

Az egészségügyi dolgozók területi eloszlása Magyarországon: mintázatok, okok és különböző narratívák

Spatial distribution of health workers in Hungary: patterns, causes and different narratives



Absztrakt

A nemzetközi folyamatokhoz hasonlóan Magyarországon is megfigyelhető az egészségügyi szakemberek hiánya és egyenlőtlen térbeli eloszlása, melyek jellemzőiről és okairól azonban korlátozott információk állnak rendelkezésre. A tanulmány célja (1) megvizsgálni, hogy az egészségügyi szakemberek térbeli eloszlása milyen jellegű egyenlőtlenségeket mutat Magyarországon, illetve (2) feltárni, hogy a politikai döntéshozók és az egészségügyi szakemberek miként vélekednek az egészségügyi dolgozók hiányáról és egyenlőtlen területi eloszlásáról. A fenti célok elérését egyrészt különböző statisztikai módszerek alkalmazása tette lehetővé, a járási szintű egészségügyi humán erőforrás-adatok és más társadalmi-gazdasági mutatók felhasználásával, másrészt politikai dokumentumok tartalomelemzésére és magyar egészségügyi szakemberekkel készített interjúkra került sor. Az eredmények alapján megállapítható, hogy Magyarországon az egészségügyi dolgozók térbeli eloszlásában a településhierarchiának nagyobb szerepe van, mint a regionális centrum–periféria viszonyoknak. Összességében Magyarországon a fejlesztéspolitikának érdemes lenne nagyobb figyelmet fordítania az egészségügyi munkaerő térbeli eloszlásában megmutató egyenlőtlenségekre és az azokat befolyásoló tényezőkre, így például a helyi sajátosságok szerepére az érintett szakemberek megtartásában és mobilitásában.

Kulcsszavak: egészségügyi szakemberek, centrum–periféria, statisztikai módszerek, interjúk, tartalomelemzés

Abstract

Similar to international trends, Hungary also experiences a shortage and uneven spatial distribution of healthcare professionals. However, limited information is available on the characteristics and causes of this uneven spatial distribution. The aim of this study is (1) to investigate the characteristics of the spatial distribution of health workers in Hungary and (2) to explore the perceptions of policy makers and health professionals on the shortage and unequal spatial distribution of health workers. To achieve the above objectives, on the one hand, various statistical methods have been applied, using district level human-resources-for-health data and other socio-economic indicators. On the other hand, content analysis of policy documents and interviews with Hungarian health professionals have been conducted. The results show that the spatial distribution of health workers in Hungary is more influenced by the settlement hierarchy than by regional centre–periphery relations. In conclusion, policy makers in Hungary should pay more attention to the inequalities in the spatial distribution of the health

workforce and the factors that influence it, such as the role of local specificities in the retention and mobility of health professionals.

Keywords: health professionals, core–periphery, statistical methods, interviews, content analysis

JEL: I. Health, Education, and Welfare

I1 Health

I14 Health and Inequality

BEVEZETÉS

Hasonlóan a nemzetközi folyamatokhoz, a magyarországi egészségügyben is jelentős kihívás a szakemberek (pl. orvosok, fogorvosok, szakdolgozók) hiánya. E jelenség okai igen összetettek, melyek közül kiemelhető az egészségügyi szakemberek kivándorlása az országból, átlépésük a magánszektorba, illetve a pályaelhagyás. Az egészségügyi szakemberek térbeli eloszlására jelentős egyenlőtlenségek jellemzők, amire korábbi kutatások eredményei is rámutattak. Ugyanakkor kérdésként merülhet fel, hogy az így kialakuló területi egyenlőtlenségek milyen mintázatot mutatnak. A kutatók számára ezért fontos téma az egészségügyi dolgozók területi eloszlásának és az ebben a tekintetben mutatkozó egyenlőtlenségek okainak elemzése.

Tanulmányunk célja kettős: egyrészt megvizsgálni, hogy az egészségügyi szakemberek térbeli eloszlása milyen típusú egyenlőtlenséget mutat Magyarországon, másrészt feltárni, hogy a politika (azon belül különösen az egészségügyi szakpolitika) és az egészségügyi szakemberek miként vélekednek az egészségügyi dolgozók hiányáról és egyenlőtlen területi eloszlásáról. Így képet kaphatunk arról is, hogy a meglévő egyenlőtlenségeket hogyan értékelik a folyamat főbb szereplői.

Az első cél eléréséhez az alapellátáshoz kapcsolódó, járási szintű humán erőforrás-adatakból képeztünk statisztikai mutatókat (pl. egységnyi lakosságra jutó egészségügyi szakemberek száma járásonként, leíró statisztika), melyeket összevetettünk néhány gazdasági fejlettségi indikátor térbeliségével, illetve a kedvezményezett járásokkal is. A vizsgálatot az egészségügyi alapellátás adatain végeztük, mivel ez az a szintje az egészségügyi ellátásnak, amely térben a legkiterjedtebb, hiszen a magasabb progresszivitási szintek (járóbeteg-szakellátás, fekvőbeteg-ellátás) a településhierarchia felsőbb szintjeihez kötődnek.

A második cél eléréséhez tartalomelemzést végeztünk az egészségügyi humán erőforrás kezelésével kapcsolatos szakpolitikai dokumentumok szövegeinek felhasználásával, illetve interjúkat készítettünk magyar egészségügyi szakemberekkel. Az 58 darab félig strukturált interjúban többek között arra kérdeztünk rá, hogy milyen hatással van az interjúalanyok munkahelyi tapasztalataira az egészségügyi dolgozóhiány, hogy szerintük ez milyen okokra vezethető vissza, illetve, hogy miként viszonyulnak a migrációhoz, mely helyekre költöznének és hol vállalnának munkát.

Tanulmányunkban elsőként áttekintjük a kutatás szakirodalmi hátterét és előzményeit (különös tekintettel az egészségügyi dolgozók hiányának és egyenlőtlen térbeli

eloszlásának lehetséges okaira és sajátosságaira nemzetközi és magyarországi viszonylatban), majd a kutatás problematikáját, a kutatási kérdéseket és az alkalmazott vizsgálati módszereket ismertetjük. Ezt követően az empirikus kutatás eredményeit mutatjuk be, végül pedig a tanulmányt néhány összegző gondolattal zárjuk.

1. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKEMBERHIÁNY EGYENLŐTLEN TERÜLETI MEGOSZLÁSA: SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

Az egészségügyi szakemberek hiánya globális jelenség, amely mögött azonban több tényező befolyásoló hatása áll. Az egyik összetevő az, hogy abszolút értelemben túl kevés a szakember, ugyanis az egészségügyi dolgozók száma nem tud lépést tartani a bolygó növekvő népességének szintén növekvő egészségügyi szükségleteivel. Az abszolút hiány jelenleg több millió fő, melyre vonatkozóan sokféle adat létezik. A különböző becslések közötti eltérések a felhasznált adatok jellegéből és a számítási módszerek sajátosságaiból következnek: például egyesek csak az orvoshiányt vizsgálják, míg mások kiterjesztik ezt az egészségügyi szakdolgozókra is (Buchan, 2002; Liu et al., 2017; Scheffler et al., 2018; WHO, 2016).

Az egészségügyi szakemberek hiányának másik fő aspektusa a rendelkezésre álló képzett egészségügyi munkaerő egyenlőtlen térbeli eloszlása, ami több földrajzi léptéken megfigyelhető, de jellege minden esetben függ (1) az egészségügyi munkaerő képzésének területi mintázatától, (2) az egészségügyi dolgozók mobilitásától, illetve (3) az egészségügyi ellátás térbeli konfigurációjától. A korábbi vizsgálatok tapasztalatai alapján a fent felsorolt tényezők az egészségügyi dolgozók térbeli eloszlásában általában centrum–periféria mintázatot hoznak létre. Az egészségügyi munkaerő képzése például többnyire a városi központokban meglévő oktatási intézményekhez kötődik. Ugyanakkor vannak kifejezetten vidéki térségekbe telepített képzőhelyek is, részben éppen azzal a céllal, hogy ezekben a gyengébben ellátott régiókban növeljék az egészségügyi munkaerő létszámát (lásd pl. Crump et al., 2016; McGirr et al., 2019; Playford et al., 2017; Playford et al., 2021). Ami az egészségügyi ellátás térbeli struktúráját illeti, a nagyobb népességkoncentrációk fokozott ellátási igényt is jelentenek. Így az egészségügyi intézmények többsége is a népesebb városi területeken található, aminek egyik következménye, hogy az egészségügyi munkaerő is jobban koncentrálódik ezeken a helyeken.

Érdeemes figyelembe venni azt is, hogy az egészségügy a legtöbb országban progresszív elven szervezett, azaz a bonyolultabb, speciális eseteket magasabb szinten látják el, ilyen ellátás pedig jellemzően a centrumokban van, ahol így több orvos, ápoló és egyéb egészségügyi szakember dolgozik (www.physio-pedia.com). Ugyanakkor az ellátás területi szerkezetét befolyásolhatják a településhálózat jellemzői is, így például az egyes térségek aprófalvas jellege vagy a nagy külterülettel rendelkező települések jelenléte. Az egészségügyi munkaerő mobilitása is rendszerint a centrum–periféria viszonyrendszer tükrözi: a munkaerő az utóbbiból az előbbibe áramlik. A migráció egyik hatásként pedig az egészségügyi munkaerő térbeli eloszlása is centrum–periféria mintáza-

tot mutat, ami megfigyelhető globálisan (Aluttis et al., 2014; Buchan, 2002; Chen et al., 2004), makroregionális léptékben, így például az Európai Unióban (Buchan et al., 2014; Pál et al., 2021; Winkelmann et al., 2020; Zuk et al., 2019), illetve az egyes országokon belül (Correia–Veiga, 2010; Hann–Gravelle, 2004; Hara et al., 2017; Tanihara et al., 2011). A migrációs áramlások általános mintázataiban azonban vannak sajátos esetek is, például az egészségügyi munkaerő visszavándorlása a fejlettebb térségekből a kevésbé fejlettebbekbe, illetve a cirkuláris migráció (Boncea, 2015; Connell, 2010; Maier et al., 2014; Taylor et al., 2015; Williams–Baláz, 2008).

Korábbi kutatások eredményei arra utalnak, hogy Magyarországon is jellemző az egészségügyi szakemberek centrumtérségekben és -településeken történő koncentrációja. Megfigyelhető például, hogy az alapellátásban a településhierarchia magasabb szintjein lévő települések egészségügyi szakemberekkel való ellátottsága kedvezőbb, mint a hierarchia alsóbb szintjein lévő településeké (Bálint, 2020; Fabula et al., 2020).

Az egyenlőtlen területi eloszlás egyik oka az egészségügyi szakemberek migrációja és társadalmi-térbeli mobilitása, melyet a 2000-es évek vége óta széles körben vizsgáltak Magyarországon. A témát kutató szakemberek különösen nagy hangsúlyt fektetnek az egészségügyi dolgozók vándorlási szándékaira, a vándorlás lehetséges okaira és irányaira, illetve az egészségügyi munkaerő szempontjából kulcsfontosságú pályaelhagyásra. Az eddigi eredmények arra utalnak, hogy a perifériából centrumba történő vándorlási mintázat érvényesül a hazai egészségügyi dolgozók esetében is, hiszen például az Európai Unió munkaerőpiacok 2000-es évek végi megnyitásával sokan vállaltak közülük munkát észak- és nyugat-európai országokban (Boros–Pál, 2016; Eke et al. 2009; 2011; Varga, 2016; 2017).

Ami a belső, vagyis Magyarországon belüli migrációt illeti, több szerző is rámutatott már, hogy a magyar egészségügyben dolgozókat viszonylag nagyfokú immobilitás jellemzi. Lényeges szempont, hogy az egészségügyi rendszer nem megfelelő reformjai és működtetése, valamint az egészségügyi szakemberek kismértékű országon belüli mobilitása olyan fölös területi kapacitásokat idézhet elő, amelyeket később nem az ország más részeiben hasznosítanak majd, hanem külföldön, köszönhetően az érintettek elvándorlásának. Ezért is dolgozott ki a hazai szakpolitika már korábban mobilitási programot a magyar egészségügyi munkaerő területi eloszlásának befolyásolására (Árokszállási, 2010), illetve indítottak kísérleti programot csoportos háziiorvosi szolgálatok kialakítására a hátrányos helyzetű vidéki térségekben (Dózsa et al., 2017). A magyarországi egészségügyi munkaerő mobilitására – a külföldi munkalehetőségek elszívó erején kívül – jelentős hatást gyakorol a belföldi képzőhelyek (Budapest, Debrecen, Szeged) vonzó hatása is, valamint Budapestnek és az egyes megyéknek az országon belüli gazdasági helyzetéből fakadó megtartó képessége (lásd pl. Balázs, 2010; Fejérdy et al., 2004). Több kutatás is kimutatta már például, hogy a magyarországi képzőhelyeken végzett egészségügyi tanulók többsége a diploma megszerzése után Budapesten vagy más nagyvárosokban kíván elhelyezkedni (pl. Girasek et al., 2010; Girasek, 2012).

A hazai egészségügyi dolgozók migrációs szándékainak és mobilitási jellemzőinek megismerése azért is fontos, mert ezek a tényezők a magyarországi szakemberhiány jövőbeni alakulására is hatással lehetnek. Ugyanakkor érdemes megjegyezni, hogy

a fenti folyamatnak nem minden aspektusát vizsgálták eddig részletesen Magyarországon, így tanulmányunk további részében e kutatási hiány néhány vonatkozására fókuszálunk.

2. A KUTATÁS PROBLEMATIKÁJA, CÉLJA, KÉRDÉSEI ÉS AZ ALKALMAZOTT MÓDSZEREK

Az áttekintett szakirodalom alapján az eddigi nemzetközi és magyarországi kutatások eredményei is arra utalnak, hogy az egészségügyi dolgozók térbeli eloszlása jellemzően a centrum–periféria mintázatot követi, így az érintett szakemberek a centrumtérsegekben koncentrálnak, illetve oda áramlanak.

Korlátozott mértékben rendelkezünk ugyanakkor arra vonatkozó ismeretekkel és információkkal, hogy ez a centrum–periféria mintázat jelenleg megfigyelhető-e Magyarországon, illetve, ha igen, akkor milyen sajátosságokat mutat különböző földrajzi léptékeken.

Szintén kevésbé ismert, hogy az egészségügyi szakemberek térbeli eloszlása mennyire hasonlít más – gazdasági fejlettséget jelző – indikátorokéhoz, illetve, hogy a humán erőforrás-eloszlás vagy a gazdasági fejlettség térbeli egyenlőtlenségei nagyobb mértékűek-e.

Egy másik lényeges kutatási probléma az, hogy az objektív mutatókkal leírható térszerkezet feltárásán túl keveset tudunk a teret formáló különböző szereplők e témát érintő véleményéről. Így például arról, hogy az érintett egészségügyi szakemberek hogyan vélekednek a területi egyenlőtlenségekről és a migrációról: ha elvándorolnának, akkor ez a szakemberhiánnyal erősebben sújtott térségeket jobban érintené-e, illetve, hogy dolgoznának-e (országban belüli vándorlás esetén) periferikus térségben, továbbá szívesebben dolgoznának/élnének-e nagyobb városban vagy a településhierarchia magasabb szintjén lévő településen.

A fenti problematikából kiindulva kutatásunk során az alábbi kérdésekre kerestük a válaszokat:

- 1) Az egészségügyi szakemberek térbeli eloszlása milyen típusú egyenlőtlenségeket tükröz Magyarországon?
- 2) Megfigyelhető-e az országon belül az egészségügyi szakemberek térbeli eloszlásában is a gazdasági mutatók által kijelölt centrum–periféria relációk?
- 3) Hogyan függenek össze mindezek más, gazdasági fejlettséget jelző mutatók térbeliségével?
- 4) A szakpolitika hogyan érzékeli és kezeli az egészségügyi szakemberhiányt, illetve milyen okokra vezeti azt vissza?
- 5) Hogyan jelenik meg az érintett egészségügyi szakemberek gondolkodásában a területi egyenlőtlenség, és ez hogyan kapcsolódik össze az országon belüli migrációs szándékukkal?

Az első, a második és a harmadik kérdés megválaszolásához az alapellátáshoz kapcsolódó, járási szintű humán erőforrás-adatokból képeztünk statisztikai mutatókat

(pl. 10 ezer lakosra jutó házi orvosok, házi gyermekorvosok, illetve védőnők száma, adatsorok leíró statisztikai mutatói), melyeket összehasonlítottunk néhány gazdasági-fejlettségi indikátor térbeliségével, illetve a kedvezményezett járások országon belüli elhelyezkedésével is (az összevetéshez a Pearson-féle korrelációs együtthatót is alkalmazva). A felhasznált adatok a következők voltak: egészségügyi alapellátáshoz kapcsolódó humán erőforrás-adatok (házi orvosok, házi gyermekorvosok, védőnők), gazdasági fejlettségi különbségeket tükröző adatok (személyi jövedelemadó, járási fejlettséget tükröző komplex mutató). A kutatás során azért döntöttünk az alapellátás adatainak felhasználása mellett, mert ez az ellátás térben legkiterjedtebb eleme, ez található meg a legtöbb településen. Az elemzés területi szintje a járás volt, a területi egyenlőtlenségi mutatókra vonatkozó számításokat elvégeztük 2010-re és 2019-re is. Az eredmények egy részét grafikusán is megjelenítettük diagramokon és térképeken.

A negyedik kérdéshez kapcsolódóan dokumentumelemzést végeztünk. Az áttekinthető dokumentumok mindegyike a magyarországi fejlesztéspolitikához kapcsolódik, és mindegyik országos szintű, továbbá az alábbi három fő típus valamelyikébe sorolható: vannak közöttük általános fejlesztéspolitikai, területi politikai és egészségügyi szakpolitikai dokumentumok is. Végül a következőket vontuk be a vizsgálatba:

- Újraélesztett egészségügy. Gyógyuló Magyarország. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. Szakmai koncepció, 2011;
- Beszámoló a Nemzeti Fejlesztés 2030 – Országos Fejlesztési és Területfejlesztési Koncepció (OFTK) megvalósulásáról, 2014-2016;
- „Egészséges Magyarország 2014-2020”. Egészségügyi Ágazati Stratégia, 2015;
- Az egészségügyi alapellátás megerősítésének koncepciója. Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2015;
- Versenyképességi Program 330 pontban. Magyar Nemzeti Bank, 2019;
- 2020. évi országjelentés – Magyarország;
- Magyarország Helyreállítási és Ellenállóképességi Terve (tervezet), 2021;
- Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program Plusz (EFOP PLUSZ);
- Terület- és Településfejlesztési Operatív Program Plusz (TOP PLUSZ);
- „Egészséges Magyarország 2021–2027”. Egészségügyi Ágazati Stratégia Budapest, 2021.

A fenti dokumentumokat aszerint elemeztük, hogy bennük mely szövegrészekben és milyen kontextusban fordul elő az „egészségügyi munkaerőhiány” fogalma, majd a releváns szövegrészeket kódoltuk. A kódolás a kvalitatív tartalomelemzés logikájának megfelelően nem előre meghatározott kategóriák szerint történt, hanem az elemzés folyamatában alakítottunk ki kategóriákat attól függően, hogy az egyes dokumentumokban milyen fogalmak társultak az egészségügyi dolgozók hiányához.

Az ötödik kérdés megválaszolásához – egy tágabb kutatáshoz kapcsolódóan – interjúkat készítettünk hazai egészségügyi szakemberekkel 2019-ben és 2020-ban. Az interjúpartnerek magyar orvosok, fogorvosok és szakdolgozók (62 fő) voltak. (Az összesen 58 darab közül több „páros” interjú volt, ezért van eltérés az interjúk és az interjúpartnerek száma között.) A szakmák közötti megoszlás a következő volt: 39 orvos és fogorvos,

23 egyéb egészségügyi dolgozó. Az interjúpartnerek közül 23 volt férfi, 31 nő, továbbá 4 darab olyan interjú is készült, amelyben egy-egy házaspár mindkét tagja részt vett (összesen 8 fő). Az interjúk személyesen, online, illetve néhány esetben telefonon készültek. Az interjúpartnerek gyűjtését hólabda módszer segítségével bővítettük célirányosan, hogy a végső sokaság a migráció szempontjából általunk előzetesen kialakított típusok szerint kiegyenlített legyen. E típusok a következők voltak: eddig csak Magyarországon dolgozott (maradó), jelenleg külföldön dolgozik (kivándorolt), Magyarországon, majd külföldön dolgozott, de visszatelepült Magyarországra (visszavándorolt), egyéb, például külföldön született és dolgozott is, de most a magyarországi egészségügyi rendszerben dolgozik (bevándorolt), pályaelhagyó.

Az interjúkban rákérdeztünk arra is, hogy az interjúalany hogyan viszonyul a migrációhoz, mely helyekre költözne, hol vállalna munkát, illetve arra is, hogy hogyan viszonyul a fejlettebb vagy elmaradottabb térségekben való munkához, élethez. Ezekből az elbeszélésekből következtethetünk arra, hogy az egészségügyi szakemberek körében milyen narratívák jellemzők a területi egyenlőtlenségekhez kapcsolódóan, illetve arra, hogy a centrum–periféria polarizáció folytatódik-e Magyarországon a közeljövőben.

3. EREDMÉNYEK

Kutatásunk empirikus eredményei közül először azokat ismertetjük, amelyek a magyarországi egészségügyi szakemberek területi eloszlásában esetlegesen megmutatkozó centrum–periféria relációkra vonatkoznak, vagyis területi eloszlásuk egyenlőtlenségeire, illetve arra, hogy ez az eloszlás milyen összefüggésben van más társadalmi-gazdasági fejlettségi mutatók térbeli mintázataival. Miután arra is választ kerestünk, hogy ezeket az egyenlőtlenségeket a folyamat szereplői hogyan értékelik, az eredményeket ismertető fejezet második részében bemutatjuk, hogy a fejlesztéspolitika és az általunk megkérdezett magyar egészségügyi szakemberek miként vélekednek az egészségügyi munkaerőhiányról. Ennélfogva az egyenlőtlenségek több dimenzióját lehet vizsgálni: egyfelől a statisztikai adatok alapján mérhetőket, másfelől az egyenlőtlenségeket érzékelő szereplők narratíváit. Így tanulmányozható, hogy ezek mennyire fedik egymást vagy mennyire térnek el egymástól.

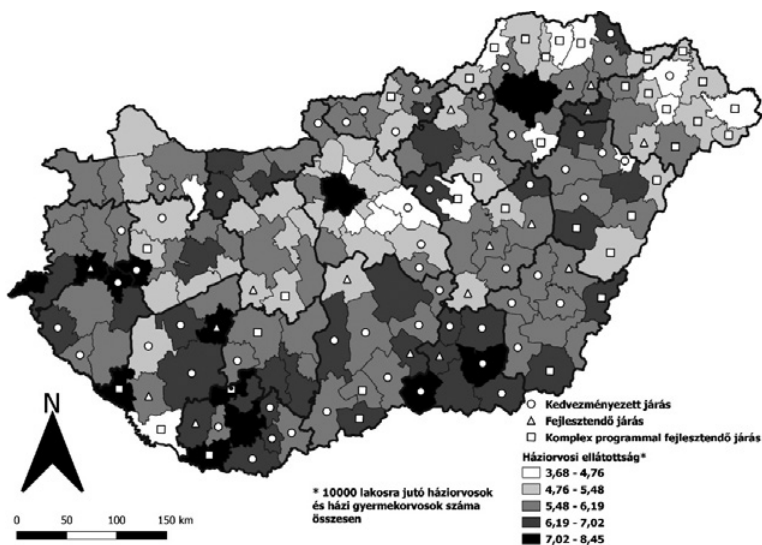
3.1. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKEMBEREK TÉRBELI ELOSZLÁSÁNAK SAJÁTÓSÁGAI, TERÜLETI EGYENLŐTLENSÉGEI

A háziorvosi ellátottság egyik gyakran alkalmazott mutatója az egészségügyi alapellátás területi egyenlőtlenségeinek mérésére a tízezer lakosra jutó házi orvosok és házi gyermekorvosok száma. E mutató magyarországi, járási szintű területi mintázata alapján kirajzolódik a Dél-Dunántúl és a Dél-Alföld járásainak, illetve Budapest látszólag kedvezőbb helyzete: az adatok alapján ezekben a térségekben több házi orvos és házi gyermekorvos jut tízezer lakosra, mint az országos átlag. Ugyanakkor bizonyos területeken – különösen a kelet-magyarországi járásokban, a budapesti agglomerációban, illetve a Nyugat-Dunántúlon – látszólag kedvezőtlenebb a helyzet. Ha mindezt összevetjük a járások fejlettségét

kifejező, a kedvezményezett járások besorolásáról szóló 290/2014. XI. 26. kormányrendelet szerint meghatározott, és a területi politikában is általánosan alkalmazott „komplex mutatóval” (Pénzes, 2015), akkor szembevetendő, hogy számos járásnál nincs egybeesés. Így például a Nyugat-Dunántúl egyes részein vagy a Budapesti Agglomerációt érintő járásokban az orvosellátottsági mutató elméletileg kedvezőtlen, ugyanakkor a gazdasági fejlettség miatt nem találunk komplex programmal fejlesztő járást, amely az általunk figyelembe vettek közül a legkedvezőtlenebb kategória. Megállapítható tehát, hogy a járási szinten számított és ábrázolt házi orvos-ellátottsági mutató alapvetően nem mutatja a gazdasági fejlettségi különbségek ismert mintázatait, így térségi szintű centrum–periféria relációk nem rajzolódnak ki (1. ábra).

1. ábra: A 10 000 lakosra jutó házi orvosok és házi gyermekorvosok területi megoszlása járásenként, 2019

Figure 1 Number of general practitioners and general paediatricians per 10,000 inhabitants by district in Hungary, 2019



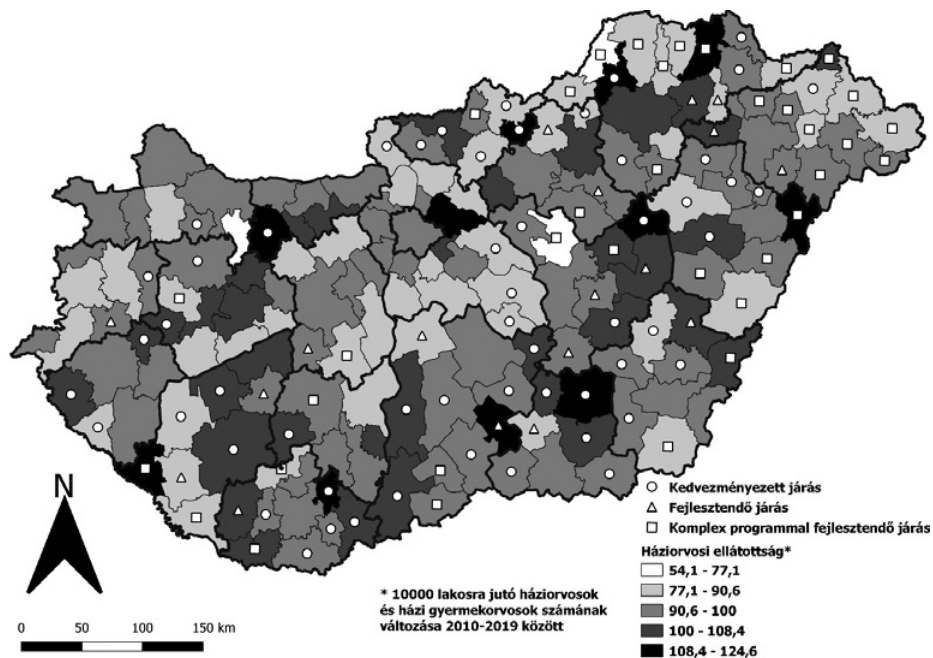
Forrás: Saját szerkesztés TeIR adatok alapján

Szintén nem figyelhetők meg a fejlettség alapján ismert centrum–periféria relációk a tízezer lakosra jutó házi orvosok és házi gyermekorvosok számának 2010 és 2019 közötti változásában sem. Ugyanakkor lényeges, hogy alig találunk olyan járást, ahol a vizsgált időszakban javult volna a mutató értéke, azaz meghaladná a 100%-ot. Mindössze 11 olyan járás van, ahol növekedett az érték, így inkább az vizsgálható, hogy hol csökkent kevésbé és hol nagyobb mértékben, tehát a legtöbb járásban fokozódik a házi orvosok és házi gyermekorvosok hiánya (2. ábra). E tekintetben vannak viszont eltérések a statikus, 2019-es térbeli mintázattól: a dél-alföldi járások helyzete relatíve

kedvezőbb, míg a Budapesti Agglomeráció vagy a Nyugat-Dunántúl járásainak értékei viszonylagosan kedvezőtlenebbek. A vizuális elemzés ellenőrzésére megvizsgáltuk, hogy van-e korreláció a tízezer lakosra jutó háziorvosok és házi gyermekorvosok járási adatsora, illetve a járások komplex mutatóinak adatai között. A számítások azt mutatják, hogy lényegében nincs összefüggés, mert a korreláció értéke 0,0145 (3. ábra).

2. ábra: A 10 000 lakosra jutó háziorvosok és házi gyermekorvosok területi megoszlásának változása járásonként 2010 és 2019 között, %

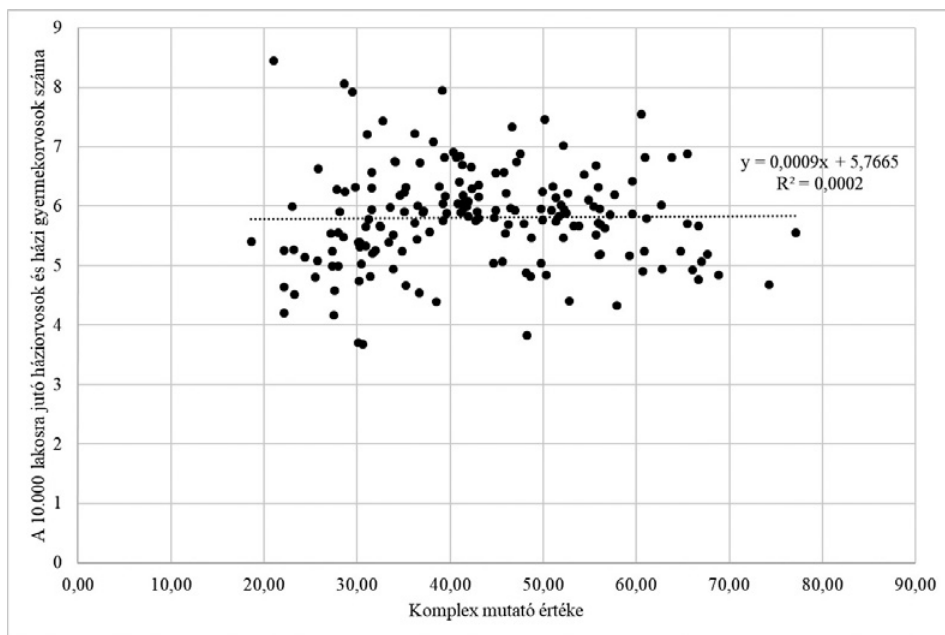
Figure 2 Change in the number of general practitioners and general paediatricians per 10,000 inhabitants by district in Hungary, 2010–2019, %



Forrás: Saját szerkesztés TeIR adatok alapján

3. ábra: A 10 000 lakosra jutó házi orvosok és házi gyermekorvosok száma, illetve a fejlettséget mérő komplex mutató értékei közötti összefüggés a magyarországi járások esetében, 2019

Figure 3 Scatter plot showing the relationship between the number of general practitioners and general paediatricians per 10,000 inhabitants, and the values of the complex indicator measuring development by district in Hungary, 2019

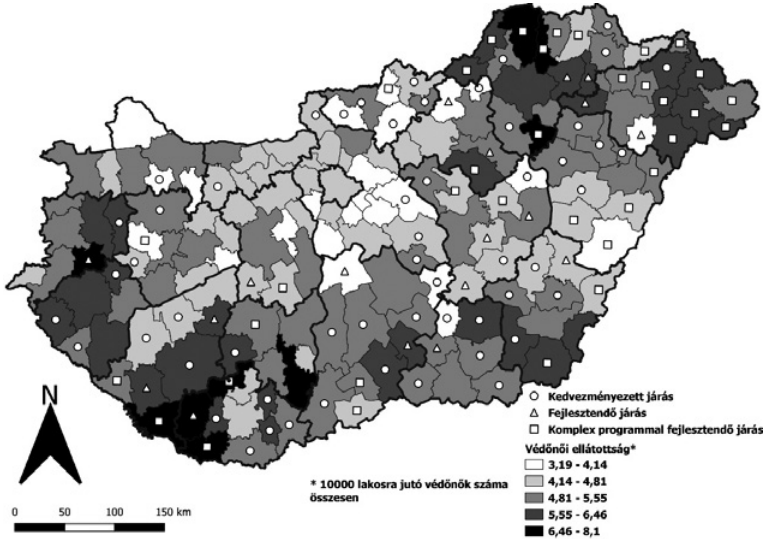


Forrás: Saját szerkesztés TeIR adatok alapján

A tízezer lakosra jutó védőnők száma részben hasonló térbeli mintázatot mutat, mint az eddig elemzett mutatók. A védőnők számára vonatkozó adatok és a támogató járások együttes térképi ábrázolása nyomán ugyanis látszólag nincsen egybeesés az egészségügyi dolgozók e csoportjának térbeli koncentrációi és a gazdasági fejlettséget tükröző centrum-periféria mintázat között (4. ábra). A tízezer lakosra jutó védőnők és a komplex mutató járási adatsorai közötti (Pearson-féle) korreláció $-0,2582$. Így ebben az esetben a kedvezőbb komplexmutató-érték nem feltétlenül jelenti azt, hogy az adott járás védőnőkkel való ellátottsága is jobb (5. ábra).

4. ábra: A 10 000 lakosra jutó védőnők területi megoszlása járásonként, 2019

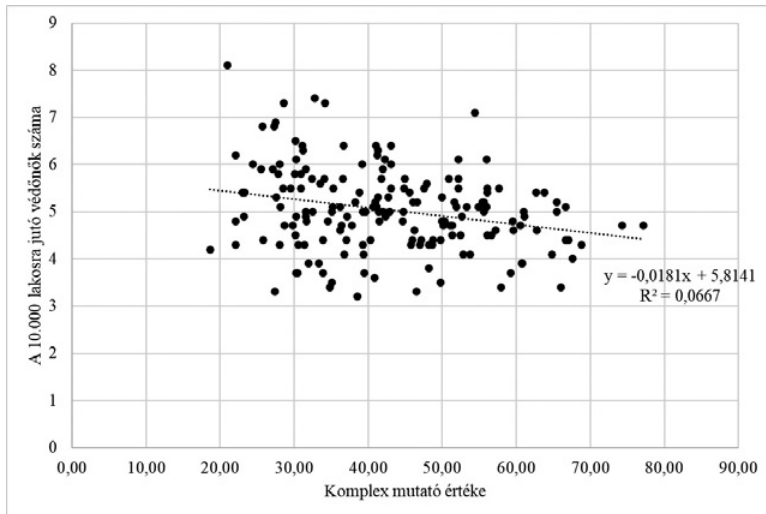
Figure 4 Number of health visitors per 10,000 inhabitants by district in Hungary, 2019



Forrás: Saját szerkesztés TeIR adatok alapján

5. ábra: A 10 000 lakosra jutó védőnők száma, illetve a fejlettséget mérő komplex mutató értékei közötti összefüggés a magyarországi járárok esetében, 2019

Figure 5 Scatter plot showing the relationship between the number of health visitors per 10,000 inhabitants, and the values of the complex indicator measuring development by district in Hungary, 2019



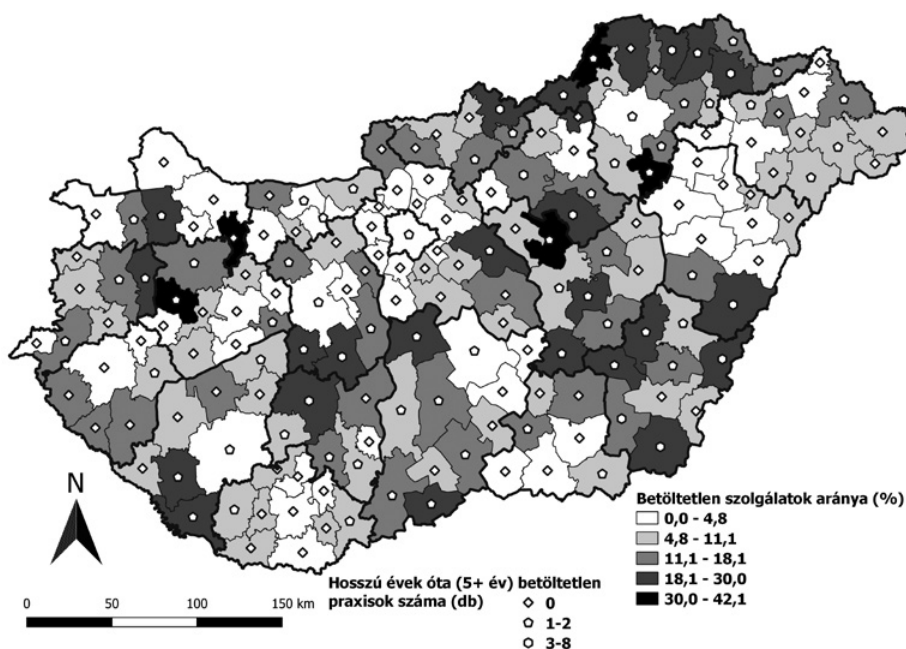
Forrás: Saját szerkesztés TeIR adatok alapján

A betöltetlen vagy tartósan (legalább hat hónapja) betöltetlen háziorvosi szolgálatok (praxisok) eloszlása sem tükrözi teljes mértékben a Magyarország térszerkezete esetében megszokott területi fejlettségi különbségeket (6. ábra), noha e szolgálatok száma folyamatosan (lényegében hónapról hónapra) növekszik. Ugyan itt talán nagyobb az egybesesés a periférikus térségek és a tartósan betöltetlen háziorvosi praxisok között, de mégis kisebb, mint a gazdasági fejlettségi indikátorok esetében.

Ugyanakkor megfigyelhető a településhierarchia szerepe: minél magasabban helyezkedik el egy település a hierarchia szintjei között, annál kisebb az esély arra, hogy legyen tartósan betöltetlen háziorvosi szolgálat (Fabula et al., 2020).

6. ábra: A betöltetlen és tartósan betöltetlen háziorvosi szolgálatok, 2020

Figure 6 Vacant and permanently vacant GP posts in Hungary, 2020



Forrás: Saját szerkesztés TeIR adatok alapján

Az 1. táblázatban az általunk használt – egészségügyi dolgozókra, illetve gazdasági fejlettségre vonatkozó – adatsorok közül háromnak a főbb leíró statisztikai adatait tüntettük fel. A leíró statisztikai mutatók általában vagy azt az értéket fejezik ki, amely körül az adatsor elemei csoportosulnak, vagy azt, hogy az egyes értékek milyen mértékben szóródnak e körül az érték körül. Feltevésünk szerint ez a tulajdonságuk alkalmassá teszi a leíró statisztikai mutatókat arra, hogy értékeik alapján következtetéseket vonjunk le az egyes adatsorok esetében jellemző koncentrációs folyamatokra.

A házi orvosok és házi gyermekorvosok tízezer lakosra jutó száma esetében az adatsor terjedelme a vizsgált időszakban csökkent, vagyis a 2010-es állapothoz képest 2019-ben kisebb intervallumon belül helyezkednek el az értékek (1. táblázat). A változás kettős folyamat eredménye: az adatsor legkisebb értéke növekedett, viszont a legnagyobb érték csökkent. Az előbbi azt jelzi, hogy a legrosszabbul ellátott járásban is több az egységnyi népességre jutó házi orvosok és házi gyermekorvosok száma, mint korábban, utóbbi pedig azt, hogy a legjobban ellátott járásban is kevesebb házi orvos és házi gyermekorvos jut egységnyi népességre, mint korábban. Ezzel szemben a védőnők esetében az adatsor terjedelme jelentősen növekedett. Az adatsor minimuma gyakorlatilag nem változott, ami negatív jelenségeként értékelhető, hiszen ez a mutató a korábbi vizsgálati időpontban is alacsony volt. Az adatsor maximuma viszont nagy mértékben nőtt, ami azt jelenti, hogy a legjobban ellátott terület még inkább kiemelkedik. Az egyes mutatók adattartalmának értékeléséhez fontos megjegyezni, hogy a vizsgált relatív mutatók változásai mögött egyaránt állhat az érintett egészségügyi szakemberek számának változása, illetve demográfiai okok is (pl. természetes népességnövekedés vagy népességfogyás, odavándorlás vagy elvándorlás).

A két (humán erőforrásra vonatkozó) adatsor kapcsán megfigyelhető, hogy 2010 és 2019 között mindkettőnél növekedett a súlyozott relatív szórás értéke. Az ilyen szóró-dási típusú mérőszámok azt mutatják meg, hogy az adatsor egyes elemei átlagosan mennyivel térnek el az adatsor átlagértékétől. Minél nagyobb ez az érték, annál nagyobb mértékben szóródnak az adatok az átlag körül. Vagyis feltételezhető, hogy a mutató értékének növekedése az egyenlőtlenségek növekedését jelzi a szóban forgó adatsor esetében. A tízezer lakosra jutó házi orvosok és házi gyermekorvosok száma esetében növekedett a legkisebb mértékben a súlyozott relatív szórás értéke, és lényegesen nagyobb volt a növekedés a tízezer lakosra jutó védőnők számánál. Az egy adófizetőre jutó SZJA alapot képező jövedelemnél a súlyozott relatív szórás értéke jóval magasabb mindkét évben az előző két humán erőforrás-mutatóénál, ami azt jelzi, hogy itt nagyobbak a járási szintű különbségek. A súlyozott relatív szórás ugyanakkor ennél a mutatónál csökkent 2010 és 2019 között. Ez természetesen nem jelenti azt, hogy társadalmi szinten, vagy járáson belül ne növekedhettek volna az egyenlőtlenségek. A vizsgált mutatók járási szintű egyenlőtlenségeit, illetve azok időbeli változását számos – sokszor egymástól távol lévő – tényező alakította az elmúlt években. Az egy adófizetőre jutó SZJA alapot képező jövedelmeknél például felmerül a pénzügyi transzferek (Európai Unió és hazai költségvetési támogatások, az adórendszer változásai) egyenlőtlenségeket mérséklő hatása.

1. táblázat: Az egyenlőtlenség-vizsgálathoz használt járási szintű statisztikai mutatók értékei, 2010, 2019

Table 1 Values of the district-level statistical indicators used for the study, 2010, 2019

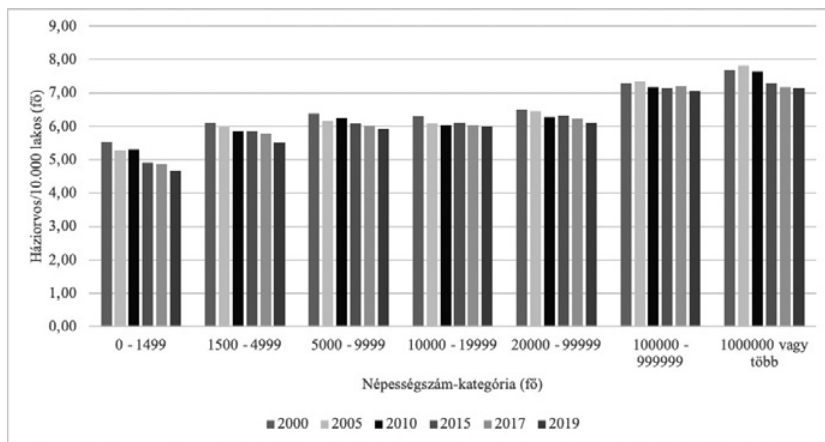
Mutatók	10 000 lakosra jutó házi- vások és házi gyermekor- vosok száma járásonként (fő)		10 000 lakosra jutó védőnők száma járásonként (fő)		Egy adófizetőre jutó SZJA alapot képező jövedelem járásonként (Ft)	
	2010	2019	2010	2019	2010	2019
Minimum	3,4	3,7	3,1	3,2	1 165 119,5	1 899 986,9
Maximum	8,9	8,4	6,9	8,1	2 724 348,7	4 391 980,7
Terjedelem	5,5	4,8	3,8	4,9	1 559 229,2	2 491 993,8
Medián	6,1	5,8	5,0	5,0	1 511 833,5	2 669 326,9
Átlag	6,1	5,8	5,0	5,0	1 580 471,0	2 749 121,2
Súlyozott relatív szórás (%)	13,4	14,2	12,4	15,1	22,17	19,55

Forrás: Saját szerkesztés a járási szintű adatokból számított értékek alapján

A járási szintű egyenlőtlenségek interpretációját az egészségügyi dolgozók területi eloszlása esetén is számos tényező befolyásolja, amelyek arra is magyarázatot adnak, hogy – az előzetes feltevésekkel ellentétben – miért nem mutat nagyobb hasonlóságot egymással ez a területi eloszlás és a gazdasági fejlettség centrum–periféria mintázata, amit a komplex mutató alapján határoztunk meg. Az egyik ilyen tényező az egészségügy szervezeti felépítéséből következik. Mint korábban is utaltunk rá, az egészségügyi ellátás és annak intézményei az ún. progresszivitási elv alapján szerveződnek, ami azt jelenti, hogy a speciálisabb ellátások szükségszerűen centralizáltabbak nemcsak szervezeti, hanem térbelileg is (Egészségtudományi Fogalomtár). Így a városok, azon belül is a városhierarchia magasabb szintjein elhelyezkedő települések jobban koncentrálnak az egészségügyi szakembereket. Következésképpen a térségi (pl. járási, megyei, regionális) egyenlőtlenségeknél jóval nagyobbak a településhierarchiában meglévő egyenlőtlenségek. Vizsgálható ugyan, hogy a – lényegében az összes települést közvetlenül vagy közvetve érintő – alapellátás térbeli differenciái milyenek, de még itt is megfigyelhető a városi térségek jobb ellátottsága (7. ábra). Ez az értelmezési korlát korábban is létezett, és igen lényeges a térségi különbségek hátterének megértéséhez (Bálint, 2021; Bódi, 2001). A városok előnyét fokozza, hogy az egészségügyi szakemberek is a városokban, illetve a városok közül is a népesebbekben koncentrálnak. Ez megfigyelhető a járásközpontokban is, ahol a járóbetegek-szakellátók találhatók. A magánegészségügy nagy része is ezekben a központokban működik, ami szintén a településhierarchiában magasabban elhelyezkedő települések felé történő egészségügyi szakember-migrációt erősíti, hiszen a szakellátás központjai is ezek a települések.

7. ábra: A 10 000 lakosra jutó háziorvosok és házi gyermekorvosok száma települési népesség-szám-kategóriák szerint 2000 és 2019 között

Figure 7 Number of general practitioners and general paediatricians per 10,000 inhabitants by settlement population size category in Hungary between 2000 and 2019



Forrás: Saját szerkesztés TeIR adatok alapján

A másik tényező, hogy a városi népesség aránya folyamatosan növekszik, illetve, hogy egy városban praktizáló háziorvos a népesség nagyobb földrajzi koncentrációja miatt elvileg könnyebben el tudja látni a körzetéhez tartozó betegeket (legalábbis nem kell nagy földrajzi távolságokat megtennie a lakáson történő látogatások esetében). Ezzel szemben vidéki térségekben, például aprófalvas területeken vagy az Alföld egyes részein gyakori a nagyobb praxisméret (hiszen hasonló nagyságú ellátott népességhez nagyobb területre van szükség). Ide kapcsolódik az a – szintén településhálózati sajátosságból eredő – probléma, miszerint hiába kedvező a legtöbb alföldi járás ellátottsági mutatója a település/járas egészére vonatkozóan, a külterületen, tanyákon élő népesség ellátása többletkihívást és -terhet jelent az alapellátásban dolgozóknak. Ezzel összefüggésben szintén jellemző, hogy a betöltetlen háziorvosi szolgálatok közül igen sok (kb. 60%) „túlméretezett”, ami további terhelést jelent az egészségügyi ellátórendszer számára (Bálint, 2019). A betöltetlen és túlméretezett szolgálatokhoz kapcsolódóan sok helyen vannak helyettesítések, illetve a több állás betöltése sem ritka: a „háziiorvosi praxisok tekintetében a saját praxisal rendelkező, csak felnőtteket ellátó háziorvosok praxisainak száma 3 578-ról 3,52%-kal 3 452-re csökkent 2008 és 2017 között, míg a háziorvos nélkül maradt felnőtt körzetekben helyettesítő praxisok száma 242,86%-kal (!) emelkedett az említett periódusban (28-ról 96-ra).” (Bálint, 2019, 25.) Érdemes megjegyezni azt is, hogy Magyarországon 2021 szeptemberétől bevezették a háziorvosi ellátásban a praxisközösség intézményét, ami szintén kiegyenlítő hatású lehet a jövőben az alapellátásban.

Az egyenlőtlenségek kisebb mértékének egyik lehetséges okaként érdemes megemlíteni, hogy az egészségügyi ellátás jobbra az újraelosztási koordinációs mechanizmus

alapján működik. Tehát az állam (és a jogi szabályozás) kiegyenlítő szerepe jobban megfigyelhető még úgy is, hogy a piaci folyamatok egyre inkább érvényesülnek az egészségügyben is. Mivel pedig az egészségügyben nem csak a piaci folyamatok határozzák meg a térbeli és területi folyamatokat, így a területi egyenlőtlenségek mértéke általában kisebb a gazdasági fejlettség alapján vártnál.

Összességben tehát a járások közötti egyenlőtlenségek helyett inkább a települési hierarchia az a térbeli keret, amely alkalmasabb lehet az egyenlőtlenségek vizsgálataira az egészségügyi dolgozók területi eloszlásának tekintetében.

3.2. AZ EGYENLŐTLENSÉGEK NARRATÍVÁI A FEJLESZTÉSPOLITIKAI DOKUMENTUMOK ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKEMBEREK VÉLEMÉNYE ALAPJÁN

A fejlesztéspolitikai dokumentumok tartalomelemzése alapján a következő fő megállapításokat tehetjük a magyarországi egészségügyi szakemberhiány megítéléséről. Témánk kapcsán a dokumentumokban is többször megjelenik, hogy Magyarországon egészségügyi szakemberhiány van, amely egy jelentős kihívás a fejlesztéspolitika számára. Az abszolút hiányt számos ponton említik explicit módon ezekben a dokumentumokban. Emellett viszont több dokumentumban kiemelték a készítőik a relatív hiányt is. Egyrészt, a hiány – bár egyaránt megfigyelhető az orvosok és a szakdolgozók körében is – nem egyenlő mértékben érinti a különböző egészségügyi szakmákat és specializációkat. Például a 2020. évi országjelentésben is leírják, hogy 2017-ben Magyarországon az orvosok száma kisebb mértékben, az ápolóké viszont jelentősen elmaradt az uniós átlagtól (ezer lakosra 3,3 a 3,6-tal szemben, illetve ezer lakosra 6,5 a 8,5-höz képest). Másrészt, az egészségügyi dolgozók egyenlőtlen területi eloszlása is súlyosítja a helyzetet. A regionális egyenlőtlenségek pedig különösen a vidéki területek ellátásában jelentenek problémát.

A Beszámoló a Nemzeti Fejlesztés 2030 – Országos Fejlesztési és Területfejlesztési Konceptió (OFTK) megvalósulásáról, 2014-2016 c. dokumentum szerint például nagyjából 1 400 településen nincs elérhető háziorvosi szolgálat, és az ellátáshiányos települések többnyire ezer főnél kisebb lakosságú falvak. Bár a beszámoló megjelenése óta már eltelt több mint fél évtized, a jelenlegi adatok alapján ez a probléma továbbra is fennáll. Egyes dokumentumok (pl. Az egészségügyi alapellátás megerősítésének koncepciója) kiemelik a háziorvosi szolgálatok kiüresedésének és így a területi lefedettség csökkenésének a jelenségét is. Számos fejlesztéspolitikai dokumentumban megjelenik, hogy az egészségügyi dolgozók magyarországi hiányát az érintett munkaerő mobilitása fokozza. Ebben a tekintetben mind a külföldre vándorlást, mind a magánegészségügy elszívó hatását súlyosbító tényezőként említik. A migráció kapcsán több dokumentumban is szerepel az a megállapítás, hogy az ország EU-s csatlakozása után felgyorsult a magyar egészségügyi szakemberek külföldre áramlása, és az elsődleges célterületek a nyugat-európai országok. „Az EU átlagához képest Magyarországon kevesebb orvos és kevesebb nővér van. A munkaerőhiányt súlyosbította az egészségügyi munkaerő előregedése és sok orvos (főleg szakorvos) kivándorlása, amely felgyorsult az ország 2004-es EU-csatlakozása után. Csaknem 5 500 orvos hagyta el az országot 2010 és 2016

között, hogy más országokban dolgozhasson. Az ápolók elvándorlása is jelentős volt az elmúlt években.” (Magyarország Helyreállítási és Ellenállóképességi Terve, 2021, 320)

Ugyanakkor a vizsgált dokumentumokban hangsúlyozzák, hogy a hiány és az azt kiváltó tényezők hatása az utóbbi években gyengül. Így például az elvándorlás mértéke csökken, az egészségügyi pályát választók száma pedig növekszik. A dokumentumokban e pozitív tendencia elsődleges okának a közelmúltban lezajlott béremelkedést tulajdonítják, de más tényezőket is kiemelnek, mint amilyenek a már lezajlott infrastrukturális fejlesztések vagy az egészségügyi dolgozók munkahelyi körülményeinek és lakhatásának javítása. „Az egészségügyi dolgozók elvándorlása napjainkban már megállt. [...] Javul a tartósan betöltetlen praxisokban a háziiorvosi szolgáltatás hozzáférhetősége. [...] A felújított infrastruktúra megfelelő munkakörnyezetet biztosít az egészségügyi dolgozók számára, így az ágazat munkaerő-megtartó képessége fokozódik.” (Egészséges Magyarország 2021-2027, 2021, 22)

A tartalomelemzés alapján az is kimutatható, hogy a politikai döntéshozók miként tervezik befolyásolni az egészségügyi munkaerő számát és területi eloszlását Magyarországon. A dokumentumokból kirajzolódó tervezett intézkedések között szinte minden esetben első helyen szerepel az egészségügyi dolgozók további bérrendezése, amelytől a szakpolitika a külföldön dolgozó magyar szakemberek egy részének „hazacsábítását” is reméli. Továbbá lényeges beavatkozási irány még az élet- és munkakörülményeik javítása, például a lakhatás biztosítása révén, aminek keretében új nővérszállók építését és a már meglévők fejlesztését (pl. energetikai szempontból) tervezik. Viszont azt is megjegyzik, hogy az eddig elindított fejlesztések nem fedik le az egészségügyi intézmények által jelzett nővérszálló-fejlesztési igényeket, és új nővérszálló(k) építése is indokolt (Magyarország Helyreállítási és Ellenállóképességi Terve, 2021). Ugyancsak fontos az egészségügyi szakemberek számára a kiszámítható jövő biztosítása (pl. életpályamodell, pályaorientációs intézkedések, támogatási programok és ösztöndíjak), a munkaterhelés csökkentése (pl. hatékonyabb munkaszervezés révén), egészségük védelme, a halálpénz megszüntetése és a másodállások kérdésének rendezése, a köz- és magánfinanszírozott szolgáltatások keveredésének megszüntetése, az egészségügyi dolgozók számára kialakított képzések és továbbképzések, családbarát munkahelyek létrehozása, illetve a szakszemélyzet számának növelése (pl. az orvosok adminisztratív terheinek csökkentésével).

Az interjúalanyok az egészségügyi szakemberhiánnyal kapcsolatban számos témát említettek. A hiány fő okának a szakemberek kivándorlását és pályaelhagyását tekintik, ugyanakkor a lokális hiány kialakulása szempontjából lényegesnek tartják, hogy bizonyos helyek és térségek jobban vonzzák az egészségügyi munkaerőt. Ebből a szempontból egy fontos motívumként merült fel, hogy a nagyvárosok jobban ellátottak egészségügyi szakemberekkel. Bár a nagyvárosokban a munkaterhelés is nagyobb; és a vidéki térségekben elvileg jobb a munkavállalók alkupozíciója a hiány miatt, a nagyobb települések továbbra is igen vonzóak az egészségügyi dolgozók számára^[1].

[1] „...hogya mondjuk Borsod-Abaúj-Zemplén megyébe elmennénk bármelyik kórházba, akár megyeibe akár városiba, ott szerintem egy darab sebész rezidens sincsen, tehát pont ezért tők jó tárgyalási pozícióba lehet kerülni.” (férfi, sebész, Budapest, visszavándorolt)

A hazai és külföldi munkavállalás összevetésében több interjúalanynál is megfigyelhető volt az a gondolat, hogy más, gazdaságilag fejlettebb országokban nem feltétlenül jobbak a munkakörülmények vagy az egészségügy színvonala. Egyrészt nem minden interjúalany véli úgy, hogy Magyarországon kedvezőtlen lenne az egészségügyi dolgozók helyzete, illetve, hogy más országokban lényegesen jobb lenne^[2].

Másrészt, a kivándorlást sem mindegyikük tartja szükségszerűen negatív jelenségnek. Egyesek szerint a vándorlás kedvező hatással lehet az ország egészségügyi rendszerére, amennyiben a kivándorlók egy része visszatér Magyarországra, illetve a kivándorlással egyidőben máshonnan is érkeznek képzett szakemberek. Az interjúalanyok elbeszéléseiben tehát egyértelműen megjelenik a visszatérő és a körkörös vándorlás gondolata (remigration, circular migration).

Összességében a megkérdezett szakemberek úgy vélik, hogy az egészségügyi szakemberhiány, a kivándorlás és a pályaelhagyás fő okai Magyarországon sokrétűek. A befolyásoló tényezők között említették a bérkülönbségeket, nemcsak Magyarország és más (főleg nyugat-európai) országok, hanem az állami- és a magánfinanszírozású egészségügy relációjában is. Szintén fontosnak tartják a munkahelyi légkör jellegét, például egyesek kiemelték, hogy nagyobb szolidaritást és együttműködést várnának a munkatársaiktól. Ugyancsak lényeges tényezőként említették a társadalmi megbecsültség hiányát és a munkakörülményeket. Előbbi tekintetében nemcsak a nagyobb berről van szó: egyes szakdolgozók kiemelték, hogy nem kapnak megfelelő visszajelzést a munkájukról. Továbbá, szóba kerültek olyan szempontok is, mint a magán- és közfinanszírozású egészségügy összefonódásaiból következő hátrányok, a nem megfelelő munkaszervezés és más rendszerszintű problémák (pl. egyesek arról beszéltek, hogy alacsony szintű az együttműködés egyes egészségügyi intézmények és szervezeti egységeik között), valamint a kiszámíthatatlanság a mindennapi munkában és a hosszabb távú karriertervezésben is^[3].

A szakpolitikai dokumentumok és az interjúalanyok szakemberhiánnyal kapcsolatos narratívái sok tekintetben megegyeznek (a hiány ténye, fő okok). Amiben viszont számottevően különböznek egymástól, az az egészségügyön belüli hierarchia és az egyenlőtlen hatalmi viszonyok mint elvándorlást, pályaelhagyást elősegítő tényező megítélése. A területiség megjelenése mindkét esetben sokrétű; az interjúkban a regionális különbségek helyett hangsúlyosabb a településhierarchia jelentősége.

4. ÖSSZEGZÉS

Tanulmányunkban az egészségügyi szakemberek területi eloszlásának sajátosságait vizsgáltuk magyarországi kontextusban, különös tekintettel a térbeli egyenlőtlenség

[2] „...azt mondják, hogy Olaszországban feleannyi kórházi ágy van tízezer emberre, mint Magyarországon, tehát akkor náluk még kevesebb van, mint nálunk, attól függetlenül, hogy mennyi a képzésük [...] szóval én nem vagyok benne biztos, hogy itt olyan rossz a helyzet.” (férfi, fogorvos, Szeged, bevándorolt)

[3] „Azért is van orvoshiány, legalábbis én így érzem, mert a végzett orvosok nagy része nagyobb juttatásra, nagyobb fizetésre, nagyobb elismerésre vágyik.” (férfi, gyermekorvos, Budapest, bevándorolt)

mintázataira, illetve feltártuk, hogy a politikai döntéshozók és az egészségügyi szakemberek miként vélekednek az egészségügyi dolgozók hiányáról és egyenlőtlen területi eloszlásáról. A fenti célhoz kapcsolódóan a tanulmány elején megfogalmazott öt kutatási kérdésre az alábbi válaszokat adjuk.

Arra a kérdésre, hogy az egészségügyi szakemberek térbeli eloszlása milyen típusú egyenlőtlenségeket tükröz Magyarországon (1. kérdés), a válaszunk az, hogy – a rendelkezésre álló statisztikai adatok alapján, és az alapellátás mutatóit vizsgálva – Magyarországon is megfigyelhető az egészségügyi szakemberek egyenlőtlen területi eloszlása, ami számos tekintetben összhangban van a téma szempontjából releváns szakirodalmi előzményekkel, korábbi hazai és nemzetközi kutatásokkal. Az ezen a téren érzékelhető területi egyenlőtlenségek folyamatosan jelen voltak az elmúlt két évtizedben, ami arra utal, hogy önmaguktól nem fognak mérséklődni, ezért, ha nem történik valamilyen beavatkozás, akkor várhatóan továbbra is jelen lesznek.

Magyarországon az egészségügyi szakemberek térbeli eloszlásában a gazdasági mutatók által kijelölt, a nemzetközi szakirodalomban több földrajzi léptéken leírt centrum–periféria mintázat (2. kérdés) csak részben figyelhető meg. Ami az egészségügyi munkaerő eloszlásának területi mintázatát és más, gazdasági fejlettséget jelző mutatók térbeliségét illeti (3. kérdés), fő megállapításunk az, hogy ezek a mintázatok nem minden tekintetben mutatnak hasonlóságot egymással. Az egészségügyi dolgozók egységnyi népességre jutó számára vonatkozó fajlagos mutatók és a betöltetlen házi-orvosi szolgálatok területi eloszlása ugyanis látszólag nincs összefüggésben a területi fejlettség mintázataival. Eredményeink összhangban vannak a korábbi kutatásokkal, amelyek alapján a településhierarchiában elfoglalt helyzet nagyobb hatással van a térbeli egyenlőtlenségekre. Az elemzett statisztikai mutatók adatsoraira vonatkozó leíró statisztikák (pl. terjedelem, súlyozott relatív szórás) viszont arra utalnak, hogy 2010 és 2019 között növekedett az egészségügyi szakemberek koncentrációja a járások között.

Arra vonatkozóan, hogy a fejlesztéspolitika hogyan érzékeli és kezeli az egészségügyi szakemberhiányt, illetve milyen okokra vezeti azt vissza (4. kérdés), elmondható, hogy a vizsgált fejlesztéspolitikai dokumentumokban egyértelműen kifejtik: az egészségügyi szakemberek egyenlőtlen területi eloszlása egy jelentős probléma Magyarországon. A tartomelemzés alapján a szakpolitikai döntéshozók a probléma okát főként a magyar egészségügyi szakemberek kivándorlásában és pályaelhagyásában látják. A dokumentumokban számos intézkedést fogalmaznak meg az egészségügyi szakemberhiány kezelésére.

Az általunk készített interjúk alapján az érintett egészségügyi szakemberek területi egyenlőtlenséggel és országon belüli migrációs szándékával kapcsolatos gondolkodásában (5. kérdés) megfigyelhető, hogy azok számos esetben összhangban állnak a szakpolitikai dokumentumokban leírtakkal (pl. a hiány felismerése, okainak azonosítása). Jelentős különbségek is megfigyelhetők az interjúk narratívák és a fejlesztéspolitikai dokumentumok megállapításai között (pl. az egészségügyön belüli hierarchia, mint elvándorlást elősegítő tényező). Ugyanakkor mind a szakpolitikai dokumentumok, mind az interjúalanyok véleménye egybecseng a statisztikai elemzésben vázolt egyenlőtlenségek jellemzőivel: kiemelik a településhierarchia szerepét, amely így a kutatási eredmények tükrében hangsúlyosabbnak tűnik, mint a regionális egyenlőtlenségeké.

A kutatás eddigi eredményeire építve, jövőbeni irányainál tervezzük, hogy az egészségügyi ellátás területi mutatóit más társadalmi-gazdasági fejlettségi mutatókkal, indikátorokkal is összevessük. Ezen túl – mind a dokumentumok, mind az interjúk esetén – nagyobb mértékben tervezzük koncentrálni a térbeliségre, főleg a helyi sajátosságokra, helyspecifikus jellemzőkre. Különösen az interjúalanyok narratíváinál lehet fontos, hogy a válaszadó honnan származik, hogyan szocializálódott, hiszen ezek a tényezők jelentősen befolyásolhatják, hogy mennyire hajlandó vidéki térségekben munkát vállalni.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A tanulmány a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (NKFIH) finanszírozásával, „A magyar egészségügyi szakemberek migrációjának földrajzi vonatkozásai” (pályázati azonosító: 124938) c. projekt keretében készült el.

IRODALOMJEGYZÉK

- Aluttis, C.–Bishaw, T.–Frank, M. W. (2014) The workforce for health in a globalized context – global shortages and international migration. *Global Health Action*, 7, 1, pp. 1–7.
- Árokszállási A. (2010) Társadalmi mobilitás és az egészségügyi humán erőforrás. In: Juhász E. (szerk.): *Harmadfokú képzés, felnőttképzés és regionalizmus*. Center for Higher Education Research and Development, Debrecen. pp. 104–109.
- Balázs P. (2010) Fogorvosi mobilitás Magyarországon. *Fogorvosi Szemle*, 103, 3, pp. 89–101.
- Bálint Cs. (2019) A betöltetlen házi orvosi és házi gyermekorvosi körzetek területi összefüggései. *Studia Mundi – Economica*, 6, 2, pp. 15–36.
- Bálint Cs. (2020) The Capacities of Primary Health Care in Hungary: A Problem Statement. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 10, 1, pp. 327–345.
- Bálint Cs. (2021) Pillanatkép a házi orvosi és házi gyermekorvosi alapellátás járási szintű területi egyenlőtlenségeiről a koronavírus-járvány előtti időszakból. *Multidiszciplináris Kihívások Sokszínű Válaszok*, 2, 1, pp. 78–107.
- Bódi F. (2001) A szociális ellátórendszer öröklött hiánya a falvakban. *Esély*, 13, 4, pp. 35–50.
- Boncea, I. (2015) Brain drain or circular migration: the case of Romanian physicians. *Procedia Economics and Finance*, 32, 1, pp. 649–656. [https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(15\)01445-8](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(15)01445-8)
- Boros L.–Pál V. (2016) A magyarországi orvosmigráció néhány jellemzője. *Észak-magyarországi Stratégiai Füzetek*, 13, 1, pp. 64–72.
- Buchan, J. (2002) Global nursing shortages. Are often a symptom of wider health system or societal ailments. *BMJ*, 324, pp. 751–752. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7340.751>
- Buchan, J.–Wismar, M.–Glinos, I.A.–Bremmer, J. (2014) (eds.) *Health professional mobility in a changing Europe*. Observatory Studies Series 32. The European Observatory on Health Systems and Policies – World Health Organization, Copenhagen.
- Chen, L.–Evans, T.–Anand, S.–Boufford, J. I.–Brown, H.–Chowdhury, M.–Cueto, M.–Dare, L.–Dussault, G.–Elzinga, G.–Fee, E.–Habte, D.–Hanvoravongchai, P.–Jacobs, M.–Kurowski, C.–Michael, S.–Pablos-Mendez, A.–Sewankambo, N.–Solimano, G.–Stilwell, B.–de Waal, A.–Wibulpolprasert, S. (2004) Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet*, 364, 9449, pp. 1984–1990. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17482-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17482-5)

- Connell, J. (2010) *Migration of health workers in the Asia-Pacific region*. Human Resources for Health Knowledge Hub, University of New South Wales, Sydney.
- Correia, I.–Veiga, P. (2010) Geographic distribution of physicians in Portugal. *The European Journal of Health Economics*, 11, 4, pp. 383–393. <https://doi.org/10.1007/s10198-009-0208-8>
- Crump, W. J.–Fricker, R. S.–Ziegler, C. H.–Wiegman, D. L. (2016) Increasing the Rural Physician Workforce: A Potential Role for Small Rural Medical School Campuses. *The Journal of Rural Health*, 32, pp. 254–259. <https://doi.org/10.1111/jrh.12156>
- Dózsa K. M.–Sinkó E.–Gaál P. (2017) Háziorvosi alapellátás, hogyan tovább? *IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 16, 6, pp. 7–16.
- Eke E.–Girasek E.–Szócska M. (2009) A migráció a magyar orvosok körében. *Statistikai Szemle*, 87, 7–8, pp. 795–827.
- Eke E.–Girasek E.–Szócska M. (2011) From melting pot to laboratory of change in central Europe: Hungary and health workforce migration. In: Wismar, M.–Maier, C. B.–Glinos, I. A.–Dussault, G.–Figueras, J. (eds.): *Health Professional Mobility and Health Systems. Evidence from 17 European countries*. World Health Organization, Copenhagen. pp. 365–394.
- Fabula Sz.–Lados G.–Makra Zs.–Pál V. (2020) A magyarországi egészségügyi humán erőforrás-kapacitás és -hiány térségi és települési szintű mintázatai. *Településföldrajzi Tanulmányok*, 9, 2, pp. 97–111.
- Fejérdy P.–Gerle J.–Kóbor A. (2004) A hazai fogorvosi migráció és a decentralizált fogorvosképzés. *IME Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 3, 8, pp. 24–28.
- Girasek E. (2012) *Rezidens orvosok szakterület-választási és vidéki munkavállalási motivációi*. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest.
- Girasek E.–Eke E.–Szócska M. (2010) Analysis of a survey on young doctors' willingness to work in rural Hungary. *Human Resources for Health*, 8, 13, pp. 1–6. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-8-13>.
- Hann, M.–Gravelle, H. (2004) The maldistribution of general practitioners in England and Wales: 1974–2003. *British Journal of General Practice*, 54, 509, pp. 894–898.
- Hara, K.–Otsubo, T.–Kunisawa, S.–Imanaka, Y. (2017) Examining sufficiency and equity in the geographic distribution of physicians in Japan: a longitudinal study. *BMJ Open*, 7, 3, e013922. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013922>
- Liu, J. X.–Goryakin, Y.–Maeda, A.–Bruckner, T.–Scheffler, R. (2017) Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030. *Human Resources for Health*, 15, 11, pp. 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0187-2>
- Maier, C. B.–Buchan, J.–Wismar, M.–Ognyanova, D.–Girasek, E.–Kovacs E.–Busse, R. (2014) Monitoring health professional mobility in Europe. In: Buchan, J.–Wismar, M.–Glinos, I. A.–Bremner, J. (eds.): *Health professional mobility in a changing Europe. New dynamics, mobile individuals and diverse responses*. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, Copenhagen. pp. 95–128.
- McGirr, J.–Seal, A.–Barnard, A.–Cheek, C.–Garne, D.–Greenhill, J.–Kondalsamy-Chennakesavan, S.–Luscombe, G. M.–May, J.–McLeod, J.–O'Sullivan, B.–Playford, D.–Wright, J. (2019) The Australian Rural Clinical School (RCS) program supports rural medical workforce: evidence from a cross-sectional study of 12 RCSs. *Rural and Remote Health*, 19, 4971. <https://doi.org/10.22605/RRH4971>
- Pál V.–Lados G.–Makra Zs. I.–Boros L.–Uzzoli A.–Fabula Sz. (2021) Concentration and inequality in the geographic distribution of physicians in the European Union, 2006–2018. *Regional Statistics*, 11, 3, pp. 3–28. <https://doi.org/10.15196/RS110308>

- Péntes J. (2015) A kedvezményezett térségek lehatárolásának aktuális kérdései. *Területi Statisztika*, 55, 3, pp. 206–232.
- Playford, D.–Ngo, H.–Gupta, S.–Puddey, I. B. (2017) Opting for rural practice: the influence of medical student origin, intention and immersion experience. *The Medical Journal of Australia*, 207, 4, pp. 154–158. <https://doi.org/10.5694/mja16.01322>
- Playford, D.–Ngo, H.–Puddey, I. B. (2021) Intention mutability and translation of rural intention into actual rural medical practice. *Medical Education*, 55, pp. 496–504. <https://doi.org/10.1111/medu.14404>
- Scheffler, R. M.–Campbell, J.–Cometto, G.–Maeda, A.–Liu, J.–Bruckner, T. A.–Arnold, D. R.–Evans, T. (2018) Forecasting imbalances in the global health labor market and devising policy responses. *Human Resources for Health*, 16, 5, pp. 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0264-6>
- Tanihara, S.–Kobayashi, Y.–Une, H.–Kawachi, I. (2011) Urbanization and physician maldistribution: a longitudinal study in Japan. *BMC Health Services Research*, 11, 1, 260. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-260>
- Taylor, K.–Blacklock, C.–Hayward, G.–Bidwell, P.–Laxmikanth, P.–Riches, N.–Willcox, M.–Moosa, S.–Mant, D. (2015) ‘You can’t stay away from your family’: a qualitative study of the ongoing ties and future plans of South African health workers in the United Kingdom. *Global Health Action*, 8, 1, 26125. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.26125>
- Varga J. (2016) Hova lettek az orvosok?: Az orvosok külföldre vándorlása és pályaelhagyása Magyarországon, 2003–2011. *Közgazdasági Szemle*, 63, 1, pp. 1–26.
- Varga J. (2017) Out-migration and attrition of physicians and dentists before and after EU accession (2003 and 2011): the case of Hungary. *European Journal of Health Economics*, 18, 9, pp. 1079–1093. <https://doi.org/10.1007/s10198-016-0854-6>
- World Health Organization [WHO] (2016) *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. World Health Organization, Geneva. https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf Letöltve: 2021. 11. 02.
- Williams, A. M.–Baláz, V. (2008) International mobility, learning and knowledge transfer: a case study of Slovak doctors, *Social Science & Medicine*, 67, 11, pp. 1924–1933. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.003>
- Winkelmann, J.–Muench, U. –Maier, C. B. (2020) Time trends in the regional distribution of physicians, nurses and midwives in Europe. *BMC Health Services Research*, 20, 937. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-42104/v1>
- Zuk, P.–Zuk, P.–Lisiewicz-Jakubaszko, J. (2019) Labour migration of doctors and nurses and the impact on the quality of health care in Eastern European countries: The case of Poland. *The Economic and Labour Relations Review*, 30, 2, pp. 307–320. <https://doi.org/10.1177/1035304619847335>

INTERNETES FORRÁSOK:

- 2020. évi országjelentés – Magyarország. https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/2020-european-semester-country-report-hungary_hu.pdf Letöltve: 2022. 06. 08.
- Az egészségügyi alapellátás megerősítésének koncepciója. Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2015. http://www.szantoestarsa.hu/uj/templates/dokumentumok/023_13-35-13.pdf Letöltve: 2022. 06. 08.
- Beszámoló a Nemzeti Fejlesztés 2030 – Országos Fejlesztési és Területfejlesztési Koncep-

ció (OFTK) megvalósulásáról, 2014-2016. <https://www.parlament.hu/irom41/04071/04071.pdf>
Letöltve: 2022. 06. 08.

- Egészséges Magyarország 2014-2020. Egészségügyi Ágazati Stratégia, 2015. <https://okfo.gov.hu/documents/20182/0/Eg%C3%A9szs%C3%A9ges+Magyarorsz%C3%A1g+strat%C3%A9gia/af67e108-7f2e-437c-bf2f-d16590cf3a7f> Letöltve: 2022. 06. 08.
- Egészséges Magyarország 2021–2027. Egészségügyi Ágazati Stratégia. EMMI Budapest, 2021. <https://mok.hu/public/media/source/Transzparencia/Allasfoglalasok/Eg%C3%A9szs%C3%A9ges%20Magyarorsz%C3%A1g%202021%E2%88%922027%20Eg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgyi%20%C3%81gazati%20Strat%C3%A9gia.pdf> Letöltve: 2022. 06. 08.
- Egészségtudományi Fogalomtár. www.fogalomtar.aeek.hu Letöltve: 2022. 06. 08.
- Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program Plusz (EFOP PLUSZ) https://www.palyazat.gov.hu/emberi_eroforras_fejlesztési_operatív_program_plusz Letöltve: 2022. 06. 08.
- https://www.physio-pedia.com/Levels_of_Healthcare Letöltve: 2022. 07. 08.
- Magyarország Helyreállítási és Ellenállóképességi Terve 2021. <https://www.palyazat.gov.hu/helyreallitasi-es-ellenallokepessegi-eszkoz-rrf> Letöltve: 2022. 06. 08.
- Progresszivitási szintek. Egészségtudományi Fogalomtár. https://fogalomtar.aeek.hu/index.php/Progresszivit%C3%A1si_szintek Letöltve: 2022.03.27.
- Terület- és Településfejlesztési Operatív Program Plusz (TOP PLUSZ). https://www.palyazat.gov.hu/terulet_es_telepulesfejlesztési_operatív_program_plusz Letöltve: 2022. 06. 08.
- Újraélesztett egészségügy. Gyógyuló Magyarország. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. Szakmai koncepció, 2011 <http://www.nefmi.gov.hu/download.php?docID=2650> Letöltve: 2022. 06. 08.
- Versenyképességi Program 330 pontban. Magyar Nemzeti Bank, 2019 <https://www.mnb.hu/letoltes/versenykepessegi-program.pdf> Letöltve: 2022. 06. 08.