

Dr. Balázs Péter

HÁZIORVOSOK ÉS A KAMARA HELYZETE A KÖTELEZŐ TAGSÁG MEGSZÜNTETÉSE UTÁN

Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Népegészségügyi Intézet

Bevezetés

A Magyar Köztársaság Országgyűlése által „az egészségügyben működő szakmai kamarákról” alkotott 2006. évi XCVII. törvény úgy rendelkezett, hogy a személyi hatálya alá tartozó összes „szakmai kamarai tag 2007. január 1. és március 31. napja között – a kamarai országos elnökséghez intézett – egyoldalú, írásbeli nyilatkozattal fenntarthatja kamarai tagsági viszonyát...” [1]. Ez a jogszabályhely a Magyar Orvosi Kamara (továbbiakban MOK vagy Kamara) vonatkozásában azt jelentette, hogy március 31. után minden orvosnak és fogorvosnak megszűnik a kamarai tagsága, hacsak külön nem kezdeményezi, hogy 2007. április 1. után önkéntesen tagja maradjon az új szervezetnek.

Történelmi tévedés volna a szakmai kamarák, sőt különösen a kötelező tagságú kamarák létét az állam különös jóindulatából levezetni, működésüket ugyanis minden esetben kompromisszum eredményezte, amely az államhatalom és egyes foglalkozási vagy hivatásbeli csoportok között jött létre. Az ilyen csoportok mögött jelentős közösségi erők mozdulhatnak meg, mivel a kamarai tagok egyéni döntéseik összegződése révén jól érzékelhető közvetlen gazdasági vagy közvetett szellemi hatalmat képviselhetnek, és ez a hatalom az egész társadalom életét lényegesen befolyásolhatja. Ennek alapján a kamarák mint önkormányzattal rendelkező érdekképviseleti szervek, az államhatalomtól köztestületi jogosítványokban is részesülhetnek. Egyes szellemi szakágak képviselői (jellemzően a jog, az orvostudomány, és a műszaki tudományok területén) naponta és tömegesen hoznak társadalmi kihatású döntéseket. Azok a színterek, ahol ezek a döntések megszületnek, valójában soha sem voltak alkalmasak közvetlen államigazgatási vezérlésre. Teljesen nyilvánvaló, hogy bármely kamara jogállása az állam és az érintett foglalkozási csoportok között a mindenkor erőviszonyokat juttatja kifejezésre. Amennyiben egy kamara az adott szakma valamennyi gyakorlójára kiterjedő közigazgatási jogosítványokkal rendelkezne, elengedhetetlen a kötelező tagság előírása. Fordítva azonban, a kötelező tagság nem előfel-

tétele a kamarai szerveződésnek. Ezért a világ legkülönbözőbb országaiban kötelező és önkéntes tagságú kamarák is szerveződhetnek, a helyi hagyományok folyományaként, vagy a jogszabályi környezet változásainak következtében.

A fentiekben megnevezett törvényt megelőzően a magyar egészségügyben, az orvosokra és fogorvosokra nézve kötelező tagsági viszonyral, az 1994. évi XXVIII. törvény által létrehozott Magyar Orvosi Kamara működött. A magyar orvosi karon belül a fogorvosok mellett a házi orvosok és házi gyermekorvosok (a továbbiakban együttesen házi orvosok) alkotnak viszonylag egyszerűen áttekinthető területi szerveződési, szakmai-szervezeti és gazdasági-szervezeti egységet. Korábban [2] illetve legújabban [3] feltárt demográfiai adataikra támaszkodva, illetve a migráció általános [4] és az alapellátásban keletkezett specifikus hatásait [5] is figyelembe véve, igen értékes információkat nyerhettünk arra vonatkozóan, hogy a házi orvosok 2007 első negyedévében milyen korporatív választ adtak a kamarai tagság fenntartásának lehetőségére, illetve annak megszüntetésére.

Vizsgálati anyag és módszer

A MOK 2000. jan. 1-jétől vezetett közhiteles nyilvántartást az orvosokról és fogorvosokról. A folyamatosan rögzített és aktualizált adatok következtében a 2007. március 31-i határidő lejártával – validitás szempontjából minden kétséget kizáró módon – lehetőség nyílt a korábban kötelező kamarai tagsággal rendelkező, illetve az újabban önkéntes tagságot választó házi orvosi csoportok tanulmányozására. Március utolsó napja tehát statisztikai terminológiával élve, egy teljes körű keresztmetszeti felvétellel szolgált, amelynek révén elemezhetővé vált a határnap előtti és utáni két különböző csoport egyes ismérveinek (nem, területi viszonyok, diploma-korcsoportok, diploma szerzésének helye) összehasonlítása. Az egyes kategóriák részletesebb feldolgozása az elektronikusan nyert adatok további manuális rendszerezésével készült.

Területileg a MOK adattára az osztályozást 19 megye és a főváros alapján végzi. Újabb területi egységként 2007-től a régió is megjelent az egészségügyi igazgatásban (Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat). Eredetileg egy 1996-os jogszabályi rendelkezés határozta meg a tervezési-statisztikai régió fogalmát, sőt egy későbbi módosítás a régiókat tételesen is megnevezte [6]. Módszertani szempontból az adatok regionális összevonása is megoldható lett volna, azonban ezek a régiók az egészségügyi szolgáltatások terén a megyékkel és a fővárossal összehasonlítva még nem rendelkeznek az előbbiekhöz hasonlóan jól azonosítható sajátosságokkal (pl. gazdasági-földrajzi vagy felsőoktatási területi vonatkozásban). Következésképpen, az egyes régiók és a korábban kialakult magatartási formák között jelenleg nincs értelme statisztikai összefüggéseket keresni.

A MOK-tagság megtartása vagy mellőzése szempontjából a naptári években megadott életkor önmagában nem képvisel komplex minőséget. Lényegesen árnyaltabb képet kapunk abban az esetben, ha azt vesszük figyelembe, hogy az orvosok milyen történelmi korszakban szereztek diplomájukat, ami későbbi szakmai szocializációjukat is meghatározta. Ebből a szempontból az elmúlt 60 év – a történelem sajátos alakulása folytán – az évek sorszáma alapján jellegzetes tíz éves periódusokra tagolható (ezek egyébként nem évtizedek, időszámításunk szabályai alapján). Az 1950-es évek egyértelműen a kemény baloldali diktatúrával azonosíthatók, az 1960-években a Kádár-rendszer konszolidációja zajlott, az 1970-es évek az úgynevezett puha diktatúrát képviselik, az 1980-as évek a szocialista rend hanyatlását majd bukását, az 1990-es évek pedig a rend változás utáni társadalmi berendezkedés kezdeti időszakát jelentik. A lezáratlan 2000-es évek is külön kategória, a fentiekhez hasonló jellemzése még nem lehetséges. Természetesen az egyes osztályközök életévekre is konvertálhatók, azzal a megszorítással, hogy a diploma szerzésének idején az orvosokat átlagosan 25 évesnek tekintjük. Ennek megfelelően az 1950–59-es kategóriába olyan orvosok tartoznak, akik életkorát nagy valószínűséggel 82 és 73 év közé tehetjük.

Módszertanilag külön magyarázatot igényel, hogy a bevándorolt háziorvosok csoportjának meghatározásában miért kell a diploma kiállításának helyét fő ismérvként használni. Sajnos, a bevándorlás tényének vagy az emissziós országnak a meghatározása szempontjából nemcsak a jelenlegi, de a későbbi keresztmetszeti vizsgálatokban sem használható az orvos aktuális állampolgársága, mivel számos bevándorló időközben magyar állampolgárságot szerezhetett illetve szerzett. Másfelől kétségtelenül igaz, hogy az így képezett csoportban olyan háziorvosok is szerepelhetnek, akik mindig is magyar állampolgárok voltak, de diplomájukat külföldi egyetemen szereztek. Módszertani szempontból ez lényeges kérdés, bár a szórványos egyéni esetektől eltekintve, a magyar állam az utóbbi több mint fél

évszázadban csak a volt Szovjetunióval kötött egyezmény alapján (elsősorban Leningrádban, ma Szentpétervár) szervezett higiénikus orvosképzést. Statisztikai adataink szerint a szovjet képzés 1973–1995 között 319 „importált” diplomát eredményezett (évenkénti létszám 1–30 fő, számtani átlag 14 fő/év) [4]. Jelenleg a háziorvosi karban 627 külföldi diplomás orvos között 24 (21 fő Leningrád, 3 fő Moszkva) dolgozik olyan diplomával, amelyről feltételezhető, hogy eredete a fenti felsőoktatási programra vezethető vissza. Közülük egyébként 21 orvos kérte, 3 pedig nem kérte felvételét az önkéntes tagságú Kamarába.

Egyes csoportképző ismérvek közötti korreláció vizsgálata trend-analízis segítségével történt, a szóródás megállapításával illetve a valós és a számított értékpárok összevetésével. A grafikus bemutatás célját pontdiagramok szolgálják, a regresszióvonalak ábrázolásával.

Eredmények

A 2007. március 31-i határidőt követően a MOK adatbázisa szerint 6614 háziorvos közül 5634 (85,18%) újította meg a tagságát (1. táblázat). Az orvosnők

1. táblázat: Háziorvosok (N=6614) újrjelentkezése a Kamarába, csökkenő területi létszám szerinti sorokban és nemek szerinti megoszlásban

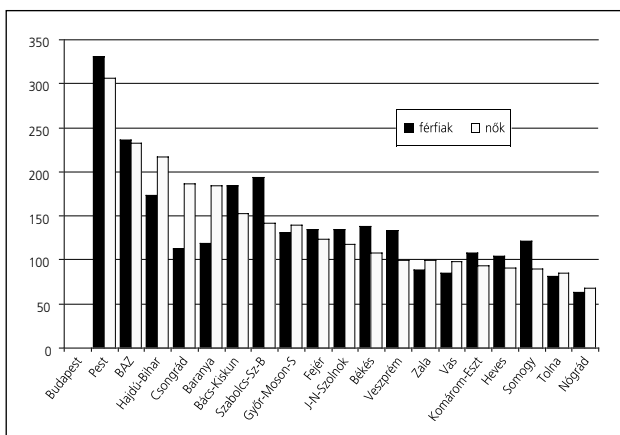
TERÜLET (megyék+főv.)	Betöltött körzetek száma	NŐK		FÉRFIAK	
		összesen	regisztrált	összesen	regisztrált
Budapest	1309	865	747	444	379
Pest	638	307	260	331	279
BAZ	469	233	217	236	203
Hajdú-Bihar	390	217	178	173	130
Bács-Kiskun	337	153	137	184	153
Szabolcs-Sz-B.	336	142	123	194	154
Baranya	303	184	160	119	96
Csongrád	299	186	147	113	87
Győr-M-S.	270	139	130	131	118
Fejér	259	124	116	135	117
J-N-Szolnok	251	117	103	134	112
Békés	246	108	89	138	108
Veszprém	232	99	85	133	88
Somogy	211	90	81	121	99
Komárom-Esztt.	201	93	84	108	92
Heves	195	91	83	104	86
Zala	188	99	91	89	76
Vas	183	98	93	85	76
Tolna	166	85	80	81	68
Nógrád	131	68	60	63	49
Összesen	6614	3498	3064	3116	2570

(N=3498) újrjelentkezési aránya (87,59%) a férfiakhoz (N=3116) viszonyítva (82,48%), több mint öt százalékkal (5,11%) bizonyult magasabbnak. Nők között a

legcsekélyebb mértékű (79,03%) újrjelentkezés Csongrád megyében történt, a legmagasabb az arányt (94,9%) Vas megye képviselte. Férfiak között a mélypontot (66,16%) Veszprém megye jelentette, a csúcspot pedig Győr-Moson-Sopron megye, 90,08%-kal.

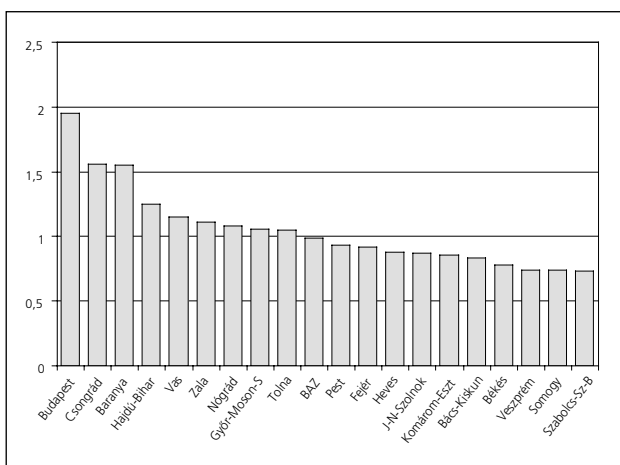
Közvetlenül a határidő lejárta előtt a háziiorvosi tagság 52,75%-át nők, 47,11%-át férfiak alkották. Újrjelentkezés után az arány 54,38%-ra emelkedett a nők körében, férfiak között pedig 45,62%-ra csökkent. Területileg vizsgálva a nő/férfi megoszlást (1. ábra) világosan elkülöníthetők azok a megyék, amelyekben a többséget

1. ábra: **Háziiorvosok 2007. április 1. előtti területi és nemek szerinti megoszlása a megyékben (összesen 5305 fő), Budapest (1309 fő) nélkül, a nők csökkenő száma szerinti sorrendbe állítva**



nők illetve férfiak adják. Budapest (865 orvosnő és 444 férfi orvos) technikai okokból nem látható az ábrán, mivel a többi adathoz viszonyított igen nagy értékek (1. táblázat) az összes többi oszlopot szemléltetésre alkalmatlan módon „tömörítének” az x-tengely közelében. A főváros adatai is megjeleníthetők grafikus formában, ha azt vizsgáljuk, hogy 1 férfi orvosra hány orvosnő jut az adott területi egységben (2. ábra). Az 1. táblázat

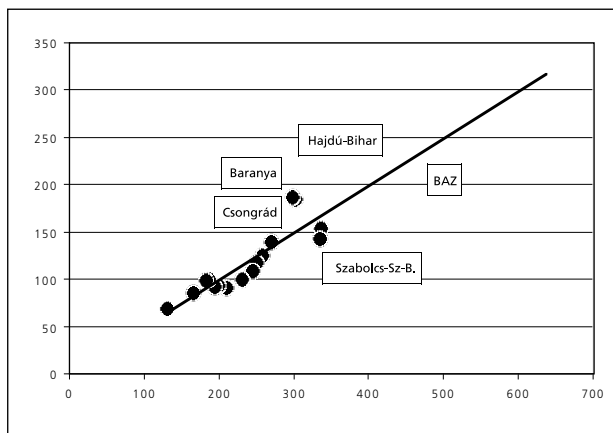
2. ábra: **Háziiorvosok között egy férfiorvosra jutó orvosnők száma a fővárosban és a megyékben**



értékeit és a 2. ábra grafikus képét összevetve, Budapest (865:444 = 1,95) után jelentősebb női többlet csak Csongrád (186:113 = 1,56), Baranya (184:119 = 1,55) és Hajdú-Bihar megyében (217:173 = 1,25) mutatható ki. Vas, Zala, Nógrád, Győr-Moson-Sopron és Tolna megyében viszonylag csekély a többlet. Az átváltás Borsod-Abaúj-Zemplén (BAZ) megyében történik, amelyben csaknem azonos az orvosnők és a férfi orvosok száma (233:236 = 0,99). Ezután férfi többségű megyék következnek, amelyeknek a sorát Szabolcs-Szatmár-Bereg zárja. Még az itt kialakult férfi túlsúly is meglehetősen szerény (194:142 = 1,37), arányában nemcsak Budapest, de Csongrád és Baranya megye női többségével sem versenyezhet.

A megyékben betöltött praxisok és a női háziiorvosok száma között, a főváros kivételével, a trendvonalhoz jól illeszkedő lineáris összefüggést állapíthatunk meg (3. ábra). Hajdú-Bihar, Baranya és Csongrád kissé a trendvonal fölött helyezkedik el, BAZ megye a vonalon, Szabolcs-Szatmár-Bereg pedig egyértelműen alatta található. A trend-értékhez képest Hajdú-Biharban 24, Baranyában 34, Csongrádban 38 fővel több orvosnő dolgozik, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében viszont 25 fővel kevesebb. Férfi orvosok esetében a 3. ábra tükörképe jelenik meg, így nem indokolt a külön grafikonként történő bemutatása.

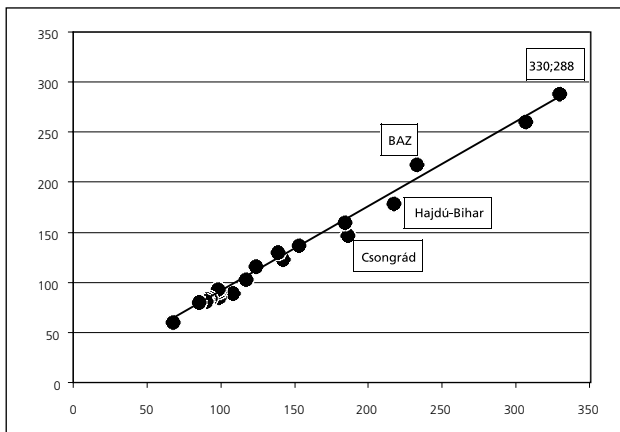
3. ábra: **A megyei praxisok számának (x-tengely) korrelációja a megyében háziiorvosként dolgozó orvosnők számával (y-tengely)**



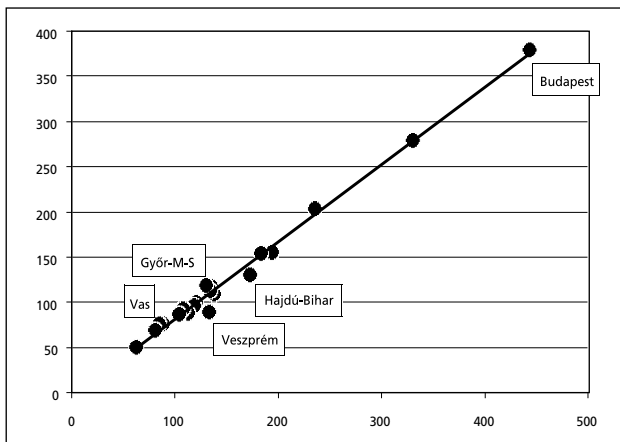
A 2007. március 31. előtti nemek szerinti területi megoszlás, másfelől az adott egységben az újrjelentkezők számának ismeretében ennek a két változónak a korrelációját is elemezhetjük. Orvosnők esetében Budapest jól illeszkedik a lineáris trendhez, de a grafikus szemléltetés érdekében azért nem látható a 4. ábrán, hogy a 350 alatti x-értéktartományban nagyobb legyen a kép felbontása (a 320;288-as pont technikai érték). BAZ megye helyzete egyértelműen jelzi, hogy a trendhez képest magasabb a kamarai tagságukat megújítók száma. A valós y-érték 217, a trend alapján számított 204-hez képest, ami 13 fős regisztrációs többletet eredményezett. Jelentősebb negatív eltérést Hajdú-Bihar és

Csongrád mutatott. Az előbbi esetében a trendhez képest 12 fővel, az utóbbi esetében 16 fővel volt kevesebb a MOK-tagságukat megújítók száma. Férfi orvosok magatartását vizsgálva azt találjuk (5. ábra), hogy a jól illeszthető lineáris trendvonalhoz képest mérsékelten kisebb az újrajelentkezés Hajdú-Biharban (13 fő), de kifejezettebb Veszprém megyében, ahol a trendhez képest 21 fővel volt kevesebb a jelentkezők száma.

4. ábra: Női házi orvosok megyei összes számának (x-tengely) korrelációs összefüggése a regisztráltak számával (y-tengely)



5. ábra: Férfi házi orvosok megyei összes számának (x-tengely) korrelációs összefüggése a regisztráltak számával (y-tengely)



A külföldi diplomás házi orvosok újrajelentkezési adatait a 2. táblázat foglalja össze. Csoportjuk a teljes házi orvos létszámon belül jelentősnek mondható, ugyanis a 2007. március 31. előtti 6614 kamarai tag között csaknem minden tizedik (9,5%) tartozott a külföldi diplomások közé. Arányuk érdemben a fenti időpont után sem változott, tehát újrajelentkezésük nem tért el a teljes házi orvosi kar magatartásától.

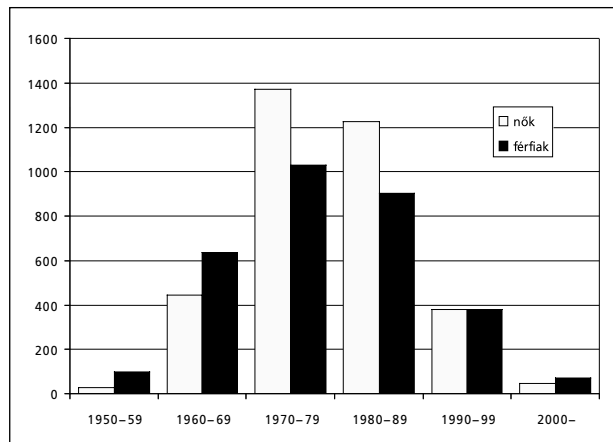
A diploma szerzésének időszak alapján elkészített 6. ábrán női többlet a hat kategória közül csak az 1970-es és 1980-as évek csoportjában található. Ez átlag életkorokban számolva a 62–43 éves orvosokat jelenti. Egyenlő az arány az 1990-es években végzetek között,

2. táblázat: Külföldi diplomás házi orvosok (N=627) újrajelentkezése a kamarába (N=535, százalékos arány=85,3%)

Területi egység	regisztrált	nem regisztrált	összesen
Pest	66	14	80
Budapest	60	8	68
BAZ	54	7	61
Szabolcs-Sz-B.	41	10	51
J-N-Szolnok	32	8	40
Veszprém	30	8	38
Békés	29	7	36
Bács-Kiskun	32	3	35
Hajdú-Bihar	22	7	29
Fejér	25	2	27
Győr-M-S.	22	2	24
Heves	21	2	23
Komárom-Eszt.	18	5	23
Somogy	16	3	19
Nógrád	15	1	16
Vas	14	0	14
Tolna	12	0	12
Zala	12	0	12
Baranya	9	1	10
Csongrád	5	4	9
összesen	535	92	627

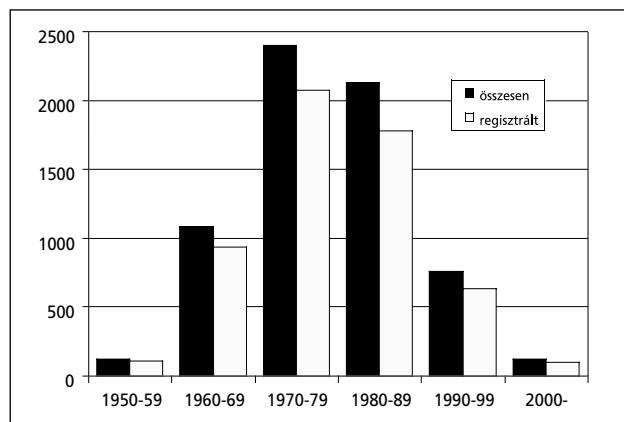
és egyértelmű a férfi többlet a további három csoportban. Összességében megállapítható, hogy a 27 éves vagy annál „fiatalabb” diplomával rendelkezők a felét sem teszik ki (45,48%) a teljes házi orvosi karnak. Ez nemek szerint külön vizsgálva, nőknél 47,20%, férfiaknál 43,55%. Az újrajelentkezés határidejének lejárt utáni adatok alapján (7. ábra) az ismételten regisztrálók aránya legmagasabb (87,03%) volt az 1960–69-es évjáratú diplomások között (középpértéken 72–63 évesek), a legalacsonyabb pedig (83,40%) az 1990–99 közöttiek esetében. Külön vizsgálva az újrajelentkező férfiakat és nőket, megállapíthatjuk, hogy a MOK-ban maradók aránya az 1960–69 közötti diplomás nők (középpértéken 72–63 évesek) között érte el a legnagyobb értéket

6. ábra: Nők és férfiak aránya a házi orvosok között az egyes „diploma-korcsoportok”-ban az 2007. április 1. előtti állapotban megfelelően



(89,24%), a legkisebb arány (78,76%) pedig az 1980-89 közötti diplomás férfiak (középtérken 52–43 évesek) körében jelentkezett.

7. ábra: **Az újrjelentkezés arányai az egyes „diploma-korcsoportok”-ban az 2007. április 1. után**



Megbeszélés

Tárgyilagosan értékelve az önkéntes alapon újrjelentkezők számát (N = 5634) és arányát (85,18%), csupán ezek alapján nem mondhatunk értékítéletet a MOK-tagságnak a szervezethez kapcsolódó érzelmi kötődéséről. Nem történt ugyanis korábban olyan reprezentatív attitűd-vizsgálat, amely a tagság ilyen típusú viszonyát tisztázta volna. Érdekltségi alapon azonban az arány kifejezetten kedvezőnek mondható, mivel elsősorban azt kell figyelembe vennünk, hogy érdekei ellenére valószínűleg senki sem ragaszkodott volna a testülethez. Különböző csoportképző ismervek mentén vizsgálva a teljes sokaságot, részletesebb információkat nyerhetünk arról, hogy nemek szerint, területi alapon, továbbá a diploma szerzésének helye és ideje szerint a kötelező tagság egyes csoportjai hogyan reagáltak a szabad választás lehetőségére.

Kiemelendő, hogy az önkéntes Kamarában a háziorvosok között 52,75%-ról 54,38%-ra emelkedett a nők aránya. Abszolút számokban ez azzal magyarázható, hogy a korábbi tagok közül 434 nő és 546 férfi nem újította meg a tagságát. Feltűnő a 2007. március 31. előtti területi megoszlásban, hogy a legnagyobb női többletet mutató Budapest után olyan megyék következnek, amelyek központjában (Szeged, Pécs, Debrecen) orvosképző egyetemek működnek, és ezeknek a városoknak szociokulturális szempontból is kiemelkedő a jelentősége. A fenti megyék számszerű női többlete mellett az a tény is igazolható, hogy az orvosnők a legkevésbé az észak-keleti Szabolcs-Szatmár-Bereg megyét kedvelték. Tekintettel arra, hogy BAZ megye nagyon hasonló paraméterekkel rendelkezik, itt meglepetést keltett az orvosnők eltérő aránya. Nagy valószínűséggel azt kell feltételeznünk, hogy BAZ megyét Budapest és Debrecen után harmadik legnagyobb városunk, Miskolc

„hozza fel” a 10. helyre. Ennek bizonyítása további részletes kistérségi elemzéseket igényelne.

A tagság megújításának nemenkénti vizsgálatánál BAZ megye női többletet mutatott, tehát eltérően viselkedett a legkisebb érdeklődést mutató Hajdú-Bihar és Csongrád megyével szemben. További kutatást igényel, hogy ebben esetleg milyen szerepet játszhatott az orvosképzés allokációja (a Debreceni és Szegedi Egyetemmel szemben Miskolcon nincs ilyen képzés). Férfi háziorvosoknál a trend-analízis alapján mindenképpen meg kell említeni Veszprém megye érdektelenségét az újrjelentkezésben, ennek okára azonban a jelen tanulmányban rendelkezésre álló adatok alapján még csak következtetni sem lehetséges.

Nem keltett meglepetést, hogy a külföldi diplomás háziorvosok 85,30%-a önkéntesen is vállalta a kamarai tagságot, hiszen a bevándorlásból eredő kevésbé intenzív társadalmi beágyazódottságuk miatt érthető a kötődésük a szakma érdekvédelmi szervezetéhez. Mindenképpen figyelmet kell fordítanunk azonban arra, hogy egy 2004. decemberében végzett felmérés [5] adatai szerint a külföldi diplomás háziorvosok száma ilyen viszonylag rövid időszakban 414-ről 627-re emelkedett. A diploma megszerzésének éve szerinti csoportosítás jó megközelítéssel a magyar háziorvosi kar szakmai korfájának is felfogható, amely jól láthatóan egy viszonylag idősebb populáció képét ábrázolja. Különösen azért kell ezt figyelmeztető jelnek tekinteni, mert egy másik alapellátó szakmai területtel, a fogorvosokkal ellentétben igen jelentős különbség alakult ki. Amíg fogorvosok csaknem 40%-a (39,35%) 1990 után szerezte a diplomáját [8], háziorvosok között ez az arány csupán 13,31%-nak felel meg. Figyelmeztető jel az is, hogy az 1990–99 közötti kategória mutatta a legnagyobb érdektelenséget az önkéntes kamarai újrjelentkezés kapcsán. Semmiképpen nem hagyható figyelmen kívül, hogy a háziorvosi hivatásban az 1970–89 között diplomát szerzők részéről jelentős női beáramlás ment végbe, a legfeljebb 17 évvel ezelőtt végzetek körében viszont a trend megfordult. Számszerűen ez azt jelenti, hogy a rendszerbe belépett és jelenleg is ott dolgozó 880 háziorvos között 427 a nők, és 453 a férfiak száma. Ebben a fordulatban az is szerepet játszhatott, hogy milyen volt a nő/férfi arány a háziorvosi hivatást választó bevándorlók körében. Tekintettel a fentiekben említett csaknem 10%-os részesedésükre, és arra hogy az immigrációban erre alapvetően semmilyen hatást nem gyakorolhattunk [7] ezt a körülményt sem hagyhatjuk figyelmen kívül. Összegezve megállapíthatjuk, hogy a háziorvosok között – hacsak jelzetten is – az orvosnők mutattak nagyobb érdeklődést a kamarai tagság önkéntes alapon történő folytatásához. Budapest helyzete ezt a jelentőséget tovább erősítette, mivel itt a nők reprezentációja az összes praxis száma és az általuk betöltött háziorvosi helyek korrelációjában magasan a megyei trendvonal fölött található. Férfi orvosok között Budapest és az összes megye viszonylag jól illeszkedett a trendvonal-

hoz, azonban mindenképpen figyelemmel kell lenni Veszprém megye viszonylagos érdektelenségére. A feldolgozott adatok érdekes szakmai-területi-demográfiai betekintést tettek lehetővé egy olyan esemény hatásába, amely csak kivételesen fordul elő a szakmai kamarák történetében. Az érdekességen túlmenően az elemzés értékes segítséget jelenthet az immár önkéntes MOK további szervezéséhez és megerősítéséhez.

Összefoglalás

Az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény hatálya alá tartozó valamennyi testületi tagnak lehetősége nyílt arra, hogy 2007. január 1. és március 31. napja között az országos elnökséghez intézett egyoldalú, írásbeli nyilatkozattal fenntartsa a tagsági viszonyát. Tekintettel arra, hogy az új törvény nem tette kötelezővé a kamarai tagságot a hivatás gyakorlásához, a nyilatkozat hiánya egyben a tagság megszűnését is jelentette. A Magyar Orvosi Kamara nyilvántartása szerint március 31-ig 6614 háziorvos (háziorvosok és házi gyermekorvosok együttesen) volt kötelezően a Kamara tagja. Április 1.-től 5634 (85,18%) újírtotta meg a tagságát. A nők (N=3498) újrjelentkezési aránya (87,59%) a férfiakhoz (N=3116) viszonyítva (82,48%), több mint öt százalékkal (5,11%) bizonyult magasabbnak. Bevándorolt háziorvosok (N=627) az átlagértéknek megfelelően (85,3%) ragaszkodtak a Kamarához. További elemzési lehetőségek alapján (korcsoportok, területi sorok) a megoszlási viszonyokon túl – jelen tanulmányban a korreláció elemzést is felhasználva – értékes adatokat nyertünk arra vonatkozóan, hogy különböző belső tagozódások mentén, a háziorvosok hogyan reagáltak a szabadon választható kamarai tagság lehetőségére.

Kulcs-szavak:

- kötelező kamarai tagság megszűnése
- a háziorvosok válasza az önkéntes tagságra
- megoszlási viszonyok az önkéntes tagságban
- magatartási minták, korrelációk alapján

Köszönetnyilvánítás

A MOK adattárának rendelkezésre bocsátásáért köszönettel tartozom dr. Gyenes Gézának, a MOK főtitkárának, a munkámhoz nyújtott számítástechnikai segítségért pedig Ferenczi Ivánnak az elektronikus nyilván tartás vezetőjének.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] 2006. évi XCVII. tv. 32. § (1) bek.
- [2] Balogh, S. – Háttér adatok a háziorvosi ellátásról I. – Medicus Universalis 2000. XXXIII. 1. 21-25.
- [3] Hargitai, R., Balogh, S. – Kistérségi egészségközpont, az alapellátási struktúra-változtatás lehetséges modellje – Medicus Universalis 2007. XXXX. 1. 9-13.
- [4] Balázs, P. – Migráció a magyar orvostársadalomban, és az 1989-es rendszerváltozás hatása – Egészségügyi Gazdasági Szemle 2003, 41, 4, 5-12.
- [5] Balázs, P. – Hazai és külföldi orvosok területi elhelyezkedése az alapellátásban – Medicus Universalis 2005. XXXVIII. 2. 75-80.
- [6] 1996. évi XXI. tv. a területfejlesztésről és területrendezésről, 5.§ a. pontja, illetve a módosító 1999. évi XCII. tv.
- [7] Balázs, P. – Az orvoslétszám tervezhetőségének problémái – Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME) 2004. III. 1. 9-13.
- [8] Balázs, P. – A magyar fogorvos társadalom testületi válasza a kötelező kamarai tagság megszüntetésére – Fogorvosi Szemle 2007. 100: 1-8.

Semmelweis Egyetem ETK, Népegészségtani Intézet
Dr. Balázs Péter, intézetigazgató
1088 Budapest, Vas u. 17. E-mail: balazsp@se-efk.hu

Tisztelettel meghívjuk Önt és munkatársait a Magyar Sebkezelő Társaság X. (Jubileumi) Kongresszusára:

Ideje: Budapest, 2007. október 25–26.

Szervező Bizottság: Balatoni Ernőné, Győri András, Hanga Péter, Prof. Dr. Hunyadi János, Dr. Mészáros Gábor, Dr. Molnár László, Salczerné Dr. Hok Mária, Dr. Sugár István

Fő témák:

1. Visszaemlékezés az első 10 évre (Prof. dr. Hunyadi János és Dr. Sugár István)
2. Rehabilitáció (moderátor: Dr. Vekerdy Zsuzsa)
3. Prevenció, phlebologia (moderátor: Dr. Bihari Imre, Dr. Sándor Tamás)
4. Technológiai újdonságok (moderátor: Győri András, Hanga Péter)
5. Egyebek (moderátor: Dr. Molnár László, Dr. Mészáros Gábor)

A résztvevők részére várhatóan kreditpont-szerzési lehetőség is lesz, ennek ügyintézése folyamatban van.

A részletesebb információkat tartalmazó körlevél a technikai szervezőtől kérhető.

(É+L Kft., 1081 Budapest, Kiss József u. 4., 1364 Bp. 4, Pf. 354, Tel./Fax: 313-2027, E-mail: el.kft@chello.hu), illetve a <http://www.euuzlet.hu/mskt> elérésű honlapon is megtalálható.