

Az egészségügyi munkaerő helyben tartásának lehetőségei nemzetközi kitekintésben: a nemzeti egészségügyi munkaerő vándorlása és fenntarthatósága

Vezetői összefoglaló

Tanulmányunk célja az egészségügyi szakemberek (orvosok, ápolók-szakkolgozók, fogorvosok) nemzetközi migrációjának áttekintése, mindenekelőtt az Európai Unión belüli mozgások szempontjából. Az egészségügyi migráció jelensége több szempontból is rendkívüli fontossággal bír:

- a szakemberek mozgása meghatározza az egészségügyi döntéshozók kapacitástervezését
- az egészségügyi szakemberek hiánya és a folyamatosan növekvő ellátási igény állandó téma mind a küldő, mind a fogadó országok társadalmi-politikai közbeszédeiben
- a küldő országokban az orvosok és az ápolók kivándorlása különösen élesen foglalkoztatja a közvéleményt
- a migrációnak rengeteg hatása van mind a küldő, mind a fogadó országok egészségügyi rendszereire

Jelen tanulmányban elsősorban a nettó küldő vagyis a donorországokkal fogunk foglalkozni, mivel a jelenlegi európai munkamegosztásban gyakorlatilag minden közép-európai állam (így Magyarország is) elsősorban donorországnak számít. Az egészségügyi szakemberek vándorlása kapcsán ezeknek az országoknak nagyon hasonló problémákkal kell szembenézniük. Amint azt a későbbiekben látni fogjuk, a mostani mobilitási feltételek és tendenciák egyértelműen rontják a keleti régió országainak egészségügyi humán-erőforrás helyzetét.

A közép-kelet európai régió (CEE) helyzete több szempontból is kritikus, és jelenleg az érintett országok többsége nem találja a probléma átfogó és érdemi megoldását. A munkaerő szabad áramlásának jelenlegi Európai Uniói szabályozásai természetesen az egészségügyi szakemberek vonatkozásában is megkötések nélkül érvényesek. Ugyanakkor egyre világosabb, hogy a mostani helyzet (amiben a keleti országok egyoldalúan küldő államokként pozícionálódnak) hosszabb távon komolyan veszélyezteti a donorországok ellátórendszerét. Ennek a konstellációnak inkább strukturális, mint országspecifikus okai vannak:

- a végzettségek könnyű elismertetése miatt a meglehetősen zártnak és nagyon szigorúan szabályozottnak számító egészségügyi szakmákban könnyűvé vált a szakemberek országok közti mozgása;
- a ki- és bevándorlást ösztönző *push* és *pull* faktorok strukturális jelenléte az EU nyugati és keleti országai között;
- egyértelműen kimondható, hogy a folyamatos szakember-import kényszerében lévő nyugati országok olyan aránytalanul nagy húzóerőt gyakorolnak az

egészségügyi szakemberekre, amellyel a küldő országok ellátórendszerei a jelenlegi fiskális és intézményi adottságaik mellett lényegében nem tudnak versenyezni;

- a fejlett nyugati országok ellátórendszerei gyakorlatilag működésképtelenek lennének a keleti államokból elszívott munkaerő nélkül, viszont az EU-országok közötti egészségügyi szakember-rekrutációnak jelenleg nincsenek korlátai vagy etikus szabályozási keretei;
- ezen a strukturális adottságok miatt a donorországok lényegében képtelenek az egészségügyi szakembereik egy jelentős részének megtartására.

A medikai agyelszívás tehát egy olyan egyenlőtlen játszma, amiben két kényszerhelyzetben lévő tábor (az ugyanúgy szakember-hiánnyal küzdő fejlettebb nyugat-európai, és a szegényebb keleti és déli¹ országok) nagyon egyenlőtlen erőviszonyok szerint játszik. Az Európai Unió jelenleg egyáltalán nem szabályozza vagy korlátozza a nagy célországok befogadási lehetőségeit, illetve nincsenek kezdeményezések az egészségügyi szakemberek etikus rekrutációjának megvalósítására. Ez annak ellenére van így, hogy világszinten több fontos nemzetközi ajánlás is korlátozza a fejlődő országokból való medikai agyelszívás volumenét. Mindez annak fényében természetesen nem meglepő, hogy a nyugati országok többsége gyakorlatilag teljesen képtelen arra, hogy saját forrásból ellássa ellátórendszereinek szakember-igényét. A nyugati országokban a bevándorolt munkaerőre épített ellátási kapacitások leépítése szakmai és politikai okokból lehetetlen, ezért a szakember-importtól függő államok arra kényszerülnek, hogy a növekvő ellátásigényüket keletről toborzott munkaerővel lássák el.

Az egészségügyi szakemberek a kivándorlásra egyik leginkább hajlamos szakmacsoportnak számítanak. Ennek okai a következők:

- az egészségügyi képezések viszonylag könnyedén elfogadhatók és honosíthatók a célországokban
- mérsékelt nyelvi akadályok (latin szaknyelv, széles körben beszélt szakmai angol)
- alapvetően mindenhol hasonló ápolói rutin
- kiugró bérezési különbségek
- jelentős különbségek a munkakörülményekben és a munkaszervezésben a nyugati országok javára
- a nyugati államok tudatos toborzási és bevándorlási szakpolitikái

A medikai migrációs helyzet súlyosságát az okozza, hogy miközben a kevésbé fejlett országokban egyre nehezebben megtartható az egészségügyi munkaerő, meglehetősen valószínűtlen, hogy a nyugati országok a donorországok érdekében önként korlátozzák majd az egészségügyi munkaerő EU-n belüli szabad vándorlását. Fokozza a problémát, hogy az egészségügyön belüli hiányszakmák általában mindenhol ugyanazok, és a hiányszakmákban dolgozó szakemberek elvándorlása hatványozottan sújtja a donorországokat.

¹ Jelen tanulmányunkban nem foglalkozunk a két nagy déli donorországgal, Görögországgal és Portugáliával, amelyek a CEE régió mellett szintén rengeteg egészségügyi szakembert vesztek.

A túlzott mobilitás negatív hatásokat gyakorolhat az egészségügyi szakemberek képzésére. A szakirodalomban régóta evidenciának számít, hogy a drágán kiképzett orvosok elvándorlása komoly finansziális jellegű károkat okoz a képző országnak, illetve nehezíti a szakember utánpótlás tervezését. Szintén torzítja az oktatási rendszert, ha egy jó orvosképzéssel rendelkező országban a túl sok külföldi hallgató elveszi a hazai medikushallgatók helyeit, ugyanakkor a külföldi hallgatók nem a képzést nyújtó országban fognak praktizálni.

Az egészségügyi munkaerő mozgásának mérése általában két adattényező összevetésével történik, amelyek alapján azonban általában csak közelítőleg lehet meghatározni a vándorlási volumeneket. A számításnál egyrészt alapul kell venni a küldő országok hatóságai által kiállított külföldi munkavállaláshoz szükséges tanúsítványokat (*certification of good standing*, CGS), amelyet a külföldi munkavállalást tervező orvosok, illetve bizonyos esetben a szakdolgozók is megigényelnek. Kulcsfontosságú szempont ugyanakkor, hogy a CGS megigénylése csak indikátora a külföldi munkavállalási szándéknak, az még egyáltalán nem biztos, hogy a CGS-t igénylő szakember valóban el is hagyja az országot. A kiadott CGS-ek száma tehát soha nem jelzi az elvándorolt szakemberek valós számát. A kalkuláció másik lábát az jelenti, amikor az adott donorországban igényelt CGS-ek számát a szakemberek összevetik az egyes fogadó országok nyilvántartásaival, amelyekben megjelennek a honosított egészségügyi szakemberek.

A két komponens összevetéséből adódhat ki az országot valóban elhagyó orvosok száma. A két komponensű összevetés azonban nagyon nehézkes, mivel egy adott donorország csak akkor tudná közelítőleg pontosan meghatározni az emigrált egészségügyi munkaerő számát, ha az összes célországból le tudná szűrni a saját országából ott praktizáló szakembereket, és ezeket egyértelműen vissza tudná azonosítani a CGS-t igénylő egyénekkel. A teljes vándorló munkaerő tekintetében erre a donorországok hatóságainak lényegében nincsen lehetősége. Vagyis a küldő országok illetékes hatóságai nem vezetnek és nem is tudnának a két komponensből egyszerre szűrt migrációs nyilvántartást vezetni. Egzakt elvándorlási számokat általában csak kutatók számolnak ki, ezek viszont legtöbbször nem a teljes migrált munkaerőre, hanem csak a kutatásban érintett célcsoportokra terjednek ki.

A közép-európai régió vonatkozásában az egészségügyi szakemberek elvándorlása az 1990-es évek elején kezdődött, és szinten minden ország esetében intenzifikálódott a 2004-es és a 2007-es EU-csatlakozások után. A régióból különösen kiemelkedik Bulgária és Románia, amelyekből az egészségügyi szakemberek jelentős áramlása indult meg a nyugati államok felé. Intenzív az orvosok elvándorlása Horvátországból, Szlovákiából és Magyarországról is, bár a nemzetközi szakirodalom és a jelentések többsége a 2010-es évek első felében hazánkat még nem sorolta a legnagyobb küldő országok közé.

Az EU-n belüli szakember-migráció alapvető meghatározó tényezőiként a következő szempontokat azonosíthatjuk:

- automatikus képesítés-elismerés az EU-ban, illetve egyéb bevándorlás-támogató politikák (például Európai Szakmai Kártya);

- a nyugati ellátók aktív és sokszor agresszív, érdeemben nem szabályozott toborzási tevékenysége a keleti országokban. Jelenleg a CEE-régió kormányainak nincs érdemi ráhatása az országokban tevékenykedő munkaerő-toborzó cégek működésére.
 - A nemzetközi munkaerő-kölcsönző cégek szigorúbb szabályzásának lehetőségét jelentheti például, ha a küldő országok kormányzatai csak olyan cégeknek teszik lehetővé az egészségügyi munkaerő közvetítését, amelyek szándéknyilatkozatban jelezték, hogy együttműködnek az adott kormányzat medikai humánkapacitás-tervezési szándékaival;²
- az egészségügyi HR-kapacitások tervezése többek között éppen a migrációs tendenciák kiszámíthatatlansága miatt nehéz a CEE országokban, a keleti országok kormányzatai lényegében nem dolgoztak ki átfogó stratégiákat az EU-csatlakozás utáni migrációs nyomás kezelésére;
- az egészségügyi szakemberek megtartásának lehetőségei a donorországok számára korlátozottak a túlzottan és aránytalanul erős pull faktorok miatt.

A közép-európai országok vonatkozásában az EU tagság nem az alapvető medikai migrációs mintázatokat, hanem inkább a mobilitás természetét változtatta meg. A határok megnyílásával és az egyszerűbbé váló utazásokkal például megnövekedtek a rövidtávú mobilitás lehetőségei, amely nem jelent tartós letelepedést a fogadó országokban. Tendenciózus az egészségügyi szakemberek kivándorlásának volumene is:

- a kivándorlási hajlandóság szinte mindenhol jelentősen megugrott közvetlenül a csatlakozást követő években
- magasabb volt a válság éveiben
- csökkenő tendenciát mutat az utóbbi években
- folyamatosan magas a legszegényebb EU-országokban (a CEE régióban mindenekelőtt Romániában és Bulgáriában, Dél-Európában pedig Görögországban és Bulgáriában)

A küldő országok kormányzatai számára létfontosságú kérdés, hogy alaposan és naprakész módon ismerjék saját egészségügyi munkaerjük migrációs hajlandóságát, és a kivándorolt, vagy kivándorolni szándékozó munkaerő jellemzőit:

- milyen szakmákból és mennyien vándoroltak/vándorolnak ki, vagy tervezik a kivándorlást
- munkaerő-közvetítő cégek szerepe
- legnépszerűbb célországok
- migrációs időtartamok
- rezidensek, orvostanhallgatók kivándorlási szándékai
- célországbeli átlagfizetések
- főbb kivándorlási motivációk
- visszavándorlási tendenciák

² A problémakör részletesebb megvizsgálása a nemzetközi munkaerő-közvetítési folyamatokat behatóan ismerő szakemberek bevonásával mindenképpen javasolt.

Az egészségügyi szakemberek elvándorlásának mérséklésével foglalkozó szakirodalom alapvetően a *push* faktorok mérséklését ajánlja donorországoknak. Vagyis azoknak a feltételeknek az átalakítása szükséges (bérek radikális emelése és a munkakörülmények, karrierlehetőségek javítása), amelyek az elvándorlás primer okozói a küldő országokban.

Emellett ugyanakkor szükséges a tágabb nemzetközi együttműködés is, mivel a küldő országok intézkedései rövidtávon önmagukban nem tudják ellensúlyozni a célországok erős *pull* faktorait. Nemzetközi együttműködések keretében a teljesség igénye nélkül az alábbi módszerek kínálkozhatnak a medikai migráció hatásainak kezelésére:

- szervezett együttműködések adott országok ellátó intézményei között, amelyekben a forrás ország intézményei például szakember-csereprogramok keretében látnak el átmenetileg konkrét intézményeket a fogadó országokban, cserébe a fogadó országok különböző erőforrásokat bocsájtanak a küldő ország rendelkezésére
- a célországok oktatási forrásokkal járulnak hozzá a küldő országok szakemberképzéséhez
- konkrét anyagi jellegű kompenzáció nyújtása a donorországokból kivándorolt munkaerőért cserébe
- külön képzési programok felállítása a migrációs munkaerő képzésére
- multilaterális, szigorú nemzetközi egyezmények, amelyek szabályozzák az egészségügyi munkaerő toborzását

A Negyedik fejezetben összesen öt ország esettanulmány jellegű bemutatásán keresztül elemezzük a jellemző medikai migrációs mintázatokat. Az országok kiválasztásának fő szempontja az volt, hogy az egészségügyi szakemberek vándorlásának problematikája a hasonlóságok és a különbségek szintjein is egyaránt megragadható legyen.

1. A bemutatott országok közül a legsúlyosabb veszteségeket egyértelműen Románia szenvedte el, ahol a szakemberek elvándorlása komolyan veszélyezteti az ellátási biztonságot. Egyes számítások szerint a 2010-es évek második felére az ország orvosainak körülbelül a fele dolgozik valamilyen formában külföldön. A kivándorlási hajlandóság (és a valóban kivándorolt szakemberek száma is) jelentősen megugrott a 2007-es EU-csatlakozás utáni években, majd folyamatos magas maradt a válság időszakában. A 2000-es évek végén éves szinten a teljes orvosi munkaerő körülbelül 4,7 százaléka hagyta el ténylegesen az országot.

A román orvosok fő célországainak Németország, Franciaország és az Egyesült Királyság számítanak, az ápolók pedig nagy számban emigrálnak a súlyos nővérhiánnyal küzdő Olaszországba. Nem mutatható ki egyértelműen, hogy a hatalmas mennyiségű kivándorolt szakember különösebben élénkítette volna tudástranszfert a hazai kollégák irányába.

2. Lengyelország az EU legnagyobb szakember-exportőrének számít, viszont az egészségügyi szakemberek kivándorlása mérsékeltebb volt. Lengyelországban viszonylag magasnak számít az egészségügyi szakemberek bérezése, ami mindenképpen visszaveti a kivándorlási kedvet. Kritikusan magas viszont a rezidensek

és az orvostanhallgatók elvándorlási hajlandósága, amely hosszú távon komolyan érintheti az ellátórendszert. A csatlakozás utáni években az orvosállomány körülbelül 3, a szakdolgozók 1,2 százaléka fontolgatta a kivándorlást.

Az EU-csatlakozás előtt a kivándorolt orvosok fő célpontja Németország volt, 2004 után viszont egyértelműen az Egyesült Királyság lett a favorit. Jellemző továbbá a rövidebb távú kivándorlás, vagyis az egészségügyi szakemberek jelentősebb része csak ideiglenes jelleggel vállal külföldi munkát.

3. Litvániában az egészségügyi dolgozók nagyságrendileg 2-3 százaléka fontolgatja a kivándorlást. Kimutathatóan magasnak számít a külföldi munkavállaláshoz szükséges igazolásokat kikérők tényleges migrációs hajlandósága, vagyis a CGS-t igénylők jelentős része valóban el is hagyja az országot.
4. Szlovénia sok szempontból átmeneti helyet foglal el a CEE régió országai között. Jóformán az egyetlen olyan országnak számít, amely nem veszített egészségügyi munkaerőt az EU-csatlakozás után, viszont a régió más országaihoz képest sokkal kevésbé képes saját forrásból fedezni az ellátórendszer humán-erőforrás igényeit. Az ország ugyanis évtizedek óta szívja el a képzett munkaerőt a volt jugoszláv utódállamokból, viszont a bevándorlás nélkül képtelen lenne a saját erőforrás-igényeit fedezni.
5. Németország helyzete azért érdekes, mert az ország az egyik legnagyobb nyugati fogadó ország, ugyanakkor maga is sok orvost küld főleg az angolszász országokba, valamint Svájcba és Ausztriába. A 2000-es évek eleje óta emelkedik a Németországból elvándorló, vagy az oda korábban bevándorolt majd onnan továbbvándorló orvosok számaránya. Ezen belül is folyamatosan nő az eredetileg más országokból érkezett és Németországból tovább vándoroló orvosok aránya, ami azt jelzi, hogy Németország a bevándorolt szakembereinek egy jelentős részét nem tudja megtartani.

A vizsgált közép-európai országok között a kivándorlási tendenciáknak több hasonló aspektusa kimutatható:

- általános jelenség, hogy a szakdolgozók tényleges kivándorlását még az orvosok mozgásánál is nehezebben tudják követni az államok (elsősorban az eltérő nyilvántartási és regisztrálási követelmények miatt);
- a kivándorlás főbb motivációi mindenhol hasonlóak (alacsony fizetések, rossz munkakörülmények, nagy munkateher, munkahelyi feszültségek);
- minél fiatalabb a szakember, annál magasabb a kivándorlási szándéka. Az idősebb generációk között jellemzően csökken a kivándorlási kedv, de ugyanez a tendencia figyelhető meg már az orvosi egyetemek kezdő, illetve végzős hallgatói vonatkozásában;

- minden vizsgált országban felülreprezentált a bizonyos hiányszakmákban (aneszteziológusok, sebészek, radiológusok) elvándorlása, illetve az EU-csatlakozás után megugrott a házi orvosok elvándorlása is;
- minden országban jellemzően magas az orvostanhallgatók és a rezidensek kivándorlási kedve (40 százalék körül);
- a célországok munkaerő-piaci helyzete nagyban befolyásolja a kivándorlási preferenciákat;
- jelentős húzóerőt jelent a már kivándorolt kollégák és barátok hatása

1. Bevezetés

Az egészségügyi szakember-vándorlás világjelenség,³ amelynek 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, amely egy **rendkívül szenzitív kérdés, mert döntően befolyásolja az egyes országok egészségügyi ellátórendszerének működését és ilyen módon a lakosság egészségi állapotát.** Az egészségügyi szakemberek elvándorlása jóformán minden relatíve kevésbé fejlett országot (így Magyarországot is) érinti, mivel az ezekből az államokból a gazdagabb országokba történő orvosi-szakedzői migráció immár évtizedek óta zajló jelenség.

Az egészségügyi szakemberek oda-vissza áramlásainak és nemzetközi migrációs mintázatainak ismerete kulcskérdés a döntéshozók számára, mivel **ezek a nemzetközi tendenciák alapjaiban határozzák meg a hazai kapacitástervezést.** A szakemberek nemzetközi mozgásának megfelelő ismerete segíti a kormányzatokat abban, hogy megfelelően számoljanak a rendelkezésre álló humánerőforrás-kapacitásokkal. **A medikai**

3 Tájékoztató szintjén jelezzük az utóbbi időszak fontosabb hazai vonatkozású tanulmányait, amelyre jelen nemzetközi kitekintésünk keretében csak utalásszinten térünk ki. A hazai egészségügyi szakemberek migrációjának legfrissebb és legátfogóbb, nagymintás kutatását 2015-ben fejezte be a TÁRKI-KOPINT Konjunktúra Kutatási Alapítvány. A projekt folyamán megjelent közlemények jegyzéke elérhető az NKFI Elektronikus Pályázati rendszerének oldalán. <http://nyilvanos.otka-palyazat.hu/index.php?menuid=930&lang=HU&num=101067>.

[Részletes elemzését adja a magyar orvosok 2003 és 2011 közti migrációs tendenciáinak Varga Júlia tanulmánya a 2015-ös Munkaerőpiaci Tükörben \(„Az orvosmigráció ütemének változásai, 2003–2011”, MTA Közgazdaságtudományi Intézet\), illetve Gyórfy és Szél 2018-as tanulmánya az orvostanhallgatók kivándorlási szándékairól \(„Magyarországi orvostanhallgatók külföldi munkavállalási szándékai”, *Orvosi Hetilap* 159/1\).](#)

Mindenképpen említést érdemel még Eke, Girasek és Szócska 2010-es, „A migráció a magyar orvosok körében” című, 2010-es tanulmánya [*Statistika Szemle* 87(7-8)], amelyben a szerzők a 2004-es EU-csatlakozás utáni évek hazai egészségügyi szakember-migráció mintázatait vizsgálják a nemzetközi összefüggésrendszerbe ágyazva. A tanulmány egyebek mellett részletesen ismerteti a szerzők 2008-as, „Rezidens orvosok munkaerő-piaci elhelyezkedési szándékainak és pályaválasztási motivációinak vizsgálata” című kutatások eredményeit, amely a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserközpontban zajló „Egészségügyi Emberi Erőforrások Kutatási Project” részeként valósult meg. A 2010-es cikk az akkori szakirodalmi adatok felhasználásával alaposabb kitekintés keretében foglalkozik az egészségügyi szakemberek mobilitásának tágabb nemzetközi vonatkozásaival. Tudomásunk szerint azóta magyar nyelven nem jelent meg olyan elérhető tanulmány, amely az egészségügyi szakember-vándorlás kurrens nemzetközi tendenciáit foglalná össze. Jelen írásunk természetesen épít és felhasználja „A migráció a magyar orvosok körében” című szakcikk belátásait, fő célunk viszont az, hogy az azóta megjelent, és/vagy az Eke et al tanulmányban nem felhasznált források segítségével kísérletet tegyünk a nemzetközi egészségügyi migrációs mintázatok tágabb elemzésére.

szakemberek migrációs-hajlandóságának monitorozása, illetve a szakemberek otthontartását célzó szakpolitikai és szakmai intézkedések eredményességének mérése egymással szorosan összefüggő feladatok, amelyet minden egészségügyi kormányzatnak a lehető legkomolyabban kell vennie.⁴

Nagy általánosságban elmondható, hogy jelenleg és az elkövetkező évtizedekben **gyakorlatilag a világ minden országában folyamatos hiány lesz a szakképzett egészségügyi szakemberekből.** A *Politico* számításai szerint a szakma elöregedése miatt 2020-as évek elejére az EU-ban több mint 60.000 orvossal lesz kevesebb, mint amennyi a 2010-es évek elején volt.⁵ A hiánynak természetesen más okai és következményei vannak az elöregedő posztindusztriális társadalmakban, és a kezdetleges ellátórendszerekkel rendelkező fejlődő országokban. Míg a fejlett országok népessége folyamatosan csökkenő szakemberutánpótlás mellett egyre több krónikus és *long-term care* jellegű ellátási formát igényel, addig például a legtöbb afrikai vagy a szegényebb ázsiai országokban a különböző fertőző betegségek megelőzése és féken tartása, illetve az alapellátás megerősítése a fő közegészségügyi cél. **Közös problémája valamennyi szakembereket küldő donorországnak,**⁶ **hogy 1) az orvosok és az ápolók migrációs szándékainak érdemi befolyására, 2), a szakemberek megtartására, 3) illetve visszacsábítására általában nincsenek lehetőségei és megfelelő eszközei, miközben ezeknek az államoknak az ellátórendszereiben már eleve súlyos munkaerőhiány van gyakorlatilag minden szakterületen.**

Jelenleg a Brexit okozta bizonytalanságon túl nincs arra utaló jel, hogy a *medical brain drain* alapvető mintázatai a közeljövőben lényegesen változnának. Valószínű, hogy a bérezési helyzetben, a munkakörülményekben, valamint a karrierépítési lehetőségekben lévő különbségek miatt továbbra is ugyanúgy **nettó nyertesei és vesztesei lesznek a szakembermigráció mérlegének.** Éppen ezért a **munkaerőt vesztő országok kormányainak stratégiai feladata részben a medikai agyelszívás okozta károk felmérése, részben pedig a számukra kedvezőtlen folyamatok lassítása.** Mindebben segítségükre lehet a nemzetközi migrációs szakirodalmi diskurzusban bekövetkezett intonáció-váltás, amely a migráció korábbi, sokszor euforikus és egyoldalú támogatásából egyre inkább a *laissez-faire* módon zajló mozgások negatív hatásainak realiztikus felmérésére törekszik.⁷

Ellentmondásos az EU vezetői testületeinek állásfoglalása a déli és keleti tagországok egészségügyi szakembereinek nyugatra vándorlásával kapcsolatban. Miközben a csatlakozás után több CEE ország ellátórendszere (Románia, Horvátország)⁸ került kritikus helyzetbe a *medical brain drain* miatt, **az Európai Bizottság nem korlátozza érdemben a**

4 Wismar et al (2011): Health professional mobility and health systems in Europe: an introduction. *Health Professional Mobility and Health Systems Evidence from 17 European countries*. eds: Wismar, Maier, Glinos, Dussault, Figureas. European Observatory on Health Systems and Policies.

5 <https://www.politico.eu/article/doctors-nurses-migration-health-care-crisis-workers-follow-the-money-european-commission-data/>

6 Donorországgként jelölünk meg minden olyan államot, amelyből az egészségügyi szakemberek nagyarányú kivándorlása zajlik a fejlettebb és gazdagabb fogadó országok irányába.

7 Lásd például: Paul Collier, a Világbank vezető tanácsadójának 2013-as, *Exodus: How migration is changing our world* című könyvét, amely részletesen elemzi a szakmbergárdájuk kivándorlását megszenvedő küldő országok helyzetét, vagy a munkaerő szabad mozgását egyébként következetesen támogató brit *The Economist* és a *Politico* néhány frissebb közlését: <https://www.politico.eu/article/doctors-nurses-migration-health-care-crisis-workers-follow-the-money-european-commission-data/> ; <https://www.economist.com/europe/2017/01/19/eastern-europes-workers-are-emigrating-but-its-pensioners-are-staying>

nagy célországok befogadási lehetőségeit, illetve a keleti tagállamokból történő rekrutációt.⁹ Nem véletlenül nyilatkozta 2019 januárjában Jens Spahn német egészségügyi miniszter, hogy az EU jelenlegi mobilitási feltételei egymást láncreakciószerűen gerjesztő egészségügyi szakember-hiányokat gerjesztenek minden országban. A német orvosok egyre nagyobb számban vándorolnak a még magasabb fizetéseket és még jobb munkakörülményeket kínáló Svájcba vagy Svédországba, a német ellátórendszerben keletkező hiány közép-európai orvosokkal töltődik fel, amely országokban hiány lesz, és így tovább. Ez a hatásmechanizmus néhány kivételezett államtól eltekintve hosszabb távon mindenhol fenntarthatatlanná teheti a donorországok humán-erőforrás helyzetét.¹⁰

Az európai helyzet visszásságát jól jelzi, hogy nemzetközi szinten ugyan számos (többé-kevésbé betartott, vagy nehézkesen megkerülhető) egyezmény szabályozza az egészségügyi szakemberek etikus rekrutációját, addig az EU-n belül semmilyen érdemi megkötés nincs az egészségügyi szakemberek mozgása vonatkozásában.¹¹ Sőt, a European Professional Card (EPC) 2014-es bevezetésével a Bizottság igazából kimondottan támogatja bizonyos szakembercsoportok (eredetileg többek között az szakdolgozók, gyógyszerészek és fizioterapeuták) EU-n belüli munkavállalását.¹² Érdemes megjegyezni, hogy az EPC eredetileg nem terjedt ki az orvosokra, ám a szakma beemelését már 2014-ben felvetette a Bizottság. Az EPC orvosokra történő kiterjesztése azonban részben a fogadó országok szakmai szervezeteinek ellenvetései,¹³ részben pedig a közép-európai országokat egyre súlyosabban érintő orvoshiány miatti politikai-diplomáciai feszültségek miatt évekig húzódott. Jelenleg az EPC elismertetést könnyítő szolgáltatásai elérhetőek orvosok számára is, ennek részletes szabályozásáról nincsenek további információk.¹⁴

A tanulmány felépítése

Jelen tanulmányunkban nemzetközi kitekintés keretében elemezzük az egészségügyi munkaerő elvándorlásának mintázatait, annak veszélyeit, illetve megvizsgáljuk a szakembergárda helyben tartására irányuló szakpolitikák lehetőségeit. Alapállításunk, hogy **minden küldő ország kormányzatának stratégiai nemzetbiztonsági és nemzetgazdasági érdeke, hogy a lehető legtöbb szakpolitikai eszközzel próbálja otthon tartani az adott országban kiképzett egészségügyi munkaerőt.** Tanulmányunkban részletesen vizsgáljuk a

8 Egyes számítások szerint Románia teljes orvosállományának körülbelül a felét veszítette el 2009 és 2015 között (részben az EU-csatlakozás miatt), Horvátországból pedig az orvosok 5 százaléka vándorolt ki belépés utáni két évben. <https://www.romania-insider.com/romanias-brain-drain-half-of-romanias-doctors-left-the-country-between-2009-and-2015/> ; <https://www.politico.eu/article/doctors-nurses-migration-health-care-crisis-workers-follow-the-money-european-commission-data/>

9 ibid.

10 <https://uk.reuters.com/article/uk-eu-migration-germany/eu-may-need-rules-to-stop-doctors-emigrating-german-minister-idUKKCN1P70GV>

11Lásd például: WHO (2008): *Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*; illetve az Egyesült Királyság vonatkozásában:

<https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20081209192804/http://www.nhsemployers.org/primary/workforce-558.cfm>

12 Az Európai Szakmai Kártya deklarált célja a szabályozott szakmákban történő munkavállalás segítése az EU-n belül. Az elektronikus eljárás célja, hogy könnyebbé váljon a szabályozott szakmák elismertetése más EU-országokban. https://europa.eu/youreurope/citizens/work/professional-qualifications/european-professional-card/index_hu.htm

13 A nyugati országok egészségügyi minőségbiztosítási és ellenőrzési szervei azért nem támogatták az EPC orvosokra történő kiterjesztését, mert álláspontjuk szerint az online elismertetési folyamat megfosztaná a fogadó ország szolgáltatóit a hozzájuk jelentkező orvosok szakmai hátterének valódi ellenőrzésétől. <https://www.dailymail.co.uk/news/article-3520002/Safety-alert-EU-blocks-vital-checks-doctors-qualifications-Concern-cards-medics-come-force-2018.html>

14 http://ec.europa.eu/growth/single-market/services/free-movement-professionals/european-professional-card_en

medical brain drain jelenségét és hatásait, illetve megpróbáljuk bemutatni azokat a lehetőségeket, amelyekkel a nemzeti kormányok ellensúlyozni kívánják a tendencia negatív hatásait. Célunk annak megvilágítása, hogy milyen lehetőségei és eszközei vannak az elvándorlással sújtott országoknak a saját, adott országban kiképzett szakembergárdájuk megtartására.

Megjegyzendő, hogy a nemzetközi szakirodalom az utóbbi években részletesen és alaposan foglalkozott a *medical brain drain* jelenséggel, okaival és hatásaival, viszont a folyamat mérséklésére irányuló szakpolitikai eszközök és intézkedések elemzése már jóval szűkösebb. Ennek oka magának a migrációs mintázatok összetettsége, illetve részben a tendenciákat ellensúlyozni próbáló kormányzati szakpolitikák korlátai, részben pedig a különböző megtartó-politikák célzása, és azok hatásainak heterogén mivolta.

A **második és harmadik szerkezeti egységben** részletesen elemezzük az egészségügyi munkaerő migrációs mintázatait, feltárva annak okait, jellemzőit és hatásait. Az általános *medical brain drain* tendenciák bemutatásán túl vizsgálódásaink homlokterében mindenekelőtt az európai viszonylatokban lezajló szakember-vándorlás elemzése áll. **A szakdolgozó- és orvoselvándorlás immár több évtizedes mintázatai egyoldalúan előnyösek a fogadó nyugati országok számára, míg javarészt káros a küldő országok ellátórendszereire, amelyek egyre súlyosabb szakemberhiánnyal küzdenek.** Kitérünk a különböző egészségügyi szakembercsoportok (orvostanhallgatók, rezidensek, szakdolgozók, szakorvosok) migrációs hajlandóságára, kivándorlási motivációira, illetve a valamilyen módon kimutatható, mérhető migrációs volumenekre.

A negyedik szerkezeti egység esettanulmányaiban közép-európai példákat mutatunk be. Egyrészt elemzünk nettó küldő és az egészségügyi humán-erőforrás igényeik önálló ellátására javarészt képes országokat (Románia, Lengyelország, Litvánia, illetve ide sorolható Magyarország is). Ezeket az országokat (a közép-európai államokat különösen az EU-csatlakozásuk után) kiemelten sújtja az egészségügyi munkaerő nyugatra vándorlása, ezért az okok és a folyamatok feltárása fontos tanulságokkal szolgálhat a *medical brain drain* megértéséhez. Másrészt bemutatjuk Szlovéniát, ahonnan az EU-csatlakozás után ugyan nem indult meg jelentős kivándorlás, viszont CEE viszonylatban az ország képtelen ellátni a saját HRH-igényeit. Harmadrészt kitekintünk Németország helyzetére is, amely amellet, hogy az egyik legjelentősebb nyugati fogadó ország, maga is jelentős mennyiségű egészségügyi munkaerőt exportál elsősorban az angolszász országok irányába.

Minden ország vonatkozásában elemezzük a *medical brain drain* negatív hatásait a küldő országok ellátórendszereire, illetve megvizsgáljuk, milyen szakpolitikai eszközökkel és nemzetközi stratégiákkal vehetik fel a küzdelmet a donorállamok az elvándorlás fékezésére. Elemezzük az ún. *medical brain gain* jelenséget is, amely annak lehetőségét jelenti, hogy a küldő ország egészségügyi rendszere valamiképpen profitálhat a kitelepült egészségügyi szakemberekből, leginkább a tudományos tudástranszferen, illetve a későbbi hazatelepülésen keresztül.

Jelen tanulmányban külön nem foglalkozunk a témával, de mindenképpen megemlítendő, hogy szükséges lehet felmérni a **Brexit egészségügyi szakember-vándorlásra gyakorolt**

hatásait. Tekintve, hogy brit NHS Európa legnagyobb egészségügyi szakember-importőre, a Brexit népszavazás óta folyamatos szakmai és közpolitikai vita zajlik arról, hogy a különböző kilépés-szenárióknak milyen hatása lesz az egészségügyi humán-erőforrás helyzetre.¹⁵ 2016-ban az Egyesült Királyság szakdolgozóinak 5, szakorvosainak 9, fogorvosainak 16, és egyéb egészségügyi személyzetének 5 százaléka érkezett az Európai Gazdasági Térség (EU 28 mínusz Horvátország, plusz EFTA országok) államaiból. A Brexit várhatóan csökkenti majd az EU-tagállamokból érkező egészségügyi szakemberek, és növelni fogja a nem-európai országokból jövők számát, illetve az országnak valahogyan növelni kell a saját humán-erőforrás ellátását.¹⁶

15 <https://www.theguardian.com/politics/2018/aug/21/brexit-could-result-in-115000-fewer-care-workers-freedom-of-movement> ; <https://www.theguardian.com/society/2018/jun/05/nhs-faces-brexit-staffing-crisis-unless-visa-caps-lifted-report> ; <https://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/brexit-implications-health-social-care>

16 <https://www.theguardian.com/society/2018/jun/05/nhs-faces-brexit-staffing-crisis-unless-visa-caps-lifted-report>