesítik előnyben a 3. ábra szerint Veszprém, Komárom-Esztergom és Bács-Kiskun megyéket.

A Romániából érkezett minden tizedik orvos közül négy, Budapesten és Pest megyében dolgozik (4. ábra), ami egyértelműen a betölthető állások kínálatával függ össze. A többiek elhelyezkedése a háziiorvosi mintát követi, azzal a különbséggel, hogy Hajdú-Bihar megye nem jelenik meg „fehér folt”-ként a térképen. Szakorvosi szinten tehát az orvos lokális kötődése kisebb szerepet játszik, mint az alapellátásban.

Az Ukrajnából érkezett bevándorlók közül minden harmadik dolgozik Budapesten és Pest megyében (5. ábra), azonban a többiek egyértelműen a szülőföldhöz közeli Borsod-Abaúj-Zemplén, és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyét részesítik előnyben.

ÖSSZEZÉS

A keresztmetszeti vizsgálat adatai alapján megállapíthatjuk, hogy az utóbbi másfél évtized bevándorlása – több tényező kedvező együtthatása következtében – a magyar kultúrkörhöz tartozó, és magyar anyanyelvű orvosok révén, lényegében megakadályozta a szakember hiány kialakulását az ország legkedvezőtlenebb adottságú északi és keleti megyéiben. Ez a szerencsés véletlen azonban nem adhat felmentést arra, hogy továbbra is mellőzzük a ki- és bevándorlást is figyelembe vevő, komplex humánpolitikai program kidolgozását.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A tanulmány az Egészségügyi Minisztérium 014/2003. számú tárcaszintű kutatási szerződése alapján nyújtott támogatás segítségével készült.

A Magyar Orvosi Kamara (MOK) adattárának rendelkezésre bocsátásáért, illetve a munkámhoz nyújtott számítástechnikai segítségért külön köszönettel tartozom dr. Gyenes Gézának, a MOK főtitkárnak, és Ferenczi Ivánnak, az elektronikus nyilvántartás vezetőjének.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Balázs, P.: Az orvoslétszám tervezhetőségének problémái. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben IME III. 1, 2004, 9-13.
- [2] Fejérdy P., Gál P., Orosz M.: Az uniós csatlakozás hatása a fogorvoslásra, ezen belül is a szakorvosi ellátottságra. Egészségügyi Menedzsment 2003, 6, 43.
- [3] Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium: Vitaanyag az egészségügyi dolgozók helyzetéről, jövőjéről, szerepükről az átalakuló egészségügyben. Melléklet az orvostmigráció hatásáról – MOTESZ magazin 2004/1. szám melléklete.
- [4] www.ksh.hu (megtekintve 2005. jan. 29-én)
- [5] Balázs, P.: Migráció a magyar orvostársadalomban, és az 1989-es rendszerváltozás hatása. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2003, 41, 4, 5-12.
- [6] Az egészségügyi dolgozók rendtartásáról szóló 11/1972. (VI. 30.) EüM rendelet.
- [7] A népjóléti miniszter 9/1991. (V. 7.) rendelete, az egészségügyi dolgozók rendtartásáról szóló 11/1972. (VI. 30.) EüM rendelet módosításáról.
- [8] 31/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet az egészségügyi, szociális és gyermekvédelmi tevékenység végzéséhez szükséges oklevelek, bizonyítványok és a képesítés megszerzéséről szóló egyéb tanúsítványok elismeréséről, továbbá az ideiglenes működési nyilvántartásba vétel, valamint az oklevelek, bizonyítványok és egyéb tanúsítványok külföldi elismertetéséhez szükséges igazolások kiadásának egyes eljárási szabályairól.
- [9] 1994. évi XXVIII. tv. a Magyar Orvosi Kamaráról, 2.§ fe) bekezdés.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Balázs Péter a Semmelweis Egyetem Népegészségtani Intézetének igazgatója. Az Intézet oktatási tevékenysége a népegészségtan, a közegészségtan és járványtan, az egészségügyi jog, az egészségügyi menedzsment, és az egészségpolitika területeire terjed ki. 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

magyar orvosláson belül a járóbeteg és a fekvőbeteg szakellátás hétköznapi gyakorlatáról. Az orvosi munkavégzés erkölcsi problémáival 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 egyetemi összevonás után került a Semmelweis Egyetemre, ahol jelenlegi megbízatása előtt az Egészségpolitikai és Szervezéstudományi Tanszéket vezette. Fő szakmai területe az egészségügy humán erőforrásainak kutatása.