

Kocsicska Ivana²²

Magyarország és Szerbia orvosokkal való ellátottságának összehasonlítása területi egységek szintjén 2002-2020 közötti időszakban

A kutatásomban szeretném bemutatni Magyarország és Szerbia orvosokkal való ellátottságát (orvosok száma/100 000 lakos), mely az egészségügyi rendszer működésére vonatkozó egyik legfontosabb indikátor, a két ország tervezési-statisztikai és közigazgatási területi egységeit véve alapul. A kutatásom a 2002-2020 közötti időszakra terjed ki, és összehasonlítás céljából másodlagos adatokat, a hivatalos magyar és szerb statisztikai adatokat használtam fel. Mivel Magyarország és Szerbia szomszédos országok, egy ilyen összevetés fontos információkkal szolgálhat a regionális hasonlóságokat és különbségeket, valamint a jövőbeli fejlődési kilátásokat illetően. Azt is fontos kiemelni, hogy Magyarország és Szerbia eltérő gazdasági fejlettségű országok, valamint az európai uniói tagság tekintetében is jelentősen különbözik a helyzetük. Viszont mindkét ország lényeges gazdasági és politikai változásokon ment keresztül az elmúlt 15-20 évben, és ezért fontos lehet megvizsgálni és összehasonlítani az egészségügyi rendszereik fejlődését, melynek szerves részét képezi az orvosokkal való ellátottság. A kutatásom során arra a következtetésre jutottam, hogy Magyarország azon orvosokkal való ellátottság magasabb, mint Szerbiában. 2002 óta Magyarország vármegyéiben folyamatosan emelkedik az orvosokkal való ellátottság, míg Szerbia területi egységeiben a 2002 utáni „látványos” csökkenést követően főleg stagnálás figyelhető meg. Összességében megállapítható, hogy a földrajzi közelség ellenére jelentős különbségek vannak a szerb és a magyar orvosokkal való ellátottság tekintetében.

*Kulcsszavak: orvosokkal való ellátottság, egészségügyi indikátorok, egészségügyi munkaerő, regionális különbségek
JEL kód: I15, J45, O15*

Comparison of the density of physicians in the Hungarian countries and in the territorial units of Serbia for the period 2002-2020

In my research, I would like to present the density of physicians (number of physicians/100 000 inhabitants) in the counties of Hungary (NUTS 3 statistical region) and in the territorial units of Serbia (NUTS 3 statistical regions), as one of the most important indicators of healthcare systems. My research covers the period 2002-2020 and is based on official Hungarian and Serbian statistical data, as secondary data. Since Hungary and Serbia are neighbouring countries, such a comparison can provide us with important information on regional similarities and differences, as well as future development perspectives. It is also important to note that Hungary and Serbia are countries with different level of economic development and different positions in terms of EU membership. Both countries have undergone significant economic and political changes in the last 15-20 years, and it might be important to examine and compare the development of their healthcare systems, including the density of physicians, during this period. My current research has shown that the density of physicians is higher in Hungary than in Serbia. Since 2002, the density of physicians in Hungarian counties has been steadily increasing, while in territorial units of Serbia it has mainly stagnated following a "spectacular" decline after 2002. Overall, it can be concluded that despite the geographical proximity, there are significant differences in the density of physicians in Serbia and Hungary.

Keywords: physician supply, health indicators, health workforce, regional disparities

JEL code: I15, J45, O15

<https://doi.org/10.32976/stratfuz.2023.8>

²² PhD Hallgató; Miskolci Egyetem, Hantos Elemér Gazdálkodás- és Regionális Tudományi Doktori Iskola

Bevezető

Szerbiában 15-20 évvel ezelőtt kezdődtek el a jelentős társadalmi és gazdasági reformok. A 2006. május 21-i montenegrói népszavazást követően, Szerbia és Montenegró, mint államszövetség szétesett (Minić 2007). A szövetség gazdasági szférája is felbomlott, ami sok változással járt ebben az átmeneti gazdaságban, beleértve a kormányzati struktúra és a közigazgatás komoly reformjának szükségességét is. Ez azért volt lényeges, mivel a posztkommunista korszak történelmi öröksége a volt jugoszláv országokban nem megfelelően hatékony és átláthatatlan „közigazgatási kultúrák” kialakulásához vezetett (Đinđić-Bajić 2018). Emellett, az európai uniós integráció újabb politikai kihívások elé állította az országot és politikai reformokat indított el. Az említett változásokhoz fűződik az egészségügyi menedzsment megjelenése és még mindig nagy erőfeszítések mellett történik az integrációja az egészségügyi rendszerbe. A fejlett európai országok, különösen a szomszédos országok példáját követve elkezdődött az egészségügyi rendszer fejlesztése. Ezért is fontos a szerbiai egészségügyi rendszer folyamatos összehasonlítása más, fejlettebb országok egészségügyi rendszereivel. Különösen érdekes és értékes lehet összehasonlítani a szerbiai helyzetet a magyar egészségügyi rendszerrel, hiszen közös történelmi múlttal és évszázados gazdasági kapcsolatokkal rendelkező szomszéd országokról beszélünk. Emellett kiemelendő, hogy e országokban a szocializmus időszakában létrejött egy viszonylag jó minőségű és mindenki számára elérhető egészségügyi ellátórendszer, mely bár sok problémával rendelkezett, de a humán erőforrás minősége kiváló volt (Boros-Pál 2016). A tanulmányom célja olyan mutatók, mint pl. az orvosokkal való ellátottság egyszerű összehasonlítása Szerbia, illetve Magyarország területi egységei (NUTS 3 megyék) esetében, mely ezeknek a területeknek az egészségügyi munkaerő-ellátási hasonlóságaira és különbségeire vonatkozóan nyújthat fontos információt. Részletesebben és mélyebben merülve a témába, ez az elemzés további hasznos adatokat is szolgáltathat a két egészségügyi rendszer fejlődésének aktuális szakaszáról, állapotáról, valamint ezt potenciálisan befolyásoló földrajzi, kulturális és regionális hatásokról, melyek további kutatások témái lehetnek. Magyarország esetében is hasznos az egészségügyi rendszerének összehasonlítása egy gazdaságilag kevésbé fejlett országával. Ez bizonyítékkal szolgálhat arra, hogy a korábban végrehajtott egészségügyi reformok milyen tényleges hatást gyakoroltak, és mennyit fejlődött az egészségügyi rendszer a korábbi állapothoz képest. Emellett az összehasonlítás növelheti az egészségügyi rendszerek és szolgáltatások versenyképességét, ösztönözheti a további fejlődésüket és erősítheti az egészségügyi menedzsment szerepét.

Irodalmi háttér

Az emberi erőforrás a hatékony szolgáltatásnyújtás kulcsfontosságú eleme és ezért vált a modern menedzsment egyik legfontosabb fókuszpontjává. Az egészségügyi rendszerre is igaz, hogy a három fő inputjának egyike, a fizikai tőke és a fogyóeszközök mellett, az emberi erőforrás (Kabene et al 2006). Világszerte az egészségügyi rendszerekben egyre nagyobb figyelmet fordítanak az emberi erőforrás menedzsmentre. A globalizáció hatására az 1970-es évektől napjainkig világszerte fontos reformok zajlottak le az egészségügyi szektorban és ezek hatására az egészségügyi menedzsment implementálódott az egészségügyi rendszerbe. Az egészségügyi menedzsment fő feladata, célja és prioritása a hatékony és magas színvonalú egészségügyi szolgáltatás biztosítása (Dixon-Woods et al 2014).

Az egészségügyi munkaerő menedzsmentjének fő kihívásai közé tartozik az egészségügyi szakemberek hiánya és alacsony munkahelyi elégedettsége (Blštáková-Palenčarová 2021). Az egészségügyi dolgozók hiánya és egyenlőtlen földrajzi eloszlása napjainkban súlyos globális problémának számít. Így a munkaerőhiány miatt az emberi erőforrás gyakran "a leggyengébb láncszem" az egészségügyi rendszerben (Pál et al 2021). Az orvosokkal való megfelelő ellátottság nélkül az egészségügyi szolgáltatás alapvető céljai nem érhetők el, és a nemzetek egészsége is veszélybe kerülhet (Sargen et al 2011).

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és partnerei kidolgozták az egészségügyi munkaerőre vonatkozó globális stratégiát: Workforce²³ 2030 (GSHRH). A WHO valamennyi régiójából több mint 200 szakértő hozzájárult az egyetemes egészségügyi lefedettséget szolgáló átfogó egészségügyi munkaerő keretrendszerének kidolgozásához. E stratégia legfontosabb célkitűzése az egészségügy finanszírozásának, valamint az egészségügyi munkaerő toborzásának, fejlesztésének, képzésének és megtartásának jelentős növelése a fejlődő országokban, különösen a legkevésbé fejlett országokban és a fejlődő szigetországokban (Global strategy on human resources for health: Workforce 2030, 2016). Tudományos bizonyítékokon alapuló, különböző mutatókat alkalmazó egészségügyi munkaerő tervezése és fejlesztése alapvető és kulcsfontosságú cél világszerte.

A WHO szerint az egészségügyi munkaerővel kapcsolatos egyik legfontosabb mutató az orvosokkal való ellátottság, amely a 100 000 lakosra jutó orvosok számát jelenti, beleértve a háziorvosokat és a szakorvosokat is. Bár az egészségügyi munkaerővel való ellátottságra vonatkozóan nincsenek egyértelműen definiált „arany standardok”, becslések szerint azokban az országokban, ahol 10 000 lakosra kevesebb, mint 23 orvos, ápoló és szülésznő jut (230/100 000 lakos), az ellátottság nem felel meg a millenniumi fejlesztési célok keretében kiemelt egészségügyi alapellátási célkitűzéseknek (World Health Report 2006). Számos más mutató is létezik (pl. 10 000 lakosra jutó gyógyszerészek, az orvosok abszolút száma, 10 000 lakosra jutó orvosok száma, 10 000 lakosra jutó ápoló és szülésznői személyzet, 10 000 lakosra jutó szakorvosok abszolút száma, általános orvosok abszolút száma, 10 000 lakosra jutó fogorvosok száma, orvosok nemek szerinti megoszlása (%)), amelyek használhatók az egészségügyi munkaerő-ellátás értékelésében.

Az orvosokkal való ellátottság a 100 000 lakosra jutó háziorvosok, szakorvosok és egyéb orvosok teljes számát jelenti az adott nemzeti és/vagy szubnacionális szinten. Ez a szám kizárólag a praktizáló (aktív) orvosokat vagy az összes bejegyzett orvost is magában foglalhatja. Ha rendelkezésünkre állnak a gyakorló orvosokra vonatkozó adatok, akkor ezeket az adatokat kell alkalmazni. A gyakorló orvosok azokat az orvosokat jelentik, akik közvetlenül ellátják a betegeket és ebben a kategóriába nem tartoznak az adminisztrációban, a kutatásban és más, a betegeket közvetlenül nem érintő munkakörben dolgozó orvosok, valamint a nyugdíjas orvosok és a külföldön dolgozó orvosok. Ha ez az adat nem áll rendelkezésünkre, akkor a működési engedéllyel rendelkező orvosokra vonatkozó adatokat kell alkalmazni. Idetartozik minden olyan orvos, akinek az orvosi képzettsége előfeltétele a munkaköri leírásában szereplő feladatvégzésnek.

A módszertani alapok elemeinek tárgyalásától továbblépve és az egészségügyi munkaerő fejlesztésének konkrét problémájáról beszélve, egyértelmű, hogy ez a téma közvetlenül érinti a fejlődő országokat, amelyek az egészségügyi rendszerek finanszírozásával, az egészségügyi szakemberek toborzásával, képzésével és megtartásával küzdenek. Az egyik ilyen fejlődő ország Szerbia, ahol jelentős erőfeszítéseket fektettek be a már 20 éve tartó egészségügyi reformok végrehajtásába. Kiemelendő, hogy Szerbia gazdasági fejlettsége olyan tényező, amelyet mindig szem előtt kell tartani, és a reformok során elért eredményeket ennek a figyelembevételével kell értékelni.

Jugoszlávia történelmi magjaként Szerbia lassabb ütemben követte a környező országokban zajló demokratikus változásokat, és az egészségügyi rendszer fejlődését is nagyban befolyásolták a történelmi körülmények. Szerbiában a szélesebb körű társadalmi-politikai átalakulási folyamat csak 2000 után kezdődött el, majd az ezt követő dinamikus gazdasági fejlődés eredményeként a nemzeti egészségügyi kiadások is növekedtek. Hozzá kell tenni, hogy a fenntartható finanszírozási modell bevezetése során komoly nehézségek merültek fel a szerb egészségügyi rendszerben (Jakovljevic et al 2011). A szerb kormány 2002-ben elkezdte az egészségügyi reform végrehajtását. Ebben a folyamatban a szerb kormányt az Európai Unió és a Világbank segítette. A reform fő célja az egészségügyi ellátás javítása, az egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetőségének növelése, a meglévő pénzügyi források hatékonyabb felhasználása és az

²³ Magyarul: Munkaerő

egészségügyi szolgáltatás minőségének javítása volt (Világbank 2009). Politikai szempontból fontos megemlíteni, hogy Szerbia az európai uniós tagjelölti státuszt 2012-ben kapta meg. Ez szintén nélkülözhetetlenné teszi a szerbiai egészségügyi rendszer reformját és további fejlesztését, egy szélesebb körű közsféra reform részeként.

Magyarország posztkommunista EU-tagállam, melynek gazdasága is jelentős változásokon ment át az elmúlt 30 évben (Lipták, 2012). A központi tervgazdaságot piacgazdasággá alakították át, akárcsak Szerbiában. Az állam felelős a lakosság egészségéért, az egészségbiztosítás egykulcsos és de facto általános lefedettségű (Elek et al 2015). Az egészséghez szükséges feltételek megteremtésével lehetővé kell, hogy tegye a közösségek és az egyének egészségének a védelmét és javítását, illetve szükség esetén annak helyreállítását a lehetőségeknek megfelelően (Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény). Az európai országokban az egészségügyre fordított GDP százalékos arányát vizsgálva, Magyarország a felső-közép mezőnyben foglal helyet (Takács 2020, 28). Ennek ellenére, jelentős problémák észlelhetők az egészségügyi alapellátásban. A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) adatai szerint 2022 januárjában 643 betöltetlen háziorvosi körzet volt Magyarországon, ebből 559 (87%) tartósan betöltetlen. 359 körzet (az összes körzet 55,8%-a) a COVID-19 járvány 2020. márciusi kitörése óta üresedett meg. Szintén kiemelendő fontos tényként, hogy 2020 márciusában a háziorvosok átlagéletkora Magyarországon 60 év volt. A magyar alapellátás munkaerő-válsága fokozatosan mélyül, és egyre súlyosabb egyenlőtlenségeket eredményez az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben (Papp et al 2019)

Összehasonlítva az orvosokkal való ellátottságot Szerbiában, illetve Magyarországon más európai országokkal (EUROSTAT 2020-as adatai alapján), azt mondhatjuk, hogy a gyakorló orvosok számát tekintve Magyarország és Szerbia is a rangsor végén állnak. Míg a "vezető" Ausztriában az orvosokkal való ellátottság 535 orvos/100 000 lakos volt, Magyarországon az orvosokkal való ellátottság 314 orvos/100 000 lakos, míg Szerbiában 288 orvos/100 000 lakos volt. Viszont megemlítendő az is, hogy 2002-ben Szerbia is, Magyarország is az „európai lista” élén állt az orvosokkal való ellátottság tekintetében. Példaként kiemelném, hogy 2002-ben szintén Ausztria rendelkezett a legmagasabb ellátottsággal (400 orvos/100 000 lakos), míg Szerbia (361 orvos/100 000 lakos) és Magyarország (368 orvos/100 000 lakos) szorosan követték. A 2002-es állapothoz képes az a nagy változás következett be 2020-ra, hogy az összes többi európai országban jelentősebben emelkedett az orvosokkal való ellátottság Magyarországhoz képest, sőt Szerbiában csökkent is. Ez kétségtelenül olyan téma, amely további, mélyebb elemzést igényel.

Módszertan

Jelen kutatásban a magyar és a szerb szakirodalomból származó másodlagos adatokat, valamint a két ország statisztikai adatbázisaiban található és publikált hivatalos adatokat elemeztem. Külön kiemelném a magyar Központi Statisztikai Hivatalnak az egészségügyi ágazat humán erőforrás helyzetéről szóló jelentéseit, valamint a szerbiai "Milan Jovanovic Batut" Közegészségügyi Intézet éves jelentéseit. Az összegyűjtött adatok alapján elvégeztem a Szerbia és Magyarország területi egységeinek az orvosokkal való ellátottságának összehasonlítását. Mindkét ország esetében a NUTS 3 statisztikai régiókat vettem figyelembe, ami Magyarország esetében 19 vármegyét és a fővárost (Budapest), illetve Szerbia esetében 24 közigazgatási és területi egységet és a fővárost (Belgrád) jelenti.

Az egyes mutatóértékek hiánya miatt, saját számításokat végeztem el a fent említett adatbázisokban szereplő adatokat (pl. orvosok abszolút száma, lakosság száma) felhasználva, elfogadott számítási módszerek alkalmazásával. Pontosabban, az orvosokkal való ellátottságot az orvosok abszolút száma és a népességi adatok alapján számoltam ki (100 000 lakosra vetítve). Amint már korábban megemlítettem, az orvosokkal való ellátottságára, az orvosok abszolút számára vagy a népesség méretére vonatkozó adatokat a szerbiai "Milan Jovanovic Batut" Közegészségügyi Intézet által kiadott éves jelentésekből (2002-re és 2020-ra vonatkozóan),

valamint a Központi Statisztikai Hivatal aktuális adatbázisában rendelkezésre álló adatokból gyűjtöttem össze.

Kiemelendő, hogy ez a téma további kutatási lehetőségeket kínál. Szintén, a COVID-19 világjárvány okozta változások elemzése és az ebben az időszakban szerzett tapasztalatok és információk hasznosak lehetnek egészségügyi humánerőforrás-gazdálkodás és -tervezés szakpolitikai koncepciójának kialakításában.

Eredmények

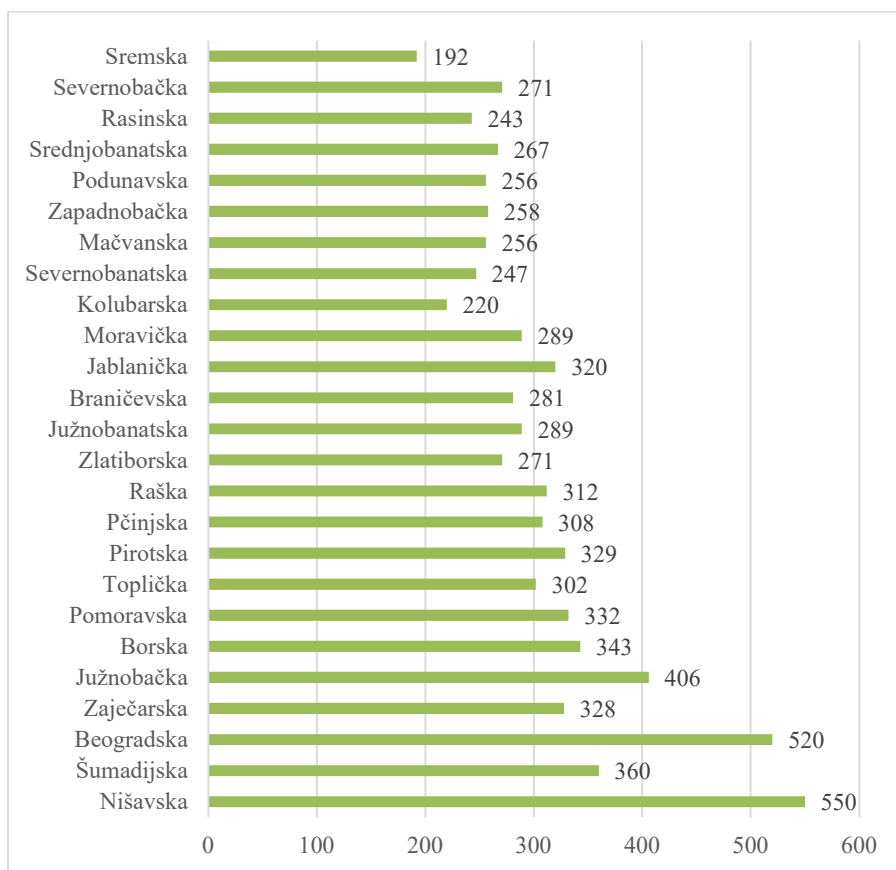
A becslések szerint 2020-ban Szerbia lakossága 6 899 126 fő volt (3 360 306 férfi és 3 538 820 nő) (Szerbiai Közegészségügyi Intézet, 2020). A Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján Magyarország népessége 2021. január 1-jén 9 730 772 fő volt (4 663 794 férfi és 5 066 978 nő). Ezek alapján, Magyarország lakossága nagyjából 30%-kal nagyobb, mint Szerbia lakossága. Szerbia területe (Koszovó nélkül) 77 474 km². 2010-ben, a szerb kormány egy jogszabály keretein belül meghatározta az ország statisztikai területi egységeinek nomenklatúráját, valamint szinkronizálta az ország meglévő statisztikai felosztását az Európai Unió statisztikai területi egységek nomenklatúrájával. Szerbia területét két NUTS 1 régióra osztották: Észak-Szerbia (magában foglalja a következő régiókat: Vajdaság, Belgrád) és Dél-Szerbia (magában foglalja a következő régiókat: Šumadija és Nyugat-Szerbia, Dél- és Kelet-Szerbia, Koszovó és Metóhia). Az öt statisztikai régió így NUTS 2 szintű régióvá vált, míg a 24 szerbiai kerület a NUTS 3 szintnek felel meg. Ezek alapján, Szerbia (Koszovó és Metóhia nélkül) 24 kerületi egységre oszlik (8 Šumadija és Nyugat-Szerbia, 9 Dél- és Kelet-Szerbia, 7 Vajdaság) valamint Belgrád városára. Belgrád városa nem része egyik kerületi egységnek sem, de a kerülethez nagyon hasonló különleges státusszal rendelkezik. Lakosság tekintetében, Belgrád városa rendelkezik legnagyobb populációval, mely 2020-ban 1 694 480 fő volt.



1. ábra: Szerbia NUTS 3 területi egységei

Figure 1: NUTS 3 territorial units of Serbia
 Forrás: Szerbia Köztársasági Statisztikai Intézet, saját szerkesztés

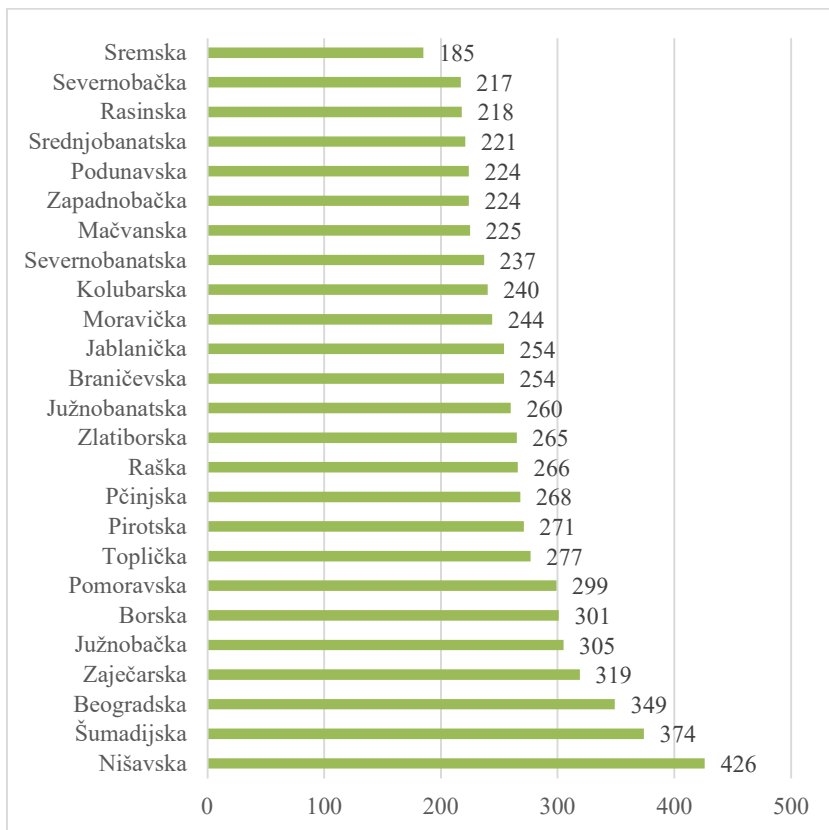
Szerbia területi egységeit (NUTS 3 szint) tekintve elmondható, hogy 2002-ben és 2020-ban az orvosokkal való ellátottság (2. és 3. ábra) a Nišavska területi egységben (Dél- és Kelet-Szerbia) volt a legmagasabb (550 orvos/100 000 lakos és 426 orvos/100 000 lakos), míg a legalacsonyabb a Sremska kerületben (192 orvos/100 000 lakos és 185 orvos/100 000 lakos) volt. 2002-ban a második legmagasabb orvosokkal való ellátottsággal Belgrád városa rendelkezett (520 orvos/100 000 lakos), illetve a NUTS 3 szintű területi egységeket tekintve Južnobačka kerület (Vajdaság) (406 orvos/100 000 lakos) és Šumadijska kerület (Šumadija és Nyugat-Szerbia) (360 orvos/100 000 lakos). A Južnobačka területi egység magas orvosokkal való ellátottsága nem meglepő tény, hiszen e kerület központja Novi Sad (Újvidék), mely Vajdaság fővárosa, közigazgatási, egyetemi és klinikai központja.



2. ábra: Orvosokkal való ellátottság (orvosok száma/ 100 000 lakos) Szerbia egyes területi egységeiben 2002-ben

Figure 2: Density of physicians (per 100 000 population) by territorial units of Serbia in 2002
 Forrás: Saját szerkesztés; Egészségügyi statisztikai évkönyv 2002 ("Milan Jovanovic Batut" Szerb Közegészségügyi Intézet évente megjelenő kiadványa) adatai alapján

2020-ban a második legmagasabb orvosokkal való ellátottsággal Šumadijska kerület rendelkezett (374 orvos/100 000 lakos), míg Belgrád városa 3. helyen szerepelt (349 orvos/100 000 lakos). A Južnobačka területi egység továbbra is magas orvosokkal ellátottsággal rendelkezett (305 orvos/100 000 lakos).



3. ábra: Orvosokkal való ellátottság (orvosok száma/ 100 000 lakos) Szerbia egyes területi egységeiben 2020-ban

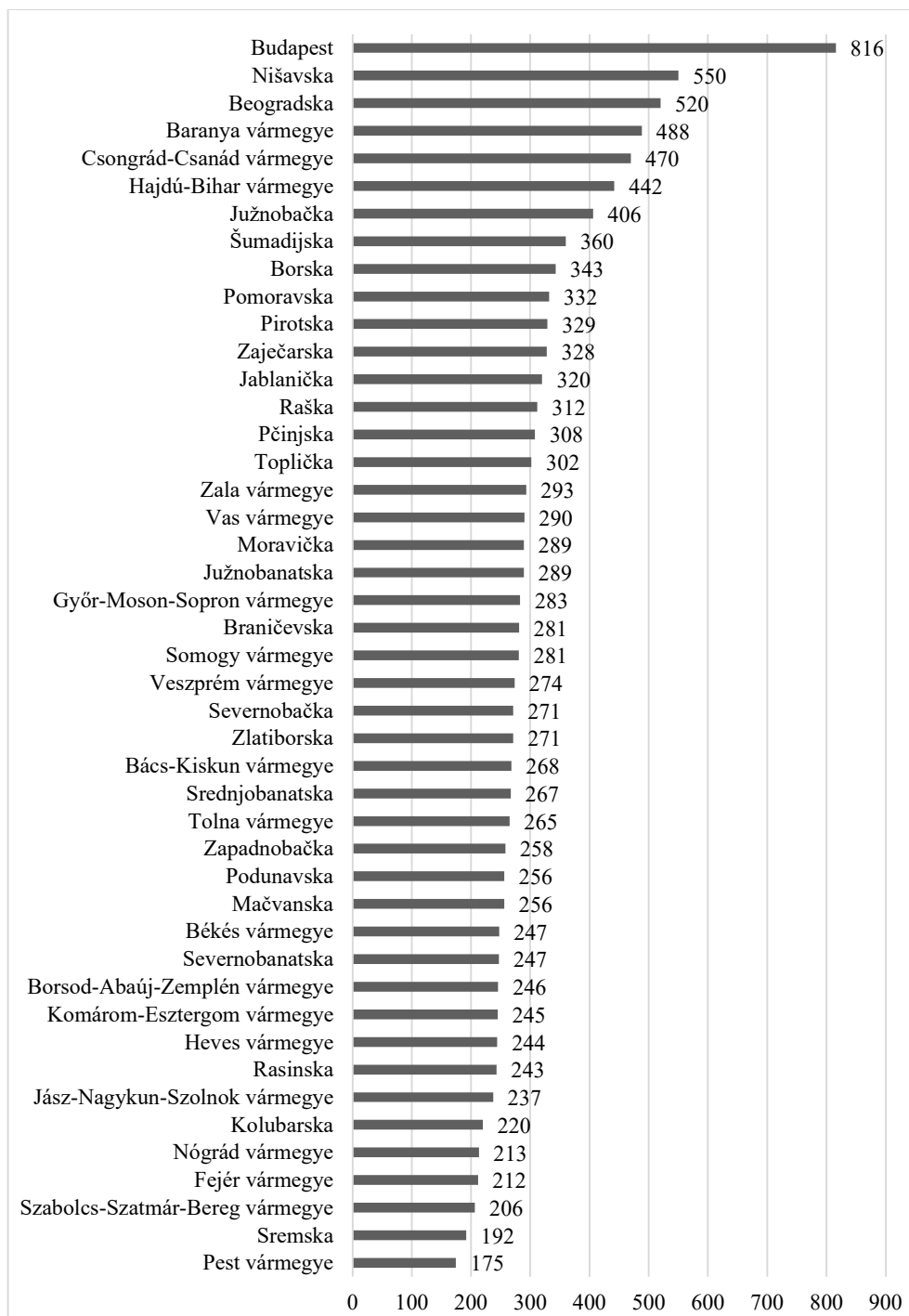
Figure 3.: Density of physicians (per 100 000 population) by territorial units of Serbia in 2020
 Forrás: Saját szerkesztés; Egészségügyi statisztikai évkönyv 2020 ("Milan Jovanovic Batut"
 Szerb Közegészségügyi Intézet évente megjelenő kiadványa) adatai alapján

Ha összehasonlítjuk a szerbiai területi egységek fent bemutatott adatait a magyarországi vármegyékre jellemző orvosokkal való ellátottsággal (a Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján kalkulálva) 2002-ben, egy azokat csökkenő sorrendben ábrázoló grafikonon (ábra 4.), akkor megállapíthatjuk, hogy a „legfelső harmadban” Budapest, Baranya, Csongrád-Csanád és Hajdú-Bihar vármegye kivételével főleg szerb területi egységek szerepeltek. Az ábra további („középső harmad” és „alsó harmad”) részét tekintve, eléggé kiegyensúlyozott volt a helyzet a szerb és a magyar területi egységek orvosokkal való ellátottságának tekintetében. Az ábra „alján” egy a szerb Sremska kerület (192 orvos/ 100 000 lakos) és a magyar Pest vármegye (175 orvos/100 000 lakos) szerepelt.

18 évvel később, pontosabban 2020-ban jelentősen eltérő volt a helyzet az előzőekben bemutatott 2002-es állapothoz képest. A szerbiai területi egységek és a magyarországi vármegyék orvosokkal való ellátottságát hasonlóképpen ábrázolva (csökkenő sorrendben) (ábra 5.), látható, hogy 2020-ban az „legfelső harmadban” egyenlő arányban szerepeltek a szerb és a magyar területi egységek. Emellett, az első 4 helyen és kiemelkedően magasabb orvosokkal való ellátottsággal Budapest (640 orvos/100 000 lakos), illetve következő magyar vármegyék szerepeltek: Csongrád-Csanád (588 orvos/ 100 000 lakos), Baranya (573 orvos/100 000 lakos) és Hajdú-Bihar (572 orvos/100 000 lakos). Kiemelendő még, hogy a vajdasági területi egységek (Sremska (185 orvos/ 100 000 lakos), Severnobačka (217 orvos/ 100 000 lakos), Srednjobanatska (221 orvos/ 100 000 lakos),

Zapadnobačka (224 orvos/ 100 000 lakos), Severnbanatska (237 orvos/100 000 lakos), a sorrend „alsó harmadában” található. A magyar vármegyék közül csak a Nógrád vármegye (171 orvos/100 000 lakos) és Jász-Nagykun-Szólnok vármegye (202 orvos/100 000 lakos) rendelkezett náluk alacsonyabb ellátottsággal.

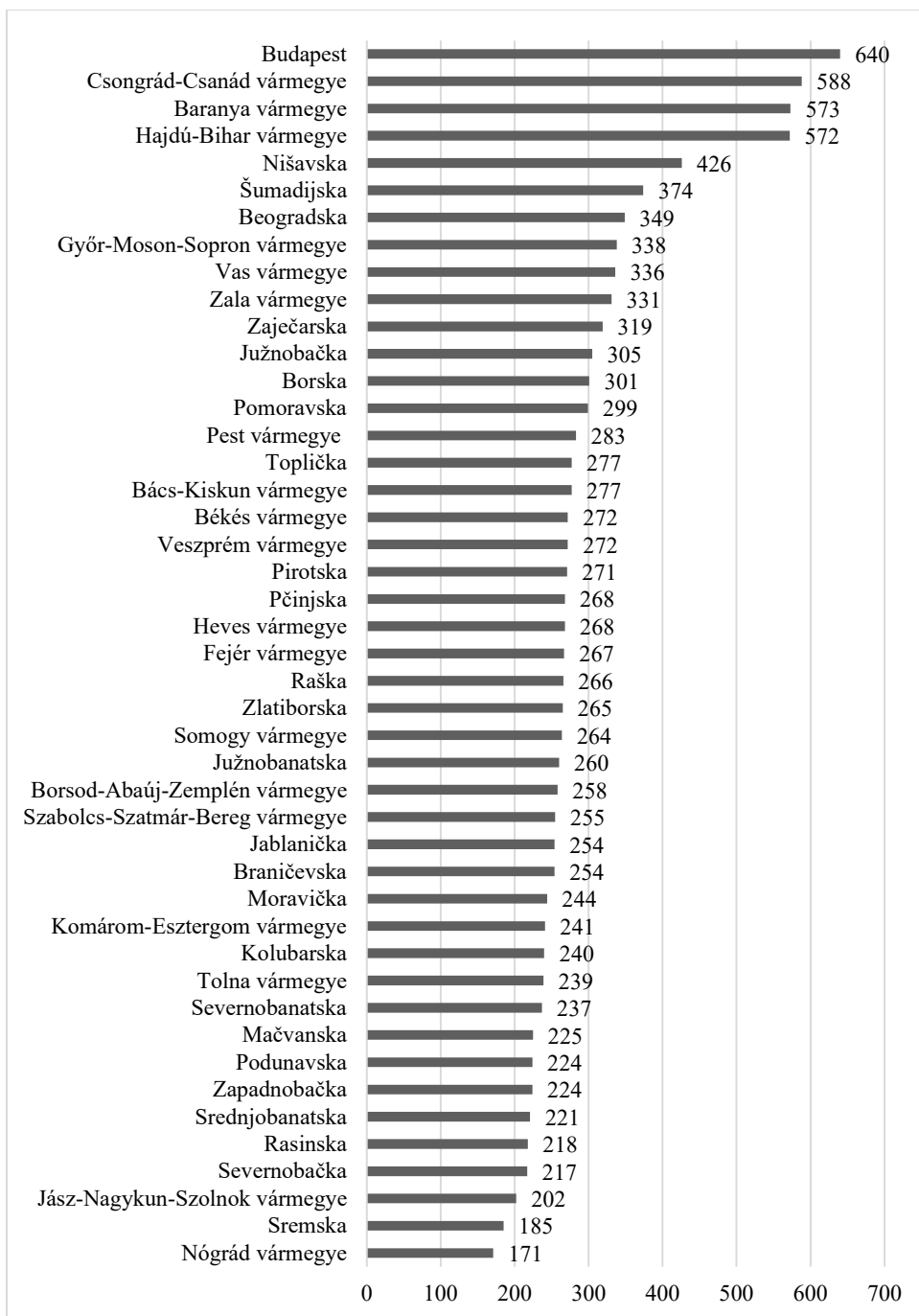
Szerbia fővárosát és 8 területi egységét (Nišavska, Šumadijska, Zaječarska, Južnobačka, Severnobačka, Severnbanatska, Zlatiborska, Sremska) vizsgálva orvosokkal való ellátottság tekintetében 2002 és 2020 közötti időszakban, megfigyelhető, hogy az összes kerületben, 2002 utáni hirtelen ellátottság csökkenést követően, nem szerepeltek más jelentősebb eltéréseket (növekedés vagy csökkenés) az egész időszak alatt. Ettől eltérő helyzet figyelhető meg Magyarország esetében. Budapest várost és emellett még 7 vármegyét (Fejér, Baranya, Nógrád, Pest, Győr-Moson-Sopron, Borsod-Abaúj-Zemplén, Hajdú-Bihar) vizsgálva a 2002 és 2020 közötti időszakban, megállapítható, hogy a legtöbb vármegyében (Nógrád vármegye és Budapest kivételével) kisebb-nagyobb ingadozások mellett is, az orvosokkal való ellátottság folyamatosan emelkedett.



4. ábra: Orvosokkal való ellátottság (orvosok száma/ 100 000 lakos) Szerbia és Magyarország egyes területi egységeiben 2002-ban – összehasonlítás

Figure 4. Density of physicians (per 100 000 population) in territorial units of Serbia and Hungarian countries, 2002 - comparison

Forrás: Saját szerkesztés/Saját számítás; Egészségügyi statisztikai évkönyv 2002 és Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján



5. ábra: Orvosokkal való ellátottság (orvosok száma/ 100 000 lakos) Szerbia és Magyarország egyes területi egységeiben 2020-ban – összehasonlítás

Figure 5. Density of physicians (per 100 000 population) in territorial units of Serbia and Hungarian countries, 2020 - comparison

Forrás: Saját szerkesztés/Saját számítás; Egészségügyi statisztikai évkönyv 2020 és Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján

Következtetések

Magyarországon az orvosokkal való ellátottság (orvosok száma/100 000 lakos) magasabb, mint Szerbiában. 2002 óta Magyarország vármegyéiben és fővárosában folyamatosan emelkedik az orvosokkal való ellátottság, míg Szerbia területi egységeiben és fővárosában a 2002 utáni „látványos” csökkenést követően főleg stagnálás figyelhető meg. Szintén kiemelendő megfigyelés, hogy Szerbia északi és déli régióját tekintve, a déli régióhoz tartozó területi egységekben magasabb a 100 000 lakosra jutó orvosok száma, mint az északi régióban. Összességében megállapítható, hogy a földrajzi közelség ellenére jelentős különbségek vannak a szerb és a magyar orvosokkal való ellátottságot tekintetében. Ebből arra is lehet következtetni, hogy a szomszédos régiókban az orvosokkal való ellátottságot főleg az adott ország központi egészségügyi politikai hatások szabják meg, míg a kulturális, identitási, valamint regionális tényezők hatása ilyen szempontból sokkal elenyészőbb. Inkább az tűnhet életszerűbbnek, hogy Szerbia európai integritási és identitási törekvései fogják jelenteni azt a mechanizmust, mely csökkentheti a szomszédos területi egységek közötti különbségeket. Ez a konklúzió kizárólag az egyes területi egységek orvosokkal való ellátottságára vonatkozik és semmiképpen nem az orvosi migráció kérdésére, amely külön kutatási témát képezhet.

Irodalomjegyzék

- BJEGOVIĆ MIKANOVIĆ, V.-VASIĆ, M.-VUKOVIĆ, D.-JANKOVIĆ, J.-JOVIĆ VRANEŠ, A.-SANTRIĆ MILICEVIĆ, M.-TERZIĆ SUPIĆ, Z.-HERNÁNDEZ QUEVEDO, C. (2019): Serbia: health system review. *Health Systems in Transition*, 21(3). 1-211.
- BLŠTÁKOVÁ, J.-PALEŇČÁROVÁ, J. (2021): Human Resource Management in Healthcare. *SHS Web of Conferences* 115. 03003 doi.org/10.1051/shsconf/202111503003
- BOROS, L.-PÁL, V. (2016): A magyarországi orvosmigráció néhány jellemzője. *Észak-magyarországi Stratégiai Füzetek*, 13 (1).64-72
- DIXON-WOODS, M.-BAKER, R.-CHARLES, K.-DAWSON, J.-JERZEMBEK, G.-MARTIN, G.- MCCARTHY, I.-MCKEE, L.-MINION, J.-OZIERANSKI, P.-WILLARS, J.-WILKIE, P.-WEST, M. (2014): Culture and behaviour in the English National Health Service: overview of lessons from a large multimethod study. *BMJ Quality and Safety*, 23 (2). 106-115 doi:10.1136/bmjqs-2013-001947
- ĐINĐIĆ, M.-BAJIĆ, D. (2018): Challenges of Public Administration Reform in Serbia: Between Requirements and Reality. *Region Regional Studies of Russia Eastern Europe and Central Asia*, 7(2). 9-34 doi:10.1353/reg.2018.0014
- ELEK, P.-VÁRADI, B.-VARGA, M. (2015): Effects of geographical accessibility on the use of outpatient care services: quasi-experimental evidence from panel count data. *Health Econ.*, 24(9).1131–1146 doi: 10.1002/hec.3201
- EUROSTAT: DATABASE. Letöltve: 2022. 09.10.
https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/search/-/search/estatsearchportlet_WAR_estatsearchportlet_INSTANCE_bHVzuvn1SZ8J?p_auth=iA8ro8qF&text=Physicians+by+medical+speciality
- EUROSTAT (2020): Eurostat regional yearbook – 2020 edition Letöltve: 2022. 09.10.
<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/11348978/KS-HA-20-001-EN-N.pdf>
- KABENE, S.M.-ORCHARD, C.-HOWARD, J.M.-SORIANO M.A.-LEDUC R. (2006): The importance of human resources management in health care: a global context. *Hum Resour Health*, 4. 20 doi.org/10.1186/1478-4491-4-20
- KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL: Összefoglaló táblák (STADAT). Letöltve: 2022.09.10.
<https://www.ksh.hu/egeszsegugy-baleset>
- JAKOVLJEVIC, M.-JOVANOVIĆ, M.-LAZIĆ, Z.-JAKOVLJEVIC, V.-DJUKIĆ, A.-VELICKOVIĆ, R.-ANTUNOVIĆ, M. (2011): Current efforts and proposals to reduce

- healthcare costs in Serbia. Ser. J. Exp. Clin. Res., 12(4). 161–163. doi: 10.5937/sjecr1104161J
- LIPTÁK K. (2012): Analyzing the labour market situation in the Central and Eastern European countries - Improvement or decline?. THEORY METHODOLOGY PRACTICE: CLUB OF ECONOMICS IN MISKOLC. 8:1, pp. 33-40.
- MINIĆ, J. (2007): Reforms, Democratization and European Integration of Serbia. International Issues & Slovak Foreign Policy Affairs, 16 (2). 75 - 92.
- NEMZETI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAPKEZELŐ (NEAK): Házi orvosi szolgálatok
Letöltve:
2022.09.21. http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/szerzodott_szolgaltatok/haziorvosi_szolgaltatok.html
- PÁL, V.-LADOS, G.-ILCSIKNÉ MAKRA, ZS.-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).1–28 doi: 10.15196/RS110308
- PAPP, M.- KÖRÖSI, L.-SÁNDOR, J.-NAGY, C.-JUHÁSZ, A.-ÁDÁNY, R. (2019): Workforce crisis in primary healthcare worldwide: Hungarian example in a longitudinal follow-up study. BMJ Open, 9(7). e024957. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024957
- SARGEN, M.-HOOKER, R.-COOPER, R. (2011): Gaps in the Supply of Physicians, Advance Practice Nurses, and Physician Assistants. Journal of the American College of Surgeons, 212 (6).991-999 doi:10.1016/j.jamcollsurg.2011.03.005
- SZERB KÖZEGÉSZSÉGÜGYI INTÉZET "MILAN JOVANOVIĆ BATUT" (2002): Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2002. Letöltve: 2022.09.2. <https://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2002.pdf>
- SZERB KÖZEGÉSZSÉGÜGYI INTÉZET "MILAN JOVANOVIĆ BATUT" (2020): Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2020. Letöltve: 2022.09.21. <https://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2020.pdf>
- SZERB KÖZTÁRSASÁG STATISZTIKAI INTÉZETE: NUTS 1, 2, 3 szintek. Letöltve: 2022.09.21. <https://www.stat.gov.rs/sr-latn/oblasti/registar-prostornih-jedinica-igis/administrativno-teritorijalna-podela-i-nstj-nivoi-1-2-3/>
- TAKÁCS, I. (2020): Az Észak-magyarországi régió egészségügyi ellátórendszerének fejlődése a legutóbbi negyedszázadban a legfontosabb népegészségügyi mutatók tükrében. Észak-magyarországi Stratégiai Füzetek, 17 (02). 15-39 doi.org/10.32976/stratfuz.2020.11
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006): The world health report 2006: working together for health. Letöltve: 2022.09.24. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43432/9241563176_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2016): Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Letöltve: 2022.09.24. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, European Health Information Gateway, <https://gateway.euro.who.int/en/indicators>
- WORLD BANK (2009): Serbia: Doing more with a less. Addressing the fiscal crisis by increasing public sector productivity. Letöltve: 2022.09.24. <https://documents.worldbank.org/pt/publication/documents-reports/documentdetail/110921468308111845/serbia-doing-more-with-less-addressing-the-fiscal-crisis-by-increasing-public-sector-productivity>
- AZ EGÉSZSÉGÜGYRŐL SZÓLÓ 1997. ÉVI CLIV. TÖRVÉNY, § 141 (1), Letöltve: 2022.09.21. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv>