

**Boros Lajos – Pál Viktor**

### **A magyarországi orvostmigráció néhány jellemzője<sup>3</sup>**

*Az orvosok elvándorlása, azaz az egészségügyi brain drain komoly szakmai és közéleti vitákat váltott ki az elmúlt években Magyarországon. A folyamat kapcsán elsősorban a veszteségeket és az okozott működési problémákat szokták hangsúlyozni, hiszen annak ellenére, hogy igazán csak a nyugat- és észak-európai országok munkaerőpiacának megnyitása után indult meg a doktorok külföldre áramlása, viszonylag rövid idő alatt komoly működési nehézségeket okozott az egészségügyi ellátásban. A negatív hatások különösen súlyosan érintik a periférikus, gazdaságilag lemaradó térségeket. A tanulmány áttekinti az orvostmigráció értelmezési lehetőségeit, és a hazai folyamatok legfontosabb jellemzőit.*

*Kulcsszavak:* orvostmigráció, egészségügy, területi különbségek, vándorlás, Európai Unió  
*Jelkód:* F22, I14, O15, R12

#### **Bevezetés**

Az orvosok és más egészségügyi dolgozók (pl. nővérek) kivándorlása elmúlt években egyre inkább a hazai közvélemény érdeklődésének homlokterébe került. Az Európai Unió keleti bővítése, és a nyugat-európai országok munkaerőpiacának fokozatos megnyitása a felgyorsította a hazai egészségügyi szakemberek elvándorlását. Ezt a folyamatot erősíti, hogy egyes országos vagy régiók aktívan igyekeznek serkenteni a migrációt az orvosok és nővérek „toborzásával”. A migráció éles közéleti és politikai vitákat váltott ki, és befolyásolja az egészségügy ellátórendszer működését is. Egyes térségekben és szakterületeken tartós szakemberhiány alakult ki, és a szakmai utánpótlás biztosítása is kétséges a fiatal szakemberek távozása miatt. A poszt-szocialista országokban különös jelentőséget ad az orvosok elvándorlásának, hogy a szocializmus évtizedeiben létrejött egy mindenki számára elérhető, viszonylag jónak tekinthető ellátórendszer, amely ugyan sok problémával rendelkezett, de a humán erőforrás minősége igen kiváló volt. A migráció ennek fenntartását veszélyezteti, korábban nem tapasztalt kihívásokat támasztva az érintett társadalmak elé (Buchanan et al. eds., 2014; Lados G., 2013).

Tanulmányunk célja, hogy áttekintse az orvosvándorlással kapcsolatos megközelítéseket, módszertani problémákat, a főbb nemzetközi és hazai folyamatokat, valamint a hazai orvosvándorlás néhány földrajzi jellemzőjét. Elemzésünk az egészségügyi szakemberek vándorlásával foglalkozó nemzetközi szakirodalmon és az elérhető hazai statisztikai adatokon alapul.

#### **A nemzetközi orvostmigráció háttere**

Az orvosok vándorlása, azaz az egészségügyi brain drain nem új jelenség: az afrikai, latin-amerikai és ázsiai országok már évtizedek óta küzdenek a jelenséggel és a hozzá kapcsolódó problémákkal. A kivándorlás ugyanis súlyos anyagi és erkölcsi veszteséget jelent a kibocsátó országok számára, és nem egy esetben az egészségügyi ellátást is veszélyezteti (OECD, 2014). A korábban jellemző dél-észak vándorlások az elmúlt években egészültek ki a kelet-nyugati irány-nyal.

---

<sup>3</sup>Boros Lajos kutatása a TÁMOP-4.2.4.A/2-11/1-2012-0001 Nemzeti Kiválóság Program című kiemelt projekt keretében zajlott. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

A fejlettebb országok több okból is dönthetnek úgy, hogy bevándorlással igyekeznek kezelni az egészségügyi ellátás problémáit. Az egyik legfontosabb tényező a rövid távú munkaerőhiány orvoslása: az orvosképzés hosszú ideig tart, így belső forrásból nem lehet gyorsan reagálni a növekvő igényekre, munkaerőhiányra. Az orvosképzés ráadásul drága, így egyesek szerint a befogadó országok spórolni akarnak a képzési költségeken azzal, hogy másutt kiképzett szakemberekkel töltik be az állásokat.

A bevándorlók az ellátás strukturális problémáira is választ jelenthetnek azáltal, hogy a népszerűtlen szakterületeket töltik be, vagy a már meglévő állomány által nem preferált időpontokban dolgoznak, például hétvégi, vagy ünnepnapra ügyeket vállalnak. Emellett a belső regionális egyenlőtlenségek csökkentése is cél lehet a bevándorlók vonzásával: a más országból érkezők olyan (gyakran elmaradott, strukturális nehézségekkel küzdő) városokban, térségekben is munkát vállalnak, amelyek nem vonzóak a fogadó ország szakemberei számára. Azaz a migráció az egészségüghöz kapcsolódó térbeli egyenlőtlenségek csökkentésének egy lehetséges eszközeként is felfogható (Grignon–Owusu–Sweetman, 2012).

Napjaink nyugati társadalmaira jellemző folyamatok is hozzájárulnak az orvosmigráció erősödéséhez. Egyrészt a bevándorlás és az individualizálódó életutak miatt egyre sokszínűbbé váló társadalmak egyre sokszínűbb szakembergárdát igényelnek az egészségügy területén is. Másrészt az öregedő társadalmakban növekszik az egészségügyi szolgáltatások iránti igény.

Végezetül a 2008-2009-ben kezdődött gazdasági válság is erősítette a migrációs hajlandóság növekedését a doktorok körében, mivel igen gyakran sújtották állami megszorítások az egészségügyet, ami rontotta a munkakörülményeket, néhol leépítésekhez is vezetett, így taszító (push) faktorként működött sokak számára (Buchanan et. aleds., 2014).

### **Megközelítések és magyarázatok az orvosvándorlás vizsgálatában**

Az egészségügyi migrációval foglalkozó irodalomban alapvetően négy megközelítés jelenik meg az egészségügyi dolgozók migrációjával kapcsolatban (Robinson 2007), amelyek azonban nem egyformán elterjedtek.

Az internacionalista modell – pl. Grubel–Scott (1966) vagy Johnson (1979) – a globális jólét növekedésére helyezi a hangsúlyt. A pozitív externáliák (hazautalások, szakmai kapcsolatok, a globálistechnológiai fejlődés, tudástranszfer az egyes térségek, országok között) ugyanis szerintük összességében erősebbek, jelentősebbek, mint a negatívak. Ezek a megközelítések erőteljesen rokoníthatóak a neoliberális gazdaságelmélettel, amely szerint a globális jólét emelkedése mindenkinek előnyös („az emelkedő víz minden hajót megemel).

A modell több kritikát is kapott: sokak szerint például nem igazolható ténylegesen, hogy tényleg több a pozitív hatás, mint a negatív. Emellett többen arra is felhívják a figyelmet, hogy a tudástranszfer megvalósulása nem magától értetődő: megfelelő közvetítő és befogadó közeg, anyagi és technológiai feltételek szükségesek hozzá. Ehhez kapcsolódóan érdemes a földrajzi lépték problémáját is kiemelni: lehet, hogy globálisan növekszik a jólét, javul az egészségügyi állapot, még az is lehetséges, hogy általánosságban – a tudástranszfer révén – a periferikus régiók egészségügyi ellátórendszere is javul. Ugyanakkor a migráció következtében lokális léptéken olyan szakemberhiány alakul ki, amely a mindennapi működést is nehezíti, vagy lehetetlenné teszi. A negatív hatások ráadásul „túlcsordulnak”, azaz nem korlátozódnak csupán az egészségügy területére, hanem a életminőség romlása révén a társadalom minden területét befolyásolhatják (pl.: csökkenő termelékenység, elvándorlást serkentő hatás más területeken dolgozók számára stb.). Végezetül azt sem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy az elvándorlással nem csupán egy speciális szakembert veszít el egy térség, hanem a helyi társadalom egy olyan fontos szereplőjét, aki a mindennapi élet számos területét befolyásolja, és akinek a hatása nem korlátozódik csupán a gyógyításra. Így a doktorok távozása akár a helyi társadalom kohéziójának, működésének gyengüléséhez is vezethet (Robinson, 2007).

A hagyományos (nacionalista) modell elsősorban a kibocsátó országok társadalmá által elszendvedett jólétebeli veszteségekre helyezi a hangsúlyt. Az ezt a megközelítést alkalmazó tanulmányok az 1970-80-as évektől jelentek meg (lásd pl. Bhagwati–Hamada (1974), vagy Bhagwati–Rodriquez (1975)). A főbb megállapításai ezeknek az írásoknak, hogy az orvosmigráció igazságtalan folyamat, hiszen csak a képzési költség jelenik meg a küldő országban, a haszon már a fogadóknál lesz. Emellett a távozók költségei, megtakarításai hiányoznak a helyi gazdaságból, azaz az orvosok munkájának közvetlenül jelentkező multiplikátor hatása is másutt érvényesül (Robinson, 2007).

A megközelítés azt is hangsúlyozza, hogy a szakmai vetélkedés pozitív hatásai vagy a nagyobb specializáció minőséget javító hatásának lehetőségei csökkennek a küldő országban, azaz összességében a negatív hatások az erőteljesebbek. Ennek eredményeképpen a fogadó országban nő a jóllét, míg a fejlődő országokban csökken a gazdasági növekedés és rosszabb lesz (vagy kevésbé javul) az életminőség. E negatív hatások ellensúlyozására egyesek „brainrainadót” javasoltak, azaz azt, hogy a fejlettebb országok anyagilag kárpótolják a kibocsátó országokat az elvesztett humán erőforrás és negatív gazdasági hatások miatt.

A (társadalmilag) hasznos agyelszívás (beneficial braindrain) modell elsősorban a kibocsátó országokban kiváltott befektetésekre és növekedési hatásokra koncentrál. A megközelítés feltételezése szerint a kivándorlás jobb munka-kereseti és karrierlehetőségeket kínál, ez pedig tanulásra, karrierépítésre motiválja az embereket, így több befektetés érkezik ide, ezek pedig jelentősebbek, mint a kivándorlás hátrányai. A tanulás nagyobb jutalmat ígér a kivándorlás lehetősége miatt, ez nagyobb befektetést vont az ágazatba. Emellett nem mindenki vándorol ki, azaz a befektetések hatása összességében pozitív lesz az országra, mert nő a képzettségi szint. Az empirikus tapasztalatok igazolni látszanak a hipotézist (pl.: Beine–Docque–Rapoport (2001), Clemens–Pettersson (2006)). Beine–Docque–Rapoport (2006) azt találta, hogy 127 országban igaz volt a fentebb bemutatott összefüggés: 10%-os növekedés a képzett munkaerő kivándorlásában 5%-kal növelte a képzettek arányát a maradók közt.

A társadalmi kapcsolatok modellje – pl. Turner (2003) – hangsúlyozza a migránsok által létrehozott hálózatok (Immigrant Knowledge Networks - IKN) szerepét, amelyek kulcsfontosságú elemei a fejlett és fejlődő országok közötti erőforrás-transzfernek. Ebben a megközelítésben a vándorlást nem veszteségként értelmezik, hanem egy olyan nem piaci csatornaként, ami a kereskedelem, befektetések, tudás, pénz áramlását biztosítja a két ország között. Mindezek alapján a cél, hogy ezt a hálózati potenciált kihasználják – szemben a kivándorlást korlátozó/büntető politikákkal. Ennek révén a kibocsátó ország nem csak az emigráló személy tudásához férhet hozzá, hanem a befogadó országban létrehozott hálózatát is használni tudja – azaz egyfajta „hozzáférési pontként”, kapuőröként működhetnek, akik kulcsszereplők a kapcsolati hálón belül elérhető erőforrások mozgósításában. Ez a megközelítés kevésbé népszerű a szakirodalomban, inkább a költség-haszon szemlélet az uralkodó. Ennek az az oka, hogy a társadalmi kapcsolatok modelljének következtetései ellentétesek a nacionalista modell kiindulópontjaival és következtetésével, valamint politikai ajánlásaival – hiszen nem a bevándorlás korlátozására, hanem a folyamat elfogadására és „hasznosítására” fókuszál.

A fentebb bemutatott nézőpontok közül a hagyományos modell a legelterjedtebb, álláspontunk szerint azért, mert kivándorlás hatásaiból a negatívak gyorsabban (gyakorlatilag azonnal) jelentkeznek, és könnyebben mérhetőek, észrevehetőek, mint a más megközelítések által hangsúlyozott pozitívumok, amelyek nem egy esetben áttételesek, hosszabb távon jelentkeznek, vagy éppen vitatottak.

### **Módszertani nehézségek**

Az orvosok elvándorlásával kapcsolatban több értelmezési és módszertani probléma is felmerül. Az okokat illetően fontos figyelembe venni, hogy az egyéni migrációs döntések mögött a tényezők széles köre állhat. Bár a leggyakrabban a magasabb bérekkel, illetve részben a jobb munka-

körülményekkel (pl.: kisebb munkahelyi leterheltség, eltérő szervezeti kultúra, intézményi működés stb.) indokolják az orvosok kivándorlását – különösen jellemző ez a sajtóban megjelenő beszámolókra – kutatások szerint túl szűk körűek azok a magyarázatok, amelyek egyfajta racionális döntésként értelmezik a vándorlással kapcsolatos döntést (Tankwanchi, 2012). Érdemes figyelembe venni strukturális okokat (pl. a kibocsátó ország gazdasági fejlődését, politikai helyzetét, stabilitását), vagy érzelmi okokat (identitás, helyekhez való kötődés stb.). Az okok összetett volta nagymértékben nehezíti a politikai válaszreakciók formálását, hatékony beavatkozások megvalósítását. Ráadásul a beavatkozások hatása is nehezen mérhető: nem ítéltető meg pontosan, hogy a tendenciákban bekövetkezett változások pontosan mindek köszönhetőek, illetve a beavatkozások, strukturális változások hatása gyakran csak hosszabb távon jelentkezik.

A hatások vizsgálatánál egyrészt az jelenti a problémát, hogy az egyes előnyök és hátrányok nehezen összehasonlíthatók illetve számszerűsíthetők, másrészt pedig az, hogy nem egy időben jelentkeznek – a kibocsátó országok általában sokkal hamarabb tapasztalják a negatív hatásokat, mint az esetleges pozitívumokat.

Emellett azt is figyelembe kell vennünk, hogy nagyon nehéz a folyamatok statisztikai vizsgálata, különösen az Európai Unión belüli mozgások esetében. Magyarország esetében is nehéz azzal kapcsolatosan valós képet kapni, hogy ténylegesen hány egészségügyi dolgozó (orvos, fogorvos, szülésznő, nővér), hagyta el az országot: a statisztikák szerint mintegy 8000 orvos kért engedélyt a külföldi munkavállaláshoz, de ez nem egyenlő a ténylegesen külföldön dolgozó doktorok számával. Az engedély kérése egyrészt ugyanis csak a munkavállalási szándékot fejezi ki, nem egyenlő azzal, hogy az illető ténylegesen ki is vándorol. Másrészt az engedélyt nem személyenként, hanem szakvizsgánként kell megkérni, azaz egy három szakvizsgálással rendelkező orvos háromszor kerül a statisztikába, ha az összes szakterületén megkéri az engedélyt.

A vándorlási hajlandóság vizsgálatánál tehát érdemes figyelembe venni, hogy a szándék és a tényleges cselekvés nem ugyanaz: azaz ha valaki engedélyt kér a külföldi munkavállaláshoz, vagy úgy nyilatkozik egy felmérésében, hogy szeretne külföldön munkát vállalni, az nem jelenti szükségszerűen, hogy meg is teszi azt.

Azt is érdemes figyelembe venni, hogy nem minden külföldön munkát vállaló orvos vándorol ki, egyesek „kétlaki életet” élve magyarországi munkájuk mellett járnak ki ügyelni vagy rész munkaidőben dolgozni – kihasználva az olcsóbbá és elérhetőbbé váló közlekedési lehetőségeket (Dudás, 2010).

Összességében kijelenthető, hogy nincs egyetlen ok, aminek a megszüntetésével, „javításával” megállítható, vagy visszafordítható lenne a folyamat, valamint az okok és hatások meghatározása és a beavatkozások hatékonyságának mérése nagyon bonyolult feladatot jelent.

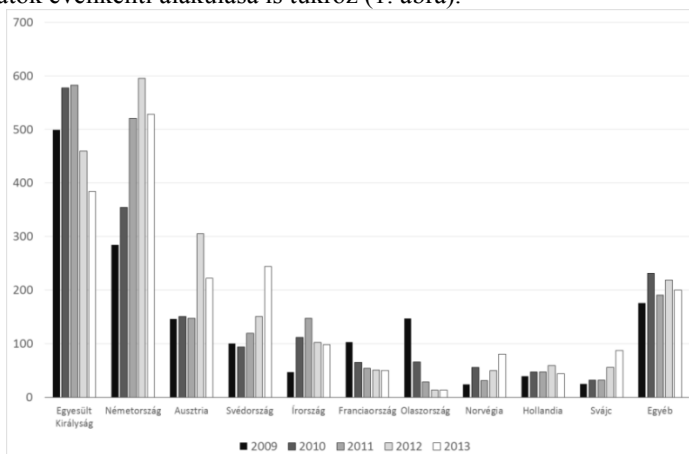
### **Orvosvándorlás Magyarországon**

Magyarország európai uniós csatlakozását megelőzően a szakmai előrejelzések már számoltak azzal, hogy a hazai egészségügyi dolgozók számára komoly vonzerőt fognak jelenteni a nyugat- és észak-európai országokban elérhető magasabb jövedelem, jobb munkakörülmények. Egyes elemzések szinte katasztrófa-forgatókönyveket vázoltak fel a várható kivándorlással kapcsolatban. Ezek végül nem váltak valóra, ennek a migráció ellenére komoly problémákat és feszültségeket okoz (Ognyanova et al., 2012, Giraseket al., 2013).

A jelenlegi statisztikák szerint az évente kivándorló orvosok száma nagyjából megegyezik az adott évben végzett orvostanhallgatók számával – azaz jelenleg nem biztosított a hazai egészségügyi munkaerő pótlása, hiszen a maradék egy része (pl. nyugdíjazás miatt) abbahagyja a praktizálást, így az aktív doktorok száma csökken.

A migráció célországait és a kivándorlók számát erőteljesen befolyásolja, hogy az egyes nyugat- és észak-európai országok munkaerőpiaca mikor nyílt meg a magyar doktorok előtt. Kis létszámban ugyan már a nyitást megelőzően is vállaltak munkát az egyes célországokban a magyar orvosok, de igazán jelentős számban csak azt követően tették meg, amikor megvalósult a

munkaerő szabad áramlása. A két legfontosabb célország az Egyesült Királyság és Németország – mivel az Egyesült Királyság munkaerőpiaca előbb megnyílt a magyar munkaerő előtt, amit a kivándorlási adatok évenkénti alakulása is tükröz (1. ábra).

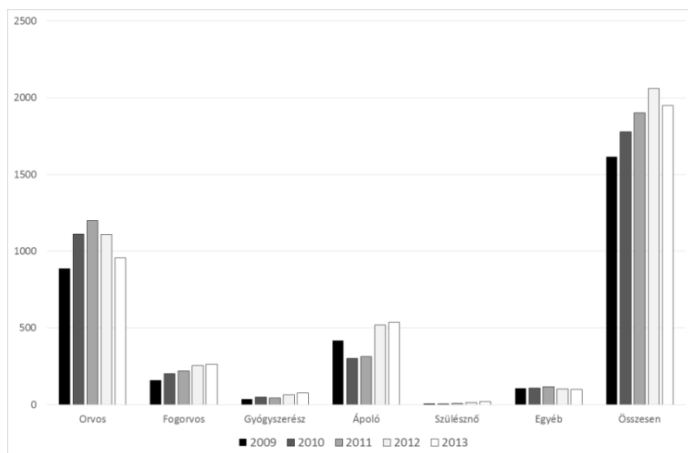


1. ábra: Az EEKH által kiadott engedélyek száma célországok szerint 2009-2013 (összes egészségügyi dolgozó)

Forrás: Egészségügyi Engedélyezési Közigazgatási Hivatal adatai alapján

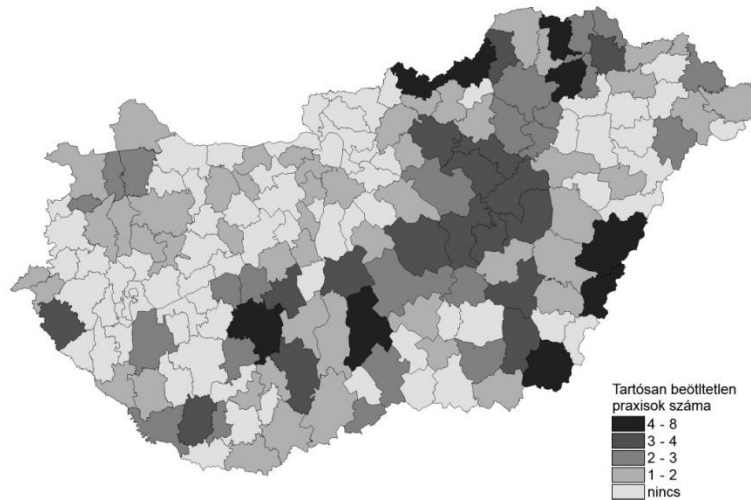
Az elvándorlás következtében növekszik a be nem töltött orvosi állások száma. Ez különösen súlyosan érinti a periférikus, rurális térségeket, ahol nem egy esetben több éve nem tudják betölteni a háziorvosi pozíciókat (Uzzoli –Szilágyi, 2013). Annak ellenére így van ez, hogy az állam támogatásokkal és ösztöndíjakkal is igyekszik arra ösztönözni a doktorokat, hogy ezekben az orvoshiány által sújtott térségekben vállaljanak munkát.

A legnagyobb számban az orvosok vándoroltak ki (2. ábra), de nem elhanyagolható a migráns fogorvosok és ápolók száma sem. Utóbbiaknál azt is érdemes figyelembe venni, hogy a külföldi munkavállalásuk nem szükségszerűen jelenik meg a statisztikákban, mivel csak akkor kell magukat mindenképp regisztrálni, ha egészségügyi intézményben vállalnak munkát. Ha házi ápolás vállalnak, akkor a külföldi munkavállalásuk lehetséges regisztráció nélkül is.



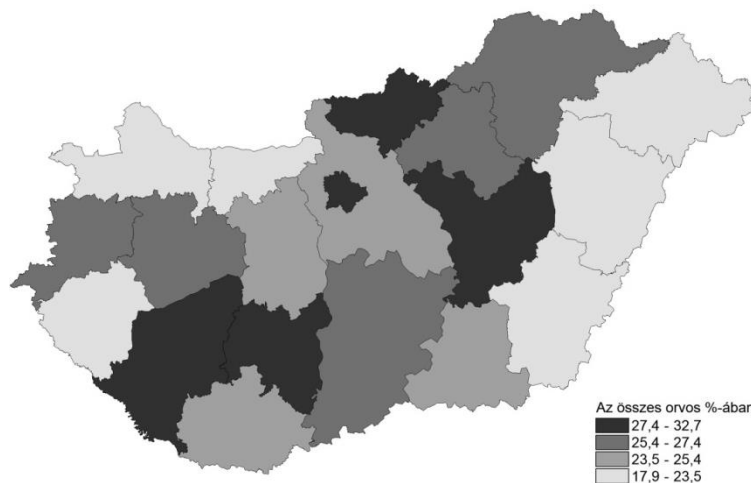
2. ábra: Külföldre szóló működési engedélyt kérő magyarországi egészségügyi dolgozók szakmájként (2009-2013)

Forrás: Egészségügyi Engedélyezési Közigazgatási Hivatal adatai alapján



3. ábra: A tartósan betöltetlen háziiorvosi praxisok Magyarországon kistérségenként 2014-ben  
Forrás: az országos Alapellátási Intézet adatai alapján saját szerkesztés

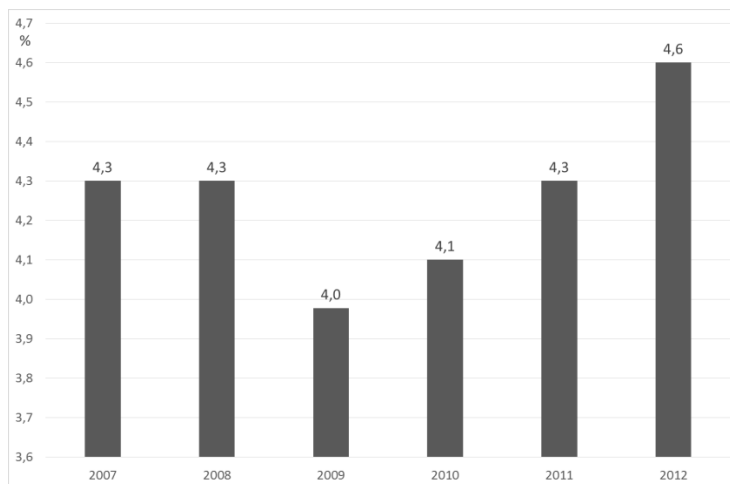
Az elvándorlás hatásainak értékelésekor azt is érdemes figyelembe vennünk, hogy leginkább a fiatal szakemberek döntenek a migráció mellett, így a helyben maradó munkaerő átlagos életkora folyamatosan emelkedik, és egyes térségekben komoly problémákat okozhat, hogy nyugdíjas, vagy nyugdíjhoz közeli korú orvosok biztosítják a helyi ellátást. Mindennek következtében e térségek hosszú távú ellátása veszélyben forog. Ráadásul e problémák területileg koncentráltan jelentkeznek, hiszen az előregedés területi mintázata összefüggésben van a tartósan betöltetlen háziiorvosi praxisok területi koncentrációjával (3-4. ábra)



4. ábra: A 60 év feletti orvosok aránya Magyarországon 2012-ben  
Forrás: Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2012 alapján saját számítás

2009-től folyamatosan növekszik a betöltetlen orvosi álláshelyek száma – a 2008 és 2009 közötti csökkenés oka a kapacitások csökkentése, azaz nem a migrációs folyamatok okozták a betöltetlen állások csökkenését. A növekedés ráadásul meglehetősen gyorsnak tűnik, ami megnehezíti az egészségpolitika reagálását: rövid időn belül kellene nagyszámú álláshelyet betölteni, illetve a

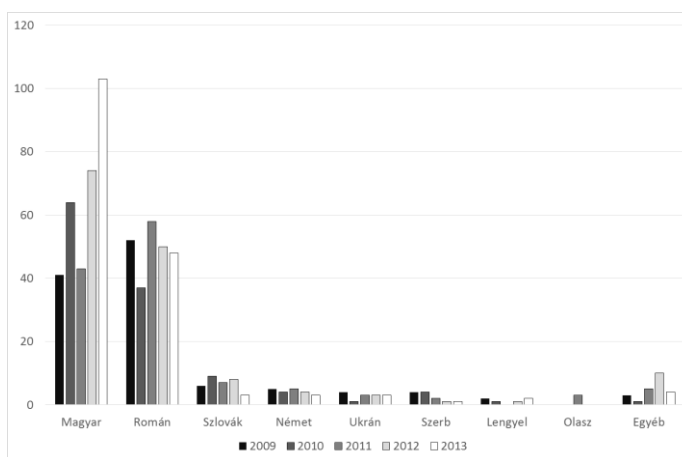
szakemberek kiáramlását is csökkenteni kellene (5. ábra). Itt módszertani nehézség, hogy a statisztika nem tükrözi pontosan a betöltetlen álláshelyeket, mivel az ellátás biztonsága érdekében egy orvos több állást is kénytelen ellátni. Ez nyilván jövedelem-növekedéssel is jár, azonban rendkívül megterhelő, továbbrontja az orvosok amúgy sem kedvező életkilátásait, fokozza az önkizsákmányolást.



5. ábra: Az üres orvosi állások az engedélyezettek százalékában (2007-2012)

Forrás: Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2012

Felmerülhet a kérdés, hogy a bevándorlás képes lehet ellensúlyozni a kivándorlás negatív hatásait azáltal, hogy a Magyarországra érkező orvosok átveszik a távozók helyét. Az adatok szerint (ábra) a Magyarországra érkező orvosok legnagyobb része magyar vagy román állampolgár, azaz vagy visszatérő orvosokról van szó, vagy pedig határon túli magyarokról. A számuk azonban alatta marad a kivándorlókéknak, így összességben nem tudják pótolni az eltávozó szakembereket. Ráadásul a Magyarországra érkező orvosok egy része csupán átmenetinek tekinti itteni munkáját, és közép- vagy hosszú távon szeretne az Európai Unió fejlettebb, magasabb jövedelmet biztosító tagállamaiba költözni (6. ábra).



6. ábra: Az EKKH által elismert oklevelek országok (állampolgárság) szerint 2009-2013 (összes egészségügyi dolgozó)

Forrás: Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal adatai alapján

A felmérések szerint (Girasek et al., 2009) az elvándorlási hajlandóság növekszik az orvostan-hallgatók között, azaz a jövőben valószínűleg folytatódnak a jelenlegi trendek. Az elmúlt években rezidensek mintegy 40%-a vándorolt ki, és szerezte meg a szakorvosi vizsgáját külföldön. Nagy részük jó eséllyel tartósan, akár véglegesen is külföldön marad. Ez a jelenség, összekapcsolva az öregedő háziorvosi állománnyal, és a több településen fennálló egészségügyi munkaerő-hiánnyal azt vetíti elő, hogy a jövőben is fenn fognak állni az egészségügyi ellátás elvándorláshoz kapcsolódó nehézségei, és a kapcsolódó politikai viták élesebbé válása is lehetséges. A folyamatok tükrében a hazai egészség- és migrációs politikának minél előbb hatékonyan reagálnia kell a folyamatokra. Eddig próbálkoztak a kivándorlás nehezítésével (lásd hallgatói szerződések), a munkakörülmények javításával, ösztöndíjakkal (pl.: azok számára, akik orvoshiányos térségben vállalnak munkát), béremelésekkel, de átütő eredményt nem sikerült elérni.

### Összegzés

Tanulmányunkban bemutattuk, hogyan, milyen értelmezési keretek között tanulmányozza a nemzetközi szakirodalom az egészségügyi dolgozók kivándorlási folyamatát. A hazai és nemzetközi szakirodalomban a legelterjedtebb a költség-haszon elemzéseket alkalmazó tradicionális megközelítések, amelyek a küldő országok problémáira és veszteségeire helyezik a hangsúlyt. A Magyarországot érintő migráció nagyságrendjének tükrében ez logikusnak is tűnik.

A jövőben érdemes lehet megvizsgálni, hogy a különböző földrajzi és intézményi léptékek (állam, régió, település, intézmény, közvetlen munka- és lakókörnyezet) milyen hatása van a vándorlási attitűdökre és döntésekre. Milyen szereplők és hogyan, milyen mértékben, milyen eszközökkel befolyásolják a migrációs folyamatokat? Milyen kezdeményezések születtek eddig, és hol tapasztalható hiány? Mely szereplők aktivitása, szerepe lenne növelhető a jövőbeli migrációs politikákban?

### Felhasznált irodalom

- AKAY, A.–BARGAIN, O.–ZIMMERMANN, K. (2013): Home sweet home? Macroeconomic conditions in the home countries and the well-being of migrants. IZA Discussion Papers No. 7862. Bonn.
- BEINE, M.–DOCQUER, F. – H. RAPOPORT (2001): Brain Drain and Economic Growth: Theory and Evidence. *Journal of Development Economics* Vol. 64, 275-289.
- BEINE, M.–DOCQUIER F. – H. RAPOPORT (2006): Brain drain and human capital formation in developing countries: winners and losers”, IRES Discussion Paper No 2006-23, Université Catholique de Louvain, Louvain.
- BHAGWATI, J.–K. HAMADA. (1974) “The brain drain, international integration of markets for professionals and unemployment: A theoretical analysis”. *Journal of Development Economics* 1:(1), 19-42.
- BHAGWATI, J.–RODRIGUEZ, C. (1975): “Welfare-Theoretical Analyses of the Brain Drain” *Journal of Development Economics* 2, 195-221.
- BUCHANAN, J.–WISMAR, M.–GLINOS, I. A.–BREMNER, J. EDS. (2014): Health professional mobility in a changing Europe. *Observatory Studies Series 32. The European Observatory on Health Systems and Policies– World Health Organization, Copenhagen.*
- CLEMENS, MICHAEL– G. PETTERSSON (2006): Do Visas Kill? The Effects of African Health Professional Emigration. Center for Global Development, [www.cgdev.org](http://www.cgdev.org)
- DUDÁS, G. (2010): A légiközlekedési szektor liberalizációja és az európai fapados piac. *Tér és Társadalom* 24:(1) pp. 137-154.
- EKE, E.–GIRASEK, E.–SZÓCSKA, M. (2009): A migráció a Magyar orvosok körében. *Statisztikai Szemle* 87:(7-8),795-827.

- GIRASEK, E.–CSERNUS, R.–RAGÁNY, K.–EKE, E. (2013): Migráció az egészségügyben. *Magyar Tudomány* 173:(3), 292-298.
- GIRASEK, E.–MOLNÁR, R.–EKE, E.–CSERNUS, R. (2009): Az orvosi pálya választásának motivációi napjainkban – orvostanhallgatók és rezidensek véleménye alapján. *Orvosképzés LXXXIV* (4), pp. 255-336.
- GRIGNON, M.–OWUSU, Y.–SWEETMAN, A. (2012): The International Migration of Health Professionals. Discussion Paper No. 6517, IZA, Bonn.
- GRUBEL, H.–A. SCOTT (1966): The International Flow of Human Capital. *American Economic Review*, Vol. LV1, 268-283.
- JOHNSON, H. (1979): Some Economic Aspects of the Brain Drain. *The Pakistan Development Review*, 7:(3) 379-441.
- LADOS, G. (2013): The impact and importance of return migration in East Central Europe. *Forum Geografic* 12:(2) pp. 132-137.
- OECD (2014): International Migration Overlook 2014. ([http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/international-migration-outlook\\_1999124x](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/international-migration-outlook_1999124x))
- OGNYANOVA, D.–MAIER, C. B.–WISMAR, M.–GIRASEK, E.–BUSSE, R. (2012): Mobility of health professionals pre and post 2004 and 2007 EU enlargements: Evidence from the EU project PROMe THEUS. *Health Policy* 108, pp. 122-132.
- ROBINSON, R. (2007): The cost and benefits of health worker migration from East and Southern Africa (ESA): a literature review. *Equinet discussion paper* 49.
- RUTTEN, M. (2009): The economic impact of medical migration: a receiving country's perspective'. *Review of International Economics* 17:(1), 156–171.
- TANKWANCHI, A. B. S. (2012): Doctors beyond borders: data trends and medical migration dynamics from Sub-Saharan Africa to the United States. PhD dissertation, Vanderbilt University, Nashville
- TURNER, W.A. (2003): *Diaspora Knowledge Networks* UNESCO, Paris.
- UZZOLI, A.–SZILÁGYI, D. (2013): A nyugat-kelet és a centrum-perifériarelációk a hazai egészségi egyenlőtlenségek alakulásában az 1990 utáni válságok idején. *Területi Statisztika* 53:(4) 306-321.
- WATKINS, S. (2005): Migration of health care professionals: practical and ethical consideration. *Clinical Medicine* 2005/5, 240–263.