

A migráció a magyar orvosok körében*

Dr. Eke Edit,

a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ kutatója

E-mail: eke@emk.sote.hu

Girasek Edmond,

a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ kutatója

E-mail: girasek@emk.sote.hu

Dr. Szócska Miklós,

a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ megbízott igazgatója

E-mail: szocska@emk.sote.hu

Az egészségügyszakember-vándorlás világjelenség. Egyes országok esetében kritikus szerepe van az egészségügyi ellátórendszer megfelelő színvonalú és fenntartható működtetésében. A globális méretű és súlyosbodó egészségügyi emberierőforrás-hiány miatt a szakemberek nemzetközi migrációjának jelentősége egyre növekszik. A jelenség mára kutatási és egészségpolitikai prioritássá vált.

A szerzők tanulmányukban 2004. május 1-jétől tekintik át nemzetközi összefüggésrendszerbe helyezve a magyar orvosok nemzetközi migrációját. Az orvosok, valamint az egyéb, szakképzett egészségügyi dolgozók vándorlásának követésére bemutatják a szakirodalomban használt adatforrásokat, adatokat és mutatókat. Kitérnek a tudományos vizsgálatok azon legfontosabb kihívásaira, melyek ez utóbbiak sajátosságaiból fakadnak. Bemutatják és feldolgozzák a ki- és befele irányuló orvosvándorlásról az utóbbi öt évben rendelkezésre álló hivatalos adatokat. Ismertetik saját, 2008-as „Rezidens orvosok munkaerő-piaci elhelyezkedési szándékainak és pályaválasztási motivációinak vizsgálata” című kutatásukat és eredményeiket, amely a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központban 2003 óta zajló „Egészségügyi Emberi Erőforrások Kutatási Project” szerves részeként, az Országos Foglalkoztatási Közalapítvány (OFA) támogatásával valósult meg. (OFA/7341/0032)

TÁRGYSZÓ:

Migráció.

Egészségügyi szabályzat.

Nemzetközi vándorlás.

* A tanulmányban használt gyakori fogalmak és tartalmuk a Függelékben olvasható.

Az egészségügyiszakember-vándorlás olyan világjelenség, amellyel egyre többet foglalkozik mind az egészségpolitika, mind a vándorláspolitikai. Mindenképpen szenzitív kérdés, mert döntően befolyásolja az egyes országok egészségügyi ellátórendszerének működését és ilyen módon a lakosság egészségi állapotát. A jelenség Magyarországot is érinti, és egyre komolyabban veszélyeztetni a magyar egészségügyi-ellátó-rendszer hosszú távú fenntarthatóságát. A témának különös aktualitást ad a szakorvosképzés (rezidensképzés) jelenlegi átalakítása.

1. Az egészségügyi szakemberek vándorlásának összefüggésrendszere

Az egészségügy világszerte és Európában is jelentős, bár lényegesen eltérő mértékű emberierőforrás-hiánnyal és -eloszlási egyenlőtlenségekkel küzd. Utóbbiak több szempontból értelmezhetők. Nemcsak földrajzilag, világrészek, régiók, országok között, és az egyes országokon belül jelennek meg, hanem az egészségügy különböző területei (megelőzés, alapellátás, járóbeteg-ellátás, fekvőbeteg-ellátás, rehabilitáció, egészségnevelés stb.), az egyes szakmák és az egyes szakterületek (specializációk) között is fennállnak. Természetesen az eltérések jellege, nagysága és jelentősége országoként más és más.

1.1. Az egészségügy emberierőforrás-helyzete

Az elkövetkező évtizedekben, világszerte a szakképzett egészségügyi szakemberek hiányának további és jelentős mértékű növekedése várható. A jelzések a helyzet drámai romlását vetítik előre (*WHO* [2008a, b, c, d]). Ez több okból is kulcskérdés. Az egészségügy emberierőforrás-igénye, ezen belül a magasan képzett és élethosszig tartó tanulásra szánt munkaerő iránti igény igen jelentős. Hiánya következménnyel bír az egészségügy teljesítőképességére, minőségére, finanszírozására és működésének költséghatékonyaságára, de az ellátáshoz való hozzáférésre és annak igazságos és méltányos voltára is (*WHO* [2006]). A népesség gazdasági teljesítőképességének és életminőségének meghatározásában az egészségügy jelentős szerepet játszik (*Ivány-Sinkó-Réthelyi* [2004], *Viszt* [2006]). Napjaink globális és/vagy kisebb kiterjedésű egészségügyi kríziseinek megfelelő, gyors és hatékony kezelésében, egyes járványok további, robbanás-szerű terjedésében (például AIDS), vagy újbóli megjelenésében és világméretű meg-

előzésében (például kolera, madárinfluenza) ugyancsak kritikus tényező a szakképzett egészségügyi személyzet léte, összetétele, elérhetősége és kompetenciája. Végül elmondhatjuk, hogy a tudomány fejlődése, a szakmai és a technikai haladás egyre több, korábban elképzelhetetlen gyógyító, gondozó, rehabilitáló és életminőséget javító eljárás beépülését és biztonságos alkalmazását teszi lehetővé a mindennapi gyakorlatban. Az egészségügyi piac természetéből adódóan a fejlett világban uralkodó fogyasztói és jóléti szemlélet ezt generálja és erősíti is. Ezeknek a technikáknak a működtetése és megfelelő alkalmazása ugyancsak magasan képzett emberi erőforrást igényel.

Az elmúlt években az egészségügyi emberi erőforrások (angol meghatározása és a szakirodalomban használt közismert rövidítése: Human Resources for Health, a továbbiakban HRH) kérdésköre, benne a szakembervándorlás sokat vizsgált, vitatott és kiemelt fontosságú téma és a nemzetközi és nemzeti egészségpolitikákban (*WHO* [2006], [2008a, b, c, d]; *OECD* [2007]; *Dubois–McKee–Nolte* [2006]). A szakképzett egészségügyi munkaerőhiány okai számosak és sokrétűek. Közülük a világ fejlett részén fő okokként az ellátandó jóléti populációk elöregedése, az ellátási és gondozási igények és mintázatok változása, továbbá a szakember-utánpótlás csökkenése (már csak demográfiai okokból is, amire egyéb faktorok épülnek rá) emelhető ki. A közepesen fejlett és elmaradott országok esetében a fő okok összetétele eltérő. A legnagyobb hiánnyal és ellátási gondokkal szembenező országokban (főként Afrika államaiban) a problémák más jellegűek. A hiányzó vagy alacsony képzési kapacitások mellett a magasan képzett szakemberek elvándorlása az egyik legfőbb gond.

1.2. Az egészségügyi szakemberek migrációjának jelentősége az egészségügyi ellátásban

Az orvosok, ápolók és más kvalifikált egészségügyi szakemberek vándorlása világszerte jellemző jelenség, a magasan képzettek migrációjának (skilled migration) része (*Mullan* [2005], *Pang–Lansang–Haines* [2002]). Magyarországon is széles körben vizsgált és elemzett a munkaerő-migráció és ezen belül a magasan képzettek vándorlása, aminek az uniós csatlakozás érthetően újabb lendületet adott. (*Csanády et al.* [2008], *Illés–Gellérné Lukács* [2007], *Rédei* [2007], *Viszt* [2006], *Hárs* [2004], *Simonovits* [2004]). *Viszt* tanulmánya évekkal ezelőtt arra hívta fel a figyelmet, hogy egyes területeken, például az egészségügyben és az informatikában, drámai helyzet alakult ki a kivándorlás miatt. Ugyanakkor az orvosok és az ápolók megtartásának befolyásolására és visszacsábítására nincsenek eszközei a magyar egészségügynek, pedig máris munkaerőhiány van ezen a területen. Az egészségügyi szakemberek vándorlásának magyar nyelvű szakirodalmá még viszonylag szerény, bár többen foglalkoztak egy-egy speciális szakembercsoporttal (*Balázs* [2005], *Fejérdy–Gerle–Kóbor* [2004], *Grósz–Papp* [2004]).

A nemzetközi migrációnak számos országban fontos szerepe van az egészségügyi ellátás biztosításában, ugyanakkor a szakembervándorlás a szakmai fejlődés, a tapasztalatcsere és az eljárások elterjedésének is fontos tényezője. Az Európai Unióban, az európai munkaerőpiac színterének középpontjába került, különösen az utóbbi években. A személyek és szolgáltatások szabad áramlásának unióbeli alapelve erősen hozzájárult az egészségügyi munkaerő-áramlás (elsősorban orvosok, fogorvosok, nővérek) vándorlása szempontjából a „fogadó vagy célországok” és a „küldő avagy forrásországok” kialakulásához. (Lukács–Illés [2003]) Az egyes országok egészségügyére gyakorolt hatás mellett más uniós és egyéb, nemzetközileg deklarált és elfogadott alapelvekre is hatással van a jelenség. Így például: az európai uniós polgárok egyenjogúsága, az uniós szolidaritási elvek, az egészséghez és az egészségügyi ellátáshoz való alapvető emberi jog. Jelentős szerepe van annak is, hogy világviszonylatban, és ezzel párhuzamosan Európán belül is, az egyik legvitatottabb és leginkább vizsgált kérdéssé váltak az etikai tényezők az ellátó személyzet biztosítása és toborzása során az egészségügyi emberi erőforrások témakörében. Folyamatban van egy erre vonatkozó kódex kidolgozása (WHO [2008a]). Ugyancsak előkelő helyet foglal el a HRH szakmai viták és útkeresések során az „önellátás” avagy „függőség” kérdése, amely arra vonatkozik, hogy egy ország saját egészségügye emberi erőforrásait képes-e biztosítani a külföldi szakemberektől függetlenül („önellátó ország”), vagy egészségügyének működőképessége a külföldi szakemberek részvételén múlik („függő ország”). Az önellátás/függőség természetesen összetett, egyetlen vagy néhány indikátorral átfogóan nem leírható és értékelhető. Ráadásul akár rövid időtartamban is dinamikusan változhat, és egy ország esetében is eltérők lehetnek az ellátási formák, szakmák és szakterületek szempontjából. Egyik kulcstényezője valóban a szakember-migráció, de hasonlóan fontos szerepe van az oktatás felépítésének is, a két legfontosabbat kiemelve. Annak ellenére, hogy az önellátás/függőség széles körben és intenzíven vitatott, egyelőre nincsen egységes, nemzetközileg elfogadott definíciója és nincsenek egységes mutatószámai sem. Amint már utaltunk rá, és a későbbiekben részletesen foglalkozunk vele, jellemzően a külföldi szakemberek fogadó országbeli munkaerőben betöltött aránya alapján következtetnek rá. Ez véleményünk szerint az egyik indikátora, de önmagában is további értelmezést kíván és nem elegendő e komplex kérdéskör megítélésére és összehasonlító elemzések elvégzésére. Mindkét fogalom (önellátás/függőség) szorosan kapcsolódik a „nemzeti egészségügyi munkaerő fenntarthatósága” (national health workforce sustainability) fogalomköréhez. Ennek kulcselemei a hazai egészségügyi munkaerőképzés erősítése, az elérhető munkaerő hatékony megtartása és fejlesztése. E kérdéskör jelentőségét mutatja, hogy a már említett „A nemzetközi egészségügyimunkaerő-toborzás etikai kódexe” (Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel) munkaanyagaiban felmerül, hogy a „hazai egészségügyi munkaerő fenntarthatóságának” koncepciója is bekerüljön ebbe a dokumentumba (WHO [2008a]).

2. Az egészségügyi szakemberek vándorlásának vizsgálata

A szakképzett egészségügyi munkaerő migrációjának vizsgálatakor jelentős adatértelmezési és hozzájutási nehézségek merülnek fel. Ezeket az orvosok vonatkozásában tekintjük át, de a többi szakembercsoportnál is hasonló a helyzet.

2.1. A legfőbb nehézségek és kihívások

A legfontosabb tényezők (ezek országonként jelentős eltérést mutatnak), amelyek meghatározók a kérdéses adatok elérhetősége, minősége, hitelessége, megbízhatósága és összehasonlíthatósága szempontjából, a következők:

- Az orvosokkal kapcsolatos adatok több helyről, több hatóságnál regisztrált adatforrásból érhető-e el, vagy integrált rendszerben egyetlen szervnél követhető-e? Regisztrált adatforrások esetén milyen az adatok kompatibilitása és a nyilvántartók/adattulajdonosok közötti kapcsolatrendszer, kommunikáció és koordináció? Nyilvánosan elérhető-e az adatok?
- Az orvosi nyilvántartás rendszere és naprakészsége.
- A „külföldi orvos” definiálása és „rendszerbe vételének” módja, különbségtétel az eljárásrendben a származási országok között.
- Külföldi orvos, az orvos szakmai és orvosi nyilvántartási követelményeken túl, milyen feltételekkel állhat munkába?
- A külföldre menő és külföldről visszatérő orvosok követésének lehetőségei, és az ezzel kapcsolatos adatvédelmi kérdések.
- Az orvosi szakképesítések és azok megszerzésének (szakorvosképzés) rendszere.¹
- A graduális képzés során történő külföldi tartózkodások minősítése és követése.

¹ Az EU-ban a szakmai képzések kölcsönös elismerését 2005-ig szabályozták (Páva-Kovács [2003]). Majd direktíva is született. Jelenleg az elismerés az erre vonatkozó 2005/36/EC irányelv alapján történik. Ez meghatározza a diplomák kölcsönös elismerésének minimumkövetelményeit. Ebben az orvosi és fogorvosi alapidiplomák mellett az orvosi szakképzések (az általános orvosi diplomára építhető specializációk) is szerepelnek, még hozzá az automatikus elismerésű képesítéseket felsoroló részben. Fogorvosok esetében ismert a Nemzetközi Fogorvosi Szövetség ajánlása, de fogorvosi szakképzésekre nincs hasonló uniós szintű jogi szabályozás. Az orvosi szakképzésekkel kapcsolatban is fontos, hogy a direktíva ellenére a nemzeti rendszerekben meglévő képesítések besorolása és megfeleltetése a gyakorlatban még ma is nehézkes és számos kérdést vet fel az adatok összehasonlítása során. Ebben az esetben azonban legalább már van „igazodási pont”, ami a tudományos kutatások számára nagy előrelépés. (Ennek hiánya más egészségügyi szakember-kategóriákban, még a látszatra egyértelmű „növény” kategóriában is, alapjaiban kérdőjelezi meg az adatok és azok összehasonlításának hitelességét és relevanciáját.)

- Az országban graduális képzésben részt vevő külföldiek aránya.
- A graduális képzésbe bekerülők lemorzsolódásának és a graduális képzésből kikerülők pályaelhagyásának követése.
- A nemzetközi adatbázisokba való nemzeti adatszolgáltatás útja, követhetősége, a szolgáltatott adatok relevanciája és egyértelmősége.

2.2. Adatforrások, jellemző adatok és indikátorok

A nemzetközi szakirodalom gyakran hivatkozik a nemzetközi adatbázisokban (OECD, WHO, Eurostat stb.) elérhető adatokra, ezért is fontos a nemzeti adatok útjának és követhetőségének ismerete ezekben a regiszterekben, illetve az, hogy mennyire értelmezhetők az ezekben szereplő kategóriák nemzeti viszonylatban. Az orvosok és fogorvosok mellett Magyarországon a legnagyobb egészségügyszakember-kategória, az ún. „egészségügyi szakdolgozók”. Kérdés, hogy Magyarországon a „nővér” gyűjtő kategóriába több egészségügyi szakdolgozói csoport sorolható-e be. Ugyanis számuk attól függően változhat, hogy mely kategóriákat veszik számba. Nemzetközi adatbázisban Magyarország „nővér”-létszáma a gyakorlatban a ténylegesen nővérként dolgozóknál rendszerint magasabb. Ez értelemszerűen meghatározza az ebből számított/képzett további mutatókat, illetve az ezek elemzéséből levont következtetések értékét.

Országos szinten az orvosokra és vándorlásukra vonatkozó adatok jellemzően a következő fő adatforrásokban lelhetők fel (és általában a többi egészségügyi szakember-kategóriára vonatkozó adatokat is ezekben találjuk, a szakmai regiszterek az egyes szakmákra különállóak is lehetnek (*Khaossum* [2004])).

- Orvosi nyilvántartás/regiszter.
- Orvosi működési engedély/jog nyilvántartása (ha az előbbtől külön álló).
- Szakmai szervezetek adatai.
- Egészségügyi és Oktatási Minisztériumi adatok.
- Népszámlálási adatok.
- Háztartási adatok.
- Közegészségügyi, népegészségügyi adatok.
- Egészségügyi szervezetek/ellátók adatai (meghirdetett állások, betöltött állások, nyugdíjasok aránya, dolgozók száma és megoszlása stb.).
- Munkavállalási és vízum adatok.
- Adózási adatok, egészség- és szociális biztosítási adatok.
- Képzési adatok.

- Egyéb adatforrások: felmérések, kutatási adatok, egészségügyi finanszírozói/ egészségügyi biztosítói adatok, banki adatok.

Előljáróban kijelentjük: meghatározó, hogyan definiálja a „külföldi orvost” egy ország. A három fő és jellemző lehetőség a következő: 1. külföldön szerezte az orvosi diplomáját, 2. külföldön született, 3. külföldi állampolgárságú. Előfordul, hogy a több (vagy mindhárom) kategóriában elérhető adat és/vagy az egyes adatforrások – akár az országon belül – nem azonos meghatározást követnek. Ismerni kell, mi a meghatározás alapja, és azt az adatok értelmezésekor és összevetésekor messzemenően figyelembe kell venni. Magyarországon az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal (EEKH) az ideérkezők, és a diploma elismerésért folyamodók állampolgárságát veszi alapul. A külföldi munkavállalást lehetővé tévő, magyar orvosi diplomával rendelkező igazolást kérelmezők esetében követi, hogy magyarországi állandó lakhellyel vagy más országbeli lakhellyel nyújtották-e be a kérelmet. Az OECD nemzetközi egészségügyi szakemberekre vonatkozó adatbázisaiban a születés helye alapján adják meg a külföldiekre vonatkozó információkat. A teljesség kedvéért meg kell említeni, hogy a diákok (orvostanhallgatók) és a képző intézmények² is vándorolhatnak.

A jellemző adatok és indikátorok tehát:

- a külföldi orvosok (aktív külföldi orvosok) száma és aránya a hazai (aktív hazai) orvos populáció összességében,
- a külföldi orvosok megoszlása kor, nem, szakterület, ellátási szint, származási ország, földrajzi elhelyezkedés stb. szerint,
- a regisztrált külföldi orvosok aránya,
- az évente újonnan regisztrált külföldi orvosok aránya,
- a be- és kivándorló orvosok aránya az összes be- és kivándorló százalékában,
- a be- és kivándorló orvosok aránya az összes bevándorló képzett egészségügyi szakemberhez viszonyítva,
- a be- és kivándorló orvosok számának és különböző mutatók (kor, nem, szakterület, ellátási szint, földrajzi megoszlás stb.) szerinti arányának összehasonlítása,
- a visszatérő és a vissza nem térő hazai orvosok száma és aránya,
- „taszító” tényezők, motivációk mintázata a kivándorlók esetében,
- „vonzó” tényezők, motivációk a bevándorlók és a kivándorlást nem fontolórok esetében,

² A Semmelweis Egyetem például Németországban is működik egy fakultással, ahol német nyelven oktatják a hallgatókat és a Semmelweis Egyetem adja ki a diplomát, tehát magyar orvosi diplomát kapnak a végzettek.

- az orvosi képzésbe belépők száma,
- az orvosi képzésből kikerülők száma,
- a külföldi képzési szakaszok követése a graduális és posztgraduális időszakban; és a vissza nem térők aránya a képzésben részt vevők közül,
- ágazatok közötti munkaerő-áramlási adatok,
- pénzforgalmi adatok: a külföldi orvosok által haza utalt összegek nagysága.

2.3. Magyarországi helyzet

A magyarországi orvosmigrációra vonatkozó legfontosabb adatforrások a következők:

- Központi Statisztikai Hivatal (KSH): az évente publikált Statisztikai évkönyv és Egészségügyi statisztikai évkönyv. (Az utóbbinak külön fejezete foglalkozik az egészségügyi ellátás személyzetével.)
- Orvos szakmai szervezetek (szakmai kollégiumok) és szövetségek (például: Magyar Orvosi Kamara, Magyar Kórházszövetség, Magyar Rezidens Szövetség, Medicina2000 Poliklinikai és Járó beteg Szakellátási Szövetség stb.) saját tagságra. és foglalkoztatásra vonatkozó nyilvántartásai.
 - Kutatási projektek eredményei.
 - Az orvosi képzést folytató egyetemek. (Elvben a Diplomás Pályakövetési Rendszer (DPR) kidolgozása már törvényi kötelezettsége valamennyi felsőoktatási intézménynek. A gyakorlatban a rendszer kidolgozása még folyamatban van. Megvalósulása jelentős segítséget fog nyújtani a végzett orvosok követésében.)
 - További fontos adatforrások lehetnek más országok azon hatóságai, amelyek az aktív munkába álláshoz szükséges regisztrációk/adatok felelősei. Hivatalos, „automatikus” és reguláris, a vonatkozó adatok naprakész nyomon követését biztosító kapcsolatrendszer erre nézve nincsen.

A jelenség vizsgálatára használt jellemző adatok és mutatók hazánkban is a már bemutatottak. (Ott részben utaltunk a magyar sajátosságokra.) Kiemelünk még egy érdekes, magyar sajátosságot. A környező országokban történelmi okokból nagy számú magyar anyanyelvű kisebbség él. Az ő bevándorlásuk és munkavállalásuk Magyarországon a nemzetközi migráció körébe tartozik. Mivel állampolgárságuk

más országbeli, ezért a jelenlegi nyilvántartással külföldi orvosként tartják számon az itt dolgozó határon túli magyarokat. (Fontos: az anyanyelvre vonatkozó információ nem áll rendelkezésre a diploma elismerést kérelmező külföldi állampolgároknál.) Ugyanakkor a közelmúlt politikai változásainak köszönhetően Magyarországon 2004-ig is nagy számban érkeztek és kezdtek el orvosként dolgozni határon túli magyarok. Amennyiben időközben megkapták a magyar állampolgárságot, nem külföldi orvosként vannak számon tartva. (Románia időközbeni uniós csatlakozása tovább árnyalja a képet.) Ez a sajátos, magyar anyanyelvű migráció fontos a magyar helyzet leírásakor. Nem „pusztán” a jelenség, hanem egészségügyi rendszerünk működése szempontjából is, de hiteles, tudományos igényű követése és értékelése az orvosok (és más egészségügyi szakemberek) vonatkozásában is igen nehéz.

3. Az EU bővítésének hatása az egészségügyiszakember-vándorlásra

A magasan képzettek migrációja, ide értve az orvosok vándorlását is, világszerte és hazánkban sem új jelenség, de mértéke, jelentősége, jellege az utóbbi 20 évben egyre gyorsabb ütemben változik (*Csanády et al.* [2008], *Gyene* [2008], *OECD* [2008], *IOM* [2006] *Csanády–Személyi* [2006], *Mullan* [2005], *Pang–Lansang–Haines* [2002]). Kutatási és elemzési szempontból rendkívül fontos, hogy Kelet-Közép-Európában, a volt szovjet blokk több országában a jelenség vizsgálhatósága, a vonatkozó adatok elérhetősége és megbízhatósága szempontjából igen nagy, sok esetben pozitív irányú változásoknak lehettünk tanúi. A globális trendek részletes bemutatása nem célja e tanulmánynak, de a következő fő tényeket ki kell emelni. Bizonyos csomópontok figyelhetők meg az áramlásokban, a küldő és a fogadó régiók szerint egyaránt. Ezek különbséget mutatnak ugyan az egyes szakembercsoportoknál, de gyökeresen nem térnek el. Az afrikai (a HRH-krízis messze itt a legsúlyosabb), a távol-keleti ázsiai, dél-amerikai, valamint az Európai Unió kétlépcsős nagy bővítése óta a kelet-közép-európai, valamint a Szovjetunió volt tagállamai számítanak nettó migrációs mérlegük szerint küldő országoknak. Míg az Egyesült Államok, Kanada, Ausztrália és Új-Zéland, Skandinávia országai, valamint a nyugat-európai országok a célállamok. Egyre kifejezettebbnek tűnik a körkörös (cirkuláris) migráció jelensége (lásd az *Illés–Kincses*-tanulmányt e számunk 729–747. oldalán) az egészségügyi dolgozók körében, bár ezt célzottan, adatokkal alátámasztva kevésbé vizsgálták még e speciális csoportban (a vonatkozó adatgyűjtés és követhetőség nehézsége miatt ez nem is meglepő) (*Kingma* [2007]). Továbbá, a kutatók szerint elsősorban a világgazdasági válság hatásának tulajdoníthatóan, hogy napjainkban érezhető az egészség-

ügyi szakemberek évek óta jellemző migrációs térképének és mintázatainak átrendeződése. Például hagyományos fogadó országok kerülnek egyensúlyi állapotba vagy egyenesen forrás országokká válnak. Ezeknek a friss változásoknak az első tudományos elemzése érthetően még folyamatban vannak, de szakmai fórumokon az első információkat előadások formájában már bemutatták.

3.1. Az egészségügyi szakemberek vándorlása Közép- és Kelet-Európában

Az uniós bővítés nyomán régióink orvosainak nagymértékű kiáramlása indult meg, forrásrégióvá váltunk. (*Dubois–McKee–Nolte* [2006], *Williams–Balaz* [2008]). A motivációs mintázatokról elérhető információkkal (taszító és vonzó tényezők) ezúttal nem foglalkozunk, de *négy* jelentős, a keletről nyugatra történő európai orvosáramlást meghatározó tényezőt kiemelünk.

Az *első* az automatikus képesítés-elismerés az EU-ban, ismét megjegyezve, hogy a gyakorlatban azért ez nem annyira egyszerű és egyértelmű, s az alkalmazás részletes feltételrendszeréről természetesen mindig a munkaadó dönt. A *második*, hogy az egészségügyi emberierőforrás-hiány és – számos nyugat-európai ország esetében már a bővítések előtt fennálló – külföldi egészségügyi szakember-függőség értelemszerűen azt eredményezi, hogy ez egy értékes piaci szegmens a munkaerő-toborzó cégeknek. Az aktív, nem ritkán agresszív toborzás meg is indult. Az etikus toborzás irányába ható nemzetközi lépések ezt valamelyest enyhítették, ám a magántulajdonú munkaerő-közvetítő cégekre vonatkozóan, egyelőre nincs ennek a kezdeményezésnek olyan jogi következménye, amely rájuk nézve kötelező volna. A *harmadik* tényező, hogy az emberierőforrás-menedzsment az egészségügyben egyértelműen kiemelkedően fontossá vált az elmúlt években. Azonban ennek eredményes megvalósítása a gyakorlatban még a nyugat-európai országokban sem egyértelmű. Tudományos igényű elemzése is az utóbbi években kezdődött meg és vált jelentőssé a HRH-szakirodalomban (*Dussault et al.* [2009]; *Buchan* [2004], [2008]; *WHO* [2008b]; *Dubois–McKee–Nolte* [2006]). A megfelelő HRH-tervezés és az átfogó HRH-stratégia kulcskérdés. Ebben a mi régióink országai még erősen lemaradtak. Tetéztve mindezt azzal, hogy a migráció lehetséges mértékét és annak hatását az ellátórendszereik működésére, valamint fenntarthatóságára a legtöbb országban alábecsülték. Így nem tettek időben megfelelő lépéseket a migráció menedzselésére, illetve mértékének szabályozására. Itt térünk ki arra, hogy nemcsak a kiáramlás és beáramlás mértéke, hanem a szakterületek megoszlása is alapvető jelentőségű az orvosmigrációban. Egyes szakmák és szakképzések az ellátórendszer szűk keresztmetszetei, azaz bizonyos szakembercsoportok nagyarányú potenciális elvesztése aránytalanul súlyosabb terhet róhat az ellátórendszer működésére (például háziór-

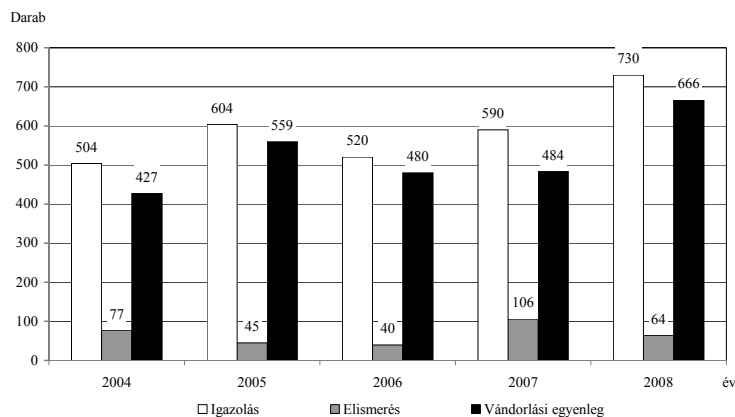
vosok, röntgenorvosok, altatóorvosok, kórboncnokok). *Negyedik* meghatározó faktor: a migrációnak kétségtelenül sok pozitív hozadéka is van. Különösen az olyan tapasztalati tanulást, tudáscserét és tudásmegosztást, folyamatos továbbképzést kívánó szakmában, mint amilyen az orvosi hivatás is. A migráció önmagában semmiképpen nem negatív töltetű; „káros” jelenség. Ha azonban az orvosok elvándorlása egy adott országból elsősorban annak egészségügyi rendszerét minősítő „kórjel”, akkor az alap okok megtalálásához és a következményként kialakult helyzet megoldásához rövid, közép- és hosszú távú következetes stratégia szükséges. Erre egyébként van példa a régióban. Szlovénia, melynek legalacsonyabb az orvoselváándorlása, még az Unióhoz csatlakozása előtt foganatosított megelőző intézkedéseket. Litvánia, ahol létrejött egy átfogó HRH-stratégia, bár következetes kivitelezése a politikai változások miatt kérdéses (*Open Society Fund Lithuania* [2003]). Természetesen alapos és célzott vizsgálatokat követel annak a vázolt hipotézisnek az alátámasztása, miszerint a nagyarányú orvoselváándorlás jelentős részben „kórjel”, amit az elérhető adatok már bemutatott korlátai nehezítenek. (A külföldi munkavállalás időtartamára és a visszatérésre vonatkozó adatok követése különösen nehéz.) De régióink több országában feltételezhető, hogy „kórjel” a nagy mértékű orvoselváramlás, s a migráns orvosok hosszabb-rövidebb tartózkodás után hazatérnének (ha ennek megvan a feltételrendszere), vagy egy részük el sem indulna, ha bíznának a számukra is követhető, jó irányú, következetesen véghezvitt egészségügyi változásokban.

4. A magyar orvosok migrációja Magyarország európai uniós csatlakozása óta³

A továbbiakban a Magyarországra érkező és innen elmenni kívánók számának évenkénti alakulását és a vándorlási egyenlegét; továbbá a migráns orvosok életkor szerinti megoszlását mutatjuk be. Ahogyan már erről szóltunk, az egészségügyi emberi erőforrások (HRH) számára a fejlett, jóléti társadalmakban világszerte az egyik legnagyobb probléma a népesség, benne értelemszerűen az aktív egészségügyi személyzet elöregedése, miközben az utánpótlás is kevés. Ez Magyarországra is érvényes. Ilyen körülmények között különösen fontos és érdekes annak követése, hogy ezt helyzetet az orvosmigráció milyen irányba befolyásolhatja.

³ Az EEKH-nál 2004. május 1-je óta érhetők el ezek az adatok. Tanulmányunk írásakor 2008. december 31-ig álltak rendelkezésre (*EEKH* [2009a]). Az igazolásért folyamodók között csak a magyarországi lakhellyel beadott kérelmeket foglaltuk be az elemzésekbe. 2006-ra vonatkozóan az ESÉ adatait is használtuk annak érdekében, hogy a ki- és befele irányuló migrációra jellemző életkori megoszlást az aktívan dolgozó hazai orvos populáció életkori megoszlása tükrében mutassuk be.

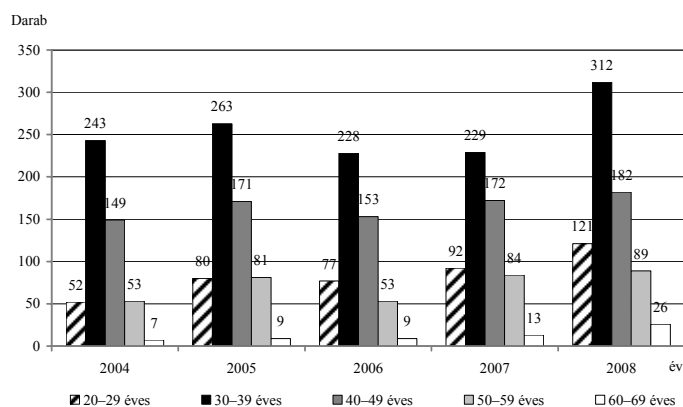
1. ábra. Kiadott diplomaigazolások és elismerések száma, 2004–2008



Forrás: EEKH-adatok.

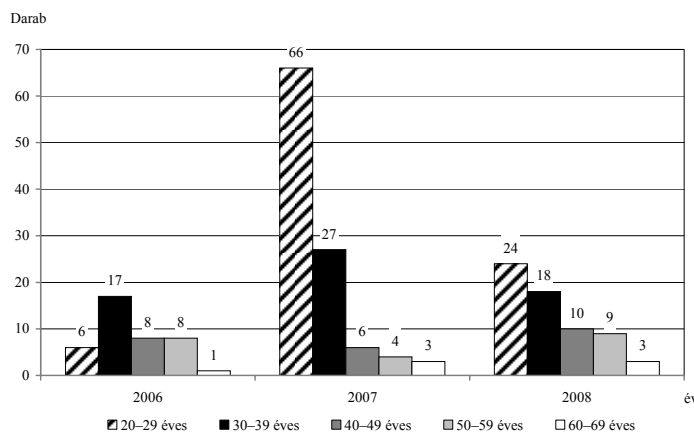
Az 1. ábrán látható, hogy 2004. május elseje óta minden évben lényegesen több orvos kért külföldi munkavállaláshoz szükséges igazolást, mint ahányan a magyarországi munkába állást lehetővé tevő elismerést beszereztek, tehát jelentős orvoselvándorlásra lehet következtetni, amit számszerűen nem ellensúlyoz a bevándorlás mértéke. Az életkori összetétel tovább árnyalja a képet. (Lásd a 2. és a 3. ábrát.) Ellátási szintek, szakterület-összetétel, valamint minőség vonatkozásában is tovább pontosítható a kép. Azonban nehéz ezeknek az adatoknak és mutatóknak a meghatározása és követése. A ki- és bevándorlás közötti jelentős nagyságrendi különbség statisztikai értékelhetősége is gyenge, mert a bevándorlók száma alacsony.

2. ábra. A kiadott orvosdiploma-igazolások tulajdonosainak korcsoport szerinti megoszlása, 2004–2008



Forrás: EEKH-adatok.

3. ábra. A kiadott orvoselismerések kor szerinti megoszlása, 2006–2008



Forrás: EEKH-adatok.

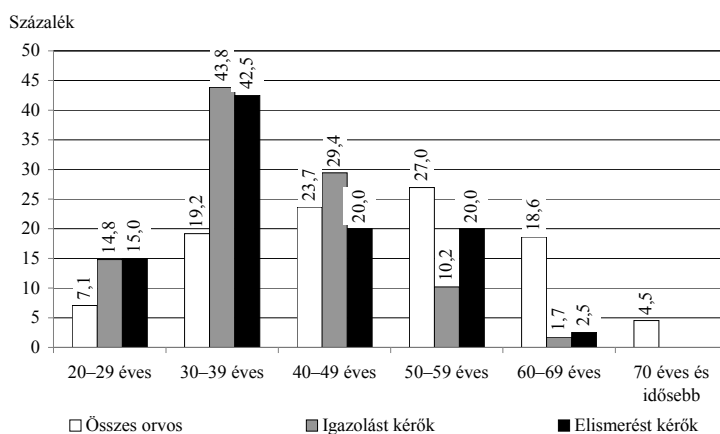
A 2. és 3. ábra egyaránt azt jelzi, hogy a migráns orvosok elsősorban a fiatal- és középkorú korosztályból kerülnek ki. Mindkét csoportban összehasonlítva a 2006-ban, 2007-ben és 2008-ban érvényes adatokat láthatjuk, hogy a különbség a részletekben van. A kivándorlóknál legnagyobb számban a 30–39 és 40–49 éves korosztály képviselteti magát. Ők nagy valószínűséggel már szakvizsgával vagy szakvizsgákkal és több éves gyakorlattal rendelkező, a következő orvosgeneráció oktatásában is tevékenyen részt vevő szakorvosok. A bevándorlók között első helyen két korcsoportban, a 20–29 éves, valamint a 30–39 éves korosztály áll, 2006-ban is ők voltak legtöbben, csak fordított sorrendben. Ez azt jelzi, hogy legnagyobb számban az egyetem végzett, szakvizsgával még nem rendelkező orvosok és a viszonylag rövidebb gyakorlattal rendelkező „friss” szakorvosok érkeznek Magyarországra. Meg kell említeni, hogy a magyar szakorvosképzési helyekre magyar anyanyelvű kollegák pályázhatnak. Feltételezhetően sokuknál motiváló tényező a bekapcsolódás a hazai szakorvosképzésbe. (Hogy ez milyen számban valósul meg, arról adatokat az egyetemek rezidensképzési nyilvántartásából lehetne összegyűjteni. Az EEKH-ban elismerési kérelemben erre vonatkozó információt nem kell adni.)

Megállapíthatjuk tehát, hogy a korosztályi adatok alapján az elvándorlási mérleg a nagyobb tapasztalatú, magyar diplomával rendelkező, magyarországi munkahelyet elhagyó 30–49 éves korosztályba tartozó szakorvosi réteg felé billen. Igen fontos, hogy miként érinti ez a jelenlegi magyarországi aktív orvostársadalom korfáját. A 4. ábrán 2006-os adatokkal ábrázoljuk ezt.

Valamennyi korcsoportban feltüntettük, hogy az aktívan dolgozó magyar orvosok, a külföldi munkavállalást tervező magyar orvosok és az ide érkező, itt munkába állni kívánó külföldi orvosok hány százaléka tartozik az adott életkori sávba. Azt lát-

jük, hogy a kivándorlás a dolgozó orvostársadalom 20–49 év közötti korosztályát érzékenyen érinti, még inkább az idősebb korosztályok felé tolva a korfát (ami az alap helyzet). Ezt a bevándorlás a jelentősen kisebb nagyságrend miatt igen mérsékeltten ellensúlyozza, noha a bevándorló orvosok között is ők vannak túlsúlyban. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy a kivándorlás hatásaként az egészségügyi ellátásban még inkább az idősebb korban levők vesznek részt. Ráadásul ez a fiatal orvosok képzésében is fontos szerepet játszó korosztály, illetve az utánpótlást jelentő fiatalok egy része is kikerül a hazai orvosi munkaerőforrásból. Remélhetően jelentős számban csak rövid időre, de ez az ellátás fenntarthatóságát és színvonalát (különösen egyes régiókban és egyes szakterületeken) akár rövid távon is súlyosan érintheti.

4. ábra. Az összes aktív (igazolást és elismerést kérő) orvos megoszlása korcsoport szerint, 2006



Forrás: KSH- és EEKH-adatok.

4.1. A kutatás és eredményei

A következőkben közelebbről bemutatjuk a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ „Egészségügyi Emberi Erőforrások Kutatási Projekt” kutatási eredményei közül a „Rezidens orvosok munkaerő-piaci elhelyezkedési szándékainak, migrációs és pályaválasztási motivációinak vizsgálata” című kutatás migrációról szóló eredményeit.

A kutatás háttere és rövid bemutatása

A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja 2003 óta végez kutatásokat az egészségügyi emberi erőforrás témakörében. Ezek kezdetben el-

sősorban az orvosok migrációját figyelték, de az eredmények és bővülő ismereteink nyomán a kutatás folyamatosan fordult egyéb HRH-kérdések felé.

2003-ban a litván kutatók egyik publikációja keltette fel a magyar kollegák érdeklődését. Ebben egy 2002-ben végzett kutatás eredményét ismertették. Riasztó mértékű orvosi migrációs potenciálról adtak hírt. Rezidens orvosok 60,7 százaléka tervezte, hogy EU-országba megy dolgozni (*Stankūnas–Lovkytė–Padaiga* [2003]). Ez a magas érték hihetetlennek tűnt, de első, szűrőpróbaszerűen végzett 2003-as felmérésünk hasonló értéket (62%) mutatott. Az azóta folyamatosan végzett HRH-kutatásaink során a magyar rezidens orvosok és (az utóbbi években) a magyar orvos-tanhallgatók körében a migrációs szándékokról továbbra is kitartóan 60–67 százalék közötti értékeket mérünk a megkérdezett csoportokban, 10–12 százalék közötti aktivitással. Kiegészítésként minden évben végzünk kérdőíves felmérést is. Több mint 3500 kérdőív adatai állnak rendelkezésünkre, melyek segítségével – kvalitatív módszerként – a fókuszcsoportos interjúkat és a strukturált interjúkat is alkalmazzuk egyes vizsgálataink során.

2008-ban az OFA elnyert pályázati támogatásával valósult meg a „Rezidens orvosok munkaerő-piaci elhelyezkedési szándékainak, migrációs és pályaválasztási motivációinak vizsgálata” című kutatási projektünk. Ebben átfogóan vizsgáltuk a rezidens orvosok jövőbeni terveit és az ezt körülölelő motivációs erőteret. Kutatásunk során egyaránt használtunk kvantitatív és kvalitatív módszereket. Kvantitatív módszerként részletes, saját fejlesztésű, e kutatás céljainak megfelelően továbbfejlesztett önkitöltős kérdőívet töltöttünk ki a négy orvosi egyetemhez tartozó rezidensekkel, minek során 713 főt kérdeztünk meg. Ezt kiegészítendő alkalmaztunk kvalitatív módszereket is, nevezetesen készítettünk fókuszcsoportos interjúkat mind a négy orvosi egyetemen, illetve a kérdőívvel és fókuszcsoporttal nehezen elérhető személyek esetében strukturált interjúkat megkérdezést alkalmaztunk. Ebből a kutatásból már született egy publikáció, amely az országon belüli mobilitás ösztönzését vizsgálja (*Girasek–Eke–Szócska* [2009]). A továbbiakban a rezidensek migrációs szándékait mutatjuk be, elsősorban a kérdőíves kutatás alapján.

Kutatási eredmények a migrációs szándékokról

A jelenlegi rezidens orvosok részben már a munkaerőpiacon vannak, illetve néhány éven belül ők alkotják az egészségügyi ellátás gerincét. Így egészségpolitikai szempontból is igen fontosak szándékaik és a külföldi munkavállalással kapcsolatos magatartásuk.

A kérdőíves eredmények azt mutatják, hogy a rezidensek közel kétharmada (64,5%) tervez külföldi munkavállalást és a fókuszcsoportos beszélgetések is ezt az arányt erősítik. Összevetésként a teljes magyar lakosság körében mért migrációs potenciál 2003-ban 12 százalék volt (*Hárs–Simonovits–Sik* [2004]). A külföldi mun-

kavállalás kérdése napi szinten jelenik meg körükben. Sokan ezt látják egyetlen reális kitörési lehetőségnek a magyar egészségügyi viszonyokból, ha nem akarják elhagyni a pályát. Jelen terveik szerint legtöbbször 2-3 évre szeretnének elmenni. Egyrészt tapasztalatszerzés céljából, másrészt azért, hogy megteremtsék az anyagi alapokat az itthoni életükhöz. A legfőbb motivációk („elhajtó” tényezők) között a megszerzhető, az itthoni lehetőségeknél jóval magasabb és legális jövedelem mellett a szakmai lehetőségek és a munkakörülmények szerepelnek. A magas migrációs potenciál nem jelenti azt, hogy a rezidensek kétharmada rövid időn belül útnak is indul. Ezek csupán szándék- és tervadatok, megvalósulásukat számos tényező befolyásolja. Az ilyen terveknek rendszerint csak kisebb része valósul meg, ugyanakkor mégis fontos körtünetek a magyar egészségügy állapotáról.

A továbbiakban néhány fő szempont köré csoportosítva bemutatjuk a migrációról szóló eredményeket. A külföldi munkavállalást illető részletesebb kérdésekre természetesen csak az a kétharmadnyi rezidens válaszolt, akik terveztek ilyen lépést. A továbbiakban a legtöbb elemzésnél az ő arányukat vesszük 100 százaléknak. Azonban ahol ez releváns, ott megadjuk az arányokat a teljes mintaszámhoz viszonyítva is, illetve a migrációs szándékot a szakterületek szerinti bontásban bemutató 10. táblázat és 6. ábra esetében szerepel majd a külföldi munkavállalást nem tervező rezidensek száma, azaz a teljes minta elemszáma is.

1. táblázat

Milyen intenzíven készül a külföldi munkavállalásra?

Válaszlehetőség	A válaszadók		
	száma (fő)	megoszlása az összes válaszadó körében (százalék)	megoszlása a külföldi munka- vállalást tervezők között (százalék)
Igen, írásbeli megállapodásom van egy külföldi intézménnyel	7	1,0	1,6
Igen, szóbeli megállapodásom van egy külföldi intézménnyel	13	1,8	2,9
Igen, kapcsolatban állok több intézménnyel	20	2,8	4,5
Még nincs megállapodásom, de aktívan készülök rá	80	11,2	18,0
Már érdeklődtem a feltételekről, lehetőségekről	110	15,4	24,7
Csak a terveim között szerepel	215	30,2	48,3
<i>Összesen</i>	<i>445</i>	<i>62,4</i>	<i>100,0</i>
Nem gondolkozik külföldi munkavállaláson	268	37,6	
<i>Összesen</i>	<i>713</i>	<i>100,0</i>	

Az 1. táblázatban látható, hogy a külföldi munkavállalást tervezők közel felének csak távlati tervei között szerepel a külföldi munka, ugyanakkor a csoport másik fele

már több-kevesebb lépést is tett ennek érdekében (ez a teljes rezidens csoportszámának csaknem egyharmada). Írásbeli megállapodása van külföldi munkára hét megkérdeztnek, szóbeli megállapodással rendelkezik 13 orvos, ami a teljes csoport 1,8, a külföldi munkavállalást tervező rezidensek 2,9 százaléka. Ez utóbbiakkal azonos számban állnak kapcsolatban intézményekkel. Nincs megállapodása, de aktívan készül erre a lépésre a rezidensek több mint 11 százaléka, ami a külföldi munkavállalást tervezők 18 százaléka. Ennél gyengébb szándékról számolt be a külföldi munkavállalást tervezők közel egynegyede, akik még csak tájékozódtak a feltételekről és a lehetőségekről.

Az aktivitás egy másik mérőszáma lehet a *tájékozottság* a külföldi munkavállalás adminisztratív feltételeiről, hiszen az orvosi munkavállalás minden országban kemény adminisztratív követelmények teljesítését követően lehetséges. A kapott eredmény hasonlít az aktivitás korábban bemutatott mértékéhez. (Lásd a 2. táblázatot.) 4,2 százalékuk már tudna munkát vállalni külföldön, 2,8 százalék már elindította a szükséges folyamatot. A külföldi munkavállalást tervezők több mint negyede tisztában volt a szükséges feltételekkel, de még nem tett lépéseket. A külföldi munkavállalást tervezők több mint kétharmada nem volt tisztában a feltételekkel, illetve részletesen még nem nézett utána, valószínűleg nekik kisebb a migrációs hajlandóságuk, mint a többieknek. Ezt a kérdést egyben az előző kérdés ellenőrző és eredményeit árnyaló kérdésének is tekintettük. Hiszen világosan mutatja, hogy noha 64,5 százalékuk gondolkozik külföldi a munkavállaláson, a külföldi munkavállalást tervezők több mint kétharmad nincs tisztában a feltételekkel. Itt a kulcskérdés az, hogy vajon őket mi aktivizálja, milyen körülmények és feltételek egybeesése esetén lépnek, ahogy erre a továbbiakban kitérünk.

2. táblázat

Tisztában van-e a külföldi munkavállalás adminisztratív feltételeivel?

Válaszlehetőség	A válaszadók	
	száma (fő)	megoszlása (százalék)
Nem	136	31,5
Igen, már hallottam róla, de még nem néztem utána a részleteknek	167	38,7
Igen, már utánanézttem, de még nem indította el a folyamatot	99	22,9
Igen, már elindítottam a folyamatot	12	2,8
Igen, már tudnék külföldön munkát vállalni	18	4,2
<i>Összesen</i>	<i>432</i>	<i>100,0</i>

Az írásbeli vagy a szóbeli megállapodás, illetve a több intézménnyel való kapcsolat-tartás komoly szándékot jelez, ezek a rezidensek igen nagy valószínűséggel rövidesen útnak fognak indulni. Nem ilyen egyértelmű a helyzet azoknál, akiknek még nincs meg-

állapodása, illetve még csak tájékozódnak a feltételekről, lehetőségről. Az ő körükben nehezebben becsülhető, hogy milyen arányban fog realizálódni a külföldi munka. Ugyanakkor visszautalnánk a nemzetközi munkaközvetítő ügynökségek szerepére. Egyre növekvő a jelenlétük Magyarországon, személyre szabott ajánlatokkal is megkeresik az orvosokat. Feltételezéseink szerint a még nem aktív, nem igazán tájékozott, de már érdeklődő, a külföldi munkavállalást a lehetőségeik között számon tartó személyek közül is sokat el tudnak csábítani. Hiszen a szándékuk megvan, előnyös számukra, hogy nem nekik kell utánajárni az állásnak, hanem az ajánlat „házhoz” jön. Ezt támasztják alá a „Mikorra tervezi a külföldi munkavállalást?” kérdésre adott válaszok is. A távlati tervek esetén (gondolkozik rajta, de csak távlati terv és/vagy nem tud még semmit az adminisztratív feltételekről) szintén nehéz megbecsülni a megvalósulást, ugyanakkor közöttük kisebb valószínűséggel számolunk, mint a korábbi csoport esetében.

A külföldi munkavállalás egyik kulcspontja a *kapcsolat- és az információszerzés*. Megkérdeztük, honnan gyűjtik azokat az információkat, amelyek segítségükre lehetnek. Legnagyobb számban az internetet és személyes kapcsolatokat jelölték meg. Az internet szerepe teljesen természetes és ebben a korosztályban már nem is meglepő. Azonban a nagy számban ismerősöktől gyűjtött információ az információgyűjtés tényén és módszerén kívül egy másik jelenségre irányítja a figyelmet, ez pedig a migráció hálózati hatása (Tilly [2001]). Ez azt jelenti, hogy ha valaki sikeresen megtelepedett külföldön, akkor nemcsak segíteni tud információkkal az ismerősöknek, hanem esetleg tudatosan ajánlhatja is a szerinte megfelelő kollégákat az adott munkahelynek. Vagyis a jó szakmai tudással és nyelvismeretekkel rendelkező magyar kollégák ezen az úton „kiviszik” egymást, még gyorsabban juthatnak külföldön megfelelő álláshoz (olykor akár anélkül, hogy korábban célzottan készültek volna erre).

3. táblázat

Honnan szerzett információt a külföldi munkavállalási terve megvalósításához (N=441)

Válaszlehetőség	A válaszadók	
	száma (fő)	megoszlása (százalék)
Közvetlen kapcsolatfelvétel	144	32,7
Itthoni munkaközvetítő	132	29,9
Külföldi munkaközvetítő	71	16,1
Szakmai szervezetnél	132	29,9
Internet	322	73,0
Egyéb (hirdetések)	118	26,8
Ismerősök	290	65,8

Megjegyzés. Több válasz is lehetséges volt.

A külföldi munkavállalás sarkalatos pontjai a *mikor és az időtartam hossza*. A válaszadók közel fele akár a szakvizsgája megszerzése előtt is útnak indulna. Ez vélemény-

nyünk szerint azért különösen aggasztó, mert jelenleg nincs meg annak egységes és egyértelmű gyakorlata, hogy a külföldi megszerzett szakvizsgákat, illetve adott szakmában, még szakvizsga megszerzése előtt eltöltött gyakorlati éveket hogyan ismerik el Magyarországon. Tehát ha realizálódnak ezek a tervek, akkor ezek a szakorvosok megfelelő lépések nélkül szakmailag is nehezen tudnak majd vissza-, illetve beilleszkedni a magyar rendszerbe. Így a magyar egészségügy szempontjából könnyen „elveszhetnek”. Különösen, ha az eltérő gyakorlatú, munka- és szervezeti kultúrájú, szocializációs helyüktől eltérő egészségügyi rendszerekből történő be- vagy visszaintegrálódás egyéb nehézségeire is számítanak, a szigorú szakmai megfeleléseken túl.

Közel egyötödük a szakvizsga megszerzése után azonnal menne, 31 százalékuknak pedig a későbbiekre vonatkoznak a tervei. Itt is szembekerülünk az aktivitás kérdésével, mert joggal gondolhatjuk azt, hogy aki akár a folyamatban levő magyar szakvizsgáját is feladná a külföldi munkavállalásért, elszántabb, mint a többiek. Akkor is, ha esetleg még nem tájékozódott például az adminisztratív feltételekről. A vonatkozó adatokat a 4. táblázat összegzi.

4. táblázat

Mikorra tervezi a külföldi munkavállalást?

Válaszlehetőség	A válaszadók	
	száma (fő)	megoszlása (százalék)
Ahogy lehetősége lesz rá, akár a szakvizsga megszerzése előtt is	214	49,9
Szakvizsga megszerzése után, azonnal	82	19,1
Szakvizsga megszerzése után, később	133	31,0
<i>Összesen</i>	<i>429</i>	<i>100,0</i>

Noha ezek a számok más aspektust mutatnak mint az aktivitás mérőszámai, nem kerültünk lényegesen közelebb ahhoz, hogy vajon mennyien fognak ténylegesen útnak indulni. Ugyanakkor itt is fel kell hívni a figyelmet a munkaerő-közvetítő cégek egyre céltudatosabb munkájára, amellyel személyre szóló ajánlatokat adnak. Így már egészen alacsony mértékű aktivitás is realizálódhat külföldi munkavállalásban, akár szakvizsga megszerzése előtt is.

A magyar ellátórendszer jövője szempontjából szintén fontos az időtartam (5. táblázat). A külföldi munkavállalást tervező rezidensek 27,1 százalékának nincs a munkavállalás időtartamáról konkrét elképzelése, ami sok mindent jelenthet. Nagy valószínűséggel esetükben ez a körülmények, tapasztalatok, lehetőségek függvénye lenne, ahogy erre a visszatérési szándéokra vonatkozó adatoknál is utalunk. Nagyjából ugyanennyien mondták azt, hogy 2–5 éves időtartamban gondolkodnak, és több mint

egyötödük a 2 év alatti időtartamot jelölte. 19 megkérdezett (4,4%) végleg kitelepülne és 10,3 százalék az itthoni állásának megtartásával alkalmilag dolgozna külföldön. (Az „alkalmi munka” kategóriába tartozik például a csak hétvégi ügyeletre „szóló”, akár rendszeres ingázást igénylő munka, vagy a több hetes ciklusokban zajló munkavállalás: például 4 hét intenzív munka, 2 hét „szabad” itthoni hét. Igen változatos munkarendekről lehet információt nyerni, elsősorban az ún. fókuszcsoportos vizsgálatok és strukturált interjúk, illetve személyes beszélgetések során.)

5. táblázat

Milyen időtartamra tervezi a külföldi munkavállalást? (N=436)

Válaszlehetőség	A válaszadók	
	száma (fő)	megoszlása (százalék)
Alkalmi alapon itthoni állással együtt	45	10,3
Alkalmi alapon, csak külföldi állással	9	2,1
Rövid távon (<2 év)	94	21,6
Középtávon (2–5 év)	125	28,7
Hosszú távon (5 < év)	54	12,4
Véglegesen	19	4,4
Nincs konkrét elképzelése	118	27,1

Megjegyzés. Több válasz is lehetséges volt.

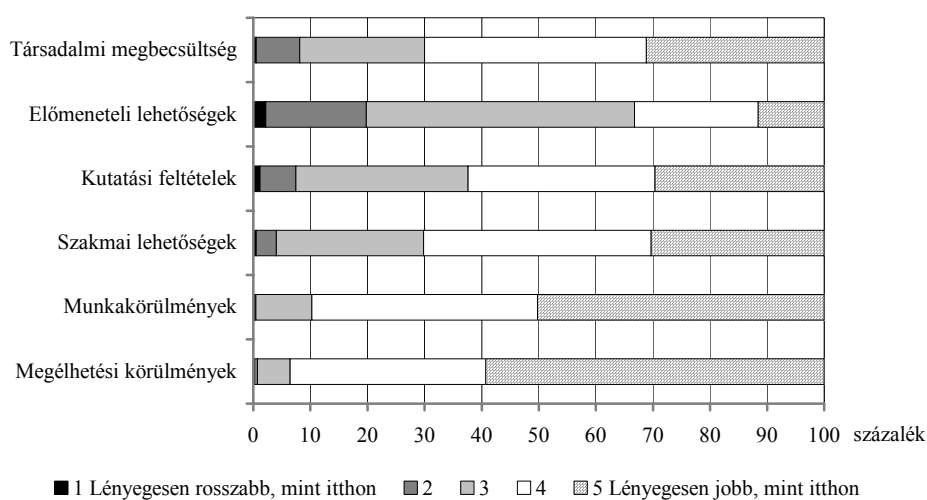
A rezidensek migrációjának *legfontosabb célországai* sorrendben (az elsőként megjelölt célország szerint): Nagy-Britannia, a német nyelvterület és a skandináv államok. Az ide tartozó országok közül Nagy-Britannia vezet, vagyis ide vágnak legtöbben. Valószínű ennek egyik legfontosabb oka az angol mint idegen nyelv egyértelmű közvetítő nyelvvé válása szinte az egész világon, de európai vonatkozásban mindenképp. Magyarországon is ezt tanulják legtöbben. További ok lehet, hogy itt dolgozik a legtöbb magyar orvos.⁴ Így innen érkezik a legtöbb információ. Emellett a brit ügynökségek kifejezetten aktívan toboroztak éveken keresztül, ez a hatás is szerepet játszhat. Továbbá tudatos NHS (National Health Service, a Brit Egészségügyi Szolgálat) stratégia volt a megfelelő létszámú és minőségű munkaerő biztosítása, toborzása. Ez hallgatólagosan bátorította a külföldről történő munkaerőszerzést. Valószínű, hogy jó ideig nem csupán indirekt jóváhagyással (az ügyben hiteles információt értelemszerűen nehéz találni), mindenesetre az etikus toborzás melletti elkötelezettség folytán a külföldi HRH-országba csábítását hivatalosan ma az Egyesült Királyságban nem támogatják.

⁴ A General Medical Council-től kapott információk alapján 2007 nyarán közel 1400 magyar orvos rendelkezett az ottani munkavállalást lehetővé tevő, ún. full registration statussal.

Az 5. ábrán az látszik, hogy a külföldi munkavállalást tervező rezidensek milyenek észlelik az általuk vágyott célország körülményeit. Látható, hogy a többség mindent jobbnak vagy lényegesen jobbnak gondol, mint itthon, kivéve az előmeneteli lehetőségeket. Ezeket ugyanis mindössze egyharmadnyian látják jobbnak az itthoninál.

5. ábra. A választott célország körülményeinek értékelése

Ön szerint a választott országban milyenek a...?



6. táblázat

Mi a külföldi munkavállalás utáni hazatérési szándéka?

Válaszlehetőség	A válaszadók	
	száma (fő)	megoszlása (százalék)
Pár hónap után biztosan hazatérek	15	3,4
Pár hónap után szeretnék hazatérni	14	3,2
Pár év után biztosan visszatérek	78	17,9
Pár év után szeretnék visszatérni	129	29,6
Biztosan nem jövök vissza	4	0,9
Nem szeretnék visszajönni	23	5,3
Még nem döntöttem el	173	39,7
<i>Összesen</i>	<i>436</i>	<i>100,0</i>

Az időtartamhoz szorosan kötődik az esetleg hazatérési szándék is. A két mutató erős összefüggést mutat egymással. A 6. táblázatban leginkább a „szeretnék” és a „biztosan” kategóriák különbségére hívnánk fel a figyelmet. Az előbbi kategória

mindenképp sugallja, hogy a lehetőségek, feltételek és körülmények szerepe meghatározó lesz a döntésben.

A külföldi munkavállalás csökkentésére irányuló beavatkozási pontokat akkor tudjuk azonosítani, ha ismerjük a rezidensek ilyen irányú *direkt motivációit* (az eddigiekben bemutatott adatok mellett, amelyekből szintén lehet következtetéseket levonni) és akadályozó tényezőit. Természetesen ezeket is felmértük a kérdőívünkkel.

A külföldi munkavállalás legfőbb motivációi a fizetés, a magyar egészségügy kilátásai, a munkakörülmények, a szakmai lehetőségek és a társadalmi megbecsültség. Ezek a tényezők, amelyeket jobbnak gondolnak külföldön, és ez hajtja őket egy másik ország egészségügyi ellátásába. Kiemelendő még a munkaterhelés mértéke, ami igen magas a magyar egészségügyben, és a szervezeti viszonyok, amelyet szintén külföldön vélnek megfelelőbbnek a munkához. A legfőbb okok tehát anyagi és szakmai jellegűek. Mindez Magyarországon is megteremthető lehetne. Érdemes felhívni a figyelmet arra, hogy bár a fizetés szerepel a legmagasabb átlagos pontszámmal, ezt szorosan követi másik három tényező, ami arra világít rá, hogy távolról sem az anyagi megbecsülés az egyetlen ok, ami miatt a külföldi munkavállalást választják. Így tehát a kormánynak más eszközei is lehetnek a magas migrációs szándék csökkentésére, illetve a szakemberek elvesztésének megakadályozására. Átgondolt stratégiával lehet a helyzeten javítani. A 7. táblázatban fontosság szerinti sorrendben tüntettük fel a vizsgált tényezőket.

7. táblázat

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

Befolyásoló tényező	N	Átlag
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	3,74
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.

A külföldi munkavállalás azonban nemcsak az esetleges jobb fizetést hozza magával, hanem bizonyos áldozatokat is megkövetel. A legtöbben az új nyelv megtanulását, az előírt továbbképzés elvégzését – sok országban megkövetelnek olyan továbbképzést, ami akár az adott egészségügyi rendszerről szól, esetleg kiegészítő szaktudást nyújt az itthon megtanultakhoz képest stb. – és a családtól való távollétet jelölték meg meghozható/meghozandó áldozatként. Talán a családtól, barátoktól való távollét a legnagyobb áldozat, de a külföldi munkavállalásban gondolkozó rezidensek alig kevesebb mint fele ezt is vállalná, ami komoly elszántságot mutat. Ennél lényegesen kevesebben vállalnának alacsonyabb beosztást és alacsonyabb képzettséget igénylő munkakört. Ennek alapján azt lehet mondani, hogy míg a szakmai vágyaikból nem szívesen engednek, addig saját erőfeszítést (nyelvtanulás, továbbképzés) és érzelmi áldozatokat könnyebben hoznak. (Lásd a 8. táblázatot.)

8. táblázat

Mi lenne a legnagyobb áldozat, amelyet vállalna a külföldi munkavállalásért? (N=427)

Válaszlehetőség	A válaszadók	
	száma (fő)	megoszlása (százalék)
Nyelvtudás tökéletesítése	177	41,5
Új nyelv megtanulása	210	49,2
Előírt továbbképzés elvégzése	221	51,8
Nem szakmai/nyelvi tréning elvégzése	98	23,0
Alacsonyabb képzettséget igénylő munkakör ellátása	38	8,9
Alacsonyabb beosztás elfogadása	51	11,9
Más szakterület választása	58	13,6
Távollét a családtól, barátoktól	197	46,1

Megjegyzés. Több válasz is lehetséges volt.

9. táblázat

Melyek a külföldi munkavállalás legfőbb akadályozó tényezői? (N=419)

Válaszlehetőség	A válaszadók	
	száma (fő)	megoszlása (százalék)
Célország korlátozásai (vízum, diplomaekvivalencia)	86	20,5
Külföldi társadalomba való beilleszkedés lehetőségei	149	35,6
Külföldi letelepedés nehézségei	88	21,0
Külföldi szakmai közegbe való beilleszkedés nehézségei	157	37,5
Általános pályakezdési nehézségek	209	49,9
Nyelvtudási hiányosságok	130	31,0

Megjegyzés. Több válasz is lehetséges volt.

A motivációk és az áldozatok mellett azt is megkérdeztük, hogy a válaszadók szerint melyek a külföldi munkavállalás legfőbb nehézségei. Legtöbben az általános pályakezdesi nehézségeket jelölték meg (a válaszadók fele), és több mint egyharmaduk mondta azt, hogy nehézséget okozhat a külföldi társadalomba, illetve a külföldi szakmai közegbe való beilleszkedés. (Lásd a 9. táblázatot.)

Ezt követően még megvizsgáltuk a külföldi munkavállalási tervek összefüggését a rezidensek szakterületével, és a diplomát adó egyetemekkel. Ennek eredményei láthatók a 10. táblázatban és a 6. ábrán. (Mivel egy-egy szakmában igen kicsik voltak az elemszámok, ezért kivételesen nem százalékokat, hanem elemszámokat jelentünk meg a táblázatban.)

10. táblázat

Külföldi munkavállalási szándékok szakterületenként
(százalék)

Szakterület	Tervez külföldi munkavállalást?		
	Nem	Igen	Összesen
Háziorvostan	26	18	44
Belgyógyászat	36	65	101
Ideggyógyászat	8	27	35
Szülészeti-nőgyógyászat	0	10	10
Aneszteziológia és intenzív terápia	19	64	83
Bőrgyógyászat	4	7	11
Sebészet	8	25	33
Tüdőgyógyászat	5	9	14
Psychiatria	14	23	37
Csecsemő- és gyermekgyógyászat	28	42	70
Fül-, orr-, gégegyógyászat	6	10	16
Urológia	6	3	9
Szemészet	4	13	17
Radiológia	8	25	33
Patológia	6	10	16
Megelőző orvostan	6	1	7
Oxyológia	6	4	10
Laboratóriumi diagnosztika	3	1	4
Orthopédia-traumatológia	5	28	33
Rheumatológia	6	9	15
Onkológia	2	2	4
Geriátria	1	6	7
Igazságügyi orvostan	2	1	3
Infektológia	5	6	11
Szívsebészet	1	0	1
Kardiológia	4	3	7

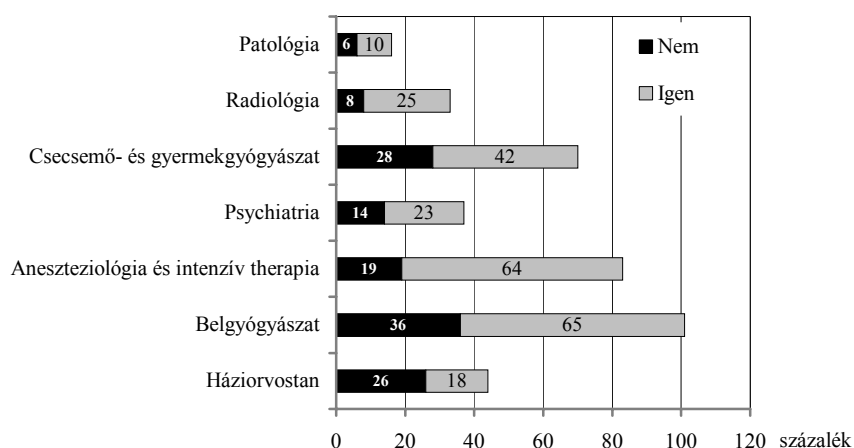
(A táblázat folytatása a következő oldalon.)

(Folytatás.)

Szakterület	Tervez külföldi munkavállalást?		
	Nem	Igen	Összesen
Gastroenterológia	3	2	5
Arc- és állcsontsebészet	0	3	3
Gyermek therapeuta, gyermekpszichiáter	2	4	6
Mikrobiológia	0	3	3
Fizikális medicina, rehabilitáció	8	6	14
Foglalkozás-egészségügy	1	0	1
Nukleáris medicina	2	1	3
Gyermeksebészet	0	3	3
Idegsebészet, agysebészet	0	1	1
Népegészségtan	0	1	1
Sugartherápia	1	0	1
Összesen	236	436	672

A 10. táblázatból kiemelnénk néhány olyan szakterületet, amelyek a kormányzati kommunikáció szerint is hiányszakmáknak tekinthetők a magyar egészségügyben. A táblázat egyes sorain végighaladva leolvasható, hogy a megkérdezett 44 háziorvos rezidens közül 18-an, 101 belgyógyászból 65-en, 83 aneszteziológusból 64-en, 33 sebészből 25-en és 33 radiológusból 25-en terveznek külföldi munkavállalást. Néhány további kiemelt szakterülettel együtt a 6. ábra mutatja az elvándorlási szándékot, feltüntetve az e szakterületeket képviselő rezidensek teljes számát a mintában. Láthatjuk, hogy esetükben a nyers migrációs potenciál különösen magas.

6. ábra. Külföldi munkavállalási szándékok kiemelt szakterületek szerint



A patológiát kivéve a másik hat feltüntetett szakterület az, amelynek szakorvos képviselői 2008-ban az EEKH-nál legnagyobb számban kértek igazolást szakorvosként (EEKH [2008a]). Lévén hiányszakma képviselői, különösen jelentős, hogy körükben ilyen magasak ezek az arányok. Természetesen minden egyes orvosi szakterület fontos szerepet tölt be az ellátórendszerben, így bármelyik szakma abszolút vagy relatív hiánya működési problémákat okozhat, szűk keresztmetszetté válhat a „klasszikusok” mellett (háziorvos, radiológus, aneszteziológus, patológus). Ez valóban már középtávon megkérdőjelezheti az egészségügyi ellátórendszer fenntarthatóságát, az ellátás minőségéről nem is beszélve (vannak szakértői vélemények, melyek szerint egyes földrajzi régiókban és szakterületeken már most ezzel kell szembenézni.)

Az egyetemek tekintetében (lásd a 11. táblázatot) nincs jelentős eltérés, egyedül a pécsi rezidensek mutatnak a többi egyetemenél kisebb nyers migrációs potenciált.

11. táblázat

Külföldi munkavállalási szándék – egyetemenként (N=693)
(százalék)

Egyetem	Tervez külföldi munkavállalást?		
	Nem	Igen	Összesen
Debreceni Tudományegyetem	34,5	65,5	100,0
Pécsi Tudományegyetem	41,3	58,8	100,0
Semmelweis Egyetem	33,9	66,1	100,0
Szegedi Tudományegyetem	31,2	68,8	100,0
<i>Összesen</i>	<i>35,1</i>	<i>64,9</i>	<i>100,0</i>

5. Következtetések

Külföldi munkavállalás esetében az orvos kikerül a magyar ellátórendszerből. Ez megfelelő (szám, eloszlás tekintetében) orvosellátottság mellett önmagában természetesen nem probléma. A szakmai tapasztalatok szerzése fontos és a magyar ellátórendszert gazdagítja, amennyiben átmeneti időszak után a munkavállaló visszatér Magyarországra, szívesen látott lesz, és visszaintegrálódását segítik. Mindez akkor válik társadalmi problémává, ha

- eleve szakemberhiányos, jelentős eloszlásbeli egyenlőtlenségekkel küzdő rendszert kritikus időszakban érint jelentős elvándorlás;

- az elvándorlás bizonyos életkori csoportokat és bizonyos szakterületeket szelektíven érint;
- a jövő orvosainak képzésében aktívan részt vevő szakemberek távoznak, különösen az oktatás terén is (bizonyos szakmákból szelektíven lényeges faktorról „súlyosbítva”);
- a dolog természeténél fogva valószínűsíthető, hogy a legjobbakat választják ki a külföldi munkára vállalkozók közül, ami visszahat a magyar ellátórendszerre;
- olyan orvos megy el, akinek még nincs itthon munkatapasztalata és rendszerismerete, tehát egy más egészségügyi rendszerben válik tapasztalt szakemberré és/vagy szakorvossá;
- a hazatérést és be- vagy visszaintegrálódást a feltételek és körülmények sem szakmai, sem egyéb téren nem segítik;
- „agyelszívásról” van szó;
- a képzésbe fektetett források egyrészt nem idehaza térülnek meg, másrészt nem kerül követésre és vizsgálatra, hogy mik a jelenség ellátórendszerre gyakorolt hatásai, illetve gazdasági vonatkozásai, és mennyiben értékelhető a képzett egészségügyszakember-elvándorlás olyan „körtünetként”, amelyet az egészségügyi rendszer problémái motiválnak, s amennyiben igen, mik a jelenség hátterében „kezelendő” mélyen ülő okok.

Eddigi kutatási eredményeink és az elérhető adatok alapján megfigyelhető, hogy jellemzően a fiatal generációba tartozó, de többnyire már jelentős szakmai múlttal is rendelkező, nyelveket beszélő orvosok azok, akik útnak indulnak. Éppen azok, akik az ellátás utánpótlását adnák, illetve a jelenlegi ellátás, s jelentős részben a graduális és posztgraduális oktatás gerincét képzik. Fontos újra hangsúlyozni, hogy az elvándorlás nem „csak” mennyiségi kérdés. A munkaközvetítő cégek és a külföldi munkaadók révén minőségi szelekció is, akik értelemszerűen saját céljaiknak megfelelően, az (akár több) idegen nyelvet jól beszélő kollegák közül, a szakmailag is legjobbakat emelik ki. Nagy gyakorlattal válogatnak, hiszen, ne felejtjük el, számos európai országban igen magas a nem helyben képzett működő orvosok aránya.

Kutatási eredményeink rávilágítanak arra is, hogy a migráció jelenségét csak rendszerszintű egészségügyi emberierőforrás-stratégiával lehet megfelelően az ország, a magyar egészségügy érdekei szerint kezelni. Ilyen stratégia azonban csak valós, érvényes és megbízható adatok alapján lehetséges. Ezért szándékoztunk megbízható adatokkal segíteni a szükséges beavatkozási pontok azonosítását és megfelelő HRH-stratégia kidolgozását.

Nemzetközi szinten, elsősorban az Európai Unióban érdemes arra is felhívni a figyelmet, hogy a közelmúltban csatlakozott közép- és kelet-európai államok számára

két fontos üzenete is van a szakképzett egészségügyi munkaerő vándorlásának ahhoz, hogy a régió valamennyi országa egyértelműen forrás országgá vált az elmúlt években. Az egyik, hogy amennyiben ez „kórjel”, akkor minden országban a „gyökér okok” felkutatása és stratégiai kezelése vezet hosszú távon megoldásra, és ezt nem lehet halogatni.

A másik, hogy ezzel párhuzamosan az új tagállamoknak érdemes összefogniuk és közösen lobbizniuk és dolgozniuk a személyek szabad mozgását biztosító uniós alapelv figyelembe vételével a régió érdekeiért. (Például az egészségügyszakember-toborzásra vonatkozó szabályok kidolgozásáért, az etikus elvek mielőbbi gyakorlatban történő érvényesíthetőségéért.)

A nagymértékű szakember-kiáramlás ezekben az országokban a saját egészségügyi ellátórendszerek működőképességét fenyegeti, és alapvető hatással van a populációik egészségi állapotára, így gazdasági teljesítőképességükre. Ez a régió szempontjából kulcskérdés. Magyarország számára is.

Függelék

A tanulmányban használt fő fogalmak és tartalmuk:

Migráció. Külső migráció értelemben: más országba történő elvándorlás, Magyarországra irányuló bevándorlás; hosszabb-rövidebb időtartamú vagy végleges letelepedés. Nem foglalkozunk az országhatáron belüli belső migrációval.

Migrációs potenciál (MP). Szociológiai értelemben és mint speciális migrációs potenciál használjuk a fogalmat a cikkben: az egészségügyi szakemberek, azon belül is az orvosok csoportjának a külföldi munkavállalási és/vagy kivándorlási szándékát vizsgáljuk. Migrációs potenciálnak nevezzük azt a szándékot, hogy valaki külföldön vállaljon munkát, vagy kivándoroljon (*Sik* [2003]).

Fogadó ország/célország. Azon ország, amely a migráció célja, amely munkát ajánl, fogadja a vándorló szakembert. Adott szakembercsoportot (speciális migráció) vizsgálva egy országot akkor minősítünk így, ha a nettó migrációs mérlege (vándorlási egyenlege) erre a munkaerőszegmensre bevándorlási pozitívumot mutat.

Küldő ország/forrás ország/származási ország. A migráció forrása. Ezek azok az országok, amelyeket elhagynak a migránsok, a fogadó országban való munkavégzésért. Adott szakember csoportot (speciális migráció) vizsgálva egy országot akkor minősítünk így, ha a nettó migrációs mérlege (vándorlási egyenlege) erre a munkaerőszegmensre kivándorlási pozitívumot mutat.

Migráns egészségügyi szakember. Legalább alapidplomája megszerzését követően a születési, állampolgársági vagy diplomaszerezési országától eltérő országban aktívan, képzettségének megfelelően, a gyakorlatban dolgozó szakember. A graduális

képzés alatti gyakorlati képzési részeket más országban töltőket nem tartoznak ebbe a kategóriába.

Önellátó képesség (self sufficiency). Annak a képessége, hogy egy ország rendelkezik az egészségügyi rendszere megfelelő működtetéséhez szükséges számú, képzettségű és összetételű hazai egészségügyi munkaerővel.

Függőség (dependency). Függő HRH szempontjából egy ország, ha egészségügyi rendszerének megfelelő működtetéséhez rá van szorulva a külföldi egészségügyi munkaerőre.

Elismerés. Diploma-elismerés, amely a más országban megszerzett diplomát a hazaival egyenrangúnak fogadja el (Külföldön megszerzett diplomát mindenképpen el kell ismertetni.)

Igazolás. Diplomaigazolás, amely a külföldön munkát vállalni szándékozók számára igazolja, hogy képzettsége és a gyakorlata megfelel az EU előírásainak.

Alapnyilvántartás. A képző, diplomát kiadó intézmény által jelentett adatok regisztere. Az alapnyilvántartásba minden diplomát kapó automatikusan bekerül és senki sem kerül ki belőle. Ez tehát a Magyarországon kiadott összes egészségügyi szakképesítés regisztere.

Működési nyilvántartás, működési jog/engedély (licenz). A felvételét az egyén kezdeményezi. Ez az aktív munkavállalás és munkába állás feltétele. Magyarországon az ebbe történő bekerülés a tulajdonképpeni működési jog. Meghatározott számú kreditpont gyűjtésével ötévenként újítandó meg. A szakképesítésre vonatkozó adatok ugyancsak bekerülnek ide. Több szakképesítés esetén meg kell adni, hogy az illető melyik szakterületén dolgozik aktívan és kíván kreditet gyűjteni.

Orvos. Általános orvosi (alap-)diplomával – graduális képzési idő 6 év – rendelkező személy.

Fogorvos. Fogorvosi (alap-)diplomával – graduális képzési idő 5 év – rendelkező személy.

Szakorvos. Alapdiplomával és egy vagy több szakterületen szakvizsgával rendelkező orvos. Az elsődleges szakképesítés megszerzésének időtartama szakterülettől függően 4–7 év (posztgraduális szakorvosi képzés). Az adott szakterületen a szakorvosi cím használatára a sikeres, az előírt képzési idő után lehetőleg szakvizsga jogosít.

Rezidens. A szakorvosi képzés első 26 hónapja, amelyben a rezidens orvos vagy rezidens fogorvos központi gyakornoki státuson van (államilag finanszírozott). A szakképzés curriculumuma szakterületenként eltér, ez a rezidensi időszakban is így van.

Graduális képzés. Orvosi egyetemi, általános orvosdoktori és fogorvosdoktori diplomát nyújtó alapképzés. Ez előbbi esetben 12 félév, utóbbi esetben 10 félév elméleti és gyakorlati képzés.

Posztgraduális képzés; szakorvosképzés. Az egyetemi alapképzés utáni szakorvosi képzés, amely szintén az egyetemekhez kötötten zajlik (valamelyik egyetem programjába be kell jelentkezni), de az első 26 hónapot követően (rezidens orvos, köz-

ponti gyakornoki státusz) a maradék időszakot a szakorvosjelölt abban az egészségügyi ellátó intézményben tölti, ahol állást kapott. A szakképzés curriculumuma szakterületenként eltér.

Posztgraduális képzés; folyamatos orvosi képzés. A működési jog megtartásáért a szakterületnek meghatározott módon adott összegű creditpontot kell öt éves időtartamban összegyűjteni és a működési nyilvántartást vezető szervnél (EEKH) bemutatni, igazolni.

Irodalom

- BALÁZS P. [2005]: Migrációs hatások leképeződése a magyar orvostársadalomban. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*. 4. évf. 2. sz. 5–10. old.
- BUCHAN, J. [2004]: What Differences Does („Good”) HRM Make? Commentary. *Human Resources for Health. BioMed Central*. www.human-resources-health.com/content/2/1/6. Elérés dátuma: 2009. július 7.
- BUCHAN, J. [2008]: *How Can the Migration of Health Service Professionals Be Managed so as to Reduce Any Negative Effects on Supply*. World Health Organization, the European Observatory on Health Systems and Policies, and Health Evidence Network. Copenhagen. http://www.euro.who.int/document/hsm/7_hsc08_ePB_10.pdf. Elérés dátuma: 2009. július 8.
- CSANÁDY M.– SZEMÉLYI L. [2006]: Brain drain. Közelkép a diplomás magyarokról. *Századvég*. 3.(41.) sz. 79–122. old. www.szazadvég.hu/kiado/szveg/szemelyi41.pdf. Elérés dátuma: 2009. július 7.
- CSANÁDY M. T. ET AL. [2008]: A magyar képzett migráció a rendszerváltás óta. *Magyar Tudomány*. 169. évf. 5. sz. 603–616. old. www.matud.iif.hu/08maj/11.html. Elérés dátuma: 2009. július 7.
- DAYRIT, M. ET AL. [2008]: WHO Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. *Bulletin of the World Health Organization*. 86 évf. 10. sz.
- DUBOIS, C.-A. – MCKEE, M. – NOLTE, E. [2006]: Human Resources for Health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies series. Open University Press.
- DUSSAULT, G. ET AL. [2009]: *Scaling Up the Stock of Health Workers*. International Centre for Human Resources in Nursing. www.hrresourcecenter.org/node/2641. Elérés dátuma: 2009. július 22.
- EEKH (EGÉSZSÉGÜGYI ENGEDÉLYEZÉSI ÉS KÖZIGAZGATÁSI HIVATAL) [2009a]: *Elismerési Statisztikák*. www.eekh.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=10&Itemid=2. Elérés dátuma: 2009. február 9.
- EEKH (EGÉSZSÉGÜGYI ENGEDÉLYEZÉSI ÉS KÖZIGAZGATÁSI HIVATAL) [2009b]: *A Hivatal hatásköre*. www.eekh.hu. Elérés dátuma: 2009. július 6.
- FEJÉRDY P. – GERLE J. – KÓBOR A. [2004]: A hazai fogorvosi migráció, és a decentralizált fogorvosképzés. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*. 3. évf. 8. sz. 24–28. old.
- GIRASEK E. – EKE E. – SZÓCSKA M. [2009]: Fiatal orvosok vidéki munkavállalási szándékai. *Orvosképzés*. LXXXIV. évf. 1. sz. 59–63. old.
- GRÓSZ A. – PAPP R. [2008]: Vissza a jövőbe – munkaerő-piaci kihívások a házi orvosi rendszerben. *HáziJogOrvos*. 1. sz.

- GYENE I. H. [2008]: *Migrációs és bevándorlási folyamatok Magyarországon*. Méltányosság Politikaelemző Központ. www.meltanyossag.hu/files/meltany/imce/kp-migracioesbevandorlas-080619.pdf. Elérés dátuma: 2009. július 7.
- HÁRS Á. [2004]: *A magyar munkaerő-migráció regionális sajátosságairól*. MTA KTI. Budapest.
- HÁRS Á. – SIMONOVITS B. – SIK E. [2004]: Munkaerőpiac és migráció: fenyegetés vagy lehetőség? In: *Kolosi T. – Tóth I. Gy. – Vukovich Gy.* (szerk.): *Társadalmi Riport, 2004*. Társ. Budapest.
- ILLÉS S. – GELLÉRNÉ LUKÁCS É. [2007]: A tudományos kutatók migrációjáért. *Európai Tükör*. 12. évf. 4. sz. 13–30. old.
- IOM (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION) [2006]: *Migration Management in Central and South-Eastern Europe. IOM Strategy and Objectives 2006–2007*. Budapest.
- IVÁDY V. – SINKÓ E. – RÉTHELYI J. [2004]: Befektetés az egészségbe: szempontok az egészségügy gazdaságélénkítő szerepének megalapozásához. MSD. Budapest.
- KHAOSSUM, D. [2004]: Data on the Migration of Health-Care Workers: Sources, Uses, and Challenges. *Bulletin of the World Health Organization*. 82. évf. 8. sz. 601–607. old.
- KINGMA, M. [2007]: Nurses on the Move: A Global Overview. *Health Services Research*. 42. évf. 32. sz. 1281–1298. old. www.hsr.org/hsr/abstract.jsp?aid=42187696730. Elérés dátuma: 2009. július 7.
- KSH (KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL) [2007]: *Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2006*. Budapest.
- LUKÁCS É. – ILLÉS S. [2003]: Szabad-e a személyek áramlása? *Alföldi tanulmányok 2002–2003*. 19. évf. 18–34. old.
- MULLAN, F. M. D. [2005]: The Metrics of the Physician Brain Drain. *New England Journal of Medicine*. 353. köt. 17. sz. 1810–1818. old.
- OECD (ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT) [2007]: *Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration*. Part III. International Migration Outlook. Paris. 161–228. old.
- OECD (ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT) [2008]: *The Looming Crisis in the Health Workforce: How Can OECD Countries Respond?* Paris. <http://www.oecd.org/dataoecd/25/15/41509236.pdf>. Elérés dátuma: 2009. július 7.
- OFFICIAL JOURNAL OF THE EUROPEAN UNION [2005]: Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the Recognition of Professional Qualifications. 2005.09.30. L255 <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:en:pdf>. Elérés dátuma: 2009. július 2.
- OPEN SOCIETY FUND LITHUANIA [2003]: Physician Planning in Lithuania in 1990–2015. Final report. Open Society Fund Project „Health Human Resource Development and Planning in Lithuania”. (grant code 2000-V0137-0). http://politika.osf.lt/public_health/documents/LGP_leidiny_engl.pdf. Elérés dátuma: 2009. július 7.
- PANG, T. – LANSANG, M. A. – HAINES, A. [2002]: Brain Drain and Health Professionals – A Global Program Needs Global Solutions. *British Medical Journal*. 324. köt. 499–500. old.
- PÁVA H. – KOVÁCS R. [2003]: *Az egészségügyi diplomák és szakképesítések elismerési rendje*. Európa füzetek 29. <http://www.eum.hu/eu-egeszsegugy/eu-integracio/diplomak-elfogadasa-080630>. Elérés dátuma: 2009. július 7.
- RÉDEI M. [2007]: *Mozgásban a világ. A nemzetközi migráció földrajza*. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest.

- SABINA, A.–CHEN, L. [2004]: *Medical Exceptionalism in International Migration: Should Doctors and Nurses Be Treated Differently?* Working Paper.
<http://www.hrhresourcecenter.org/node/267>. Elérés dátuma: 2009. július 22.
- SCHEFFLER, R. M. ET AL. [2008]: Forecasting the Global Shortage of Physicians: An Economic and Needs-Based Approach. *Bulletin of the World Health Organization*. 86. köt. 7. sz. 516–523. old.
- SIK E. [2003]: A migrációs potenciál kutatásának alapfogalmai. In: Örkény A. (szerk.): *Menni vagy maradni? Kedvezménytörvény és migrációs várakozások*. MTA KI. Budapest. 15–18. old.
- SIMONOVITS B. [2004]: *A kelet-nyugat európai munkaerőmigráció az Unió csatlakozás küszöbén*. TÁRKI. Budapest.
- STANKŪNAS, M. – LOVKYTĖ, L. – PADAIGA, Ž. [2004]: The Survey of Lithuanian Physicians and Medical Residents Regarding Possible Migration to the European Union. *Medicina*. 40 évf. 1. sz. 68–74. old.
- TILLY, C. [2001]: Áthelyeződött hálózatok. In: Sik E. (szerk.): *A migráció szociológiája*. Szociális és Családügyi Minisztérium. Budapest.
- VISZT E. [2006]: Nemzetközi munkaerő-vándorlás és versenyképesség. In: Vértés A. – Viszt E. (szerk.): *Stratégiai kutatások – Magyarország 2015. Tanulmányok Magyarország Versenyképességéről*. Új Mandátum kiadó. Budapest.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) [2006]: *The World Health Report 2006 – Working Together for Health*. WHO. <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>. Elérés dátuma: 2009. július 7.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) [2008a]: *Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. Working Paper. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_13-en.pdf. Elérés dátuma: 2009. július 7.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) [2008b]: *Health Workforce Policies in Europe: Progress to Date and Emerging Issues and Options*. Draft EUR/RC59/SC(3)/9 Paper. WHO Sixteenth Standing Committee of the Regional Committee for Europe. Koppenhága. 2009. március 30–31.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) [2008c]: *Managing the Migration of Health Professionals in the WHO European Region*. WHO European Ministerial Conference on Health Systems: Health Systems, Health and Wealth. Észtország. Tallin. 2008. június 25–27.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) [2008d]: *Health Workers for All and All for Health Workers. First Global Forum on Human Resources for Health*. Uganda. Kampala. 2008. március 2–7. www.who.int/workforcealliance/forum/1_agenda4GAction_final.pdf. Elérés dátuma: 2009. július 6.
- WILLIAMS, A. – BALAZ, V. [2008]: *International Migration and Knowledge*. Routledge. London.

Summary

Health professionals' migration is a global phenomenon. In some countries it has critical role in running health care in an appropriate quality and ensuring its sustainability. A deepening shortage of human resources for health can be observed worldwide. In light of this, the importance of health professionals' migration is increasing. It has become an evident priority both for scientific research and the health policy agenda by now.

The authors of this article give an overview of the Hungarian physicians' migration from 1 May 2004, in international contexts. They introduce the data sources, data and indicators that are used to track and analyse the migration of health professionals. They touch upon the main challenges of scientific researches.

The authors present and process the available official data on migration flows out of the country and into Hungary for the last five years. They present the relevant results of their own 2008 research project: „Exploration of the underlying motivation patterns behind resident doctors' intention to look for and find a job, and their choice of medical career”. This research was funded by the National Employment Foundation. It suits the „Human Resources for Health Research Project” research series that the Semmelweis University Health Services Management Training Centre has been running since 2003.