

**NEMZETI KÖZSZOLGÁLATI EGYETEM
HADTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA**

Dr. Jasztrab Jácint Szilárd orvos őrnagy

**A katonatorvosi pályaelhagyás összetevőinek elemzése
Magyarországon**

Doktori (PhD) értekezés

Tudományos témavezető:

.....

**Dr. Svéd László PhD
nyá. altábornagy**

BUDAPEST, 2024

Tartalomjegyzék

Bevezetés	6
A releváns szakirodalom áttekintése.....	8
A tudományos probléma megfogalmazása	12
Hipotézisek	14
Kutatási célkitűzések	15
Kutatási módszerek.....	17
A dolgozat felépítése	18
I.	21
A katonaeorvoslás történeti áttekintése, fejlődésének főbb állomásai	21
1.1 A katonaeorvoslás kialakulása és fejlődése	21
1.2 Magyar vonatkozások a katonaeorvoslás történetében.....	25
Részkövetkeztetések.....	29
II.	32
A Katonaeorvoslás sajátosságai és jellegzetességei	32
Részkövetkeztetések.....	34
III.....	36
A Pályaválasztás és motivációs összefüggései	36
3.1. Pályaválasztás motivációs elméletei.....	36
3.2. Pályaorientációs vizsgálatok.....	40
3.3. Az orvosi, a katonai, a katonaeorvosi pályaválasztás motivációi.....	41
3.3.1. (Civil) orvosi pályaválasztás.....	43
3.3.2. Az orvosi pályaválasztás motivációs tényezői.....	45
3.3.3. A katonai pályaválasztás.....	47
3.3.4. Katonaeorvosi pályaválasztás.....	49
3.4. Katonai és az orvosi pálya presztízsének alakulása.....	53
3.5. Az orvosi pálya motivációi és a stressz szerepe	56
3.6. Orvosképzés és utánpótlás	60
3.7. Ösztöndíjas rendszer és jogi szabályozásai	64
3.8. Katonai toborzás	66
3.9. Tartalékos rendszer	67
Részkövetkeztetések.....	68
Az orvos- katonaeorvos hiány gazdasági és humánpolitikai megközelítése	71
4.1. Gazdasági szempontok	71

4.1.1. Orvosok bérezése hazánkban.....	75
4.1.1.1. Hálapénz	79
4.1.2. Európai Unió orvosi átlagkereset	80
4.1.3. Orvosi bérek rendezése 2020 után	83
4.2. Humánpolitikai megközelítés	86
4.2.1. Az orvoshiány mértéke Magyarországon	86
4.2.2. Egészségügyi kivándorlás okai, mértéke, következménye.....	91
4.2.3. Orvosok pályaelhagyása Magyarországon	99
4.2.4. A Katonai egészségügyet érintő változások 2023-ban.	102
Részkövetkeztetések	105
V.....	108
Egészségügyi szakszemélyzet toborzásnak a helyzete a NATO tagországaiban.....	108
5.1. Pénzügyi ösztönzők	110
5.1.1. Az alapfizetésen felüli juttatások.....	110
5.1.2. Negatív pénzügyi ösztönzések.....	111
5.2. Egyéb ösztönzők	111
5.2.1. Nem ranghoz kötött juttatások.....	112
5.2.3. Rugalmas munkaidő és a foglalkoztatási státusz.....	112
5.2.4. Család és karrier közti egyensúly biztosítása	112
5.2.5. Karriermodell és szakmai fejlődés.....	113
5.4. Hirdetések, toborzás.....	113
Részkövetkeztetések	114
VI	116
Katonatorvosi leszerelés és pályaelhagyás.....	116
6.1. Katonai pályaelhagyás, leszerelés.....	116
6.2. Orvos pályaelhagyás	118
6.3. Katona-orvosi pályaelhagyás	128
Részkövetkeztetések	132
VII.....	134
Katonatorvosi leszerelés és pályaelhagyás kérdőíves és interjú vizsgálat.....	134
7.1 a kérdőíves és interjú vizsgálatról.....	135
7.2 A kutatási módszertan leírása, mintavételi terv és típusa.....	137
7.3. A Kérdőív	139
7.4 A katonatorvosi leszerelés és pályaelhagyás kérdőíves és interjú vizsgálatának eredményei	140

7.4.1. Rendfokozat szerinti megoszlás	140
7.4.2. Állománykategóriák szerinti megoszlás	141
7.4.3. Szolgálati évek száma	142
7.4.4. Nemek és életkor szerinti megoszlás	143
7.4.5. A megszerzett szakvizsgák száma	145
7.4.6. Nyelvtudás szintje szerinti megoszlás	147
7.4.7. Tudományos fokozattal rendelkezők száma.....	148
7.4.8. Jelenlegi mellékállásra vonatkozó adatok	148
7.4.9. Missziós szolgálatra vonatkozó adatok	148
7.4.10. Katonaorvosi pálya motivációja	150
7.4.11. A katonaorvosi pályával kapcsolatos teljesült elvárások	151
7.4.12. A nem teljesült elvárások	151
7.4.13. Haderő átalakítás	154
7.4.14. A leszerelés döntő okai.....	157
7.4.15. A leszerelés mikéntje módjai és körülményei	158
7.4.16. Magyar Honvédségtől kapott támogatások	159
7.4.17. Lakhatás támogatása és megoldottsága	160
7.4.18. Leszerelés segítésére vonatkozó adatok	161
7.4.19. Kilépés utáni munkakeresésre vonatkozó adatok	163
7.5.20. Jelenlegi munkahely	168
7.5. Stressz szerepe a katonaorvosi pálya elhagyásában	175
7.5. Leszerelés fő okai.....	186
7.6. Pályán tartó tényezők	188
7.7. Interjúk kutatási eredmények.....	189
7.8. katonaorvosi pályához kapcsolódó motivációs eredmények ismertetése	190
7.9.1 A katonaorvosi pályára kerülés motivációja	190
7.9.2. Pályán tartó tényezők	191
7.9.3. Pályaelhagyást elősegítő tényezők	192
7.9.4. Eltérés a katonai és katonaorvosi leszerelés között.....	193
7.9.5. Kapott eredmények összevetése a MH EK Védelem-egészségügyi Igazgatóság által végzett kutatással.....	194
7.10. Dolgozói elégedettség mérése és tudományos feldolgozása.....	196
7.10.1. A dolgozói elégedettség alakulása 2011 és 2014 között.....	196
7.10.2. Dolgozói elégedettség alakulása 2015-2019 között	201
Részkövetkeztetések	204

VII.	211
Összegzett következtetések.....	211
Új tudományos eredmények.....	218
Ajánlások (Megoldási javaslatok).....	220
<i>Honvéd-egészségügyi pályára toborzás és állomány megtartása</i>	224
<i>Karrier elősegítése</i>	225
<i>Jövedelem kiegészítés</i>	225
<i>Javaslatok oktatási és kiképzési kedvezményekre</i>	226
<i>Szemléletváltás szükségessége</i>	228
A kutatási eredmények gyakorlati felhasználhatósága	229
Saját, a témában eddig megjelent publikációk.....	231
Köszönetnyilvánítás	233
A hivatkozott irodalom jegyzéke	234
Melléletek.....	248
Rövidítések jegyzéke	248
Kísérő levél	250
Kiküldött kérdőív	251

BEVEZETÉS

A katona-orvoslás története gyakorlatilag az emberiség történetével egyidős, mint önálló diszciplína azonban csak, a XX. század elején jelent meg. A katona orvostudomány az egyetemes orvostudomány integráns része. Az orvostudomány egyéb ágaitól nem független, sőt, azokhoz számos területen szorosan kapcsolódik, így bizonyos értelemben multidiszciplináris. A szakma művelői a katonaorvosok, akik közül sokan világszerte ismertekké váltak, elsősorban az orvostudomány egészének a fejlődése érdekében kifejtett munkásságuk vagy soha nem ismert eljárások kimunkálása alkalmazása miatt. Elég ha csak a Homérosz „Iliászában” megismert Machaon és Podalirios a francia XIV Lajos Ambroise Pare, illetve „Napóleon fősebésze Dominique-Jean Larrey, az orosz Pirogov az amerikai Walter Reed, valamint DeBakey munkásságát, illetve nevét említeni. A magyar katona-egészségügy is rendelkezett a Magyar Honvédség megszületése pillanatától kiemelkedő katonaorvosokkal. Markusovszky Lajos, Stáhly Ignác, Flór Ferenc, Frank Richard, Merényi-Scholcz Gusztáv, Farádi László nevei ismerősen csengenek, nem beszélve a magyar és a világszerte iskolát teremtő, koreai háborút megjárta Kulka Frigyesről és Zoltán Jánosról.

A katonaorvosok képzése a hozzá szükséges tapasztalatok és gyakorlat megszerzése hosszú és költséges feladat. A pályán tartás, mindig is kihívás volt a mindenkori katonai vezetésnek, melyet vagy erőszakosan-mint például az 50-es években a kiváló civil orvosok kényszer bevonultatásával-vagy különböző ösztöndíj és más kedvezmények biztosításával próbáltak és próbálnak megoldani. A jelenkori magyar állam-egészségügyi orvosi pályaelhagyás kulcsidőpontjai 1979 és 1999 voltak, melynek még voltak objektív okai, de az ezt követő évek csökkenő tendenciái már nehezebben magyarázhatók.^{1,2}

Kutatásommal elsősorban a katonaorvosi elvándorlás és leszerelés hátterét kívánom megvizsgálni. Husz éves katonaorvosi pályafutásom során figyelemmel kísértem, ahogyan a csapatorvosi rendszer egyre nagyobb nehézséggel kénytelen ellátni a feladatát, miközben

¹ DR. SVÉD László, DR. VEKERDI Zoltán, DR SÓTÉR Andrea: *Quo Vadis Honvédorvostan? (Honvéd-, katasztrófa- és rendvédelem orvostan) Helyzetelemzés egy Tanszék remélt újrászületéséhez.* - In. Hadtudományi szemle 2015. 8. évf. 1. sz.

² DR. SVÉD László: *A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének és gyakorlatának változásai, sajátosságai, különös tekintettel a haderő átalakításra, a NATO-ba történő integrálásra, a különböző fegyveres konfliktusok, valamint a békefenntartó, béketeremtő és -támogató tevékenységre.* – In. Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem – Hadtudományi Doktori Iskola. Phd. 2003.

egyre több képzett kolléga távozik külföldre vagy vállal civil beosztást, illetve megy el a versenyszférába dolgozni.

A hazai katonarvosi pálya, illetve hivatás tárgyalása összetett megközelítést igényel, hiszen egyben magában hordozza a civil egészségügyi rendszer visszasságait, valamint a hivatásos katonai szolgálat sajátosságait, amelyek egyben egy különleges szakmává emelik a katonarvoslást. A kétoldali függőség ugyanakkor nemcsak problémákkal jár, hanem lehetőségeket is hordoz magában, elég csak gondolnunk arra, hogy az orvosok külföldi missziókban vehetnek részt, vagy különböző ösztöndíj lehetőség orientálhatja, illetve motiválhatja őket, hogy a hivatásos, illetve szerződéses állomány tagjaként végezzék munkájukat.

A kutatásom aktualitását és egyben fontosságát jelzi, hogy míg a rendszerváltás előtt a pályaelhagyás nem volt jellemző a magyar egészségügyre, addig az utóbbi években annyira felgyorsult, hogy mindenféleképpen indokolt foglalkozni vele. Magával a pályaelhagyással már több kiváló magyar és nemzetközi kutatás foglalkozott, azonban kifejezetten a katonarvosokra vonatkozó kutatás Magyarországon ez idáig még nem történt. A kutatásom célja a katonarvosi pályaelhagyás okainak feltárása és ennek tükrében a megoldások keresése, illetve javaslatok megfogalmazása, mivel a képzett katonarvosok hiánya magát a haderő harcképességét is veszélyezteti.

A RELEVÁNS SZAKIRODALOM ÁTTEKINTÉSE

A 2007-ben, a 17 éve elkezdett tudományos kutatásom témájaként éppen azért választottam a hazai katonatorvosi pályaválasztás és pályaelhagyás vizsgálatát, **mivel ebben a témakörben csak kevés hazai tudományos publikációt nem találtam**, annak ellenére, hogy évek óta csökkenő tendenciát mutatott és mutat azóta is a csapatorvosok száma, ami a katonai feladatok egészségügyi biztosítását is negatívan érintette. Katonaorvosi illetve állat-egészségügyi pályaelhagyásra rákeresve gyakorlatilag saját cikkeimet adja meg találatként a kereső.

Kutatásom időszakában 2023-ban a csapatorvosi beosztások csupán 30%-ában van katonatorvos, a műveleti alegységeknél még rosszabb a helyzet, mivel a segélyhelyvezetői beosztások csupán 20%-ában van feltöltve katonatorvossal. Meg kell jegyeznem, hogy az évek óta betöltetlen csapatorvosi helyek törlésre kerültek ezért, ha a korábbi állománytábla adatait használnánk a betöltetlen helyek aránya még magasabb lenne.

A csökkenő tendenciát látva 2015-ben a Magyar Honvédség Védelem Egészségügyi Igazgatóságánál **Pákozdi Márta őrnagy és Fejes Zsolt PhD ezredes** végzett kutatást a katona-egészségügyi pályaelhagyás motívumainak feltárása. A fő különbség a saját kutatásommal szemben az volt, hogy ebben a felmérésben a kutatók a még aktív katonatorvosi és egészségügyi dolgozók motivációi és leszereléssel kapcsolatos válaszai kerültek kiemelésre, míg én a pontosabb eredményekért a már leszerelt kollégákat kerestem meg. A dolgozatomban ezen kutatás eredményét a saját kutatásommal összevetve fogom a későbbiekben ismertetni. ³

Nemzetközi szinten szintén kevés kutatás foglalkozik a katona-egészségügyi toborzás és az egészségügyi személyzet hiányának feltárásával. **NATO szinten** 2010-ben kezdődött meg a tagállamok egészségügyi személyzet helyzetének felmérése. 2012-ben publikálták az első vizsgálat eredményét és foglalták össze a helyzet javítására alkalmazandó intézkedéseket. (TR-HFM-213 report: „*Factors Affecting Attraction, Recruitment, and Retention of NATO Military Medical Professionals*”). Azóta minden két évente megismétlik ezt a kutatást és a változást kiemelik, amit külön fejezetben fogok ismertetni.

³ PÁKOZDI Márta őrnagy, Dr. FEJES Zsolt PhD. o. ezredes: *A katona-egészségügyi pályaelhagyás motívumainak feltárása*. – In: konferencia előadás https://bm-tt.hu/wp-content/uploads/2022/03/2_Fejes_Pakozdi.pptx, 2015.

2000-es évek után keletkezett szakirodalmat átvizsgálva megállapítható, hogy az Egyesült Államokban is kevés publikáció jelent meg a katonai orvosi utánpótlás témájában. A 2001-es terrortámadás hatására meginduló elhúzódnó véres iraki és afganisztáni műveletek hatására csökkent a katonai orvosi pályát választó orvosok száma, ami ahhoz vezetett, hogy az katonai orvosi toborzási célok nem teljesültek. 2009-ben **Daniel Lee** és **Jeff Guthrie** az amerikai hadsereg ösztöndíjasai körében vizsgálta a katonai orvosi pályaválasztás motivációit, amelyek közül hazafias kötelességtudat és az aktív szolgálatot teljesítők tapasztalatai voltak a legfontosabb motiváló tényezők. Az eredményeket felhasználva a szerzők javaslatot is tettek a kétféle ösztöndíjas rendszer átalakítására.

A hazai sajtó rendszeresen foglalkozik a magyar katonai toborzással. Tudományos kutatások közül ki kell emelnem **Pákozdi Márta** 2022-es katonai pályamotivációjának kutatását, melyben a Magyar Honvédséghez bevonuló legénységi állomány körében végzett motivációs vizsgálatot. A korábbi kutatások közül meg kell említenem a 2013-as **Papulai Lászlóné** által végzett katonatiszti pályaválasztást befolyásoló tényezőket vizsgáló munkát. Dolgozatában kimutatta, hogy a katonai pálya választása nem egy másodlagos alternatíva; a tisztképzésre azok a fiatalok jelentkeznek, akik elhivatottságot éreznek a katonai pálya iránt, elkötelezettek és katonatisztek szeretnének lenni. A család befolyásoló tényezője a katonai pályaválasztásban alacsony, a hallgatók 50%-a csak a középiskola utolsó évében döntött a katonai pálya mellett.⁴

Szintén visszatérő téma a hazai sajtóban a magyar orvoshiány, a hosszú várólisták és az üres háziorvosi praxisok kérdése, a külföldi orvos elvándorlás és a pár évente végrehajtott egészségügyi átalakítások ismertetése. Az egészségügyi rendszer állapotának és az egészségügyi személyzet fontosságára a 2019-ben kitört koronavírus járvány még jobban ráirányította a figyelmet. Tudományos kutatás szempontjából a fő problémát az jelenti, hogy nincs pontos, megbízható statisztikai adat a praktizáló orvosok létszámáról, arra csupán következtetni lehet. Szintén nem lehet pontosan meghatározni, hogy a statisztikában szereplő aktív orvosok közül hányan dolgoznak az állami szektorban, a közellátásban és hányan a magánszektorban, milyen óraszámmal, valóban aktívak-e, bár ezen adatokat a digitális EESZT-ből (Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér) könnyen kinyerhetőek lennének.

⁴ PAPULA Lászlóné: *A katonai pályaválasztást befolyásoló tényezők empirikus vizsgálata*. – In. PhD értekezés, NKE Hadtudományi Doktori Iskola. - p. 77. Online: http://uni-nke.hu/downloads/konyvtar/digitgy/phd/2014/papula_laszlone.pdf, 2014.

Hasonlóan csupán következtetni lehet a külföldre távozó orvosok számára is, ami töredéke a sajtóban rendszeresen megjelenő adatnak.

Varga Júlia 2003-2011 és 2009-2017 között vizsgálta az orvosi elvándorlását. Kutatásának különlegességét az adta, hogy egy nagy méretű államigazgatási adatbázist használt, mely az Országos Egészségpénztártól, az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóságtól, a Nemzeti Adó- és Vámhivataltól, valamint az Oktatási Hivataltól és az Nemzeti Munkaügyi Hivataltól származó egyéni adatok összekötésével keletkezett. Ezen adatok sokkal pontosabb képet adnak az egészségügyi adatbázisokból levonható adatokhoz képest, amelyek közül a működési engedélyek például csak 5 évente kerülnek frissítésre, ezért pontatlanok. Az adatok elemzése során azt találta, hogy orvos elvándorlás az Európai Unióhoz való csatlakozás és 2010 után, valamint az osztrák és német munkavállalási korlátozás feloldása után gyorsult fel, azonban a külföldre vándorlás csupán 12%-ot tett ki, amíg a Magyarországon belüli pályaelhagyás 16%-ot, az inaktív státuszba kerülés 14%-ot tett ki. A külföldre vándorlás a férfiaknál és az alacsonyabb életkorban volt nagyobb arányú. A kutatás másik nagy eredménye, hogy meghatározta a hazai pályaelhagyás mely területekre irányul, amelyek közül 35%-ban a gyógyszeripar és 25%-ban oktatás tette ki a legnagyobb részt, amit meglepő módon az ingatlanügyek követtek 7%-ban.⁵

A külföldön dolgozó orvosok körében végzett felmérést 2016-ban a **Magyar Rezidens Szövetség**, mely kutatása során azt állapította meg, hogy a külföldön dolgozó orvosok körében 2 éven belül 2%-uk, 5 éven belül csupán 7%-uk tervez hazajönni, míg 58%-uk bizonytalan volt ezzel kapcsolatban. A legfontosabb visszatartó erőként a hazai fizetéseket, a heti 60 órát meghaladó munkaidőt és családi élet ellehetetlenítését jelölték meg. A kutatásban rákérdeztek, hogy milyen pozitív tapasztalatot szereztek külföldön, amit itthon is át lehetne venni.⁶

Az orvosi pályaválasztás motivációját az orvostanhallgatók körében 2017-ben **Győrfi Zsuzsa, Susánszky Anna, Szántó Zsuzsanna, Susánszky Éva** vizsgálta. Az eredményeik alapján megállapítható, hogy a pályaválasztás legfőbb motivációja a természettudományok iránti érdeklődés és az altruizmus voltak. A medikusok harmada a korábbi betegséggel,

⁵ VARGA Júlia: *Hova lettek az orvosok? Az orvosok külföldre vándorlása és pályaelhagyása Magyarországon 2003-2011.* – In. Budapesti Gazdasági Füzetek, 2015

⁶ MAGYAR REZIDENS SZÖVETTSÉG: *Egyedülálló felmérés a külföldön dolgozó magyar orvosokról.* – In. http://www.rezidens.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=250:egyeduelallo-felmeres-a-kuelfoeldoen-dolgozo-magyar-orvosokrol-video&catid=4:megjelenesek&Itemid=18, 2016.

halállal, egészségügyi rendszerrel való kapcsolatát, 15 százalék pedig a leendő pálya presztízsét és az orvos- és kórházsorozatokat hatását át nevezte meg. Megállapították, hogy a nők korábban döntenek az orvosi hivatás mellett. A férfiak pályaválasztását a racionalitás és megfontoltság, a pályáról szerzett tapasztalatok, a tudásvágy és a pálya nyújtotta előnyök és lehetőségek jobban jellemzik.⁷

Molnár Regina, Nyári Tibor András, Molnár Péter 2008-as kutatásukban vizsgálták az orvostanhallgatók pályán maradásra, pályaelhagyásra vonatkozó elképzeléseit. Felmérésünk során azt találták, hogy a medikusok 42.5 %-a fontolgatta a pályaelhagyást, míg a végzett orvosok körében a pályaelhagyást nem objektív, hanem szubjektív tényezők – elsősorban a hivatástudat – határozták meg. 2010-es kutatásában **Girasek Edmond** a többi ágazattal összevetve hasonlította össze az egészségügyi területen frissen végzett orvosok helyzetét, melyben arra a következtetésre jutott, hogy az orvosok viszonylag hamar az átlagos 3.5 hónap helyett 1.72 hónap alatt találtak munkát. Legtöbbször személyes kapcsolatok segítségével helyezkedtek el. Ezt a hirdetés útján, majd az önéletrajz elküldése alapján, illetve egyéb módon történő sikeres munkahelykeresés követték. A munkaközvetítők vagy állásbörzék szerepe elhanyagolható volt. A többi ágazathoz képest a legnagyobb arányban maradtak az első munkahelyükön, ami magas munkahelyi stabilitást jelez, a munkahellyel való elégedettségük megfelelt a teljes minta átlagával. 2012-es kutatásában a Girasek a rezidens orvosok szakterület-választási és vidéki munkavállalási motivációit kutatta, melyben azt találta, hogy a rezidensek csupán 7 százaléka menne megyeszékhelynél alacsonyabb jogállású kórházba dolgozni, ami a vidéki orvoshiányt magyarázhatja meg.^{8,9,10,11}

Kutatásom alapját korábbi témavezetőm **Kiss Zoltán László** ezredes úr által végzett „Kiválás, 2010-2011” kutatás szolgálta. (Katonaszociológiai kutatások-sorozat. Budapest: Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem. „Kiválás 2010 – 2011” című kutatási projekt). A

⁷ GYÖRFI Zsuzsa, SUSÁNSZKY Anna, SZÁNTÓ Zsuzsanna, SUSÁNSZKY Éva: *Az orvosi pályaválasztás átalakulása – Mit mutatnak a terepmunka-tapasztalataink?* – In: *Metszetek*, 2017. 6. évf. 2. sz.

⁸ GIRASEK Edmond: *Rezidens orvosok szakterület-választási és vidéki munkavállalási motivációi.* – In: Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, 2012.

⁹ GIRASEK E., EKE E., SZÓCSKA M.: *Fiatal orvosok vidéki munkavállalási szándékai.* in: *Orvosképzés*. 2009. LXXXIV. évfolyam, 1 szám. p. 59–63.

¹⁰ GIRASEK Edmond: *Orvosok pályaválasztása.* – In: Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kar, Szakdolgozat. 2006.

¹¹ GIRASEK E.: *Fiatal munkavállalók az egészségügyben, fiatal egészségügyiek a munkaerőpiacon.* - In: https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/DPR/dprfuzet4/Pages287_300_Girasek.pdf. 2016.

katonai és orvosi pályaválasztásra, motivációra vonatkozó szakirodalmat külön fejezetben részletesen ismertetem a dolgozatomban.

A TUDOMÁNYOS PROBLÉMA MEGFOGALMAZÁSA

A katonai orvosi szakma sajátosságai, illetve összetettsége, interdiszciplinaritása okán a pályaelhagyások és utánpótlási hiányosságok vizsgálata esetén nem lehet teljesen elvonatkoztatni a hazai egészségügyi rendszer problémáitól, valamint a nemzetközi szövetségi keretek között működő honvédelmi ágazat specifikumaitól. Ugyanakkor mégis a katonai egészségügy egy olyan egyedi területről beszélünk, amely a szokványos általános intézkedések, illetve a mindennapok kihívásait kezelő humán-menedzsment révén nem kezelhetők. Mindezzel szoros összefüggésben nem meglepő az az alap probléma, hogy a katonai orvosok száma **folyamatosan csökken**. Ennek okai igen csak változatosak és abban keresendők, hogy nincs jelentkező az üres beosztásokra, sokan misszióba vannak vezényelve, vagy egyéb okból nem teljesítenek szolgálatot az alakulatuknál (pl. rezidensképzés). Folyamatosan gondot jelent a hazai katonai kiképzési, a határ menti, esetenként jelentkező katasztrófa (árvíz)védelmi és egyéb katonai feladatok orvosi-egészségügyi biztosítása, mely egyre nagyobb megterhelést jelent az egyre kevesebb még rendszerben lévő kollégáknak. Bonyolítja ezt a helyzetet az ország NATO tagságából eredő nemzetközi kötelezettségek, illetve vállalások – különös tekintettel a magyar kontingensek által ellátott feladatokra – melyek szükségessé teszik a megfelelő katonai orvosi kapacitásokat. A jelenlegi trend alapján tehát a katonai orvosi állomány fenntartásának és utánpótlásának biztosítása érdekében olyan mielőbbi intézkedések és beavatkozások szükségesek, amelyeket tudományos módszerekkel is lehetséges véleményem szerint megalapozni. E tekintetben fontos megemlíteni, hogy sem szakmai, sem pedig tudományos keretek között a katonai egészségügy – mint a honvédelem speciális területe – nem kap olyan szakirodalmi, illetve kutatási háttérrel, amelyek megalapoznák azon strukturális és humán erőforrás-menedzsment intézkedéseket, amelyeket megérdemelnének, és hosszú távon működőképessé tennék a katonai orvosi szakma gyakorlását. Példaként említhető a honvéd ösztöndíjas rendszer, mint az utánpótlás egyik pillére, amely évekig nem funkcionált.

A katonai orvosi és egészségügyi szakdolgozókkal való feltöltés és pályán tartás, valamint az elvándorlás komoly problémát jelent a NATO tagországok többségénél is, tehát nem csak a hazánkat sújtja ez a kedvezőtlen folyamat.

Kutatásom fontosságát, illetve eredményeinek felhasználhatóságát tovább erősíti, hogy évek óta nincs elfogadott katonai orvosi életpálya modell, bár többször kidolgozták és a Honvéderős szaklapban is leközölték a tervezetet, – ami inkább modellnek volt tekinthető - mégsem került elfogadásra.

Napjaink különböző katonai műveleteiben, a világ különböző pontjaiban zajló fegyveres konfliktusaiban, háborúiban a katonai egészségügynek harctámogató funkciója van az az a harc megvívása sikerének kiemelt és fontos tényezője. Ebből következően a Magyar Honvédség hadrafoghatósága és harcképessége folyamatosan romlik a katonai orvosi leszerelés és elvándorlás fokozódásával és a csapattagozat hiányos feltöltöttségével.

A fentiek mellett általános jelenségként azonosítható, hogy több képzett kolléga távozik külföldre vagy vállal civil beosztást, illetve megy el a versenyszférába dolgozni, így a még rendszerben lévő katonai orvosokra hárul a már leszerelt kollégák feladatainak az elvégzése is.

Ezeknek a kedvezőtlen tendenciák okainak a feltárásával elemzésével a jobbítás lehetőségeinek és alternatíváink a bemutatásával, egy lehetséges pályamodell felvázolásával megkísérlek hozzá járulni az általam már a fentiekben hiányolt tudományos megalapozottság bővítéséhez, mellyel vélhetően és feltételezésem szerint nem a végleges megoldáshoz, hanem az ahhoz való eljutáshoz járulhatok hozzá.

HIPOTÉZISEK

A disszertáció során az alábbi hipotéziseket szándékozom a célkitűzésekhez kapcsolódva igazolni:

1. Feltételezem, hogy a katonai pályát érintő elvándorlások, illetve folyamatos létszámcsökkenés nem csak egzisztenciális okokra vezethetők vissza, hanem számos, a honvédségi szervezeti és az egyetemi szakképzési rendszert érintő problémákra is, amelyek kezelhetők lennének egy, az előzőkre arányosan reagálni képes karriermodell bevezetésével.
2. Feltételezem, hogy a piaci alapon működő civil szférával való összevetés alapján a katonai pályaválasztásban releváns szereppel bír a juttatások mértéke, a missziós lehetőségek, valamint a katonai pálya kihívásai és érdekessége.
3. Feltételezem ugyanakkor azt is, hogy a katonai pálya negatív megítélésében döntő jelentőségű a stresszfaktor, ami közvetlen összefüggésben van a folyamatosan romló és korszerűtlen eszközállománnyal, az orvosi túlterheltséggel, az illetményen felüli juttatások csökkenésével, a megszüntetett korekedvezményes nyugdíjjal, valamint a katonai hierarchiában elfoglalt hely és előmeneteli lehetőségek merevségével.
4. A katonai pályaelhagyás tekintetében feltételezem, hogy kimutatható módon releváns elhagyó tényezőként nevezhetők meg a hazai tőkeerős gyógyszercégek, valamint a külföldi és hazai magánegészségügyi munkalehetőségek, melyek szoros összefüggésbe hozhatók a katonai- és polgári-egészségügyre fordított összegekkel más fejlett országokhoz képest.
5. Feltételezem, hogy kimutatható módon más NATO országokat kevésbé sújtja az orvoshiány a civil életben és haderőkben, mert időben komoly lépéseket tettek a feltöltöttség javítására és a pályán maradás elősegítésére. Az ő példájuk és megoldásaik segíthetik a hazai helyzet javítását
6. Feltételezem, hogy a magas munkahelyi elégedettség összefüggésben van a csökkent pályaelhagyási aránnyal és a hosszabb távú pályán tartással. Az elégedett munkavállalók nagyobb valószínűséggel maradnak a munkahelyükön hosszabb ideig, csökkentve ezzel a pályaelhagyási arányt. Ez a pozitív hatás pedig kedvezően befolyásolhatja a szolgálat stabilitását, hatékonyságát és eredményességét.

KUTATÁSI CÉLKITŰZÉSEK

A katonáorvoslás, illetve a katona-egészségügy egy olyan interdiszciplináris speciális szakága az orvostudománynak mely az orvoslás evidencia bázisa helyett a háborúk és a fegyveres konfliktusok, valamint az azokra történő felkészülés tapasztalataira épül. Ebben évezredek óta meghatározó szerepet játszanak, a katonáorvosok.

1. Céloom ennek igazolásaként, a katonáorvoslás történetének bemutatásán keresztül is, azoknak a fontos eseményeknek és személyek felidézésével, hogy az egyetemes orvoslás fejlődése érdekében a katonáorvosok mit tettek és személyük, jelenlétük, milyen garanciákat jelentenek a jövő orvoslásának tudományos eredményeihez, annak értékéhez.
2. A katonáorvosokból mindig is kevés volt, hisz munkájuk és feladataik során folyamatosan diszkrepancia állt és áll fent az ellátandó sérültek, az ahhoz szükséges eszközök és az életben maradáshoz szükséges beavatkozási idő között. Ez egy érthető ok, azonban céloom bebizonyítani azt, hogy a fentiekben túlmenően vannak olyan tényezők, melyek ezeket a hiány állapotokat, -főleg a felkészülés és a mindennapi élet során- tovább rontják. A bizonyítékok keresésének egyik fő módszere a rendszerben még meglévő és a pályát különböző okok miatt elhagyó katonáorvosok között végzett felmérés.
3. Az előbbieik objektivitásához, feltételezésem szerint, -mint ahogyan azt a hipotézisekben is megfogalmaztam- a mindenkori adott társadalomban működő polgári egészségügy állapota, humán erőforrás szükséglete, az azzal összefüggő képzési rendszer szorosan összefügg. Ez a kapcsolat jelentősen felértékelődött, hisz a képzett orvos mindenütt érték. Napjainkban, a magánegészségügy irányában történő elmozdulás jelentős elszívó hatással jár.
4. Véleményem szerint mivel a jogi szabályozásnak és jogi védelemnek, a stressznek, a toborzásnak, a humánpolitikai és pénzügyi tényezőknek kiemelkedő szerepe van a kialakult helyzetben, ezért céloom, hogy a megoldás egyik kulcsaként ezeket is górcső alá vegyem.
5. Az Észak-atlanti Szerződés országában, illetve a legfejlettebb országokban is gondot okoz az egészségügyi szakemberek toborzása és rendszerben tartása. Ezt a területet azzal a céllal tekintem át, hogy hátha akadnak közöttük olyan megoldások vagy lehetőségek melyek a magyar viszonyokra esetlegesen adaptálhatók.

6. Mindezek tükrében kutatásom fő célja, hogy elsőként tudományos eredményekkel támaszthassam alá az új katonai orvosi karrier modell tervezetét és felhívjam a figyelmet a katonai orvosi szakember hiányra, mivel ez a honvédség harcképességet is rontja, illetve a helyzetre aktualizált megoldási javaslatokkal szeretném segíteni a konkrét lépések kidolgozását. További hasonló vizsgálatok végzésének a lehetőségével megteremteni a bevezetett intézkedések hatékonyságának ellenőrzését is.

KUTATÁSI MÓDSZEREK

Kutatásomat nagyrészt primer módszerekre alapoztam. Ezek keretében, és egyben nővumként, a már leszerelt katonáorvosokat kerestem meg, akik hiteles képet tudnak adni a leszerelésük okairól és személyes véleményüket is elmondhatták. Ezen kívül összefoglaltam az Észak-pesti Centrumkórház-Honvédkórház Minőségfejlesztési, Irányítási és Biztonságtechnikai Osztály által végzett munkavállalói elégedettségi kérdőíveinek eredményét, ami szintén hasznos információkat szolgáltatott a kutatott témával kapcsolatban, továbbá röviden ismertetem a korábbi MH Védelem-egészségügyi Igazgatóságánál folyó hasonló kutatás eredményét. A kapott adatokat összevettem a civil pályaelhagyást és elvándorlást vizsgáló kutatásokkal, valamint kvantitatív és kvalitatív módszereket alkalmazva támasztottam alá tudományosan következtetéseimet, illetve javaslataimat az alábbi konkrét kutatási módszerek alkalmazásán keresztül:

Külön kutatom, retrográd elemzéssel a katonai, valamint orvosi és a katonáorvosi pályaválasztás és motiváció hátterét, a két pálya közti különbségeket – mivel a pályaválasztás és toborzás jelenti az utánpótlás lehetőségét. A fellelhető, mértékadó szakirodalmat elemezve ismertetem a katonáorvosi pálya sajátosságait.

Kutatásom alapját elsősorban a témában fellelhető mértékadó hazai és nemzetközi irodalom feldolgozása és másodelemzése adja, amely során egyaránt vizsgálom a jogi környezettel, stresszel és személyügyi vonatkozással kapcsolatos aspektusokat, valamint induktív módon elemzem továbbá a NATO országok megoldási javaslatait is.

A leszerelt katonáorvosokat levélben kerestem meg és kérdőíves módszerrel, illetve személyes interjú formájában – primer kutatási módszereket alkalmazva – vettem fel az adatokat. A válaszok feldolgozásához – a katonai pályaelhagyás kutatás tematikáját követve – táblázatos formában történő összevetést, illetve elemzést alkalmaztam;

A megelégedettség kérdőívek eredményeit kvalitatív módszerekkel elemeztem, majd összevettem hasonló témájú civil kutatási eredményekkel az eredményeim megfogalmazásához.

A DOLGOZAT FELÉPÍTÉSE

Az értekezésem hét olyan fejezetből áll mellyel a hipotézisekben és az elérendő célok érdekében a retrográd és aktuális irodalom áttekintésével az elvégzett kutatások és személyes élményeim alapján szerzett tapasztalataim, ismereteim kerülnek elemzésre, vizsgálatra és összefoglalásra, az általam legmegfelelőbbnek vélt, a legjobb eredmény elérése által vezérelt sorrendiségnek megfelelően. Ezek a fejezetek rövid tartalmuk és mondanivalójuk összefoglalásával az alábbiak:

1. Katonaorvoslás történeti áttekintése.

A katonaorvoslás már Homérosz Iliászában is megjelenik, és sajnálatosan a háborúk történetével egybefonódik. A katonaorvosok a háborúk során keletkezett sérültek és betegek ellátásában jelentős és meghatározó szerepet játszottak, mindemellett az egyetemes orvostudomány fejlődéséhez is jelentősen hozzájárultak. Munkásságuk és érdemeik elismerése, megbecsülése koronként és korszakonként változott.

2. Katonaorvoslás sajátosságai.

Az orvostudomány ezen multidiszciplináris ága már önmagában ezért is különleges, de sajátosságait a rendkívüli körülmények közötti a béke időszakokban soha nem látott, a fegyver fajták fejlesztésével pedig újabb és újabb ismeretlen pathomechanizmusú és megjelenésű sérüléseket és betegeket kell ellátni. Ebből következik, hogy a kreativitásnak, a körülmények elviselésének és a gyorsaságnak meghatározó szerepe van a sajátosságok kialakulásában. Az ezen sajátosságokhoz való mindennemű alkalmazkodás meghatározója a sikeres feladat végrehajtásnak.

3. Pályaválasztás és motiváció összefüggései.

A foglalkozások megtartó ereje, a pályán tartás, a pályaelhagyás kérdésköre mind a nemzetközi, mind a hazai szakirodalomban alaposan körüljárt témának számít, habár kifejezetten a katonaorvosokra fókuszáló tanulmányok kevésbé jellemzők. Annyi bizonyosan leszögezhető, hogy e kérdések tárgyalásához jó kiindulási alapot jelentenek egyfelől a különböző motivációs elméletek, másfelől azok a kutatások, melyek a pályaválasztási motivációkat igyekeznek feltárni, márpedig ez utóbbi körben mind a katonákat, mind a katonaorvosokat fókuszba helyező felméréssel szép számmal találkozhatunk.

4. Orvosi és katonatorvosi szakember hiány gazdasági és humánpolitikai megközelítése.

2011-es 0,7%-os GDP értékről a NATO által elvárt 2%-os értékre emelkedett a Magyar Honvédség költségvetése, támogatása. Az orvos és katonaaállomány fizetését a társadalom egészéhez viszonyítva megnyugtató módon rendezték a kutatásom időszakában. Az egészségügy finansziális igényeit politikai döntésekkel könnyebb előteremteni, mint 20 éves szakképesítéssel rendelkező jól képzett és tapasztalt orvosokkal betölteni a hiányzó állásokat. A helyzetet a képzés időigényessége és rugalmatlansága is súlyosbítja. Mind az előregedő társadalom, mind az új megjelenő technikák növelik a képzett doktorok iránt az igényt. Elszívó hatást fejt ki az ágazati irányítás, az egészségipar (például gyógyszercégek), a külföldi munkaerőpiac, és az EU orvosi munkaidő maximalizálása.

5. Egészségügyi szakemberek toborzásának és megtartásának a helyzete a NATO országokban.

A kétpólusú világ megszűnésével gyakorlatilag egyidőben megkezdődtek a nagy létszámú hidegháborús haderők leszerzése. A nagyságrend változó volt, de szinte minden ország először a logisztikai, és az egészségügyi szervezeteit, valamint létszámát csökkentette. Ekkor kezdődött el a képességalakú egészségügy kialakítása. A terror elleni háború kezdetére 2001-re már jelentős egészségügyi személyzet hiány keletkezett, amit 2003-ra a nemzeti felelősséget átlépő multinacionális telepített egészségügyi intézetekkel oldottak meg. A kutatásom szempontjából érdekes és fontos áttekinteni, hogy az egyes országok hogyan és miként kezelték ezt a számomra fontos kérdést.

6. Katonaorvosi leszerelés és pályaelhagyás.

„Más fejlett országok hadseregeihez hasonlóan a Magyar Honvédségben is jelentős problémaként jelentkezik az önkéntes, szerződéses katonaaállomány megszerzése és megtartása. A hadsereggel szerződést kötött katonák és a szervezetből kilépők számának arányaival mért fluktuáció igen magas, és ebben jelentős szerepet játszik a motiváció. A jelentős mértékű pályaelhagyás okait vizsgáló kutatás eredményeiből kiderült, hogy a kiáramlás fő okai a következők: anyagi, pénzügyi okok, bánásmód, emberi viszonyok, szervezetlenség, jövőkép hiánya, ruházati, ételmezési, munkaidő utáni szabadidő eltöltésének feltételei; elhelyezési, lakhatási problémák.” Ebben a fejezetben a katonatorvosokra vonatkozóan próbálom körül járni a vizsgálatok igazát.

7. Katonaorvosi leszerelés és pályaelhagyás, pályán maradás kérdőíves vizsgálata.

Közel tíz éves felmérő és kutató munkám esszenciája a fejezet. Itt kiderülnek hipotéziseim igazai, vagy tévedései, a céljaim megvalósulása és azoknak a tudományos eredményekben való megjelenése. Értekezésem lényege ez a fejezet egyben az összes elvégzett munkám eredménye vagy kudarca. Lehet, hogy hivatkozni kellene azokra az akadályokra, nehézségekre, melyek a kérdőíves vizsgálatoknál megjelennek, de nem teszem.

I.

A KATONAORVOSLÁS TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉSE, FEJLŐDÉSÉNEK FŐBB ÁLLOMÁSAI

1.1 A KATONAORVOSLÁS KIALAKULÁSA ÉS FEJLŐDÉSE

A katonatorvoslás története gyakorlatilag az emberiség történetével egyidős, de a katonatorvosstudomány, mint önálló diszciplína a XX. század elején jelenik meg. Feladatai közé tartozik a helyszíni, akut sürgősségi ellátás mellett, a hadsereg egészségügyi biztosításának tervezése és szervezése, amihez nélkülözhetetlen fejlett technológia alkalmazása és a felkészült, folyamatos készenlétben és begyakorolt állapotban lévő szakállomány akár azonnali bevetetősége.

Az orvosstudomány bölcsőjének is tekintett ókori medicinából fejlődött ki évszázadok alatt az a tudomány, ami a maihoz rendkívüli módon hasonlít. Már a korai időkben szükségessé vált a harcoló katonák egészségügyi ellátása és az ókori görög és római feltárások során fellelhetőek olyan leletek, melyek az elsősegélynyújtás alkalmazását bizonyítják. A Római Birodalom élen járt a haditechnikában, emellett pedig a harci sérülések ellátásában is. Történelmi feljegyzések alapján Julius Caesar harctéri orvosokat jelölt ki minden légiójában. Emellett minden katona elsajátította a segítségnyújtás mozzanatait. Megtanították, hogyan kell a nyilat a sebből szakszerű kihúzással vagy kimetszéssel eltávolítani, és vérzéscsillapítás céljából nyomókötetést végezni zsírral átitatott gyapjú vagy selyem kötszerrel. Több, közel 200 sérült befogadására és ellátására alkalmas katonai kórházakat létesítettek és a csatában megsérült harcosokat az előzetes elsősegély után védett táborokba szállították.¹² A római kor mesterei közé tartozott többek között Galénosz, Szóránosz és Aszképiadész. A különböző orvosi iskolák a természeti erőket mozgósító gyógyszerekkel és beavatkozást segítő eszközökkel igyekeztek orvosolni a betegségeket.¹³ A késő császárkorban volt próbálkozás az egészségügyi képzés államosítására, melynek eredményeként létrejött Nero Gymnasium, Hadrianus Athenaeuma, melyek többek között foglalkoztak orvosképzéssel is. Az első

¹² FARÁDI L.: *Az egészségügyi szolgálat fejlődése különös tekintettel a katonai és polgári egészségügyi szervek közötti együttműködésre és a háborús kórházi ellátásra.* – In: Honvédorvos. 1965. XVII. évf. 3. szám. - p. 213-218.

¹³ NAGY Ádám: *„Ezer úton egyfelé” – gyógyítás a klasszikus korban.* – In: Kalligram. Online: <http://www.kalligram.eu/Kalligram/Archivum/2003/XII.-evf.-2003.-december-Antikvitas-az-ezredfordulon/Ezer-uton-egyfele-gyogyitas-a-klasszikus-okorban>. 2015.

kizárólagosan orvosokat képző intézmény Kr. u. 222-234 között létesült, és Alexander Severus nevéhez fűződik. A II. századig a képzés filozófiai magániskolákban folyt, vagy egy-egy mester oktatott magántanítványokat. A hadseregben, illetve a gladiátoriskolákban jelent meg először az egészségügyi tisztségviselő orvos intézménye, továbbá a hadseregnek köszönhető az egészségügyi üdültetés és a szűrővizsgálatok. A római kórházak sajátos funkciót töltek be, elsősorban az egészségesek védelmét szolgálták, és nem a betegek gyógyulását. A kórházak elsődleges feladatai közé tartozott a betegek elkülönítése. Celsus által emlegetett valetudinariumok inkább a mai honvédség gyengélkedőire emlékeztettek, mint valódi kórházakra, valódi orvosok ezekben nem dolgoztak. A kezeléseket kezdetben a pater familias végezte, későbbiekben pedig a segédszemélyzet – többségében rabszolgák – végezte a betegek ápolását. A mai kórházak ősei a késő császárkorban, azaz Kr. u. III-V. században jelentek meg. Róma számos olyan intézményt hozott létre, amely utóbb az orvosi oktatás, az orvosi rend és az egészségügyi szervezetek kialakulása szempontjából igen fontosnak bizonyultak. A görögök orvosi tudománya pedig lehetőséget adott a fejlődésre és a továbbélésre egyaránt.¹⁴

Az Kr. u. IV. században történt meg a kereszténység államvallássá emelése, mely döntő hatással volt az orvostudományokra, mivel eddig a korig az orvostudomány nagy központjainak Alexandria, Róma, Athén számítottak, melyek így egyértelműen pogány befolyás alatt állottak. Az újfajta, keresztény orvosi irodalom azonban csak az V. századra vált egyeduralmúvá. Az ókori orvostudomány szellemi központja az i. e. II. század óta Alexandria volt. Az ott működő orvosi iskolák elsősorban nem közvetlenül a hippokratikus hagyományt követték, hanem ennek összegzőjét, és Galénoszt tartották főtékintélynek. A VII. század elején élt Theophilosz Protoszpatriosz, több olyan, galénikus traktátust írt, amely a középkor folyamán végig olvasott maradt, vizelet-, pulzus- és láztana minden hasonló tárgyú későbbi munkán nyomot hagyott.¹⁵

A kereszténység új filozófiája: a könyörületeség, a felebaráti szeretetről szóló tan és a segítségnyújtás – mint erkölcsi kötelesség – lényeges változásokat hozott az orvostudományban, azonban Hippokratész és Galénosz eltorzított tanai, valamint az emberek ismereteinek hiánya hátráltatták a segítségnyújtás fejlődését. A kereszties hadjáratok során jelentős veszteség érte a haderőket, a bajbajutottak megsegítésére már szervezettebb formában

¹⁴ PÁPAI T.: *Az egészségügyi tisztek és altisztek katona-egészségügyi ismeretei, kompetenciái, azok fejlesztésének lehetőségei.* – In. PhD értekezés. DOI azonosító: 10.17625/NKE.2014.038, 2013.

¹⁵ Dr. BENKE József: *Az orvostudomány története.* – Budapest: Medicina Könyvkiadó, 2009.

külön erre a célra kiképzett lovagokat vetettek be. Az első ilyen szanitécképző kolostor, ahol lovagokat képeztek a harctéri sérültek ellátására, a Johanniták által 967-ben alapított Bernát-hegyi kolostor volt. A keresztes hadjáratok eredményeként létrejött szerzetesrendek, hadi ápolórendek és lovagrendek biztosították a sebesült-ellátást a Szentföld felszabadításáért harcolóknak.

A középkor első jelentős egészségügyi intézménye a Nápoly közelében lévő salernói iskola volt. A Bolognai Egyetem Jogi és Orvostudományi Kara szintén híres volt a XIII. században. Borgognoni Ugo és Teodorico nevéhez fűződik a sebészet orvosi szintre emelése. Ők használták a gennyes sebekre alkoholos lemosást, valamint a műtéti fájdalmak csillapítására bódító szivacsot alkalmaztak. Guglielmo da Saliceto a sebészi műtéttant fejlesztette tovább.¹⁶

1470-ben már angol és francia területen is létesült katonai-egészségügyi szervezet, Kopasz Károly és IV. Eduárd uralkodása idején. A szervezet tagjait orvosok, felcserek vagy más néven orvos segédek, illetve borbélyok alkották. Parré és Vesalius nevéhez köthető az érlekötés, sebkimetszés, amputáció módszereinek és további sebészeti beavatkozásoknak az alkalmazása, mely módszerek 1591-től a hadseregben is széles körben elterjedté váltak. A katonai sebészet számottevő fejlődésen ment keresztül, ezáltal megnőtt az igény arra, hogy a sebesültek szakszerű ellátása az ütközet helyéhez minél közelebb valósuljon meg. Az abszolút monarchiák idején egységes katonai-egészségügyi szervezet alakult ki, kezdetét vette a tábori ellátás. Több kísérlet után 1591-ben napvilágot látott az első egységes katonai- orvosi doktrína.¹⁷

Napóleon fősebésze, a harctéri sebkezelésre és végtag amputációra specializálódott Dominique Jean Larrey speciális századokat alakított ki, amelyek elsősorban segítségnyújtásra és a harcterről lovas kocsival történő sebesültszállításra szakosodtak. Ezeket a mobil egységeket három sebészorvos és egy ápoló látta el, akik kötszereket és hordágyakat cipeltek magukkal. Larrey létrehozott egy kategorikus osztályozási rendszert, a „triage-t”, ami figyelembe vette a szerzett sérülések súlyosságát, függetlenül a sebesült rangjától, nemzetiségétől. A sérült prioritásának megállapítása után 15 percen belüli ellátást vezetett be. Előírta, hogy a sebesülteket 24 órán belül tábori kórházba kell szállítani. Ő dolgozta ki a

¹⁶ BENEDEK I.: *Fejezetek az orvoslás középkori történetéből.* – In. http://www.orvostortenet.hu/tankonyvek/tk-05/pdf/2.3.4.2/benedek_istvan_kozepkori_orvoslas.pdf. 2015.

¹⁷ MARSJ, Z., Dr. MÁRTAI, I.: *Az ösztönöktől a tudományig. Az elsősegélynyújtás története.* – In. http://www.hazipatika.com/eletmod/veszelyben/cikkek/az_ostonoktol_a_tudomanyig/20081209173114, 2010.

császár hadseregének azt a közigazgatási koncepciót, amiben már szervezett, jól képzett katonai mentőkre van szükség a hadszíntéren. A modern harcászatban pedig a mobil katonai kórházak szintjén jelent meg az életműve.¹⁸

Nyikolaj Ivanovics Pirogov az orosz hadsereg egészségügyi főnöke tovább fejlesztette a harctéri sebesült ellátás rendszerét. A krími háborúban (1845-1855) kidolgozta a tömeges sérült ellátás algoritmusát. A hatékony sérült ellátás biztosításához önkéntes ápolókat alkalmazott. Szilárd alapokra helyezte a tábori sebészetet és új eljárást fejlesztett ki a végtag amputációkra, elsők között alkalmazta a hordágyat, a keményítő-s rögzítőkötetést, valamint a gipszet, melyhez gipszelő asztalt is készített. Felismerte, hogy a szervezet fájdalomra adott reakciója idegi eredetű, fontos megállapításokat közölt a traumás sokkról, valamint javasolta kloroform helyett az éter alkalmazását. Kiemelkedő eredményeinek köszönhetően a XIX. században megjelentek a sérültek tömeges ellátásának alapelvei.¹⁹

Az ipari forradalom idején, a termelés és a kereskedelem felgyorsulása miatt végbement az egészségügyi ellátás és a mentésügy átszervezése. A XIX. század végére az orvostudomány ugrásszerű fejlődése következett be: megjelent a közegészségtan és járványtan, Pasteur és Koch bakteriológiai munkája által számos kórokozó vált ismertté, melyek biológiai fegyverként való alkalmazása még napjainkban is kihívást jelent a katonaegészségügy számára. A sebészetben elterjedt a gumikesztyű használata, megtörtént a röntgensugár és a radioaktivitás felfedezése, helyi és lumbális érzéstelenítés bevezetése, valamint endoszkópos diagnosztikai módszerek is megjelentek.¹⁴

A katonaegészségügyi szolgálat a folyamatos sérült ellátás kivitelezésére és a tömeges sérült-ellátási képesség fejlesztésére fókuszált. Az orvostudomány jelentős specializálódásának köszönhetően kialakultak a sérülés típusa szerinti szakosított orvosi ellátás területei, több tábori kórházban mozgó szakorvosi csoportokat hoztak létre. Az I. világháború katonaegészségügyi tapasztalatai alapján került kidolgozásra a több szakaszban megvalósuló gyógykezelés elmélet, melynek értelmében a már korábban bevezetett kiürítési szakaszokon a sérült eltérő egészségügyi ellátásban részesül, és az egyes állomásokon egyre magasabb fokú kezelés valósul meg.

A II. világháborús haditechnika fejlődésének következményeként a hátszágot is érik támadások, melynek következtében elsőként működnek együtt szorosan a katonai és polgári

¹⁸ MARCHAND, Louis-Joseph.: *Portraits de Médecins. Chirurgien militaire français, baron d'Empire.* - In: http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/larrey_dj.html, 2003.

¹⁹ FARÁDI L.: *Az egészségügyi szolgálat fejlődése II.* - In: Honvédorvos, 1965. XVII. évf. - p. 307-314.
24. oldal

egészségügyi szolgálatok. Az orvostudomány további fejlődése lehetővé tette a katonák több típusú védőoltással történő ellátását, valamint az egész hadseregre kiterjedő fertőtlenítési eljárás megtervezését. A II. világháborúban a harctéren szolgálatot ellátó brit ápolók ideiglenes vérzéscsillapítás, fertőzés elleni védelem és fájdalomcsillapítás céljából a vérző sebszéleket pillanatragasztóval egyesítették. Előrelépés történt a „shock” megelőzése és kezelése terén, melyben fontos szerepet kapott a vérátömlesztés művelete, friss vér helyettesítése konzervált vérrel, valamint plazmapótszerek bevezetése. A katona-egészségügyi ellátás már tudományos színvonalat ért el, komplex egészségügyi biztosítási tervet dolgoztak ki a várható sérültek ellátásával és az egész folyamattal kapcsolatban.

1949. április 4-én tíz nyugat-európai ország, valamint az Egyesült Államok és Kanada aláírja a NATO (North Atlantic Treaty Organisation) alapelveit és célkitűzéseit tartalmazó 14 cikkelyből álló washingtoni szerződést. A NATO, mint védelmi erő meghatározó egysége lesz a katona-egészségügy fejlődésének, tevékenységeinek és feladatrendszerének. Az ezt követő háborúk minőségében és néhány doktrinális kérdésben jelentettek változást az egészségügyi biztosításban, amely mára, mint harctámogató elem a harc sikeres megvívásának tényezője. A hidegháborúban a nemzeti képességek, az azt követő békefenntartó illetve megtartó műveletekben a többnemzetiség, míg 2014 a legújabb kori krími háború óta eltelt időszak, -napjainkban is- a polgári és katona-egészségügyi együttműködés fontossága jelennek meg az egészségügyi biztosítás történetében, fejlődésében. Az egészségügy fontosságát jelzi, hogy 2015-ben megalakításra került a NATO Katona-egészségügyi Kiválósági Központ, mely legfontosabb feladata, hogy a NATO egészségügyi műveleti követelményeit a szakterület keretein belül oktatási és képzési megoldásokba ültesse át. A Kiválósági Központ közreműködésével 2019-ben kidolgozásra került a NATO szövetségesek közös összhaderőnemi doktrínájának legújabb verziója az orvosi támogatásról (AJP-4.10).

1.2 MAGYAR VONATKOZÁSOK A KATONAORVOSLÁS TÖRTÉNETÉBEN

A hazai katona-egészségügy a nemzetközivel párhuzamosan, azonban esetenként eltérő dinamikával fejlődött. A mozgatórugók itt is a háborúk és a fegyveres konfliktusok voltak.

Hazai viszonylatban elsőként Mátyás király hozott létre szervezett hadegészségügyi rendszert, az ország védelmét szolgáló haderő reformjának eredményeként. A „királyi kórház” felállításával megszervezte az egészségügyi ellátást is, melyet a nép védelmezőire is kiterjesztett. Budán egy 40.000 diákra számoló egyetem építési terveit készítette el, melyek jelentős hasonlóságot mutattak a római castrumokéval és a bennük lévő egészségügyi rész elhelyezkedésével, így valószínűsíthető, hogy valójában a hadsereg központi gyűjtőhelyének szánták ezt az épületet.²⁰

A török hódoltság ideje alatt a kolostor kórházakat felszámolták és a törökök saját betegek részére külön kórházakat emeltek a jelentősebb katonai erődökben. Az első katonai ragálykórházat 1527-ben Fáber János vezette a budai várfalak alatt. A Budát visszafoglaló seregek 1686-ban a Margitszigeti kapucinus zárdában katonai kórházat létesítettek, majd ezt 1688-ban áthelyezték Pestre. 1696-ban Buda visszavétele után katonai kórházat létesítettek a budai Főutca és Királyhegy utca sarkán. 1728-ban az egri schola medicinalisban megindult a hazai orvoscépzés, melynek eredményeként lassan fejlődni kezdett az országosan összesített ágyszám. A polgári kórházakon túl a Habsburg monarchia alakulatainak közel 40 helyen voltak gyengélkedői, melyek felszerelését a csapatok általában magukkal vitték egy-egy területfeladást követően. II. József tábori kórházat (Jozefinárium) alapított a Soroksári úton, azonban ebben a korban Magyarország egészségügyi és kórházi ellátása messze elmaradt az európai országokhoz viszonyítva.¹⁴

A magyar szabadságharc idején szükségessé vált az egészségügyi ellátás és a kórházhálózat újjászervezése, melyet már Flór Ferenc tisztifőorvos irányított. Szervező munkájának eredményeként bevezette a több szakaszos egészségügyi ellátást és szorgalmazta több kis létszámú hadikórház felállítását. A hadikórházak vezetésére a helyi sajátosságokat és lehetőségeket jól ismerő polgári orvosokat jelöltek ki, katonáorvos csak a nagy kórházak élére került. A honvédorvosok a honvédség teljes bizalmát élvező tiszttek voltak, akik a kor szakmaiságának megfelelő ismeretekkel rendelkeztek. Balassa János, az orvosi kar igazgatója a szabadságharc ideje alatt a honvédkórház igazgatójaként tevékenykedett. Újraindította a megszakadt hadorvosi és kórápolói képzést, valamint ő terjesztette el az étterrel való altatást Magyarországon, holott két évvel előbb végezték csak el Londonban az első altatásos műtétet.

²⁰ BIRTALAN Gy.: *A modern hadegészségügyi szervezet kialakulásának kezdete külföldön és hazánkban.* – In. Katonaorvosi szemle, 1954. VI. évfolyam. - p. 691-701

²¹ A szabadságharc egészségügyi tapasztalatainak nyomai a XXI. századi hadviselés egészségügyi szervezésében is megtalálhatók. ²¹

A kiegyezés után Grósz Lipót mérte fel a hazai betegellátás helyzetét és számba vette a magyarországi kórházakat. A hazai egészségügy helyzetét az 1876. évi XIV. törvénycikk szabályozta, mely a II. világháború végéig érvényben maradt. 1899-ben nyílt meg a mai Honvédkórház területén a 16. helyőrségi kórház, mely a jelenlegi Honvédkórház jogelődje és először Pesten az Orczy út és Üllői út sarkán működött. A kórház egészségügyi anyagraktárral, gyógyszer-és kötszerosztállyal is rendelkezett, így a kor és az ország legmodernebb egészségügyi intézménye lett. Az orvosok mellett tisztek, tisztiszolgák és legénységi állomány tartozott az intézmény alkalmazottai közé. ¹⁴

A katona-egészségügyi ellátás szervezését, irányítását, a harctéri sebesültek ellátását és a katona-egészségügy tudományos tevékenységeinek koordinálását 1914 novemberétől a Honvédkórház végezte. Az I. világháború harctereiről hazaáramló sérültek számának jelentős emelkedése a kórházi kapacitás barakkokkal történő bővítését, bakteriológiai és röntgen laboratórium kialakítását eredményezte. A nagy forgalmú kórházban külön orvosi segédszemélyzet működött, a betegápolást 60 egészségügyi katonaápoló, 12 Szent Vince rendbeli nővér és 14 civil ápolónő végezte. A Honvédkórházban 1936-tól a napi tevékenységen túl egyre nagyobb hangsúlyt fektettek a II. világháborúra történő felkészülésre.

A II. világháború alatt a gyakran 1500 főt meghaladó, jelentős sebesült létszámhoz emeletes ágyak alkalmazásával, és a stabil állapotú betegek más fővárosi kórházakba történő továbbirányításával alkalmazkodott a kórház. A magyar betegeken túl szovjet, amerikai, angol, francia és lengyel katonákat is gyógyítottak a kórházban. Az 1944-es, fővárost ért bombatámadás miatt a kórház épülete is jelentősen megrongálódott, és mint „Svéd Vöröskeresztes kórház” működött tovább. A helyreállítás után 1945. június 2-án alakult meg és kezdte el működését a 1. sz. Honvéd Helyőrségi Kórház, mely az évek során a Néphadsereg egészségügyi bázisintézete lett. 1948-ban történt meg a Néphadsereg újraszervezése, ezzel párhuzamosan pedig az egészségügyi szolgálat megszervezése is. Megalakult az Egészségügyi Csoportfőnökség, melynek első vezetője Dr. Merényi Gusztáv orvos vezérőrnagy volt, akit 1950-ben koncepció per áldozataként kivégeztek. 1950-ben megnyitott a VII. kerület Gorkij fasor 9 szám alatt a Honvéd Rendelőintézet, 1951-ben megalakult az Idegsebészeti Osztály, és megkezdte működését a Honvéd Vérellátó Intézet.

²¹ KAZAI A.: *A szabadságharc orvosai*. - In: http://www.medicalonline.hu/kitekinto/cikk/a_szabadsagharc_orvosai, 2011.

1952-ben megalakult a Baleseti Sebészeti Osztály Dr. Diner Ottó vezetésével. 1953-ban megtörtént a katona-egészségügyi intézmények megnyitása a civil betegek előtt: a Honvédkórházban már az ágyak 30 %-án polgári betegek kezelése is folyt.^{22 23}

Az 1956-os forradalom az ország egészségügyi ellátórendszerén túl a Magyar Néphadsereg egészségügyi rendszerére is hatással volt, ugyanis a csapatorvosok száma jelentősen csökkent. Ennek kompenzálására a hadsereg társadalmi ösztöndíj rendszert vezetett be, valamint a kórház katona orvosai kidolgozták az új kompletteket és a csapatorvosi hiány miatt tartós vezénlyéssel erősítették a csapat-egészségügyi szolgálatot.²⁴

A mindennapi gyógyító tevékenysége mellett a kórház folyamatosan követte a tudományos fejlesztéseket, ami új diagnosztikai, terápiás módszerek alkalmazásához szükséges technikai eszközök és infrastruktúrák biztosításához vezetett. Üzembe helyezték az új CT készüléket, majd korszerű ultrahang és laparoszkópos technika került bevezetésre, a csapategészségügy területén pedig 1980-tól műtő-, labor-, epidemiológiai konténert, fertőtlenítő eszközöket és korszerű sebesültszállító és kötöző járműveket rendszeresítettek.²⁵

1986-ban vette kezdetét a hadsereg átalakítása, azonban a honvédegségügy működésére, struktúrájának változására az 1989-ben történt rendszerváltás volt kihatással, melynek eredményeként a haderő létszáma 1/5-ére, az egészségügyi szolgálat létszáma pedig 1/3-ára redukálódott. Több intézetet megszüntettek, integráltak, és új intézetek alakultak. Hazánk 1999-es NATO-hoz történő csatlakozása jelentős változásokat indított el a Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálatának rendszerében is. Kiemelt feladatként jelentkezett a külföldi szerepvállalás különböző katonai missziókban.²⁶ A magyar katonaorvosok ez idő alatt a legmagasabb szintű NATO beosztásokban hasznosították tapasztalataikat, és ennek eredményeként, elismeréseként 2009-ben Budapesten alakult meg a NATO Katona-egészségügyi Kiválósági Központja. Jelentős történelmi esemény az évtizedek óta vajúdo Honvédkórház rekonstrukció befejezése 2007-ben amivel egyidőben a különböző tárcák alá tartozó egészségügyi intézményeket (Honvéd, Rendészeti és Vasútegészségügyi Központ, a Központi Honvédkórház, a MÁV-Kórház, a BM Kórház és az Országos Gyógyintézeti Központ), egy szervezetbe létrejött a Honvédelmi Minisztérium Állami Egészségügyi

²² VITÁL A.: *A szabadságharc orvosa.* – In. <http://uj szo.com/vasarnap/kultura/2014/03/14/a-szabadsagharc-orvosai>, 2014.

²³ TURCSÁN A.: *Gyógyításra esküdtünk.* - 2012. - ISBN 2399998735710

²⁴ Dr. FARÁDI L.: *Diagnózis az életéről,* - Bp.: Gondolat kiadó, 1983.

²⁵ PÁCSERNÉ B.J. Dr. KATONA A.: *Magyar Honvédség Központi Honvédkórház Centenárium 1899-1999.* - Honvéd Vezérkar Egészségügyi Csoportfőnökség kiadványa, 1999.

²⁶ KOVÁCS A.: *Csapatgyógyományok, Gyógyítás és megelőzés.* - Bp.: Zrínyi Kiadó, 2010.

Központba (ÁEK) vonták össze. ~~mi~~ A vele párhuzamosan működő Magyar Honvédség Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ (MH HEK) is kialakításra került, mint a Honvéd Vezérkar egészségügyi intézete, mely jelentős kihívást jelentett a magyar katonáorvosi közösségnek. 2011-ben az Állami Egészségügyi Központ és a Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ megszűnt, és helyettük egyetlen intézmény lépett életbe, átmenetileg MH Honvédkórház néven. 2013 februárjától ez az intézmény a Magyar Honvédség Egészségügyi Központ néven működött tovább. Az MH Egészségügyi Központ (MH EK) országszerte 8 telephellyel rendelkezik. Mint hadrendi elem, az MH EK teljes körű katonai egészségügyi szolgáltatást nyújt, amely magában foglalja a prevenciótól a sürgősségi ellátáson át a rehabilitációig és a krónikus betegellátásig terjedő tevékenységeket. A Honvédkórház, amely az intézmény része, területi és igényjogosulti alapon szolgálta ki Magyarország felnőtt lakosságának mintegy harmadát. Az MH EK a magyarországi egészségügyi felsőoktatási intézmény gyakorló kórháza is, és a Semmelweis Egyetem oktató kórházaként működött. A sorozatos átalakítások egy új kormányrendelet hatására 2023-ban tovább folytatódtak, mely értelmében az MH EK gyógyító részlegei kikerülnek a Magyar Honvédség alárendeltségéből és önálló, új egészségügyi intézményként folytatják tevékenységüket az Észak-Pesti Centrumkórház - Honvédkórház néven, amit szervezet tevékenységét a belügyminiszter, mint a Kormány egészségügyért felelős tagja irányítja. A katonai egészségügyi feladatokat a Magyar Honvédség részeként tovább működő, megcsonkított Magyar Honvédség Egészségügyi Központja látja el.²⁷

RÉSZKÖVETKEZTETÉSEK.

A katonáorvoslás a többi egészségügyi szakmai specialitással szemben nem evidencia, hanem tapasztalat bázisú. Ennek következtében óriási jelentősége és súlya van a rég múlt elemzésének és az egyetemes orvoslás fejlődését és megújulását jelentő történelmi események felelevenítésének. Mindez erősíti azt a tényt, hogy a katonáorvosok évezredes múltra visszatekinthető munkája elévülhetetlen érdemeket szerzett az orvostudomány fejlődésében. A különböző újabb és újabb fegyverfajták megjelenése egyre különlegesebb és nehezebben ellátható sérülés formákat idéztek elő. A tömegesen keletkező sérültek ellátása óriási kihívást jelentett.

²⁷ WIKIPEDIA: *MH Egészségügyi Központ*. – In:

https://hu.wikipedia.org/wiki/MH_Eg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgyi_K%C3%B6zpont, 2024

Kiemelkedő jelentőségű a katonaeorvoslás és a sürgősségi ellátás alapvetéseit jelentő 3T szabály kialakulásának története. Napóleon fősebésze, a harctéri sebkezelésre és végtag amputációra specializálódott Dominique Jean Larrey speciális századokat (repülő lazarett) alakított ki, amelyek elsősorban segítségnyújtásra és a harcterről lovas kocsival történő sebesültszállításra szakosodtak. Ezeket a mobil egységeket három sebészorvos és egy ápoló látta el, akik kötszereket és hordágyakat cipeltek magukkal. Larrey létrehozott egy kategorikus osztályozási rendszert, ami figyelembe vette a szerzett sérülések súlyosságát, függetlenül a sebesült rangjától, nemzetiségétől. Ez volt az ellátás ("Treatment") és a kiürítés ("Transport") egysége. Az osztályozás tökéletesítésének, a harmadik "T" ("Triage") megszületésének feladata Pirogovra hárult. Nyikolaj Ivanovics Pirogov az orosz hadsereg egészségügyi főnöke tovább fejlesztette a harctéri sebesült ellátás rendszerét. A krími háborúban (1845-1855) kidolgozta a tömeges sérült ellátás algoritmusát. A hatékony sérült ellátás biztosításához önkéntes ápolókat alkalmazott. Szilárd alapokra helyezte a tábori sebészetet és új eljárást fejlesztett ki a végtag amputációkra, elsőik között alkalmazta a hordágyat, a keményítő-s rögzítőkötést, valamint a gipszet, melyhez gipszelő asztalt is készített. Felismerte, hogy a szervezet fájdalomra adott reakciója idegi eredetű, fontos megállapításokat közölt a traumás sokkról, valamint javasolta kloroform helyett az éter alkalmazását. Kiemelkedő eredményeinek köszönhetően a XIX. században megjelentek a sérültek tömeges ellátásának alapelvei.

A XIX. század második felében lezajlott ipari forradalom technikai újdonságai az I. Világháborúban kerültek kipróbálásra, (motorizált ambulancia, légi kiürítés) míg a két Világháború közötti időszak orvostudományi felfedezéseit a II. Világháborúban alkalmazták (antibiotikum, folyadékpótló szerek, pszichomimetikumok, altatógépek, stb.) nem kevés sikerrel. Az első Öbölháborúig a "Hidegháború idejében a "Szakaszos gyógykezeléssel egybekötött rendeltetészerű kiürítés" elvét alkalmazzák több-kevesebb sikerrel. Az első Öbölháború új megvilágításba helyezi a katona-egészségügyet. A kiképzett katona érték, életének megvédése a legfontosabb feladat. A szolgálat jelentősen felértékelődött, a harc megvívása sikerének elengedhetetlen része, az adott haderő morális tényezője lett.

A világrendszerek felbomlásának első látható jele a haderők leszerzése volt. Előszórával a katona-egészségügyhöz nyúltak legelőször. A különböző ezt követő békefenntartó, -megtartó, illetve -kikényszerítő műveletek már egy képességorientált egészségügyet igényeltek, melyre az egészségügy meglepő gyorsasággal reagált. A terror

elleni háborúk új ellátási eljárást a “Taktikai medicinát” szülték meg. Ekkor válik érzékelhetővé a mindenhol jelenlévő katonai orvosi hiány, melyre akkor akutan a multinacionális egészségügyi erők jelentették megoldást. Napjaink konfliktusaiban a”Civil-Katonai együttműködés” megvalósulásának a hatékonysága a döntő.

Hazánk 1999-es NATO-hoz történő csatlakozása jelentős változásokat indított el a Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálatának rendszerében is. Kiemelt feladatként jelentkezett a külföldi szerepvállalás különböző katonai missziókban, melyek mindegyikében mindenütt elismert sikereket értünk el. Ennek ellenére a hazai katonai egészségügy átalakításai, -elsősorban összevonásai- folyamatosan, hol akarva, hol akaratlanul csökkentették a katonai orvosok létszámát.

II.

A KATONAORVOSLÁS SAJÁTOSSÁGAI ÉS JELLEGZETESSÉGEI

A katonakorvoslás sajátosságai adják a pálya vonzerejét és egyben szerepet játszanak a leszerelés okában is, ugyanis a katonai és orvos-tudomány kényszerű és szükségszerű kombinációját jelenti. Ez egyrészt megnyilvánul abban, hogy a szakma kezdetén két esküt kell tenniük, és munkájukat katonatisztként, a katonai szemlélet és intézmény és feltétel és szabályrendszer keretében kell teljesíteniük, ami egyrészt szakmai kihívást és érdekességet, másrészt stresszt és konfliktust okozhat a későbbiekben, főleg ha a morál, szakma és a felelősség hármasa sérül.

Maga, mint tudományág több évezres múltra tekint vissza, hiszen a római légiók óta létezik szervezett katonakorvosi ellátás. Fontosságát jelzi, hogy a XX. század elejétől önálló diszciplína lett, és napjainkban magába foglalja a honvéd-katasztrófa és rendvédelem-orvostan sajátosságait is. Fő feladata a haderő egészségügyi támogatása mind béke (nem harci tevékenységének) időben, mind különleges jogrend időszakai alatt, illetve katasztrófa helyzetekben. Magában foglalja továbbá az egészségügyi alapellátást, a járó- és fekvőbeteg szakellátást, a rehabilitációt, a béketevékenységek egészségügyi biztosítását, a nem háborús tevékenységek egészségügyi biztosítását, a háborús cselekmények egészségügyi biztosítását, valamint a katasztrófák egészségügyi felszámolásában való közreműködést, továbbá oktatási, képzési, kiképzési, kutatási, fejlesztési, és ön és kölcsönös elsősegély-nyújtási, foglalkozás-egészségügyi ellátási, közegészségügyi-járványügyi biztosítási feladatokat. A közvetlen egészségügyi ellátást a csapat-egészségügyi szolgálat, valamint a hadműveleti területen telepített, vagy az ott elhelyezett úgynevezett ROLE I-III illetve általában a honi Role-IV létesítmények látják el.²⁸

A telepített harctéri egészségügyi ellátó szinteket az alábbi feladatokat látják el:

- Role I – egyes ellátási szintű segélyhely, mely feladatai közé tartozik a kiürítés, osztályozás, szakosított elsősegély, újraélesztés, állapot stabilizálás, és az elsődleges ellátás biztosítás.

²⁸ Magyar Honvédség: *Összhaderőnemi egészségügyi doktrína*. p. 14-15, 2013.

- Role II – kettes ellátási szintű segélyhely, köztes ellátási szintnek számít, aminek a fekvő kapacitása korlátozott. Ide fogászati, pszichiátriai, pszichológiai és belgyógyászati és sebészeti egészségügyi ellátás tartozik. Feladatai továbbá a magasabb szintű újraélesztés, sokk terápia.
- Role III – hármas ellátási szintű segélyhely, mely a haderőnemi parancsnokság, valamint a hadszíntéri parancsnokság egészségügyi biztosítását végzi. Feladatai közé tartoznak a különböző speciális szakorvosi elsősegély nyújtása. A feladatokat az egészségügyi megerősítő csoportok támogatják.
- Role IV – négyes ellátási szintű segélyhely, központi tagozatban az egészségügyi intézetek szakosított szakorvosi ellátást és rehabilitációt is végeznek.²⁹

A MEDEVAC az egészségügyi kiürítést foglalja magába, mely történhet szárazföldön, vízen és levegőben. A sérültek, sebesültek kiürítése az egészségügyi biztosítás alapvető része, ami nem csak sérültek megfelelő egészségügyi intézménybe való szállítását jelenti, hanem azok gyógykezelése és ellátása is a folyamat része.³⁰

A XXI századi katonáorvoslásban jelentős technikai fejlesztések is szerepet kapnak. A robot-technikai alkalmazások használata és a telemedicina begyűrzése a katonáorvoslásba helyettesítheti az emberi munkaerőt, ezáltal kompenzálhatja az orvoshiányt. Már most is látunk példákat arra, hogy a technika hogyan vesz át egyre több feladatkört az egészségügyben és a katonaságnál, ami a jövőben valószínűleg még kifejezettebbé fog válni.

A haderőknél már a légi, vízi és szárazföldi egységeknél is megjelentek a robotok, melynek alapvető célja, hogy helyettesítsék az „emberi tényezőt”. A jellemzőbb alkalmazási területek közé tartozik a terület megfigyelés, célkoordináták megadása, veszteségekről való idejű tájékoztatásadás, nyomon követés, robbanótestek felderítése – megsemmisítése, célpont megsemmisítés.³¹ Az anyagellátás központi raktárból történhet számítógépes irányítás mellett és a megfelelő program egy bizonyos anyagfelhasználás után automatikusan értesítést és rendelést küld a beszállítónak. Bevezethető a Da Vinci műtéti robot módszer, ahol minimálisan invazív módszerrel elektronikus, akár műholdas távirányítással és megfelelő műtő asszisztencia segítségével operál a robot. A műtétet végző specialista másik városból,

²⁹MEDVECZKI Z.: *Fej-nyak sebészeti ellátás minősített helyzetben.* – In. Hadmérnök: http://hadmernok.hu/archivum/2006/1/2006_1_medveczki.html, 2006.

³⁰NAGY J., OROSZ Z.: *MI-8/MI-17 szállítóhelikopterek alkalmazása a magyar légierőben.* – In. Repüléstudomány: http://www.repulestudomany.hu/kulonszamok/2005_cikkek/nagy_janos_oros_zoltan.pdf, 2005.

³¹GÁCSEK Z.: *Robotok a katonák szolgálatában* - In. http://uni-nke.hu/downloads/bsz/bszemle2008/4/01_Gacsek_Zoltan.pdf, 2008.

akár külföldről is irányíthatja a robot működését, így akár egy központból több orvos különböző nagy kórházakban telepített robotot is irányíthat és nem szükséges sok orvos jelenléte a hadszíntéren.³² A fogászati beavatkozásokat orvosi részvétel nélkül, csupán robottechnika alkalmazásával képesek végrehajtani.³³

A drónok, illetve vezető nélküli járművek alkalmazásának fő célja a személyi állomány veszteségek, valamint a katonai műveletek végrehajtásával járó kockázatok csökkentése. Általuk javítható a harcoló alakulatok helyzetfelmérése, támogatják a felderítést, célpontkiválasztást, fegyverek célba juttatását. Elképzelhető, hogy drónok szállítsák az orvosi eszközöket, a defibrillátort és a gyógyszereket a szükséges helyekre. Alkalmazásuk révén csökkenthetőek a járulékos veszteségek, mivel általuk a katonák élete nem kerül közvetlen veszélybe.³⁴

A telemedicina alkalmas a hiányszakmák egy részében a munkaerő jelenlétének kiváltására, ezáltal olyan helyeken is fenntartható az egészségügyi szolgáltatás, ahol szakember fizikai jelenléte nem biztosítható. Emellett alkalmas a minőség egységesítésére, konziliáris vagy második vélemény gyors beszerzésére és távmunkára is, azaz a magyar orvos úgy tud külföldön dolgozni, hogy ki se teszi a lábát az ajtón.³⁵

A mesterséges intelligencia, pontosabban a kognitív számítógépek egészségügyi felhasználása egy újabb példa az orvoshiány és az orvosi tévedések kiküszöbölésére. Bizonyos mély tanulós algoritmusokat használó rendszerek óriási adatbázisok felhasználásával pontosabb diagnózis felállítására képesek, mint az ember.

RÉSZKÖVETKEZTETÉSEK

A katona-orvostudomány a hadművelati művészet és az orvostudomány sok fontos szakterületéből született multi- és interdiszciplináris tudomány. Célja a különböző műveletek

³² ZARÁNDNÉ VÁMOSI K., NÁDASDI F., TOTH G.(2016) *Lehet-e javítani az egészségügyben zajló folyamatok hatékonyságán az értékelemzés módszerével.* - 2016. - ISBN 978-80-89691-33-3.

³³ YAN A.: *Chinese robot dentist is first to fit implants in patient's mouth without any human involvement.* – In. <http://www.scmp.com/news/china/article/2112197/chinese-robot-dentist-first-fit-implants-patients-mouth-without-any-human>, 2017.

³⁴ VARGA A. F.: *A drónok, mint a kockázatmentes hadviselés eszközei.* – In. *Hadtudományi Szemle*, 2013. 6. évf. 2. sz. – p. 44-58.

³⁵ KINCSES Gy.: *A humán erőforrás kérdés megoldási lehetőségei.* - In: Online: http://www.elitmed.hu/ilam/egeszsegpolitika/a_humaneroforras_kerdes_megoldasi_lehetosegei_7237/, 2017.

és speciális feladatok során az előerőben bekövetkező egészségügyi veszteségek minimalizálása, a bekövetkezett veszteség mielőbbi felszámolása. A katona-orvostudomány magába foglalja a prevenció, a gyógyítás-kiürítés, az egészségügyi logisztika, a kutatás, a tömegpusztító fegyverek elleni védelem és az egészségügy vezetésének, tervezésének és szervezésének a feladatait. Szokták mondani, hogy a „háborúk története az egészségügy fejlődésének és fejlesztésének története”, amiben az emberiség eddigi életében bőven volt rá alkalom. Igen sok eljárás és tudományos eredmény került a polgári egészségügyben alkalmazásra, de viszonyosság is volt, főleg az újkori háborúkban, az antibiotikumok, a vérpótló szerek vagy éppen sürgősségi ellátás hadszíntéri alkalmazásának esetében.¹

III.

A PÁLYAVÁLASZTÁS ÉS MOTIVÁCIÓS ÖSSZEFÜGGÉSEI

A foglalkozások megtartó ereje, a pályán tartás, a pályaelhagyás kérdésköre mind a nemzetközi, mind a hazai szakirodalomban alaposan körüljárt témának számít, habár kifejezetten a katonáorvosokra fókuszáló tanulmányok kevésbé jellemzők. Annyi bizonyosan leszögezhető, hogy e kérdések tárgyalásához jó kiindulási alapot jelentenek egyfelől a különböző motivációs elméletek, másfelől azok a kutatások, melyek a pályaválasztási motivációkat igyekeznek feltárni, márpedig ez utóbbi körben mind a katonákat, mind a katonáorvosokat fókuszba helyező felméréssel szép számmal találkozhatunk.

3.1. PÁLYAVÁLASZTÁS MOTIVÁCIÓS ELMÉLETEI

A motivációs elméletek az emberi cselekvés motívumait keresik. A motiváció direkt módon nem tárható fel, a megfigyelést pedig nehezíti az is, hogy egy multidimenzionális folyamatról van szó: magát a motiváció folyamatát és végkimenetelét számtalan tényező befolyásolja, így az egyén személyisége, képessége és készségei, mikro- és makrokörnyezete, szűkebb és tágabb lehetőségei. Az elméletek, attól függően, hogy a viselkedést kiváltó okokra vagy az adott viselkedés eredményeként végbemenő folyamatra fókuszálnak, kétfélek lehetnek: tartalom-elméletek vagy folyamat-elméletek.^{36, 37}

A tartalom-elméletek közül a legtöbbször hivatkozott MASLOW szükséglet-hierarchia modellje, mely szerint a motivációkat a szükségletek kielégítésére irányuló késztetés indukálja. Az egyes szükségletek (élettani szükségletek; a biztonság szükséglete; szeretet és valahová tartozás szükséglete; a megbecsültség szükséglete; önmegvalósítás) nem egyformán fontosak az egyén számára, szükségességük függvényében piramisformába rendezhetők: amíg

³⁶ PACZÁRI Attila: *Motivációs elméletek a gyakorlatban.* - In. Hadtudományi Szemle. 2017. X. évf. 1. sz. - p. 553–568.

³⁷ KISPÁL, VITAI Zs.: *Szervezeti viselkedés.* - 2013 - ISBN: 978-1-78273-830-5.

a hierarchia legalján található, alsóbbrendű szükségletek kielégítést nem nyernek, addig az egyén nem érez készletet a magasabb rendű szükségletek kielégítése iránt. ³⁸

MASLOW modellje széles körben ismert és elfogadott, ám nem számol azzal, hogy az egyének ennél egyszerűbben gondolkodnak, és nem minden esetben képesek különbséget tenni az egyes szükségletek között, cselekvéseik így nem feltétlenül magyarázhatók a piramismoddellel. Mások szerint éppenhogy nem az emberek gondolkodása, hanem Maslow modellje a túlzottan leegyszerűsítő: főként a magasabb-rendű szükségletek terén tapasztalható számottevő egyéni különbségek, leginkább azért, mert az önmegvalósítás mindenki számára mást jelent. ^{39,40}

A kéttényezős motivációs elméletét a munkával való elégedettség körében folytatott empirikus kutatások alapján dolgozta ki, és két meghatározó tényezőt azonosított: a motivátorok lényegében belső motivációs tényezők (ide sorolható többek között az elismertség, a karrierút, a munka érdekessége, a személyes fejlődés lehetősége). Az úgynevezett higiénias tényezők, a szűkebb és tágabb munkakörnyezettel kapcsolatos elvárásokat foglalják magukban, ideértve a fizikai tényezőket (például munkavégzés feltételei), a szervezeti sajátosságokat (munkahelyi hierarchia, javadalmazás stb.), valamint a társas környezetet (felettesekkel, munkatársakkal való viszony, munkahelyi státusz stb.). E külsődleges motivációs tényezők jellegzetessége, hogy hiányuk elégedetlenné teszi a munkavállalót, meglétük ugyanakkor, bár az egyértelmű elégedetlenséget megszünteti, nem vezet automatikusan elégedettséghez. ⁴¹

Fejlődéelmélet szerint a szükségletek három típusa különíthető el: a létezés az elemi fiziológiai szükségletek, valamint a fizikai biztonság iránti igény; a kapcsolat az egyén társas kapcsolatok iránti igényét fejezi ki, valamint azon vágyát, hogy a közösségen belül valamiféle státuszt tudjon kialakítani magának; végül a fejlődés a személyes fejlődés és kiteljesedés iránti szükségletet foglalja magában. A magasabb szintű szükséglet kielégítetlensége frusztrációt idéz elő, ilyenkor az egyén egy alacsonyabb szintre lép vissza, ez azonban nem

³⁸ NAVY, S. L.: *Theory of human motivation - Abraham Maslow*. – In. Science education in theory and practice. 2020. p. - 17–28.

³⁹ VARGAS-HERNANDEZ J. G., ARREOLA-ENRIQUE J. A.: *The motivation of collaborators in family micro companies: Cybercafé* – In. RAM. Revista de Administração Mackenzie, 2017. 18. évf. 6. sz. – p. 149-176.

⁴⁰ SOSTERIC M., RATKOVIC G.: *Eupsychian Theory: Reclaiming Maslow and Rejecting the Pyramid - The Seven Essential Needs*. – In. 2022. <https://doi.org/10.31234/osf.io/fswk9>

⁴¹ HERZBERG, F.: *One More Time: How Do You Motivate Employees?* – In. Harvard Business Review, 1968. 46. évf. 1. sz. – p. 53–62.

érvényes a fejlődési szükségletre, ha ugyanis ennek kielégítése akadályokba ütközik, úgy az adott szükséglet kielégítése még fontosabbá, még égetőbbé válik az egyén számára.⁴²

A kapcsolat–teljesítmény–hatalom elmélete szerint az alapszükségletek örökletesek, ellenben a tanult szükségletek (úgy mint kapcsolatmotiváció, teljesítménymotiváció, hatalmi motiváció) – miként az elnevezés is mutatja – tanulhatók és fejleszthetők.

A folyamat-elméletek jellemzően a tanulási folyamatot tekintik kiindulási alapnak. Az „*operáns kondicionálás*” (avagy megerősítés) elmélet lényege, hogy az élőlények (így az emberek) viselkedését csak akkor érthetjük meg, ha nemcsak a kiváltó okokat, de a következményeket is vizsgálat alá vetjük, a viselkedés ugyanis minden esetben a következménytől függ, nem pedig a kognitív folyamatoktól. Ez a munka világára vonatkoztatva azt jelenti, hogy a munkavállaló magatartása valójában azon múlik, hogy a munkáltató részéről milyen visszajelzés (pozitív vagy negatív megerősítés, büntetés) érkezik, vagy éppen elmarad a visszajelzés.^{43,44}

Más elmélet szintén a tanulásból kiindulva magyarázza az egyén cselekedeteit, hangsúlyozva a megfigyeléses tanulást, a kognitív sémák szerepét. A tanulási alapú motivációs elméletek közül kiemelendő Festinger nézetrendszere, melynek lényege szerint az egyén motivációja a kognitív-disszonancia révén magyarázható: abban az esetben, ha az egyén meggyőződése és a cselekedete fedésben van egymással, úgy nincs olyan tényező, mely további cselekvésre ösztönözne; ezzel ellentétben az egyensúlyi helyzet hiányából adódó disszonancia a belső konfliktus késlekedés nélküli feloldására ösztökéli az egyént.^{45,46,}

37

A célkitűzés-elmélet szerint nemcsak adekvát visszajelzésekre, hanem konkrét, reálisan elérhető, de ugyanakkor az egyén számára kihívást jelentő, egyúttal az egyén érdeklődésének megfelelő célok meghatározására is szükség van. Nem elég általánosságban jobb munkateljesítményre buzdítani a munkavállalót, az eredményességhez, egyúttal a

⁴² ALDFENDER C. P.: *An empirical test of a new theory of human needs* – In. *Organizational Behavior and Human Performance*. 1969. online:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/003050736990004X>

⁴³ SKINNER, B. F.: *The science of learning and the art of teaching* – In. *Harvard Educational Review*. 1954. 24. évf. 2. sz. - p. 86–97.

⁴⁴ FODOR L.: *Burrhus Frederic Skinner* - In. *Magiszter* 2010. 8. évf. 4. sz.

⁴⁵ BADURA, A.: *Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change* – In. *Psychological Review*. 1977. 84. évf. 2. szám. - p. 191–215

⁴⁶ FESTINGER, L.: *A Theory of Cognitive Dissonance*. – In. *Stanford University Press*. 1975.

dolgozói elégedettséghez elengedhetetlenek a meghatározott célkitűzések, a folyamatos kontroll és a visszacsatolás.^{47,48}

A méltányosság elméletének központi gondolata az, hogy az emberek alapvetően arra törekednek, hogy méltányosan viselkedjenek embertársaikkal való viszonyulásaikban, ugyanakkor ezt a méltányos hozzáállást maguk is elvárják másoktól. Ez magyarázza az egyén motivációját: cselekvéseit annak függvényében alakítja, hogy ezen elvárása mennyiben teljesül.⁴⁹

Az elvárás elmélete szerint az embereknek különféle céljaik vannak, motiválni azonban csak azokat lehet, akik konkrét elvárásokkal bírnak. A munkavállalók úgy viselkednek, hogy elvárásaik teljesüljenek, a munkáltatóknak ezért azonosítani tudniuk kell ezeket az elvárásokat (béremelés, szabadidő, előléptetés, erkölcsi elismerés stb.), az ígéreteiket teljesíteniük kell, és mindezt (tehát azt is, hogy az ígéretek teljesülni fognak) a munkavállalók tudomására szükséges hozniuk. Az elégedettség és a teljesítmény között fordított irányú kapcsolat van: kétségtelen, hogy az elégedett dolgozó az, aki jól teljesít, de ennél is fontosabb az, hogy a jól teljesítő dolgozó lesz csak elégedett.^{50,51}

A motivációs elméletek, legyen szó tartalom- vagy folyamatelméletről, miként azt a fentebbi, a teljesség igényét mellőző áttekintés alapján is látható, arra a kérdésre keresik a választ, hogy az ember, ha cselekszik, azt miért teszi. A motivációs elméletek jó kiindulási alapot jelentenek mind a pszichológiai, mind a menedzsment területére eső kutatásokhoz. Azt ugyanakkor nem szabad figyelmen kívül hagynunk, hogy az egyén „*munkamotivációs karaktere*” egy komplex, sok tényező által befolyásolt/meghatározott szocializációs folyamat eredményeként alakul ki, a munkavállaló elégedettsége pedig nemcsak a munkával való elégedettségtől függ, hanem az is jelentőséggel bír, hogy milyenek az egyéni tulajdonságai

⁴⁷ LOCKE, E.A.: *The Nature and Causes of Job Satisfaction*. - In: Dunnette, M.D., Ed., *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. 1. kötet. 1976.

⁴⁸ ROBBINS, S. P., JUDGE, T. A.: *Organizational Behaviour* - 2012. - ISBN-13: 978-0-13-283487-2.

⁴⁹ ADAMS, J. S.: *Toward an understanding of inequity* – In. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1963. 67. évf. p. 422–436.

⁵⁰ VROOM, V. H.: *Work and motivation*. – In. New York: Wiley, 1964. - p. 331.

⁵¹ LAWLER, E. E., PORTER, L. W.: *The Effect of Performance on Job Satisfaction*. – In. *Industrial Relations*. 1967. 7. évf. 1. sz. Online: <https://doi.org/10.1111/j.1468-232X.1967.tb01060.x>

(kora, egészségi állapota, ideológiai irányultsága stb.), általános életkörülményei (milyen a családi élete, lakhatási helyzete stb. ^{52,53,54,55}

3.2. PÁLYAORIENTÁCIÓS VIZSGÁLATOK

Vizsgálódásaim fókuszában a katonaeorvosi pályaelhagyás, illetve pályán maradás motivációinak széles spektrumú vizsgálata áll. Meggyőződésem, hogy e motívumok feltárásához nélkülözhetetlen annak – legalábbis érintőleges – tárgyalása, hogy milyen motívumok állhatnak a katonaeorvosi pályaeorientáció háttérében.

Az XX. század második felében került a oktatásszociológusok érdeklődésének homlokterébe annak vizsgálata, hogy mely tényezők határozzák meg legerőteljesebben a továbbtanulási döntéseket. Az amerikai szociológia ekkor az egyéni képességek és az intézményi-iskolai háttér szerepét találta meghatározónak, az európai irányzatok a társadalmi-gazdasági okokat, áttételesen tehát a családi háttér szerepét hangsúlyozták.

Raymond Boudon (1974) volt az, aki a közgazdaságtanban használatos ismérvek mentén a pályaválasztás elsődleges és másodlagos társadalmi meghatározottsága mellett érvelt. Elsődleges hatás alatt azt értette, hogy a nagyobb kulturális tőkével rendelkező családok, illetve az ilyen családokból érkező gyermekek igyekeznek olyan iskolát választani, amelyben feltételezésük szerint kamatoztatni tudják e kulturális előnyüket. A másodlagos hatás pedig abban nyilvánul meg, hogy a szülők és a gyermekek megtérülési számításokat végeznek, és a számukra elérhető (a gyermek tanulmányi eredményeinek, a család anyagi lehetőségeinek stb. megfelelő) továbbtanulási lehetőségek közül amellettt döntenek, amely esetében valószínűsíthető, hogy befektetéseik a legnagyobb hatásfokkal térülnek meg.⁵⁶

Minél több információval rendelkezik az egyén arról, hogy mire számíthat a továbbtanulásnál, annál inkább képes racionális érvek mentén döntést hozni; ha azonban

⁵² PERCZEL T.: *Motiváció, megelégedettség, beilleszkedés, fluktuáció.* - In. ELTE BTK Gazdaságpszichológiai Tanszék. 2003. <https://www.pszichoerdek.hu/Protokollok/Munkap/05.pdf>

⁵³ BEKE Mariann: *Motivációs elméletek elemzése, fókuszban az önmeghatározás elmélet.* – In. Gazdálkodás- és szervezéstudományi folyóirat. 2018. (10) 1. - p. 105-114

⁵⁴ BEKE Mariann: *A motiváció és tanulás kapcsolatának vizsgálata: fókuszban az önmeghatározás elmélet* - In. Pécsi Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Kar Gazdálkodástani Doktori Iskola. Doktori értekezés. Online: <https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/23465/benke-mariann-phd.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, 2018

⁵⁵ GYÖKÉR, I. – KRAJCSÁK, Z: *Az alkalmazotti elégedettséget és elkötelezettséget befolyásoló tényezők vizsgálata,* - In. *Vezetéstudomány*, 2009. XL. évf. Különszám.

⁵⁶ BOUDON, Raymond: *Education, Opportunity and Social Inequality* – In. *Changing Prospects in Western Society.* New York, Wiley, 1974.

információk hiányában nem tudja felmérni pályaválasztásának hosszú távú kimenetét, úgy felerősödnek a kulturális hatások, előtérbe kerülnek a szülői preferenciák. Ezek a hatások annál erőteljesebbek, minél hierarchizáltabb, minél rendesebb jellegű az adott társadalom, márpedig a mai Magyarországon kétségkívül ilyen irányú folyamatok zajlanak. Nem hagyható figyelmen kívül az sem, hogy az internet alapjaiban megváltoztatta az ismeretekhez való hozzájutás módját, ma már nem annyira a végzettségen, sokkal inkább a kapcsolati tőkén múlik, ki mennyire tud érvényesülni. A felsőfokú oktatási intézmények ezért nem feltétlenül az új ismeretek megszerzésének, sokkal inkább a kapcsolatrendszer, a társadalmi tőke építésének/fejlesztésének színterei.^{57,58}

3.3. AZ ORVOSI, A KATONAI, A KATONAORVOSI PÁLYAVÁLASZTÁS MOTIVÁCIÓI

A közvélekedés szerint az orvosi hivatás jellemzően családon belül hagyományozódik, de ezzel együtt is csak önzetlen, másokon segíteni akaró emberek lépnek erre a pályára, esetleg azok, akiket vonz a doktori címmel járó magas presztízs, a jól jövedelmező magánpraxis. Az 1980-as, majd a 2000-es években több felmérés is folyt Magyarországon, mely a civil orvosi pályaválasztás motivációit igyekezett feltárni, az eredmények alapvetően igazolták ezeket a sztereotípiákat, leginkább azonban a családi háttér meghatározó voltát, a mintakövető magatartást mutatták. Kutatási eredmények szerint az orvosok több mint fele már nagyon fiatalon, 13–14 éves korában elköteleződik e hivatás mellett, és arra középiskolás éveiben nagyon tudatosan készül. Az orvoslással kapcsolatosan kialakult idealizált kép azonban meglepően gyorsan, már az első–második egyetemi évben darabjaira hullik: az irreálisan soknak tetsző tanulnivaló, a magas elvárások, a gyógyító tevékenység mindennapi kihívásaival való szembesülés hatására sok medikusban már ekkor megfogalmazódik a pályaelhagyás gondolata.^{59, 60, 61, 62}

⁵⁷ LANNERT Judit: *Pályaválasztási aspirációk. (A 13 és 17 évesek továbbtanulási aspirációi mögött munkáló tényezők három kistérségben)*. – In. Doktori értekezés. Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem Szociológia Ph.D. program. 2004. – p. 45–46.

⁵⁸ LANNERT Judit: *Pályaorientációk, Educatio* – In. Szántó Zoltán: *A társadalmi cselekvés mechanizmusai*. Aula. 2004. - p. 251.

⁵⁹ MOLNAR Regina, MOLNAR Péter: *Az orvosi pályaszocializáció*. - In. *Lege Artis Medicinae*, 2002. 12. évf. 4. sz. - p. 250–254;

⁶⁰ MOLNAR Regina, MOLNAR Péter: *Az orvosszerepről – a pályaszocializáció tükrében*. In. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 2005. 6. évf. 2. sz. – p. 123–140.

⁶¹ MOLNAR Péter, CSABAI Márta, CSÖRSZ Ilona: *Orvosi professzionalizáció és magatartástudomány*. – In. *Magyar Tudomány*, 2003. 173. évf. 11. sz. – p. 1391.

A katonai hivatást választókkal kapcsolatosan – hasonlóan az orvosi hivatáshoz – él a köztudatban jó néhány sztereotípiája: az általános elképzelés szerint azok, akik katonává akarnak válni, rendszerint katonacsaládba születtek, és/vagy a haza iránti elkötelezettség, az önfeláldozó attitűd jellemzi őket. A kutatások ezeket a hiedelmeket részben cáfolják. BAKOS Csaba Attila 2010-es évek elején hazai gimnazisták körében folytatott, nem reprezentatív felméréseinek eredményei alapján arra lehet következtetni, hogy a pályaválasztás előtt állókra nagy hatást gyakorol az az ellenérzés, melyet szüleik, nagyszüleik táplálnak (a sorkatonasággal, a szovjet hadsereg magyarországi működésével stb. kapcsolatos közvetlen vagy közvetlen tapasztalásaik miatt) a magyar honvédséggel szemben. A katonai életút leginkább a liberális családban nevelkedett fiatalok számára tűnt szimpatikusnak, mégpedig azok számára, akiknek sem a családjában, sem az ismeretségi körében nem volt katona. A hivatkozott felmérések tehát alapvetően arra az elkeserítő eredményre jutottak, hogy az a kép, mely a pályaválasztás előtt álló fiatalokban él a Magyar Honvédségről (a továbbiakban: MH), *„túlzottan negatív, vagy túlzottan romantikus, de semmi esetre sem nevezhető reálisnak”*.⁶³

NÉMET Tamás 2014-es, ugyancsak nem reprezentatív felmérése alapján arra a megállapításra jutott, hogy a katonai képzést választók közül sokan nem a magasztos eszméket tartották szem előtt, a válaszadók döntő többsége ugyanis a *„biztos állás”* és a *„kiszámítható jövedelem”* motivációs erejét emelte ki. Ugyanakkor ezeket az eredményeket kontextusba helyezve kell értékelni, hiszen könnyen lehet, hogy azok, akik egzisztenciális szempontok alapján fontolgatják a katonai pályára lépést, azt nem értékalapon teszik, hanem egész egyszerűen azért, mert anyagilag szorongatott helyzetben vannak. Ezek az anyagi jellegű megfontolások a katonai pályaválasztásnál is szempontként jelenthettek meg, legalábbis azt követően, hogy a jogalkotó a honvédek jogállásáról szóló 2012. évi CCV. törvény (a továbbiakban: Hjt.) és a 9/2013. (VIII. 12.) HM rendelet alapján ösztöndíjat kínált azoknak az egyetemistáknak, akik a támogatott időszakokkal megegyező időtartamú szolgálatot vállaltak. A PÁKOZDI–FEJES szerzőpáros 2015-ös felmérése szerint ugyanakkor a tervezhető bérezési-juttatási és előmeneteli rendszer, a lakhatási támogatás csak fiatalabb korban jelent döntő szempontot, felnőttkorúak esetén a katonai pályaválasztást már olyan sajátos

⁶² MOLNAR Regina, NYÁRI Tibor, MOLNÁR Péter: *Az orvostanhallgatók pályán maradásra, pályaelhagyásra vonatkozó elképzelései*. – In. Orvosi Hetilap. 2008. 149. évf. 18. sz. – p. 845.

⁶³ BAKOS Csaba Attila: *A magyar honvédség megítélése pályaválasztás előtt álló fiatalok körében*. – In. Hadtudományi Szemle, 2013. 6. évf. 1. sz. – p. 1–5.

tényezők is motiválják, mint a „*szeretek katonáskodni*” attitűd, valamint a missziós szolgálatvállalás lehetősége.⁶⁴

3.3.1. (CIVIL) ORVOSI PÁLYAVÁLASZTÁS

A katonarorvosi szolgálathoz elválaszthatatlanul kapcsolódik a civil orvosi pálya. E tekintetben a pályaválasztás vonatkozásában a középfokú közoktatási-köznevelési intézmények színterén a 2000-es évek elejére már mérhetővé váltak azok a beiskolázási tendenciákban beállt változások, melyek a színtér (és a felsőoktatás világának) 1990-es években végrehajtott átalakításainak nyomán jelentkeztek. A végbement vertikális átalakításnak köszönhetően megnőtt a gimnáziumokba, illetve a szakközépiskolákba jelentkezők aránya, melyhez hozzátartozik, hogy az iskolatípusok közötti választás **szoros összefüggésben áll a szülők végzettségével és családi háttérével.**⁶⁵ Más kutatások összefüggést mutattak ki az egyes iskolatípusok tanulószámának alakulása és az **individuális érvényesülés**, mint pályaválasztási motivációs faktor között, már az általános iskolások körében, és az ennek során elvégzett preferenciavizsgálatok a kommunikáció, üzleti élet, értelmiségi illetve humán területek irányába történt elmozdulást hangsúlyozzák.⁶⁶ Az általános iskolások körében végzett friss pályaaorientációs kutatás is a szülők, a családi háttér, az **elérni kívánt végzettségi szint**, a szülők iskolai végzettsége és az **egyéni képességek, egyéni érvényesülést elősegítő preferenciák és önértékelési mutatók** közötti összefüggéseket hangsúlyozták.⁶⁷ A 14-18 éves kor közötti szakaszban (a pályaválasztás „második” jelentős periódusában) a személyiség fejlődésével egyidejűleg jelentkező identitásváltozások jelentkezésére, a formálódás állandósulására és a (nem kizárólag családtagokra korlátozódó) **mintakövető magatartás** további erősödésére hívják fel a

⁶⁴ NÉMET Tamás: *A pályaválasztás és pályaaorientáció vizsgálata egy empirikus kutatás során.* - In: *Hadtudományi Szemle*, 2015. VIII. évf. 1. sz. - p. 319–340.

⁶⁵ BUKODI E., VUKOVICH GY., HARCZA I.: *A magyar társadalom a jelzőszámok tükrében.* - In: *Társadalmi riport*, Budapest. Társi, 2000. - p. 20-21.

⁶⁶ GEBAUER F.: *Három évtized, érdeklődési tesztek tükrében.* – In: Mérei Ferenc Fővárosi Pedagógiai és Pályaválasztási Tanácsadó Intézet. Online: <http://www.eniskolam.hu/3evtized.pdf>, 2009.

⁶⁷ MAKÓ Á., BÁRDITS A., NYÍRŐ ZS.: *Általános iskolások pályaválasztása 2014.* – In: MKIK Gazdaság- és Vállalkozáskutató Intézet. Budapest. Online: http://gvi.hu/files/researches/127/palyaorientacio_2014_tanulmany_140724.pdf, 2014.

figyelmet a kutatások. ^{68,69} A friss vizsgálatok pedig arra mutatnak rá, hogy a pályaválasztás mellett, Magyarországon a tanulásban nyújtott teljesítménnyel is szoros összefüggést mutat a családi háttér, sőt, „*a továbbtanulás különböző irányai és a szülők iskolai végzettsége közt szorosabb az összefüggés, mint ez utóbbi és a továbbtanulás vagy a munkába állás szándéka között.*” ^{70,57}

Ebből a szerteágazó összefüggésrendszerből a magyarországi – orvosi pályaválasztás motivációit emelem ki. Az 1980-as évek átfogó kutatásait követően a 2000-es években születtek újabb vizsgálatok a kérdéskör átfogó vizsgálatára. Mind a korábbi, mind a kortárselemzések az **orvosi hivatástudat** és az **altruista motivációra** helyezik a hangsúlyt, mint domináns faktorokra. ⁸ A (részben kulturális tartalmakkal, filmekkel stb. erősített) köztudatban élő kép arról, hogy az orvosi hivatás választása **családon belül gyakran egyfajta öröklődést képvisel**, szintén megerősítést kapott, ahogy a szakmához kapcsolt **presztízstudat**, a **(feltételezett) anyagi stabilitás** vonatkozása is. Egy, nyugat-magyarországi középiskolákban elvégzett kutatás szerint ⁷¹ a pályaválasztók körében a motivációk terén, első helyen az egzisztenciális motívum állt, melyet a **presztíz** és **érdeklődés motívuma** követett, miközben az orvost a második helyen jelölték meg továbbtanulási célszakmaként. (Megjegyzendő, hogy az egzisztenciális vonatkozásnál a leendő magánpraxis és a külföldi érvényesülés lehetőségének a jelenséget, mint társításokat, biztosan figyelembe kell vennünk.) Ugyanakkor „a magyarországi egészségügy helyzetében mindenképpen fontos felhívni a figyelmet arra a két amerikai kutatásra, amelyekben az **orvosi pályát elutasító** döntést vizsgálták azon fiatalok körében, akik tanulmányi eredményeik és érdeklődésük alapján alkalmasak lettek volna az orvosi pályára. Olyan tényezőket találtak, amelyek a jelenlegi magyar feltételek között szintén megfigyelhetők: az **orvosi pálya hosszú képzési ideje**, a **nem független munkavégzés** és a **magas szintű felelősségvállalás.**” ⁸

⁶⁸ GEBAUER F.: *Pályaválasztás a középiskolában.* - In: Mérei Ferenc Fővárosi Pedagógiai és Pályaválasztási Tanácsadó Intézet. Online: www.fovpi.hu/data/cms54104/Palyavallasztas_a_kozepiskolaban.pdf, 2009.

⁶⁹ LUKÁCS F.: *A pályaválasztási bizonytalanság és az identitás összefüggései középiskolás mintán II. rész.* – In: *Életpálya-tanácsadás.* 2013. 1.évf. 2.sz. - p. 48-49, 46-51.

⁷⁰ CSAPÓ B, FEJES J. B., KINYÓ L., TÓTH E.: *Az iskolai teljesítmények alakulása Magyarországon nemzetközi összehasonlításban.* - In: Online: <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/b327.pdf>, 2014.

⁷¹ KISPÁLNÉ HORVÁTH M., VINCZE S. Z.: *Végzős középiskolások továbbtanulással kapcsolatos motivációi, döntései és az azokat befolyásoló tényezők.* - In: *Új Pedagógiai Szemle.* 2009. 59. évf. 12. sz. - p. 69, 57-73.

Az orvosok pályaválasztásának motivációjában kiemelkedő szerep jut annak, hogy erre irányuló döntésüket a vizsgálatok szerint 50% fölötti arányban **viszonylag korán** (igen gyakran már az alapiskolai tanulmányok végéhez közeledve, **13-14 évesen**) **meghozzák**,⁶² és formálódó identitásukba illesztik, hogy aztán medikusként a szakmai identitásuk és a tanulmányaik megkezdése előtti énjük között kontinuitást teremtsenek.⁶¹ A nyugat-magyarországi régió középiskoláiban végzett kutatás értékelése ugyanakkor – ahogy az orvostanhallgatók körében végzett vizsgálatok eredményei – rámutat, hogy az orvos szereppel való korai azonosulás, az orvosi hivatás gyermekkori idealizálása után, az egyetemen a rendkívül **magas követelményszinttel való találkozás**, a hivatáshoz kapcsolt **értékpreferenciák kényszerű felülvizsgálata**, a sikeres felvételt követő presztízscsökkenés, hamar felerősíti az orvosi pálya konfliktusos jellegét. A következmény összefüggésben áll a pályaelhagyással vagy a hivatástervek módosításával.⁵⁹ Az orvos identitás – a pályán maradás tényezőjeként – ugyanakkor erősebb volt azoknál, akik ez irányú döntésüket korábban, célirányosabban meghozták. A magyarországi orvosképző egyetemeken folytatott vizsgálat eredménye szerint „megállapíthatjuk, a pályán maradni szándékozó, illetve a pályaelhagyásra készülő hallgatók között nem volt különbség származási, családi háttérük, pályaválasztási körülményeik tekintetében, valamint elhelyezkedésük szempontjaiban, anyagi helyzetüket illetően. Különbségek mutatkoztak azonban pályaszocializációjuk kezdetén, a motivációk egy részében: **a pályán maradók az orvosi pálya iránt már eleve nagyobb elhivatottságot éreztek**. Fontosabb volt számukra, hogy **alkalmasnak érezték magukat erre a pályára**, és jobban motiválta őket, hogy az orvoslás olyan pálya, ahol **emberekkel foglalkozhatnak**.”

3.3.2. AZ ORVOSI PÁLYAVÁLASZTÁS MOTIVÁCIÓS TÉNYEZŐI

Az orvosi pályaválasztás sokaknál már egészen fiatal korban eldől, és a diákok tudatosan készülnek rá. A tanulmányban az összes jelentkező, és néhány más szakra jelentkezők csoportja közül az orvosi egyetemre bejutni szándékozók markánsan elkülönülnek szociális, demográfiai és egyéb kulturális változók mentén. A tanulmány során megállapítható, hogy az orvosi karokra jelentkezők többségében magasabb státuszú diákok, és az orvosi egyetemek a jelentkezők közül a jobb társadalmi populációból is képesek kiválasztani a még magasabb státuszúakat.

A legtöbben a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karára (SE ÁOK) szeretnének bekerülni, ezt követi a többi vidéki egyetem, ebből következik, hogy a SE ÁOK

tud a legtöbb diák közül szelektálni, ezért egyáltalán nem meglepő, hogy ebbe az intézménybe veszik fel a legjobb kompetenciákkal rendelkező jelentkezőket. A motivációs tényezők között szerepel a családi készítés a saját érdeklődés ellenére is, az értelmiségi munka iránti vágy, diploma utáni vágy, munkaerőpiaci motiváció. Az orvosi egyetemre jelentkezők közül kirívóan magas a többi jelentkezővel szemben a belső, személyes motiváció. A pályaelhagyók szándékai között szerepelt az egyes orvosi szakok presztízs hierarchiája, az orvosi pálya, mint mobilitási csatorna egyre csökkenő szerepe, a családi háttér.

Egy 2010-ben végzett diplomás pályakövetési elemzés alapján, melynek elsődleges célpontjai az orvos- és egészségtudományi képzésben végzettek voltak, 367 fő általános orvos, ápoló – diplomás ápoló, okleveles ápoló, egyetemi ápoló –, védőnő, gyógyszerész és egyéb szak-változók lettek vizsgálva. A munkaerőpiacra való átmenetre több kérdés is vonatkozott, mint például mennyi idővel talált munkát az államvizsgát követően, vagy dolgozott-e már az államvizsga ideje alatt. A válaszadók 35,3%-a már dolgozott abban az időben, 60%-a pedig keresés fázisánál tartott. Legnagyobb arányban az ápolók dolgoztak az államvizsgájuk ideje alatt, ami magyarázható azzal, hogy az orvos és gyógyszerész szakma esetében a feladatok diplomához kötöttek, azaz a diploma megszerzését megelőzően nem dolgozhatnak a szakmájukban, szemben az ápolókkal, akik számos feladatot képesek ellátni már akkor is, amikor még nem rendelkeznek a szükséges képesítéssel. A tapasztalatok szerint többségük gyorsan talál magának állást. Az egészségügy eltér a többi munkaerőpiaci szegmenstől a sajátosságai miatt. Ilyen többek között a gyakorlatorientált képzés. Az orvosok tekintetében ugyanakkor nem is lehet munkaerőpiacról beszélni, hiszen a rezidensképzés nem a munkaerőpiac törvényeinek megfelelően működik, sokkal inkább egy egyetemi felvételihez hasonlítható. A gyakorló orvosok sokkal később kerülnek ki a valódi munkaerőpiacra, mint a szakorvosjelöltek. A kutatásban résztvevők többsége tisztában van azzal, hogy a későbbiekben is továbbképzésekre lesz szüksége, hogy a tudását napra készen tarthassa, valamint a munkahelyi besorolásában ne kerüljön alsóbb kategóriába. A megkérdezettek többsége még az első munkahelyén dolgozik, és az is kiderült a vizsgálatból, hogy fontos szerepet játszott az állás megszerzésében a személyes kvalitás és ismeretség. Többségük a munkájával elégedett, a fizetésével azonban nem. Túlnyomó részt állami intézményekben dolgoznak, ahol jogszabály alapján megállapított, közalkalmazotti bértábla által meghatározott fizetést kapták. Mindezek alapján alacsony pályaelhagyást állapítottak meg a

vizsgálat során. A kérdés természetesen adott, hogy mennyire megbízhatóak a vizsgálat során felhasznált adatok.

3.3.3. A KATONAI PÁLYAVÁLASZTÁS

A katonai pálya választásával kapcsolatban a köztudat – hasonlóan az orvosi pályaszocializációhoz – szintén életben tart néhány általános vélekedést, hiedelmet. Ezek közé tartozik, hogy a katonai pályára lépőkre gyakran gondolunk úgy, mint azokra, akiket a hazaszeretet, a tenni akarás motivál, és akiknek a családjában vélhetően van tradíciója (apai oldalról) e pálya választásának. Az empirikus kutatások eredményei ezeket a vélekedéseket részben megerősítik.

Gimnáziumokban végzett, nem reprezentatív felmérés alapján kirajzolódni látszik egy döntő tényező, amely arra ad részbeni magyarázatot, hogy a pályaválasztás előtt (illetve alatt) álló fiatalok körében **miért nem merül fel népszerű választási lehetőségként a katonai szolgálat** (honvédség) mint életpálya-választás. Eszerint a magyar katonaság megítélésében részben a katonai szolgálattal összefüggő romantikus jellegű képzetek (ezek elősegítik a motivációt), részben viszont (a szülői/nagyszülői generációtól származtatott) **negatív képzetek, sztereotip berögződések** játszanak szerepet. A honvédségről kialakult társadalmi kép az elutasítók szemében „**bemerevedett**”, nem követte azokat a változásokat, melyek a rendszerváltást követő években lezajlottak a szervezetben. A besorozások szüneteltetésével és a hivatás professzionalizálódásával **nem járt együtt a honvédségről és a katonai életformáról kialakított kép széles körű átértékelődése**. Ugyanakkor azok között, akik katonai szolgálatot vállaltak volna, nagyobb arányban fordultak elő azok a fiatalok, akiknek szüleit liberális beállítottság jellemez, és **közvetlen környezetükben nem volt katonai szolgálatot teljesítő személy** – míg azok a fiatalok, akiknek környezetében volt ilyen, elutasítók voltak a szolgálatvállalást illetően.⁶³

Ha a honvédségről élő, az időbeni múltra reflektáló kép elutasítást vált ki a katonai pálya iránt, melyek azok a **motívumok, melyek ebbe az irányba terelik az e hivatást választókat?** „Valószínűleg többféle válasz is adható, például a **haza védelmének ideája; a magas szintű szakmatanulás lehetősége; új kihívások, és karrier vagy éppen a más lehetőség hiánya**. A társadalmi közvélekedésben ma a honvédelem emocionális töltete háttérbe szorul a társadalmi jellegű felváltó foglalkozási szerep professzionalizmusa

mellett.”⁷² Arra lehet következtetni tehát, hogy azoknál, akik pályaválasztásuk során a katonai szolgálat mellett döntenek, a jellemző motívumok (**család, hazaszeretet, közösségi munkavégzésre vágyás**) mellett **a szakmaiság vonatkozása erősödik meg, a hivatás-jelleg helyett a foglalkozás-jelleg válik dominánssá** a katonaságról való gondolkodásban. Természetesen sem az orvosi, sem a katonai pályaválasztás során nem feledkezhetünk meg a pszichológiai és szociokulturális vonatkozásokról, az értékek, normák elfogadásáról, az azokkal való identifikációról. A katonai pályaválasztás motivációja (tekintettel az empirikus vizsgálatokban feltárt motívumokra) a pályaaorientáció folyamatára irányítja a figyelmet, melynek során az egyén személyes kompetenciáit és készségeit hozza összhangba a pályáról kialakított képével.⁷³

Adekvát, differenciált kutatás eredményeként összevethető a katonai pálya iránti (korábbi) motivációspektrum és a honvédelmi tanulmányaikat megkezdők viszonyulása a katonai pályához.⁴ A katonai szerephez kapcsolt, nem konkrét tapasztalatokból, hanem vélekedésekből és medializált tartalmakból (**filmek, könyvek, számítógépes játékok**) **kialakított – romantikus jellegű – attitűdök megléte** és a család (**a családi háttér stabilitása**) kiemelkedően fontos tényező. A tanulmányaikat megkezdett fiatal felnőttek esetében a **pályán maradás tényezői** között a **karrierlehetőség, a férfias viselkedéshez kapcsolt kihívásoknak megfelelés, a közösségben végzett tevékenység, a rend és fegyelem személyiségfejlesztő megélése, a jártasság megszerzése egyes műszaki-harcászati kérdésekben, a várt külföldi kapcsolatok/kiküldetések** jelentkeztek motívumként. A nyitott kérdésre adott válaszok feltárják a hallgatók belső motivációit.⁴ A leginkább szembetűnőbb, az, hogy mindkét vizsgálati szegmensben megjelenő tényező ugyanakkor az **anyagi biztonság, a „biztos állás”** volt. Ez az idealizált pályaképpel szemben az egyéni motiváció racionális oldalát emeli ki: jelentősége, az, hogy a pályaválasztás során és a tanulmányokat folytatók esetében is ez állt az első helyen, arra enged következtetni, hogy a katonai pálya iránti pozitív attitűdök érvényesülését elősegítheti a hivatás vállalásával összefüggésbe hozott egzisztenciális biztonság vélelme, de e nélkül a pozitív attitűdök nem vagy csak kisebb arányban dinamizálnák a szolgálatot választókat pályaválasztásuk során. Friss vizsgálati eredmények megerősítik e kutatási következtetéseket: a katonai pályaválasztás egyéni, pszichológiai vetületében a fent említett motívumok vannak jelen, míg társadalmi

⁷² LENGYEL ZS.: *A katonai pályaszocializáció néhány sajátosságáról.* – In. Hadtudományi Szemle. 2008. 1. évf. 1. sz. - p. 71.

⁷³ BOLGÁR J. - SZEKERES GY.: *A pályaaorientáció jellemzői, kapcsolata a pályaaalkalmassági vizsgálattal.* – In. Hadtudományi Szemle. 2015. 8. évf. 1.sz. - p. 284.

kontextusban a családi-szülői háttérrel való összefüggés a meghatározó.⁶⁴ A biztos megélhetés szempontja szintén kiemelkedően fontos motivációs tényező mind a pályaválasztáskor, mind az életpályára tekintve, a pályán maradás kérdését mérlegelve. Ugyanakkor, figyelembe kell venni azt is, hogy a „biztos állás” mint motiváció, sokszor nem belső indíttatásból, hanem az egyén életkörülményeiből fakad, tehát nem feltétlen esik egybe a pályához kapcsolt magas értékítélettel vagy pozitív attitűddel. „**A fegyveres szervezetek és szakmák presztízse az elmúlt időkben fokozatosan csökkent**, amelyet alátámasztanak a honvédség foglalkozáspolitikájának kialakítása érdekében végzett munkaerőpiaci elemzések. Ugyanakkor, nemzetközi tendencia, hogy elsősorban **a legénységi állomány a társadalom szegényebb rétegeiből, elsősorban a fizikai munkát végző családokból kerülnek ki valamilyen kényszer hatására.**”⁷⁴ A katonai feladatok ellátásához ugyanúgy minőségi, fejlesztését tekintve tudatosan irányított személyi állományra van szükség, különösen a tiszti beosztásban tevékenykedők esetében. Kíváncsi, hogy „váljon tudatossá, hogy a katonatiszt szakértelmiségi, ugyanolyan fontos értéket képvisel, szakterületét tekintve olyan speciális, mint egy orvos, ügyvéd, közgazdász”.⁴ Ennek társadalmi vonatkozású okai a későbbiekben részletesen tárgyalásra kerülnek.

3.3.4. KATONAORVOSI PÁLYAVÁLASZTÁS

Az orvosi és a katonai irányú pályaválasztás esetén **megfogalmazottak kapcsán** szembevetendő, hogy a pályorientációban és az azt követő pályaválasztási motivációban mindkét hivatás esetében, jelentkezik néhány **azonos motívum**. A **család**, a **szülői minták szerepe**, az egyaránt belső indíttatásnak tekinthető, **másokon való segítő szándék** és a **hazaszeretet** (mint az altruizmus megjelenési formái) megadják a két hivatás motivációs keresztmetszetét. Szintén közös vonás, hogy mindkét pálya az egyéni hivatással, illetve életpálya-választással kapcsolatos összefüggése mellett a társadalmi vonatkozásban a **közösség érdekében megvalósított cselekvés**, a szolgálatvállalás motívuma érvényesül. Mind az orvosok, mind a katonák pályaválasztásának vizsgálatában kimutatható volt a **viszonylag korai elhatározásra jutás** (a katonák esetében a vizsgált mintán 24%), melyet a katonák esetében kiegészített, hogy a tanulmányaikat megkezdők 41%-a középiskolában jutott erre az elhatározásra.⁶⁴

⁷⁴ NAGY-VARGÁNÉ JUHÁSZ Á.: *A motiváció szerepe a magyar honvédségben*. - In: Bolyai Szemle. 2010. 12. évf. 2. sz. - p. 12.

Ahogy fent vázoltam, az empirikus adatok szerint a honvédelmi pályát választók esetében kiemelkedő a **biztos megélhetés**, mint motiváció, de ez a motívum az orvosi pályát választók körében is igen jelentős. Ugyanakkor, az orvosi tanulmányokat megkezdők közül számos hallgató kénytelen átértékelni korábbi ideáit a pályával kapcsolatban, majd rezidensi szolgálatukat megkezdve, szembesülhetnek a hazai egészségügy visszaesésével (melyek gyakran pályaelhagyásukhoz, elvándorlásukhoz vezetnek). Az orvostársadalmon belül is fennálló területi egyenlőtlenségek, szakterületek közötti ellenérzések, rivalizálások, a szakmai csúcson lévők figyelméért folytatott küzdelem, a praxisokért és a potenciális magánpraxisokért folytatott versengés, mindez a velük szemben támasztott követelményekkel összevetve, többeket korábbi terveik felülvizsgálatára késztet, ahogy az egészségügy társadalmi megítélésében tapasztalható általános devalválódás is.

Ebben a helyzetben több leendő – azaz még orvosi tanulmányokat folytató – gyógyító számára jelentkezhetne akár a pályaelhagyás, akár az elvándorlás alternatívájaként a **Magyar Honvédség kínálta ösztöndíj-lehetőség**, amelyben a katonai oktatást folytató intézményekben nem megszerezhető végzettséget igénylő beosztások feltöltését pályázaton elnyerhető ösztöndíj folyósításával támogatja a szervezet (a jogi alapozáshoz lásd. a 9/2013. (VIII.12.) HM rendeletet, a Hjt. 2012. évi CCV. törvényt). Az ösztöndíjas konstrukció a (leendő) orvosok szerződéses foglalkoztatását teszi lehetővé, miközben előírja számukra az alapkiképzés teljesítését és az első felajánlott szolgálati beosztás elfogadását. Az ösztöndíjas konstrukció szerződéses jogviszony létesítését írja elő a sikeres pályázók részére, így lényegében sikeres orvossá fogadásuk után, pályakezdőként kezdenék meg orvosi pályájukat és hivatásuk gyakorlását a honvédségi kötelékben. A szakorvosképzés jelenlegi rendszerében azonban ezzel a lehetőséggel sem oldódik meg a legnagyobb dilemma, a csapatorvosok folyamatos pótlása és közülük egy egészséges felfelé történő áramlás, karrier biztosítása. A vonatkozó jogszabályi környezet alapján általános alapelvként kijelenthető, hogy az **alkalmassági feltételek (követelmények)** azonosak a hivatásos és a szerződéses állomány tagjaira.⁷⁵ Az általános állapotfelmérésekre alapozva lehet kidolgozni komplex alkalmasság- és kompetenciaprofilokat, akár a katonatorvosokra, vagy a kiemelt katonai tevékenységek gyakorlására vonatkozóan. Azonban az ösztöndíjas rendszer hosszú éveken át nem működött, tanulmányi ösztöndíj kötésére csak az utóbbi pár évben került újra sor.

⁷⁵ NAGYNÉ BEREZKI SZ: *Speciális katonai beosztások orvosi és pszichológiai alkalmasságvizsgálatának története Magyarországon.* - In: Bolyai Szemle. 2007. 9. évf. 1. sz. p. 21-23.

Az orvosi hivatás gyakorlóit – függetlenül alkalmazásuk munkajogi vetületeitől – katonáorvosként praktizálva (vagy prevenciós munkát végezve) pályaválasztáskor hozott döntésüknek megfelelően tevékenykednek, hiszen a „a honvédorvos feladata (...) az élő erő védelmét szolgáló lehetőségek kutatása”, vagyis „melyekkel az egészségügyi biztosítás ellen ellensúlyozni képes harcoló bajtársaink extrém veszélyeztetettségét.”⁷⁶ A katonáorvosok a speciális beosztásúak csoportjába tartoznak (ahogy a katonai jogászok, katonalelkészek, katonameteorológusok is), rendfokozatukat – mivel katonai iskolát jellemzően nem végeztek – felsőfokú végzettségüknek köszönhetően kapják meg. Emellett, a katonáorvosi szolgálat a hazaszeretet és a humánus kifejezésre juttatásának hivatását jelentheti. Orvosként a műveleti területen láthatja el gyógyító, életmentő tevékenységét, speciális viszonyok, a civil orvosi életben nem feltétlen megtapasztalható szakmai körülmények között (ilyen például a speciális harctéri eszközök, illetve mentési protokollok alkalmazása).

A katonai orvoslás történeti fejlődését áttekintve megállapítható, hogy a műveleti területen történő ellátás az egyszakaszos irányba mutat: az elsődleges harctéri sérült ellátás után a gyors kiürítés a sérültet a végleges ellátó helyre juttatja el.⁷⁷ Ezzel párhuzamosan jelennek meg és kerülnek rendszerbe állításra azok a szabványok, irányelvek, melyek a hadtudomány egyes részterületeire komplex, diszciplináris megközelítést igénylő területként tekintenek. Így például a katoná-egészségügy általános területén belül az egészségügyi biztosítással kapcsolatos preventív elvárások⁷⁸ fogalmazódnak meg; vagy a különleges viszonyok között (minősített időszakban) megvalósítandó ellátásoknak, orvoslási területeknek tudományos igényű és közös megalapozása iránti igény jelentkezik.¹ A Honvédséggel szembeni elvárás, hogy „a személyi állomány szolgálatképességének és egészségének megóvása, helyreállítása érdekében köteles gyógyító-megelőző ellátást biztosító (egészségügyi alap- és szakellátó, továbbá közegészségügyi-járványvédelmi és egészségnevelési, valamint egészségügyi alkalmasság-vizsgáló tevékenységet végző) intézményrendszert működtetni.”² Ezek a fejlemények a katonai hivatás olyan aspektusait kínálják fel az orvosok számára, melyek jól kimutatható motivációs tényezőként vannak jelen a katonai pályát választóknál: **műszaki érdeklődés, jártasság megszerzése bizonyos**

⁷⁶ KÓRÓDI GY.: *A digitális katona személyi védelme a honvédorvos szemszögéből.* - In: Hadmérnök. 2006. Különszám - p. 1-7.

⁷⁷ SVÉD L.: *Aktualitások és tények a katonáorvoslás történetéből.* - In: Honvédorvos. 2007. 59. évf. 3/4 sz. - p. 143-151.

⁷⁸ REMETEI D.: *Korunk megváltozott biztonsági környezete, hatása a katoná-egészségügy egyes területeire: Az egészségügyi felderítés és az AJP-4.10.3. (MEDINT) doktrína.* - In: Honvédorvos. 2011. 63 (3-4): pp. 170-182.

szakterületeken, kihívásokkal teli helyzetek, vagy - utalva a Magyar Honvédségnek az ország Észak-atlanti Szövetségrendszer tagjaként vállalt misszióira - **külföldi kiküldetés vállalása**, melyhez általában valamilyen módon és mértékben **kiemelt anyagi ellentételezés társul**.

A **katoná-egészségügyi pályaválasztás *motivációi*** ifjúkorban és felnőttkorban igen eltérőek egymástól. **Ifjúkorban a tanulási lehetőségek, a bérezési-juttatási rendszer, a katonai pálya presztízse, előmeneteli rendszer** az elsődleges motivációs tényezők, míg **felnőttkorban** ezeket felváltja a **megélhetési okok**, korábbi szakmai tapasztalat, „**szeretek katonáskodni**” – **érzés, missziós szerepvállalás tényezői**.

A katonai pályamotiváció tekintetében nagyon fontos megemlíteni, hogy jelentős változások következtek be a jóléti társadalmi szemléletben, márpedig ismeretes, hogy a jól működő honvédségi struktúrák alappillérei a katonai hivatásért elkötelezett, motivált hivatásos személyi állomány. A sorkatonai szolgálat felfüggesztése, az erősen hierarchizált rendszerektől való idegenkedés, a családalapítás, valamint a pénzkereseti, illetve karrierlehetőségek mind olyan tényezők, amelyek a fiatalokat „eltereli” a katonai pálya irányából. Ezen napjainkat érintő társadalmi értékrend változások során általánosságban elmondható, hogy negatív kontextusban jelenik meg a tekintélytisztelet, az engedelmesség, vagy maga az egyenruha és a velejáró kötelezettségek, amelyben sokan inkább a hierarchizált, parancsorientált rendszer kényszerműködését látják, mintsem az egység, a szervezettség, vagy a profizmus szimbólumát. Minden bizonnyal ehhez hozzájárul az is, hogy az ország EU, illetve NATO tagságával, a szövetségi rendszerek adta nagyobb biztonságérzet miatt a katonaság szerepét a fiatalok nem tekintik annyira fontosnak, mint a korábbi évtizedekben, illetve évszázadokban.

A pályamotiváció tekintetében szociológiai kutatások továbbá szintén kimutatták, hogy a fejlett társadalmakra jellemző család-, illetve párkapcsolati modellben a női családtagok is már egyenrangú karrierigénnyel rendelkeznek, ami sok esetben megnehezíti, vagy nem teszi lehetővé a férfiak részére a hivatással és sok kötelezettséggel járó katonai pályán maradáshoz, illetve a hivatásos állomány előmeneteli folyamatában való részvételt.⁷⁹ Mindez a katonai pályamotiváció terén jelentős társadalmi szemlélet, illetve értékrendi változást eredményezett.

⁷⁹ KRIZBAI JÁNOS: *A kihívások negyedszázada az önkéntes haderő szemszögéből*. – In. *Hadtudomány*, 2014. 3-4. évf. - p. 83.

A felsorolt tényezők is rámutatnak arra, hogy a pályamotivációt humánpolitikai megközelítésből az egyéni és szervezeti motiváció oldaláról is vizsgálni kell. Előbbi esetben alapvetően a hivatástudatról, valamint a haza védelmével, illetve a katonai szolgálattal kapcsolatos elkötelezettségről beszélhetünk, ami a klasszikus társadalmi és politikai modell alapján nagy megbecsülésnek örvend, ugyanakkor áldozatokkal jár. Ezek megítélésében, illetve mérlegelésében a katonai szolgálatot választó döntésében jelentős szerepet játszik a szervezetrendszer ösztönző, illetve motiváló ereje, amelyek az egyéni hivatástudatra épülve támogatják az állomány egyéb szükségleteit is, amelyek egyben követik a társadalmi trendeket is. Ebben különös jelentőséggel bír a bérezés kérdése, a megfelelő kiképzések, korszerű védő- és technikai eszközök biztosítása, valamint az előmeneteli lehetőségek.⁸⁰

A pályaválasztás, illetve a pályán maradás vonatkozásában az egyéni motivációt döntően befolyásolják tehát a rendszer ösztönző elemei (az általános elméleti megfogalmazás szerint a szervezeti motiváció), amelyek tervezhetővé teszik a katonai pályát – a korszerű társadalmi igényekkel összhangban – a magánélettel együtt.

3.4. KATONAI ÉS AZ ORVOSI PÁLYA PRESZTÍZSÉNEK ALAKULÁSA

A foglalkozások presztízse az egyes társadalmi szerepek iránti tisztelet fejez ki, tükröződik benne az korábbi életút és iskolai végzettség, meghatározza az anyagi helyzetet, valamint a társadalmi hasznosságot, és az érvényesíthető hatalmat. A hivatások rangsora országoként és kultúráként eltérő lehet, erősen befolyásolja a média, az egyéni tájékozottság, az aktuálpolitikai helyzet. A katonai pálya tipikusan a közösségért tett férfias munka, amiben dominál a hősiesség, a bátorság és a morál.

A foglalkozások rangsorát a Harris Interactive 1977-óta vizsgálja az USA-ban. A kutatásban részt vett 23 szakma esetében a válaszadók szerint a tűzoltó, az orvosi, a tudós, az ápolói, a tanár és a katonatiszti hivatás rendelkezik a legnagyobb társadalmi értékkel. Ezen hivatások a vészhelyzetek és a képességek fejlesztésében játszanak szerepet. Az 1980-as évektől a tanári 29%-ról, míg a katonai hivatás 22%-ról fokozatosan emelkedve érte el és került bele a legnagyobb presztízssű csoportba, míg az orvoslás, az ápolás és a tűzoltói, valamint a tudós hivatás végig ebben az 50%-ok értéket meghaladó csoportban volt. A

⁸⁰ GICZI István: *Pályamotiváció a Magyar Honvédségben*. - In. Hadtudományi Szemle, 2015. VIII. évfolyam 1. szám, - p. 444-445.

középmezőnyben a rendőr, a pap, a mérnök, a farmer, az építész, a kongresszusi képviselő, a jogász, a menedzser és a sportoló tartozik. A legkisebb presztízssú szakmák pedig az újságíró, a szakszervezeti vezető, az előadóművész, a bankár, a színész, a tőzsdeügynök, a könyvelő és ingatlanügynök. Ebben az utóbbi kategóriában bár magas fizetéssel járó szakmákról van szó, mégsem tekinti a társadalom magas presztízssú foglalkozásnak őket. Meg kell említeni, hogy a szeptember 11-ei terrortámadás és egyéb katasztrófák nyomán, melyek elhárítását a média is figyelemmel kísérte az ebben résztvevő szakmák presztízse megemelkedett (tűzoltó, katonaság – terrorelhárítás).

Magyarországon a 2009-ben a Sonda Ipsos által végzett kutatásban egy 3000 fős minta alapján presztízssú szempontjából a családorvos, a tűzoltó, a nővér, a középiskolai tanár, a rendőr, a hivatásos katona és a kőműves szakma kerültek a lista elejére. Az anyagi megbecsülést illetően a bankár és a családorvos vezeti a listát, amit a felső középmezőnyben a hivatásos katona, majd az újságíró, a kis vállalkozó, a rendőr és a középiskolai tanár követ. A tűzoltó és a kőműves, a vasutas került még a középmezőnybe.⁸¹ A Központi Statisztikai Hivatal 1983-ban, majd 1988-ban illetve 2016-ban vizsgálta a foglalkozások presztízssúját. A 43.000 kitöltött kérdőív alapján 2016-ban Magyarországon a legmagasabb presztízssú foglalkozás a kórházigazgatóé volt, ezt követte az egyetemi rektor. A harmadik és a negyedik helyen a sebész, illetve a gyermekorvos állt, míg a négy társadalmilag leginkább hasznosnak tartott foglalkozás sorrendben a sebész, a körzeti orvos, a gyermekorvos és a mentős volt. A katonatiszt a középmezőnyben végzett.⁸²

Egy korábbi felmérés 1991. és 2002 között tíz éven át vizsgálta a lakosság bizalmát a Honvédséggel szemben, ami a 66%-os értékről 42%-ra csökkent. Ezzel szemben a tiszték presztízssúja jóval magasabb (65%) értéken szerepelt, míg a katonatisztek között végzett önértékelés ennél jóval alacsonyabb (45%) volt 1999-ben. Az eltérés oka lehet, hogy a társadalom viszonylag kevés információval rendelkezik és nagyban befolyásolja azt az aktuálpolitikai helyzet is.⁸³

⁸¹ SZABÓ L.: *A foglalkozások – különösen a katonai hivatás – presztízssújának szociológiai vonásairól.* - In. Nemzet és biztonság, 2011. - p. 58-72.

⁸² KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL: *Mikrocenzus 2016 – A foglalkozások presztízssúja.* - In. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mikrocenzus_2016/mikrocenzus_2016_13.pdf, 2018.

⁸³ RÓTH A.: *A Magyar Honvédség társadalmi megítélése az Egyesült Államok és az Egyesült Királyság haderejének összehasonlításában.* – In. Biztonságpolitika Online: <http://old.biztonsagpolitika.hu/userfiles/file/PDF/roth.pdf>, 2005.

Szintén egy másik korábbi kutatás szerint, bár a társadalmi bizalom magas a Honvédséggel szemben, a lakosság 75%-a semmilyen körülmények között sem vállalna hivatásos katonai szolgálatot, 69%-a még polgári alkalmazottként sem állna munkába a Magyar Honvédségnél. Jellemzően a katonák fizetését túlbecsülik, és katonatisztek jelenlegi presztízsét pedig szívesen látnák 30%-kal magasabb szinten.⁸⁴

Diákok körében végzett kutatás szerint magasan az orvosi hivatás vezeti a társadalmi megbecsültséget, amitől az anyagi megbecsültség jóval elmarad. A második helyen az ügyvédi pálya áll. Az anyagi megbecsültség szempontjából a jogász, informatikus, mérnök és közgazdász szakma után következik csak az orvoslás.⁸⁵

A társadalmi megbecsültség, és a valós presztízs szoros kapcsolatot mutat a pálya vonzerejével és megtartó képességével. Jelenleg a tisztí karrier jelentette jövedelem inkább csak a hátrányosabb helyzetű családok számára jelent vonzerőt, az önmegvalósítás, a biztos munkahely és diplomaszerzés lehetősége nyújtotta felemelkedés, mint legfontosabb motivációs tényezők által. Ezzel szemben például az amerikai társadalomban a hadsereget tekintik az egész nemzet és az amerikai életforma védelmezőjének. A II. világháború óta nagy erőt fektettek a hadsereg vonzerejének növelésére, valamint részt vesznek olyan nem harci jellegű tevékenységekben, mint például a polgári védelem, valamint a katasztrófa-helyzetek elhárítása, amelyek növelik a katonai pálya és hivatás polgári kapcsolódásait. Ebből következően nagyon fontosnak tartom a katonai pálya megfelelő népszerűsítését a médiában, mivel a lakossághoz eljutó információ korlátozott.⁸⁶

A katonatorvosi pálya devalvációját jelzi, hogy a kiemelten támogatott honvédorvosi képzésre nagyon kevesen jelentkezők. 2015-ben összesen 3, 2016-ban 1, 2017-ben szintén mindössze 1 pályázattal támogatott helyet írtak ki honvédelmi, katasztrófa- és rendvédelmi, valamint 2 helyet repülő orvostan szakképzésre.⁸⁷ Ezen adatok ugyan növekvő tendenciát

⁸⁴ SZABÓ J. I.: *A magyar honvédelem új intézményrendszere*. - In: Magyar Szemle: A magyar katonatársadalom a második szabad választás küszöbén, 1993. Új folyam XXVI. 7-8. szám.

⁸⁵ ORIGÓ: *Szalmák toplistája: jogász és orvos az élen*. - In:

<http://www.origo.hu/allas/palyakezdo/20090910-szalmak-toplistaja-jogasz-es-orvos-az-elen.html>, 2009.

⁸⁶ KANYÓ L.: *A honvédtisztí pályát választó, katonai vezető szakos hallgatók rekrutációja*. In: Phd értekezés Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem, 2002.

⁸⁷ ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓ KÖZPONT: *2017-ben az akkreditált képzőhelyek (egészségügyi szolgáltatók) által betöltendő üres rezidensi álláshelyek száma szakképesítés ORSZÁGO KÓRHÁZI FŐIGAZGATÓSÁG: 2024-ben az akkreditált képzőhelyek (egészségügyi szolgáltatók) által betöltendő üres rezidensi álláshelyek száma szakképesítés szerinti bontásban*. - In: <http://www.enkk.hu/index.php/hun/szakkepzes-tamogatasi-foosztaly/rezidens/ures-allashelyek>, 2017.

mutatnak (2020-ban már összesen 12 meghirdetett honvédelmi rezidensi hely volt, miután a központi képzésben a hiányszakmák közé került besorolásra , illetve a honvéd-, katasztrófa- és rendvédelem orvostan, valamint a repülőorvostan szakorvosjelöltek számára lehetőség nyílt a Flór Ferenc ösztöndíjra pályázni), ugyanakkor még mindig rendkívül alacsonynak mondható.⁸⁸

3.5. AZ ORVOSI PÁLYA MOTIVÁCIÓI ÉS A STRESSZ SZEREPE

Az **orvosok mentális és egészségi állapota** számos tanulmánynak képezte alapját, ahogy a nemenkénti összehasonlítás is, melyek során megállapítást nyert, hogy a női orvostanhallgatók fizikai és pszichés állapota rosszabb, mint a férfiaké – ez nem csak hazánkban, hanem világszerte megfigyelhető jelenség. A szokványos problémák, mint a munka által megkövetelt fokozott stressz, folyamatosan visszatérő stresszhelyzetek mellett a **nők esetében a család és gyermeknevelés gondjainak összeegyeztetése is ezekhez adódnak.** A foglalkozási-szocializáció kezdetén. Akik gyerekkoruk óta a pályára készülnek, azoknak sokkal erősebb a szakma iránti elkötelezettségük, közöttük van a legalacsonyabb arányban a pályaelhagyó. A női-orvosok 1/3-a szenved krónikus betegségben, 70%-uk azt érzi, sosem kipihent, az-átlagnál magasabb a körükben a vetélések aránya, 80%-uk pedig kisebb-nagyobb problémákat észlelt a terhessége során. A megfelelési kényszer, a magánélet és a hivatás közötti szerepzavar már az egyetemi évek alatt kirajzolódik, ugyanakkor nagy különbségek mutatkoznak a foglalkozási szocializáció kezdetén. Akik gyerekkoruk óta a pályára készülnek, azoknak sokkal erősebb a szakma iránti elkötelezettségük, közöttük van a legalacsonyabb arányban a pályaelhagyó.⁸⁹

A **40 év feletti orvosok halandósága felülmúlja a lakosság halálozási mutatóit**, az okok között szív-és érrendszeri betegségek, depresszió, házassági problémák, önkárosító magatartásformák szerepelnek. A férfiak körében főként testi, a nőknél viszont inkább lelki eredetű problémák állnak a háttérben. A fiatal nők körében az öngyilkosság is jelentős halálozási ok, ami összefügghet a feldolgozatlan stresszel. További stressz tényezők közé tartoznak a műhibaperek, az egészségügyi rendszer gyakran változó intézkedései, vagy a

⁸⁸ ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓ KÖZPONT: *2020-ban az akkreditált képzőhelyek (egészségügyi szolgáltatók) által betöltendő üres rezidensi álláshelyek száma szakképesítés szerinti bontásban.* In. <https://www.enkk.hu/index.php/hun/szakkepzes-tamogatasi-foosztaly/rezidens/ures-allashelyek>, 2020.

⁸⁹ NATÚRSZIGET: *Stresszes, őrlődő doktornők.* - In. <https://www.natursziget.com/itthon/20070521doktornok/all-pagesm>, 2007.

betegek növekvő elvárásai. Az orvosok egészségi állapotának továbbá nem kedvez a nem megfelelő jövedelem, a nem támogató közeg, és az sem, hogy nincs véleménynyilvánítási jog. Mindezek hatására az orvosok körében is igen magas a „**burn-out**” **szindróma** jelenléte, mely a csökkent munkavégzési hatékonysággal, betegekre fordított idő csökkenésével, reménytelenség, inkompetencia érzéssel, negatív attitűdök kialakulásával jár együtt, végül pedig pályaelhagyás követi. A kiégés szindróma már az egyetem alatt is jelentkezhet, 13-15%-ban depresszió, 14-20%-ban öngyilkossági szándék formájában.⁹⁰

A különböző egészségügyi intézményekben dolgozó orvosok esetében a stressz hatása nem okozhatja a teljesítmény romlását, ezért figyelhető meg a magas hiányzási arány, a pályaelhagyás, fluktuáció. Az állandóan jelenlevő feszültség és stressz számos pszichés zavart képes okozni, melyek különböző depressziós, szorongásos kórképekben, „burn-out” szindrómában manifesztálódnak.

Az orvos hivatásának megvannak a sajátos törvényszerűségei, szigorú erkölcsi szabályai. Abban az esetben, ha nem tudnak magas szintű teljesítményt nyújtani, akkor az intellektuális és érzelmi elégedettség folyamatosan hiányzik, ami frusztráltságot, csalódottságot, boldogtalanságot okoz. Az orvos-beteg kapcsolat megváltozása is nagyon fontos kérdése a mai orvosi hivatásnak. Korábban egyfajta paternalisztikus kapcsolat volt jellemző, ami már partneri kapcsolattá alakult, amiből következik, hogy mind a betegek, mind az orvosok részéről a korábbitól eltérő magatartás az elvárt. Az orvos szakma presztízse az elmúlt időben szemben más „klasszikus hivatással” csökkent, ami egy komplex folyamat eredményének köszönhető. Az anyagi megbecsültség szintén sokat romlott, ami nem kizárólagosan hazai jelenség. A hivatás egyik legnagyobb problémája az, hogy az emberek részéről van egy olyanfajta elvárás, hogy az orvos nem tévedhet. Az óriási munkaterhelés, ügyeletek, csökkenő orvos-létszám, túlórák miatt a hibalehetőségek száma is megnőtt. Sok esetben kritikus körülmények között kell súlyos döntéseket hozni, amik magukban hordozzák a tévedés lehetőségét. A pályaelhagyás az orvosok számára közel sem olyan egyszerű, mert egyfelől nem csak foglalkozásnak tekintik, sokkal inkább hivatásnak, másfelől, pedig **az**

⁹⁰ KULICH K.: *Az orvosok egészségi állapota*. – In. <https://prezi.com/3sjqa6bimqtg/copy-of-az-orvosok-egeszsegi-allapota/>, 2016.

orvoslás egy viszonylag zárt hivatás, nem könnyű egy másik területen elhelyezkedni, hiszen szinte mindent a nulláról kell megtanulni ez esetben. ⁹¹

Az orvosoknál és a katonáknál is megfigyelhetőek speciális stressz tényezők. Az orvosi hivatás során jelentkező leggyakoribb stressz források:

- a döntések nagy száma,
- a felelősség súlya,
- mindig naprakész információkkal rendelkezni a legújabb eljárásokkal kapcsolatosan, azokat képes legyen alkalmazni a gyakorlatban,
- sürgősségi helyzetek,
- a betegek és hozzátartozóik krízishelyzetével való szembesülés,
- haldoklókkal, haldokló családjával való kapcsolattartás,
- gyakori szembesülés a halállal,
- agresszív vagy nem együtt működő betegekkel való kapcsolat kialakítás, kezelés,
- pszichiátriai betegekkel való kapcsolat, gyógyítás,
- túlterheltség,
- egyszerre több munkacsoportban való tevékenykedés (osztályos orvos napközben, majd délutántól kezdődően 24 órában ügyeletes orvos megadott osztályokon, mellette pedig sürgősségi osztályon kell lennie kezelőorvosként),
- teamen belül nem megfelelő kommunikáció viszonyok,
- kevés idő (állandóan rohanni kell, egyik betegtől a másikig, műtőbe, sürgősségire),
- teljesíthetetlennek tűnő feladatok (egyszerre több beteg van rosszul különböző osztályokon, az egészségügyi intézmény egymástól lehető legtávolabbi pontjain, mindegyikhez odaérni, megvizsgálni, mindeközben a koordinálni a betegfelvételeket, betegvizsgálatokat stb.),
- nincsenek pontosan meghatározva a kompetenciák (kinek mi lenne a dolga, és csak azzal foglalkozzon, azt végezze el a tőle telhető legjobb módon),
- konfliktus a team többi tagjával (gyakori, hogy a sokadik munkaóra után, már mindegyik team tag fáradt, éhes, ingerült, – esetenként beteg – ezért a legkisebb dolgok miatt is képesek konfliktust generálni),

⁹¹ ILLÉS T.: *Boldogtalan orvosok... - egy hazai vizsgálat szükségessége.* - In. <http://szegedma.hu/hir/szeged/2012/01/boldogtalan-orvosok-egy-hazai-vizsgalat-szuksegessege.html>, 2016.

- munkaerőhiány (lényegesen több szakorvos kellene minden intézmény minden osztályára, akkor nem kellene egy orvosnak egyszerre több osztályon ügyelnie, és mellette sürgősségin dolgoznia egyazon műszakon belül),
- idős kollégák támogatásának a hiánya,
- munkával való egyedüli megbirkózás,
- rengeteg adminisztrációs feladat (rendkívüli elrendelő lap minden beteggel kapcsolatosan, ha olyan kezelést, gyógyszert kell neki adni ügyeleti időben, ami nem szerepel a lázlapon, dekurzálás napi szinten, minden beteg után, ügyeleti átadók írása az osztályon ahol dolgozik, referátum elkészítése ügyeleti műszakot követően),
- irreális elvárások a társadalom részéről,
- a média által kreált torzított kép az orvosokról,
- megbecsülés és elismerés hiánya,
- jogi fenyegetettség (ha a beteg úgy ítéli meg, hogy nem megfelelő ellátásban részesül, perrel fenyegeti meg az orvost, vagy ha a hozzátartozóját nem látják el azonnal a sürgősségi betegellátó osztályon, szintén perrel fenyegetőzik),
- és pénzügyi nehézségek (a különböző ösztöndíj programok révén is, egy kezdő orvos fizetése itthon és külföldön többszörös eltérést mutat) ⁹²

Orvostanhallgatók körében több kutatást végeztek, melyek eredményei alapján megállapítást nyert, hogy igen gyakran fordul elő az A-típusú személyiség, melynek jellemzői a tökéletességre való törekvés, versengés, állandó időzavar, és a munkamánia. A vizsgálatok arra is rámutattak, hogy az orvosi képzést nyújtó egyetemek felerősítik ezeket a személyiségjegyeket. Ezek közé tartozik az érzelmek elfojtása, a betegektől való érzelmi távolságtartás, plusz munkák elvégzése, saját szükségleteik háttérbe szorítása. A perfekcionizmus nemcsak az orvostanhallgatókra, hanem a már végzettekre is, szakorvosokra is jellemző. A hibáktól való félelem ezt tovább erősíti, mely mellé társul az aggodás, szorongás, bizonytalanság érzése.⁹³

⁹² GYÓRFFY ZS.: *Morbiditás és stressztényezők a magyarországi orvosnők körében*. In: Doktori Értekezés. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/gyorffyzsuzsa.d.pdf, 2015.

⁹³ TYSSSEN R., VAGLUM P., GRONVOLD N.T., EKEBERG O.: *Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors*. In: Journal of Affective Disorders, 2008. 64 (1): pp. 69-79.

A hadseregben szolgáló katonák esetében, éppúgy, mint az egészségügyben dolgozó orvosoknál speciális stressz faktorok vannak jelen.⁹⁴ A fegyveres erők tagjai rendszeresen ki vannak téve a stressz három fajtájának⁹⁵ – alapstressz, összeadódó stressz, traumatikus stressz –, melyek közül utóbbi kettő alapvetően további következmények – kiégés, poszttraumás stressz – kialakulásához vezethetnek.

„A tartósan stressznek kitett, missziós feladatot teljesítő személyi állomány egészségét és hadrafoghatóságát döntően meghatározza pszichológiai állapotuk, ezért a katona-egészségügy kiemelt szakmai feladatai közé kell tartozzon a külszolgálatot teljesítő állomány pszichológiai alkalmassági vizsgálata, a missziós feladatokra történő pszichológiai felkészítése, a helyszíni tréningek biztosítása, valamint a visszaérkezett állomány visszaszűrése és visszaillesztése a szervezetbe, beépítve a honvéd-egészségügy rendszerébe az egészségpszichológia és pszichoimmunológia legújabb eredményeit. Katonának lenni olyan sajátos életformát és hivatást jelent, amelyet sokszoros, potenciálisan stresszel teli helyzetek jellemeznek, amit a katona ugyan tudatosan vállal, de testi-lelki egészségének megőrzéséhez minden segítséget meg kell adnia a honvédség rendszerének.”⁹⁶

3.6. ORVOSKÉPZÉS ÉS UTÁNPÓTLÁS

Az orvosképzés, illetve az utánpótlás vonatkozásában szintén reprezentatív felmérés eredmények állnak rendelkezésre, miszerint a **hazai orvosi egyetemekre a felvételizők** száma évről évre csökken. 1999-ben még 4414-en adták be a jelentkezésüket a négy magyar egyetem valamelyikére – akár mindegyikére –, ez a szám 2003-ra már 3348-ra csökkent. A tendencia arányosan érintette mind a négy orvosképzést adó egyetemet. 2013 és 2020 között az orvosi-, egészségügyi képzésekre felvettek száma stagnált, enyhén emelkedett. Viszont a tendencia megfordulását jelzi, hogy 2022 és 2023 között már 14 %-os növekedés történt és jelenleg az egészségügyi szak lett az ötödik legnépszerűbb képzési terület a jelentkezők száma

⁹⁴ COOPER C. L., MARSHALL J.: *Understanding executive stress*. In. Princeton:PBI Books.

⁹⁵ KIRÁDY A.: *Stressz megjelenési formái a fegyveres testületek tagjainál*. In.: http://uni-nke.hu/downloads/konyvtar/digitgy/publikacio/Kirady_A.pdf, 2015.

⁹⁶ JASZTRAB J. SZ.: *A katonaegészségügy helye és szerepe a missziós tevékenységekben*. – In. http://old.biztonsagpolitika.hu/documents/1282752313_jasztrab_jacint_katonaegeszsegugy_a_missziós_tevékenységekben_-_biztonsagpolitika.hu.pdf, 2015.

alapján.⁹⁷ Ami a pályaelhagyást illeti a MOK adatai alapján a 2002-ben végzettek közel 30%-a eltűnt a rendszerből, pontosabban nem jelentkeztek szakorvosképzésre. A pályaelhagyók közül hozzávetőlegesen 10% külföldre megy – USA, Németország, Franciaország, Anglia, Norvégia – a másik 10% valamelyik gyógyszercégnél helyezkedik el orvoslátogató munkakörben – kevésbé jól csengő szóval gyógyszerügynök – vagy folytatja a tanulmányait egy másik osztatlan képzésben, esetleg MSc szakon. A fennmaradó néhány százalékot képviselő végzett hallgatók nem számítanak tényleges pályaelhagyóknak, mivel itthon, vagy külföldön, tudományos kutatókként tevékenykednek. A képzési idő elnyúlásával egy másik területen végzett szakember már jelentős fizetést tudhat magáénak, mikor az orvosképzésben résztvevő még mindig csak tanul. Mindezek alapján az orvosképzés egy igen költséges és hosszú távú befektetés, amit sok szülő nem képes vállalni, és sok hallgató is inkább a külföldi képzés valamelyikét választja, a későbbi jóval kedvezőbb bérezési feltételek miatt.⁹⁸

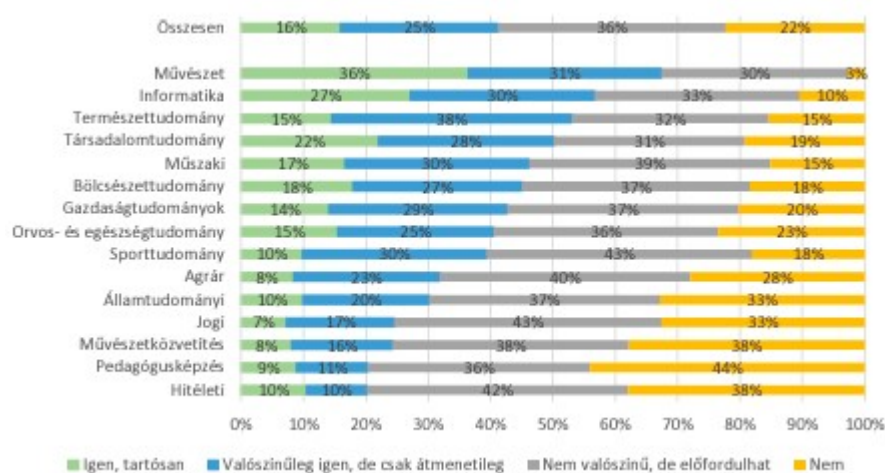
Számos hazai egyetemnél működik a **diplomás pályakövetési rendszer**. A 2023-as adatok alapján (1. sz. ábra) a Semmelweis Egyetem összes karán végzettek közül az általános orvosi karon végzettek 19,7%-a külföldön vállalt munkát a diploma megszerzését követően, 2,5% volt munkanélküli a megkérdezéskor, 2% pedig pályaelhagyó.⁹⁹ Az utóbbi tíz év alatt megduplázódott a magyar egyetemeken tanuló külföldiek száma. 2023/24-es tanévben a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán tanulók 57,44%-a külföldi, miközben az egyetem bekerült világ 200 legjobb felsőoktatási intézménye közé. 2023-ban a végzős hallgatók körében a külföldi munkavállalási szándék 15%-ra csökkent, míg a nem és nem valószínű válaszok aránya 59 %, az átmenetileg külföldi munkavállaláson gondolkodók aránya 25 % volt. A felmérés alapján a szakhoz való ragaszkodás is átlag feletti volt, az egészségügyi képzést biztosan vagy valószínűleg újraválasztók aránya 80% feletti értéket ért el. A felmérés alapján a pedagógus, a műszaki és a gazdasági terület után 44%-al az egészségügyi képzés estében fordult elő, hogy van olyan családtagja, aki szintén ezen a területen dolgozott, vagy dolgozik. Szintén az átlagosnál magasabb arányban beszéltek valamilyen külföldi nyelven. A diplomaszerezés munkaerő piaci fontosságát, a foglalkozás magas presztízsét, tudásszerzés fontosságát mind magasra értékelték. A képzés során a

⁹⁷ HAIMAN Éva: *Felvételi 2023: ezek a legnépszerűbb képzési területek.* – In. <https://unise.hu/felveteli-2023-ezek-a-legnepszerubb-kepzesi-teruletek/>, 2023.

⁹⁸ HALÁSZ M.: *Hová, hová doktor úr?* In. URL: http://mno.hu/migr_1834/hova-hova-doktor-ur-733160, 2016.

⁹⁹ EDUCATIO: *Diplomás pályakezdő rendszer, Semmelweis Egyetem végzettek (2013).* In. https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/DPR_adatlapok/DPR_2013tavasz/SE_2013.pdf, 2016.

legalacsonyabb arányban (31 %) végeztek munkát, aminek egyik oka, hogy a diploma megszerzése szükséges, hogy a saját szakterületükön eltudjanak kezdeni dolgozni. Az egészségügyi munka társadalmi hasznosságát is nagyra értékelték a pedagógus hallgatókkal együtt, ahogy annak a lehetőségét is, hogy végzés után biztosan eltudnak helyezkedni. A szakma sajátossága alapján az állami és önkormányzati rendszerben az átlag felett, míg önálló vállalkozóként az átlag alatt képzelték el a jövőjüket. A vidékről származó hallgatók kétharmada a gyermekkori lakhelyük környékén szeretne munkát vállalni.¹⁰⁰



1. sz. ábra. **Külföldi munkavállalási szándék képzési területek szerint** (a végzés előtt álló hallgatók válaszai, 2023-as adat. Forrás: Oktatási Hivatal)

2000 és 2010 között vizsgálták azt is, hogy az egyes OECD-országokban milyen arányban vannak jelen külföldön született orvosok. Németországban 2000-ben 11,1% volt, 2011-re 15,7%, számszerűen 28494 főről 57210-re emelkedett. Finnországban 2010-ben 575 külföldön született, de ott praktizáló orvos volt bejelentve, 2011-re ez a szám 1454-re emelkedett. Ausztriában is a vizsgált 10 éves időszakban 2,3%-os emelkedés figyelhető meg, hasonlóan Franciaországhoz.¹⁰¹

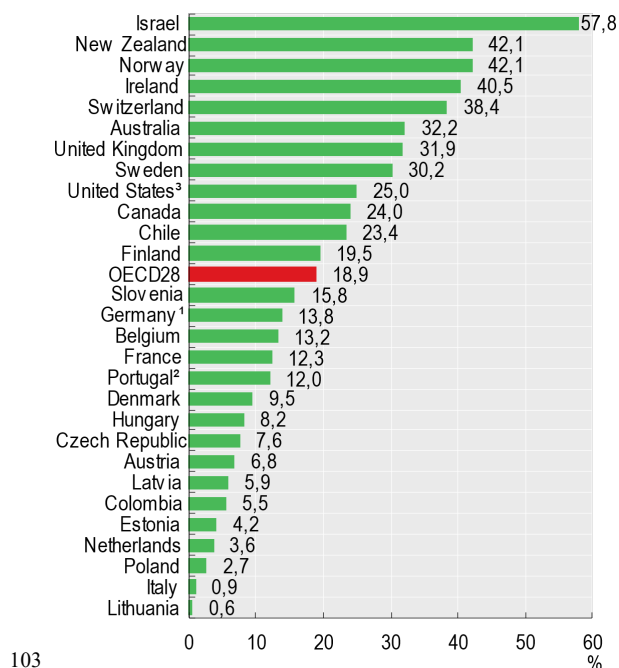
¹⁰⁰ OKTATÁSI HIVATAL FELSŐOKTATÁSI ELEMZÉSI FŐOSZTÁLY: *Diplomás pályakövetési rendszer hallgatói vizsgálat 2023.* – In: https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/felsooktatasimuhely/DPR/hallgatoj_vizsgalat_2023_jelentes.pdf, 2023

¹⁰¹ OECD: *International Migration Outlook 2015.* In. http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/international-migration-outlook-2015/practising-doctors-by-place-of-birth-in-30-oecd-countries-2000-01-and-2010-11_migr_outlook-2015-table51-en#.WA8zPjxkjcc, 2016.

A Health at a Glance 2023-as kiadásában taglalta, hogy mekkora különbségek vannak az egyes OECD-országok esetében a **külföldön képzett orvosok** tekintetében (2. sz. ábra). 2021-ben az OECD-országok átlagában az orvosok közel egyötöde (19%) legalább az első orvosi diplomáját más országban szerezte. Tehát tíz év alatt 15-ről 19%-ra, míg az ápolók esetében 5%-ról 9%-ra növekedett ez az arány, miközben a hazai egészségügyi képzés is nőtt, ami az egészségügyi dolgozók iránti fokozott keresletet jelzi. Legkevesebben Litvániában (0.6%), Olaszországban (0.9%) és Lengyelországban (3 %), míg 40 %-os értékkel Svájcban és Írországban, Norvégiában és Új-Zélandon illetve 60%-os értékkel Izraelben dolgozott a legtöbb külföldön végzett orvosok. Az igen magas arányú külföldön képzett orvos Izraelben nemcsak az országba való bevándorlás fontosságát tükrözi, hanem azt is, hogy nagy számban adtak ki engedélyt embereknek, akik Izraelben születtek, de külföldön tanultak.

Ami a hazai kivándorlást illeti, az elmúlt tíz év alatt megduplázódott a külföldön élő magyarok száma, ami erősebb kivándorlásra utal. 1997-2022 között az EU és az EFTA (European Free Trade Association) 8.268 orvosi szakképesítést ismert el külföldön. 2021-ben Magyarországról legtöbben Izraelben, Németországban, Norvégiában, Svédországban helyezkedtek el. Míg hazánkba relatív alacsony a külföldön képzett egészségügyi szakemberek aránya (8.2 % a 18.9 %-os OECD átlaghoz képest (2.ábra)), akik közül kétharmad részben főleg Romániából, míg második leggyakrabban Ukrajnából, harmadik helyen Oroszországból érkeznek orvosok. Hasonlóan alacsony a külföldön képzett nővérek aránya is (1.6% az 8.7 %-os átlaghoz képest) ¹⁰²

¹⁰² OECD INDICATORS: *International migration of doctors and nurses*. - In: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/96fd3f69-en/index.html?itemId=/content/component/96fd3f69-en#figure-d1e33242-96e5ebea99>, 2023.



2. sz. ábra: Külföldön képzett orvosok aránya az OECD-országokban (2021). Forrás: OECD

Említést kell tenni, hogy a hazai **egyetemek jelentős támogatásokat vehetnek igénybe a külföldi diákok után**, ebből következően a hallgatók közel 50%-a külföldi. Önmagában nem jelentene problémát, hogy ilyen magas arányú a külföldi hallgatók részvétele a képzésben, de ők nem Magyarországon tervezik a szakmai pályájukat, velük a későbbiekben nem lehet számolni, mint egészségügyi szakdolgozóval.¹⁰⁴

3.7. ÖSZTÖNDÍJAS RENDSZER ÉS JOGI SZABÁLYOZÁSAI

Az orvosi diplomával rendelkező szakorvosjelöltek egyik legfontosabb támogatási konstrukciója a Markusovszky Lajos Ösztöndíj Program, amelynek nem titkolt célja a szakorvosjelöltek itthon tartása, illetve pályakezdésük elősegítése. A 1248/2011. (VII.18.) Korm. határozat foglalja magába az ösztöndíj program jogi háttérét. A pályázás feltételei, hogy hazai felsőoktatási intézmény által kiadott, vagy honosított, vagy külön jogszabály szerint elismert orvosi oklevéllel rendelkezzen a pályázó, az első szakképzését még nem

¹⁰³ OECD INDICATORS: *Health at a Glance 2023*. – In: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en> ISSN: 19991312, 2023.

¹⁰⁴ KÜLFÖLDRE MENNÉK.HU: *Egyre több orvos hagyja el az országot, vagy vált pályát – utánpótlás nincs.* – In: <http://kulfoldremennek.hu/munka/401-egyre-tobb-orvos-hagyja-el-az-orszagot-vagy-valt-palyat-utanpotlas-nincs>, 2016.

kezdte meg, vagy az elsőként megszerzendő szakképzéséből legalább egy év van vissza. Flór Ferenc ösztöndíj a Honvéd-Katasztrófa- Rendvédelem-orvostan ill. Repülőorvostan, mint alapszakvizsgát választók körében volt meghirdetve korábban. A 28/2022 (VIII.25.) BM. rendelet alapján azonban, „mindkettő átkerült a ráépített szakvizsgák körébe, így arra már csak az ott meghatározott alapszakvizsgával rendelkező szakorvosok jelentkezhetnek.”¹⁰⁵

Az ösztöndíjak listáját folytatva fontos a Méhes Károly ösztöndíj is, amelyet az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal hirdet meg az ösztöndíj pályázatot általános orvosi oklevéllel rendelkező szakorvos jelöltek számára. A pályázat célja a csecsemő- és gyermekgyógyász egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzésben résztvevők támogatása. A pályázás feltételei, hogy hazai felsőoktatási intézmény által kiadott, vagy honosított, vagy külön jogszabály szerint elismert orvosi oklevéllel rendelkezzen a pályázó. Az első szakképzését még nem kezdte meg, vagy az elsőként megszerzendő szakképzéséből legalább egy év van vissza.¹⁰⁶

Szintén említést érdemel a Gábor Aurél ösztöndíj. Ezen konstrukciót az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal hirdeti meg, az ösztöndíj pályázatot általános orvosi oklevéllel rendelkező szakorvos jelöltek számára. A pályázat célja az oxiológia és sürgősségi orvostan egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzésben résztvevők támogatása. A pályázás feltételei, hogy hazai felsőoktatási intézmény által kiadott, vagy honosított, vagy külön jogszabály szerint elismert orvosi oklevéllel rendelkezzen a pályázó. Az első szakképzését még nem kezdte meg, vagy az elsőként megszerzendő szakképzéséből legalább egy év van vissza.¹⁰⁷

A fentiek mellett lehetőség van a korábban évekig Mészáros Lázár Ösztöndíj néven futott Honvédségi Ösztöndíj elnyerésére is. Az ösztöndíjra pályázatot nyújthatnak be a polgári felsőoktatási intézmények hallgatói, akiknek érvényes hallgatói jogviszonnal rendelkeznek. Mérnök szakterületen építőmérnök BSc vagy MSc hallgatók, egészségügyi területen általános orvosi karon tanulók, szakképzésben résztvevők esetében a közlekedésgépész hallgatók pályázhatnak. A pályázás feltételei közé tartozik: magyar állampolgárság, büntetlen előélet,

¹⁰⁵ PÁLYÁZATFIGYELŐ: *Szakorvosjelöltek Markusovszaky Lajos ösztöndíja.* - In: http://www.pafi.hu/_pafi/palyazat.nsf/ervdocidweburlap/E8369BE8CE78FFF2C1257C35004996BD, 2015.

¹⁰⁶PÁLYÁZATMENEDZSER: *Méhes Károly Ösztöndíj 2015 – Pályázat csecsemő- és gyermekgyógyásza szakorvosjelölteknek.* In. Online: <http://palyazatmenedzser.hu/2015/01/29/mehes-karoly-osztondij-2015-palyazat-csecsemo-es-gyermekgyogyasz-szakorvosjelolteknek/>, 2015.

¹⁰⁷ PÁLYÁZATFIGYELŐ: *Oxiológia és Sürgősségi Orvostan Szakorvosjelöltek Gábor Aurél ösztöndíja.* - In: http://www.pafi.hu/_pafi/palyazat.nsf/ervdocidweburlap/18D6D2E38C0FCD22C1257C35004B82E1 2015.

cselekvőképesség, a szerződéses állomány tagjaira vonatkozó alkalmassági követelményeknek megfelel, vállalja, hogy az ösztöndíjszerződésben meghatározott iskolai végzettség megszerzését követően a Hjt. 35. §-ában meghatározottak alapján, a képzés befejezését követő első alkalommal végrehajtásra kerülő alapkiképzésen részt vesz, és szerződéses jogviszonyt létesít a Magyar Honvédséggel. Továbbá, vállalja, hogy a részére felajánlott első szolgálati beosztását elfogadja, szerződéses jogviszonyát legalább az ösztöndíj folyósításának időtartamával megegyező ideig fenntartja.¹⁰⁸

Az ösztöndíj lehetőségek széles választéka vonatkozásában megállapítható, hogy ezen támogatási formák helyes irányt képviselnek a fiatal orvosok hazai egészségügyi rendszerben való tartására, azonban ez önmagában nem elegendő, hogy közülük megfelelő létszámban a katonai orvosi hivatást válasszák. Mindezt véleményem szerint további ösztöndíj konstrukciók szükségesek, amelyek megteremtik a lehetőséget, hogy a fiatal orvosok a MH irányába orientálódjanak.

3.8. KATONAI TOBORZÁS

Korábban főleg passzív toborzás folyt Magyarországon, amit az utóbbi időben felváltott az aktív egész éven át tartó 2023-as „*És te készen állsz?*” kampány. Felállításra került az „*Irány a sereg!*” honlap, ahol a jelentkező tájékozódhat, hogy a Magyar Honvédség mit képvisel, mit tud nyújtani és mit vár el.

A toborzó kampányt modernizálták, olyan elemekkel egészítették ki, mint a bemutatók és pályaválasztás előtt álló diákok számára tartott tájékoztatók, részvétel az Educatio Nemzetközi Oktatási Szakkiállításon, a sportszázad újrászervezése. A folyamatosan érkező modern eszközökhöz üzemeltetéséhez célirányosan keresik a fiatalokat. A program sikerességét jelzi, hogy a fenti honlapot az év során fél millió keresték fel, míg telefonon a toborzó irodákban 42 ezren érdeklődtek. A 2023 ősszén indított „*Embert a vasra!*” kampány során a NATO képességcéljainak elérése érdekében mind a hódmezővásárhelyi, mind pedig a tatabányai alakulatok érintett egységeit sikeresen feltöltötték.¹⁰⁹

¹⁰⁸ HONVÉDSÉGI ÖSZTÖNDÍJ: *Pályázati felhívás*. - In.

<http://www.epito.bme.hu/sites/default/files/page/Palyazati%20felhivas.pdf>, 2015.

¹⁰⁹ NAVARRAI MÉSZROS Márton: *Fejlődő toborzás, modern módszerek*. - In. Honvedelem.hu:

<https://honvedelem.hu/hirek/fejlodo-toborz-as-modern-modszerek.html>, 2024.

Ha valaki elhatározza, hogy szerződéses katona szeretne lenni, akkor a fent említett honlapot, vagy a laccíme szerinti illetékes toborzó irodát kell felkeresnie. A jelentkezési feltételek alapján jelentkezhet minden magyar állampolgár, aki a 18. életévét betöltötte, büntetlen előéletű, cselekvőképesség, állandó belföldi lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel, a rendfokozati állománykategóriához minimálisan meghatározott iskolai végzettséggel (szakképesítéssel) rendelkezik, a szolgálatra egészségi, pszichológiai és fizikai szempontból alkalmas a 10/2015. (VII. 30.) HM rendelet alapján és elfogadja az egyes alkotmányos jogainak a vonatkozó törvény szerinti korlátozását.¹¹⁰

Szerződéskötést szerződéskötési díjjal honorálják, ami mellett kiemelésre kerül a 12.000 Ft-os havi szépkártya juttatást, 50.000 Ft-os lakhatási támogatást, 200.000 Ft-os gyermekszületési támogatást, éves gyermeknevelési és tanévkezdési és utazási támogatást.

Szintén a toborzást szolgálja a bemutatók és a felvételi pluszpontokat jelentő önkéntes katonai szolgálatra való jelentkezési lehetőség, ami alatt a jelentkezők megismerkedhetnek például a frissen beszerzett modern katonai eszközökkel. A hat hónapos alapképzés teljesítése esetén 16 pont és a jelenlegi minimálbérnek megfelelő fizetés jár. Amennyiben valaki speciális szakfelkészítésen vesz részt, akkor 32 extra pontot kap, és a garantált bérminimumot fizetik neki. Az alapképzés után további hat hónapig lehet részt venni a programban, ami esetén műveleti besorolású alakulatnál 64 további pontot lehet szerezni. Jelentkezni 18 éves életkor felett az www.iranyasereg.hu weboldalon vagy a toborzó irodákban lehet. A szolgálat önkéntes alapon működik, de már a képzés alatt mindenki számára nyitva áll az a lehetőség, hogy döntsön: szerződéses katonává válik, vagy pedig megtartja tartalékos státuszát, miközben tovább tanul vagy dolgozik civilként. A program második szakaszának befejezése után, ha valaki teljesíti a szükséges felkészítést, lehetősége nyílik missziós szolgálatra is.¹¹¹

2024-től 300 diák pályázhat a tanulmányai alatt honvédségi ösztöndíjra, ami 300.000 Ft feletti havi juttatást jelent, cserébe a hallgatók kettős jogállásba kerülnek, azaz a Magyar Honvédség szerződéses katonái is lesznek.

3.9. TARTALÉKOS RENDSZER

¹¹⁰A HONVÉDSÉG KAPUJA: *Regisztráció, jelentkezés.* - In.

http://www.hadkiegeszites.honvedseg.hu/cikk/regisztracio_jelentkezés, 2013.

¹¹¹HONVEDELEM.HU: *Szolgálati plusz pontok a jövőre felvételizőknek* - In.

<https://honvedelem.hu/hirek/szolgalati-plusz-pontok-a-jovore-felvetelizoknek.html>, 2024.

1999-ben került elfogadásra az önkéntes tartalékos rendszer koncepciója, 2002-től kezdődött a toborzás, azonban az önkéntesek száma a 20 főt sem érte el 2010-ig. 2010-től kezdődött meg a tartalékos rendszer valódi feltöltése. A Magyar Honvédségben hivatásos, szerződéses és önkéntes tartalékos katonák egyaránt teljesítenek szolgálatot. A katonák a feladataikat önkéntes vállalás, parancsok alapján, saját életük és testi épségük kockáztatásával, valamint egyes alapjogaik korlátozásának elfogadásával teljesítik. Négy tartalékos szolgálati formát tudunk elkülöníteni: önkéntes műveleti tartalékos (ÖMT), önkéntes védelmi tartalékos (ÖVT), önkéntes területvédelmi tartalékos (ÖTT), speciális önkéntes területvédelmi tartalékos (SÖTT). A tartalékos rendszerbe bárki jelentkezhet, aki elkötelezett a honvédség irányába.¹¹²

Az orvos utánpótlás szempontjából a tartalékos rendszer jelenleg nem képes hatékonyan megszólítani a civil orvosokat. Jelenleg nagy részben a korábbi kordedvezményes nyugdíj eltörlése miatt a tartalékos szolgálatot egykori hivatásos katonák töltik be. Továbbá érdemes megjegyezni, hogy a jelenlegi jogszabályok értelmében a háború esetén a honvédelmi alkalmazottak is részei lesznek a tartalékos állománynak.

RÉSZKÖVETKEZTETÉSEK

A motivációnak kulcsfontosságú szerepe van a katonai pályaválasztásban. Azok, akik ezt a pályát választják, gyakran rendelkeznek erős belső késztetéssel, hogy segítsenek másokon, szolgálják hazájukat, és részt vegyenek a kihívásokkal teli környezetben. A motiváció különböző forrásokból eredhet, beleértve a hazafiságot, az adrenalin iránti vágyat, a csapatmunka szeretetét, valamint az egészségügyi szolgáltatás iránti elkötelezettséget. Továbbá, a katonai hivatás speciális képzést és készségeket igényel, amelyek elsajátítása jelentős személyes és szakmai fejlődést kínál. A megfelelő motiváció nélkül azonban ezek a kihívások könnyen túlterhelővé válhatnak, ezért a belső hajtóerő kritikus a hosszú távú siker és elégedettség szempontjából ezen a pályán.

Az orvosi pályaválasztásban a mintakövető magatartás, az orvosi családi háttér, orvosi hivatástudat, altruizmus, (feltételezett) anyagi stabilitás, presztízs játsszák a döntő szerepet, ráadásul több mint felük már nagyon fiatalon, 13–14 éves korában elköteleződik e hivatás

¹¹² HONVÉDSÉG KAPUJA: *Kik a tartalékosok?* – In.

http://www.hadkiegeszites.honvedseg.hu/onkentes_tartalekos_rendszer/tartalekosok_alapfogalmak, 2015.

mellett. Ezzel szemben az orvosi pálya vonzerejét csökkenti a hosszú képzési idő, a nem független munkavégzés és a magas felelősségvállalás.

Ezzel szemben a katonai pályaválasztást nehezíti (a sorkatonaság alatt tapasztalt) a magyar honvédséggel szembeni szülői, nagyszülői ellenérzés. Pályaválasztásban a biztos állás és jövedelem jelenti a legfontosabb motiváló tényezőket. A pályán maradás motiváló tényezői közé tartozik a karrierlehetőség, a férfias viselkedéshez kapcsolódó kihívásoknak való megfelelés, a közösségben végzett munka, a rend és fegyelem személyiségfejlesztő hatása, a műszaki-harcászati kérdésekben szerzett jártasság, valamint a várható külföldi kapcsolatok és kiküldetések.

A katonai pályaválasztás esetén közös motívumot jelentenek a hazaszeretet és a másokon való segítő szándék, közösség érdekében megvalósult cselekedet, viszonylag korai elhatározásra jutás, biztos megélhetés kérdése. Szintén ösztönző tényezőt jelent a honvédségi ösztöndíj lehetősége is.

A társadalmi megbecsültség, és a valós presztízs szoros kapcsolatot mutat a pálya vonzerejével és megtartó képességével. Jelenleg a tiszt karrier jelentette jövedelem inkább csak a hátrányosabb helyzetű családok számára jelent vonzerőt, az önmegvalósítás, a biztos munkahely és diplomaszerzés lehetősége nyújtotta felemelkedés, mint legfontosabb motivációs tényezők által. Ezzel szemben például az amerikai társadalomban a hadsereget tekintik az egész nemzet és az amerikai életforma védelmezőjének. Presztízs tekintetében az orvosi hivatás több kutatás szerint is az élmezőnyben végzett.

Stressz szerepét szintén ki kell emelni a pályaelhagyásban. A 40 év feletti orvosok halandósága felülmúlja a lakosság halálozási mutatóit, gyakrabban jelenik meg a „burn-out” szindróma is. Katonai hivatás is jelentős stresszel jár, amit súlyosbíthat a traumatikus hatások, illetve a hierarchikus viszonyból adódó mobbing. Az utóbbi időben egyre komolyabb problémát jelent a

A kormány intézkedési és a béremelés hatására az egészségügyi szak lett az ötödik legnépszerűbb képzési terület a jelentkezők száma alapján. Szintén csökkent a végzős hallgatók körében a külföldi munkavállalási szándék, ami megegyezik a teljes felsőoktatásra számított aránnyal.

Pozitívként meg kell említeni, hogy több ösztöndíj is rendelkezésre áll a hazai egészségügyi rendszerben való megtartás, illetve hiányszakmák feltöltése érdekében. A katonai pályára terelést a Mészáros Lázár Ösztöndíj szolgálja.

Mostanában megjelentek a fiatalokat célzó modern katonai toborzókampányok is, követve a közösségi média és digitális platformok trendjeit, hogy elérjék az új generációkat. A magyar katonai tartalékos rendszer egyre népszerűbb, jelentősen hozzájárulva az ország katonai képességeinek erősítéséhez.

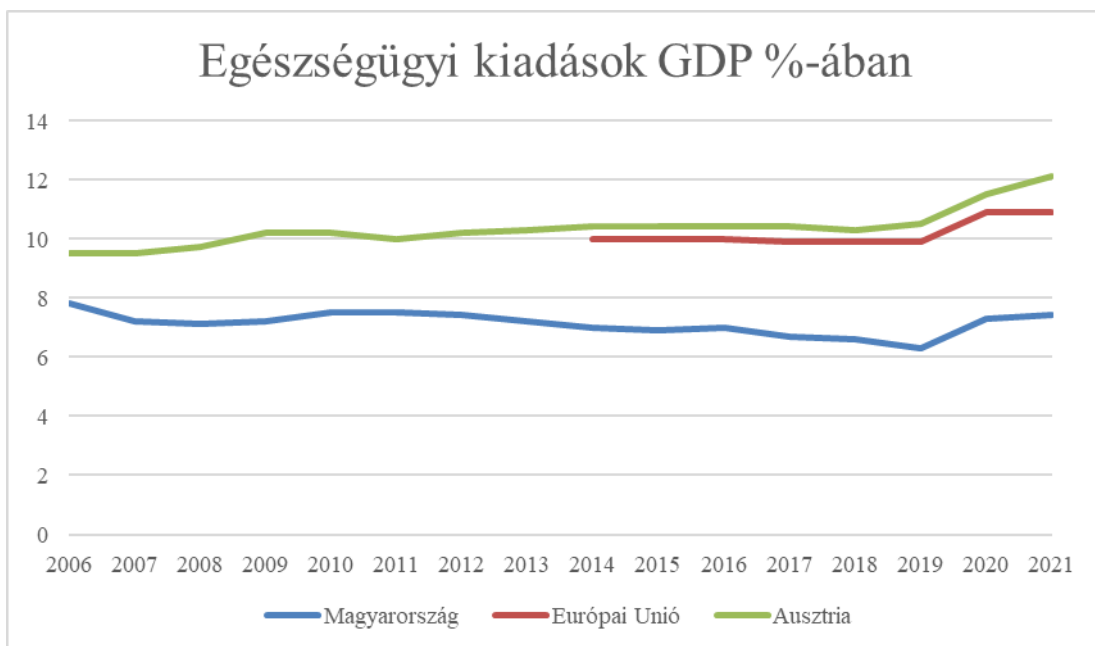
IV.

AZ ORVOS- KATONAORVOS HIÁNY GAZDASÁGI ÉS HUMÁNPOLITIKAI MEGKÖZELÍTÉSE

4.1. GAZDASÁGI SZEMPONTOK

Magyarországon mind a honvédségi, mind az egészségügyi ágazat – az oktatással egyetemben - relatív alulfinanszírozott. Az egészségügyre a GDP arányában 2012-ben 8%-ot fordítottunk, ami 2019-re a GDP 6,3 %-ra csökkent, ami az addigi legalacsonyabb érték volt. Ezzel szemben az Európai Unió átlaga 9.9 % volt ugyanabban az évben. A saját zsebből finanszírozott egészségügyi kiadások is jóval magasabbak (4,2%) a kelet-európai régió országainál (2,5%). Az Európai Unió kereseteket és életkörülményeket vizsgáló kutatása (EU-SILC) alapján Magyarországon az alacsony jövedelműek több mint 15 százaléka nem jut megfelelő orvosi ellátáshoz, ami az Európai Unióban az egyik legmagasabb arány. Szintén aggasztó, hogy a várható élettartam csak 75,2 év, ami a környező országoktól 3, míg az OECD átlagtól 5 évvel marad el, bár az ezredforduló óta 3,3 évet javult, de az arány továbbra is megmaradt a kelet-közép-európai országokhoz viszonyítva.¹¹³ Az egy főre jutó egészségügyi kiadások arányát az alábbi ábra demonstrálja (3. sz. ábra):

¹¹³ SZEPESI A.: *Kiderült, mennyire fontos a kormánynak az egészségügy.* – In. <http://www.ekorlap.hu/egeszsegugy/2015/kiderult-mennyire-fontos-a-kormany-nak-az-egeszsegugy>, 2015.

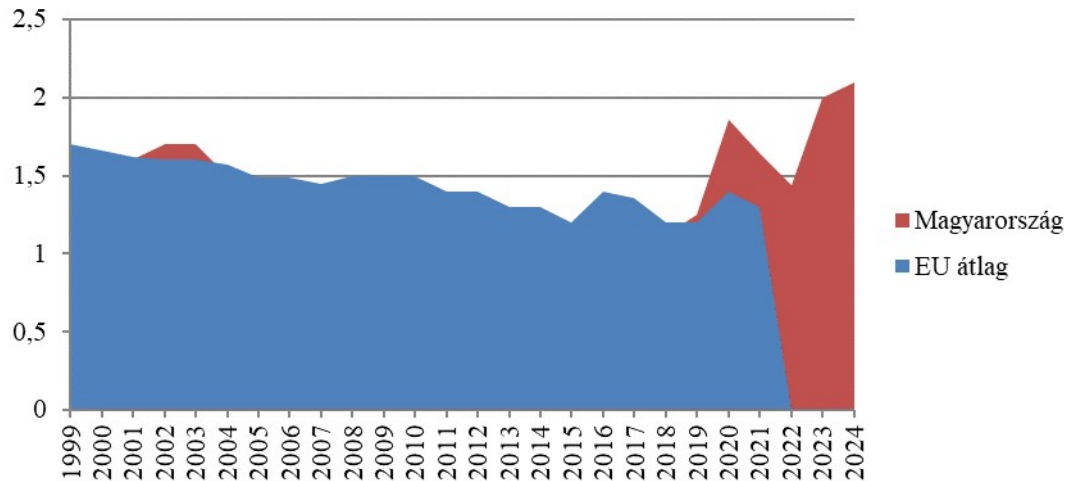


3. sz. ábra. KSH: Egészségügyi kiadások GDP %-ában (2023), Forrás: KSH.

A Magyar Honvédség költségvetése szintén folyamatosan csökkent 0,79%-ra, ami ugyan 2016-ra 0,88%-ra emelkedett, azonban valójában csak a 2011-ben elvett pénz kerül vissza újból a rendszerbe (4. sz. ábra). 2016-tól 299 milliárd forintról a hadseregre költött költségvetés fokozatosan emelkedett 2021-re 1.000 milliárd forintra, ami GDP arányosan 1.7-1.8%-ot tett ki. A kiadások tervezetten a vállalt időpont előtt egy évvel már 2023-ban elérték a NATO által javasolt 2%-ot, aminek 20 %-át fejlesztésre fogják fordítani. A válság hatására 18 NATO tagország csökkentette honvédelmi kiadásait 10%-nál nagyobb mértékben, és a javasolt 2%-os szintet Európában csak Görögország, Észtország és Lengyelország, valamint az Egyesült Királyság tudta tartani 2013-ban. 2016 és 2022 között a tagországok inflációval korrigált értéken is növelték hozzájárulásukat. Azonban az orosz-ukrán háború rávilágított a háború kitörésének lehetőségére az európai kontinensen, ezért a konfliktushoz közel lévő országok haderő fejlesztésbe kezdtek, aminek hatására 2023-ban immár 11 ország védelmi kiadásai haladják meg a 2 %-os célértéket: Magyarország mellett Észtország, Lettország, Litvánia, Lengyelország, Szlovákia, Románia, Finnország, Görögország, Románia, míg a konfliktustól távolabb az Egyesült Királyság, és Egyesült Államok. Ezzel együtt is, ami azonban a NATO védelmi kiadásának nettó összegét illeti, annak kétharmadát 860 milliárd dollárral az Egyesült Államok állja, ami mellett a 65,7 milliárdos második brit védelmi

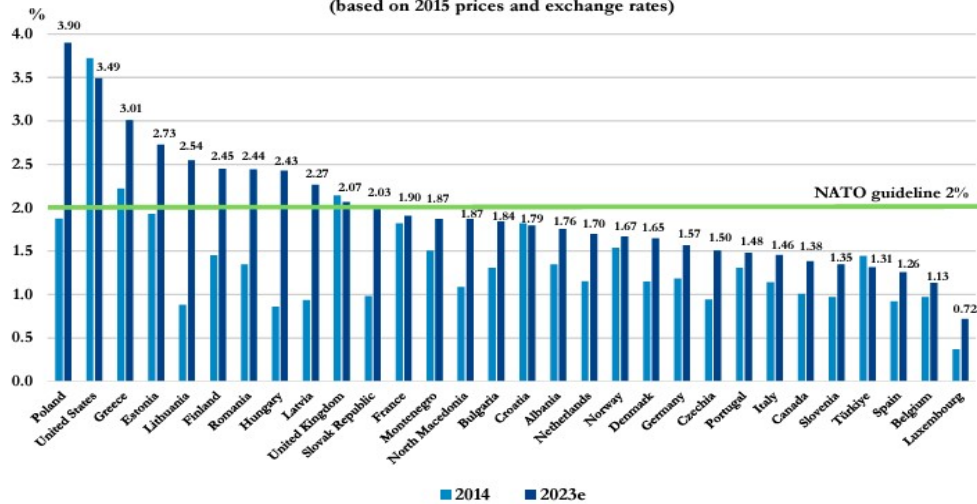
kiadásra fordított összeg is eltörpül, míg az európai szövetségek összes védelmi kiadása is „csupán” 380 milliárd dollárt tesz ki. (5-7. sz. ábra).¹¹⁴

Honvédelmi kiadások alakulása a GDP arányában Magyarországon



4. sz. ábra: Magyarország GDP-arányos védelmi kiadásai, 1999-2024. Forrás: KSH

Graph 3 : Defence expenditure as a share of GDP (%)
(based on 2015 prices and exchange rates)

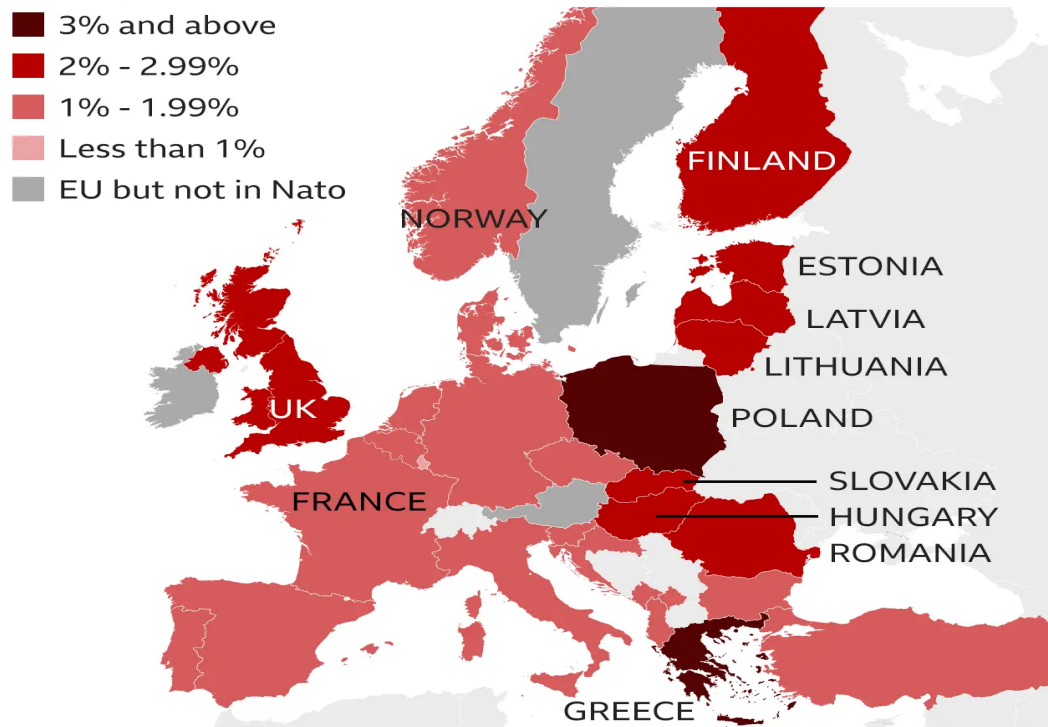


Note: Figures for 2023 are estimates.

5. sz. ábra: NATO-tagállamok GDP-arányos (%) védelmi költségvetése (2014-2023). Forrás: NATO.¹¹⁵

¹¹⁴ MÜLLER T.: *Infojegyzet 2014/7.* - In. Képviselői Információs Szolgálat, 2014.

Defence spending by Nato countries in Europe as % of GDP



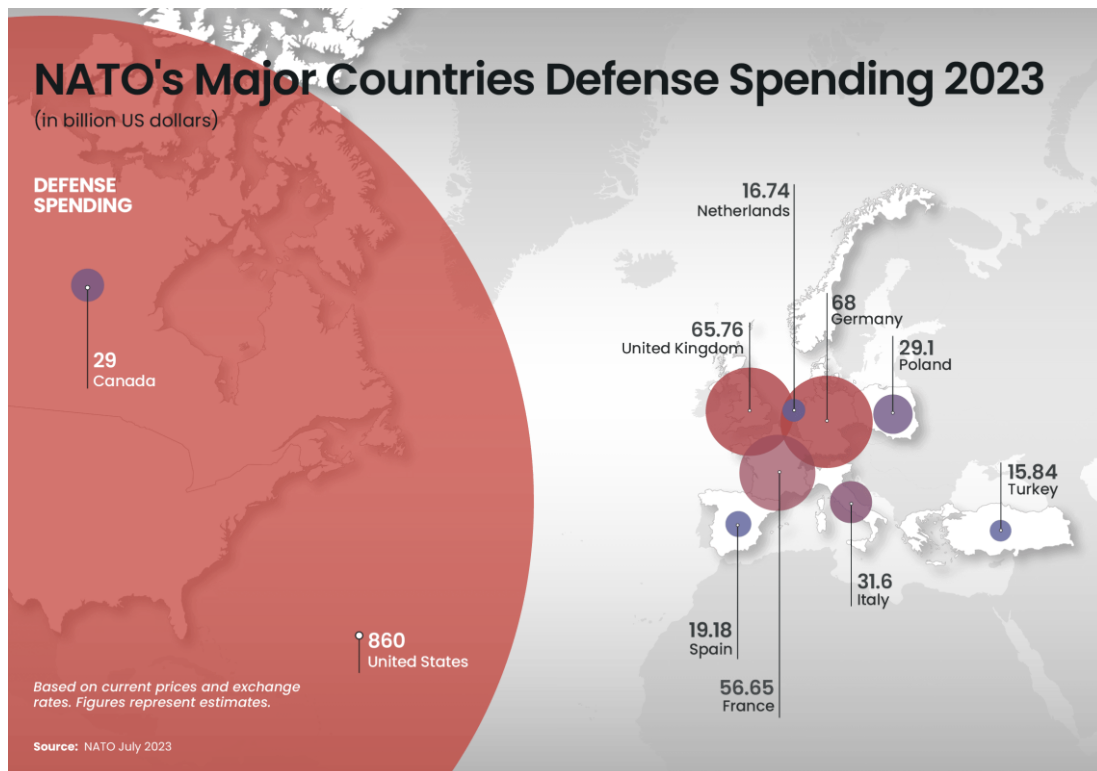
Source: Nato. Based on estimated figures for 2023 spending

BBC

6. sz. ábra: GDP arányos védelmi költségek a NATO tagországokban. Forrás: BBC, 2024.¹¹⁶

¹¹⁵ NATO: *Defence Expenditures of NATO Countries (2014-2023)* – In. https://www.nato.int/cps/en/natohq/news_216897.htm, 2023.07.07.

¹¹⁶ BBC: *How much do Nato members spend on defence?* – In. <https://www.bbc.com/news/world-44717074>, 2024.02.15.



7. sz. ábra: NATO tagországok honvédelmi kiadásai 2023-ban. Forrás: Al Majalla. ¹¹⁷

4.1.1. ORVOSOK BÉREZÉSE HAZÁNKBAN

Hazánkban az **orvosok közalkalmazotti bére** országos átlagban mérve meglehetősen alacsony volt, az átlagbér környékén mozgott, ami akkor sem emelkedett számottevően, ha több évtizedes szakmai tapasztalattal rendelkezett valaki. Az orvosi átlagkereset 2010-es 338.126 Ft volt, ami 2018-ra 709.792 Ft-ra emelkedett. Az egész világon nagy terhet jelentő, kezdetben szinte a teljes vendéglátó és szolgáltató szektor egyes részeit lebénító Covid-19 járvány hatására felértékelődött az egészségügyi szolgálat szerepe, ami hozzájárult a Magyar Orvosi Kamara és a Magyar Kormány között létrejött több lépcsős béremelési megállapodáshoz. A cél az osztrák orvosi átlagkereset 55%-ának elérése volt. Cserébe büntetőjogi kategóriába került a hálapénz elfogadása. A megállapodás keretében jelentősen emelkedett az orvosi fizetés: egy kezdő orvos bére 2023-ben 687 ezer forintra, a pályája közepén járó orvosnak a bére 1,65 millióra, míg 40 éve pályán lévő doktornak 2,38 millió forintra emelkedett.

¹¹⁷ AL MAJALLA (LONDON): *NATO boosts its defence spending.* – In. <https://en.majalla.com/node/313586/infographics/nato-boosts-its-defence-spending>, 2024.03.26.

A Magyar Rezidens Szövetség több éves figyelemfelhívó akciójuk után 2015-ben elérte, hogy az Emberi Erőforrások Minisztériuma ösztöndíjrendszert vezessen be, melynek célja, hogy a szakorvosjelöltek anyagi megbecsülését elősegítve a fiatal orvosokat a hazai egészségügyi rendszerben tudják tartani. A Markusovszky ösztöndíj keretében havi nettó 100.000 - 200.000 Ft közötti ösztöndíjért cserébe a szakorvosjelöltek vállalják, hogy az 5 éves szakképzés lejárta után az ösztöndíj idejével azonos ideig, azaz összesen 10 évig államilag finanszírozott egészségügyi intézményben dolgoznak és paraszolvenciát nem vesznek át. Amennyiben ezt nem teljesítik arányosan, kamatokkal emelten kell visszafizetni a támogatást. Az ösztöndíj programban eddig összesen több mint 3.400 fiatal szakorvos és szakgyógyszerész jelölt vett részt. Jelenleg a Markusovszky Lajos Ösztöndíj mellett létezik a csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosjelöltek részére kiírt Méhes Károly Ösztöndíj, az oxiológia és sürgősségi orvostan szakorvosjelöltek részére kiírt Gábor Aurél Ösztöndíj, a hiányszakmák képzésben résztvevők Ösztöndíja, a második vagy további szakképzés keretében megszerzendő érsebész képzésben résztvevők részére kiírt Bakay Lajos Ösztöndíj.

118, 119

A fenti intézkedések hatása érezhető javulást okozott a dolgozó aktív orvosok számában. A problémát az jelenti, hogy a **szakdolgozókból viszont továbbra is hatalmas hiány van, így az orvosok kénytelenek az ő munkájuk egy részét is ellátni, ebből következően a ténylegesen orvoslással eltöltött idejük csökken.** Az OECD országokban 10% az egészségügyben- szociális szférában foglalkoztatottak száma, ez nálunk 6%. A szakdolgozói hiány azért alakult ki, mert az ápolók bérezése még az orvosokénál is alacsonyabb, annak ellenére, hogy időről időre felmerülnek hírek béremelésekről és életpálya modellről. A valóságban ezek sosem valósulnak meg, illetve ami meg is valósul, az sem olyan formában, ahogy az a lakosság felé kerül kommunikációra.¹²⁰

A szakember hiány egyik fontos oka **az ellátórendszerben keresendő, túl sok kórházi ágy – kórház van.** 1000 lakosra hazánkban 7,1 kórházi ágy jut, az EU-ban ez az

¹¹⁸ WEBORVOS: *Egyszerűsítik a rezidensek ösztöndíjának kifizetését.* - In. <https://weborvos.hu/egeszsegpolitika/egyszerusitik-a-rezidensek-osztondijanank-kifizeteset-230439>, 2016.

¹¹⁹ ORSZÁGOS KÓRHÁZ FŐIGAZGATÓSÁG: *Rezidens Támogatási Program Ösztöndíjai.* - In. <https://www.enkk.hu/index.php/hun/szakkepzes-tamogatasi-foosztaly/rezidens/osztondijak/osztondij-palyazatok-20>, 2023. augusztus 24.

¹²⁰ INDEX: *Az orvosbárókra megy el a pénz.* - In. http://index.hu/gazdasag/penzbeszel/2016/04/18/korhaz_orvos_egeszsegugy_betegseg_lantos_gabri_ella_elso_resz/?token=34dc327ee393a579ead5945772ceed93, 2016.04.18.

arány 5,2.¹²¹ A sok kórházi ágy számít a legdrágább ellátási formának, nálunk jobb egészségügyi és gazdasági rendszerrel rendelkező országok is kevesebb kórházi ágygal dolgoznak. Magyarországon 70 ezer kórházi ágy van, amiből 42 ezer aktív, a többi krónikus. Az aktív ágyak kihasználtsága kb. 70%-os, és ez a százalékos érték folyamatosan csökken. Kevesebb ágynál, nem az épületek felszerelésére és karbantartására kellene költeni a pénzt, hanem a benne dolgozók bérezésére. A GDP 8%-a jut az egészségügyre, míg az OECD országokban 9%. Ebből a 8%-ból viszont levonódik a gyógyszerkassza 1,5%-a és magánköltések 2,5%-a, így a valódi egészségügyre fordított kiadás a GDP 4%-át teszi ki. Az alacsony százalék a kevés járulékfizető miatt alakult ki. Jelenleg a kb. 8 millió felnőttből 4,4 millió fizet valamennyit, 3,6 millióan pedig ingyen veszik igénybe.¹²²

Az MTA több tanulmányt is végzett, melynek központi témája az orvosok elvándorlása volt. Az egyik ilyen tanulmányban a szakemberek az adatok elemzését követően arra jutottak, hogy **a magyar orvosok akkor is elhagynák az országot, ha nem keresnének külföldön több pénzt.** Kérdőíves kutatást végeztek, melybe 1086 orvost vontak be, akiket 17 körülményről kérdeztek: hol dolgozik az ember szívesen, bérszínvonal, egészségügyi rendszer állapota, lakáskörülmények, szakmai lehetőségek, ügyintézés stb. Az eltérés a két csoport között nem volt jelentős, komolyabb különbségek az itthon és a külföldön dolgozó orvosok között azoknál a tényezőknél voltak tapasztalhatóak, melyekben a külföldi és magyarországi helyzet között nem láttak jelentős eltérést. A 17 vizsgált tényezőtől 12-ben a külföldön dolgozó orvosok a külföldi helyzetet jobbnak látták, 3 tényező volt, amelynél szignifikánsan rosszabbnak látták a külföldi helyzetet a hazai orvosoknál – részvételi lehetőség kutatásokban, szórakozás-élményszerzés, munkakörnyezet-munkahely állapot.¹²³

Ahogy azt korábban is írtam, az egészségügyet érintő humánerőforrás problémák nem kizárólagosan a bérezés miatti különbségekből adódnak. Az MTA tanulmány nem foglalkozott azzal, hogy az egészségügyben történő **átszervezések** is hatalmas károkat okoznak, és rengeteg szakmabeli éppen ezek miatt dönt a külföldi munkavállalás mellett. A fluktuáció esetenként eléri a 60-70%-ot.

¹²¹ KSH: *Kórházi ágyak száma (2000-)*. - In. http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_int017.html, 2015.

¹²² INDEX: *A balekok tartják el a potyautasokat.* - In. URL:http://index.hu/gazdasag/penzbeszel/2016/05/02/korhaz_orvos_egeszsegugy_betegseg_lantos_gabriella_masodik_resz/, 2016.09.26.

¹²³ BLASKÓ Zs., FAZEKAS K.: *Munkaerő piaci tükrök 2015.* - In. http://www.mtakti.hu/file/download/mt_2015_hun/egyben.pdf, 2015.

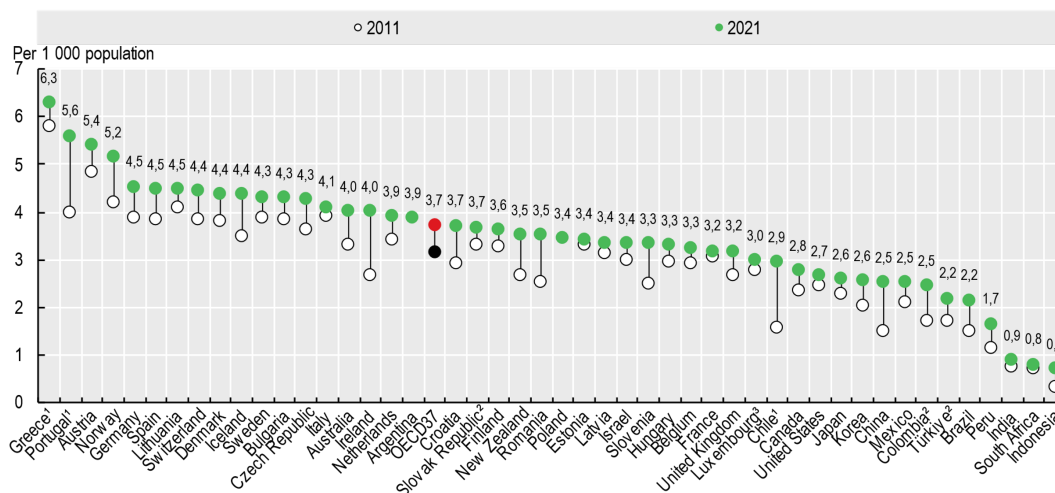
Világviszonylatban jelentős problémát jelent az **orvosok migrációja**, de egyes országokban/térségekben ez a probléma hatványozottan van jelen. Egy 1991-2004 közötti innovatív adatelemzés tette lehetővé, hogy áttekinthetővé váljon az orvosok migrációja és annak lehetséges gazdasági következményei. Az ázsiai országokban nőtt legnagyobb mértékben az orvosok kivándorlása, kiváltképp Indiában és a Fülöp-szigeteken, de az Egyesült Királyság, Franciaország valamint Kanada is a 25. helyen áll. Afrika Szahara területén rögzítették a legkisebb orvos sűrűséget a világon, illetve egy viszonylagosan magas kivándorlási arányt (19%). 2004-ben a külföldön képzett orvosok 60%-a az USA-ban volt megtalálható, ezzel a legnagyobb arányú befogadó országnak tekinthető, öt követik a sorban 20%-kal az Egyesült Királyság. Ausztrália, Kanada és Németország 3%, Belgium 2%, Franciaország 1,34%.¹²⁴

Az OECD vizsgálati eredményei alapján bár az egészségügyi és szociális szektorban dolgozók száma folyamatosan növekszik, úgy válnak egyre hangsúlyosabbá a munkaerőhiányból eredő aggodalmak. Az elöregedő társadalom egyik fő tényezője a növekvő kereslet az egészségügyi és hosszú távú gondozás terén dolgozók iránt, mely meghaladja a rendelkezésre álló kínálatot: 2021-ben várhatóan a lakosság átlagosan 18%-a lesz 65 éves vagy idősebb. Az elmúlt évtizedben az OECD-országokban dolgozó külföldi orvosok és ápolók száma 60%-kal emelkedett. A jövőbeli előrejelzések szerint az egészségügyi dolgozók nemzetközi migrációja tovább fokozódik, és egyre nagyobb lesz az eltérés az egészségügyi szakemberek kínálata és az irántuk mutatott gazdasági kereslet között. Az utóbbi időben néhány országban a magas infláció miatt csökkent az egészségügyi ágazatban dolgozók bérei, ami megnehezítette az egészségügyi szakemberek toborzását és megtartását. Ha hosszabb távú tendenciákat vizsgálunk, láthatjuk, hogy az egészségügyi dolgozók reálbér-növekedése igen eltérő volt: 2011 óta a legtöbb közép- és kelet-európai országban jelentős emelkedés volt tapasztalható, míg Finnországban, Olaszországban, Portugáliában, Spanyolországban és az Egyesült Királyságban a reálbérek stagnáltak vagy csökkentek.

Az OECD-országokban az orvosok száma lendületes növekedést mutatott 2001-ben 2,9 millióról 2011-re 3,5 millióra, majd 2021-re 4,3 millióra emelkedett. Az elmúlt évtizedben mindegyik OECD-országban az orvosok száma gyorsabban nőtt, mint a népesség száma, így

¹²⁴ THE INTERNATIONAL MIGRATION OF DOCTORS: *Impacts and Political Implications*. – In. <http://www.irdes.fr/english/issues-in-health-economics/203-the-international-migration-of-doctors-impacts-and-political-implications.pdf>, 2016.09.28.

átlagosan az 1 000 lakosra jutó orvosok száma 2011-ben 3,2-ről 2021-re 3,7-re nőtt, amit a 8.sz.ábra szemléltet. ¹⁰³



8. sz. ábra: Gyakorló orvosok számának növekedése 1 000 lakosra vetítve, 2011 és 2021között, Forrás: OECD.stat (2023)

4.1.1.1. HÁLAPÉNZ

Kutatásom kezdetekor a paraszolvencia intézménye meghatározó részét képezte az egészségügyi ellátásnak. KSH adatai szerint 2014-ben a hálapénzre fordított összeg 8.3 milliárd forint volt, míg 2018-ban már a becsült összege 36.7 milliárd forintot tett ki, ami a teljes egészségügyi kiadás 5%-át jelentette. ²¹⁸

Azonban 2021 január elsejétől hálapénzt adni és elfogadni is tilos, kivételt csupán a kis értékű, a minimálbér 5%-át (8370 forintot) meg nem haladó ajándékok jelentenek. A jogszabály betartását a Nemzeti Védelmi Szolgálat ellenőrzi. 2022-ben 100 megbízhatósági vizsgálatot végeztek és 11 orvos ellen indult eljárás paraszolvencia elfogadása miatt, ami azt jelzi, hogy sikerült visszaszorítani a hálapénz rendszerét.

Ennek ellenére érdemes megismerni a hálapénz rendszerének történetét. Hazánkban a 1950-es években alakult ki a paraszolvencia rendszere, miután a korábbi több tucat magán és állami egészségbiztosítási rendszert és a magán orvosi praxisokat felszámolták, és az ingyenes állami ellátást egyre többen próbálták igénybe venni, amit a rendszer nem bírt. A kialakult helyzetet fizetésemeléssel tervezték rendezni, de Gerő Ernő a Magyar Kommunista Párt egyik

vezető alakjának utasítására 3 évre ideiglenesen elnézték az orvosok részére a „borravaló” adását. Amiből 70 éves gyakorlat lett. Bár lehetőség lett volna etikailag szankcionálni, ilyen bejelentés nem érkezett, illetve 1978. évi IV. törvény 250. §-a szerint 3 évi szabadságvesztéssel, a 252. § szerint - vétség miatt - 2 évi szabadságvesztéssel volt büntetendő az elkövető. Ami a Magyar Honvédséget illeti, azt kell megemlíteni, hogy az alakulatoknál nem volt hálapénz rendszer, mivel a Kórház saját katonáit látja el, így ott a hálapénz is alacsonyabb volt. Viszont meg kell említeni, hogy a sorkatonaság intézménye idején volt olyan orvos, aki pénzért abban segédkezett, hogy valótlan orvosi igazolással mentességet adott arra illetékteleneknek.

4.1.2. EURÓPAI UNIÓS ORVOSI ÁTLAGKERESET

A munkakörülmények mellett az anyagi megbecsülés játszik legfontosabb szerepet a külföldre történő egészségügyi elvándorlásban. 2011-ben Románia és Bulgária után hazánkban voltak a legalacsonyabbak az orvosi keresetek, annak ellenére, hogy korábbi években a közfinanszírozott ellátásban dolgozó orvosok keresete több lépcsőben emelkedett. (9-10. sz. ábra). Összehasonlításképpen a legrosszabbul fizetett orvosok 4-szer, a legjobban keresők 5.6-szor kerestek jobban a nyugati szomszédunknál, amin vásárlóerő paritással korrigált érték sem javított sokat, így a munkakörülményeket is figyelembe véve érthető, hogy miért emelkedett meg az orvosi kivándorlás az európai uniós csatlakozásunk után.

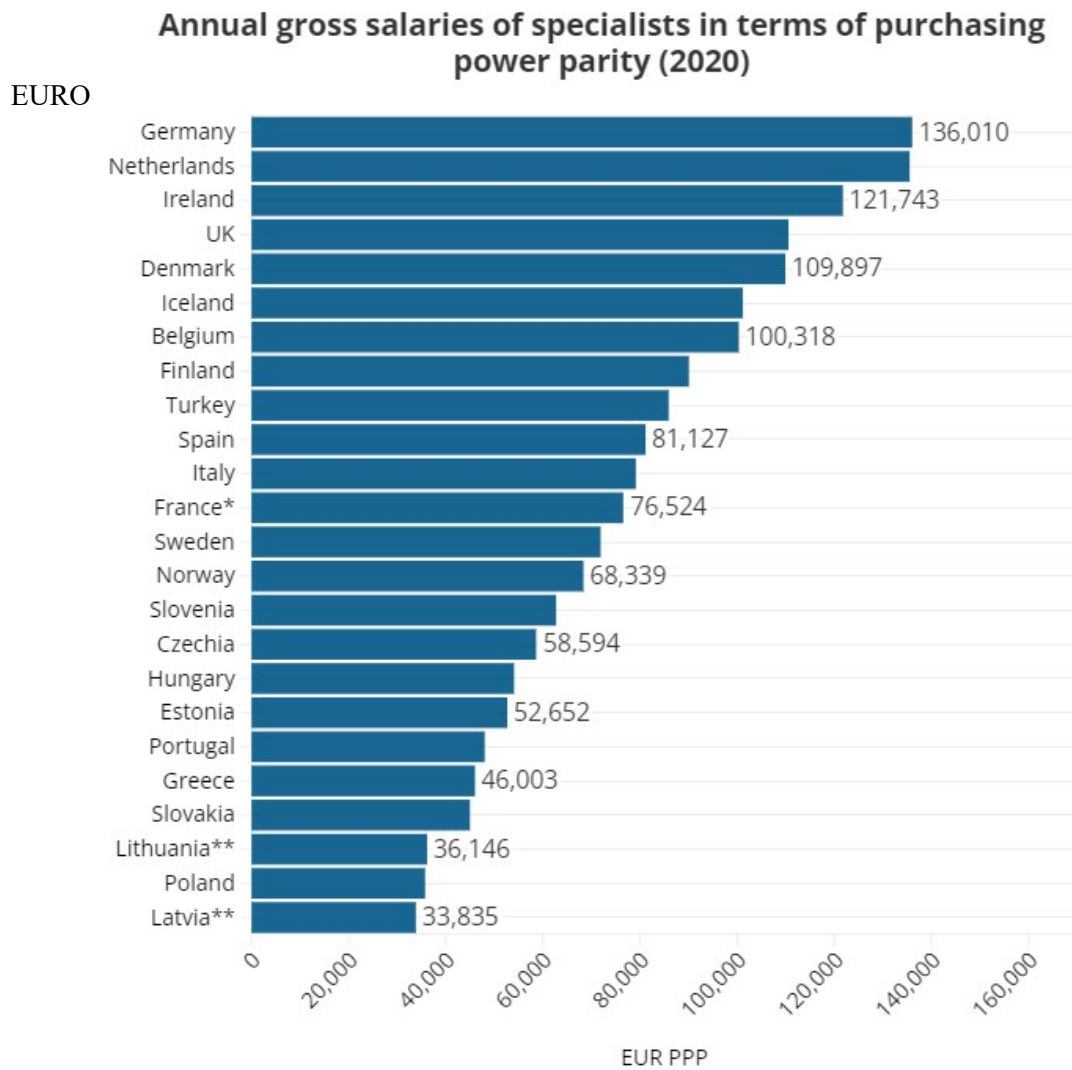
2010 és 2020 között az OECD adatai alapján hazánkban a szakorvosok fizetése 6,4 százalékkal, míg a házi-orvosoké 4,8 százalékkal nőtt reálértéken, ahogy a legtöbb európai országban is. Azonban csökkenésre is volt példa Portugáliában (1.6%-1.8%), az Egyesült Királyságban (1.2%-0.8%) és Szlovéniában (1.4%-0.6%) csökkentek. Továbbá a regionális különbségek is megmaradtak. 2015-ben a lengyel és a luxemburgi átlagkeresetek közt 10-szeres volt a különbség. A 2020-as szakorvosi átlagkereseteket a 20-ik ábra szemlélteti, amiben még mindig a hátsó mezőnyben található a magyar adat.

2019-2022 között a koronavírus-járvány rendkívüli terhet rótt az egészségügyi szakemberekre, aminek hatására 2022-ben számos országban (például Franciaországban, Németországban, Spanyolországban, Portugáliában, Görögországban és Törökországban) tüntettek az egészségügyi dolgozók jobb munkakörülményekért és magasabb bérekért.

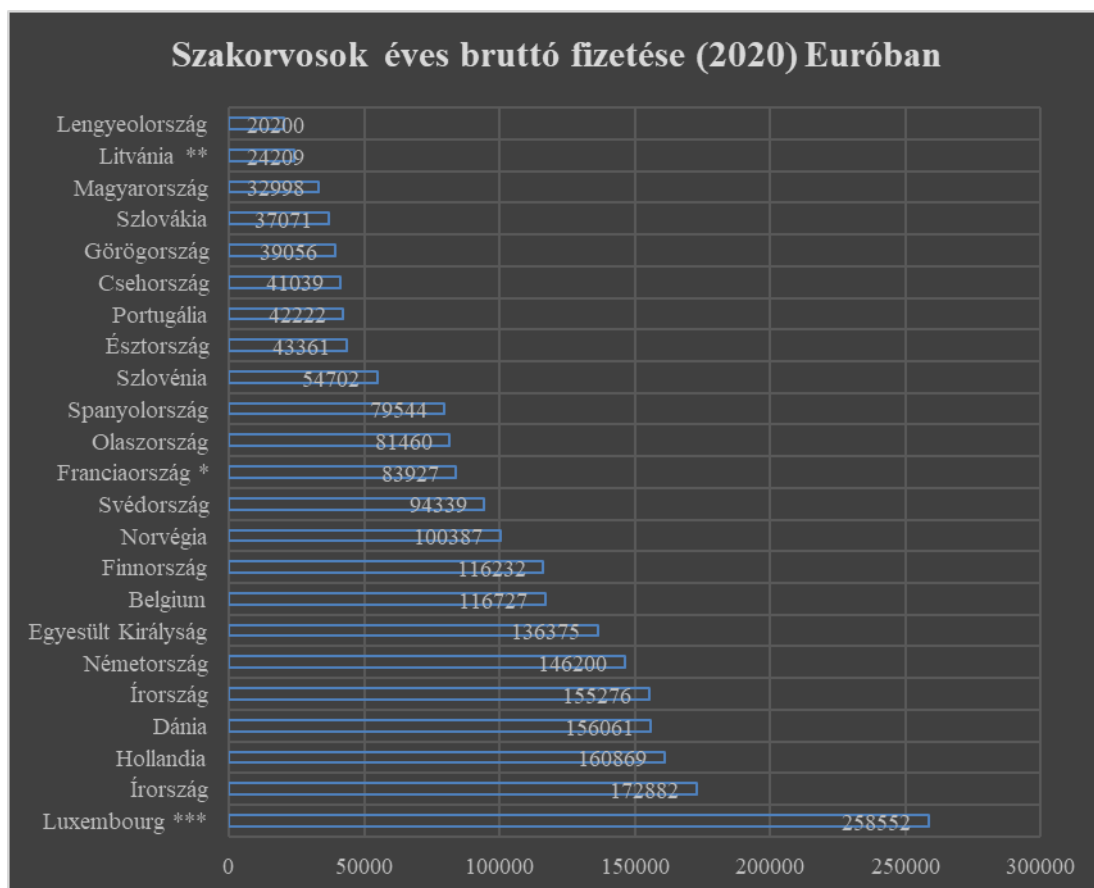
Hazánkban 2021-2023 között az orvosi átlagbéreket jelentősen, 2.5-szeresére megemelte a magyar kormány. Ezt az emelést hivatalos statisztikával szemléltetni azonban nem tudom, mivel a legfrissebb elérhető európai statisztikák a 2020-as szintet mutatják csak, a KSH-nál is csak a 2021-es statisztika érhető el, amiben azonban már látszik a béremelés (2019-ben: 869.480Ft, 2020-ben: 958.853Ft, 2021-ben: 1.713.683). Összehasonlításként 2023-ban egy kezdő orvos bére 687 ezer forintra, huszonéves gyakorlattal rendelkező orvos bére 1 millió 650 ezer forintra, 40 éve pályán lévő orvos pedig alapbére 2 millió 380 ezer forintra emelkedett, ami a 20 éves tapasztalattal rendelkező orvosoknál éves szinten 53.550 EUR-t jelent. Ezt az adatot a lenti 10.sz ábrán a 2020-as táblázatba helyezve, még mindig az alsó és a középső harmad határát jelenti, amin a vásárló erő paritás még emel valamennyit. A 2020-as 32,988 EUR/éves adat 54,054 EUR-nak felelt meg vásárlóerő-paritásban kifejezve. Sajnos frissebb adatot nem áll rendelkezésemre.^{125, 126}

¹²⁵ EURONEWS: *Bérekérdés: Melyik európai országokban keresik a legtöbbet az orvosok?* - In. <https://hu.euronews.com/next/2023/01/05/berkerdes-ezekben-az-europai-orzagokban-keresik-a-legtobbet-az-orvosok>, 2023.

¹²⁶ SERVET Yanatma: *„Doctors' wages: Which countries in Europe pay medics the highest and lowest salaries?”* - In. <https://www.euronews.com/next/2023/08/11/doctors-salaries-which-countries-pay-the-most-and-least-in-europe>, 2023.



9. sz. ábra: az orvosi fizetések vásárlóerő paritással korrigált értéke az Európai Unióban (2020) Forrás: Euronews.



10. sz. ábra: Orvosi bérek az Európai Unióban 2020-ban. Forrás: OECD (Salaried) (*2019, ** 2018; Luxembourg 2015) ¹²⁵

4.1.3. ORVOSI BÉREK RENDEZÉSE 2020 UTÁN

Miként arra VARGA Júlia 2016-os kutatásában rámutatott, az orvosok nagyarányú külföldre vándorlása már a 2000-es évek legelején megindult: a 2003. január és 2010. március közötti időszakban az orvosok mintegy 7 százaléka, majd – néhány hónapos megtorpanást követően – a rá következő kicsivel több mint egy évben a további 5 százaléka kezdett el külföldön dolgozni. Ezt követően még eltelt közel egy évtized, ez idő alatt a krónikus orvoshiány, úgy tűnik, a döntéshozók számára nem volt elég fenyegető, és a Covid-19

járvány okozta sokk szükségeltetett ahhoz, hogy a kormány elszánja magát az orvosi bérek rendezésére.¹²⁷

2020 októberében jelentették be, hogy – a MOK által megfogalmazott javaslatokat is figyelembe véve – megszületett az orvosi béremelésről szóló törvényjavaslat, mely – „*elismerve a magyar orvosok helytállását*” – három lépcsőben (2021-ben, 2022-ben, 2023-ban) rendezte az orvosok bérét.^{128, 129}

ELMER Diána intézménytípusonkénti bontásban vizsgálta, hogy 1998 és 2021 között miként alakult a teljes munkaidőben dolgozó orvosok (általános és szakorvosok) átlagos havi bére. A vizsgált időszakban átlagosan az orvosi jövedelem 16,1-szeresére emelkedett (havi 93 862 forintról 1 512 376 forintra), az általános orvosok esetében 11-szeres (havi 83 337 ezer forintról 915 386 forintra), a szakorvosok esetében 17,9-szeres (havi 98 807 forintról 1 765 106 forintra) növekedés történt. A legnagyobb emelkedésre 2020 és 2021 között került sor, ez az átlagos orvosi béreknél 87,3 százalékos, az általános orvosoknál 98,6 százalékos, a szakorvosok esetében 82,6 százalékos többletet eredményezett. A bérhelyzet intézménytípusonként eltérően alakult, mind 2020-ban, mind 2021-ben a fővárosi kórházakban és a klinikai központokban volt a legalacsonyabb a bér, a legmagasabb pedig a városi kórházak esetében. A legalacsonyabb és a legmagasabb havi átlagos bér között 2021-ben 2,44-szeres eltérés mutatkozott.¹³⁰

2022 és 2023 folyamán – az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvényben írtaknak megfelelően – további (28,5 százalékos, illetve 11,5 százalékos) béremelést hajtottak végre. A törvény szerinti bértábla alapján például 2021-ben egy pályakezdő orvos havi bruttó illetménye 481 486 forint, 2022-ben 619 053 forint, 2023

¹²⁷ VARGA Júlia: *Az orvoscigráció ütemének változásai, 2003–2011.* – In. BLASKÓ Zsuzsa–FAZEKAS Károly (szerk.) - Budapest, MTA Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaság-tudományi Intézet. 2015. - p. 96–103.

¹²⁸ PORTFOLIO: *Megérkezett a törvényjavaslat az orvosok béremeléséről. - Így jönnek a milliós orvosi fizetések.* - In. <https://www.portfolio.hu/gazdasag/20201005/megerkezett-a-torvenyjavaslat-az-orvosok-beremeleserol-igy-jonnek-a-millios-orvosi-fizetesek-451558>, 2020.

¹²⁹ MAGYARORSZÁG KORMÁNYA: *T/13174. számú törvényjavaslat az egészségügyi szolgálati jogviszonyról.* - In. <https://www.parlament.hu/irom41/13174/13174.pdf>, 2020.

¹³⁰ ELMER Diána: *Az egészségügyi ágazatban dolgozók bér- és létszámhelyzete Magyarországon.* - In. Doktori értekezés. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar. 2023.

januárjától 687 837 forint, míg egy 41 évnél több gyakorlati idővel rendelkező orvosé 2021-ben 1 666 040 forint, 2022-ben 2 142 051 forint volt, 2023. január 1-jétől pedig 2 380 057 forintra emelkedett ez az összeg.

A MAGYAR ORVOSI KAMARA 2024 februári – házi orvosok és szakorvosok bevonásával készült – felméréséből ugyanakkor az derül ki, hogy az orvosok nem kizárólag a még magasabb javadalmazást hiányolják. A válaszadók 38 százaléka a jelenleginél 25 százalékkal, a válaszadók 21,9 százaléka 50 százalékkal magasabb bért tartana megfelelőnek; a közgyógyellátásban foglalkoztatottak háromnegyede elégedetlen a munkakörülményekkel; az ügyeletet vállalók háromnegyede nem tartja megfelelőnek az ügyeleti rendszert és/vagy az ügyeletért kapott díjazást. A kutatás érintette a paraszolvencia kérdését is, a MOK szerint „*úgy tűnik*”, hogy az állami ellátásban dolgozó orvosok bérrendezése „*nagyrészt kompenzálta a hálapénz betiltásával kieső jövedelmet*”: a korábban hálapénzt elfogadó szakorvosok mintegy háromnegyede nyilatkozta azt, hogy jelenleg több pénzt visz haza, mint korábban a hálapénzzel együtt. A vizsgálatba bevontak bevallása szerint demotiváltságukat elsődlegesen a rossz infrastruktúra, a leterheltség, a bizalomvesztés, a média által generált orvosellenes hangulat okozza; többségük meglátása szerint a hazai egészségügy rosszabb helyzetben van, mint a Covid-19 járvány előtt volt, ennek pedig legfőbb okát az ápolóhiányban, a szakorvoshiányban és az infrastrukturális hiányosságokban látják. A személyes jövőképet illetően a válaszadók 29 százaléka úgy nyilatkozott, hogy részben vagy egészben át szeretne menni a magánszektorba, 6 százalék a külföldi munkavállalást, 2 százalék a pályaelhagyást fontolgatja, 9 százalékuk pedig nyugdíjba tervez menni.¹³¹

Ami a külföldi pályaelhagyást illeti annak mértéke évről évre csökken. Az itthon praktizáló orvosok száma statisztikailag évről évre folyamatosan növekszik, azonban betegként nem ezt érezzük, mivel jelenleg a praktizáló orvosok jelentős része már a magán szektorban tevékenykedik, illetve nemzetközi jelenség, hogy a növekvő átlagos élettartam és az orvos technikai eszközök fejlődésével párhuzamosan egyre több orvosra és egészségügyi személyzetre van szükség.

¹³¹ MAGYAR ORVOSI KAMARA: *MOK felmérés: megkérdeztük tagjainkat, közzétettük az eredményeket. Szakorvosi kérdőív.* – In. <https://mok.hu/hirek/mokhirek/mok-felmeres-megkerdeztuk-tagjainkat-kozvetettuk-az-eredmenyeket>, 2024.

Fentiek legfőbb következtetése, hogy miként önmagában a béremelés sem teszi a munkavállalót feltétlenül motiváltabbá, úgy a bérrendezés sem képes teljességgel megállítani az orvosok külföldre vagy a magánegészségügy felé vándorlását. A leterheltség, a rossz infrastruktúra, a nem megfelelő eszközállomány, a bizalomvesztés, a szakdolgozók hiánya éppen úgy a pálya elhagyására sarkallhatja az orvosokat, mint az átgondolatlanak tűnő, az érintettek véleményét, érdekeit figyelmen kívül hagyó vezetői döntések.

Viszont az utóbbi években tett intézkedések pozitív hatását és eredményességét jelzi, hogy egyre több fiatal szeretne az orvosi egyetemre jelentkezni. Például 2023-ban Semmelweis Egyetem a felvett diákok számában a hat karon csaknem 20 százalékos emelkedés volt tapasztalható a múlt évhez képest, amihez magasabb pontszámok is kellettek. 2023-ban az orvos- és egészségtudományi terület lett az ötödik legnépszerűbb a jelentkezők száma alapján.¹³²

4.2. HUMÁNPOLITIKAI MEGKÖZELÍTÉS

4.2.1. AZ ORVOSHIÁNY MÉRTÉKE MAGYARORSZÁGON

A médiában a külföldi migrációval kapcsolják össze az orvoshiányt. Azonban, ha megvizsgáljuk az orvoshiány kialakulásában szerepet játszó folyamatokat, akkor azt találjuk, hogy **18 százalékban**, azaz a legnagyobb arányban a **Magyarországi nem egészségügyi ágazatba történő pályaelhagyás** jelenti a legnagyobb szerepet. Majd felelősödött a magánegészségügy elszívó hatása is. Második tényező **15 százalékban az inaktív státuszba kerülés** (gyermekgondozási szabadság, nyugdíjazás). **Csupán a harmadik tényező a külföldi elvándorlás 13 százalékos értékkel 2001-2011 között, ami a későbbiekben tovább csökkent 6%-ra 2009-2017 között, és jelenleg is csökkentő tendenciát mutat.**¹³³

Egy ország mindenkori orvos létszámát az utánpótlás és a veszteségek nettó egyenlege adja. Utánpótlási oldalon az alábbi tényezők szerepelnek:

- a hazai egyetemeken végzett évfolyamok létszáma,

¹³² SEMMELWEIS HÍREK: *Rekordszámú hallgató és egyre magasabb ponthatárok a Semmelweis Egyetemen.* – In: <https://semmelweis.hu/hirek/2023/07/27/rekordszamu-felvett-hallgato-es-egyre-magasabb-ponthatarok-a-semmelweis-egyetemen/>, 2023.06.07.

¹³³ VARGA Júlia: *A felsőfokú végzettségűek foglalkozási mobilitása.* – In. MTA doktori értekezés, 2017. - p. 165-201.

- a külföldi egyetemekről hazatérő diplomások száma,
- a bevándorló orvosok száma,
- és a külföldről visszatérők.

Veszteségi oldal tényezői pedig:

- az aktív korban bekövetkezett halálesetek,
- a Kádár-korszak disszidens migrációja,
- az 1989-es rendszerváltozás utáni szabad külföldi munkavállalás,
- a belföldi pályaelhagyás,
- és a tranzitmigráció¹³⁴.

Az 1980-as évektől kezdődően sokáig nem készült olyan átfogó kutatás, mely egy adott szakmára fókuszálna, és megvizsgálta volna a jellemzőit. Az egészségügyi ágazatban a munkaerőpiaci helyzet vizsgálata kiváltképp fontos, mert humán erőforrás problémák vannak, melyek hosszabb ideje fennállnak.

A helyzetet nehezíti, hogy nem készül olyan statisztika, amiből pontosan megállapítható lenne a hazánkban dolgozó orvosok száma. A KSH STADT adatai alapján 2001-es 33.088 főről húsz év alatt 38.920 főre nőtt az egészségügyben dolgozók száma. A csúcst 2019-ben 41.282 fő jelentette, ami az abban az évben kitört COVID-19 járvány hatására a következő évben csökkent, de utána ismét emelkedésnek indult. Azonban a KSH a dolgozó orvosok alatt az orvosok és a fogorvosok összesített számát érti.

Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ, majd megszűnése után az Országos Kórházi Főigazgatóság egészségügyi humán erőforrás monitoring rendszer statisztikája tartalmazza minden hazánkban orvosi diplomát szerzett, vagy külföldi diplomáját Magyarországon honosított orvosok összlétszámát. E szerint 2009-es 33.237 főről 2018-ra 56.540 főre nőtt a hazánkban dolgozó orvosok száma. 2018 utáni adatok nincsenek feltöltve. **A KSH (pl. 2018-ban: 39.948 fő) és a OKFŐ (2018-ban: 56.540 fő) adatai nem egyeznek meg,** mivel az utóbbi statisztikában nem veszik figyelembe, hogy a listán szereplő diplomás orvosok valóban dolgoznak-e Magyarországon, vagy sem.

A másik adatbázis, amit fel lehet használni a hazai orvoslétszám becslésére, az a működési nyilvántartás adatai. A működési engedély ahhoz szükséges, hogy egy orvos dolgozni tudjon. Az engedélyt öt évre adják, ezért akkor is szerepel benne az adott orvos, ha időközben külföldre ment, vagy közben elhagyta a pályát. Tehát nem garantált, hogy azok,

¹³⁴ BALÁZS P.: *Nemzetközi migrációs hatások és belső tényezők Magyarország orvosi munkaerő-gazdálkodásában.* - In. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2009.

akik a nyilvántartásban szerepelnek, valóban Magyarországon dolgoznak, sőt, még ha igen, sem biztos, hogy orvosi munkakörben, vagy a közszférában tevékenykednek. **Ebben a statisztikában a 2018-as adat már csupán 33.078 fő volt.**

Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér adatait felhasználva naprakész, pontos adatot lehetne kapni betegállásban dolgozó orvosok számáról, azonban ilyen statisztika nem készül.

A KSH adatai alapján **napjainkban közel 40 000 praktizáló orvost figyelembe véve a fejlett országokkal összehasonlítva teljesen átlagos, mivel az 1.000 fő lakosra kivetített orvos szám 3.9 fő 2021-ben.**¹³⁵ Azonban a ugyanez a szám a pontosabb – fogorvosokat létszámát nem tartalmazó - **nemzetközi OECD adatbázis alapján már csupán 3.3 fő volt a 2018-as adatok alapján.**¹³⁶

Összehasonlításként a Világbank adatait alapul véve az 1000 főre vetített praktizáló orvosok száma **az Európai Unióban a 2010-es 3.5 főről 2018-ra 3.9 főre emelkedett.**¹³⁷ Korábbi években Lengyelországban, USA-ban, Belgiumban és Finnországban, pedig 3 vagy ez alatti arányszám jön ki. Az OECD adatai szerint 2000-ben 2,9 millió orvos és 8,3 millió nővér dolgozott a betegellátásban az OECD-országokban, ezek a számok 2013-ra 3,6 millió orvosra és 10,8 millió nővérré emelkedtek. Ugyancsak az OECD statisztikái szerint, míg 2000-ben Magyarországon 2,68 orvos jutott 1000 betegre, addig 2013-ra, ugyanennyi betegre 3,21, ma meg már közel 4, ami egyértelműen emelkedést jelent. Egyes országokban rendkívül gyors növekedés tapasztalható az orvosok számában, mint például Törökországban. A nővérek száma is nőtt minden OECD-országban, azokban az országokban is, ahol 2000-ben még alacsony volt, mint például Dél-Korea vagy Portugália.^{138, 139} A napjainkra vonatkozó, látszólag kedvező adatsor hazánk esetén némileg csalóka, mivel piacutatások szerint az

¹³⁵ KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL: *Egészségügy (1960-)*. - In. https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0006.html, 2023

¹³⁶ OECD database: *Doctors*. - In. <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>, 2022.

¹³⁷ The World Bank: *Physicians per 1.000 people in European Union*. - In. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?locations=EU>, 2021.

¹³⁸ OECD: *Health workers with right skills in right places needed*. - In. <http://www.oecd.org/newsroom/health-workers-with-right-skills-in-right-places-needed.htm>, 2016.

¹³⁹ OECD: *Health Workforce Migration*. - In. http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_WFMI, 2017.

állami egészségügyet sok orvos hagyta el magánpraxis indítása érdekében igazodva a társadalmi igényekhez és fizetőképességhez is.¹⁴⁰

Tehát a statisztikai adatok elemzése alapján megállapítható, hogy nem igaz azon állítás, mely szerint a hazánkban praktizáló orvosok száma folyamatosan csökkenne.¹⁴¹



11. sz. ábra: Dolgozó orvosok számának alakulása 2001-2021 között a KSH statisztikája alapján. Forrás: KSH (https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0006.html).

A KSH statisztikáját megvizsgálva látható, hogy 1990-től az orvosi állások száma 23%-al, míg a dolgozó orvosok összlétszáma 25%-al emelkedett. A betöltetlen orvosi állások aránya csupán 3.5%. Ezzel szemben a szakdolgozói létszám ez idő alatt 27%-al csökkent, az egészségügyben az elmúlt 30 évben összesen 34%-al dolgoznak kevesebben, mint 1990-ben. **Ezekből az adatokból az a következtetés vonható le, hogy valójában nem orvoshiány,**

¹⁴⁰ KINCSES GY.: *Orvoslétszám számháború: nem tudjuk, mennyi az annyi, de reform nélkül bármennyi is kevés lesz.* - In. Portfolio, 2018.

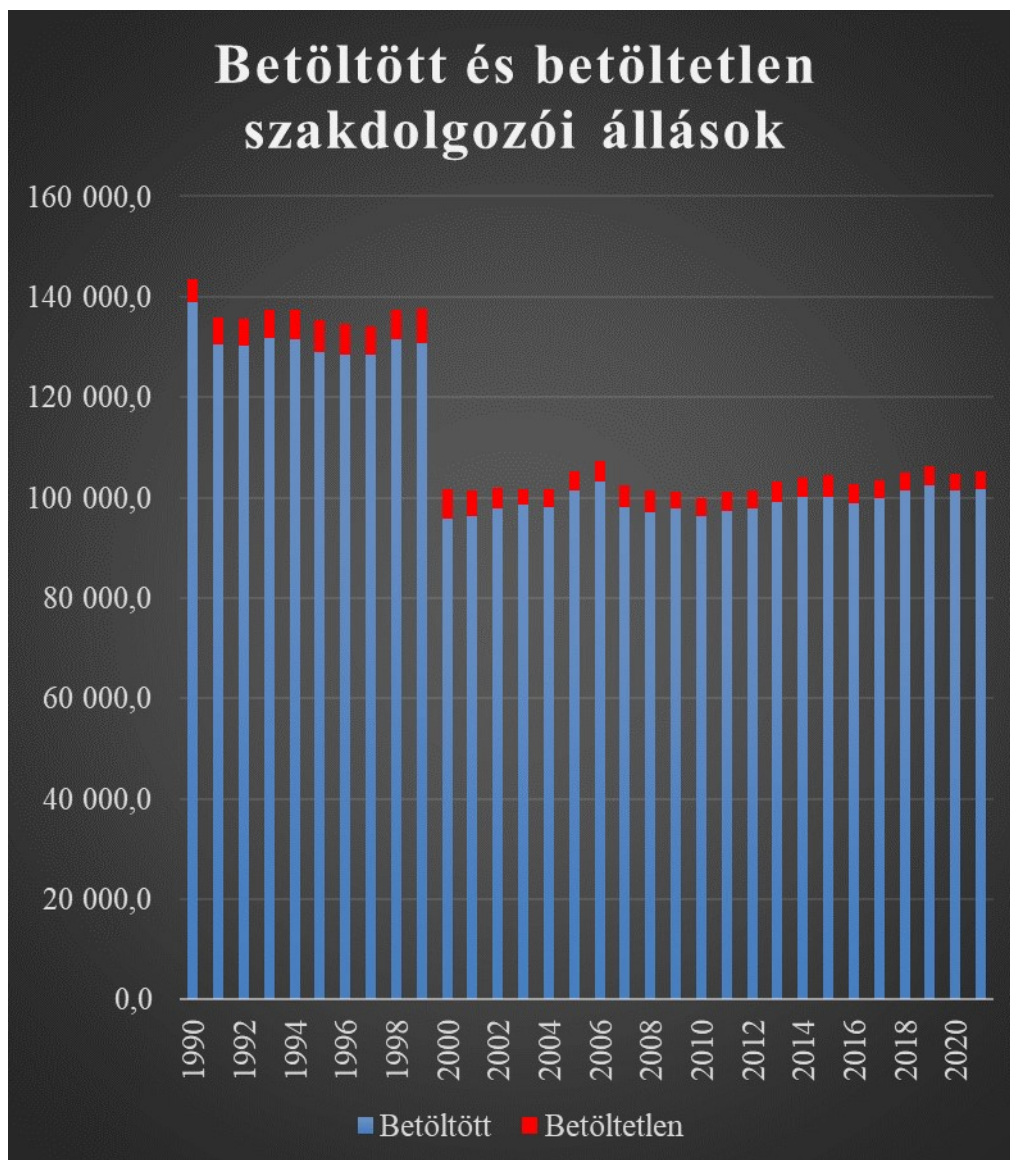
¹⁴¹ FEKETE E.: *Ezért megállíthatatlan a magánegészségügy.* - In. <https://forbes.hu/uzlet/ezert-megallithatatlan-a-maganegeszsegugy/>, 2017.

hanem differenciált szakdolgozói, szakszemélyzet hiány van az egészségügyben. Az orvosoknak a gyógyítás helyett adminisztrációs, szervezési, nővéri munkát is el kell látniuk.

Betöltött és betöltetlen orvosi állások



12. sz. ábra: betöltetlen orvosi állások száma (forrás: KSH)



13. sz. ábra: Betöltött és betöltetlen szakdolgozói állások száma Magyarországon (forrás: KSH)

4.2.2. EGÉSZSÉGÜGYI KIVÁNDORLÁS OKAI, MÉRTÉKE, KÖVETKEZMÉNYE

Az elvándorlást Ravstein-féle felosztás szerint taszító és ösztönző tényezők befolyásolják. Azonban a migrációnak számos pozitív hatása is lehet. Ilyenek például a tapasztalati tudás gyarapodása, kapcsolatrendszerek kiépítése, tudáscsere és továbbképzési lehetőségek. Lehet negatív, ha jelentős egyenlőtlenségeket okoz, ha korcsoportokat vagy

szakterületeket szelektíven érint, ha a legjobb szakemberek illetve, ha képzésben is részt vevő kollégákat is érint. Térben: A migráció belső vagy nemzetközi lehet.¹⁴²

A Hárs-Simon féle tanulmány alapján orvoselváncorlás legfontosabb okai: jobb karrier és kereseti lehetőségek; magasabb presztízis; jobb munkakörülmények és életminőség; szakmai fejlődés lehetősége, továbbképzés biztosítása; részvételi lehetőségek biztosítása kutatásokban; biztonság és kiszámíthatóság (szakmai szempontból is); a szakma eszközellátottsága; munkakörnyezet és munkahely állapota; a munkaidő jobb összeegyeztethetősége a magánélettel. A pályaelhagyás alapvető fontosságú probléma az egészségügyben, sok esetben a szándék már a képzés idejének első felénél jelentkezik.¹¹

A pályaelhagyás, kivándorlás (visszavándorlás, bevándorlás), illetve az országon belüli migráció egymással nem felcserélhető fogalmak. A pályaelhagyás fogalmát külön is kiemelve, belátható, hogy „egyik oldalról – a képzési beruházás alapú megközelítésekben – a pályaelhagyás olyan veszteségként írható le, melynek következtében a felsőoktatási tanulmányokba fektetett (társadalmi forrású) pénz és energia nem hasznosul a munkaerőpiacon. A másik megközelítés a tanult szakmán kívüli elhelyezkedésben épp az adott végzettség felhasználásának rugalmas lehetőségeit hangsúlyozza.”¹⁴³ Például egy korábbi vizsgálat kimutatta,¹⁴⁴ hogy a pályaelhagyás, a választott szakterületen kívüli későbbi munkavégzés terve alig jellemző a hallgatók körében. A szakterületen való elhelyezkedés valószínűségét tekintve már nem ennyire optimisták a hallgatók (természetesen figyelembe kell venni, hogy például az orvosi és a bölcsészettudományi végzettségek nem vonatkoztathatók egymásra közvetlenül).

Amiért ezek a fogalmak dolgozatomban egymás mellé rendelhetők, annak oka az, hogy a szervezetmüködtetés és a feladatellátás szempontjából, minden olyan jelenség veszteségként értelmezhető, melyben a választott hivatás feladása vagy gyakorlásának más szervezetben való folytatása figyelhető meg.

A pályaelhagyás és a migráció jelenségének vizsgálatára, azzal összefüggésben a társadalomtudományok szempontjából érvényes megállapítások tételére, mind a

¹⁴² CSÁKÓ Beáta: *Orvoselváncorlás*. - In. Országgyűlés Hivatala Közgyűjteményi és Közművelődési Igazgatóság Képvisezői információs Szolgálat, 2017.

¹⁴³ VEROSZTA ZS: *A tanári pályaelhagyás szaktárgyi mintázata*. - In. Educatio, 2012. 20. évf. 4. sz. - p. 608.

¹⁴⁴ GARAI O., KISS L.: *Reál diplomával a munkaerőpiacon*. – In. https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/DPR/dprfuzet4/Pages203_226_Garai_Kiss.pdf, 2007.

szakképzettek, mind a diplomával rendelkezők vizsgálatának körében vannak példák az elmúlt évekből. Dolgozatomban nincs lehetőség ezek részletes áttekintésére, sem szintetizálásukra. A pályaelhagyás és vándorlás kérdésköréből néhány aspektust és tendenciát emelek ki.

Az **orvosok migrációja** az 1950-es években még csekély szerepet játszott, annak ellenére, hogy voltak időszakok, pl. 1961-88 között, amikor 1811 orvos hagyta el az országot, továbbá volt egy-egy olyan év is, ami kiemelkedőnek számított a többihez viszonyítva – 1973-ban 127, 1980-ban 121 orvos távozott külföldre. A külföldre távozott orvosok helyére ugyanakkor ebben az időszakban a „szocialista országokból” történt bevándorlás következtében az orvos veszteség kompenzálódott. A rendszerváltozást követő, majd az EU-hoz való csatlakozás utáni időszak teljesen új helyzetet teremtett. Pontos adatok erről az időszakról csak a bevándorlással kapcsolatosan érhetőek el. A határok szabad átjárhatósága és a jelentési kötelezettség hiánya következtében az itthonról távozó orvosok létszáma nem meghatározható. Ez az adat nemcsak Magyarországon számít hiányszónak, hanem az egész EU területén, kiemeltképp a 2004-ben csatlakozott 10 tagország tekintetében. Az adatokat próbálták különböző tanulmányokkal, szakmai szervezetek segítségével, interneten elérhető adatok feldolgozásával pótolni. Az orvosok alap- és működési nyilvántartásának számítógépes adatrögzítése 1985-ben indult, 2000-ben a MOK átvette a szakminisztériumtól ezt a feladatot, 2007-ben, pedig az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal (EEKH) visszavette a MOK-tól. Jelenleg a Országos Kórház Főigazgatóság kezeli. Sajnos az orvosvándorlásról pontos adatokkal nem rendelkezünk.

Varga Júlia közgazdászként a „Hova lettek az orvosok? Az orvosok külföldre vándorlása és pályaelhagyása Magyarországon 2003-2011” című 2015-ös Magyar Tudományos Akadémia kutatásában az Országos Egészségbiztosítási Pénztártól, Országos Nyugdíjbiztosítási főigazgatóságtól, Nemzeti Adó- és Vámhivataltól, Nemzeti Munkaügyi Hivataltól származó nagyszámú adatot elemzett, melyben gyakorlatilag hónapról hónapra nyomon tudták követni, hogy egy adott orvos dolgozott-e, részesült-e gyes, gyed, nyugdíj, vagy munkanélküli ellátásban, vagy éppen tanult, havi keresete, lakcíme is nyomon követhető volt. Az MTA tanulmány alapján a 2003-2011 közötti időszakban az orvosok **12%-a ment külföldre munkavállalás céljából**, ahol átlagosan 7-10-szeresét kapták meg a magyarországi bérüknek. Miután Németország és Ausztria feloldották a munkavállalási korlátozásokat, a külföldre vándorlás különösen felgyorsult. Azon orvosok közül, akik az itthon maradás

mellett döntöttek, **16%** nem kórházban szakorvosként vagy a rezidens program keretében vállalt munkát, hanem **az orvosi szakmától elhatároltan például gyógyszergyáraknál helyezkedtek el.** A kutatás arra is rávilágított, hogy a külföldi munkavállalást legnagyobb arányban a pályakezdő és a már nagy tapasztalattal rendelkező orvosok választják. Előbbi csoport külföldi munkavállalása 2010 tavasza után gyorsan emelkedő tendenciát mutatott. A tanulmány alátámasztotta azt a tényt, hogy a munkakörülmények javítása, és a bérek emelése némiképp csökkentené a migráció jelenségét az egészségügyi, kiváltképp az orvos szakmán belül, ugyanakkor nem képes felvenni a versenyt a külföld által nyújtott 7-10-szeres bérekkel. A reális cél a már említett változtatásokkal az lehetne, hogy csökkentsék a belföldi pályaelhagyást. A 2015-ös tanulmány által végzett kalkulációk szerint a 40-50%-os, tartós béremelésnek látványos hatásai lennének. A fenti időszakban **ideiglenesen vagy véglegesen inaktivitásba vonulók aránya 14%-ot tett ki.** A kutatást a szerző 2009 és 2017 között a Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont adatbázisát felhasználva megismételte. Ez alapján ebben az időszakban csökkent a kivándorlási kedv, az orvosok csupán 6%-a hagyta el az országot, a 40 év alattiaknál növekedett, a 41-50 év közel ugyanakkora, azonban az 50 éves kor felett csökkent a kivándorlási kedv, amit súlyozott az a tény, hogy ezen korcsoport részaránya is megnőtt a teljes mintában. Az orvosi szakmában a fiatal, legfeljebb 40 éves korosztályban a nők nagyobb valószínűséggel vállalnak külföldi munkát, és ez az arány általánosságban is igaz a teljes mintára. Ugyanakkor a 40–50 éves orvosok között inkább a férfiak döntenek a külföldi munkavállalás mellett. Az adatok szerint a fiatal, legfeljebb 40 éves orvosok közül azok tendálnak külföldre menni, akiknek relatív keresete (összehasonlítva az azonos életkorú és nemű kollégák keresetével) alacsonyabb. Az 41–50 éves orvosok között viszont úgy tűnik, hogy azok vállalják a költözést, akiknek relatív munkajövedelme magasabb, tehát sikeresebb orvosok. Fontos azonban megjegyezni, hogy ezek az eredmények torzulhatnak, ha esetleges be nem vallott befolyásoló tényezők, például a szakmai kapcsolatok vagy a favorizálás szerepet játszanak ebben a döntésben.^{145 146}

A másik orvosi szakirodalomban gyakrabban használt és egyszerűbb módszer a orvosi migráció becslésére a külföldi munkavégzéshez kiállított hatósági igazolások számát veszi alapul. A médiában is rendre ezek a számok és statisztikák jelennek meg. Azonban ez az adat önmagában meglehetősen pontatlan, mivel le kell vonni azon külföldi diákok számát, akik

¹⁴⁵ VARGA J.: *AZ ORVOSOK ELVÁNDORLÁSA 2009–2017 KÖZÖTT.* Varga Júlia Pp. 147.-150. oldal.

¹⁴⁶ VARGA J. : *Hova lettek az orvosok?* – In. Közgazdasági Szemle, 2016. LXIII. évf, 2016. - p. 1–26.

csak tanulmányaik végzése céljából érkeztek Magyarországra és az egyetem elvégzésével egyből honosítást kérnek, illetve azokat, akik kikérték, ennek ellenére még sem mentek külföldre, vagy akik csupán mellékállásban dolgoznak külföldön, de továbbra is írnak fel receptet, azaz itthon is dolgoznak. Illetve vannak olyan orvosok, akik egyáltalán nem kérnek ilyen igazolást, anélkül mennek külföldre. A kikért hatósági igazolások számában 2004-2007 közötti időintervallumban egy átmeneti emelkedést követően csökkentés következett, majd 2008-tól kezdődően egy újabb erőteljes emelkedő tendencia volt megfigyelhető. 2010-re már az 1000 fős határ is át lett lépve, ugyanakkor nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy ezekben a statisztikai adatokban a külföldi diplomával rendelkezők is benne vannak. 2008 és 2010 között az EEKH [Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal] igazolást kérők közel egyharmadának még nem volt meg a szakorvosi oklevele sem.¹⁴⁷ Az Országos Kórház Főigazgatóság 2010-től vezetett, a fenti említett zavaró tényezőktől megtisztított adataiból kitűnik, hogy az **orvosi szakemberek tartós külföldre történő elvándorlása az utóbbi időben csökkenő tendenciát mutat.** A külföldi munkavállaláshoz szükséges hatósági bizonyítványt kérők száma 2015 óta folyamatosan csökken, aminek több oka is van. Először is, az európai uniós munkaerőpiac megnyitásának köszönhetően már átélhettük a mobilisabb réteg elvándorlását. A brexit is hozzájárult az elszívó hatás csökkenéséhez, hiszen a második legjelentősebb célpiac bizonytalanná vált. Másodsorban, a kormányzati intézkedések hatására nőtt a hazai kereset, és csökkent a külföldi bérek közötti különbség. Az itthon maradáshoz elősegítő ösztöndíjakat vezettek be. Érdeemes kiemelni, hogy miközben például 2021-ben 733 fő kért külföldi munkavállaláshoz szükséges igazolást, azonban azon orvosok száma, akik a rá következő évben nem jelentek meg a hazai egészségügyi rendszerben ennek csak a töredéke, 193 fő volt, ami az eredeti érték negyede.

¹⁴⁷ BALÁZS P.: *Orvosi létszámok és a nemzetközi orvosmigráció aktuális hatása Magyarországon.* – In. Orvosi Hetilap, 2012. 153. évf. 7. sz. – p. 250-256.

A szakképesítésük külföldön történő elismerése céljából hatósági bizonyítványt kérő orvosok száma

Csoport	Orvosok	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
I.	Azon személyek száma, akik részére az ÁEEK-EFF hatósági bizonyítványt állított ki	986	1090	1106	951	954	941	823	795	743	748	702	733	789
II.1.	Tanulási szándékkal Magyarországra érkező orvosok	141	160	166	246	253	224	208	274	291	298	297	322	367
II.2.	Magyar állampolgárok (és tartósan Magyarországon lévő külföldiek)	845	930	940	705	701	717	615	521	452	450	405	411	422
III.	Első alkalommal hatósági bizonyítványt kérő magyar állampolgárságú (és tartósan Magyarországon lévő külföldi) állampolgárságú orvosok	845	831	782	530	518	492	398	334	265	282	255	245	252
IV.1.	A III. csoport szerinti orvosok közül azon személyek száma, akik a tárgyévét követő évben vényt írtak fel (pro familia vény nélküli adatok)	292	282	254	182	194	163	118	110	69	85	70	52	n/a
IV.2.	A III. csoport szerinti orvosok közül azon személyek száma, akik a tárgyévét követő évben nem jelentek meg a magyar egészségügyi ellátórendszerben	553	549	528	348	324	329	280	155	196	197	185	193	n/a



14. sz. ábra: A külföldi munkavállaláshoz szükséges igazolások alakulása. Forrás: EEKH (2023).

A külföldi munkavállalás és a migráció gyakran egymásba kapcsolódó jelenségek. Számos külföldön munkát vállaló dönt a végleges kitelepülés mellett, ugyanakkor nemcsak "extern", hanem "intern" (országban *belüli*) migrációról is beszélhetünk, ami némileg differenciálja egymástól a két fogalmat.

Szakirodalmi adatok alapján a kivándorlásnak számos oka lehet, amiket különböző szempontok alapján csoportosíthatunk (pl.: makró-mikró, toló-húzó, ciklikus – strukturális hatások). A ciklikus és strukturális okokat azért célszerű jobban megvizsgálni, mert ezzel egyrészt következtetünk arra, hogy a külföldön munkát vállalók visszatérnek-e a hazai munkapiacra. Válság időszakában megemelkedik a munkanélküliek aránya, ami toló hatásként fokozza a várható migráció mértékét, miközben húzó hatásként jelentkezik a magas állástalálási ráta. A ciklikus okok közé tartozik a munkanélküliségi ráta, az elhelyezkedési esélyek különbségei a forrás és befogadó országok között. Meghatározó jelentőséggel bír az egyén migrációval kapcsolatos döntésében az elhelyezkedési potenciál. Strukturális okok közé sorolhatóak a bérkülönbségek, melyek ugyancsak kulcsfontosságúak a külföldi munkavállalás melletti döntésben.

Lényegesnek tartom megjegyezni, hogy a bérkülönbségnek jelentősnek kell lennie, hogy a költözés, beilleszkedés költségeit az egyén fedezni tudja. Mindemellett, a munkaerő

internacionális áramlása lehetővé teszi a nemzetek közötti bérek kiegyenlítését. A nyelvi hasonlóságok a forrás és fogadó országok között ugyancsak növelik a migráció valószínűségét, de tanulmányok igazolták, hogy ez csak egy bizonyos fokig működik, mert létezik egy telítettségi szint. Az adminisztratív akadályok, pontosabban ezek csökkenése, egy újabb pozitív irányú befolyásoló tényező a külföldi munkavállalásban. További fontos tényező a szociális és oktatási rendszer, valamint a jóléti kiadások eltérései a küldő és fogadó ország között. A migrációt képes erősíteni adott ország kulturális környezete, melybe benne foglaltatik az általános politikai hangulat, az instabilitás, és a kirekesztődés is.¹⁴⁸

Részletes (nemzetközi adatsorokra is támaszkodó) idősorok állnak rendelkezésre a foglalkoztatás alakulásáról a rendszerváltás utáni időszakból, ideértve a kivándorlással összefüggő adatokat is. Jelentősen nőtt például a külföldi munkavállalók száma: 2009-től 2013-ra (vizsgált időpillanat: október-december) több mint kétszeresére nőtt a hazai kötődésű külföldön dolgozók aránya az össz.-munkavállalókon belül.¹⁴⁹ Az egyes adatfelvételek egyértelmű képet mutatnak a korcsoporti összetételről is: a külföldi munkavállalók között a fiatal felnőttek (döntően a 18-35 évesek, illetve a 18-50 évesek) képviselik a legnagyobb hányadot. Még figyelemreméltóbb, hogy az iskolai végzettséget tekintve a diplomások nagyobb arányban választják a külföldi munkavállalást, sőt, ennek valószínűsége esetükben nagyjából négyszerese a legalacsonyabb iskolai végzettségűekhez igazítva. A kivándorlás illetve külföldi munkavállalás jelenségére az is felhívta a figyelmet (a politika figyelmét is), hogy 2004-ben hirtelen a hazai GDP-n belül 1,5% fölé ugrott a korábbi 0,4%-ról a külföldi munkavállalók által hazaküldött pénzek aránya.¹⁵⁰ Az egyébként is területi és szektorális egyenlőtlenségektől sújtott hazai munkaerőpiac (egyszerre van munkaerő-túlkínálat és hiány is) a jól (magasan) képzett munkavállalók (illetve a hiányszakmákkal rendelkező szakképesített munkavállalók) külföldre távozásával (egészségügyi dolgozók, informatikusok, mérnökök) további disszonanciákkal kell, hogy megbirkózzon.

A migrációnak a küldő országra tekintettel pozitív és negatív hatásai egyaránt vannak. A Magyar Nemzeti Bank (MNB) tanulmánya 4+1 aspektusból vizsgálta meg a migrációnak a küldő országra gyakorolt hatásait. A pozitívumokhoz tartozik a csökkenő

¹⁴⁸ BODNÁR K. – SZABÓ L. T.: *A kivándorlás hatása a hazai munkaerő piacra.* – In: MNB-tanulmány, <http://mek.oszk.hu/13400/13401/13401.pdf>, 2014.

¹⁴⁹ EPPICH GY. - KÖLLŐ J.: *Foglalkoztatás a válság előtt, közben és után.* - In: Társadalmi riport. 2014. Budapest: Társadalmi Részlet. - p. 157-178.

¹⁵⁰ BLASKÓ ZS. - , LIGETI A. S. - SIK E. (2014): *Magyarok külföldön – Mennyien? Kik? Hol?* – In: Társadalmi riport 2014. Budapest: Társadalmi Részlet. p. 353-366.

lakosságszám, ezzel együtt pedig a kisebb aktív népesség, kisebb létszámú a munkanélküliség. Negatívumként jelenik meg a demográfiai hatás, a fiatalok kivándorlása. A nyugdíj-, egészségügyi rendszernek a fenntarthatósága mindinkább veszélybe kerül. A szelektív kivándorlás szempontjából azt állapították meg, hogy ha a kevésbé termelékeny egyének mennek külföldre, akkor belföldön az átlagos termelékenység emelkedhet. Ellenkező esetben, azaz, ha a termelékenyebbek vállalnak külföldön munkát, úgy csökkenhet az átlagos termelékenység itthon. Ennek hátterében az áll, hogy a kivándorlás növekvő folyamatában, vagy ha magas szinten áll, akkor az itthoni munkaerő úgy érezheti, hogy számára is több munkalehetőség áll nyitva, így kevesebb erőfeszítés is elegendő egy állás megtartásához, vagy megszerzéséhez, ezzel egyenes arányban csökken a motivációja, ezzel együtt, pedig a termelékenység.¹⁵¹ Abban az esetben, ha olyan szakmákból mennek külföldre, amikben túlkínálat van itthon, úgy a hazai helyzet javulhat e téren is. Az illeszkedési problémák negatív tendenciát mutathatnak, ha olyan szakmákból mennek külföldre, amelyek esetében túlkereslet figyelhető meg. A hazautalások pozitív irányba változtathatják a belföldi létmódot, továbbá forrásként szolgálhatnak befektetésekhez, oktatás korszerűsítéshez. A hazautalások negatív következménye a hazai termelékenység romlását eredményezheti, azáltal, hogy csökkentik az ¹⁵² ᄇᄇᄇ A humán tőke mozgásának aspektusából a külföldön dolgozó személyek tapasztalataikat, tudásukat átadják, ez más néven a „brain gain”. Negatívumként jelentkezik ennek az ellentéte, a „brain drain”, azaz az oktatásba investált erőforrások elvesznek. Beine és munkatársai tanulmányukban összefoglalták az eddigi teóriákat az „agyelszívással” kapcsolatosan, nevezetesen, hogy a migráció fokozza a szegény és gazdag országok közötti differenciát, ami általános vélemény volt már az 1970-es évek óta.

Az 1990-es évektől kezdődően új elméletek is megjelentek, melyek alapján már pozitív hozadéka is voltak a kivándorlásnak. Ezek közé sorolták a hazautalásokat, az esetleges diaszpóra különböző segítségeit, és a hazatérők által átadható tapasztalatokat.¹⁵³ Agrawal és munkatársai kutatásaik során arra keresték a választ, hogy milyen hatással volt Indiában a magasan képzettek kivándorlása a helyi kutatási és fejlesztési tevékenységre.

¹⁵¹ BUDNIK K. Z.: *Do those who stay work less? On the impact of emigration on the measured TFP in Poland.* – In. National Bank of Poland, Working Paper No. 113. http://www.nbp.pl/publikacje/materialy_i_studia/113_en.pdf, 2012.

¹⁵² CHAMI R., FULLENKAP C., JAHJAH S.: *Are Immigrant Remittance Flows a Source of Capital for Development?* – In. IMF Working Paper WO/03/189, <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2003/wp03189.pdf>, 2003.

¹⁵³ BEINE M., DOCQUIER F., RAPOPORT R.: *Brain drain and economic growth: theory and evidence*, in: *Journal of Development Economics*, 2001. 64 évf. 1. sz. - p. 275–289.

Eredményeik alapján elmondható, hogy a szegényebb helyzetben lévő országok számára pozitívum a kutatás-fejlesztés szegmensében, ha a magasán kvalifikált munkaerő otthon marad, és nem külföldről kerül be egy új találmány vagy eljárás.¹⁵⁴ További pozitívumként értékelhető az erősödő kereskedelmi kapcsolatok, negatívumként pedig a csökkenő adóbevételek, a személyek vándorlása, külkereskedelem mérséklődése. A migráció révén a külföldre kerülők enyhítik a nemzetközi kereskedelem gátjait, ők maguk is felhasználóként jelennek meg, és befolyásolják a nemzetközi piacra kerülő termékeket, mindeközben a termékek és szolgáltatások termelőiként kiválthatják, csökkenthetik a külkereskedelmet. A migráció ugyanakkor a célországok népesség, illetve demográfiai viszonyait jelentősen megváltoztathatják, mivel a bevándorlók túlnyomó többsége a munkaképes felnőttek korosztályból kerül ki, akik többnyire a jobb megélhetés és a magasabb életszínvonal reményében változtatják meg otthonukat. Ez a trend az EU határain belül folyamatos növekedést mutat.¹⁵⁵ Kutatások bizonyították, hogy az USA-ba települő bevándorlók pozitív hatást eredményeznek a teljes termelékenységre és ezzel a GDP növekedésre, ugyanakkor negatívan hat a magas képzettségi szintet igénylő termelői technológiai folyamatokra. A nyugati országokhoz képest kevésbé piacképes országokban az „elszívó” hatás általános problémaként jelenik meg a honvédségi és egészségügyi területen is, ami mind a pályaválasztás és a pályán tartás szempontjából önmagában egy súlyos probléma a hazai katonai orvosi szakmai utánpótlása terén.

4.2.3. ORVOSOK PÁLYAELHAGYÁSA MAGYARORSZÁGON

Az előző alfejezetekben kifejtettem, hogy bár az orvosok összlétszáma az elmúlt 30 évben növekedett, valamint a külföldre történő orvosi elvándorlás is jelentősen csökkent, ezzel szemben betegként a fenti javulást nem érezzük, a szakrendelőket felkeresve nem ezt tapasztaljuk, mivel a közfinanszírozott ellátásból immár nem külföldre, hanem a hazai gyógyszeriparba, magánegészségügyi rendszerbe, egyéb nem egészségügyi szektorokba történik az elvándorlás, illetve a pályaelhagyás. Azonban a magánegészségügyben dolgozó orvosokról még kevesebb statisztikai adat áll rendelkezésre. A 2015-ös kormányzati Mérték tanulmány szerint az ANTSZ működési engedélyek elemzése alapján megállapítható, hogy a magánellátásban engedélyezett óraszám már meghaladja a

¹⁵⁴ AGRAWAL A., KAPUR D., MCHALE J., OETTL A.: *Brain drain or brain bank? The impact of skilled emigration on poor-country innovation.* – In. *Journal of Urban Economics.* 2011. 69 évf. 1. sz. - p. 43-55.

¹⁵⁵ WORLD TRADE ORGANIZATION: *World Trade Report 2013, Factors shaping the future of world.* – In. https://www.wto.org/english/res_e/booksp_e/world_trade_report13_e.pdf, 129. o. 2015.

közfinanszírozású órák számát. A magánegészségügy térnyerését jelzi, hogy 2022-re az utóbbi három év alatt gyakorlatilag megduplázódott ez a piac, a szolgáltatók árbevétele és nyeresége is nőtt. ¹⁵⁶

Az egészségügyi szektor munkaerő igénye a világon mindenhol növekszik, egyrészt mert növekszik az átlagéletkor, ami azzal jár, hogy egyre több krónikus betegségben szenvedő idős beteget kell ellátnia a rendszernek, illetve a technológiai fejlődés nem jár a munkaerő igény csökkenésével, például a CT, MR feltalálása nemhogy nem csökkentette a radiológusok iránti igényt, hanem a specializációval éppen tovább növelte azt. A helyzetet tovább rontja az orvos és kórházközpontú, Az orvos gyakran végzi olyan munkát is, amelyet szakdolgozóra lehet delegálni, sőt, olyan adminisztrációs feladatokat is ellát, amelyek nem igényelnek szakképesítést.

További problémát jelent, hogy a mobilis 35-55 éves kollégák hiányoznak a rendszerből, ezzel szemben megnőtt a 60 év feletti korosztály aránya, ami komoly problémát vetít előre. Pozitívumként meg kell említeni, hogy a 35 év alattiak száma viszont emelkedett az utóbbi időben. ¹⁵⁷

Tehát nem csak az elvándorlás, hanem a magyarországi munkalehetőségek is elszívóhatásként jelennek meg. A legtöbben a gyógyszeriparhoz kapcsolódó cégekhez mennek el dolgozni, amit a kutatás-oktatás követ (1. sz. táblázat; 15 sz. ábra). A többi ágazatból az ingatlan-kereskedelemmel foglalkozó munkahelyek emelkednek ki. Azonban 40% új munkája egyáltalán nem kapcsolódik az egészségügyhöz. A hazai pályaelhagyás jellemzően a jobban kereső, tehát sikeresebb orvosokat érinti, akik az új munkahelyen átlagosan 40%-al többet keresnek. A külföldön munkát vállaló orvosok keresete pedig akár a tízszeresét is elérheti az itthoniak. Az átmeneti orvoshiányt fokozza a fiataloknál a gyermekgondozási szabadság is.

Ágazat megnevezése	Százalék [%]
Gyógyszeripar	35
Oktatás	25
Ingatlanügyek	7,32
Üzletvezetési, vezetői tanácsadás	3,31
Egyéb feldolgozóipari tevékenység	2,21

¹⁵⁶ CSIKI Gergely: *Nagyon híznak a hazai magánegészségügyi cégek, a betegek pedig fizetnek rendesen.* – In. Portfolio, 2023.06.21.

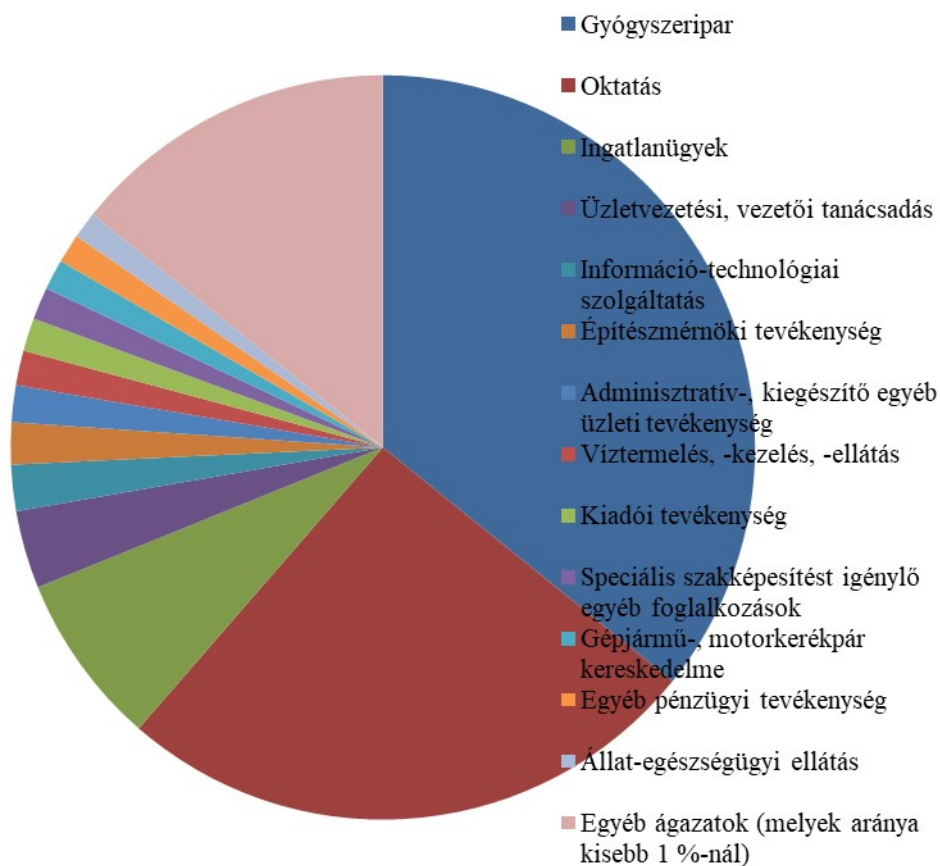
¹⁵⁷ ENKH: *Éves beszámoló (2018).* - In.

https://www.enkk.hu/hmr/documents/beszamolok/HR_beszamolo_2018.pdf

Információ-technológiai szolgáltatás	1,96
Építészmérnöki tevékenység	1,78
Adminisztratív-, kiegészítő egyéb üzleti tevékenység	1,56
Víztermelés, -kezelés, -ellátás	1,48
Kiadói tevékenység	1,4
Speciális szakképesítést igénylő egyéb foglalkozások	1,37
Gépjármű-, motorkerékpár kereskedelme	1,29
Egyéb pénzügyi tevékenység	1,24
Állat-egészségügyi ellátás	1,13
Egyéb ágazatok (melyek aránya kisebb 1%-nál)	13,91

1. sz. táblázat: Orvosi pályaelhagyás nemzetgazdasági ágazat szerinti megoszlása. Forrás: Medical Online.

Pályaelhagyás ágazatok szerinti megoszlása



15. sz. ábra: Magyarországon dolgozó, pályaelhagyók megoszlása új állásuk ágazata szerint, forrás: Medical Online

4.2.4. A KATONAI EGÉSZSÉGÜGYET ÉRINTŐ VÁLTOZÁSOK 2023-BAN.

A rendszerváltás óta a katonae-gészségügy számtalan átalakításon ment keresztül. Első időben az alulfinanszírozottság - mely később az új eljárások megjelenésekor tovább erősödött - és a vidéki honvéd kórházak egészségügyi reform címén civil kézbe adása, létesítmények bezárása volt jellemző. Majd ezt követte a különböző tárcák alárendeltségébe tartozó intézetek és kórházak egy minisztérium alá történő összevonása a központosítás, aminek okaként 2007-re felépült a modern Honvéd Kórház mint Állami Egészségügyi

Központ. (ÁEK, később HM Honvédkórház-ÁEK, MH Honvédkórház). 2013 februárjától, mint MH Egészségügyi Központ működött. Ezen folyamat részeként a csapategészségügy is központosításra került: „*A magyar katona-egészségügy nagy napja ez a mai, hiszen egy helyre került a csapategészségügy, a védelem-egészségügy és a Honvédkórház*” – emelte ki BÖRÖNDI Gábor altábornagy, a Magyar Honvédség (a továbbiakban: MH) parancsnokának helyettes 2021 októberében, a honvédelmi tárca által rendezett, a katona-egészségügy átalakításának főbb sarokpontjait számba vevő tájékoztatón.¹⁵⁸

Az összeolvadás nem tartott sokáig, mert már 2022. december 3-án hatályba is lépett az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) módosítása, melynek értelmében 2023. január 1. napján az MH Egészségügyi Központból kiválással létrejön, és egyúttal az egészségügyért felelős miniszter (*in concreto*: a belügyminiszter) irányítása alá kerül Észak-pesti Centrumkórház–Honvédkórház név alatt egy új – civil egészségügyi feladatokat ellátó – szolgáltató, mely átveszi a személyi állomány, az infrastruktúra, valamint az ellátási feladatok egy részét (Eütv. 244/C. § (1) bek.). Az átvett személyek honvédelmi alkalmazotti jogviszonya egészségügyi szolgálati jogviszonnyá alakul (Eütv. 244/C. § (3) bek.), és az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény (a továbbiakban: Eszjtv.) hatálya alá kerülnek.¹⁵⁹

Arról, hogy melyek azok a beosztások és munkakörök, melyekre szüksége van az MH-nak, vagyis, kik azok az egészségügyi munkakörű katonák és honvédelmi alkalmazottak, akik egyik napról a másikba átkerülnek a „civil létbe”, a törvény értelmében a honvédelmi miniszternek 2022. december 15-áig kellett döntenie (Eütv. 244/C. § (2) bek.), az átadott alkalmazottakat pedig 2023. január 15-ig kellett, hogy az új szolgáltató – egyoldalú jognyilatkozat formáját öltő munkaszerződés megküldésével – tájékoztassa. A törvény mindössze 5 munkanap gondolkodási időt biztosított az érintettek számára, akik dönthettek úgy is, hogy nem szeretnék fenntartani az ekként átalakított egészségügyi szolgálati jogviszonyukat. Ebbéli szándékukat írásban kellett bejelenteniük (a mondott öt munkanapon

¹⁵⁸ KORMÁNY.HU: *Átalakulóban a katonaegészségügy.* – In. <https://kormany.hu/hirek/atalakuloban-a-katonaegeszsegugy>, 2021.

¹⁵⁹ MEDICALONLINE: *Honvédkórház: szétválasztás szövődményekkel.* – In. https://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/honvedkorhaz__szetvalasztas_szovodmenyekkel, 2023.

belül), ez pedig azzal járt, hogy szolgálati jogviszonyuk megszűnt a nyilatkozattétel utáni első munkanapon (Eütv. 244/C. § (6)–(7) bek.).¹⁶⁰

Az új szolgáltató létrejötte egyfajta „*profiltisztításként*” értékelhető, hiszen az MH Egészségügyi Központ azzal együtt, hogy megőriz bizonyos katonakórházi funkciókat, a NATO-tagságból fakadó kötelezettségekre (például ROLE 2-es szintű egészségügyi képesség/tábori kórház felállítása) tud fókuszálni.¹⁶¹

Az Észak-pesti Centrumkórház–Honvédkórház állományába nagyjából háromezer alkalmazott került át, közülük ötvenegyen nem fogadták el a felkínált munkaszerződést. A Honvédkórház „kettévágása” menedzsment szempontból logikus lépésként értékelhető, a mód azonban, ahogy mindezt levezényelték, sokakból váltott ki felháborodást. Az – a sajtóhíreknek köszönhetően – a szélesebb közvélemény számára is egyértelművé vált, hogy az átállás nem volt problémamentes, az új szolgáltatóhoz átkerült foglalkoztatottak közül többen is voltak olyanok, akiknek csak késéssel fizették ki az első hónapra járó bérét, illetve az ügyeleti díjak, műszakpótlékok esetében akadozott az elszámolás. Az átalakítás nehézségei megerősítették az átkerült szakdolgozók félelmeit, miszerint munkaterhelésük növekedése mellett a jövedelmük csökkenésével kénytelenek számolni.¹⁶²

A Honvédkórház átalakítását az érintettek egy jó része minden bizonnyal negatív tapasztalatként élte meg. Minderre amiatt sem tekinthetünk közömbösen, mert a leszerelt katonaeorvosok körében folytatott vizsgálata alapján rámutatott – a pályaelhagyás okai között előkelő helyen szerepelnek, az anyagi megbecsülés hiánya mellett, olyan tényezők, mint „*a nem megfelelő vezetés és irányítás, a szervezetlenség, illetve az előjáróval való konfliktus*”. Ez nem meglepő, mivel az EU-OSHA által végzett felmérés szerint a válaszadók 72%-a az

¹⁶⁰ MEDICALONLINE: *Nagy a gond a Honvédkórházban.* – In. https://medicalonline.hu/cikk/nagy_a_gond_a_honvedkorhazban, 2023.

¹⁶¹ KÁLMÁNFI Gábor: *Új egészségügyi központot építünk!* – In. Obsitos IV. évf. 2023/2. p. 12–13.

¹⁶² MEDICALONLINE: *Honvédkórház: a szakdolgozók fizetésének csökkentésénél tart az átalakítás.* – In. https://medicalonline.hu/cikk/honvedkorhaz__a_szakdolgozok_fizetesenek_csokkentesenel_tart_az_atalakitas, 2023.

átszervezést és a munkahely megőrzésével kapcsolatos bizonytalanságot jelölte meg a munkahelyi szorongás fő okaként.¹⁶³

Az elmúlt tíz évben folyamatosan csökkent a katonaeorvosok összlétszáma, ami 2023-ra 100 főt jelent a 2013-os 168-hoz képest. Ebből ráadásul 56 fő a kórház művelet támogató osztályán dolgozik, míg csak 44 fő van beosztva vezetői és csapategészségügyi feladatokra. A csapat orvosként mindössze 12 fő szolgál, ami a lehető legjobb esetben is csak 30%-os feltöltöttséget jelent, míg a műveleti egységeknél ez az arány még alacsonyabb, mivel ott 4 katonaeorvos van jelenleg beosztásban. Az arány csalóka, mivel az évekig feltöltetlen orvosi beosztások időközben megszüntetésre kerültek.

RÉSZKÖVETKEZTETÉSEK

Kutatásom egyik legmeglepőbb megállapítása az volt, hogy a hazai médiában szereplő szalagcímekkel ellentétben, beleértve az egészségügyi és gazdasági szaklapokat, jelenleg nem kevesebb, hanem éppen ellentétbe, több ezer orvossal dolgoznak többen, mint 20 éve. A statisztikai adatokat elemezve megállapítható, hogy 2001-től nőtt a hazánkban dolgozó orvosok száma, sőt 1000 lakosra vetítve a 2021-es 3.9 fős adat megegyezik az Európai Unió átlagával. Emellett az orvoshiány és ellátási problémák okaként definiált tézismondat is megdőlt, ugyanis mind a NAV, mind az Országos Kórház Főigazgatóság adatait figyelembe véve, nem a külföldi elvándorlás jelenti a legnagyobb problémát, hanem a 17 százalékos arányával a hazai magán, illetve gyógyszer-ipari ágazat elszívó hatása, azaz a hazai pályaelhagyás és a 15 százalékos kiegészítő inaktív státuszba kerülés (természetes fogyás, gyermekvállalás miatti szabadság). 2001-2011 közötti 13 százalékos, míg 2009-2017 között 6 százalékos értékkel a külföldi munkavállalás nagyságrendjét tekintve csak a harmadik tényezőt jelenti, aminek aránya és jelentősége évről évre csökken. Jelenleg a magánegészségügyben a működési engedélyeket figyelembe véve több óraszámúban dolgoznak orvosok, mint az állami egészségügyben, tehát bár az orvosok összlétszáma növekszik, azok többsége nem az állami egészségügyi rendszerben gyógyít. Ezt súlyosbítja, hogy az egészségügyben dolgozó szakszemélyzet létszáma viszont drasztikusan csökkent az

¹⁶³ HR PORTÁL: *A munkahelyi stressz leggyakoribb oka az átszervezés.* – In. <https://www.hrportal.hu/hr/a-munkahelyi-stressz-leggyakoribb-oka-az-atszervezes-20140409.html>, 2013.

elmúlt 20 évben, ami rendszerben dolgozó kollégák leterheltségét fokozza és hozzájárul a relatív orvoshiányhoz a közszférában.

Az elmúlt években a magyar kormány több intézkedést hozott az orvoshiány csökkentése érdekében. Ilyen intézkedések például az orvosi bérek emelése, az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása, az orvosok képzésének bővítése, a fiatal orvosok támogatása és az egészségügyi infrastruktúra fejlesztése. 2020-ban 3 lépcsős béremelésről született megállapodás a Magyar Orvosi Kamara és a Magyar Kormány között, amely értelmében jelentősen emelkednek az orvosi keresetek 2023-ra. A Magyar Rezidens Szövetség fontosnak tartja továbbá a szakképzés minőségének javítását, illetve az oktatók motiváltságának és megbecsülésének a növelését is. A fiatal kollégák megtartása végett bevezetésre került intézkedések pozitív hatása azóta már látszik, mivel a fiatal kollégák aránya az utóbbi években emelkedett. Tehát a pozitív lépések képesek a negatív tendenciákat megfordítani.¹⁶⁴

Hazánkban az ezer lakosra jutó orvosok száma az Európai Unió átlagával gyakorlatilag megegyező nagyságrendű, tehát fel lehetne tölteni a katonai orvosi helyeket és állami egészségügyi beosztásokat. Azonban ehhez ezen pozícióknak versenyképesnek kell lenniük a tőkeerős hazai és nemzetközi magánegészségügyi szolgáltatókkal, gyógyszercégekkel, valamennyire a külföldi álláslehetőségekkel is, ami nem egyszerű feladat. Ehhez az utóbbiakhoz viszonyítva versenyképes bérezés, jobb munkakörülmények, a szakmai fejlődési lehetőségek biztosítása, bürokrácia és túlterheltség csökkentése, megfelelő asszisztencia, kiszámítható életpálya modell biztosítására van szükség. Illetve ki kell emelni a legnagyobb munkahelyi stresszt jelentő átszervezésekkel adódó bizonytalanság minimalizálását és átgondolását is.

Az egészségügy finanszírozását politikai döntésekkel könnyebb előteremteni, mint 20 éves szakképesítéssel rendelkező jól képzett és tapasztalt orvosokkal betölteni a hiányzó állásokat. A helyzetet a képzés időigényessége és rugalmatlansága is súlyosbítja. Mind az előregedő társadalom, mind az új megjelenő technikák növelik a képzett doktorok iránt az igényt. Elszívó hatást fejt ki az ágazati irányítás, az egészségipar (például gyógyszercégek), a külföldi munkaerőpiac, és az EU orvosi munkaidő maximalizálása. A helyzetet súlyosbítja az orvosok kor szerinti megoszlása. Az alapellátás esetén a 61 és 70 év közötti házi orvosok aránya 25%, míg a 71 év felettek aránya 4,6%. Ezzel szemben a 40 év alatti családorvosok aránya csupán 10,5%. Ebből is látható, hogy fiatal orvosokból hiány van, míg sok nyugdíjas

¹⁶⁴ PORTFOLIO: *Januárban is folytatódik az orvosok béremelése*; 2022. augusztus 13. .

korú kolléga van még a rendszerben. Ráadásul éppen a (25-34 éves) fiatal korosztály esetében a legnagyobb az országot elhagyni szándékozók aránya.

Humánpolitikai szempontból a következő megoldási javaslatok léteznek:

Alkalmazkodni kell a kialakult helyzethez, mivel mind az elvándorlás, mind a fenti folyamatok nem fognak megállni. Munkaerő megtartás orvosi életpálya modell bevezetésével, bérfejlesztéssel, életminőség és életkilátás javításával lehetséges. Fontos a visszatérés segítése a visszatelepülés és visszailleszkedés támogatásával.

További megoldást jelentenek a külső források bevonása kiegészítő biztosításokkal és például a gyógyturizmus fejlesztésével. Az ellátási igény csökkentésére alkalmas a primer prevenció és az egészségügyi oktatás hangsúlyozása, a protokollok bevezetésével és a családorvosi ellátás fejlesztése.

Az orvoshiányt csökkenti az egészségügyi ellátórendszer erőforrás koncentráció alapú átalakítása, a telemedicina és az otthoni távfelügyeleti rendszerek fejlesztése, a nem orvosi végzettségű diplomás szakemberek kompetenciájának növelése.

Az orvoshiány pótlását a képzési centrumok megerősítése, a képzés rugalmasságának fokozása és a tudatos képzési politika kidolgozása tovább segítheti.^{165, 5}

¹⁶⁵ Dr. KINCSES Gyula: *Ki fog itt gyógyítani?* – In. <http://www.slideshare.net/jaalapitvany/ki-fog-itt-gyogytani-kincses-gyula-egszsgpolitikus-egszsggyi-szakkzgazdsz>, 2012.

V.

EGÉSZSÉGÜGYI SZAKSZEMÉLYZET TOBORZÁSNAK A HELYZETE A NATO TAGORSZÁGAIBAN

Kevés publikáció jelent meg 2001 után a NATO tagországok egészségügyi személyzetének helyzetéről. Az Egyesült Államokban az ország egyik legnagyobb kutatóközpontja az Országos Egészségügyi Intézet [National Institute of Health] 2015-ben is arra arra a következésre jutott, hogy a NATO egészségügyi szakszemélyzetének hiányára és annak okaira vonatkozóan kevés releváns adat áll rendelkezésre miután a 2004 után publikált szakirodalmat áttanulmányozta.¹⁶⁶

Az amerikai hadsereg vonatkozásában egy 2009-ben megjelent kutatás az amerikai hadsereg ösztöndíjasai körében vizsgálta azon motivációs tényezőket, amely miatt a katonai orvosi hivatás választása mellett döntöttek. A felmérés szerint a leginkább motiváló tényezők a hazafias kötelességtudat és az aktívan szolgálatot teljesítők tapasztalatai és beszámolóit voltak, míg a legkevésbé vonzó tényezőnek a harci bevetés és a kiküldetés számított. Ez egybeesett azzal a ténnyel, hogy az iraki és afganisztáni műveletek kezdetétől csökkent a toborzások hatékonysága.¹⁶⁷

A probléma fontosságát felismerve a NATO Közös Egészségügyi Csoportja (Joint Health Group) 2014 óta – némi módosítással – két évente felmérést végez a tagországok között az egészségügyi dolgozók hiányának alakulásáról. A 2019-es év végén kitört Covid járvány még jobban rávilágította a figyelmet az egészségügyi dolgozók fontosságára és arra kényszerítette a nemzeteket, hogy tegyenek erőfeszítéseket ezen problémák megoldására.

Egy példaként bemutatva a katonai orvosi ösztöndíj választásában szerepet játszó motivációs tényezőket a PubMed adatai szerint katonai orvosi ösztöndíjban részesülő orvosok körében az Egyesült Államokban az alábbiak szerint alakulnak.:

¹⁶⁶ NATO JOINT HEALTH GROUP: *Report responding to the COMEDS tasking to assess the healthcare worker shortage*. – In. AC/330(EAPC)N(2015)0009, 2015. április 1.

¹⁶⁷ Daniel LEE, Jeff GUTHERIE: *Military Physician Recruitment and Retention: A Survey of Students at the Uniformed Services University of the Health Sciences in Military Medicine*. In. PubMed, 2009. 147. sz.

A legvonzóbb tényezők a katonai orvosi pályaválasztásban	Legkevésbé vonzó motivációs tényezők a katonai orvosi pályaválasztást illetően
<ul style="list-style-type: none"> • Hazafias kötelesség • Aktív katonák tapasztalatai • Harc • Státusz • Pénzügyi kompenzáció • Utazás • Kaland • Tapasztalat szerzés • Katonai juttatások • Egyéb lehetőségek 	<ul style="list-style-type: none"> • Harc • Katonai bevetés • Családi élet • Katonai élet (egyenruha, szokások és udvariassági szokások, bázison való élet stb.) • Katonai juttatások • Bürokrácia • A szolgálat szigorú követelményei • Autonómia hiánya • Katonai szolgálat hossza

A legutolsó 2021-es, negyedik felmérésen a válaszadó tagországok 79%-a jelezte, hogy jelenleg is egészségügyi dolgozói hiánnyal küzdenek. A járvány hatására az intenzív osztályos és sürgősségi szakemberek, míg a második helyen az alapellátásban (általános orvos, házi orvos) dolgozók hiányát jelölték meg. Ezt követte a fertőző betegségekkel foglalkozók és a pszichiáterek hiánya. 2015 és 2018 között a felmérésben részt vevő nemzetek esetében az aktívan praktizáló orvosok száma csökkent, azonban a legutóbbi felmérés alapján a nemzetek többségében nőtt a praktizáló orvosok száma. (13 nemzet esetében nőtt, kettőnél csökkent). 2018 vagy 2019-ben a magasabb fizetés és a jobb munkakörnyezet hiánya szerepelt az okok között, míg 2021-ben a Covid hatására a stresszes munkakörnyezetet jelölték meg legfőbb oknak. Az egészségügyi személyzet növelésére a telemedicinás lehetőségek bővítését, a nyugdíjas kollégák visszahívását, és a dolgozók intézmények közti megoszthatóságát alkalmazták. Ezen felül a világjárvány szükségessé tette a katonai és a civil egészségügy szorosabb együttműködését is.¹⁶⁸

Ami a jövőbeli kilátásokat illeti, figyelembe kell venni az előregedő társadalom okozta kihívásokat, mivel 2050-re a 65 év felettek száma közel 157%-kal fog növekedni.¹⁶⁹

¹⁶⁸ NATO JOINT HEALTH GROUP: 2021 REPORT ON THE HEALTH CARE WORKER SHORTFALL. – In. AC/320-WP(2021)0005, 2021. november 18.

¹⁶⁹ NATO CIVIL EMERGENCY COMMITTEE: 2019 Report on the Health Care Worker Shortfall. – In. AC/98-D(2020)0001 (INV), 2020. január 16.

A legtöbb tagország esetében elenyésző a külföldi egészségügyi dolgozók aránya. Illetve meg kell említeni, hogy a legtöbb tagország alkalmaz civil vagy tartalékos egészségügyi dolgozókat a missziós feladatok ellátására is. Tehát általánosságban megállapítható, hogy jó pár éve a rendelkezésre álló gyógyító kapacitások nem érik el a kívánt szintet a NATO-ban. A többnemzetiségű egészségügyi támogatás, Aeromedevac, telepíthető orvosi egységek és létesítmények számítanak a legkritikusabb területeknek. A probléma az összes NATO országot érinti, ezért 2010 és 2012 között több konferenciát is tartottak a témával kapcsolatban. A 20 tagország közül 7-nek jelent jelenleg is problémát a szükséges orvosok biztosítása a missziós kontingensekben. Az egészségügyi szakszemélyzet biztosítása pedig 4 tagországnak okoz gondot.

Azoknak a nemzeteknek, melyek lépéseket tettek ennek a problémának a megoldására azok a jövőben könnyebben lesznek képesek megfelelni a NATO követelményeknek, így a probléma nem minden NATO tagországban jelentkezik hasonló mértékben.

Finnországgal együtt most jelenleg 31 NATO tagország az egészségügyi személyzet feltöltöttségének javítására a következő intézkedéseket tette RTG 213-survey April 2011 felmérése alapján:

1. Anyagi ösztönzések alkalmazása (magasabb fizetés, juttatások): 12 tagország
2. Rugalmas szolgálat és munkahelyi állománytábla bevezetése (lehetőség magán praxisban való munkavégzésre, tanítási lehetőség): 11 tagország
3. Család és karrier közti egyensúly biztosítása: 11 tagország
4. Karriermodell és szakmai fejlődés előmozdítása: 10 tagország
5. Oktatással kapcsolatos intézkedések: 6 tagország
6. PR-al és hirdetéssel kapcsolatos intézkedések: 7 tagország
7. Egyéb intézkedések: 1 tagország

5.1. PÉNZÜGYI ÖSZTÖNZŐK

A NATO-n belül az egészségügyi személyzet közül az orvosok hiánya jelenti a legnagyobb problémát. A nővér és a mentőtiszt hiány kevésbé jelentős, de erre a területre is alkalmazhatók a következőkben tárgyalt megoldási javaslatok.

5.1.1. AZ ALAPFIZETÉSEN FELÜLI JUTTATÁSOK

Minden tagországban általában a civil orvosi fizetések magasabbak, mint a hadseregben rendszerezésített rendfokozaton alapuló illetmények, ezért a tagországok extra bónuszokat fizetnek a katonaeorvosoknak. Ez azonban bérfeszültséghez vezethet a hadseregben belül. A fizetések versenyképessége tétele mind az USA, mind a belga, mind a holland hadseregben pozitív eredményeket hozott az orvoshiány leküzdésében.

Az alapilletményen felül nyújtott anyagi juttatásoknak következő formái lehetnek:

- sorozási bónusz,
- „speciális” juttatások,
- testület által minősített külön fizetés,
- ösztönzési pénzek,
- megtartásra irányuló bónuszok,
- kiegészítő juttatások speciális egészségügyi területen dolgozóknak (légi, túlnyomásos, az úrkutatási, megelőző, foglalkozás-egészségügyi bónuszok, stb.),
- kiegészítő juttatása orvosoknak, akik extra adminisztratív és egyéb feladatokat látnak el,
- valamint szakmai tapasztalatok és képzések alapján differenciált juttatások.

A fentiekkel összefüggésben megjegyzendő, hogy például a holland hadseregben a szolgálati idővel és ranggal növekvő alapilletményen felüli juttatásokat, a megkötött szerződés hosszával arányos kinevezési bónuszt, és a lejáró szerződés meghosszabbítása után járó bónuszokat alkalmaznak.

A megkülönböztetett bánásmód, ugyanakkor, feszültséghez és az egészségügyi személyzetnek a hadseregben belüli nehezebb elfogadásához vezethet.

5.1.2. NEGATÍV PÉNZÜGYI ÖSZTÖNZÉSEK

A negatív pénzügyi ösztönzések körébe sorolható például, hogy szolgálati viszony megszüntetése esetén vissza kell fizetni a képzés összegét. Ezek a megtartásban játszhatnak szerepet, azonban mivel nem járul hozzá a katonaeorvosok motivációjához és elkötelezettségük növeléséhez, ezért ez nem javasolt eszköznek számít.

5.2. EGYÉB ÖSZTÖNZŐK

5.2.1. NEM RANGHOZ KÖTÖTT JUTTATÁSOK

A nem ranghoz kötött juttatások alternatív lehetőséget jelentek, melyet az ausztrál és dán hadseregben alkalmaznak. A rang nélküli vezénylések azonban nem működnek a többnemzetiségű missziós területeken.

5.2.2. KORÁBBI ELŐLÉPTETÉSEK

Az ír hadseregben alkalmazott gyorsabb előmenetel nem volt igazán sikeres. A cseh hadseregben egy rendfokozattal magasabbat kapnak az orvosok, mint a más területen dolgozó katonák. A belga hadseregben a nyelvvizsgálóhoz kötötten támogatják a gyorsabb előmenetelt. A megkülönböztetett bánásmód, ugyanakkor, feszültséghez és az egészségügyi személyzetnek a hadseregben belüli nehezebb elfogadásához vezethet.

5.2.3. RUGALMAS MUNKAI DŐ ÉS A FOGLALKOZTATÁSI STÁTUSZ

A rugalmas munkaidő és foglalkoztatási státusz biztosíthatja az egyensúlyt a katonai orvosi karrier és az orvosi hivatás egyéb területei között, hogy az orvosok részt vehetnek ezáltal az oktatásban és magánegészségügyi ellátásban is. Az orvosok extra pénzt kereshetnek és a munkájuk során felhasználható tapasztalatokat szerezhettek, ráadásul ez nem jelent plusz kiadást a katonai tárcának sem. Azonban ez dupla munkaterhet és stresszt okozhat, ami kiegészítéshez vezethet. Egyes nemzeteknél a magánegészségügyi ellátásban való munkát nem engedélyezik, mivel a bevethetőséget korlátozza. Összességében, amennyiben az illetékes elöljáró jóváhagyja, és nem zavarja a katonai, főleg a missziós feladatokat, úgy javasolt megoldást jelenthetnek az orvosok hiány leküzdésében.

5.2.4. CSALÁD ÉS KARRIER KÖZTI EGYENSÚLY BIZTOSÍTÁSA

A legtöbb nemzetnek nincs speciális szabályozása erre a területre. Az általános jogszabályokat követik a szülési szabadság, a részmunkaidő és a rugalmas munkaidő tekintetében. A következő lehetőségek állnak rendelkezésre:

- otthoni munkavégzés (ha lehetséges),
- rugalmas munkaidő,
- részmunkaidős munkavégzés,
- szülési szabadság,

- szülői szabadság,
- és óvodai elhelyezés (általában nem ingyenes).

5.2.5. KARRIERMODELL ÉS SZAKMAI FEJLŐDÉS

A tagországok különböző mértékben támogatják az orvosi karrier építését és szakmai fejlődést. Vannak olyan tagországok, ahol erre kevés hangsúlyt fektetnek, míg mások kifejezetten fontosnak tartják ezt.

A belga hadseregben például a katonai szolgálat második része kevésbé aktív. A szakorvosi képzéssel és tréningekkel fokozható az egyén szakmai képzettsége. A sikeres előléptetést az évenkénti teljesítményértékelések segíthetik. A másik lehetőség a rangban való gyorsabb előrelépés, azonban sok nemzetnél a különböző rendfokozatban lévő tisztek száma maximalizálva van. Az ausztrál hadsereg abba az irányba mozdult el, hogy a katonai rangok helyett a kompetencia alapú fizetést helyezi előtérbe, mely a katonai rendfokozatok megszüntetését eredményezheti az egészségügyi személyzet esetében.

5.3. OKTATÁS

Az élethosszig tartó tanulás a betegek legmagasabb szintű ellátásához elengedhetetlen, ráadásul a magas szintű szakmai tudás a missziós területen is kifejezetten fontos. Az orvosi diploma megszerzésének segítése a toborzásban, míg a szakorvos és egyéb képzések biztosítása a pályán maradásban van jelentősége. Azonban az 5-6 éves egyetem megfinanszírozása hatalmas költségekkel jár. Másik lehetőségként felmerül, hogy az ebből megtakarított pénzből magasabb fizetéssel orvosokat lehetne elcsábítani a civil szférából. Az, hogy a két lehetőségből melyik lenne a jobb, arra jelenleg nincs elegendő adat. A civil kórházakkal és munkaközvetítőkkel való együttműködés a képzések terén régóta jól működik, azonban a fegyveres testületeknél a civil doktorokkal és intézményekkel való munkaerőpótlás csupán időleges megoldást jelenthet és nem javasolt.

5.4. HIRDETÉSEK, TOBORZÁS

Hirdetések a toborzás egyik formája, mely magazinokban és orvosi folyóiratokban, tv-ben és interneten, nyomtatott sajtóban, élősóban, egyetemeken és oktató kórházakban tartott

előadásokkal, ösztöndíjprogramokkal, konferenciákon való megjelenéssel, karrier napokon való részvétellel, nyílt napokkal történhet.

A katonai egészségügyi személyzet bevonásával végzett „élőszavas hirdetések”, beszélgetések a leghatásosabbak, mivel saját szakmájuk képviselőivel beszélnek. Katonai bázisokon, hajókon, katonai reptereken végzett szakmai gyakorlatoknak szintén igen pozitív eredményei vannak. A hitelességet erősíti, ha potenciális pályázók nem csupán pozitív információkat hallanak.

A civil orvosi intézményekkel, munkaerő-közvetítőkkal, egyetemekkel, kórházakkal való együttműködésnek 3 fajtája van a NATO-n belül:

- oktatási együttműködés,
- szerződéskötés civil orvosokkal egy meghatározott rövidebb időre (mind béke, mind missziós feladatokra),
- és együttműködés magán egészségügyi intézményekkel hosszabb távon.

Erre találunk példát a norvég hadseregben 5 éves, újabb 5 évre meghosszabbítható szerződéssel alkalmaznak fél állásban orvosokat, mind otthoni, mind nemzetközi műveletekben. A holland hadsereg partner kórházakkal működik együtt, ahova a honvédelmi tárca által finanszírozott orvosokat helyez ki, mely extra létszámot jelent, cserébe a kórház orvosokat biztosít mind a hazai, mind a nemzetközi feladatokhoz.

RÉSZKÖVETKEZTETÉSEK

A szakirodalmat áttekintve 2001 után kevés kutatás foglalkozott a NATO országok egészségügyi személyzet helyzetének felméréseivel, toborzással és katoniorvosi pályaelhagyással. A helyzet súlyosságát és fontosságát érzékelve a NATO-ban 2014 óta két évente végeznek felméréseket és tesznek közzé javaslatokat a tagországok részére a felmerült egészségügyi szakszemélyzet hiányának csökkentésére, mivel a rendelkezésre álló gyógyító kapacitások nem érik el az elvárt szintet. A felmérés alapján összefoglalásra kerültek a katonai egészségügyi orvos és szakápoló hiány csökkentésére tehető intézkedéseket. Ezek a hazai viszonyokra is alkalmazhatóak lennének. Sajnos az évek óta tartó megszorítások és a béremelések elmaradása olyan helyzetet teremtett, hogy a civil hazai fizetések is

versenyképesek, főleg a foglalkozás-egészségügyi területen. Ezzel magyarázható, hogy egyre több, tapasztalt, szakvizsgával rendelkező kolléga hagyja ott a honvédséget a csapatoknál, ahol az orvoshiány kritikus szintet öltött.¹⁷⁰

A fejlett nyugati **NATO tagországokat** ugyanúgy sújtja a katonaorvosok hiánya, A katona-egészségügy területén a speciálisan képzett orvosok és szakdolgozók toborzása és megtartása is problémát jelent más NATO országokban is. **Folyamatosan romlik a helyzet a felmérésben részt vett 20 NATO ország 40%-ánál, 30%-ában stagnál, és csupán 30%-nál figyelhető meg javulás a bevezetett intézkedések hatására..** A pénzügyi ösztönzőkön kívül számos egyéb lehetőség áll rendelkezésre úgy, mint a rugalmas szolgálat és munkahelyi állománytábla bevezetése, lehetőség magánpraxisban való munkavégzésre, tanulási lehetőség biztosítása, család és karrier közti egyensúly biztosítása, karriermodell és szakmai fejlődés elősegítése, oktatással kapcsolatos intézkedések, toborzási lehetőségek jobb kiaknázása, stb.

170 NATO: *RTG 213-survey*, 2011. április

VI

KATONAORVOSI LESZERELÉS ÉS PÁLYAELHAGYÁS

6.1. KATONAI PÁLYAELHAGYÁS, LESZERELÉS

A *pályaelhagyás okai* között szerepeltek az alábbi - 2010-2013 között a 22 tagállam bevonásával készült - tényezők: **jobb fizetés, jobb munkakörülmények és külföldi munkavállalás**. A Magyar Honvédség esetében a pályaelhagyás okai között a feltételezések szerint a **katonai életpálya, megélhetési tényezők, jogviszonyból eredő különbségek**, valamint a **szolgálati nyugdíj megvonása** szerepeltek.

A 2014-es év második felének honvédségi szempontból kiemelkedő eseménye volt a jelentős arányú bérfeljesztési terv kormányzati bejelentése, mely részben a meglévő állomány megtartását, részben új jelentkezők megszólítását célozta. A négy év alatt több ütemben végrehajtani tervezett, átlagosan 50%-os illetmény-emeléstől a katonák életének jelentős javulását és a pályaelhagyás csökkenését várták.

Egy másik 2015-ben történt kutatás többek között a katona-egészségügyi pályaelhagyás okainak a feltárását tűzte ki célul. A kutatásba 120 főt vontak be, átlag életkoruk 41 év volt, 70%-ban nők. A kutatás során kiderült, hogy a katona-egészségügyi pályával **57,5% személyes kapcsolatokon keresztül, 10,8% toborzás útján** került kapcsolatba. Nemek szerint eltérés mutatkozott a *pályaelhagyás okai* között. A **férfiaknál és nőknél első helyen az anyagi juttatások** vannak több mint 50%-kal, második helyen a **férfiaknál a munkakörülmények** 31,4%-kal, a **nőknél a nyugdíjkezdvezmények megvonása** van 38,8%-kal. Harmadik helyen **férfiaknál a nyugdíjkezdvezmények megvonása áll** 28,6%-kal, **nőknél pedig az alkalmassági követelmények** nevezhető meg 31,8%-kal. A variancia analitikai vizsgálatok kimutatták, hogy a **lakóhely, munka szakmai/tartalmi részével való elégedettség** között közepesen erős kapcsolat mérhető ($p=0,0447$), a lakóhely és a munka tárgyi körülményei között pedig gyenge kapcsolat van ($p=0,0687$). A katona-egészségügyi pályaelhagyást a jogviszony és a nem erősen befolyásolja. A nyugdíjba vonulási kedvezmény megvonása változóval közepesen erős kapcsolat ($p=0,0138$), az egészségügyi okokkal való összefüggés tekintetében pedig gyenge kapcsolat ($0,0533$) volt kimutatható. A nem és az alkalmassági követelmények változói között szignifikáns kapcsolat volt kimutatható

($p=0,0007$). A megkérdezettek **92,5%-a nem véli megfelelőnek a katona-egészségügy átlagjövedelmét** és **57,5%-a külföldi munkavállalás esetén elhagyná a katona-egészségügyet**. A katona-egészségügyi szakállomány elvándorlását a megkérdezettek többsége szerint a **versenyképes keresettel és megbecsüléssel lehetne megállítani**. A **leszerelési szándék** nagyban függ az **iskolai végzettségtől**, valamint a **lakóhelynek** is domináns szerepe van benne. Az **állomány megtartására** az alábbi tényezők jelentenének pozitív fordulatot: **megbecsülés, az anyagi juttatások fokozása, a nyugdíjba vonulási kedvezmény visszaállítása, előmeneteli, karrierépítési megbecsülés, továbbtanulási lehetőségek elősegítése, valamint strukturált pályamodell kialakítása.**³

Ahogy a katonai pályaválasztásnál láttuk a motivációk összetettségét és sokféleségét, úgy a pályaelhagyás esetében is csak az egyik tényező a bérezés kérdése. A hazai szakirodalomban már megállapítást nyert, hogy „Más fejlett országok hadseregeihez hasonlóan a Magyar Honvédségben is jelentős problémaként jelentkezik az önkéntes, szerződéses katonaállomány megszerzése és megtartása. A hadsereggel szerződést kötött katonák és a szervezetből kilépők számának arányaival mért fluktuáció igen magas, és ebben jelentős szerepet játszik a motiváció. A jelentős mértékű pályaelhagyás okait vizsgáló kutatás eredményeiből kiderült, hogy a kiáramlás fő okai a következők: anyagi, pénzügyi okok, bánásmód, emberi viszonyok, szervezatlenség, jövőkép hiánya, ruházati, élelmezési, munkaidő utáni szabadidő eltöltésének feltételei; elhelyezési, lakhatási problémák.”⁷⁴ Az is igazolható tapasztalat, hogy a katonai pályát elhagyók egy része olyan területen dolgozik tovább, melyen hasznosítani tudja megszerzett tudását, képességeit. Bizonyos esetekben jobb javadalmazásért cserébe, más technikai eszközök használatának ígéretével helyezkedik el katonai, illetve biztonságtechnikai cégnél.¹⁷¹ Mindezek mellett nem reprezentatív mintájú elemzés révén az is látható, hogy az elhelyezkedés általában meghatározott időre szól, és van visszatérés a Honvédség kötelékébe, tehát e vállalatok elszívó hatása még nem érvényesül döntően.

Ellentmondásos kép rajzolódik ki ugyanakkor a hivatásos és a szerződéses állomány tagjainak juttatott javadalmazások tekintetében: a szerződéses katonák esetében a **lakhatási támogatásokat, várható nyugdíjjuttatásokat** stb. ítélték meg kedvezőtlenebbül a hivatásos

¹⁷¹KATONA B.: *A katonai és biztonsági magánvállalatok tevékenysége és a fegyveres testületeknél szolgálatot teljesítők pályaelhagyása közötti összefüggések.* – In. http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/publikacio/katona_bela01.pdf, 2011. letöltve: 2015.04.02.

állományéhoz képest. Általánosságban kijelenthető, hogy a korhatár előtti öregségi nyugdíjak megszüntetéséről, a korhatár előtti ellátásról és a szolgálati járandóságról szóló 2011. évi CLXVII. törvény 2012-es hatályba lépésével a nyugdíjak átalakítása – korosztálytól függően változó mértékben, de – kedvezőtlenül érintette a rendvédelemben dolgozók csoportjait. Ezzel párhuzamosan ugyan kidolgozásra került a Honvédség humán stratégiája, és ezzel megfogalmazódott a kívánalom a hiteles és vonzó katonai pályakép, a közszolgálat egyik sajátos formájának kialakítása iránt (a honvédek jogállásáról szóló 2012. évi CCV. törvényben a tervezett közszolgálati modellből egyes mozzanatok megjelentek az előmeneteli rendszerben), de a 2014. év végén bejelentett, több lépcsőben végrehajtott nagyjából 50%-os béremelés ellenére is, a pályaelhagyás akut jelenség a Magyar Honvédségben.

Ahogy több szerző is rámutat a lehetséges megoldások egyik irányvonalaként, a Honvédség esetében a pályaelhagyással szoros összefüggésben kell vizsgálni és a **HR-szakma eredményeit** segítségül hívva, megoldási javaslatokat kidolgozni a megtartó módszerek fejlesztésére. Elsősorban a **parancsnok (vezető) szerepe** lehet kulcsfontosságú, hiszen eltérő generációs összetételű csoportokat kell a személyi állományban integránsan egyben tartani, hatékonyan működtetni. „A katonai hivatásban a parancsnok, jelentős szerepet játszik beosztottjainak motiválásában. A parancsnok egyfajta modellszerepet tölt be beosztottjai életében, és követendő mintát képvisel, amelyet az egyén modellkövető, utánzásos tanulással sajátít el.”¹⁹⁵ A parancsnok már nem egyszerűen vezető, hanem segítő, irányító („coach”) is egyben.

A szakemberek szerint ilyen esetben a közös pont a büszkeség lehet, és ebben a kérdésben a parancsnok felelőssége óriási: teret kell adnia a beosztottnak ötleteik bemutatásához, kommunikációt kell megvalósítani velük, mert ezek a megoldások vezetnek ahhoz, hogy a honvédségnél dolgozók büszkék lehessenek szervezetükre.¹⁷²

6.2. ORVOS PÁLYAELHAGYÁS

Az egészségügyi szakemberek elvándorlása napjainkra világjelenséggé hatalmasodott, mellyel egyre többet foglalkozik mind a vándorlás-, mind az egészségpolitika. Az egészségügyi szakemberrel való ellátottsága egy országnak meghatározó módon befolyásolja

¹⁷² KISSNÉ András K. (2010) : *Generációk a magyar honvédségnél. Motiváció és munkaerő megtartó képesség.* – In. Hadtudományi szemle. 3. évf. 4. szám. p. 61-62. Online: http://uni-nke.hu/downloads/kutatas/folyoiratok/hadtudomanyi_szemle/szamok/2010/2010_4/2010_4_tt_kissne_58_64.pdf, 2015.04.05.

az adott ország egészségügyi rendszerének működését, közvetetten pedig a lakosságának egészségügyi státuszát. A jelenség következményei az elkövetkező évtizedekben fogják éreztetni hatásait, hiszen az egészségügyi szakemberek hiánya befolyással van többek között az egészségügy ellátó képességére. Egy ország népességének a gazdasági teljesítő-, és életminősége függ az egészségügyi ellátó rendszertől. Abban az esetben, ha a rendszer nem képes megfelelően funkcionálni, úgy sérül az ellátáshoz való hozzáférés joga.¹⁷³ A migráció, mint kérdéskör több országot érint Európában közvetlenül, hiszen az egészségügyi ellátás biztosításában van szerepe, ugyanakkor nem szabad elfeledkezni, hogy a szakmai fejlődést, tapasztalatcserét segíti, továbbá a különböző eljárások elterjedésének is egy lényeges tényezője. Hozzátenném, hogy az EU szabad áramlás elve erősen hozzájárult az egészségügyi munkaerő-áramláshoz, ebből következően, pedig fogadó, más néven célországok, illetve küldő/forrás országok kialakulásához.¹⁷⁴

A keletről nyugati régióba történő orvos áramlás kapcsán négy meghatározó tényezőt lehet kiemelni. Elsőként az EU-n belül automatikus a képesítés elismerése. Ezt követi az egészségügyi emberi erőforrás hiány, az ehhez kapcsolódó külföldi egészségügyi szakember függőség, és az ebből következő igen erőteljes munkaerő toborzás, mely sok esetben agresszív formát ölt. Harmadik helyen az emberi erőforrás menedzsment áll, mely az elmúlt időszakban igen fontos tényezővé vált, hiszen egyes szakképesítésekkel rendelkező szakemberek elvesztése kiemelt terhet ró az ellátórendszer működésére – példának okáért a háziorvosok, aneszteziológusok drasztikus létszám csökkenése –, az utolsó, pedig a már említett egyéb pozitív hatásokat tartalmazza, mint a tapasztalat megosztás, információ csere, továbbképzési lehetőségek.¹⁷⁵

Az egészségügy területén dolgozók esetében, elsősorban a magasan kvalifikáltak tervezik a hosszabb vagy rövidebb ideig tartó külföldi munkavállalást. A célországok elsősorban itt is az Unió nyugati országai, Írország, Nagy-Britannia, Németország, a skandináv térség államai.

¹⁷³ EKE E., GIRASEK E., SZÓCSKA M.: *A migráció a magyar orvosok körében.* – In. Statisztikai Szemle, 2007. 93. évf. 7-8. szám. p. 795-827.

¹⁷⁴ LUKÁCS É., ILLÉS S.: *Szabad-e a személyek áramlása?* – In. Alföldi tanulmányok 2002–2003. Online: http://real-j.mtak.hu/1327/1/ALFOLDTAN_2003.pdf, 2003. letölve: 2015.11.25.

¹⁷⁵ GAIZAUSKIEN A., GRABAUSKAS V., KUCINSKIENE Z et al: *Physian Planning in Lithuania in 1990-2015.* – In. Policy Documentation Center, Online: http://pdc.ceu.hu/archive/00002469/01/LGP_leidyns_engl.pdf, 2000.

Országos szinten az egészségügyi szakdolgozókkal kapcsolatos migrációs elvándorlási adatok a különböző nyilvántartási-, működési engedélyezési rendszereken, Egészségügyi és Oktatási Minisztériumok, szakmai szervezetek, népszámlálás, közegészségügyi, népegészségügyi, képzési, adózási, munkavállalási adatokon keresztül mérhetőek fel/becsülhetőek meg. Magyarországon erre vonatkozó megbízható információk a Központi Statisztikai Hivatal (KSH), az évente kiadásra kerülő Statisztikai évkönyv, MOK, Magyar Kórházszövetség, MRSZ, különböző kutatások eredményei, az orvosi képzést folytató egyetemek által kiadott adatok, illetve a hozzájuk kapcsolódó diplomás pályakövetési rendszer, valamint az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ (ENKK) által begyűjtött információk alapján kapható. A betelepülő orvosok jelentős százaléka a fiatal vagy középkorú, számszerűsítve a 30-39 illetve 40-49 évesek korosztálya. Joggal feltételezhető, hogy rendelkeznek egy, vagy több szakvizsgával és több évre visszanyúló szakmai gyakorlattal, mely a leginkább keresett a nyugat-európai régióban. A kivándorlás következményei érintik az orvostársadalmat, hiszen sok szakember még idős korában is részt vesz a mindennapi betegellátásban, hivatástudatból és az utánpótlás alacsony aránya miatt. A rövid távú negatív hatások közé tartozik még, hogy egyes szakmacsoportok által nyújtott ellátás színvonala csökkenhet, vagy akár az ellátás fenntarthatósága szünetelhet.

Az empirikus adatokra támaszkodó elemzéseknél külön szükséges megemlíteni, hogy az orvosok és az egészségügyi szakszemélyzet (ápolók, szakterületi asszisztensek) mozgását külön klaszterekben vizsgálják, mivel egyes idősorok, illetve vizsgálati szegmensek szerint a szakszemélyzet elvándorlása arányaiban még az orvosokénál is magasabb.

Érdemes megemlíteni ugyanakkor egy viszonylag ritkábban megnevezett migrációs célt a magasabban kvalifikált ápolók (és az orvosok, szakorvosok) vonatkozásában, mely körülmény a pályaelhagyás kezelésében is fontos szempont lehet. Eszerint „úgy tűnik, hogy a felsőfokon képzett ápolók java többre vágyik, mint arra, hogy ne használja nyelvtudását, ne használja ki magasabb szintű képességeit. Az elemzés szerint minél inkább lehetőséget biztosítottak a válaszadó önképzésére, fejlődésére, annál inkább a pályán maradás mellett voksolt.”¹⁷⁶ Az ápolók migrációja az egész Európai Unión belül zajló jelenség, és a hazai

¹⁷⁶ ZRÍNYI M., ZÉKÁNYNÉ RIMÁR I., TÓTH H., SIKET A.: *Időzített bomba? Pályaválasztás és elvándorlás.* – In. Egészségügyi gazdasági szemle. 2007. 5.évf. 1.sz. – p. 43.

kutatások mind a magyar trendek uniós tapasztalatokhoz való illeszkedését (lásd. „NEXT”-vizsgálat), mind az ápolói nyelvtudás meglétének fontosságát hangsúlyozzák.¹⁷⁷

A médiában megjelenő cikkekben a kivándorlás mértékét hivatott bemutatni a betöltetlen állások számának folyamatosan növekvő tendenciája. Azonban a csökkenő betöltetlen orvosi állásokról szóló cikkek alapjául szolgáló KSH statisztikát megvizsgálva látható, hogy a betöltetlen orvosi állások száma valójában csökkent. A problémát azt jeleneti, hogy az egészségügyi átalakítások során az elmúlt 30 év alatt az egészségügyi állások 36%-a, 92.500 egészségügyi beosztás szűnt meg. 2021-ben 7.510 egészségügyi poszt volt üres, mely közel felére szakdolgozókat, közel ötödére pedig orvosokat vártak. A legnagyobb mértékű orvoshiány 8,3%-kal Győr-Moson-Sopron vármegyében volt. A fenti adatokból is látható, hogy az egészségügy területén a szakszemélyzet hiánya jelentős.¹⁷⁸

A korábbiakban vázoltam, hogy az orvosi pályán maradásban jelentős tényező (s ez a motívum a katonai pályaválasztás kérdésében is megjelent) a hivatással való korai azonosulás, valamint az a körülmény, hogy magas szintű, nehezen és áldozatos munkával járó szaktudás birtokosaként, hivatástudatuk és leterheltségük miatt nincs, illetve nem volt számukra reális pályaelhagyási alternatíva más, értelmiségi foglalkozás elsajátítása. A migráció e tekintetben az orvos szempontjából előnyösebb választásként tekinthető, hiszen hivatását megbízhatóbb és kiszámíthatóbb egzisztenciális feltételek között tudja gyakorolni. Az egészségügyi dolgozók külföldi munkavállalásához szükséges hatósági bizonyítványok igénylése beszédes adat, évek óta enyhe emelkedést-stagnálását mutat, és az is jól mérhető, hogy a megjelölt **célszágok tekintetében nagyjából csak 10% nem valamelyik fejlett nyugat-európai vagy skandináv állam.**¹⁷⁹ Az orvosok migrációjának **gazdasági okai, a külföldi megbecsültségük** a kivándorlásuk kapcsán említett legfontosabb oknak számítanak. A magyarországi egészségügyi ellátó helyzetet további kedvezőtlen fejleményként érinti, hogy az **orvostársadalom öregszik.**

¹⁷⁷ TAKÁCS P., SIKET A.: *Ápolók pályaelhagyásának és migrációjának további statisztikai elemzése.* – In. Acta Medica. Online:

http://epa.oszk.hu/02500/02535/00002/pdf/EPA02535_acta_medicinae_2011_02_033-046.pdf, 2005.

¹⁷⁸ TÖLGYESI D. B.: *Emberi erőforrások gazdálkodás a hazai egészségügyben, kihívások és lehetőségek.* – In. Miskolci Egyetem – Gazdaságtudományi Kar. Online: http://midra.uni-miskolc.hu/JaDoX_Portlets/documents/document_14724_section_7102.pdf, 2013, letöltve: 2015.11.26.

¹⁷⁹ KSH: *Tér-kép 2021.* - In. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/ter_kep_2021.pdf, letöltve: 2022.03.05.

Jelenleg az egészségügyben dolgozó legnépesebb korosztályt az 50-55 éves munkavállalók teszik ki, akik előreláthatóan 10-15 éven belül elérik a nyugdíj korhatárt. Természetesen ez nem jelenti azt, hogy végleg el kell hagyniuk a pályát, de már nem fognak tudni ugyanazokkal a kondíciókkal dolgozni, mint korábban, ezzel egyidejűleg az egészségügyben jelentős űr fog keletkezni.^{180 181 182}

A betöltetlen állások számának folyamatosan emelkedő tendenciája is a kivándorlás erősségét, valamint a probléma súlyosságát hivatott alátámasztani. Ágazati szinten több, mint 4200 állás betöltetlen. Amennyiben azt vesszük alapul, hogy jelenleg megközelítőleg 30 ezer orvos dolgozik aktívan az egészségügyben, nem is tűnik magas aránynak. Abban az esetben viszont, ha ez a létszám évről évre fennmarad, azaz a folyamat stagnál, úgy hosszú távon érezteti a hatását. Az egészségügyi szektor humán erőforrás-krízise Magyarországon egyrészt az orvos-elvándorlásból, másrészt az orvostársadalom előregedéséből tevődik össze, amelyik azért nagy probléma, mivel a hazai munkaerőpiacról kiesők létszáma lényegesen elmarad az újonnan munkaerőpiacra lépők számától. Aggodalmat keltő az is, hogy az országot elhagyni szándékozó orvosok közül sokan az **egyébként is hiányszakmának számító területekről** kívánnak elvándorolni.

Hazai kutatások eredményei alapján a megkérdezett 44 házi orvos közül 18-an, 33 radiológusból 25-en, 83 intenzív-terápiás szakorvosból 64-en tervezik a külföldi munkavállalást. Több kutatási eredmény is alátámasztja, hogy a rezidensek több mint 2/3-a tervezi a külföldi munkavállalást. Egy 2002-ben végzett hazai kutatási eredmény alapján az orvostanhallgatók és rezidensek 60,7%-a tervezi a külföldi munkavállalást, mely arány igen riasztó volt.¹⁸³ 2003-ban szűrőpróbaszerűen végeztek el egy hasonló felmérést, melynek eredménye közel azonos értéket mutatott az egy évvel korábbival – 62%. Az elmúlt évek statisztikai adatai alapján a tendencia nem csökkent, továbbra is 60-67% közötti, azoknak az

¹⁸⁰ EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2012. évi statisztika –Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki in: http://www.eekh.hu/documents/statisztika/2012/20122_hatbiz_szakkepesites.pdf, 2012.

¹⁸¹ EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2014. évi statisztika –Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki. – In. http://www.eekh.hu/documents/statisztika/2014/hatbiz_2014_nem_allamp_eves.pdf, letöltve: 2015.11.09.

¹⁸² EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2013. évi statisztika –Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki. – In. http://www.eekh.hu/documents/statisztika/2013/2013_hatbiz_eletkor.pdf, letöltve: 2015.11.09.

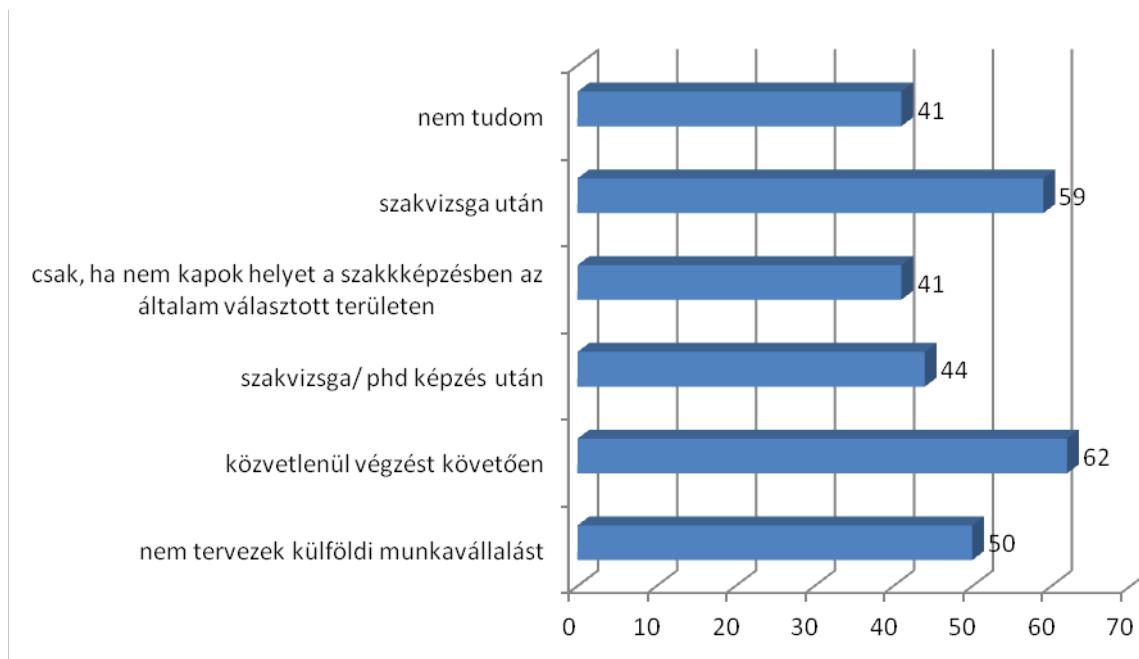
¹⁸³ STANKŪNAS, M., LOVKYTĖ, L., PADAIGA, Ž.: *The Survey of Lithuanian Physicians and Medical Residents Regarding Possible Migration to the European Union.* – In. Medicina. 2004. 40. évf. 1.sz. - p. 68–74.

aránya, akik nem Magyarországra terveznek.⁹ A teljes magyar lakosság körében ez az arány 2003-ban 12% volt.¹⁸⁴

A „Hallgatói kutatás 2014” elnevezésű projektet a MRSZ és a Szinapszis Kft. kezdeményezte, célja volt az orvostanhallgatók külföldi munkavállalással kapcsolatos terveinek és véleményüknek a megismerése. A kutatás nem nagy elemszámú volt, 297 fő részvételével történt. Kizárólag magyar orvostanhallgatók vehettek benne részt, a négy magyarországi általános orvosi egyetemről. Az eredmények között kiemelendő, hogy a hatodéves hallgatók többsége a pályaválasztáskor az érdeklődés miatt döntött az orvosi hivatás mellett, de ha újra döntési helyzetbe kerülnének, 45% más pályát választana. A pályaválasztáskor a leendő orvostanhallgatók csupán 3%-át motiválta a külföldi munkavállalás lehetősége. A legtöbben okként a befektetett energia és társadalmi megbecsültség aránytalanságát jelölték meg. A kutatásba bevontak 70%-a tervezi, hogy külföldön vállal munkát, 35% közvetlenül a végzés után tervezi a külföldi munkavállalást, 23% abban az esetben, ha itthon nem talál a szakterületében állást. Diplomaszerezést követően csupán 1% volt azoknak az aránya, akik nem egészségügyben tervezik folytatni a pályájukat külföldön, további 6%-a a diákoknak pedig egész egyszerűen még nem döntött, hogy mivel szeretne foglalkozni. A 16. sz. ábra jól szemlélteti a külföldi munkavállalási szándékot az orvostanhallgatók részéről.¹⁸⁵

¹⁸⁴ HÁRS Á., SIMONOVITS B., SIK E.: *Munkaerőpiac és migráció: fenyegetés vagy lehetőség?* – In. www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a803.pdf, 2004.

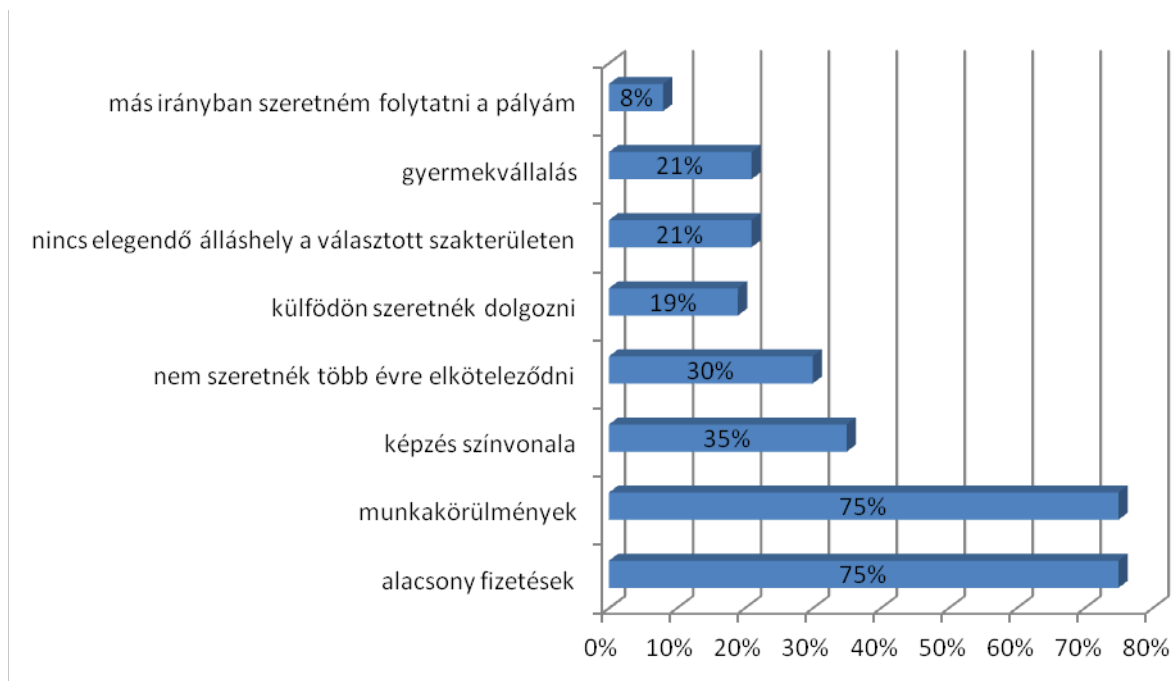
¹⁸⁵ KOLOSI T., TÓTH I. GY., VUKOVICH GY.: *Társadalmi R riport, 2004.* – In. Tárki, Budapest. Online: <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a803.pdf>, p. 272-289. Letöltve: 2015.11.26.



16. sz. ábra: MRSZ és Szinapszis kutatásai eredményei alapján a hatodéves orvostanhallgatók külföldi munkavállalási terveiről¹⁸⁶

A diákok 17%-a nem szeretne Magyarországon kívül elhelyezkedni, 14% viszont még nem döntött ezzel kapcsolatosan. Azon hallgatók közül, akik a külföldi munkavállalás mellett tették le a voksukat, 39% legfeljebb öt évet szeretne külföldi fogadólakásban tölteni, 26% viszont ennél hosszabb távra tervez, továbbá nem vetik el azt a lehetőséget sem, hogy véglegesen külföldön éljenek. Emellett, a válaszadók 29%-a bizonytalan a külföldi munkavállalás időintervallumával kapcsolatban. Azok számára, akik azt választották, hogy itthon képzelik el a jövőjüket, a legfőbb indokot a család és az anyanyelv jelenti. A külföldi munkavállalásban a hallgatók 75%-át az alacsony fizetések és az itthon tapasztalható aggasztó munkakörülmények motiválják. A képzés színvonala, valamint a hosszú távú elköteleződés ugyancsak hozzájárult a döntés meghozatalához a külföldi munkavállalással kapcsolatban. A 8. sz. ábra szemlélteti azokat a külföldi munkavállalással kapcsolatos okokat, melyekkel a kutatásban résztvevő hallgatók teljes mértékben egyetértettek. A hallgatók 83%-a a túlterheltséget, 82% az alacsony béreket, 63% az orvoselvándorlást jelölte be kritikus problémának a magyar egészségügy helyzetében.¹¹⁴

¹⁸⁶ MAGYAR REZIDENS SZÖVETSÉG – SZINAPSZIS (2014): *MRSZ Hallgatói Kutatás*. – In. Online: <http://rezidens.hu/index.php/sajtoanyag/letoltesek?download=1:mrsz-hallgatoi-kutatas.>, 2014. Letöltve: 2015.11.26.



17.sz. ábra: Az MRSZ és Szinapszis kutatásai eredményei alapján az orvostanhallgatók külföldi munkavállalási szándéka mögött álló okok¹¹⁴

Az orvosok elvándorlása mellett egyre komolyabb méreteket kezd öltetni az egészségügyi szakdolgozók pályaelhagyása is, amely szintén nagyban nehezíti a zökkenőmentes egészségügyi ellátás fenntartását.”¹⁸⁷ 2009-ben 532 szakdolgozó, 887 orvos távozott,¹⁸⁸ 2013-ban a köztes évek emelkedő tendenciáival ugyanezek a számok 536 és 955.¹⁸² Viszonyításként: 2013-ban 1484 orvost (egészségügyi szakképesítéssel rendelkezőt) vettek alapnyilvántartásba,¹⁸⁹ miközben a rendszerből országos szinten nagyjából 1500 orvos hiányzott az elmúlt években.

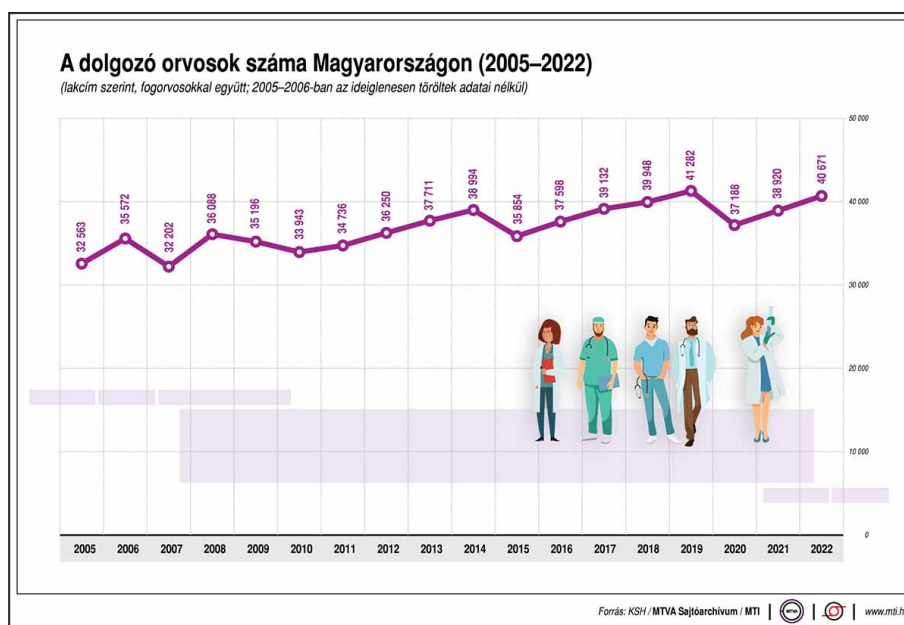
Napjainkban a munkaképes korban lévő orvosok majdnem ugyanakkora gyakorisággal vállalnak külföldön munkát, mint korábban, vagyis a hazai karrier nem tudott

¹⁸⁷ FARKAS R.: *A magyarországi orvos elvándorlás.* – In. Méltányosság politikaelemző központ. 2012. - p. 2. Online: , http://www.meltanyosság.hu/files/meltany/imce/doc/kp_orvoselvandorlas_120320.pdf letöltve: 2015.04.13.

¹⁸⁸ EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: *2009. évi statisztika –Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki.* – In. Online: http://www.eekh.hu/documents/statisztika/2009/2009_hatbiz_celorszag.pdf, letöltve: 2015.11.10.

¹⁸⁹ DEUTSCHMAN-HORVÁH ZS. L. és mtsai: *Beszámoló az egészségügyi ágazati humán erőforrás 2013. évi helyzetéről az egészségügyi ágazati humán erőforrás-monitoring rendszer alapján.* – In. Egészségügyi és Nyilvántartási Képzési Központ. p. 8. Online: http://www.eekh.hu/hmr/letoltesek/beszamolok/HR_beszamolo_2013.pdf, letöltve: 2015.04.06..

vonzóbbá válni számukra. Az orvoshiányt tovább fogja növelni az idősebb orvosok számának növekedése, mivel ők hamarosan nyugdíjba fognak vonulni. Természetesen ezen kutatások eredményeiben a frissen bevezetett szolgálati jogviszony és az ezzel bevezetett magasabb bérek hatása még nem jelenik meg, mivel az a vizsgált időszakon kívül esik.¹⁹⁰



18.sz ábra Dolgozó Orvosok létszáma Magyarországon (2005-2022) Forrás: KSH/MTVA Sajtóarchívum.

Mind az elvándorlás, mind a pályaelhagyás mögött hangsúlyos tényező a **gazdasági (megélhetési) okból történő mozgás** (a migrációs tendenciákra gyakran a **már elvándoroltak csábítása** is hatással van).

A kivándorlás okai között már említettem az anyagi lehetőségeket, de ezen túl a nehézkes előrejutás, egyfajta poroszos szemlélet uralkodik a hazai orvos társadalomban, melyet főként a fiatal generáció tűr egyre nehezebben, nem elfeledve a szakmai lehetőségek korlátozottságát.¹⁹¹ Továbbá változóban az **orvos-beteg viszony**, az orvosi tudás, és az **orvosszakma tiszteletének devalválódásával** kell számolni (amely a kiegyensúlyozottabb körülmények miatt Nyugat-Európában marginális jelenség). A magyar társadalom sajátos

¹⁹⁰ RÉVÉSZ Barnabás Márk: *A Magyar Egészségügy Humán Erőforrás Biztosításának anyagi kérdései*. – In. http://web.med.u-szeged.hu/healthecon/images/szakedolgozat/Revesz_Barnabas_Mark.pdf, letöltés ideje 2024 06.04.

¹⁹¹ LENGYEL A.: *Magyarok külföldi munkavállalása*. – In. Budapesti Gazdasági Főiskola – Külkereskedelmi Főiskolai Kar, Nemzetközi Kommunikáció Szak. Online: http://elib.kkf.hu/edip/D_14568.pdf, 2009. Letöltés ideje: 2015.11.26.

szocializációs eredője, hogy az ingyenesség illúziójaként hajlamos kezelni az orvosi ellátás igénybevételének lehetőségét, ugyanakkor az orvos-beteg viszonyának megromlása más társadalmi problémának, anomáliának is lehet tünete (az orvosi műhibaperek szintén erodálják a hivatás megítélését). Nem könnyíti meg az orvosok helyzetét a túlóra, illetve **ügyeleti rendszer** módosíthatása sem, illetve – a pozitív változások ellenére – az **ellátórendszer infrastrukturális fejlesztésének üteme**.¹⁹² Felkészítésüket és továbbképzésüket tekintve az elméleti képzés aránytalan túlsúlyát említik problémaként,⁵⁹ miközben a szükségletalapú felkészítéseket hiányolják. Az orvostársadalom belső feszültségei illetve az orvoslás világának társadalmi beágyazottságának árnyalatai, szintén kedvezőtlenül hatnak az egészségügyi ellátórendszer humán folyamataira.

Hippokratész (i.e. 460-375) óta minden becsületes és magát tisztességesnek tartó orvos számára tilos a szakmai munka minőségét függővé tenni a beteg társadalmi rangjától és fizetőképességétől. Másfelől Hippokratész azt is mondta, hogy ugyanazért a munkáért más honoráriumot is kérhet az orvos, ez az orvosok számának növekedésével és rétegződésükkel párhuzamban alakult ki. A MOK Etikai Statútumának 138. szakasza kiemelte, hogy az orvos maga határozza meg a munkadíját, ha vállalkozás keretében tevékenykedik. Erről a jogosultságáról mond le látszólagosan az orvos, ha közfinanszírozású szervnél teljesíti szakmai munkáját.¹⁹³

Az **orvosi életpálya modell hiánya, illetve annak kritikái, a hierarchizált rendszer reformokkal szembeni tehetetlensége** a szerkezeti átalakítás hosszadalmas elnyúlását eredményezi. Bizonyos eredmények mutatkoznak például a **rezidens program** bevezetésével összefüggésben (a hazai munkavállalás adott időre történő elfogadása, ösztöndíj folyósítása a hálapénz elutasításáért), ám a sok éve-évtizede kumulálódó rétegzett problémák megnyugtató megoldása még előttünk van. Az orvosok körében gyakran emlegetett jelenség, a „**kiégés**”, bár mérése nehézkes kvalitatív jellege miatt, szintén megjelenik, elsősorban a pályaelhagyás motívumai között.¹⁹⁴

¹⁹² BALOGH T.: *Infrastruktúra-fejlesztés az egészségügyben*. – In. Foglalkoztatási, társadalmi befogadási és egészségügyi fejlesztések Magyarországon. Dr. Antal T.– Dr. Fedor M. – Szabó Á. szerk. Nemzeti Fejlesztési Ügynökség. 2013. - p. 137-142.

¹⁹³ BALÁZS P.: *Hálapénz... ha végre paradigmát váltanánk*. – In. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2007. 45. évf. 4. sz. - p. 11-19.

¹⁹⁴ RURIK I. - KALABAY L.: *Magyar orvosok életmódja, egészségi állapota és demográfiai adatai 25 évvel a diplomaszerezés után*. – In. Orvosi Hetilap.2009. 50. évf. 12. sz. – p. 533-540.

Látható, hogy a határon túli elvándorlás és a pályaelhagyás krízisként a feladat-ellátási képesség és a szervezet, illetve intézményrendszer szempontjából értelmezhető (ám például a határon belüli migráció az egészségügyben olykor kifejezetten pozitív előjelet is kaphat a fogadóhely szempontjából, ellátó-képességének megőrzése miatt). A pályaelhagyó orvosok közül többen **orvoslátogatókká** lesznek, magasabb fizetésért és más kihívásokat jelentő, de szaktudásukra építő munkáért (lásd. a fejezet bevezetőjében említett LLG jelenségét), illetve az orvosok egy része az állami struktúrán kívül, az **egészségügyi magánszektorában** találja meg helyét. Úgy tűnik, a magyar egészségügy nincs felkészülve arra sem, hogy a külföldön dolgozó, ott szakvizsgát szerző majd visszatérő orvos **könnyebben tudjon (re)integrálódni** a hazai közegbe, nincs egységes gyakorlata annak, hogy a külföldön letett szakvizsgát és megszerzett gyakorlatot hogyan ismerik el.¹⁹⁵ Összegezve itt azt a megállapítást tehetjük, hogy a szakmaiság harmonizációján és az anyagi megbecsülés rendezésén túlmenően (lásd. életpálya modell), **humán erőforrás-gazdálkodásra, stratégiai tervezésre, kontrolling rendszer** bevezetésére illetve erősítésére van szükség az egészségügy pályamegtartó, orvosmegtartó képességének növelése érdekében.¹⁹⁶

6.3. KATONA-ORVOSI PÁLYAELHAGYÁS

Bármi legyen is a katona-egészségügyi hivatás választásának vezérmotívuma, ha az egyén elégedett a karrierútjával és a javadalmazásával, az emeli a katonai pálya presztízsét is, mindez együtt pedig elegendő a pályán tartáshoz. Ellenben, ha a „beöltözéskor” támasztott elvárások belátható időn belül nem teljesülnek, pusztán csak a hivatástudat, a hazaszeretet és más hasonló magasztos érzések nem biztos, hogy önmagukban elegendő pályamegtartó erővel bírnak.³

A magyarországi rendszerváltást követő években bekövetkező társadalmi-gazdasági átalakulások folyamataiban, az újdonság erejével bíró fogalmak közül a későbbiekben számos kifejezés a szélesebb értelemben vett közbeszéd tárgyává vált. A gyakran „LLL”-ként rövidített „lifelong learning”, azaz az „élethosszig tartó tanulás” fogalma nem pusztán a felsőoktatás egyes humán tudományi képzésein részt vevők számára vált fontos terminus technicussá, hanem medializált, elterjedt szóösszetétellé vált. E helyütt sem szükség, sem

¹⁹⁵ EKE E. - GIRASEK E. – SZÓCSKA M.: *A migráció a magyar orvosok körében.* – In. Statisztikai szemle. 2009. 87. évf. 7-8. sz. - p. 812-813.

¹⁹⁶ GARAJ E. - VINGENDER I.: *Migráció kezelése a kórházmenedzsmentben.* – In. Orvos- és Kórháztechnika. 2007. 48. évf. 2. sz. - p. 47-50.

lehetőség nincs rá, hogy ezzel összefüggésben vizsgáljam egy másik kifejezésnek, a „pályaválasztás” fogalmának értelmezésében beállt hangsúlyeltolódásokat, majd magában a fogalomhasználatban bekövetkezett paradigmaváltást. Diszktusszív megállapításként csak annyit jegyzek meg, hogy míg az „LLL” fogalma eredendően hordozza magában a folyamatelvűséget, a változást és az alkalmazkodást, addig a korábban inkább monolitikus jelentéstartományú „pályaválasztás” fogalma is számottevő átértékelődésen esett át. Már az 1990-es években megindult a fogalom használatának fokozatos cseréje (de legalábbis prediktív módon történő használata) a „pályaorientáció” fogalmára, és a pályaorientáció kritériuma a törvényhozás (és, ezáltal a formális intézményesültség) szintjén is megjelent.

A tendencia napjainkban már az LLL fogalmával állítja párhuzamba a kifejezést: az „LLG”, azaz a „lifelong guidance” diskurzusba emelésével megjelent az „élethosszig tartó pályaorientációs tanácsadás” koncepciója. Az „élethosszig tartó pályaorientáció” ezzel mintegy tovább erodálja a „pályaválasztás” fogalmának korábbi alaptermészetét, melyhez a – dolgozatomban központi figyelmet kapó –, „pályaelhagyás” jelenségre társul. Hozzá kell ugyanakkor tenni, hogy míg az „LLG” az egyén szempontjából egyfajta kumulatív válasznak tekinthető a társadalmi, ezen belül főként a munkaerő- piaci változásokra (és az individuum szempontjából pozitív hozadékot feltételez), addig a pályaelhagyás kontextustól függően érték telített fogalomként is tekinthető. Dolgozatomban ez utóbbi vonatkozással foglalkozom, vagyis a katonai pályaelhagyást a korábbi érvényesülést jelentő szervezet (és a szervezet feladatellátása) szempontjából problémaként diagnosztizálom, azaz természetének és empirikus összefüggéseinek feltárásával megoldások felvázolását tartom szükségesnek.

A fenti fogalmak kijelölte mozgástér komplex összefüggéseiből a pályaválasztás motivációiban látható mintázatokra, általános tendenciákra kívánom jelzés értékűen felhívni a figyelmet, melyeket maguknak a kifejezéseknek és alkalmazásuknak a változásai kísértek. A pályaválasztásnak (pályaorientációnak) az egyéni életúton elfoglalt helyét illetően sincs feltétlen konszenzus az egyes megközelítések között, a konceptualizálástól függően éppúgy megjelenhet az általános iskola felső tagozataiban, ahogy a középfokú oktatás időszakának végén; jelen dolgozatban a pályaválasztás kérdését az utóbbi életkori szakaszba helyezem, miközben jelzem, hogy a foglalkozásválasztás – újra – érzékelhető probléma a felsőoktatásban tanulók esetében is. Nincs lehetőségem számba venni azt a nagyszámú kutatást, illetve (inter)diszciplináris megfontolást, amely a pályaválasztás motivációinak keresztmetszetét adja. A pályaválasztás számos kutatás tükrében inkább tűnik

folyamatnak, interakciónak, „és nem csupán a családdal való interakció mentén, de mint kontextus, mint értéket, normát, szerepeket közvetítő közeg is jelentős, amellyel lehet akár azonosulni, akár attól távolságot tartani”. Sajátos, több részből álló szakasz ez az egyén életében, melyet számos tényező befolyásol, „a személyiség, a családi háttér szerepe, az iskola, a pályaismeret, a közösség, a munkaerőpiaci szükséglet és a társadalmi struktúra. A pályaválasztással már elkezdődik az ember életútjának a kijelölése, s bár a választás nem mindig jelent visszavonhatatlan döntést, de az elkövetkező iskolaéveket meghatározza”. A pályaelhagyás ennek a „nem visszavonhatatlan döntésnek” a konkrét megjelenési formája.

A katonaeorvosok sajátos státusza alapján¹⁹⁷ (polgári alapvégzettséggel, szolgálati viszonyban teljesített szolgálat, de nem a Honvédség alaptevékenysége körében), nem könnyű választ találni arra a kérdésre, hogy a katonaeorvosi pályaelhagyás melyik hivatás „feladását” jelenti és miért azt? A katonaeorvosi pályát elhagyók egy része orvosként tovább praktizál, ebből az a konzekvencia adódna, hogy a katonai pályát, a katonai hivatásukat adják fel – már amennyiben ezen a ponton hivatásról beszélhetünk, és nem az orvosi hivatás speciális körülmények közötti gyakorlásáról.

Ahogy egy kurrens vizsgálat rámutat, a katonaeorvosi pályaelhagyás jelensége mögött vélhetően **nem a parancsuralmi rendszer jelentette kihívások** állnak: „a honvéd egészségügyben ez idáig nem volt jellemző a nagyarányú szolgálati jogviszony megszüntetése, a pályaelhagyás, mert az állományba kerülők számára a katonai kultúra és szabályozás nem ismeretlen, azokat képesek elfogadni és betartani.”¹⁴ A nemzetközi kitekintés (az 1991-es Öböl-háborúra) a katonai műveletben részt vevő orvoscsoportok vonatkozásában megfogalmazza a „kik is ők?” kérdését. „Szakállomány, vagy katona? Ez a kérdés azóta is nagy dilemma. **Mi a fontosabb? Legyen valaki ragyogó szakember vagy inkább katona?** Természetesen mind a két terület fontos, de tudjuk-e biztosítani a két területnek való maradéktalan megfelelést? Számos kérdést és megoldási próbálkozást tapasztalhatunk a múltban és a jelenben ennek a körülménynek a kezelésére.”¹⁹⁸ Témavezetőm, - Aki az említett háborúban a Magyar Orvos Kontingens parancsnoka volt -

¹⁹⁷ SZEKENDI GY.: *A Magyar Honvédség békeidőszaki személyi állományának foglalkoztatási viszonyai, különös tekintettel a honvédek jogállására*. In: Magyar Közlöny Lap- és Könyvkiadó. 2013. Online: http://magyaryprogram.kormany.hu/download/2/1b/a0000/20_JOG_Hjt_AROP2217.pdf, letöltés ideje: 2015.04.20.

¹⁹⁸ DRÓT L.: *A hazai békefenntartó kiképzés fejlődése*. – In: Seregszemle. 2014. 12. évf. 4. sz. - p. 137.

szerint a körülmények és a háború jelenléte miatt általában katona, de ha sérültet hoztak akkor rögtön orvos lett mindenki. Szerencse és valóság volt, hogy bármilyen beosztású és rangú parancsnok, mindenképp fölé helyezte az emberi életet.

A két hivatás összeegyeztethetőségének kihívása, a szolgálati rendszerben megvalósuló gyógyító protokollok alkalmazása: az e dolgozat alapját szolgáló kutatásom részben épp azt a célt szolgálja, hogy az első közelítésben adódó választ (miszerint a katonarvos távozása honvédségi kötelekből a katonaság oldaláról „billenti át” a mérleg nyelvét az orvoslás oldalára) árnyalni lehessen, ezáltal a problémakört diverzifikálni tudjam. A katona/orvos dualításban éppúgy számos ellentmondás feszül, ahogy például a katona/lelkész hivatások ötvözésében, és ezek a személyes és szakmai identitást is olyan kihívások elé állíthatják, melyek vizsgálata az érintettek bevonásával, **mélyinterjú technikák alkalmazásával** történhet. Az orvos részéről az élet megóvása érdekében tett erőfeszítéseknek egy ezzel részben ellentmondásban álló közegben kell érvényre jutnia, melyben saját (katonaként végrehajtott) tevékenysége is ezen ellentmondás részévé válik. A konklúzió mind a civil, mind a katonai pályán szolgálatot teljesítők kapcsán világos: „Magyar vizsgálati adatok szerint az **orvosi hivatás kritikus stresszhelyzetei** a hosszú munkaidő, a folytonos fizikai és pszichikai terhelés, a gyakori krízishelyzetek, az alacsony jövedelem, az adminisztratív terhek, a gyógyszerekhez való könnyű hozzáférés lehetősége és az önértékelés csökkenése. A legsúlyosabb azonban a sikertelen kezelés, a páciens halála, mellyel időről időre szembesülni kell. A **kiégés** visszafordítható folyamat, bármely szakaszban történő beavatkozás esetén korábbi fázisok elérése lehetséges. Amennyiben azonban nem történik hatékony beavatkozás, a folyamat végén pályaelhagyás, súlyosabb esetben akár öngyilkosság is előfordulhat.”¹⁹⁹

Azok az orvosok, akik a katonai szolgálatból kilépve a civil orvosi pályán kívánnak mozogni, speciális szakismeretük (és esetlegesen szolgálati idejük) alapján jobb alkupozícióban vannak azokon a bértárgyalásokon, amikor leendő munkáltatójuknak lehetőségük van az előírt bértáblától eltérő javadalmazást kínálni számukra. Az egyik hivatás „feladásával” könnyebben tudják **életvitelüket összeegyeztetni családi életükkel, illetve magánéletükkel**. Katonaorvosként a gyógyító hivatás gyakorlása olyan kihívást jelenthet (például **békefenntartó műveletekben való részvétel**), melyek veszélyforrása az egyén vagy

¹⁹⁹ GYÖRFFY Á.: *A pszichológiai támogatás lehetőségei az intenzív terápiás ellátás során.* – In: Honvédorvos. 2013. 65. évf. 1-2.sz. p. 58.

családja részéről nem mindig toleráltak. A külföldi missziók biztosítása több bizonytalansági, illetve rizikófaktort hordoz magában, és ezek elfogadása, illetve hosszú távú elfogadása nem minden katonaeorvos számára vállalható.

A katonaeorvosi pályát elhagyók számára azonban nem kizárólag a civil orvosként való praktizálás jelenthet egyedüli alternatívát. Ahogy katonatársaik, úgy ők is elhelyezkedhetnek a **magánszektorban**, elsősorban **külföldi cégek alkalmazásában**, melyek során lényegesen **magasabb jövedelemért, korszerű eszközállományt** használva láthatnak el bizonyos operatív műveletek során feladatokat (ilyenek lehetnek például a kíséretbiztosítás orvosi-ellátói feladatai).

Bár a katonaeorvosi pályaelhagyásról nemzetközi összehasonlításban egyre inkább önálló, körülhatárolt problémakör rajzolódik ki,²⁰⁰ hazai sajátosságai csekély mértékben kutatottak, noha számos szakszociológiai aspektust vetnek fel. Az azonban biztos, hogy a katonaeorvosi pályaelhagyás problémája a két hivatás találkozásának keresztmetszetében jelenít meg számos olyan részproblémát, mely az orvosi és a katonai hivatás feladása során külön-külön, de hasonlóképp jelentkeznek.

RÉSZKÖVETKEZTETÉSEK

Ebben a fejezetben vázlatosan áttekintettem a pályaelhagyás, illetve az ezt esetenként fedő elvándorlás körülményeit és jellegzetességeit az orvosok, katonák, illetve a katonaeorvosok körében. Ezt a sokrétű problémakört nem lehetett teljes részletességgel kimeríteni a jelen dolgozat keretei között, de a tendenciák vizsgálatát és azonosítását elvégeztem.

Ahogy a pályaválasztás kérdésénél bemutattam, úgy a pályaelhagyást vizsgálva is megállapítható, hogy a sajátos jellemzők mellett (például orvosoknál a paraszolvencia) van néhány olyan közös motívum, mely a katonák, orvosok és katonaeorvosok pályaelhagyó magatartásánál jelen van. A korai pályaeorientációhoz hasonlóan, az egyes hivatások képviselőinél jelen van a **csalódás** (a korábban kialakított ideálképhez képest), az **egzisztenciális motívum** (jobb megélhetés ígérete a magánszektorban), a **(már működő)**

²⁰⁰ POPOV M. M. N.: *A confluence of factors: Canadian Forces retention and the future force*. - In: Online: <http://www.cfc.forces.gc.ca/259/290/297/286/Popov.pdf>, 2010. letöltés ideje: 2015.04.11.

életpálya modell hiánya, a **stressz és formái**, valamint az egzisztenciális biztonság mellett a **szakmai kiteljesedés esélye** (migráció, illetve magánszektor választása esetén), a **szervezetlenség** és az olykori **konceptiótlan átalakítások**, valamint a **jövőkép hiánya**. A katonai, illetve orvosi, valamint katonaeorvosi pályát váltók egy része viszont továbbra is a hivatását gyakorolja, csak jobb keretfeltételek szerint. A szervezet szempontjából veszteségnek tekinthető lépés igen gyakran az egyéni életpályán egy, az egyén számára kedvezőbb feltételeket és lehetőségeket nyújtó életszakasz kezdetét jelentheti.

VII.

KATONAORVOSI LESZERELÉS ÉS PÁLYAELHAGYÁS KÉRDŐÍVES ÉS INTERJÚS VIZSGÁLATA

Mind a média, mind a MOK hivatalos lapja folyamatosan azt a képet sugallja, hogy súlyos orvoshiány van Magyarországon, ami kritikus szintet ért el. Az ellátás problémáját bárki tapasztalhatja a kiégett orvosok, a hosszú várólisták és a folyamatosan romló infrastruktúra láttán. Ezzel szemben **az 1000 lakosra jutó orvosok létszáma közelítőleg megegyezik az OECD országok átlagával**. Sőt a doktorok létszámának alakulásában emelkedés volt megfigyelhető 2024-ig. A fő problémát az előzetes feltevésünkkel szemben **a relatív munkaerőhiány** (nővéri, adminisztrátori munkák végzése, szakszemélyzet hiánya), az **ágazat alulfinanszírozása**, az **orvosok túlhajszoltsága** (70 órás munkahét – ami a heti 8 órás munkahéthez képest 175%-os konstans terhelést jelent), **ágazati alulfinanszírozás**, a betegutak **nem megfelelő szervezése** (például egynapos sebészet helyett több napos bennfekvés) jelenti.

A **kivándorlás mértéke szintén alacsonyabb** a médiában említetttnél, mivel erről pontos nyilvántartás nem készül. Az EEKH által szolgáltatott adatokban pedig a hazai praxishoz szükséges szakvizsga megújítás is benne van, amivel a korrigált valós érték a médiában elhangzottaknak a harmada csupán. Mind a MOK által végzett kutatás, mind a saját kutatásom alapján a még rendszerben lévő orvosok 17-22%-a tervezi a kivándorlást. A már leszerelt kollégáknál ez az arány jóval magasabb (40%).

A **hazai pályaelhagyásban** elszívó erőt jelentenek a tőkeerős gyógyszeripari cégek, az oktatás, és meglepő módon már harmadikként következnek az orvoslással nem kapcsolatos szakmák (ingatlanos szakma, üzletvezetési, vezetői tanácsadás, egyéb feldolgozóipari tevékenység, információ-technológiai szolgáltatás, építészmérnöki tevékenység, adminisztratív-, kiegészítő egyéb üzleti tevékenység, víztermelés, -kezelés, -ellátás, kiadói tevékenység, gépjármű-, motorkerékpár kereskedelem, stb.).

A **katonaorvosok száma** szintén folyamatos, lineáris csökkenést mutat. A kórházban az elmúlt 5 évben (2016-2022) az orvosok 28%-a szerelt le, néhány éven belül a katonaorvoshiány eléri azt a szintet, amikor a Honvédség már nem lesz képes a missziós és a hazai

feladatok biztosításához elégséges orvost kiállítani és ezzel párhuzamosan egyre nagyobb teher hárul a még rendszerben lévőkre. Sorsdöntő a magyar katonáorvoslás jövője és fennmaradása szempontjából az “Alma Mater”-nek, a több mint 120 éves Honvédkórháznak az új felügyelet alá helyezése, amely gyakorlatilag a megszűnéséhez vezethet. Ez a lépés minden kötődést és lehetőséget ellehetetlenít, akár szándékosan, akár akaratlanul is, ezzel gátolva a kilábalást, a változtatást és a felemelkedést.

Kutatásom alapján az 5 év, vagy kevesebb szolgálati viszonyal rendelkező, fiatal, 40 év alatti, nyelveket jól beszélő, általában szakvizsgával rendelkező (sőt 38%-uknak több is van), és újabb szakvizsga megszerzését is célul tűző, **jól képzett és szorgalmas katonáorvosokat veszítjük el**. Meg kell említeni, hogy 31% a leszerelés után teljesen, vagy részben továbbra is dolgozik a Honvédségnél, amire érdemes a jövőben tekintettel lenni. A fentiekhez azonban negatívumként kell említeni, hogy a 8/2023. (I. 17.) Korm. Rendelet alapján számos 25 év tényleges szolgálati viszonyal rendelkező, tapasztalt katonáorvos került felmentésre.

7.1 A KÉRDŐÍVES ÉS INTERJÚS VIZSGÁLATRÓL

A Nemzeti Közsolgálati Egyetem Társadalomtudományi tanszékével közösen végrehajtott kutatásnak, a 2010 júliusától 2011 februárjáig végzett „Katonák munkaerőpiaci re-integrációjának képzési programja” elnevezésű empirikus kutatási sorozat és projekt és a belőle megjelent „Kiválás, 2010-2011 ” könyve képezte az alapját. Azt a kutatást a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség támogatta, az Európai Gazdasági Térség és a Norvég Finanszírozási mechanizmuson keresztül. A nagyjából fél milliárd forintos képzés célja az volt, hogy a már működő és kipróbált norvég mintát alkalmazva, az aktív illetve a már leszerelt katonáknak munkába helyezéshez szükséges képzéseket, szakképzéseket, személyiségfejlesztő tréningeket nyújtson. A kérdőívet a programban regisztrált összes katonának és közalkalmazottnak kiküldték, a visszaérkezett és feldolgozott kérdőívek aránya mindössze 6 % volt. Az akkori kutatás célja az volt, hogy a projektben jelentkező és részt vevő aktív, a hadseregből már leszerelt, egykori katonák, köztisztviselők, közalkalmazottak munkahely megtartó és re-integrációját elsegítő programjának az eredményeit felmérje és a program bevalására utókövetést végezzen.

Sajnos speciálisan az orvosokat és az egészségügyi dolgozókat célzó programok nincsenek, ezért a kutatásunkkal a már leszerelt állomány tagjait kerestük meg. A kérdőív a

felmérés katonarvosi hivatáshoz való kiigazításával készült, így az eredmények a korábbi kutatással összehasonlíthatóak. Mivel korábban nem végeztek motivációs vizsgálatokat katonarvosok körében, ezért a felmérésünket erre vonatkozó kérdésekkel is kiegészítettük. A pályaelhagyáshoz vezető összes tényező stresszhez vezethet, így erre a kérdéskörre is szerettünk volna választ kapni. Kutatásunkat a pályán tartó tényezők vizsgálatával is kiegészítettük.

Évek óta komoly problémát jelent az orvosi és az egészségügyi szakszemélyzet hiánya Magyar Honvédségen belül és a helyzet a csapatoknál a legrosszabb, amit a 2013-as szakorvosi bérkompenzáció tovább sújtott, ugyanis a csapatorvosok ebből kimaradtak. A csapatorvosok hiánya miatt komplett alakulatok működnek úgy, hogy az orvoshiányt heti néhány órára szóló külső civil kollégákkal (házi orvosokkal, üzemorvosokkal) kötött szerződésekkel tudják csak megoldani. Azonban ez nem jelent igazi megoldást, mivel van ahol a megfelelő üzemorvosi végzettség is hiányzik, illetve gyakorlatokra, missziókra nem vezényelhetőek. Már hosszú évek óta problémát jelent a csapattagozat hiányos feltöltöttsége, mely a hadrafoghatóságot is veszélyezteti. Az 1956 utáni időszak csapatorvosi feltöltöttségére a rendkívüli szélsőségesség volt jellemző. 1970-es évek elejére 20% körüli feltöltöttség okán új ösztöndíjrendszert vezettek be, aminek következtében 1979-re 85%-ra növekedett a csapatorvosok aránya. Az ösztöndíj “hat évért hat évet” alapelve miatt azonban ez az arány 1984-ben 60%-ra esett vissza. A 90-es években ez a tendencia tovább folytatódott néhány éves stagnálásokkal megszakítva. Mindehhez nagyon fontos hozzátenni, hogy az MH létszáma a 1980-as évek végétől, 150 ezerről napjainkra 25-30 ezerre csökkent.²⁰¹ Most már teljes vidéki alakulatok működnek csapatorvos nélkül. A problémára több megoldási javaslatot is kidolgoztak, de ez idáig hathatós lépések, amik a folyamatot megállítanák, nem történtek. A napokban kerül kidolgozásra egy új, három pilléren álló csapatorvosi – katonarvosi karriermodell, ami megoldást jelenthet a problémára, ugyanis a fokozatos leszerelés miatt a megmaradt állományra túlzott teher hárul és a megnövekedett biztosítási feladatokat a MH EK Honvédkórház állományából kell biztosítani, ami a kórház állományát terheli és nem képes az összes helyi feladatot átvállalni. A kutatás aktualitását jelzi, hogy az eredmények, a másik két kutatás eredményével együtt felhasználásra kerülnek az új csapatorvosi – katonarvosi karriermodell kidolgozásához.

²⁰¹ Prof. Dr. SVÉD László ny. orvos altábornagy, PhD: *A Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálatának története 1980–1989.* - In. Honvédorvos, 2016. 68. évf. 3-4. szám. p. 51-71.

A korábbi katonaszociológiai kutatásokból fontos következtetéseket levonni a katonai leszereléssel kapcsolatban, azonban a speciális képzettséget igénylő területekre, úgy mint a katonaeorvosokra kevés konkrét adatot szolgáltatott. A Magyar Honvédség harcképessége folyamatosan romlik a katonaeorvosi leszerelés és elvándorlás fokozódásával. Kutatásommal választ akartunk kapni a katonaeorvosi leszerelés legfontosabb okaira, a munka során fellépő speciális stressz tényezőkre, valamint a katonaeorvosi pályaválasztás motivációjára, a pályán tartó és pályaelhagyást elősegítő tényezőkre.

7.2 A KUTATÁSI MÓDSZERTAN LEÍRÁSA, MINTAVÉTELI TERV ÉS TÍPUSA

Vizsgálati módszer leírása:

- kérdőíves adatfelvétel (leszereléskor a személyügytől megkapott önkitöltős kérdőívek, postán kiküldött kérdőívek)
- interjúk személyes formában
- dokumentumelemzés, korábbi kutatási eredményekkel való összehasonlítás
- a kapott adatok összevetése a Kiss Zoltán László által végzett Kiválás, 2010-2011. kutatással (Katonaszociológiai kutatások-sorozat. Budapest: Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem. „Kiválás 2010 – 2011” című kutatási projekt).

Kutatásomat két alkalommal végeztem el. Első alkalommal 2015-ben vizsgáltam a korábbi években leszerelt katonaeorvosoknak kiküldött kérdőívekkel, míg második alkalommal 2024-ben a 2016-2023 között távozott katonaeorvos kollégákat kerestük meg.

Az első kutatásomba a 2015 előtti ~~elmúlt~~ években leszerelt csapat orvos kollégákat is be szerettem volna vonni, és erre az engedélyt a Magyar Honvédség Hadkiegészítő és Központi Nyilvántartó Parancsnokság parancsnokától meg is kaptam, végül adatkezelési és munkaerő kapacitás szűkösségére hivatkozva mégsem tudtam kiküldeni a kérdőíveket. Ennek hiányában a kérdőíveket a MH EK Honvédkórház leszerelt katonaeorvosainak, illetve néhány csapat orvosnak küldtem ki. Meg kell jegyezmem, hogy a 2013-as átalakításig a MH

Egészségügyi Központja a 8 telephelyével és 3566 fő munkavállalójával az egyik legnagyobb katonai alakulata volt hazánkban.²⁰²

A személyügyön a leszereléskor más kérdőívet is kiadnak, ezért úgy gondoltuk, hogy az itt kiosztott borítékokkal le tudjuk mérni az éppen leszerelő állományt. Azonban mivel nem kérték, hogy ezeket helyben töltsék ki, ezért az itt kiosztásra került kérdőívek többségét nem juttatták vissza a személyügyre az érintettek. Ezért döntöttünk úgy, hogy inkább postai úton keressük meg a már leszerelt katonáorvosokat.

A már nem aktív katonák adatait a MH Egészségügyi Központ Személyügyi Osztálya, míg második alkalommal az MH EK Személyügyi és Munkaügyi Főnöksége bocsátotta rendelkezésemre, akiknek a munkáját ezúton is köszönöm. Első alkalommal a kérdőív 52 főnek került kiküldésre, melyből 16 darabot kaptam vissza. Ez 30,7%-os arányt jelent, ami magasabb, körülbelül a duplája, mint a MOK és a MRSZ hasonló orvoselváncorlást vizsgáló felmérésére történő visszaküldés aránya. 2 fő jelezte, hogy nem kíván részt venni a kutatásban, mivel rossz szájízzel távoztak a rendszerből (az egyik kollégát kettős állampolgársága miatt szerelték le, a másik kollégára nem tartottak igényt a szerződés lejárta után). 3 kérdőívet a posta küldött vissza rossz cím miatt. A minta létszámának növelése úgy lenne elérhető, ha a meglévő engedélyek birtokában Magyar Honvédség Hadkiegészítő és Központi Nyilvántartó Parancsnoksága kiadná a már leszerelt csapat orvosok elérhetőségét, de ez többszöri próbálkozásunk ellenére sem járt sikerrel. Második alkalommal 39 leszerelt orvos kollégának küldök ki postán a kérdőíveket. Ebben az esetben két kérdőívet küldött vissza a posta rossz címzés miatt, míg 8 kérdőívet kitöltve kaptunk vissza, ami 20,5%-os visszaküldési arányt jelent.

A Magyar Honvédség Egészségügyi Központtól minden támogatást és segítséget megkaptam, hogy a kérdőíves kutatást a leszerelt állománynak kiküldhessem.

A kórház Minőségirányítási Osztálya minden évben kérdőíves kutatást végez mind a betegek, mind a dolgozók körében ' megelégedettség ' tekintetében. Mivel sok átfedés van a kutatásommal, ezért ezen kutatási anyagokba is betekintést kértem és ezt meg is kaptam. Ebből nagyon hasznos kiegészítő információkat kaptam, amit a korábbi MOK és a MRSZ kutatásaival össze tudtam hasonlítani.

²⁰² HONVEDKORHAZ.HU: *Honvédkórház telephelyei.* – In. <http://www.honvedkorhaz.hu/cikk/6/az-allami-egeszsegugyi-kozpont-telep>, 2017.

A kapott eredményeket összevetettük a Nemzeti Közszerológati Egyetem Társadalomtudományi Tanszéke által folytatott „ Kiválás 2010-2011 ” című kutatás eredményeivel, azonban meg kell említeni a két minta közti különbséget, ugyanis az egyetemi kutatásában a megkérdezettek 40%-a volt tiszt, mellettük tiszthelyettesek, zászlósok és közalkalmazottak is voltak, és csak a minta 10%-a egyetemi diplomás (azaz a válaszadók kétharmada nyolc általánost, szakmunkásképzőt, középiskolát végzett)

A csapatorvosi feltöltöttség kritikus szintet ért el, ezért a harcképesség fenntartása és elősegítése érdekében az ehhez szükséges tervek és lépések kidolgozása végett a Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Védelemigazgatási Osztályán szintén kutatást végeznek. Az eredmények feldolgozásába én is bekapcsolódtam. A doktori értekezletem eredménye a szükséges lépések kidolgozásához és alátámasztásához is felhasználásra kerül.

Az újabb kutatásra 2024-ben került sor, amit Dr. Fejes Zsolt ezredes úr a Magyar Honvédség Egészségügyi Központ parancsnoka támogatta.

7.3. A KÉRDŐÍV

A kérdőív maga 5 oldalból áll és demográfiai adatokra vonatkozó, motivációra, kilépés okára, a jelenlegi munkahelyre, a stressz szintre, problémás területek beazonosítására szolgáló táblázatból, illetve a leszerelés okaira vonatkozó kérdésekből áll. A korábbi Kiválás 2010-2011-es kutatás kérdőíve Dr. Kiss Zoltán László ezredes Úr segítségével került átdolgozásra, hogy az eredmények a katonai leszereléssel és pályaelhagyással összehasonlíthatóak legyenek, azonban néhány, a katonarvoslásra speciális kérdés is belekerült. Fontosnak tartottuk a kérdéseket egy stressz, illetve a problémás területek beazonosítására szolgáló résszel is kiegészíteni, hiszen a leszerelés egyik motivációja maga a stressz lehet, amit többek között a leterheltségen, a missziós szolgálatokon túl, a kevés fizetésből adódó egzisztenciális faktorok is okozhatnak. A kiküldött csomag tartalmazta továbbá a kísérő levelet és egy előre felbélyegzett válaszborítékot is. A feldolgozás névtelenül, anonim módon történt. A kérdőív megszerkesztése során törekedtem arra, hogy a lehető legrövidebb legyen, de minden, a kutatás szempontjából releváns információt tartalmazzon. Ezért elvettem a táblázatos, számokkal jelzett válaszokat, hogy minél rövidebb legyen a kérdőív maga. Ez azonban nem zavarta az összesítést. Sajnos így is 5

oldalra fértek ki a kérdések. Ennek a hátránya az lett, hogy a kitöltéshez relatíve sok idő kellett. Ha most terveznék újra a kérdéssort, akkor maximum 2 oldalban próbálnám meg összesűriteni a legfontosabb kérdéseket, viszont úgy sokkal kevesebb információt kaptunk volna. Ráadásul a korábbi kutatással való összehasonlíthatóság is csorbát szenvedett volna. A további kutatásokhoz a jobb együttműködés miatt, egy továbbfejlesztett, rövidebb kérdőív megtervezése is megfontolandó.

A válaszokból több apró hiba is előjött. Például nem volt teljesen egyértelmű a külföldi munkahelyekre vonatkozó kérdés, illetve néhány helyen nem szerepelt a nemleges válasz. Nem szerepelt pontozott vonal azután a kérdés után, hogy aki nem a szakmájában dolgozik, az pontosan mit csinál jelenleg. Itt szerencsére a válaszokból kiderült, hogy éppen nyelvet tanul a külföldi munkavállaláshoz. A lakás megoldásnál külön kellett volna venni a szállón, illetve a garzonban történt elhelyezést, stb. Azonban ezek nem befolyásolták a kiértékelést, mivel a válaszadók legtöbbször maguk odaírták a hiányzó kategóriákat, illetve a többi válaszból kikövetkeztethetőek voltak.

A kérdőívet a Magyar Honvédkórház Intézet Etikai Bizottsága által is engedélyezésre került, ahol azt az eljárás során a kutatás elvégzésére alkalmasnak találták.

7.4 A KATONAORVOSI LESZERELÉS ÉS PÁLYAELHAGYÁS KÉRDŐÍVES ÉS INTERJÚS VIZSGÁLATÁNAK EREDMÉNYEI

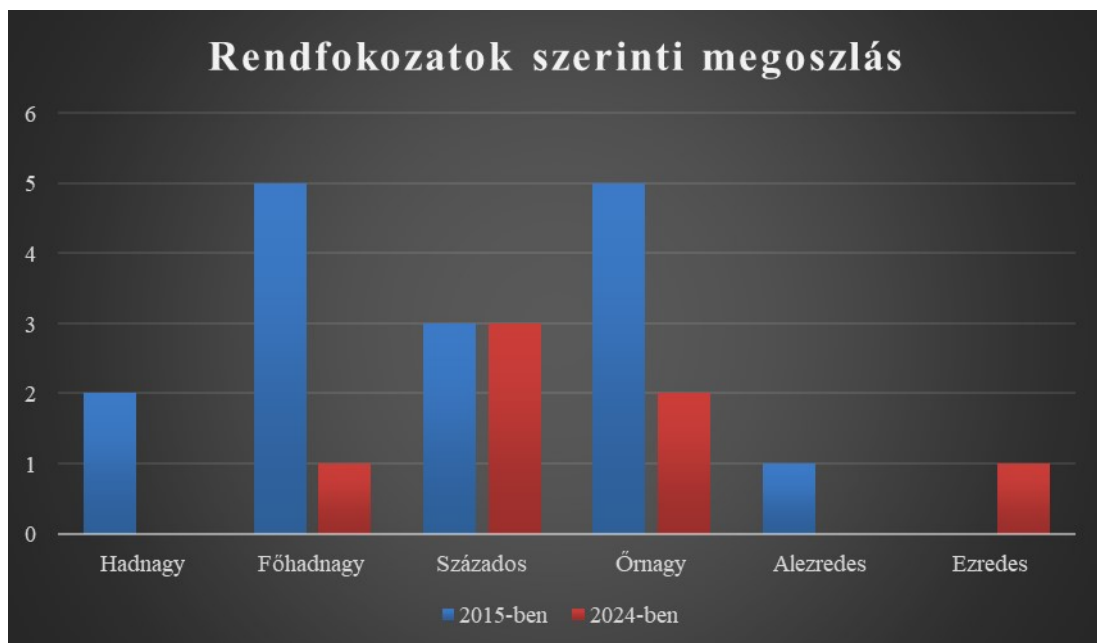
A következőkben ismertetem a kutatás eredményeit és a válaszadók állománykategória, rendfokozat, szakmai évek, kor és nem szerinti megoszlását. Az adatokat anonim módon kezeltük, nem került külön feltüntetésre, hogy a válasz volt csapatorvosoktól vagy kórházi dolgozóktól származott.

7.4.1. RENDFOKOZAT SZERINTI MEGOSZLÁS

A 2015-ös felmérésben a katonai rangok szélesebb skálája szerepelt, míg a 2023-as felmérésben elsősorban a százados és őrnagy rendfokozatúak voltak jelen.

Állomány csoport	2015-ben		2024-ben	
	Fő	Százalék	Fő	Százalék
Hadnagy	2	13%		
Főhadnagy	5	31%	1	15%
Százados	3	19%	3	42%
Őrnagy	5	31%	2	28%
Alezredes	1	6%		
Ezredes	0		1	15%

2. sz. táblázat. Rendfokozat szerinti megoszlás (forrás: a szerző saját szerkesztése)



19. sz. ábra: Rendfokozat szerinti megoszlás. (forrás: a szerző saját szerkesztése)

7.4.2. ÁLLOMÁNYKATEGÓRIÁK SZERINTI MEGOSZLÁS

A kapott eredmények alapján látható, hogy a szerződéses katonák vannak nagyobb számban a leszereltek között. Ennek az magyarázata, hogy újabban a Magyar Honvédség 5 éves szerződéssel alkalmaz katonáorvosokat, ezeket a szerződéseket lejártuk után még

egyszer meg lehet hosszabbítani. A Kiválás Kutatásban az arány éppen fordítva volt, ott a megkérdezettek 73%-a hivatásos katona volt és csupán 27% volt szerződéses.

A századosi rang nagyjából a szakorvosi végzettségnek felel meg. Mind a táblázatból mind a grafikus ábrából látható, hogy **főleg a tapasztalt és képzett, jó néhány évet a hadseregben szolgált katonaorvosi állomány távozott.**

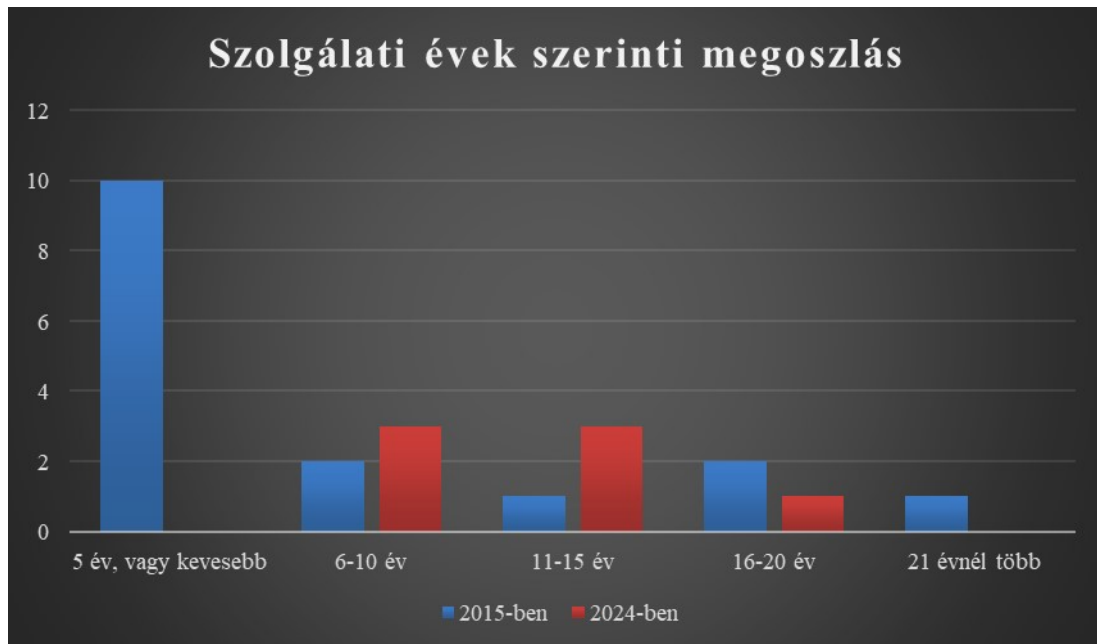
Állomány csoport	2015-ben		2024-ben	
	Fő	Százalék	Fő	Százalék
Hivatásos	4	27%	1	14%
Szerződéses	11	73%	6	86%

3. sz. táblázat. Állománykategóriák szerinti megoszlás (forrás: a szerző saját szerkesztése)

7.4.3. SZOLGÁLATI ÉVEK SZÁMA

A válaszadók átlagos szolgálai ideje 2015-ben 8,875 év volt. Az adatokból levonható, hogy a többség 5 év vagy kevesebb szolgálati idő után távozott a Magyar Honvédségtől. Ez egybevág azzal a ténnyel, hogy egy átlagos szakvizsga megszerzésének ideje 5 év és a szerződéseket is 5 év eltelté után lehet kedvező feltételekkel megszüntetni. Ez is eltér a Kiválás kutatásban kapott eredményektől. Ott a leszereltek 40%-a 25-30 év szolgálat után távozott, vagyis akkor, amikor jogosult lett az azóta eltörölt szolgálati nyugdíjra. A másik csúcs a 11 évnél kevesebb szolgálati idő után leszerelteké volt, de ott az arány csupán a 26,5%, nem 62,5%. Továbbá 16,5%-ot tettek ki a 30 évnél több szolgálati idő után leszereltek.

Tíz évvel később viszont már 13 év volt az átlagos szolgálati idő, ami már azt jelenti, hogy az idősebb, sok éves szakorvosi rutinnal rendelkező kollégák szereltek le, akik között már fiatal szakorvos kolléga sem volt.



Szolgálati évek száma	2015-ben		2024-ben	
	Fő	Százalék	Fő	Százalék
5 év, vagy kevesebb	10	62,5%		
6-10 év	2	12,5%	3	42%
11-15 év	1	6,2%	3	42%
16-20 év	2	12,5%	1	14%
21 évnél több	1	6,2%		

4 sz. táblázat és 20 sz. ábra: szolgálati évek szerinti megoszlás (forrás: a szerző saját szerkesztése)

7.4.4. NEMEK ÉS ÉLETKOR SZERINTI MEGOSZLÁS

A két kutatásban részt vettek nemek szerinti megoszlásában nem volt nagy különbség. Ez azért érdekes, mert az egészségügyi pálya inkább nőies, míg a katonai pálya

inkább férfiasnak számít. Bár ebben a kutatásban az ápolói szakszemélyzet nem került megkeresésre, ahol ezért az arány egyértelműen nők felét tolódna el. Azonban látható, hogy a hölgyek arány így is magasabb a hadsereg egészére vonatkozó 20 % körüli nagyságrendnél.

203

A válaszolók háromnegyede férfi volt, míg csupán negyede volt nő. 2015-ös kutatásban jellemzően **több mint kétharmaduk 40 év alatti volt**, ezzel szemben a Kiválás kutatásban csupán 30%-ot tettek ki. A 40-49 év közti korcsoport aránya csupán 8%, míg az 50 év felettek 15% volt, addig a Kiválás kutatásban e két arány jóval magasabb 36% illetve 34% volt. Tehát **jellemzően a fiatal katonáorvosok szerelnek le és jellemzően nem várják meg a nyugdíjkorhatár elérését a Magyar Honvédségnél**. A katonáorvosok számának csökkenése tovább folytatódott. 2024-ben már a már a 6-15 év szolgálati viszonytal rendelkező 40-65 év közötti, többségében szerződéses, nyelveket jól beszélő, sok esetben több szakvizsgával is rendelkező orvosok is a leszerelés mellett döntöttek.

Szolgálati évek száma	2015-ben		2024-ben	
	Fő	Százalék	Fő	Százalék
Férfi	12	75%	5	71%
Nő	4	25%	2	29%

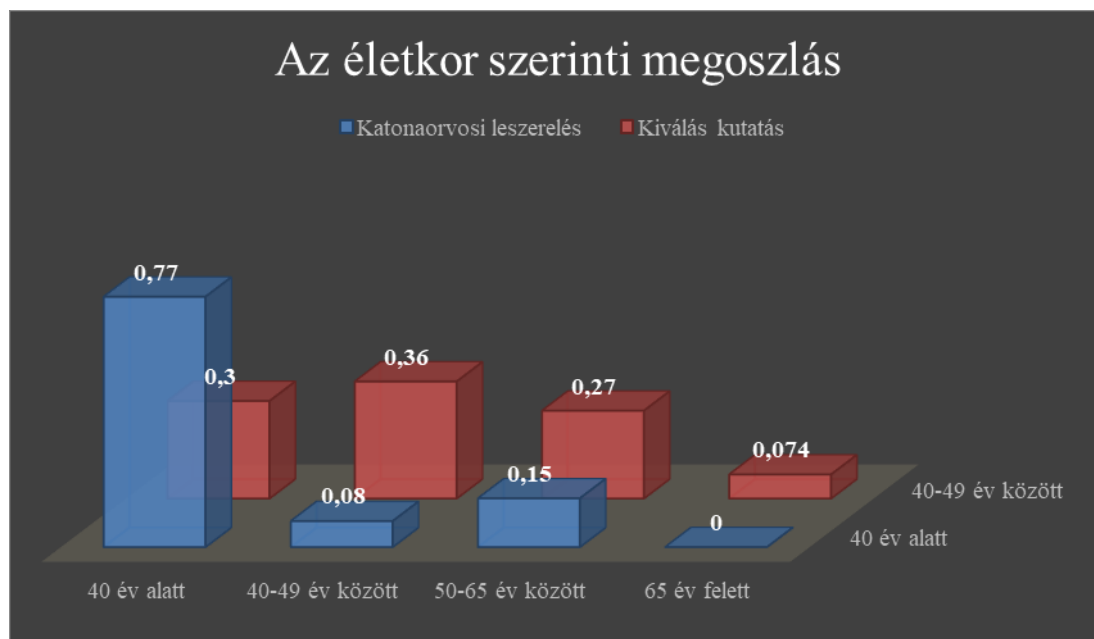
5. sz. táblázat. Nemek szerint megoszlás (forrás: a szerző saját szerkesztése)

Szolgálati évek száma	2015-ben		2024-ben	
	Fő	Százalék	Fő	Százalék
65 év felett	0			

²⁰³ GYÖRFFY Ágnes: *Katona – nő – katonanő*. – In. Dialóg Campus Kiadó, Budapest, 2019.

50-65 év között	2	15%	3	43%
40-49 év között	1	8%	4	57%
40 év alatt	10	77%		

6. sz. táblázat: életkor szerinti megoszlás (forrás: a szerző saját szerkesztése)



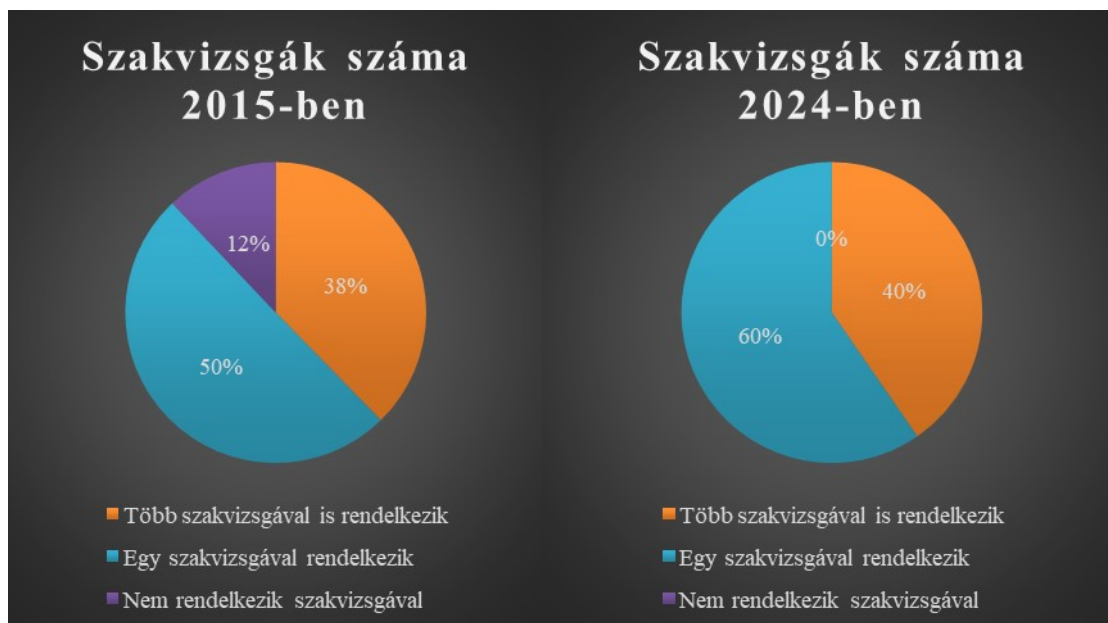
21. sz. ábra: életkor szerinti megoszlás a Katonaorvosi leszerelés 2015 és a “Kiválás kutatás 2010-2011” összehasonlítása alapján (forrás: a szerző saját szerkesztése)

7.4.5. A MEGSZERZETT SZAKVIZSGÁK SZÁMA

A két felmérést összehasonlítva látható, hogy a leszereltek közel 40%-a több szakvizsgával is rendelkezik, 50, illetve 60%-uknak legalább egy szakvizsgája van, míg olyan kolléga, aki szakvizsga nélkül hagyta ott a katonaorvosi pályát, csupán 2015-ben találtunk 12%-ban. Arányait tekintve **a legtöbb leszerelt foglalkozás-egészségügyi és/vagy háziiorvosi szakvizsgával rendelkezik, pont ezen szakorvosokra lenne szükség az alul feltöltött csapatorvosi rendelőkben.**

Szakvizsgák	2015-ben		2024-ben	
	Fő	Százalék	Fő	Százalék
Sebészeti terület	3			
Belgyógyászat	2			
Repülő orvostan	1			
Honvéd és katasztrófa orvostan	1			
Foglalkozás-egészségügy	5		3	
Oxiológia	1			
Infektológia	1			
Háziorvostan	1		3	
Kardiológia	1			
Reumatológia			1	
Ortopéd-traumatológia			1	
Pszichiátria			1	
Sportorvostan			1	
Nem rendelkezik szakvizsgával	2	12,5%		0%
Több szakvizsgával is rendelkezik	6	37,5%	3	42%

7. sz. táblázat: a megszerzett szakvizsgák száma (forrás: a szerző saját szerkesztése)



22. sz. ábra: a megszerzett szakvizsgák száma (forrás: a szerző saját szerkesztése)

7.4.6. NYELVTUDÁS SZINTJE SZERINTI MEGOSZLÁS

A válaszadók mindegyike rendelkezik nyelvvizsgával. Angolul igen jól beszélnek, második nyelvként a német és az orosz nyelvtudás szerepelt a válaszok között. Emellett az orvosi képzésnek megfelelően megjelenik a latin is. A nyelvtudás egyrészt fontos a NATO képességek ellátásához, illetve előnyt jelent a külföldi munkavállalásnál, továbbá a legújabb szakirodalom is főleg angolul lelhető fel az interneten. Az angol és a német nyelvtudás aránya megegyezik a korábbi Kiválás kutatás adataival, de az orvosok körében 2015-ös felmérés alapján 16%-uk, illetve 2024-es felmérés szerint 43%-uk beszél felsőfokon angolul a 4,8%-os korábbi adattal szemben. Továbbá az orosz nyelv ismerete kevésbé jellemző, míg a Kiválás kutatásban ez az arány 44% tett ki és ott az orosz felsőfok aránya nagyságrendileg az angollal megegyező volt.

Nyelvtudás szintje								
	2015				2024			
Nyelv	alapfok	középfok	felsőfok	összesen	alapfok	középfok	felsőfok	összesen

Angol		11	4	15		4	3	7
Német	1	6		7	1	1		2
Latin	1	1		2				
Orosz	1			1		2		2

8. sz. táblázat: Nyelvtudás szintje (forrás: a szerző saját szerkesztése)

7.4.7. TUDOMÁNYOS FOKOZATTAL RENDELKEZŐK SZÁMA

A két felmérésben részt vevők közül csupán 1 fő rendelkezett tudományos fokozattal.

7.4.8. JELENLEGI MELLÉKÁLLÁSRA VONATKOZÓ ADATOK

A válaszadók közel a felének jelenleg is van mellékállása, ami leterhelést jelenthet, hiszen a pihenéstől és a családtól veszi el az időt.

Jelenleg van-e mellékállása?	2015		2024	
	Fő	Százalék	Fő	Százalék
Igen	9	56%	3	43%
Nem	7	44%	4	57%

9. sz. táblázat: Jelenlegi mellékállások (forrás: a szerző saját szerkesztése)

7.4.9. MISSZIÓS SZOLGÁLATRA VONATKOZÓ ADATOK

A missziós szolgálat egyrészt plusz bevételforrást jelenthet, ugyanakkor hosszú időre kiszakíthatja a katonarost a családból, illetve az itthon felépített praxisból. 2015-ben a válaszadók nagy része, 56%-a volt misszióban a pályája során, míg 2024-ben ez az arány 100% volt. A kiküldetést megjáró katonarvosok több mint a fele nem is egyszer, hanem többször volt külszolgálatra vezényelve. A 2024-es mintában hét missziós szolgálatot megjáró

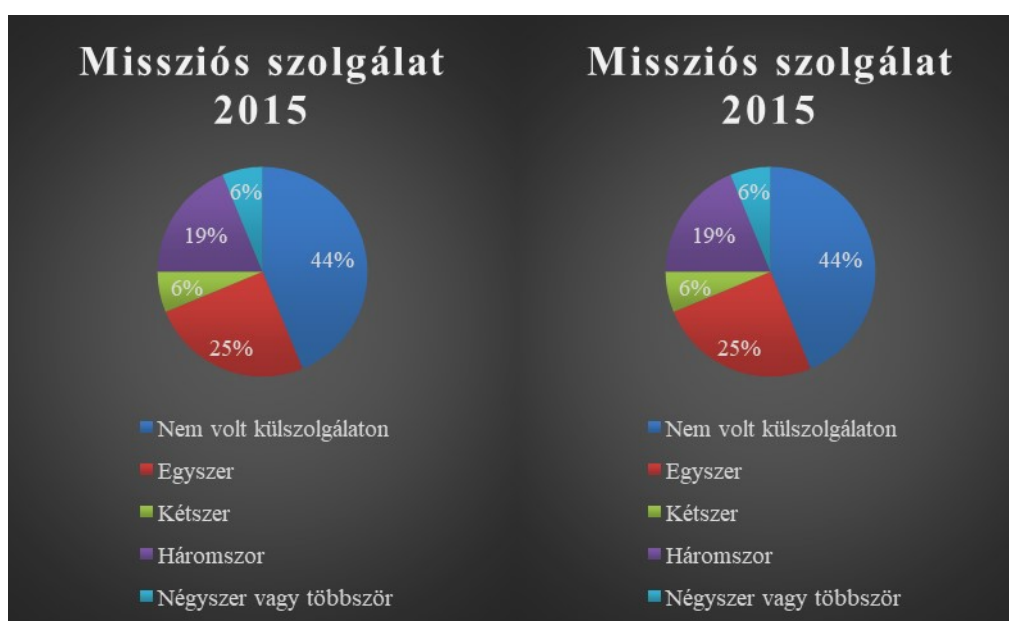
orvos kolléga is volt. Ebből egyértelműen megállapítható, hogy a leszereltek között a külföldi szolgálat igen gyakori volt.

Missziós katonai szolgálat aránya	2015		2024	
	Fő	Százalék	Fő	Százalék
Nem volt soha misszióban	7	43%	0	
Missziós szolgálatot teljesített	9	56%	6	100%

10. sz. táblázat: Missziós katonai szolgálat aránya (forrás: a szerző saját szerkesztése)

Missziós szolgálatok gyakorisága	2015		2024	
	Fő	Százalék	Fő	Százalék
1-szer volt misszióban	4 fő	40%	3	44%
2-szer volt misszióban	1 fő	10%	2	28%
3-szor volt misszióban	3 fő	30%		
4-szer vagy többszöri	1 fő	10%	2	28%

11. sz. táblázat: Missziós szolgálatok gyakorisága (forrás: a szerző saját szerkesztése)



23. ábra: Missziós szolgálatok gyakorisága (forrás: a szerző saját szerkesztése)

7.4.10. KATONAORVOSI PÁLYA MOTIVÁCIÓJA

A kutatás további részében a katonai pálya motivációját és leszerelés okait vizsgáltam meg.

Az utánpótlás toborzása szempontjában is érdemes megnézni, hogy ki miért dönt úgy, hogy a belép a Magyar Honvédségbe. A 2015-ös kutatás válaszai alapján a katonaeorvosi pálya választásában a következő okok merültek fel: legnagyobb arányban, a válaszadók felénél (8 esetben) a **katonaeorvosi pálya jelentette kihívások és változatosság, új lehetőségek és a pálya érdekessége, a tisztii rang** volt a fő motivációs tényező. Hasonlóan sokan, (összesen 7 fő) a közalkalmazotti bérekhez képest **magasabb katonai fizetést** jelölték meg. A válaszadók nagyjából a negyede (4 fő) a **missziós és harctéri szakmai tapasztalatok megszerzését**, mint például a jól felszerelt német tábori katonai kórházban töltött gyakorlatot jelölte meg indokként.

A következő tényezőket egy – egy fő említette meg: az egyiküknél a **szolgálati lakás**, és a **korkedvezményes nyugdíj** lehetősége volt fontos. Ezt azóta eltörölték, illetve szolgálati lakásokat már nem építenek vagy vesznek. A másik válaszadónál a sorkatonai szolgálat alatt szerzett pozitív tapasztalatok játszottak szerepet a beöltözésben. Azonban mivel a sorozások jelenleg szünetelnek, így egyre kevesebb orvos kerül kapcsolatba a katonasággal. Megemlítésre került a **honvédségi ösztöndíj** jelentette anyagi többlet is. Ezt a régen jól működő intézményt, azóta egyszer leépítették, majd meg is szüntették, de néhány éve újra indították. 2015-ben 1 év alatt mindössze 1 főt vettek fel a 8 jelentkezőből a fizikai alkalmasság nem teljesítése miatt. Szintén megemlítésre került a katonai és harci feladatok ellátásához szükséges **fizikai képességek fejlesztése és egészségmegőrzés** fontossága, mint motivációs tényező. A másik válaszoló **biztos állásként** tekintett a katonaságra, illetve a **Honvédkórházban való munka** lehetősége is vonzó volt az egyik volt katonaeorvosnak.

A 2024-es kutatásban a katonaeorvosi pályaválasztásban többen a **(kezdeti) jó fizetést**, a **missziós** és a **Honvédkórházban való munkavégzés** lehetőségét, illetve a **multi diszciplináris, azaz a katonai és orvosi feladatkör** vállalását jelölték meg. Ezen kívül egy-egy válaszadónál megemlítésre került a **kíváncsiság**, a korábbi **honvédségi ösztöndíj**, az **elismertség, magas megbecsülés, és a kihívások**.

Az elvárások közül többen szintén a **jobb fizetést**, az **előmenetelt, tervezhető karriert** és **fejlődési lehetőséget, tapasztalat szerzést** és az **elismerést** jelölték meg. Egy-

egy volt kolléga a missziós kiküldetését, megbecsülést, fegyelmezettséget emelte ki, illetve az egyik volt katonaeorvosnak nem voltak előzetes elvárásai.

7.4.11. A KATONAEORVOSI PÁLYÁVAL KAPCSOLATOS TELJESÜLT ELVÁRÁSOK

A válaszadók több mint egyharmadánál a relatíve **magasabb fizetés** igénye teljesült is. 19%-nál a **missziós elvárások és külföldi tapasztalatszerzés** is megvalósultak. Sokuknak a Magyar Honvédség **biztos munkahelyet** jelentett, a 2015-ös felmérésben.

Egy – egy válaszadó említette meg a következő tényezőket, melyek a következők: **jó szakképzés és a rendszeres továbbképzések, a nyelvtanulás támogatása, a szolgálati lakás és a karkedvezményes nyugdíj, a tisztii ranggal és a katonasággal járó kihívások és a változatosság** szerepeltek még a teljesült elvárások közt.

Végezetül idézném az egyik válaszadó hosszabb felsorolását: **' kaland, izgalom, életérzés, lövészetek, gyakorlatok, barátok, misszió, kórházi gyakorlat, pontos kifizetés, szabadidő.** ' A szabadidő kérdése igen fontos szempont lehet, ugyanis a kórházzal ellentétben a csapatoknál általában nem kell rendszeresen túlórázni és a 8 órás munkanap valóban 8 óra, így van lehetőség a fennmaradó idő kellemes kihasználására is a munka után, ami egy kórházi osztályos munkáról nem mondható el.

A 2024-es kutatásban a teljesült elvárások közül többen a **(kezdeti) jobb fizetést, a missziós szolgálatot, a (katonai) tapasztalt szerzést, nyelvtanulást** emelték ki.

7.4.12. A NEM TELJESÜLT ELVÁRÁSOK

A 2015-ös kutatás esetén érdemes megemlíteni, hogy mind a teljesült, mind a nem teljesült elvárásokat ugyanolyan arányban (37,5%) a **magasabb fizetés iránti igény** vezeti. Valamint az ESZJTV (2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról) sávós fizetés rendezése még inkább csökkentette az anyagi „előnyöket”. Ebből arra lehet következtetni, hogy a közalkalmazotti bérekhez képest a fizetés ugyan magasabb, azonban ez a relatíve magasabb összeg sem tudja meggátolni az elvándorlást.

A második leggyakoribb tényező, amit hiányoltak a volt katonaeorvosok az az **orvos-szakmai fejlődés lehetőségének és a szakmai kihívásoknak a hiánya**. Szintén a második

leggyakoribb probléma a **ranglétrán való továbbjutás** és az előléptetés akadályozása. Ezt az **anyagi, szakmai, erkölcsi megbecsülés hiánya** követte. Többen emelték ki a **rugalmatlanságot** és a **lehetőségek, perspektívák hiányát**. Ők éppen ezeket várták volna el a Magyar Honvédségtől és kiemelték, hogy a fizetésük sem volt megfelelő.

Többen említették a **biztos állás hiányát**, és a **kiszámíthatatlan életpályát**.

Egy válaszadó megemlítette, hogy a beöltözés után is **ugyanazt az orvosi munkát** végezte, mint ami azelőtt végzett. Egy másik válaszadó igen hosszasan taglalta a nem teljesült elvárásokat: 'megbecsülés, előjáró, rendfokozat miatt betölthetetlen beosztások, fizetés nem emelkedett – értéke csökkent, cafeteria elvétele, katonai kitelepülés alkalmával elfogyasztott élelmiszer levonása a járandóságból, **felesleges adminisztrációs terhek, szervezetlenség-fejletlenség**, szerény jogkör miatti tehetetlenség'.

A 9 évvel később megismételt kutatásban a nem teljesült elvárások közül többen megemlítették: az **előléptetés, elismerés hiányosságait**. **Csak felsorolás szerűen néhány válasz:** „*az jut előre, akinek kapcsolatai vannak, a munka teljesítmény nem számít*”, „*kórházon belüli pozitív megkülönböztetés, mind anyagi, mind szakmai tekintetben, mind beosztásban*”, „*kórházi szakvizsga megszerzése “megígérték, hogy kardiológiai, belgyógyászat, hasonló szakvizsgát szerezhettek, de végül nem engedték*”. „*orvosszakmai prioritások előtérbe helyezése*”. Az egyik kolléga külön kiemelte, hogy egyik elvárása sem teljesült (előléptetés, elismerés, kitüntetések), míg egy másik kolléga esetében ezzel szemben azt a választ adta, hogy esetében viszont minden teljesült (előmenetel, misszió). A Honvédkórháznak a tárca felügyeletből való kiválásával (ÉPC-Honvédkórház) a szakmai fejlődés (szakvizsgák megszerzése vagy szinten tartása) lehetősége még inkább megkérdőjeleződik”. Majd a piacról megvesszük a kompetenciát” megközelítés dominál.

Bár korábban a tiszti fizetés több volt, mint a közalkalmazotti, az előny főleg a civil, magán egészségügyi szolgáltatóknál elérhető fizetésekhez képest csökken, sőt egy foglalkozás-egészségügyi szakorvos a civil életben jobban keres, mint a csapatoknál. Ezt két kolléga is megemlítette a később végzett kutatásban. Nyilván kevesebb pénzzel nem lehet a munkavállalókat átcsábítani a több kötelezettséggel és kihívással járó katonai pályára. A tisztek bértábla alapján kapják a zsoldjukat, míg leszerelve civilként visszafoglalkoztatva, esetenként jobb feltételeket is kiharcolhatnak magunknak, bár az ESZJTV alapján ma már nem feltétlenül van így. Szintén eltérő az ügyeleti pótlék számítása a civil és a katonai pályán,

az egyik kolléga konkrétan megemlítette leszerelés indokaként, hogy jobban fog keresni civilként a kórházban. Az orvosi bérrendezés után a katonai pályán 6%-al magasabb fizetés érhető el a civil besoroláshoz képest.

Már nincs szolgálati lakás, nincs karkedvezményes nyugdíj, ami szintén előnyt jelentett. Az ösztöndíjas rendszer sem működik úgy, mint korábban. Ezeknek az utánpótlás biztosításában és a haderőhöz való láncolásban lenne fontos szerepük. A lakhatás megoldása igen nehéz egy kezdő orvosi fizetésből és paraszolvencia hiányában utána sem túl könnyű. Szolgálati lakásokkal, vagy megfelelő lízingszerződésekkel szintén vonzóbbá lehetne tenni a pályát és könnyebb lenne megtartani a katonaorvosokat, mivel leszerelés esetén ezektől a juttatásoktól elesnének.

A biztos állást és a kiszámíthatóságot régebben a gyakorlatilag állandóan zajló, – gyakran a kormányváltások után jelentkező – átszervezések veszélyeztették. Jelenleg inkább a környezetünkben zajló háború és a recesszió miatti külső feltételrendszer kényszerítette ki a „konceptió váltást”.

Szintén fontos megérteni, hogy évekig tanuló, több nyelven beszélő, a világon hiányszakmának számító és ott megbecsült tevékenységet folytató szakemberekről van szó. Ezért is fontos, hogy a ráfordított energia arányában kellene a rendfokozatban előlépniük. Azonban az új, 6 évente történő speciális előmeneteli rend nem ebbe az irányba mutat és rendfokozat előlépéskor sincs látványos változás, bár ezt a kétféle előmeneteli rendszert eltörölték, de eltörölték a várokozási idő leteltével történő kötelező előléptetés lehetőségét is. Ezért az előmenetel hiányosságai váltak a leginkább panaszos területté 2024-ben.

A fizetés után az orvosi hivatás sajátosságából adódóan a szakmai fejlődés biztosítása következett a korábbi felmérésben. Ez egyénenként változó, van, aki kórházban, van, aki csapatoknál és van, aki kutatni, illetve irodai, irányító munkát szeretne végezni. Ezért fontos lenne az egyéni igényeknek megfelelő karrier-pályát biztosítani a katonaorvosoknak. Továbbá a gyógyító pálya élethosszig tartó tanulást kíván, és ahhoz, hogy valaki a területe legjobbjá legyen, és sikeres gyógyító váljon belőle fontos, hogy mind a szakképzésében, mind a megfelelő gyakorlatok megszerzésében támogatást kapjon. Az előző felmérésben a gyakorlatilag első helyen szereplő anyagiak után, most ez a legfontosabb szempont, melyet biztosítani kellene.

7.4.13. HADERŐ ÁTALAKÍTÁS

A haderő átalakítás, a rendszeres átszervezések komoly bizonytalansági tényezőket és az egyik legjelentősebb stresszforrást jelentik. Példaként említem meg azt, hogy a Honvéd Kórháznak is a sorozatos átszervezések miatt néhány évente új nevet kap. Komoly problémát jelentett a Belügyminisztérium. az OGYK (Országos Gyógyintézeti Központ) és MÁV Kórházaival, Intézeteivel 2007 július 01.-ei összeolvadás is, ami következtében a Honvédkórház 8 telephellyel rendelkezett. A korábban évtizedekig jól működő Alkalmasság Vizsgáló Intézet lekerült Kecskemétre, ami az addig Budapesten dolgozó alkalmazottak számára komoly kihívást jelentett, hogy immár 90 km-méterrel arrébb kell dolgoznia, illetve reggel hajnalban kelhet, ha a buszt el szeretné érni. 2023-tól a pedig az egyedüli, az összes ROLE képességet magába foglaló Honvéd Kórház, már nem hadrendi elem. Átkerült a Belügyminisztérium irányítása alá. Szintén ebben az évben a személyi állomány megújítása jegyében a honvédelmi miniszter a felettes javaslata alapján a 45 évnél idősebb 25 év szolgálati jogviszonnyal rendelkező katonákat elküldték, ami érintette a katona-orvosokat is.²⁰⁴ 2024-ben pedig a honvédek jogállásról szóló törvény kerül több ponton módosításra, mely keretében tervezetten a fizetés a teljesítmény értékelés alapján és sávosan kerül meghatározásra, rugalmas munkaidő alapján megszűnhet a túlóra juttatás.²⁰⁵

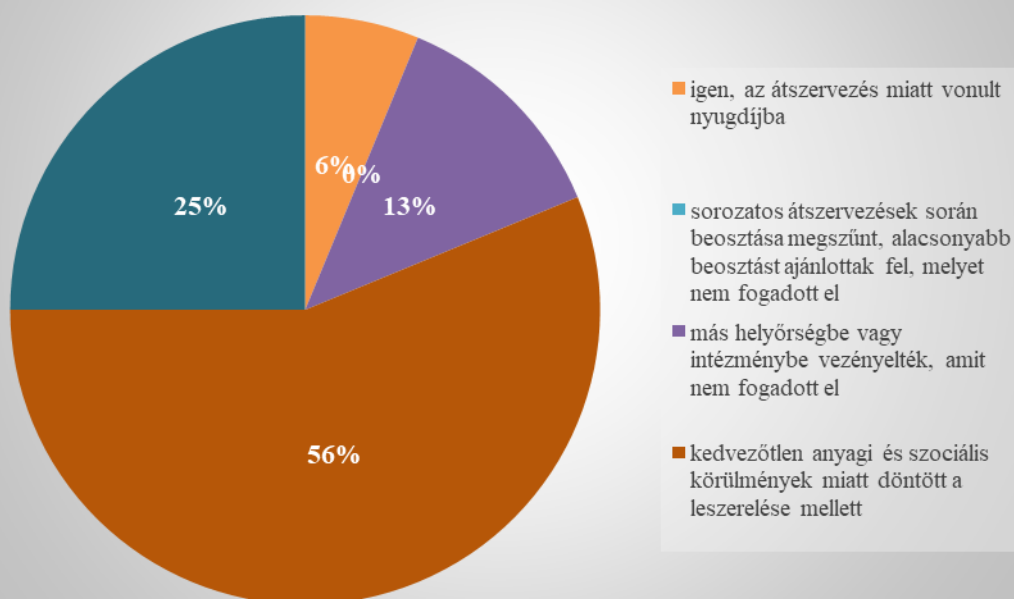
Az átszervezések, átalakítások szerepe a haderőből történő kiválásban	2015		2024	
	Fő	Százalék	Fő	Százalék
igen, az átszervezés miatt vonult nyugdíjba	1	6%	1	12,5%

²⁰⁴ MAGYAR KÖZLÖNY: 8/2023. (I.17.) kormányrendelet. -In.
<https://magyarkozlony.hu/dokumentumok/6aeaab8f96b06e2da6460cb77478b9723e99dc19/letoltes,2023>.

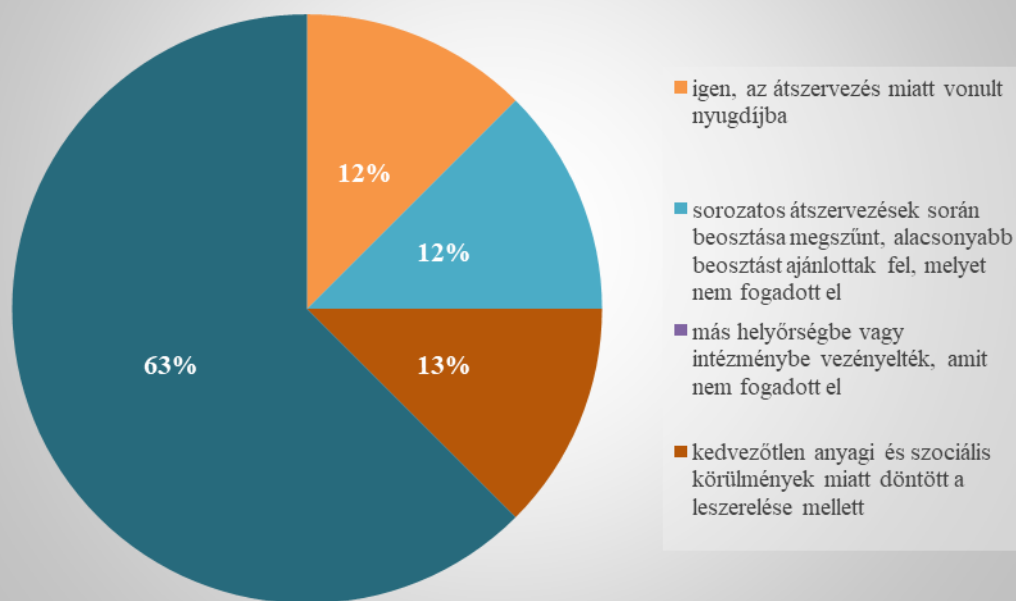
²⁰⁵ HVG: *Nekikezd a katonaság átalakításának a kormány, első lépésként jön a "különös szolgálati rend"*. – In.
https://hvg.hu/itthon/20231120_Minden_katonat_erint_Barmikor_bevezethet_kulonos_szolgalmati_rendet_a_vezerkari_fonok,2023.

sorozatos átszervezések során beosztása megszűnt, alacsonyabb beosztást ajánlottak fel, melyet nem fogadott el	0		1	12,5%
más helyőrségbe vagy intézménybe vezényelték, amit nem fogadott el	2	13%		
kedvezőtlen anyagi és szociális körülmények miatt döntött a leszerelése mellett	9	56%	1	12,5%
nem válaszolt, nem a fentiek miatt szerelt le	4	25%	5	62,5%

2015: Az átszervezések, átalakítások szerepe a haderőből történő kiválásban



2024: Az átszervezések, átalakítások szerepe a haderóból történő kiválásban

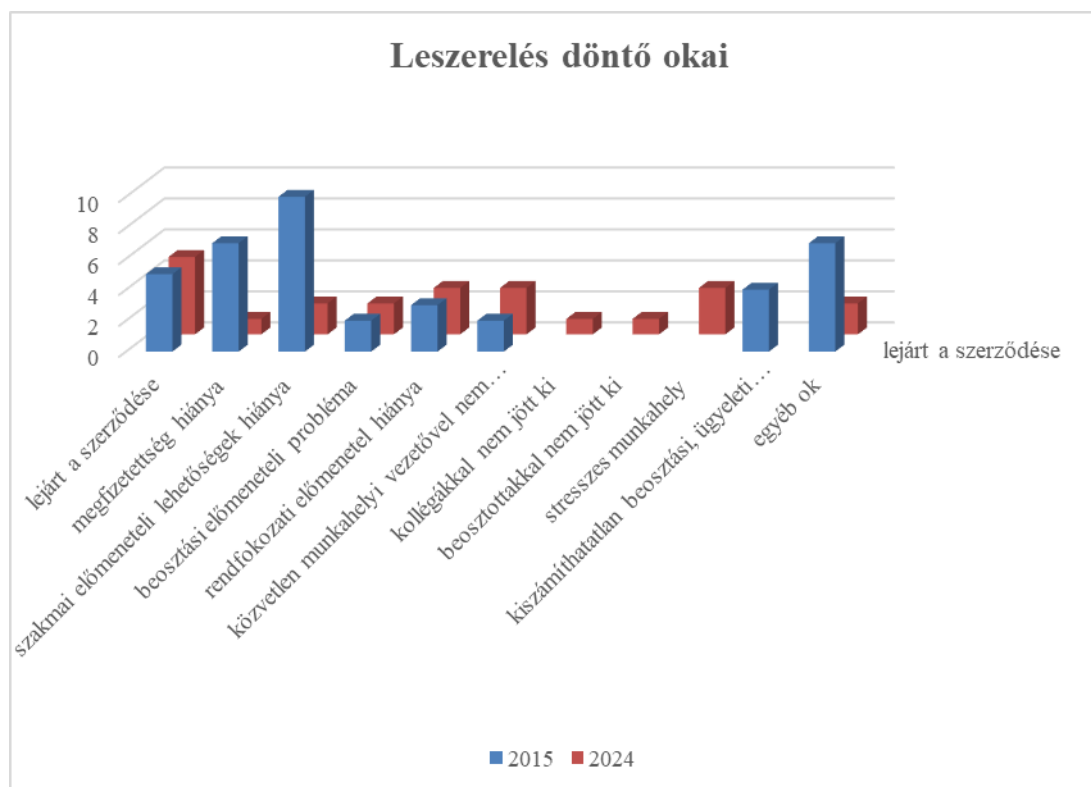


12. sz. táblázat és 24. sz. ábra: Az átszervezések, átalakítások szerepe a haderóból történő kiválásban (forrás: a szerző saját szerkesztése)

Mindkét felmérés alapján a **haderő átalakítása nem volt döntő oka a leszereléseknek**. Azonban markáns különbség volt tapasztalható a döntő okokban. 2015-ben a többség a **kedvezőtlen anyagi és szociális körülményt** jelölték meg, míg 2024-ben a legtöbb válaszoló egyik választ sem jelölte meg, vagy nem válaszolt. Egy főnek alacsonyabb beosztást ajánlottak fel, amit nem fogadott el, ketten pedig a lejárt szerződés után hagyták ott a katonarvosi pályát. Mindkét kutatásban 25%-a jelölte meg, hogy az átszervezés, illetve más helyőrségbe, intézményhez való vezénylés miatt kellett kiválnia a honvédségből. A Kiválás kutatásban ezzel szemben a leszerelés döntő oka a nyugállományba vonulás (67%) volt, bár a nyugállományba vonultak csupán 27 %-a érte el a nyugdíjkorhatárt.

7.4.14. A LESZERELÉS DÖNTŐ OKAI

Leszerelés döntő okai	2015	2024
	fő	fő
lejárt a szerződése	5	5
megszűnt a szolgálati viszonya		
nyugdíjkorhatárt elérte és nyugállományba vonult		
nyugdíjkorhatárt elérte, de nem vonult nyugdíjba		
megfizettség hiánya	7	1
szakmai előmeneteli lehetőségek hiánya	10	2
beosztási előmeneteli probléma	2	2
rendfokozati előmenetel hiánya	3	3
közvetlen munkahelyi vezetővel nem jött ki	2	3
kollégákkal nem jött ki		1
beosztottakkal nem jött ki		1
stresszes munkahely		3
kiszámíthatatlan beosztási, ügyeleti rendszer	4	
egyéb ok	7	2



13. sz. táblázat és 25. sz. ábra: Leszerelés döntő okai (forrás: a szerző saját szerkesztése)

2015-ben a **szakmai előmenetel biztosításának** a hiányát, az **anyagiak fontosságát**, jelölték meg döntő okként, míg 9 évvel később ezen két szempont súlya csökkent, amit magyarázhat az, hogy az első esetben a fiatalabb kollégák voltak túlsúlyban, míg második felmérés esetén középidős kollégák küldték vissza a kérdőívet, akik több szakvizsgával is rendelkeztek. Azóta jelentős bérrendezés is történt. A 2015-ös felmérésen többen panaszkodtak a **kiszámíthatatlan ügyeleti rendszerre**, ezzel szemben a későbbi felmérésben ezt egyik válaszadó sem jelölte meg, azonban már **megjelenik a stressz szerepe**. Mindkét kutatásban megemlítik a katonai **előmenetel kapcsolatos problémákat**, illetve a **közvetlen előljáróval való konfliktus**.

A két kutatás eredménye megegyezik azzal, hogy sokan a **szerződésük lejárta után hagyták ott a honvédséget**. Ez a szerződések sajátosságából adódik és megegyezik a "Kiválás 2010-2011" kutatásban kapott eredményekkel.

Egyéb okként a következő indokok lettek még megjelölve: *"hazaköltöztem, ott nincs helyőrség"*. *"pénz, előljáró, lehetőségek hiánya, érdektelenség"*, *"családi ok"*, *"szervezeti átalakítással kapcsolatos létszámcsoökkentés"*, *"szakmai lehetőségek hiánya"*, *"külföldi misszió"*, *"csökkenő fizetés"*, illetve 2024-ben, ezek kiegészülnek, megerősödnek a *"Honvédségi leépítésben nem kívántam végig asszisztálni"*. *"Családi ok"*, *"megbecsülés hiánya"* okokkal,

7.4.15. A LESZERELÉS MIKÉNTJE MÓDJAI ÉS KÖRÜLMÉNYEI

A két vizsgálat eredménye egybevágh, hogy a szerződéses katonáorvosok a szerződésül lejártakor közös megegyezéssel, míg a hivatásos állomány tagjai lemondással távoztak.

Miként lépett ki?	2015		2024	
	Fő	Százalék	Fő	Százalék
felmentéssel	0		1	12,5%
közös megegyezéssel	6	37%	3	37,5%
lemondással	6	37%	2	25%
MH (kórházi, intézményi,	2	13%	0	0%

alakulat) átszervezése miatt				
egyéb ok: lejárt a szerződése	2	13%	2	25%

14. sz. táblázat: Leszerelés módjai és körülményei (forrás: a szerző saját szerkesztése)

A katoniorvosi pályát elhagyók többsége (75%) a leszerelés alkalmával a **járandóságait megkapta**. Akik nem így jártak, azok a következő válaszokat adták: Egy válaszoló a járandóságának "95%-át leadózta". Egy fő jelezte, hogy a "leszerelési pénzt csak részben kapta meg". Egy fő jelezte, hogy "bennmaradt munkatámogatási pénze". Szintén meg lett említve, hogy az egyik volt kollégának 5 év után járó illetményt a kilépés miatt vissza kellett utalni. Egyik válaszadónk jelezte, hogy mivel lemondással szerelt le, így nem volt jogosult támogatásra. Illetve 2024-ben két fő azt nyilatkozta, hogy "semmit sem kapott".

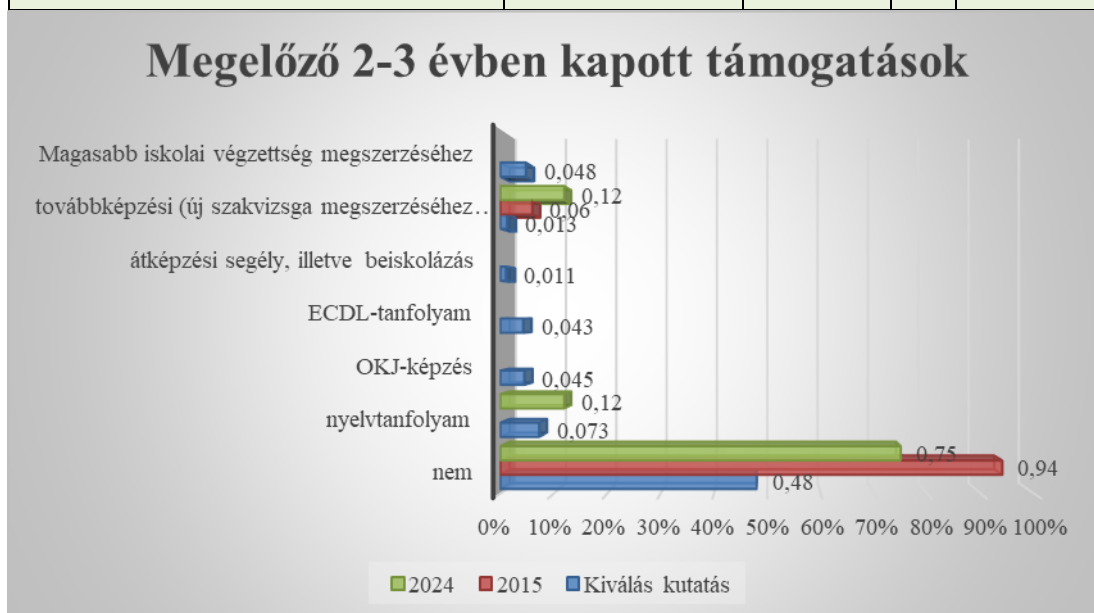
Leszerelése alkalmával járandóságait megkapta?	2015		2024	
	fő	százalék	fő	százalék
részben	4	25%		
hiánytalanul	1 2	75%	6	75%

15. sz. táblázat: Leszerelési támogatás (forrás: a szerző saját szerkesztése)

7.4.16. MAGYAR HONVÉDSÉGTŐL KAPOTT TÁMOGATÁSOK

A "Kiválás 201-2011-" kutatással is összevetve túlnyomó többségben nem részesültek semmilyen támogatásban, csupán elvétve egy-egy fő jelölte meg a szakvizsga megszerzésének a lehetőségét és a nyelvtanfolyamot.

A kiválást megelőző 2-3 évben részesült-e valamilyen támogatásban a Magyar Honvédség részéről?	2015		2024	
	Fő	Százalék	Fő	Százalék
nyelvtanfolyam			1	12%
OKJ-képzés				
ECDL-tanfolyam				
átképzési segély, illetve beiskolázás				
továbbképzési (új szakvizsga megszerzéséhez kapott) segítség	1	6%	1	12%
nem	15	94%	6	75%



16. sz. táblázat és 26. sz. ábra: Kiválást megelőző támogatások (forrás: a szerző saját szerkesztése)

7.4.17. LAKHATÁS TÁMOGATÁSA ÉS MEGOLDOTTSÁGA

Ami a katonai szolgálat alatti lakhatás támogatását illeti: a **többség semmilyen támogatásban nem részesül** (a válaszadók 53 % illetve 71 %). 2015-ös felmérés esetén

csupán 3 fő kapott szolgálati lakást, valamint 1 főnek honvédségi szállón történő elhelyezést biztosított a Magyar Honvédség. Ketten albérleti támogatást kaptak, míg egy fő kedvező kamatozású kölcsönt kapott. Ezzel szemben 2024-ben csak egy-egy fő jelezte a szállón történő elhelyezést, honvédségi lízinget, albérleti támogatást.

A Magyar Honvédségtől kapott-e támogatást lakhatása megoldásában?	2015		2024	
	fő	százalék	fő	Százalék
szolgálati lakás	3	20%		
szálló, garzon	1	7%	1	12%
honvédségi lízingszerződés		0%	1	12%
albérleti támogatás	2	13%	1	12%
kedvező kamatozású honvédségi kölcsön	1	7%		
nem	8	53%	5	71%

17. sz. táblázat: Honvédségi lakhatási támogatás (forrás: a szerző saját szerkesztése)

Jelenleg megoldott-e a lakhatása?	2015	2024
	fő	fő
igen, saját tulajdonban	10	6
igen, de nem saját tulajdonban	6	2
nem, jelenleg nem megoldott		

18. sz. táblázat: Jelenlegi lakáshelyzet (forrás: a szerző saját szerkesztése)

Mindkét kutatás esetén meg volt oldva a lakhatása minden kollégának a többségben saját tulajdonú lakással.

7.4.18. LESZERELÉS SEGÍTÉSÉRE VONATKOZÓ ADATOK

A” Kiválás 2010-2011” kutatásban résztvevők csupán fele nem kapott semmilyen támogatást leszereléskor, a mi kutatásunkban azonban két fő részesült csak támogatásában 2015-ös felmérés estében (leszerelési segély), míg a későbbi kutatás esetén már senki sem részesül ebben.

Kilépéskor kapott-e valamilyen segítséget a Magyar Honvédségtől?	2015	2024
	fő	fő
képzési támogatás		
tájékoztatást (információs segítség)		
anyagi segítséget	2	
álláskereső tréning		
állásbörze		
semmilyen támogatást sem kapott	13	8

19. sz. táblázat: Leszerelési támogatás és segítség (forrás: a szerző saját szerkesztése)

A két kutatás eredménye megegyezik, mindkét esetben a többség nem is igényelte volna a leszerelési támogatást (75%), segítséget, ami azt jelzi, hogy könnyen el tudnak helyezkedni kiválás után. Ez az arány, vagyis a támogatás igénye a “Kiválás 2010.-2011” kutatásban magasabb, 52.2 % volt.

Rákérdeztünk arra is, hogy honvédségi támogatást mely területen igényelték volna és a következő válaszokat kaptuk: az MH által szervezett pontszerző tanfolyamokon való díjmentes részvételi lehetőség biztosítása, a szakmai fejlődés segítése, pár havi munkabér juttatásként való kifizetése, illetve a bent maradt ruhapénz kifizetése. 2024-ben egy válaszadó kivételével semmilyen javaslatot sem jelöltek meg.

A válaszokból látható, hogy információt és álláskeresőben való segítséget egyik válaszadó sem kért. A ruhapénz a jelen formájában egy érdekes konstrukció, mivel az üres ruházati boltban nem igazán lehet felhasználni és csak gyűlik rajta az összeg. Ezt az összeget régebben leszereléskor megkapták a katonák, most már csak abban az esetben, ha közös megegyezéssel történik a távozás.

Hogyan látja, kellett volna,	2015	2024
------------------------------	------	------

hogyan kilépéskor támogatassa Önt a Magyar Honvédség?		
	fő	fő
igen	4	2
nem	12	6

20. sz. táblázat: Leszerelési támogatásra és segítségre vonatkozó igények (forrás: a szerző saját szerkesztése)

7.4.19. KILÉPÉS UTÁNI MUNKAKERESÉSRE VONATKOZÓ ADATOK

A válaszokból látható, hogy a frissen leszerelt orvosoknak **nincs szüksége álláskeresési segítségre**, az orvoshiánynak köszönhetően könnyen találnak maguknak munkát. Ezzel szemben a Kiválás kutatásban az illetékes munkaügyi szerveket felkeresők aránya 34% volt.

Ami az **Állami Foglalkoztatási Szolgálatról igénybevétele** illeti, erre a kérdésre senki sem válaszolt, ami érthető, hiszen döntően jól képzett, szakvizsgával rendelkező, nyelveket beszélő, tanulni és fejlődni vágyó tehetséges kollégák hagyták el a hadsereget, akik feltehetően **könnyen találnak munkát maguknak**.

Kilépés után tervezte-e, hogy felkeresi az illetékes munkaügyi szerveket? (ha még nem érte el a nyugdíj korhatárt)	Fő	Fő
igen		1
nem	16	7

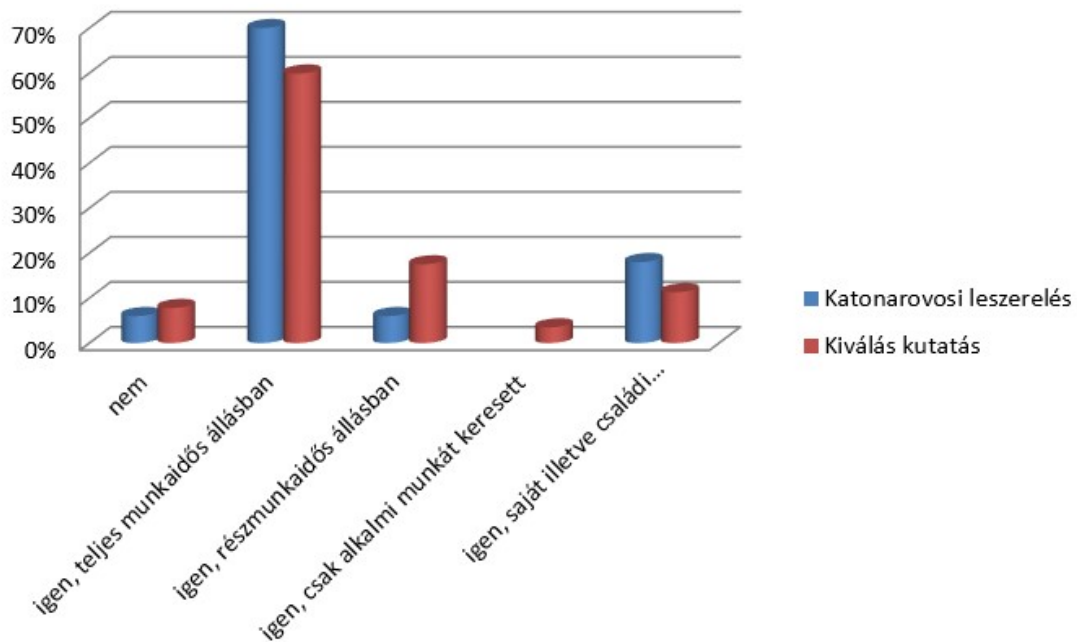
21. sz. táblázat: Kilépés utáni munkakeresésre vonatkozó adatok (forrás: a szerző saját szerkesztése)

Mind a "Kiválás 2010-2011" kutatás, mind a másik két kutatásban sokan (70 % illetve 60 %, valamint 43 %) **teljes munkaidős állás kerestek** leszerelés után. A **saját, illetve családi vállalkozásban** történő munkavégzés 18 %-ról 57 %-ra emelkedett. Orvosként

kevesen kerestek **részmunkaidős állást**. 2015-ben egy fő munka helyett **nyelvet tanult** inkább tanulni a későbbi külföldi munkavállaláshoz.

Kilépés után el akart-e helyezkedni?	2015	2024
	Fő	Fő
nem	1	
igen, teljes munkaidős állásban	12	3
igen, részmunkaidős állásban	1	
igen, csak alkalmi munkát keresett		
igen, saját, illetve családi vállalkozásban kívánt dolgozni	3	4

Kilépés után el akart-e helyezkedni?



22. sz. táblázat és 27. sz. ábra: Leszerelés utáni munkába állás szándéka (forrás: a szerző saját szerkesztése)

Egy, a szintén 2015-ös vizsgálatban az Aktív Fiatalok Magyarországon kutatócsoport 800 fős mintán végzett vizsgálatából az derült ki, hogy az egyetemisták 37 %-a tervezte a végzés után egyből a külföldi letelepedést, és ez az arány az orvostanhallgatóknál volt a

legmagasabb.²⁰⁶ A diplomás hallgatói nyomkövető rendszer felmérése alapján, ahogy korábban már említettem a hallgatók 41 %-a tervezte ezt, 16 %-uk tartósan, 25 %-uk átmenetileg. Ez az átlagos arány éppen megegyezik az orvostanhallgatók válaszainak arányával.

A végzett orvosoknál a külföldi munkavállalás utáni vágy körülbelül 15 és 20 % körül mozog. Ennél az aránynál jóval kevesebb orvos kéri a külföldi munkavállaláshoz szükséges hatósági bizonyítvány honosítását, ráadásul ez folyamatosan évről-évre csökken. Egy 2000 és 2015 között végzett felmérés alapján jellemző volt, hogy aki egyszer külföldön talált munkát az nagy valószínűséggel kint is fog maradni, az ingázók aránya is csökkent a külföldön töltött idővel arányosan.²⁰⁷ Külföldön általában a gyakorlattal rendelkező, nyelveket jól beszélő szakembereket keresik. A 2015-ös felmérés alapján a leszerelt kollégák éppen ilyenek. **A többség (60%) azonban nem szeretett volna külföldön dolgozni.** Viszont a leszerelték relatív nagy arányát teszik ki azon kollégák, akik **direkt külföldi munkavállalás (40%) miatt szereltek le.** Tehát a Honvédség által nyújtott lehetőségeknek a külföldi ajánlatokkal is versenyképesnek kell lennie, ha a jól képzett egészségügyi szakemberek megtartása a cél. Ezzel szemben 2024-ben már a külföldi munkavállalást csupán 1 fő válaszolta, ami egybevág az EEKH adataival, mely szerint a külföldi munkavállalási szándék fokozatosan csökken és erősödik a hazai magánegészségügyi szektor elszívó hatása, vagy saját vállalkozás indításának szándéka.

Külföldi munkavállalásban gondolkodott-e a kilépést követően?	2015 Százalék	2024 Százalék

²⁰⁶ MEDICAL ONLINE: *Az orvostanhallgatók közt a legerősebb a kivándorlási kedv.* – In. http://www.medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/az_orvostanhallgatok_kozt_a_legerosebb_a_kivandorlasi_kedv, 2015.

²⁰⁷ HÁRS Ágnes, SIMON Dávid: *Miért mennek el az orvosok – és miért maradnának itthon?* – II. rész. A magyarországi orvosmigráció sajátosságairól. - In. *Külgazdaság*, LX. évf., 2016. július–augusztus p. 3–26.

Nem, nem szeretne külföldön dolgozni	60%	86%
Igen, néhány éven belül külföldön szeretne dolgozni	7%	
Igen, a külföldi munkavállalás miatt szerelt le	33%	14%



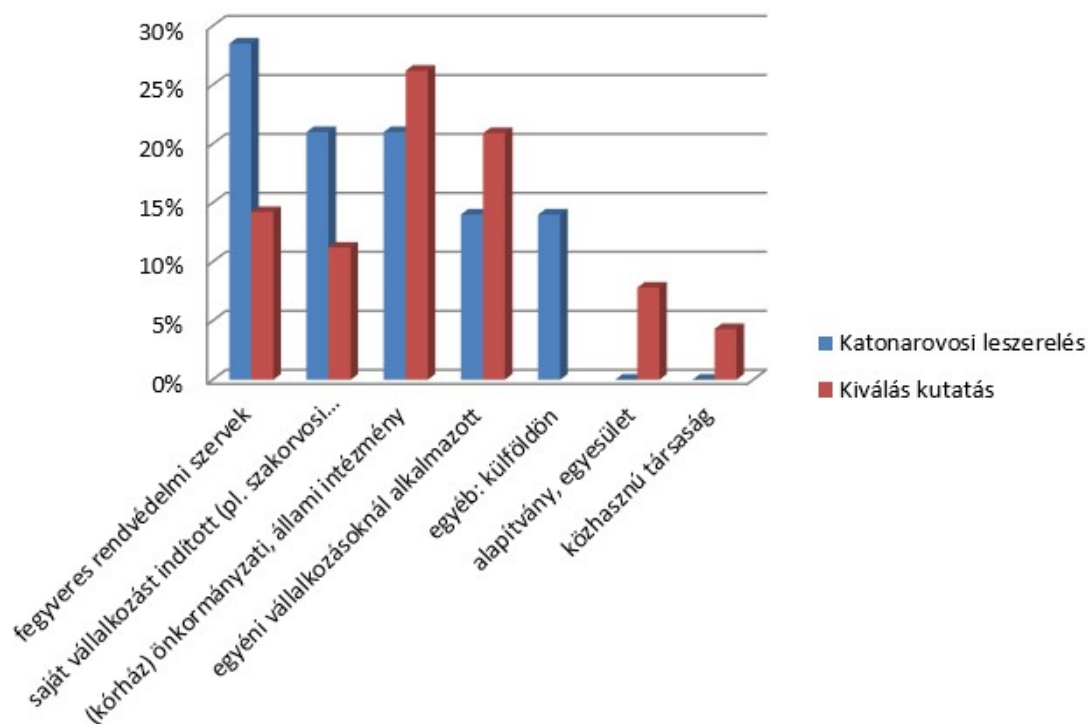
23. sz. táblázat és 28. sz. ábra: Külföldi munkavállalás szándéka (forrás: a szerző saját szerkesztése)

2015-ös felmérés alapján relatíve sokan próbálkoztak a **fégyveres és rendvédelmi szerveknél** elhelyezkedni. Ez az arány a "Kiválás 2010-2011" kutatásban is magas arányt tett ki, bár ott a többség (70%) egyéni vállalkozásokat is megkeresett. Ez érthető is, mivel néhányan a szerződés lejárta után maradtak közalkalmazottként, illetve részmunkaidőben szerződéses munkaviszonnyal a Honvédségnél. **Kórházi állások keresése, egyéni vállalkozás indítása, illetve külföldi munkalehetőségek keresése** voltak a leggyakoribb munkalehetőségek, ahol próbálkoztak. Ezzel szemben 2024-ben a saját vállalkozás indítása, vagy magán egészségügyben alkalmazottként történő elhelyezés volt a leggyakoribb válasz. Ez is jelzi a korábban említett magánegészségügyi szektor elszívó hatását.

A Kiválás kutatásban néhányan közhasznú társaságokat és alapítványokat és egyesületeket is megkerestek, míg az orvosoknál ilyen válasz nem volt.

Munkakeresés során milyen jellegű szervezeteknél próbálkozott?	2015	2024
	Fő	Fő
fegyveres rendvédelmi szervek	4	1
állami szervezetek	0	1
önkormányzati, állami intézmény (kórház)	3	1
egyéni vállalkozásoknál alkalmazott	2	2
saját vállalkozást indított (pl. szakorvosi járóbeteg ellátás, családorvosi praxis)	3	5
alapítvány, egyesület	0	
közhasznú társaság	0	
egyéb: külföldön	2	

Munkakeresés során milyen jellegű szervezeteknél próbálkozott?



24. sz. táblázat és 29. sz. ábra: Munkakeresés során felkeresett szervezetek (forrás: a szerző saját szerkesztése)

7.5.20. JELENLEGI MUNKAHELY

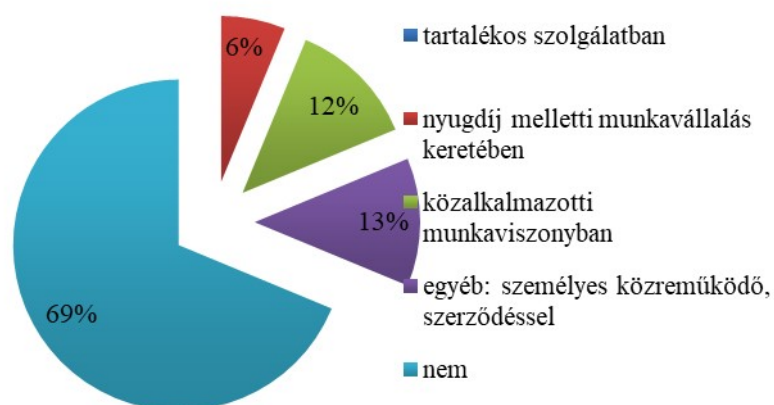
A Kiválás kutatással nagyjából megegyező mértékben **a többség már nem aktív munkavállalója a Magyar Honvédségnek**. Ott azonban az aktív állományúak is részt vettek a kutatási programban, míg ebben a kutatásban csak a már leszerelt kollégákat kerestünk meg.

A korábbi felmérésben a megkérdezettek majdnem egy harmada vagy a nyugdíj mellett, vagy közalkalmazottként, vagy részállású szerződéses munkaviszony keretében **továbbra is a hadseregnél dolgozik**. Az egyik volt csapatorvos kolléga például havi 30 órában, vállalkozóként maradt a korábbi munkáltatójánál. Viszont civilként nem vezényelhető és a terepen zajló katonai feladatokban sem tud így részt venni. Bár orvosi feladatokat lát el, a harckészséget nem nagyon javítja. Abban az alakulatban jelenleg nincs orvos, egy mentőtisztrel oldják meg ezeket a feladatokat, ha éppen nincs elvezényelve misszióba. Továbbá meg kell említeni, hogy **senki sem dolgozott tartalékosként**.. Ezzel szemben

majdnem tíz évvel később csupán egy kolléga maradt kapcsolatban a Honvédségnél a munkavállalás tekintetében. Továbbá meg kell említeni, hogy egy válaszadó kivételével **senki sem dolgozik tartalékosként.**

Jelenleg is a Magyar Honvédség tagja, illetve aktív munkavállalója?	2015	2024
	Fő	Fő
közalkalmazotti munkaviszonyban	2	
tartalékos szolgálatban		1
nyugdíj melletti munkavállalás keretében	1	
egyéb: személyes közreműködő, szerződéssel	2	
nem	11	7

Jelenleg is a Magyar Honvédség tagja illetve aktív munkavállalója (2015)?



25. sz. táblázat és 30. sz. ábra: A leszerelték jelenlegi munkaviszonya a Magyar Honvédséggel (forrás: a szerző saját szerkesztése)

A korábbi válaszokból kiderült, hogy a leszerelt katonáorvos kollégák nagy része már rendelkezik szakvizsgával, mégis ehhez képest 2015-ös felmérésben igen **nagy részük (31%) újabb szakvizsgaképzésre jelentkezett a leszerelés után.** Ez is alátámasztja a képzés támogatásának a fontosságát. 2014-ben már csak egy kolléga válaszolta ezt, bár ez magyarázható azzal, hogy eleve sokuk rendelkezett több szakvizsgával már.

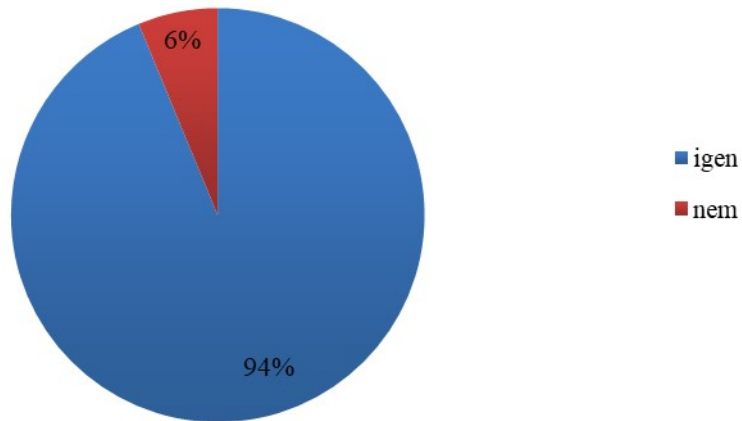
Kilépés után jelentkezett-e újabb szakvizsga tanfolyamra?	2015	2024
	Fő	Fő
igen	5	1
nem	11	7

26. sz. táblázat: Újabb szakvizsga megszerzésének a terve (forrás: a szerző saját szerkesztése)

Orvosként a pálya elhagyására és pályaváltásra nem sok lehetőség van, mivel csupán néhány terület kompatibilis az orvosegyetemen megszerzett diplomával. Más, nem gyógyítással kapcsolatos terület választása esetén az itt megszerzett tudást nem igazán lehet használni. Ez lehet a magyarázata annak, hogy **új pályát szinte senki sem választott**. Érdeemes lett volna rákérdezni, hogy az egyetlen pályamódosítást megjelölő kolléga melyik területre ment át. Ezért az új kérdőívben ennek hagytunk ki helyet.

Tervezte-e, hogy a kilépés után pályát vált vagy a korábban megszerzett szakvizsgájának megfelelő munkakörben dolgozik tovább?	2015	2024
	Fő	Fő
nem, a korábbi végzettségnek megfelelő munkakörben dolgozik tovább	15	8
igen, más területen dolgozik tovább	1	0

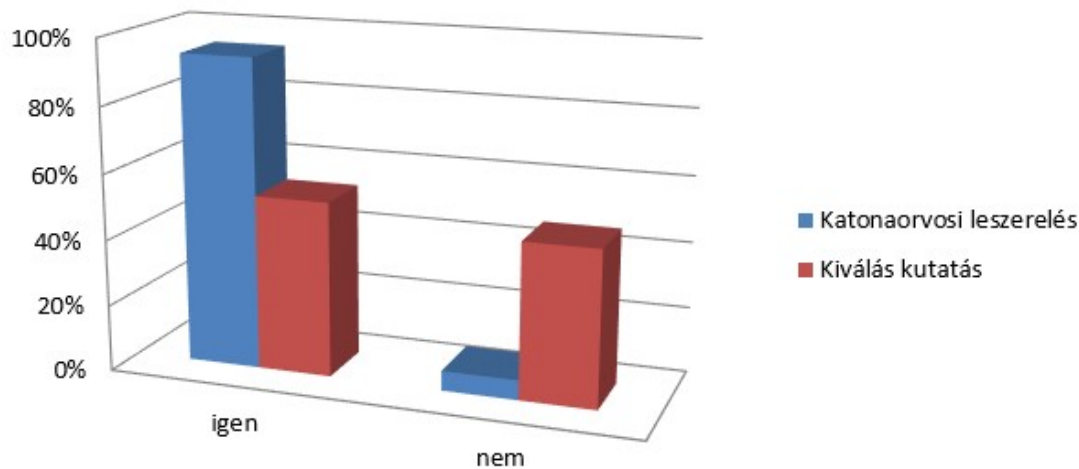
Tervezte-e, hogy a kilépés után pályát vált? (2015)



27. sz. táblázat és 31. sz. ábra: Pályaváltási szándék (forrás: a szerző saját szerkesztése)

Jelenleg van-e konkrét, állandónak tekinthető munkaviszonyra?	2015	2024
	százalék	százalék
igen	94%	100%
nem	6%	0

Jelenleg van-e konkrét, állandónak tekinthető munkaviszonyra?

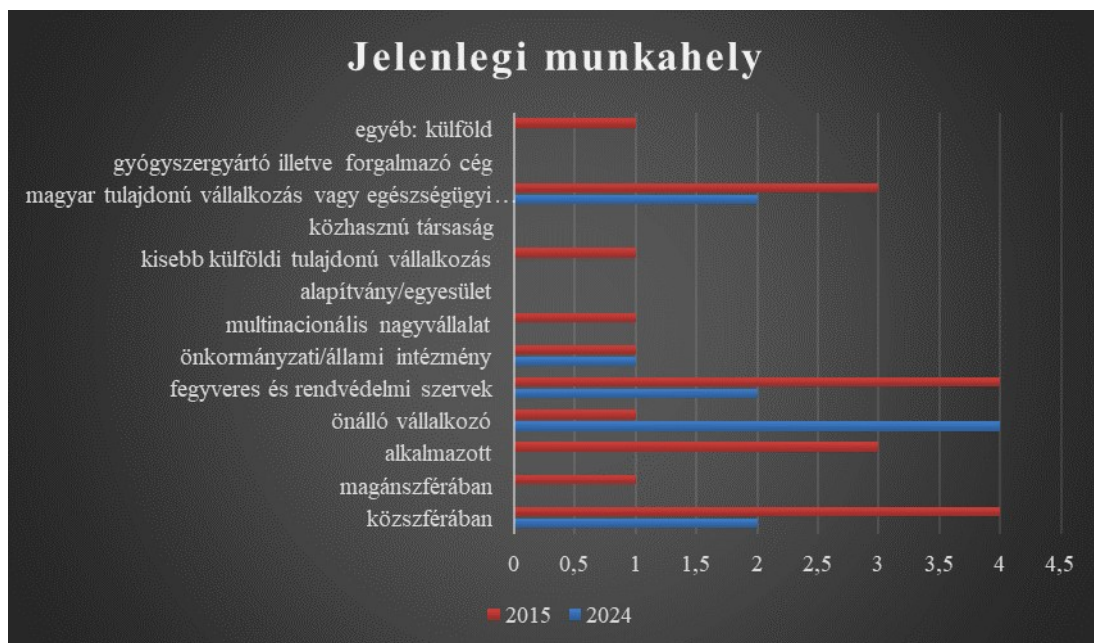


28. sz. táblázat és 32. sz. ábra: Jelenlegi állandó munkaviszony (forrás: a szerző saját szerkesztése)

A haderő elhagyása után **gyakorlatilag mindenkinek volt munkája**. Az egyetlen fő, akinek nem volt, nyelvtanulás miatt maradt otthon, hogy a későbbiekben külföldön tudjon dolgozni. Ez az arány a "Kiválás 2010-2011" kutatásban nem ilyen. Ott a leszerelt katonák felének nem volt munkaviszonya, és több mint 20 % nem tudott elhelyezkedni, pedig szeretett volna.

A Kiválás és a 2015-ös kutatásban a fegyveres és rendvédelmi szerveknél lévő munkahely vezet és szintén maradtak ezzel kapcsolatban a legújabb kutatás szerint is. Ezt a közszféra, alkalmazott munkaviszony, magyar tulajdonú vállalkozásban betöltött állás követi. 2024-re az önálló vállalkozási formát választották a legtöbben.

Amennyiben önnek jelenleg van állandó tekinthető állása, akkor ön hol dolgozik? (több is bejelölhető)	2015	2024
	Fő	Fő
közsférában	4	2
magánszférában	1	
alkalmazott	3	
önálló vállalkozó	1	4
fegyveres és rendvédelmi szervek	4	2
önkormányzati/állami intézmény	1	1
multinacionális nagyvállalat	1	
alapítvány/egyesület		
kisebb külföldi tulajdonú vállalkozás	1	
közhasznú társaság		
magyar tulajdonú vállalkozás vagy egészségügyi intézmény	3	2
gyógyszergyártó, illetve forgalmazó cég	0	
egyéb: külföld	1	



29. sz. táblázat és 33. sz. ábra: Jelenlegi munkahelye (forrás: a szerző saját szerkesztése)

Mindhárom kutatásban a határozatlan idejű munkaszerződés (67%, 75%) fordult elő leggyakrabban, ezt a számlás megbízási szerződések (25%) követte 2015-ben, míg 2024-ben egy fő határozott idejű munkaviszonnyal rendelkezett.

Felmértem, mindkét kutatásban, – 2015-ben és 2024-ben is – a “Közigazgatásban” illetve az “Önkéntes Tartalékos” rendszerben való részvételi hajlandóságot, illetve részvételt is, de mindkét esetben mindkét évben az összes érintett nemi nemmel válaszolt.

Az új honvédségi életpálya modellben szerepel a munkavállaló közszférába való továbbfoglalkoztatásának a koncepciója, illetve az önkéntes tartalékos rendszerhez való csatlakozásnak a lehetősége. Ezek azonban nem jelentenek alternatívát a munkaerő megtartásban, mivel senki sem választaná vagy választotta ezt a két lehetőséget. Sajnos az ott kidolgozott modell nem veszi figyelembe a speciális szakmák igényeit.

Milyen munkaviszonyban dolgozik tovább?	2015	2024
	Százalék	Százalék
határozott idejű munkaszerződés		12,5%
határozatlan idejű munkaszerződés	67%	75%
megbízás számlás fizetéssel	25%	
eseti megbízás		
bejelentés nélküli alkalmazás		
egyéb	6%	12,5%



30. sz. táblázat, és 34. sz. ábra: Munkaviszony típusa (forrás: a szerző saját szerkesztése)

7.5. STRESSZ SZEREPE A KATONAORVOSI PÁLYA ELHAGYÁSBAN

Eltér a két felmérés eredménye, míg 2015-ben a legtöbben kissé vagy egyáltalán nem tartották stresszesnek korábbi katonatorvosi beosztásukat ez 9 évvel később már legtöbben nagyon stresszesnek (50%), valamint közepesen stresszesnek (33%) tartották azt. Munkavállalóknál a legnagyobb stresszforrás az ami az átalakításból és a munkahellyel kapcsolatos bizonytalanságból fakad, amihez a kollégákkal való konfliktus is hozzájárul, ami egy hierarchikus szervezetnél szintén gyakori, ahogy ezt a kérdőívre válaszolok egy része is megemlítették a pályaelhagyás okaként.



35. sz. ábra: Stressz szint (forrás: a szerző saját szerkesztése)

Véleménye szerint a legfontosabb stresszforrások a Magyar Honvédségben?								
Tényezők	Adott tényező milyen mértékig okozott stresszt?							
	2015				2024			
	nem okoz stresszt	kisfokú	közepes	nagy fokú	nem okoz stresszt	kisfokú	közepes	nagy fokú
	stresszt jelentett				stresszt jelentett			
MUNKÁVAL KAPCSOLATOS ÖSSZEFÜGGÉS								
Rossz kommunikáció	12%	31%	38%	19%	-	50%	25%	25%
Probléma-megoldás és személyes fejlődés támogatása	6%	25%	31%	38%	13%	25%	25%	38%
Szervezeti célkitűzések meghatározásának hiánya	6%	31%	31%	31%	38%	25%	25%	13%
Szervezetben betöltött szerep félreérthetősége	19%	44%	31%	6%	38%	25%	13%	13%
Szervezetben belüli konfliktus a szerepek között	13%	38%	44%	6%	13%	25%	38%	25%
Szervezetben belüli emberekért való felelősség	44%	44%	13%	0%	13%	50%	25%	13%
Karrier egy helyben állása és bizonytalansága	25%	31%	19%	25%	38%	13%	13%	38%
Kinevezés túl magas vagy túl alacsony szint	38%	25%	19%	19%	38%	25%	25%	13%

Alacsony fizetés	25%	38%	13%	25%	25%	25%	13%	38%
Állás bizonytalansága	75%	19%	6%	0%	75%	0%	0%	25%
Munka alacsony társadalmi értéke	31%	56%	13%	0%	63%	25%	0%	13%
Alacsony szintű részvétel a döntéshozatalban	50%	19%	31%	0%	25%	38%	13%	25%
Munka feletti ellenőrzés hiánya	44%	44%	13%	0%	25%	25%	38%	13%
Társadalmi vagy fizikai elszigeteltség (például misszió alatt)	31%	44%	19%	6%	38%	25%	25%	13%
Felettesekkel való rossz viszony	44%	31%	25%	0%	38%	25%	0%	50%
Emberek közötti konfliktus	25%	44%	31%	0%	13%	13%	38%	25%
Társadalmi támogatás, megbecsülés hiánya	31%	56%	13%	0%	63%	13%	13%	13%
Munka és az otthon egymásnak ellentmondó követelményei	44%	19%	6%	31%	25%	38%	25%	13%
Alacsony szintű támogatottság otthon	81%	13%	0%	6%	75%	13%	13%	0%
Kettős karrier problémái	50%	13%	31%	6%	75%	13%	13%	0%
MUNKA TARTALMA								
Felszerelés, az	13%	38%	25%	25%	25%	75%	0%	0%

épület megbízhatóságával, rendelkezésre állásával, alkalmasságával, karbantartásával kapcsolatos problémák								
Változatosság vagy rövid munkaciklusok hiánya	50%	38%	6%	6%	38%	50%	13%	0%
Szakaszos munkavégzés, értelmetlen munka, szakértelem kihasználatlansága	6%	31%	13%	50%	14%	54%	14%	14%
Magas szintű bizonytalanság	38%	44%	13%	6%	29%	14%	0%	57%
Túlterheltség, vagy alul terheltség	4	5	6	1	1		2	4
Megfelelő irányítás hiánya	2	6	1	7	2	3	2	1
Magas szintű időkényszer	7	4	3	2	2	1	4	1
Műszakos beosztás, rugalmatlan beosztás, kiszámíthatatlan munkaórák	19%	63%	6%	13%	25%	13%	63%	0%
Hosszú, vagy társadalmi	25%	38%	25%	13%	25%	25%	25%	25%

szempontból nem megfelelő munkaórák								
-------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

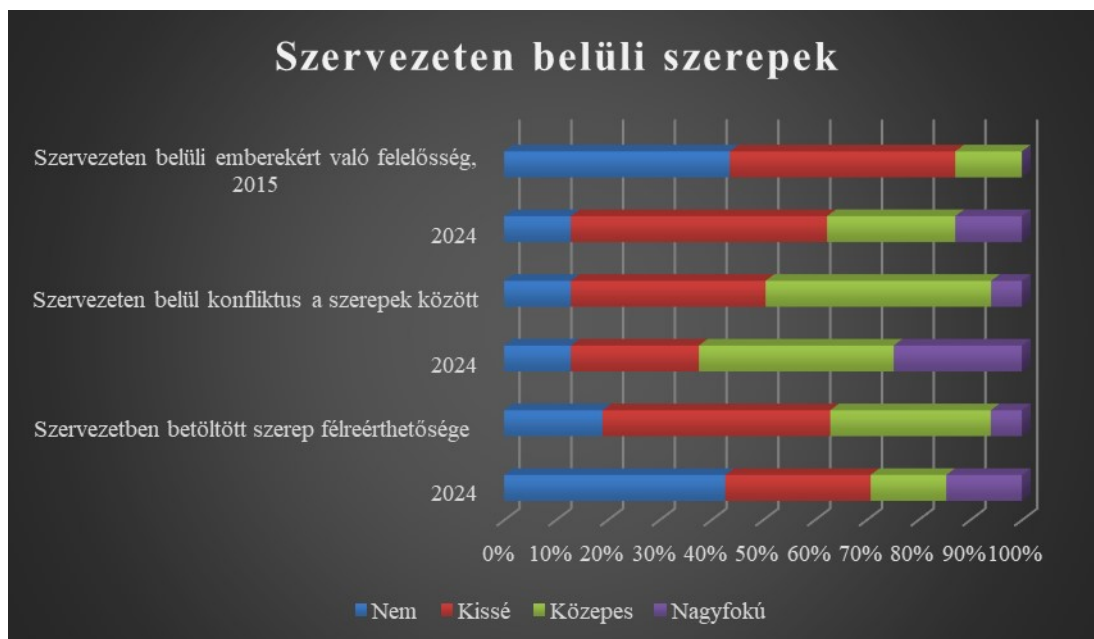
31. sz. táblázat: Stresszforrások a Magyar Honvédségben a Katona-orvosok körében (forrás: a szerző saját szerkesztése)

Szervezeti kommunikáció: A parancsuralmi rendszer és az' íróasztal mögött született parancsok ' miatt problémát jelenthet, hiszen a végrehajtó állománynak így kisebb lehetősége van a feladat végrehajtásának a megtervezésébe beleszólni. **Ez a terület, ha enyhe mértékben is, de inkább problémásnak számít.** A kér felmérést összehasonlítva a **kommunikációs problémákat** többen jelölték meg negatívan, viszont a szervezeti célkitűzések hiányát tekintve javulás volt megfigyelhető. A személyiség fejlődésének hiányát mindkét esetben kissé rossznak ítélték meg.



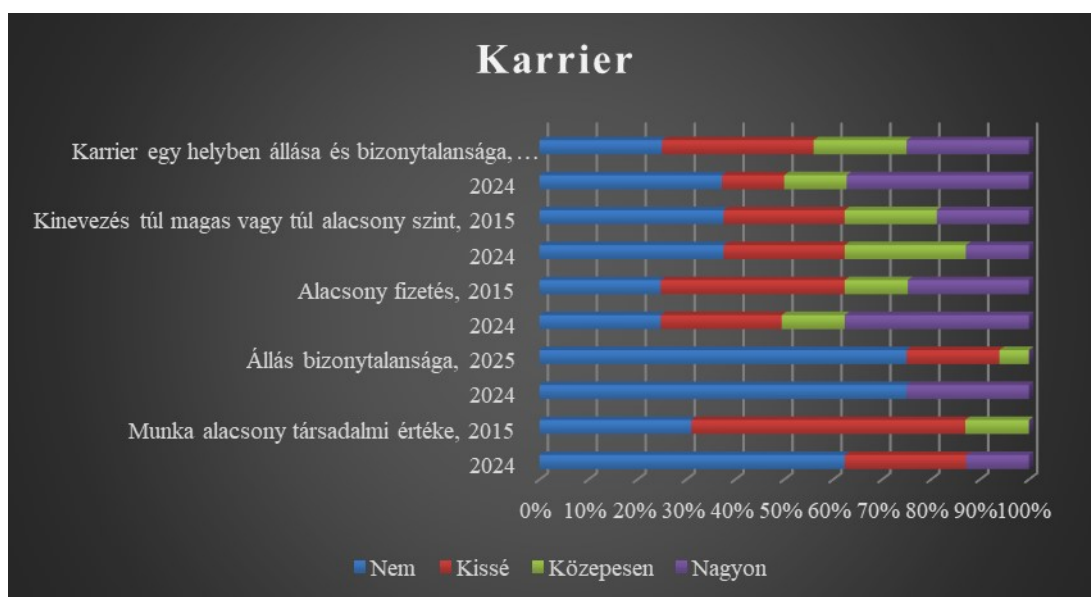
36. sz. ábra: Szervezeti kommunikáció (forrás: a szerző saját szerkesztése)

A szervezeten belüli szerepekből adódó konfliktusok (37.sz.ábra) a kevésbé problémás területek közé tartoznak, melyek közül a szervezeten belüli emberekért való felelősségvállalást kimondottan pozitívrá értékelték a válaszadók. A többi két tényező közül a szerepek okozta konfliktusokat 2024-ben rosszabbra, míg a szerepek félreérthetőségét inkább pozitívabbra értékelték, kevésbé érezték stresszforrásnak, mint 9 évvel korábban.



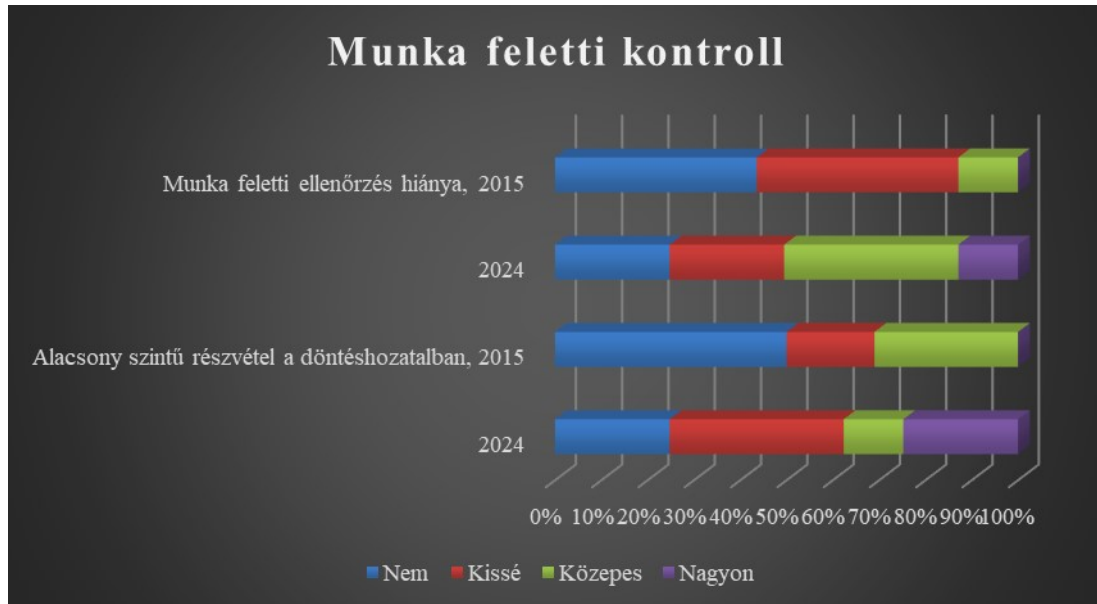
37. sz. ábra: Szervezet belüli szerepek (forrás: a szerző saját szerkesztése)

Karriert érintő kérdések (38.sz.ábra): A karrier is inkább a kevésbé problémás területek közé tartozik. A katonai munka társadalmi értékét kifejezetten pozitívnak ítélték meg. A katonai állást a túlnyomó többség biztosnak ítélte meg, azonban 2024-ben a válaszadók 25%-a stressz forrásként említette meg, ami egybe esik a honvédegség újabb átalakításával. A karrier egy helyben állását és a fizetésük kérdését nagyjából ugyanannyian tartották problémásabbnak, mint ahány főnek ezzel nem volt gondjuk



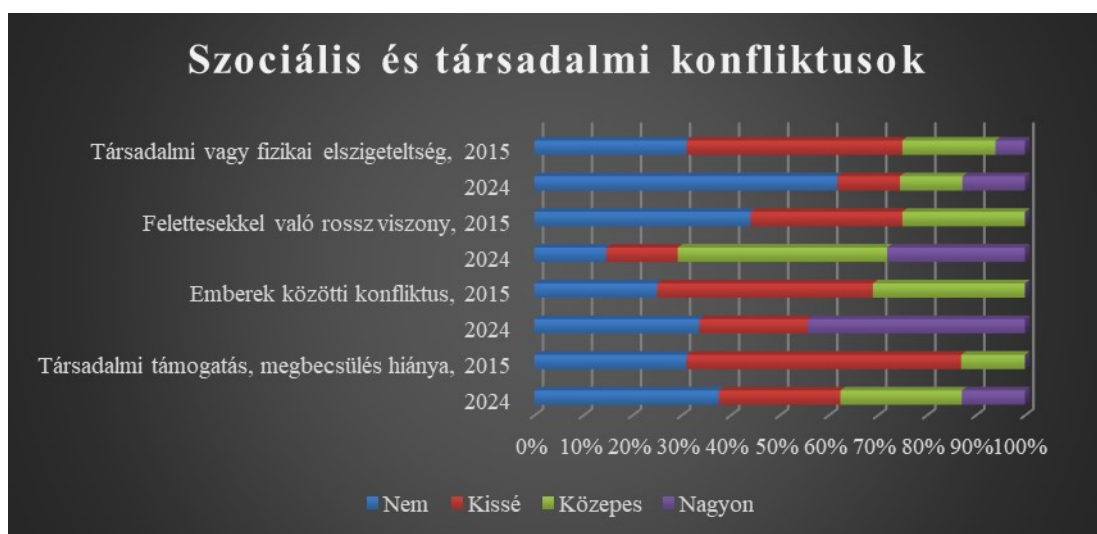
38. sz. ábra: Karriert érintő kérdések (forrás: a szerző saját szerkesztése)

Munka feletti kontroll (39.sz.ábra) A felmérés szerint a munka feletti ellenőrzés hiánya illetve az alacsony szintű részvétel a döntéshozatalban inkább kevésbé jelentett problémát. Viszont 2024-ben már többen ítélték kifejezetten problémásnak e két területet, míg ilyen választ a korábbi felmérésben egyáltalán nem is adtak.



39.sz. ábra: Munka feletti kontroll (forrás: a szerző saját szerkesztése)

Szociális és társadalmi konfliktusok (40.sz.ábra): A szociális és társadalmi problémák szintén a legkevésbé gondot okozó területekhez tartoztak a korábbi felmérésben. Azonban 2024-re a társadalmi megbecsülést, a felettséssel való viszonyt, kolágékkal való viszonyt is már rosszabbra értékelték, mint korábban.



40. sz. ábra Szociális és társadalmi stressz források (forrás: a szerző saját szerkesztése)

Munkahely a család és a (katonai -orvosi) kettős hivatás konfliktusai (41.sz. ábra): Ezek szintén a legkevésbé problémás területekhez tartoznak. Mind a kettős hivatás, mind a munkahelyi feladatok otthoni elfogadása csupán kevésbé jelentenek problémát. Sőt a család részéről inkább a támogatás a jellemző, bár ez az érték kismértékben romlott 2024-ben, viszont a kettős, katonai-orvosi karriert arányaiban még kevesebben tartották problémásnak.



41. sz. ábra: Munkahely a család és a kettős hivatás konfliktusai (forrás: a szerző saját szerkesztése)

Infrastruktúra problémái okozta konfliktusok (42. sz. ábra): Az épületeket érintő kérdések átlagban **nem jelentenek nagy problémát**. Itt meg kell említeni, hogy a Magyar Honvédség Egészségügyi Központjába tartozó Honvéd Kórházat néhány éve építették. Ezzel szemben vannak olyan laktanyák vagy például az azóta bezárt 'Gyáli úti Kőjál', aminek az épülete igencsak problémás volt. A válaszokból látható, hogy mind a két végletre volt példa.



42. sz. ábra: Infrastruktúra hiányosságai okozta konfliktusok (forrás: a szerző saját szerkesztése)

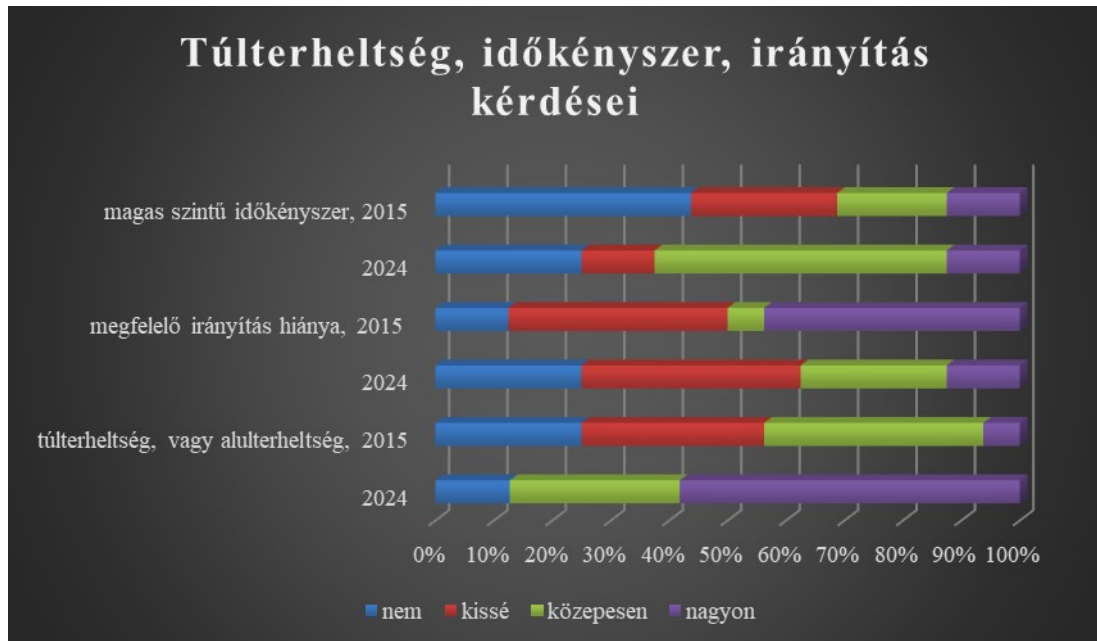
Munkavégzéssel kapcsolatos észrevételek (43.sz. ábra): A változatosság hiánya és a szakaszos munkavégzés, a munka értelmetlensége, a szakértelem kihasználatlansága nem jelent problémát. Ugyanakkor a magas szintű bizonytalanságot 2024-ben a válaszadók 57%-a súlyos problémának érezte.



43. sz. ábra: Munkavégzéssel kapcsolatos észrevételek (forrás: a szerző saját szerkesztése)

Túlterheltség, időkényszer, irányítás kérdései (44. sz. ábra): A megfelelő irányítás hiányát kevesebben gondolták problémásnak. Az időkényszert inkább problémásabbnak

gondolták, míg a és a túl és alul terheltség inkább a válaszadók többségénél erősen problémás területnek számított.



44. sz. ábra: Túlterheltség, időkénsyszer, irányítás kérdései (forrás: a szerző saját szerkesztése)

Munkabeosztás kérdései (45.sz.ábra): Túlórák és a rugalmatlan, műszakos beosztás 2024-re a válaszadók többségénél közepesen problémás területnek számított. A hosszú munkaórákat ugyanannyi válaszadó jelölte meg negatívumként, mint pozitívumként.



45. sz. ábra: Munkabeosztás okozta stresszforrások (forrás: a szerző saját szerkesztése)

A munkahelyi legfontosabb stressztényezőkkel kicsit bővebben is érdemes foglalkozni. A legpozitívabbra értékelt tényezők közül a munka társadalmi megbecsültsége és az otthoni, családi támogatás vezeti a listát. Az utóbbinak kifejezett szerepe van a stresszel való megküzdésben. Ezután a szilárd szervezeti célkitűzések, a szervezeten belüli szerepek félreérthetlensége, és a társadalmi vagy fizikai elszigeteltség hiánya, épülettel és felszereléssel kapcsolatos megelégedettség következett. A válaszadók nem tartották problémásnak a kettős karrierből fakadó többlet követelményeket sem.

A két felmérés eredményeit összehasonlítva romlott a szervezeten belüli konfliktusok összesített értéke, a munka feletti kontroll hiánya, az alacsony szintű részvétel a döntéshozatalban, és a felettesekkel való rossz viszony. Nőtt a magas szintű bizonytalanság érzése, ami a sorozatos átalakítás után nem meglepő. A műszakos és rugalmatlan, kiszámíthatatlan munkabeosztás, amit már a válaszadók 63%-a tartott közepesen problémásnak. Érdekes módon a béremelés ellenére szintén negatívabban ítélték meg a fizetést, amit válaszadók 40%-a jelölt meg, mint stresszforrást. A karrier egy helyben állását és bizonytalanság értéke is romlott, azt szintén 40% nagyon rossznak tartotta. Bár továbbra is magas, de valamelyest csökkent a munka társadalmi megbecsültségének az érzése. Rosszabbodott a magas szintű időkénszer érzése, amit majdnem 60%-uk tartott közepesen problémásnak.

Viszont valamelyest javult az értelmetlen munkavégzés vagy szakértelem hiányának érzése, az épülettel kapcsolatos problémák, a megfelelő irányítás értéke.

Legnegatívabbra értékelt tényezők között a túlterheltség vezet, amit a válaszadók 57%-a súlyosnak ítélt meg. Szintén inkább rossznak ítélték a szervezeten belüli kommunikációt, a személyes fejlődés támogatásának hiányát.

Tehát egyértelműen és szignifikánsan megállapítható, hogy a majd 10 év alatt a helyzet romlott, a válaszadók összességében negatívabban ítélték meg a vizsgált stressz faktorokat.

7.5. LESZERELÉS FŐ OKAI

A kérdőív végén a leszerelés 3 fő okára kérdeztünk rá. Célunk az volt, hogy a válaszadók olyan tényezőket is meg tudjanak nevezni, amik korábban nem kerültek bele a felmérésbe és össze tudjuk szedni a legfontosabb okokat.

2015-ös felmérés során legtöbben a következő okokat jelölték meg: **alacsony jövedelem** (44%), a **szakmai fejlődés lehetőségének a hiánya, szakmaiság figyelmen kívül hagyása, felesleges papírok „gyártása”** (37,5%), a **missziós szolgálatra ’ kényszerítés ’, illetve ennek a lehetősége** (37,5%) voltak a leggyakoribb leszereléshez vezető okok. Relatív sokan írták a **nem megfelelő vezetést és irányítást, a szervezettséget, illetve az előjáróval való konfliktust** (25%).

További leszereléshez vezető tényező volt a **lakhelyváltás, a nagy távolság a munkahely és otthon között** (12,5%), illetve az előmenetel hiánya (12,5%). Szintén többen említették a **szakértelem kihasználatlanságát, az értelmetlen munkafeladatok végzését,** illetve hogy az egyikük az **áthelyezés után nem a szaktudásának megfelelő feladatokat látott el,** papírmunkát végeztek vele, ezért hiányolta a betegellátást.

Valamint megemlítésre kerültek a **korrupció és a hálapénz** rendszere és a **rossz munkakörülmények** is. Az egyik leszerelt és külföldre távozott kolléga véleménye szerint a **kivándorló orvosokat nyugatabbra jobb anyagi megbecsülés, megfelelő munkaeszköz** (eszköz, gyógyszer) **és stressz-mentes munkakörnyezet várja.**

Érdeemes megnézni, hogy a fenti válaszok 2024-re hogyan változtak. A három döntő tényező közül sokan válaszolták a **kARRIER és a szakmai előmenetel hiányát.** De megemlítésre került több válaszadónál: a **fizetés kérdése,** az ügyeletek kedvezőtlen finanszírozása, de közel nem annyira hangsúlyosan, mint 2015-ös felmérésben. Szintén többen emelték ki a **hierarchikus vezetés és rendszer** problémáját, úgy mint: a túl bürokratikus rendszer, a *„kényszerítő mechanizmusok”, „döntéseim megkérdőjelezése magasabb szinten”.* Ketten utaltak a **honvéd-egészségügy koncepciótlanságára,** valamint megemlítésre került például a *„honvéd közegészségügy lesüllyesztése”.* Ezeken kívül egy-egy válaszadó a következő okokat emelte ki: *„családi ok”, „katonaorvosi szolgálat előnyének a hiánya”, „Semmit sem kaptam meg az ígéretekből”,* a főnökkel való konfliktus, *„akkori kórház parancsnokkal szakmai-pénzügyi egyet nem értés volt a fő ok”, „ 60 éves lettem, nem akartam tovább éjszakai ügyeleter”,.*

7.6. PÁLYÁN TARTÓ TÉNYEZŐK

Igyekeztem összeszedni a legfontosabb pályán tartó tényezőket is. Itt is a **versenyképes, magasabb fizetés** (44 %) vezeti a listát. Ezt rögtön a szakmaiság, a **szakmai fejlődés biztosításának és a felesleges “papírgyártásnak” a kérdése** (25 %), az **előmenetel** (19 %), és a **megfelelő felszerelés és munkakörnyezet biztosítása** (19 %) követte. Szintén sokan írták a **jó, megbízható főnököt és vezetést** (19 %).

Egy kollégát azért vesztett el a hadsereg, mert **irodai beosztásba vezényelték**, miközben a betegállás volt az élete. Ha nem helyezték volna át, akkor maradt volna az amúgy is emberhiánnyal küzdő csapategészségügyben. Ide tartozik az is, hogy relatíve sok kolléga a **“missziókba való kényszerítés eltörlését”** (19%) nevezte meg fontos pályán tartó tényezőnek. Egyikük konkrétan ezért is szerelt le, mert nem akart külszolgálatot vállalni.

Többen maradtak volna, ha a **lakhely közelében lett volna a szolgálati helyük**, illetve **kedvezőbbek lettek volna a lakáskörülmények**. (19%)

Megemlítésre kerültek továbbá a **megfelelő perspektíva, biztos életpálya modell** kérdése, a **korkedvezményes nyugdíj** lehetősége, és a **hálapénz-rendszer** eltörlése.

A 2024-es kutatásban a pályán tartó tényezők közül első helyre került a **szakmai képzés**, az erős szakmai vezetés, honvéd egészségügy fejlesztési koncepciója, *„szakmai tényezők előtérbe helyezése a katonai/politikai okok helyett”*. Szintén többen említették a **magasabb fizetést** (*„Kórház parancsnok emelte volna az ügyeleti díjat”* (2019 január 1. előtt lépett ki), *„ügyeleti bérek rendezése”*), a megfelelő **(rendfokozati) előmenetelt**, a **megbecsülést** és a *„magasabb szintről jövő” támogatást* (például *„a vezetői feladatokhoz”*, *„egyéni érdekek támogatása”*, *„szabad döntéshozatal”*). Szintén többen válaszolták a munkahelyi leterheltség csökkentését: *„kevesebb stressz”*, *„arányos terhelés”*, családbarát munkahely, valamint, hogy ne kelljen 60 éves kor felett éjszakai ügyeletet vállalnia.

Megbánta-e, hogy leszerelt?	2015	2024
igen	-	-
nem	100%	88%

Pályaválasztás előtt álló medikusoknak ajánlaná-e a katonai orvosi szolgálatot?	2015	2024
igen	56%	75%
nem	44%	25%

32. sz. táblázat: Leszerelés megbánása és a katonai pálya ajánlása frissen végzett orvostanhallgatóknak. (forrás: a szerző saját szerkesztése)

A megkérdezettek egyike sem bánta meg, hogy leszerelt. Egyedül egy fő válaszolta, hogy „is-is” a 2024-es felmérés során. A 2015-ös felmérés szomorú végkövetkeztetése volt az a tény, hogy a leszerelték nagyjából a fele nem javasolná a medikusoknak a katonai orvosi pályát. Ehhez képest pozitív változás, hogy 2024-ben már a háromnegyedik viszont már javasolná. Ez kifejezetten pozitív változás, mert a külföldi kutatások alapján a legfontosabb motiváló tényező az ismerőstől, hiteles személyektől, korábbi katonai orvosoktól halott pozitív példakép.

7.7. INTERJÚS KUTATÁSI EREDMÉNYEK

A válaszadókkal folytatott személyes beszélgetésekből a béremelés és bérrendezés kérdése került kiemelésre. Egy kollégánőt azért veszítettünk el, mert olyan irodai beosztásba vezényelték, amit nem szeretett volna hosszútávon végezni és amúgy szívesen maradt volna csapat orvos. Másik volt csapat orvos kolléga civilként dupla annyit keresett, ezért hagyta ott az alakulatot, és csupán havi 30 órában maradt szerződéssel visszafoglalkoztatva. Jelenleg ott egy mentőtiszttel vannak megoldva a biztosítást igénylő feladatok, orvost azóta sem találtak. 2024-ben az egyik leszerelt kolléga meglepődve mesélte, hogy amikor eldöntötte, hogy le fog

szerezni és ugyanabban a beosztásban immár civilként fogja folytatni, „senki sem akarta lebeszélni, vagy meggyőzni”.

7.8. KATONAORVOSI PÁLYÁHOZ KAPCSOLÓDÓ MOTIVÁCIÓS EREDMÉNYEK ISMERTETÉSE

A korábban ismertetett kérdőíves felmérésem részét képezte a már leszerelt katonáorvosok tekintetében a pályára kerülés, pályán maradás, és pályaelhagyás motivációs vizsgálata. Kutatásomban a fővagy a leszerelt katonáorvosok megkeresése, amely ezen tényezők tekintetében pontosabb képet ad.

7.9.1 A KATONAORVOSI PÁLYÁRA KERÜLÉS MOTIVÁCIÓJA

A katonáorvosi pályára kerülés tekintetében fő motivációs faktor a válaszadók felénél a **katonáorvosi pálya jelentette kihívások és változatosság, új lehetőségek és a pálya érdekessége**, valamint a **tiszti rang** volt. A második helyre a **közalkalmazotti bérekhez képest magasabb katonai fizetés** került. A válaszadók nagyjából a negyede a **missziós és harctéri szakmai tapasztalatok megszerzését**, az anyagilag is kiemelt módon honorált külföldi szolgálatot jelölte meg.

Egy-egy fő említette meg a (az azóta nem biztosított) **szolgálati lakás**, és (az azóta megvont) **korkedvezményes nyugdíj** lehetőségét. A másik válaszadónál a **sorkatonai szolgálat** alatt szerzett pozitív tapasztalatok játszottak szerepet a „beöltözésben”. Ez azóta szünetel, így egyre kevesebb orvos kerül kapcsolatba a hadsereggel. Megemlítésre került a **honvédségi ösztöndíj** jelentette anyagi többlet is. Ezt a régen jól működő intézményt, azóta egyszer leépítették, majd meg is szüntették, de néhány éve újra elindították. **Gátat a medikusokkal szemben támasztott magas katonai követelményrendszer** jelent, ami azt eredményezi, hogy hiába jelentkeztek többen, a 80-90% itt kiszelektálódott. Szintén megemlítésre került a katonai és harci feladatok ellátásához szükséges **fizikai képességek fejlesztése és az egészségmegőrzés fontossága**, mint motivációs tényező. A másik válaszoló **biztos állásként** tekintett a katonaságra, illetve az újonnan épült, modern **Honvédkórházban való dolgozás** lehetősége is vonzó volt az egyik volt katonáorvosnak. Konkrétan a **biztos jövőt**, a speciális műszaki ismeretek megszerzését, a hazaszeretettel, a témában folytatott kutatásokkal szemben nálam nem említették meg a válaszadók.

A pályára jelentkezésben döntő részben a **személyes kapcsolatok**, míg kis részben a nem megfelelően menedzselte **toborzás** játszott szerepet.

7.9.2.PÁLYÁN TARTÓ TÉNYEZŐK

Vizsgálatomban rákérdeztem a katonai pályával szembeni teljesült és nem teljesült elvárásokra és azon tényezőkre, amelyek teljesülése esetén nem szereltek volna le. E tekintetben az eredményeket az alábbi táblázatban (33. sz. táblázat) mutatom be:

teljesült elvárások	nem teljesült elvárások
relatíve magasabb fizetés	a magasabb fizetés iránti igény
missziós elvárások és külföldi tapasztalatszerzés	orvos-szakmai fejlődés lehetőségének és a szakmai kihívások hiánya
biztos munkahely	ranglétrán való továbbjutás és az előléptetés akadályozása
jó szakképzés és a rendszeres továbbképzések	anyagi, szakmai, erkölcsi megbecsülés hiánya
szolgálati lakás	rugalmatlanság és lehetőségek hiánya
korkedvezményes nyugdíj	perspektívák hiánya
a tiszti ranggal és a katonasággal járó kihívások és a változatosság	kiszámíthatatlan életpálya
a nyelvtanulás támogatása	egy válaszadó említette, hogy ugyanazt az orvosi munkát végezte, mint beöltözés előtt
„kaland, izgalom, életérzés, lövészetek, gyakorlatok, barátok, misszió, kórházi gyakorlat, pontos kifizetés és szabadidő”	„megbecsülés, előljáró, rendfokozat miatt betölthetetlen beosztások, fizetés nem emelkedett – értéke csökkent, cafeteria elvétele, katonai kitelepülés alkalmával elfogyasztott élelmiszer levonása a járandóságból, felesleges adminisztrációs terhek, szervezetlenség-fejetlenség és szerény jogkör miatti tehetetlenség.”

33. sz. táblázat: Teljesült és nem teljesült elvárások (Forrás: a szerző saját szerkesztése).

A válaszadók a legfontosabb pályán tartó tényezőnek a következőket jelölték meg: Itt is a **versenyképes, magasabb fizetés** vezeti a listát. Ezt rögtön a **szakmaiság, a szakmai fejlődés biztosításának és a felesleges „papírgyártásnak” a kérdése, az előmenetel, a megfelelő felszerelés és munkakörnyezet biztosítása** követte. Szintén sokan írták a jó, **megbízható főnököt és vezetést**. Egy kollégát azért vesztett el a hadsereg, mert **irodai beosztásba vezényelték**, miközben a betegállás volt az élete. Ha nem helyezték volna át, akkor maradt volna az amúgy is emberhiánnyal küzdő csapategészségügyben. Ide tartozik az is, hogy relatíve sok kolléga a **„missziókba való kényszerítés eltörlését”** nevezte meg fontos pályán tartó tényezőnek. Egyikük konkrétan ezért is szerelt le, mert nem akart külszolgálatot vállalni. Többen maradtak volna, ha a lakhely közelében lett volna **a szolgálati helyük, illetve kedvezőbbek lettek volna a lakáskörülmények**. Megemlítésre kerültek továbbá **a megfelelő perspektíva, biztos életpálya modell kérdése, a korkedvezményes nyugdíj lehetősége, és a hálapénz-rendszer eltörlése**.

7.9.3. PÁLYAELHAGYÁST ELŐSEGÍTŐ TÉNYEZŐK

Kutatásomban két helyen kérdeztem rá a leszerelés okára. A döntő tényezők a **szakmai előmeneteli lehetőségek, valamint az anyagi megbecsülés hiányai voltak**. Az orvosi pálya sajátossága, hogy a szakmai fejlődéshez megfelelő gyakorlati tudás megszerzése szükséges, aminek biztosítása alapvetően fontos lenne. Ezt követte a **missziós szolgálatra történő „kényszerítés”, illetve ennek a lehetősége**. A nemzetközi szerepvállalás a katonai állományhoz képest jobban érinti a katonaeorvosi állományt, mivel gyakrabban kényszerülnek misszió vállalására. Ezt követte a **nem megfelelő vezetés és irányítás, a szervezettség hiánya, illetve az elöljáróval való konfliktus**. További tényezők voltak: a **lakhelyváltás, illetve a nagy távolság a munkahely és otthon között, előmenetel hiánya, a szakértelem kihasználatlansága, az értelmetlen munkafeladatok végzése, illetve hogy az egyikük az áthelyezés után nem a szaktudásának megfelelő feladatokat látott el**. Megemlítésre kerültek a **korrupció és a hálapénz rendszere, illetve a rossz munkakörülmények is**. Az egyik leszerelt és külföldre távozott kolléga véleménye szerint a **kivándorló orvosokat nyugatabbra jobb anyagi megbecsülés, megfelelő munkaeszköz (eszköz, gyógyszer) és stressz-mentes munkakörnyezet várja**. A témában végzett további kutatásban – főleg a nőknél – a katonai fizikai követelményeknek való megfelelést, illetve a korkedvezményes

nyugdíj eltörlését, túlterheltséget, egészségügyi okot, a civil munka előnyeit, munkakörülményeket említették meg.

A vizsgálat során céлом volt továbbá a **stressz szerepét feltárni** a pályaelhagyásban, azonban erre a kérdőíves módszer nem volt teljes mértékben alkalmas, és a leszerelt doktorok **nem tartották különösen stresszesnek a katonai pályát**. Néhány kritikus pontot azonban sikerült azonosítanom a kutatásomban: a **megfelelő irányítás hiányát**, a **szakaszos munkavégzést**, az **értelmetlen munkát**, a **szakértelem kihasználatlanságát**, a **rossz kommunikációt**, a **problémamegoldás és személyes fejlődés támogatásának alacsony szintjét**, illetve a **szervezeti célkitűzések meghatározásának hiányát** jelölték meg problematikusnak.

Külön ki szeretném emelni a **misszió** szerepét, mivel **mind motivációs, mind leszerelési tényezők között előkelő helyen szerepel**. A válaszadók nagy része, 56%-a volt misszióban a pályája során, sokan többször is. A szakmai tapasztalatszerzés lehetősége, amit ráadásul anyagilag is honorálnak, pozitív lehetőség egyrészt, azonban a misszióba kényszerítés leszerelés okaként jelenik meg.

7.9.4. ELTÉRÉS A KATONAI ÉS KATONAORVOSI LESZERELÉS KÖZÖTT

A kiválás kutatásban a katonai pályaelhagyásra főleg az átszervezések, vagy nyugdíjazás miatt került sor, többségük hivatásos katona volt. Jellemzően 25-30 év szolgálati viszony után vonultak nyugdíjba, míg a másik véglet a 11 évnél kevesebb szolgálati viszonynál volt. Ezzel szemben a kutatásom során feltártak alapján a fiatal, jól képzett, nagyrészt kevesebb, mint 5 év szolgálati viszonyal rendelkező szerződéses orvosokat veszítjük el. A leszerelésben tehát nem a nyugdíjba vonulás vagy az átszervezések, vagy más helyőrségbe való vezénylés játszott szerepet.

A katonákkal szemben az orvosok könnyebben találnak maguknak munkát a civil szektorban, vagy külföldön, így nem kötöttek a katonai pályához annyira.

Nagyobb mintán végzett kutatás a **dolgozói megelégedettség kérdőíves felmérés másodelemzése**, bár ebben az esetben az eredmények nem a már leszerelt, hanem a még rendszerben lévő kollégák és nővérek, kiszolgáló, irányító és háttér személyzet válaszait tükrözik. Ebben az esetben visszaköszönnek a korábbi kutatásokban látott problémás területek (létszámhiány, fizikai-lelki túlterheltség, túlzott bürokrácia, anyagi és erkölcsi megbecsülés hiánya, bizonytalan jövőkép, alacsony fizetések, béremelés, jutalom hiánya, motiváció hiánya, szakmai fejlődés lehetőségének hiánya, anyagi-, tárgyi feltételek hiánya, elavult eszközök, hosszú javítási idő). Megjelenik azonban a többi kutatáshoz képest új tényezőként olyan mindennapi probléma is, mint a **sportolási lehetőségek hiánya**, a **parkolóhelyek hiánya**, a lassú információáramlás, vagy az **információáramlás hiánya**.

Egyértelműen **pozitív tényezőként** jelent meg a **jó kollektíva** (szervezet vezetői és közvetlen vezetők, közvetlen munkatársaikkal való együttműködés) és a **visszajelzés lehetőségének a biztosítása** (javuló információáramlás, minőségirányítási rendszer fejlesztése) és a **pozitív változások (cafeteria, kevés fizetés mellett kapott juttatások)**.

A kapott eredmények arra hívják fel a figyelmet, hogy a korábban tárgyalt – anyagi, stb. – ösztönzőkön kívül apróbb szervezési, vagy a mindennapokat érintő problémák megoldása is pozitívan jelentkezik a munkavállalóknál. Meg kell említeni, hogy azóta a sportolás lehetősége konditerem megnyitásával biztosított lett a kórház területén, valamint újabb parkolóhelyeket létesítettek.

Kutatásomban a **megkérdezettek egyike sem bánta meg a leszerelést**, és **sajnos majdnem a felük nem ajánlaná végzős medikusoknak a katonaeorvoslást**, ami eléggé elgondolkoztató és szükség lenne változtatni, hiszen az utánpótlás biztosítása miatt fontos, hogy ne rossz szájizzal hagyják el a kollégák a Magyar Honvédség kötelékét és ne csak **negatív kritikát fogalmazzanak meg** a környezetükben a katonaeorvosi pályával kapcsolatban.

7.9.5. KAPOTT EREDMÉNYEK ÖSSZEVETÉSE A MH EK VÉDELEM-EGÉSZSÉGÜGYI IGAZGATÓSÁG ÁLTAL VÉGZETT KUTATÁSSAL

Dr. Fejes Zsolt ezredes és Pákozdi Márta 2016-ban szintén kutatást végzett a pályaelhagyás motívumainak feltárására. Azonban ők a MH honvédkórház még aktív tagjait

keresték meg, így az eredményeik némileg eltérnek az általam kapott válaszoktól. Mivel a korábban ismertetett kutatásomat kiegészíti, ezért röviden ismertetem a kapott eredményeket. A vizsgálatban összesen 120 fő (35 férfi, 85 nő) katoná-egészségügyben jelenleg is dolgozó tiszti, altiszti és legénységi állomány tagja vett részt 2015-ben.

A saját 2015-ös kutatásommal összevetve mindkét kutatásban az öt legfontosabb leszereléshez vezető tényező között szerepelt az anyagi juttatás elégtelensége, előmenetel és karrier hiánya. Ezzel szemben a kutatásomban a missziós szolgálatra való kényszerítés, illetve nem megfelelő vezetés és irányítás voltak még az első 5 indokban.

Ezzel szemben a 2016-os MH EK VEI (MH Egészségügyi Központ Védelem-egészségügyi Igazgatóság) kutatása rávilágít arra, hogy a pályaelhagyás okai nemenként eltérőek. Legjelentősebb közös tényező az anyagi juttatások elégtelensége, a korkedvezményes nyugdíj megvonása, és az előmenetel, valamint a karrierépítési lehetőségek hiánya volt. A nőknél a túlterheltség és az magas alkalmassági követelmények (fizikai felmérés, lövészet) volt az 5 legfontosabb ok. Ezzel szemben a férfiaknál a munkakörülmények problémái, a kötelező missziós kiküldetések és a kedvezőbb civil munka előnyei jelentik a legfontosabb motivációs tényezőt.

Leszerelési szándék nagymértékben az iskolai végzettség (orvosi egyetem, egyéb egyetem) függvénye, azonban a lakóhely (főváros, város) szerepe is domináns. Erős korreláció volt megfigyelhető a túlterheltség, korkedvezményes nyugdíj megvonása, a juttatások mértéke között. Az egyéni szocializációnak is fontos szerepe van a pályaelhagyásban. A katonai főiskolai végzettség nagymértékben determinálja a későbbi katonai pályát, ezzel szemben az orvosok és egészségügyi dolgozók sokkal könnyebben el tudnak helyezkedni a civil szférában és erős elszívó hatást jelentenek a külföldi munkalehetőségek is.

A kutatás eredménye alapján a katonai egészségügyi pálya választásában a katonai pálya presztízse, a lakhatási támogatás, az – azóta eltörölt – szolgálati nyugdíj, a kedvezményes óvodai ellátás, a „szeretek katonáskodni”-érzés, a tanulmányok alatt kapott ösztöndíj, a közalkalmazotti fizetésnél magasabb bérezés és a biztos jövőt jelentő katonai pálya jelentette a legfontosabb tényezőket.

A katonai pályára való jelentkezésben a személyes kapcsolatok jelentették a döntő faktort az esetek 57%-ában. Toborzás csupán 10%-ban volt a második legfontosabb tényező.

A hirdetések, a munkaközvetítők és az interneten történt jelentkezés az esetek elenyésző részében fordult elő.

Pályaelhagyás okai			
Férfi (N=35)		Nők (N=85)	
1. Anyagi juttatás elégtelensége	54,3%	1. Anyagi juttatás elégtelensége	51,8%
2. Munkakörülmények	31,4%	2. Nyugdíjkedvezmény megvonása	38,8%
3. Nyugdíjkedvezmény megvonása	28,6%	3. Alkalmassági követelmények	31,8%
4. Előmenetel, karrier hiánya	22,9%	4. Túlterheltség	30,6%
4. Missziós feladatvállalás	22,9%	5. Előmenetel, karrier hiánya	28,2%
5. Civil munka előnyei	20,0%	6. Egészségügyi okok	27,1%
6. Egészségügyi okok	17,1%	7. Civil munka előnyei	24,7%
6. Rugalmas foglalkoztatás hiánya	17,1%	8. Munkakörülmények	20,0%
7. Továbbtanulási támogatás	14,3%	8. Missziós feladatvállalás	20,0%
korlátozása	5,7%	9. Továbbtanulási támogatás	14,1%
8. Túlterheltség	5,7%	korlátozása	12,9%
8. Lakhatási támogatás elégtelensége	2,9%	10. Rugalmas foglalkoztatás hiánya	9,4%
9. Alkalmassági követelmény	2,9%	11. Lakhatási támogatás elégtelensége	8,2%
9. Egyéb		12. Egyéb:	

39. sz. táblázat: Pályaelhagyás okai nemek szerint, forrás: Pákozdi, M., Fejes, Zs. (2016) A katona-egészségügyi szakállomány pályaelhagyás motívumainak feltárása, konferencia előadás.

7.10. DOLGOZÓI ELÉGEDETTSÉG MÉRÉSE ÉS TUDOMÁNYOS FELDOLGOZÁSA

7.10.1. A DOLGOZÓI ELÉGEDETTSÉG ALAKULÁSA 2011 ÉS 2014 KÖZÖTT

Mivel a két kutatás relatív kis létszámú csoportot érintett, azokat is részben sikerült megszólítanom a kérdőívek segítségével, ezért fontosnak tartottam, hogy a teljes kórházra kiterjedő felméréssel egészítsem ki a tudományos munkámat és a kapott eredményeket az abban az időszakban végzett MOK, illetve a MRSZ által végzett kutatással is összevettem.

A dolgozói elégedettség mérése és növelése kiemelten jelentőségű, mert komoly szerepe van a munkavállalók megtartásában, a fluktuáció csökkentésében, továbbá növeli a teljesítményt és termelékenységet, javítja a munkahelyi morált, vonzóbbá teszi a munkahelyet, növeli az ügyfél-elégedettséget, serkenti az innovációt és kreativitást, támogatja a dolgozók jólétét, valamint összehangolja a vállalati célokat és értékeket.

Minden évben felmérésre kerül a dolgozói elégedettség a MH EK Honvédkórházában. A kérdőívek kitöltése önkéntes és anonim módon kerül összegzésre. 2011-től 2014-ig, majd 2015 és 2019 között vizsgáltam a kapott eredményeket. Évente 412 és 801 közötti fő töltötte ki a kérdőívet, mely 11,5 és 22,5% közötti részvételi aránynak felel meg. A következő ábrán az első vizsgált időszakban konstansul előforduló legnegatívabbra értékelt tényezők kerültek felsorolásra.

A leginkább elégedetlenségre okot adó tényezők:

- ◆ Problémát jelent a **létszámhiány**, főleg a szakdolgozók és ápolók hiánya, illetve a megfelelő szaktudás és végzettség hiánya, valamint az ebből adódó **fizikai-lelki túlterheltség**
- ◆ **Túlzott bürokrácia** (minden területen), túlzott adminisztráció – ezért a betegekre is kevesebb idő jut
- ◆ **Anyagi és erkölcsi megbecsülés hiánya, bizonytalan jövőkép**
- ◆ **Alacsony fizetések, béremelés, jutalom hiánya.** Meg kell említeni, hogy mind 2013-ban a 2013. évi CXXVII. Tv. Alapján, mind 2015-ben bérkompenzáció került végrehajtásra.
- ◆ **Motiváció hiánya**
- ◆ **Szakmai fejlődés lehetőségének hiánya,** beiskolázások és továbbképzések támogatásának jelentős csökkenése
- ◆ **Anyagi-, tárgyi feltételek hiánya** (főleg munkaruha ellátottság és az informatikai rendszer hiányosságai), elavult eszközök, hosszú javítási idő
- ◆ **Sportolási lehetőségek hiánya.** A fizikai felmérés a katonai állomány részére kötelező. Itt pozitív változások történtek, mivel a BVSC uszoda, a Dózsa György úti sportpálya és 2015-től konditerem is hozzáférhető
- ◆ **Parkolóhelyek hiánya**
- ◆ **A lassú információáramlást, illetve az információáramlás hiányát** negatívan ítélték meg a dolgozók, bár egyes területeken a problémák még mindig megvannak, azonban 2013-tól a válaszadók javulást tapasztaltak.

46. ábra: Elégedetlenségre okot adó tényezők, forrás: MH EK MBO (Minőségbiztosítási Osztály).

A fenti tényezők minden egyes évben megjelentek és konstans problémát jelentenek, bár egyes területen történtek előrelépések úgy, mint például a 2013-as, majd a 2015-ös bérkompenzáció és a kórházon belüli sportolási lehetőségek javítása.

Ezen felül az egyes években további tényezők is megemlítésre kerültek úgy, mint a kórház összeolvadásával jelentkező **szervezetten belüli megkülönböztetés** (MH HEK – AEK; katonák – közalkalmazottak; fővárosi – vidéki telephelyek; 1.-2. telephelyek között). Illetve az újabb, immár sokadik átszervezés kapcsán megjelenő **állandó személyi változásokból és átszervezésből adódó feszültségek**, valamint a **jövőkép hiánya** (2012). A dolgozók negatívan élik meg, hogy az általuk **felvetett problémákra nincs megoldás**, illetve nem történnek lépések, kiemelték, hogy úgy érzik, **irreálisak az elvárások feléjük** (2012). Ezen kívül rossznak tartják a szervezeten belüli **konfliktuskezelést** is (2011).

Meg kell említeni, hogy nem csak negatív visszajelzés érkezett. A következő ábra azokat a tényezőket mutatja be, amikkel a munkavállalók elégedettek.

A dolgozók a következő tényezőkkel elégedettek leginkább:

- ◆ **A szervezet vezetői és közvetlen vezetők,**
- ◆ **Cafeteria**, 2011-ben az étkezési jegy összegének megemlése,
- ◆ **Közvetlen munkatársaikkal való együtt-működés**
- ◆ **A (kevés) fizetés mellett kapott juttatások** (2011-ben)
- ◆ **Javuló információáramlás** (2012-től)
- ◆ **Minőségirányítás rendszer fejlesztése**

47. sz. ábra: Elégedettségre okot adó tényezők, Forrás: MH EK MBO.

Az eredmények egybevágóan a 2013 tavaszán a MOK Online kérdőíves kutatásával, amelyre 5 és fél ezer orvos és fogorvos válaszolt. E felmérés szerint is a legnagyobb problémát a mellékállásból (heti 10 óra) és az ügyeleti (heti 15 óra) túlórákból adódó, heti átlagos 65 órás munkahét miatti **orvosi túlterheltség** jelenti. Ez **kiegészéshöz, stresszhez és a normál családi élet felborulásához** illetve **egészségügyi problémák**, így a **krónikus és rosszindulatú betegségek** kialakulásához vezet. Azonban meg kell jegyezni, hogy a lakossághoz képest jellemzően **kevesebbet dohányoznak, és többet sportolnak** az orvosok.

A felmérés szerint a **magyar egészségügy helyzetét 75% rossznak tartja és 50% romlást prognosztizál**. Igen nagy részük, **25% nem választaná újra az orvosi hivatást**.

Mindkét felmérés szerint az orvosok elégedetlenek továbbá a **munkájukért kapott fizetésükkel, valamint a munkájuk megbecsülésével és elismerésével, munkakörülményeikkel és anyagi helyzetükkel**.

A pozitív tényezők közül a két felmérés csupán a **személyes kapcsolatokkal való elégedettségben** egyezik, a MOK felmérésében ezen felül az **orvosok saját munkateljesítményeiket és lakáskörülményeiket** tartották pozitívnak.

Mindkét kérdőív rákérdez a **külföldi munkavállalási szándéokra** is. A MH EK felmérése szerint az arány évről-évre növekszik. Míg 2011-ben még a válaszadók 18%-a tervezte ezt, addig 2014-re ez az arány 22%-ra növekedett. A MOK eredményei ezzel egyezőek (17 %), mely 5.000 orvos elvesztését jelenti a 30.000 főből. ²⁰⁸

Az egyetemisták körében az orvostanhallgatók között a legerősebb a ' kivándorlási kedv'. ²⁰⁶ A MRSZ ezért 2011 októbere és decembere között szintén kérdőíves felméréssel kereste meg a már külföldön dolgozó doktorokat. ²⁰⁹ A kutatásban résztvevő kollégák 2/3-a dolgozott korábban a magyar egészségügyben, de csupán 15% döntötte el már hallgató korában, hogy külföldön fog dolgozni. **Két éven belül csupán 2% tervezi a hazaköltözést.**

- Legnagyobb **visszatartó erőnek az alacsony fizetést,**
- **a heti 60 óránál több munkaidőt,**

²⁰⁸ MAGYAR ORVOSI KAMARA ONLINE: *Orvosi látlelet* 2013 – eredmények, 2013. – In. Online: https://www.doki.net/tarsasag/mok/dokumentumok.aspx?web_id=&archiv=1

²⁰⁹ MAGYAR REZIDENS SZÖVETSÉG: *Egyedülálló felmérés a külföldön dolgozó magyar orvosokról*. In. Online: http://www.rezidens.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=250:egyeduelallo-felmeres-a-kuelfoeldoen-dolgozo-magyar-orvosokrol-video&catid=4:megjelenesek&Itemid=18

- a **családi élet ' ellehetetlenülését '**,
- a **hálapénz meglétét jelölték meg.**
- Megemlítésre került a **betegek részéről tapasztalt egyre fokozódó agresszió és erőszak is.**

A sajtóban is egyre szaporodnak az egészségügyi személyzet ellen elkövetett erőszakról szóló cikkek: *'Rúgott, köpött, 12 napot kapott, ' Baltával gyakorolt kritikát az elégedetlen beteg', ' Részeg beteg vert ápolót a békéscsabai kórházban', ' Magához tért, s kivágta a defibrillátort az ablakon',* és ezt hosszasan lehetne folytatni. ' ²¹⁰

A kint dolgozó orvosok **75%-a visszajönne**, ha a **kezdő szakorvosi béreket** (300.000 Ft), a **munkaidőt és az ügyeleti körülményeket rendeznék.** Megjegyzem, hogy a kutatásban megjelölt összeg egy szakorvosi századosi alapfizetéssel megegyező nagyságrendű.

Külföldön a helyieket elfogadónak tartják, többségében **nem tapasztaltak beilleszkedési problémákat.** Pozitívnak tartják a **visszajelzésen alapuló, kérdőívek, megbeszélések keretében zajló minőségbiztosítást,** mely jó része meg is szokott valósulni. Fontosnak tartják, hogy **hagyják operálni őket,** és önállóan dolgozni, mert nem a hálapénz a mozgatórugója a rendszernek. A munkaidő mellett **van idő tanulni és élni is.** Adminisztrációs feladatokra gépirónőket alkalmaznak. Pozitívként értékelik, hogy fiatal koruk ellenére **meghallgatják a véleményüket és csapattársként tekintik őket, továbbképzéseket** biztosítanak nekik. Azonban a kint dolgozók megemlítik, hogy **dolgozni és teljesíteni külföldön is sokat kell.**

A MH EK dolgozói megelégedettségi vizsgálatban kapott negatív tényezők közül sok szerepel a korábban tárgyalt leszereléshez és a külföldi munkavállaláshoz vezető tényezők között. Meg kell említeni, hogy egyes területeken lépések történtek a felvetett problémák megoldására és kijelölik a további beavatkozást igénylő területeket. A pozitív tényezők közül kiemelendő a közvetlen vezetőkkel és a közvetlen munkatársakkal való pozitív együttműködés és kollegialitás, továbbá a jól működő minőségbiztosítás és a pozitív / negatív visszajelzések figyelembevétele, ami egy, két szempontból is hierarchikus és parancsuralmi hivatásnál, mint amilyen a katonai hivatás, igen fontos, továbbá speciális katonai

²¹⁰ MEDICAL ONLINE: *Rúgott, köpött, 12 napot kapott.* In. Online: http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/rugott_kopott_12_napot_kapott, letöltés ideje: 2013. január 16.

követelmények miatt olyan tényezők is, mint például a sportolás is, fontos szerephez jutnak.²¹¹

7.10.2. DOLGOZÓI ELÉGEDETTSÉG ALAKULÁSA 2015-2019 KÖZÖTT

A dolgozói elégedettség 2014 után is évente felmérésre került egészen a koronavírus járvány 2019-ben való kitöréséig, amikor is a járvány miatt erre nem került sor. Sajnos 2019 után nem végezték el a felmérést.

Annak ellenére, hogy a kérdőíveket átalakították és elektronikusan is elérhetővé tették, a felmérésben résztvevők száma 2013 óta évről évre csökkenő tendenciát mutatott, ami a dolgozók érdektelenségét, az „*úgy sem változik semmi*” érzését tükrözi.

A **vezetés irányítás területén** minden évben megemlítésre került az elismerések hiánya, az információ áramlás és a belső kommunikáció problémája, a telephelyek egyenrangú módon való kezelésének igénye. Továbbá a középvezetők vezetői képességének fejlesztése, a vezetésben innovatívabb, fiatalabb kollégáknak lehetőség biztosítása. A visszajelzések alapján: „*több személyes kapcsolatra lenne szükség a dolgozókkal*”, „*Továbbra sem megoldott a szakdolgozók, orvosok elvándorlása. Az emberhiányt a megfelelő erkölcsi és anyagi megbecsüléssel kell motiválni*”, „*több visszajelzés, visszacsatolása a dolgozók részére*”, „*töltsön időt az osztályokon, irodából, statisztikából nem lehet döntést hozni*”, „*mint Mátyás király, áruhában meg kell ismerni az intézményt és a munkáját*”. „*Szakmai konzultáció minden döntés előtt*”. „*a mi osztályunkon a főorvos még nem dicsért meg senkit*”.

Adminisztráció területén hiányt jeleztek a gyógytorna területén, a sürgősségi osztályon, valamint javasolták a „*kórházi applikáció fejlesztése, ami tartalmazza az időpont foglalást*”.

Továbbképzések területén a szakmai mellett a kommunikációs, konfliktus kezelési, informatikai képzések fontosságát, az erről való nem megfelelő tájékoztatás is szintén szinte minden évben megjelent. Ezen kívül megemlítésre került a csapatépítés jelentősége a családi kirándulás és sportnap szervezésével, ami időközben meg is valósult.

²¹¹ MH EK MINŐSÉGBIZTOSÍTÁSI OSZTÁLY: *Dolgozói elégedettség felmérés kérdőívek kiértékelése.* – In. Előadás kivonat 2011, 2012, 2013, 2014.

Szakmai tevékenységgel kapcsolatban megemlítésre került, hogy „*ne szociális alapon történjen - az új - dolgozók felvétele, vagy ismertség alapján*”. A magasabb követelmények támasztásának igénye a bekerülő állományt illetően. A betegutak szervezetlensége, rossz betegirányítás. Diagnosztikai lehetőségek korlátozottsága (például ultrahang), illetve jobb együttműködés igénye az osztályok között.

A **kórházi munkavégzéssel kapcsolatban** a leggyakrabban felmerülő problémák a vezeték nélküli internet kérdése, a takarítás és az ezzel kapcsolatos higiéniai gondok, a klimatizálás és szellőztetés hiánya, a liftek és a csőposta gyakori meghibásodása, büfével és az étteremmel, étkezésekkel, diétás ételekkel kapcsolatos panaszok, a parkolási lehetőségek szűkössége, fogyóanyag és a ruházattal kapcsolatos problémák, az alapvető irodaszerek hiánya, a zöld környezet hiánya, a kórház környezetének fejlesztése iránti igények, szelektív hulladékgyűjtés hiánya, a kórtermek bútorzatának cseréje és javítása. Nővérpihenő, nővérszállás fejlesztésével kapcsolatos problémák. Az informatikai programok fejlesztésénél javasolták a dolgozók véleményének a kikérését, illetve megemlítésre került, hogy az új MedWorks fél-egy órával növelte az adminisztráció idejét. Volt olyan program (“Jeti”), ami a dolgozók visszajelzése alapján lecserélésre is került.

Fizetéseket illetően 2017-ben a egészségügyi és logisztikai, adminisztrátor, közalkalmazotti terület közötti bérfeszültséget, 2018-ban és 2019-ben a katonai és a közalkalmazotti fizetések közötti bérfeszültséget említették meg a munkavállalók, amit a közalkalmazotti jogviszony helyett a honvédelmi alkalmazotti jogviszony bevezetése rendezett. Megemlítésre került a paraszolvencia felszámolásának az igény, ami azóta meg is történt. Szintén felmerült az igény a életpályamodell kidolgozására, a szabadságok kiadására és a dolgozói leterheltség csökkentésére.

Létszámmal kapcsolatban a munkavállalók jelezték a magasabb beteg-forgalomból adódó leterheltséget és a kiégés problémáját, a szakdolgozói és adminisztratív személyzet hiányát, kifejezésre került annak az igénye, hogy műszakonként legalább két ápoló dolgozzon, ne legyen egyedül csupán egyetlen ápoló az osztályon, amire intézkedés is született. Létszámhiányt említettek az egészségügyi szakdolgozók területén, ezzel kapcsolatban meg kell említeni, hogy 2018-ban 94,5%-os volt a szakállomány feltöltöttsége.

A felmérés elsősorban dolgozói visszajelzésre szolgál a vezetőség számára, amire intézkedéseket tehetnek. Több probléma megoldása azonban nem könnyű, mivel jogszabályi,

vagy anyagi korlátai vannak. Az egyik ilyen például a parkolóhelyek kérdése, mivel 1800 parkolási igény került kiadásra az 500 körüli parkolóhelyre, amin a 2015-ben létesített 27 extra parkolóhely vajmi keveset segített. Az önkormányzattal megkezdett tárgyalások sem vezettek eredményre, ezért ez a probléma nem került megoldásra. Tehát a jelzett problémákra minden esetben igyekezett megoldást találni a vezetőség. Pozitívan értékelték a kondicionáló terem megnyitását, fedett biciklitároló létesítését, látogatási idő szabályozását. A dolgozók többsége elégedett volt, hogy az MH EK-ban dolgozhat, az informatikai ellátottsággal, tilosban dohányzás visszaszorításával, a közvetlen munkatársakkal való jó kapcsolattal, az információ áramlás javulásával.

A dolgozói elégedettség jelentősen befolyásolja a munkahelyi hatékonyságot, a fluktuációt és a munkahelyi légkört, ezért fontos annak rendszeres felmérése és alacsony szint vagy romlása esetén azonnal lépéseket tenni. **Az éves felmérésben azonban pont azokat a területeket jelezték a munkavállalók évről évre problémásnak, amelyek a kulcsfontosságúak a dolgozói elégedettség növelése szempontjából.** Ezek közül a legfontosabbak a következők: **a rendszeres és átlátható kommunikáció a döntésekről, aktuális eseményekről, a világos elvárások és célok közlése, visszacsatolás és véleménynyilvánítás lehetőségének a biztosítása.** Szintén alapvető a **versenyképes bér, az anyagi és nem anyagi elismerése és értékelése a dolgozóknak, valamint a kiemelkedő teljesítményének jutalmazása.** Különösen a fiatal kollégáknál fontos a **fejlődési lehetőség és belső karrier út biztosítása például szakmai programokkal, továbbképzésekkel.** Szintén fontos a **munka-magánélet egyensúlyának biztosítása.** Ez szintén megjelent a válaszokban gyermekfelügyelet, kórházi óvoda, rugalmas munkaidő, pénteki délutáni műszak idejének csökkentése igényével, amik sajnos nem valósultak meg. De ide tartozik a **munkavállalók fizikai és mentális jólétének támogatása,** azonban ebben történt előrelépés például a konditerem és biciklitároló megnyitásával. Szintén alapvető a csapatmunka és az osztályok közötti munka támogatásának fejlesztése, ezért kiemelkedően fontos a középvezetők képzése. A családi napok és összejövetelek szervezése meg is történt, ami szintén hozzájárul a hatékonyabb munkahangulat és csapatszellem javításához. Önálló döntési lehetőség kérdése is ide tartozik, ami egy parancsuralmi hierarchikus katonai rendszer esetén nehézkesen megvalósítható. A munkavállalói fluktuáció mérsékléséhez nélkülözhetetlen a

pozitív munkakörnyezet kialakítása, ahol a munkatársak jól érzik magukat és tisztelettel bánnak velük.²¹²

RÉSZKÖVETKEZTETÉSEK

A 2015 kutatás alapján jellemzően az **5 év vagy kevesebb szolgálati viszonyal rendelkező, fiatal, 40 év alatti, nyelveket jól beszélő, általában szakvizsgával rendelkező**, (sőt 38 %-nak több is van), és újabb szakvizsga megszerzését is célul tűző, **jól képzett és szorgalmas katonáorvosokat veszítettük**. A katonáorvosi elvándorlás nem állt meg, a kilenc évvel későbbi felmérés alapján már a **6-15 év szolgálati viszonyal rendelkező 40-65 év közötti**, többségében szerződéses, nyelveket jól beszélő, sok esetben több szakvizsgával is rendelkező orvosok döntöttek a leszerelés mellett. A két felmérést összehasonlítva látható, hogy a leszereltek közel 40%-a több szakvizsgával is rendelkezik, 50 illetve 60 %-uknak legalább egy szakvizsgája van, míg olyan kolléga, aki szakvizsga nélkül hagyta ott a katonáorvosi pályát, csupán 2015-ben találtunk 12%-ban. Arányait tekintve a legtöbb leszerelt foglalkozás-egészségügyi és/vagy háziiorvosi szakvizsgával rendelkezik, pont ezen szakorvosokra lenne szükség az alulfejlett csapatorvosi rendelőkben.

A leszerelés **nem a haderő átalakítás miatt történt**. A válaszadók csupán negyede hagyta ott a honvédséget a haderő átalakítása miatt. 2015-ben 65%-uk a kedvezőtlen anyagi és szociális körülmények miatt döntött a leszerelése mellett, míg 2024-ben ez az arány csak 12,5%-ra csökkent.

A kilépés leggyakoribb indoka 2015-ben a **szakmai előmeneteli lehetőség hiánya** volt, ami megelőzte az **elégtelen fizetés** miatt történt távozást is. Mindkét érték jelentősen lecsökkent 2024-re, ekkor legtöbben a **beosztásban, rendfokozatban való előmenetel hiányát** jelölték meg döntő okként és **megjelent a stressz, a konfliktus a kollégákkal, főnökkel**. Mindkét kutatásban sokan a **szerződésük lejártá után már nem hosszabbították azt meg**.

²¹² HR Protál: *Dolgozói elégedettség*. - In. https://www.hrportal.hu/hr/dolgozoi-elegedettseg-20230710.html#google_vignette. 2023.

A **missziós szolgálatot** a többségük vállalt, többször is. A 2024-es vizsgálat alapján olyan leszerelt kolléga nem is volt, aki nem volt külföldi kiküldetésen.

Jellemzően felük **nem kapott segítséget a lakhatásuk megoldásában**. Külön **képzésben, támogatásban nem részesültek** az elmúlt 2-3 évben. Többségük a leszereléskor sem kapott támogatást, bár ezt nem is nagyon igényelték volna. Leszerelés után **a lakhatásuk megoldott volt, általában saját tulajdonú lakásban**.

Mindenkinek van munkája, csupán egy fő jelezte 2015-ben, hogy külföldi munkavállalás céljából nyelvtanulás miatt nem fog dolgozni addig, jelenleg vagy teljes munkaidős állásban, vagy vállalkozói formában dolgoznak tovább. A többségnek határozatlan idejű munkaszerződése van.

Bár külföldön a többség nem szándékozik dolgozni, mégis igen nagy százalékuk (40%) éppen a **külföldi munkavállalás** miatt, vagy néhány éven belüli lehetősége miatt szerelt le. Ez az arány igen magasnak számított. Ezzel szemben 2024-ben a válaszadók 86 %-a nem szándékozik külföldön dolgozni, ami megfelel a Kórház Főigazgatóság statisztikájában látottaknak. Most már a hazai magánegészségügy jelenti a legnagyobb elszívó hatást, nem a külföldi munkavállalás.

Relatíve sokan próbálkoztak a munkakeresés során fegyveres és rendvédelmi szerveknél. Néhány kolléga vállalkozóként részmunkaidős szerződéssel, illetve közalkalmazottként továbbra is maradt a Magyar Honvédségnél. Továbbá sokan indítottak saját vállalkozást, vagy helyezkedtek el kórházaknál. . Ezzel szemben 2024-ben a saját vállalkozás indítása, vagy magán egészségügyben alkalmazottként történő elhelyezés volt a leggyakoribb válasz. Ez is jelzi a korábban említett magánegészségügyi szektor elszívó hatását.

A leszerelték többsége nem a Magyar Honvédségnél dolgozik, azonban 2015-ös vizsgálat alapján 31 % leszerelés után itt (is) végezett munkát. Ezzel szemben csupán egy fő maradt tartalékosként a seregben, mindenki más szakított a honvédségi munkavégzéssel.

Leszerelték többsége rendelkezik már szakvizsgával, 2015-ben mégis 31% újabb szakvizsgára jelentkezett azóta. Mivel a későbbi vizsgálat során több szakvizsgás, idősebb kollégák küldték vissza a kérdőívet, ezért ebben az esetben már senki sem szándékozott újabb szakvizsgát letenni.

Pályát csupán 1 kolléga módosított 2015-ben, a többség maradt a korábbi gyógyító tevékenységénél. Sajnos az nem derült ki, hogy milyen területre történt ez a váltás.

Sem a 2010-ben bevezetett új honvédségi karriermodell szerinti közigazgatásban való elhelyezkedés, sem az önkéntes tartalékos rendszer nem vonzotta a leszerelőket. Sajnos ez a modell nem veszi figyelembe ezt a speciális tudást és képzettséget igénylő orvosi hivatást és a speciális előmenetel miatt a ranglétrán való előrejutás is nehezebb. Nyilván egy orvos nem fog a közigazgatásban sem elhelyezni.

2015-ben a többség nem tartotta stresszesnek a korábbi a beosztását. Ez 2024-re jelentősen romlott, mivel 50%-uk egyenesen nagyon stresszesnek tartotta korábbi beosztását. Legpozitívabbnak a munka társadalmi megbecsültségét, és az otthoni, családi támogatás szerepét tartották. Legnegatívabbra a túlterheltséget, a szervezeten belüli kommunikációt és a személyes fejlődés támogatásának hiányát jelölték meg.

A katonai pályaválasztás motivációjában 2015-ben a **katonai pálya nyújtotta extra kihívásoknak, a hagyományos orvosi szerep mellé jelentkező tiszti rangnak és az ebből adódó kettős hivatásnak van** a legnagyobb szerepe. A második legfontosabb tényezőként a **közalkalmazotti bérekhez képest magasabb fizetés, illetve a missziós szolgálat nyújtotta tapasztalatszerzés, ' kaland ', illetve az ezzel járó extra pénzszerzési lehetőség** jelentkezik.

A **misszió kérdése** érdekes problémát vet fel. Egyrészt **ez az egyik legfontosabb motivációs tényező** a beöltözést illetően, és a leszereltek fele volt is misszióban. Azonban pont a **missziós kiküldetések ' kényszerítése ' az egyik legfőbb oka a leszerelésnek**. Ez egyrészt a családi kötelekeket, másrészt a kialakított magánpraxist és másodállásokat is veszélyezteti. Úgy vélem, hogy független fiatalemberek sokkal többen és szívesebben vállalnak missziót, mint családdal és kiépített karrierrel.

A másik, amit fontos megérteni, hogy **az orvosi pálya élethosszig tartó tanulást igényel**. A végzett orvosok csupán általános orvosi diplomát kapnak, felügyelet nélkül sok helyen nem dolgozhatnak és a szakvizsga megszerzése sok és hosszú tanulást, betegekkal való gyakorlatot és képzést igényel. Ráadásul az így megszerzett tudás egyre jobban kopik, körülbelül 5 év alatt 50%-ára csökken az új irányelvek, módszerek és terápiás lehetőségek bevezetésével. Ezért a képzésnek és a személyes karrier támogatásának az **anyagiakon túl** szintén fontos szerepe van a pályán tartásban. Az anyagiak után a **szakmai fejlődés**

biztosításának a hiánya és a ranglétrán való továbbjutás akadályoztatása volt a második leginkább csalódást jelentő terület.

A 2024-es kutatás azt mutatta, hogy a katonai orvosi pályára választókat több motivációs tényező hajtja. Ezek közé tartozik az elsődleges fizetés vonzó lehetősége, valamint a missziós szolgálat és a Honvédkórházban való munkavégzés lehetősége. Emellett a katonai és orvosi feladatok kombinációjának lehetősége is jelentős vonzerőt jelent számukra. Egyes válaszadók kiemelték továbbá a kíváncsiságot, a korábbi honvédségi ösztöndíjat, az elismerést, a magas megbecsülést és a kihívásokat. Az elvárások között szintén hangsúlyosak a jobb fizetés lehetőségei, az előmenetel és a tervezhető karrierút, valamint a fejlődési lehetőségek és a tapasztalatszerzés. Az elismerés és az elvégzett munka értékelése is fontos szempont az orvosi pályát választók számára.

Mind a teljesült, mind a nem teljesült elvárásoknál 2015-ben az első helyen szerepelt az anyagiak kérdése. A keresetek a közalkalmazotti bérekhez képest **relatív magasabbak**, de pont az alacsony kereset miatt szerelt le a legtöbb katonaorvos. Valamint ki kell emelni, hogy a kórházi szakorvosok bére meg lett emelve 2013-ban, míg a csapatorvosok ebből kimaradtak. A 2015-ös ' 30 % g-os ' katonai fizetésemelés hatását a kutatás nem vizsgálta. Ez, a sávós rendszer alapján egy századosi, szakorvosi rangban azonban csak körülbelül nettó 10 %-os emelésnek felelt meg. Azóta az orvosi fizetéseket rendezték, aminek a hatása meglátszott a későbbi felmérésben is. A 2024-es kutatás eredményei alapján többen azt emelték ki az elvárások közül, hogy megkapják a kezdeti magasabb fizetést, lehetőséget kapjanak a missziós szolgálatra, valamint a katonai tapasztalatszerzésre és nyelvtanulásra. Szintén pozitív teljesült elvárás volt **a Magyar Honvédség jelentette biztos munkahely is.** 2024-ben a nem teljesült elvárások közül többen megemlítették: az **előléptetés, elismerés hiányosságait.**

Pályán tartó tényezőként a versenyképes fizetést, a szakmai fejlődés biztosítását, gyorsabb előmenetelt, megfelelő felszerelést és munkakörnyezetet, jó és megbízható főnököt javasolnának. Szintén többen emelték ki a missziós szolgálatba való ' kényszerítés ' eltörlését és a lakás és a munkahely közti túl nagy távolság okozta probléma megoldását. A 2024-es kutatás eredményei szerint a pályán maradás szempontjából kiemelt jelentőségűek voltak az alábbi tényezők: a szakmai képzés lehetősége, az erős szakmai vezetés, valamint a honvéd egészségügy fejlesztési koncepciója, amely hangsúlyozza a szakmai tényezők prioritását a

katonai vagy politikai okokkal szemben. Továbbá, sokan említették a magasabb fizetés fontosságát, a megfelelő előmenetelt a rendfokozati szempontok figyelembevételével, valamint az elismerést és a támogatást, különösen azoktól, akik magasabb pozícióból érkeznek. A munkahelyi terhelés csökkentése is gyakran felmerült, ideértve a stressz csökkentését, az arányos terhelést, és a családbarát munkahely kialakítását, valamint azt, hogy ne kelljen 60 éves kor felett éjszakai ügyeletet vállalni.

A leszerelést egyikük sem bánta meg, és 2015-ben sajnos majdnem a felük nem ajánlaná végzős medikusoknak a katonaeorvoslást. Ez az arány 2024-re sokat javult, mivel 75 %-uk már azt válaszolta, hogy javasolná nekik. Ennek a pozitív megítélésnek a toborzás szempontjából van kiemelt jelentősége.

A NATO tagországok egészségügyi rendszereiben jelentős hiány van az orvosok és ápolókból, különösen azokban a szakterületeken, amelyek magas szintű szakértelmet igényelnek, mint például a radiológia vagy az aneszteziológia. A vidéki területekben a szakemberhiány még jelentősebb. A katonai egészségügyi szolgálatoknak ebben a helyzetben kell versenyezniük a civil munkáltatókkal. Ráadásul a civil keresetek a munkaerő hiány miatt emelkedtek az utóbbi években, amit a katonai pályán különböző juttatásokkal igyekeznek ellensúlyozni. Ilyen pénzügyi juttatás néhány tagország esetében a magán-praxis engedélyezése, ami azonban kihat a rendelkezésre állásra. Részmunkaidős foglalkoztatásra is csak kevés nemzetnél van lehetőség. Egyes nemzetek nem rendelkeznek katonai kórházzal, ezért civil kórházakban képeznek ki katonaeorvosi szakszemélyzetet, más országok esetében katonai kórházak szolgálják ezt a célt, illetve létezik vegyes rendszer is. A katonaeorvosi pálya vonzerejét növeli a képzés támogatása, mely egyes nemzeteknél ez teljes mértékben fizetett egyetemi tanulmányokkal kezdődik. Bár a legtöbb tagország fontosnak tartja a pénzügyi ösztönzőket a szakszemélyzet megszerzéséhez és megtartásához, azok önmagukban nem elegendők. A képzési lehetőségek és az egészséges munka-magánélet egyensúly biztosítása kulcsfontosságú tényező az erőfeszítések sikerességéhez - különösen a női személyzet növekvő száma miatt az egészségügyi szolgálatoknál.

Összességében látható, hogy a katonaeorvosi – és egészségügyi szakszemélyzet hiánya súlyos és egyre súlyosbodó, megfelelő lépések kidolgozása nélkül tovább fog romlani.

Kutatásom során szembesültem a kórházi állomány súlyos leterheltségével, valamint a munkaidő-beosztás miatt az éves fizikai alkalmasságon való megfelelés nehézségével.

Komoly problémát jelent továbbá a **katonai fizikai alkalmasság eléréséhez szükséges feltételek** (sportolásra fordítható munkaidő, sportolási lehetőségek) hiánya. Sokan emiatt döntenek a leszerelés mellett. A missziók mellett a belföldi vezénylések úgy, mint a határ menti feladatok biztosítása is nehezítik a napi betegellátást. Megoldást jelentene az elvárásokhoz igazodó sportolást támogató döntések, anyagi ösztönzők bevezetése.

A kutatásom során szintén fontos tényezőnek bizonyult a **megfelelő lakhatás biztosítása és anyagi támogatása** (például havi lakáslízinggel), aminek a bevezetése szintén jelentős megtartó erőt jelentene. A mostani életpálya modell a vezényelhetőség jegyében a 45 év alatti korosztálynak csak lakáspénz lehetőségét biztosítja, a lízing csak idősebb korban áll rendelkezésre.

Szintén fontos a **megfelelő katonai életpálya biztosítása, amihez a megfelelő nyugdíjak is hozzátartoznak**. A korábbi, 25 év szolgálat után történő nyugdíjba vonulás lehetőségének a megszüntetése is rontotta a katonaeorvosi pálya vonzerejét, amit a kutatásom során megkérdezettek közül többen is megerősítettek.

A **missziós feladatok** egyrészt a magán praxisok időleges feladását vonja maga után, amit tovább súlyosbíthatnak a családtól való távollét miatti problémák. Érdeemes lenne a missziós szolgálatok megszervezésénél figyelembe venni, hogy a fiatalabb, még független katonaeorvosok könnyebben mobilizálhatóak, illetve ebben a korosztályban az anyagi egzisztencia megalapozásához pozitívan is hozzájárhat a misszió, ráadásul segíti a katonaeorvosi képességek és tapasztalatok megszerzését is. Szintén probléma az egyenlőtlen vezénylési rendszer, mivel sok orvos még nem is volt misszióban, míg másokat, akik már egyszer jelentkeztek, rendszeresen megkeresnek újabb kiküldetésekkel, ami egyenlőtlen leterheléshez vezet. A missziót teljesítő katonák száma évente 1 000 fő körül mozog, ami a teljes katonai létszám 4%-a. Ezen adat 2019. évi viszonylatban némileg növekedett, évi 1 200 főre a békeműveleti szerepvállalások során, ami nagyságrendileg megegyezik a 2012. évi számadatokkal. A legfrissebb 2023-as adatok alapján szintén több mint 1100 magyar katona vett részt különböző külföldi missziókban.²¹³ A nagyobb missziók mindegyikébe szükséges orvost és egészségügyi személyzetet is biztosítani és mivel egyre kevesebb katonaeorvos

²¹³ HONVÉDELMI MINISZTERIUM: Magyarország növeli békefenntartó szerepvállalását. – In. Honvédelem.hu 2019. Online: URL: <https://honvedelem.hu/galeriak/magyarorszag-noveli-bekefenntarto-szerepvallalasad/>

teljesít szolgálatot, így egyre nehezebb ezen feladatok kiadása, ugyanannak az orvosnak többször kell missziós szolgálatot vállalnia, ami a leterheltséget növeli.

További problémát jelent a **rossz szervezeti kommunikáció**, valamint a nem kellően elmagyarázott és a döntéshozatalból kimaradó, de a döntés miatt a munkájukat érintő felsőbb utasítások. Fontos lenne a végrehajtó szintek véleményét, visszajelzését is kikérni, mivel értékes információkkal szolgálhatnának a feladatok hatékonyabb és sikeresebb végrehajtása érdekében. Ezt a minőségbiztosítási kutatásom támasztja alá, mely szerint a visszajelzést biztosító évente végzett kérdőíves módszert is elismerően és pozitívan értékelték a munkavállalók.

A katona-egészségügy területén a speciálisan képzett orvosok és szakdolgozók toborzása és megtartása is problémát jelent más NATO országokban is. **Folyamatosan romlik a helyzet a felmérésben részt vett 20 NATO ország 40%-ánál, 30%-ában stagnál, és csupán 30%-nál figyelhető meg javulás a bevezetett intézkedések hatására.**

VII.

ÖSSZEGZETT KÖVETKEZTETÉSEK

A disszertációban bemutatott kutatómunka eredményei igazolták, hogy jelenleg mind az egészségügyi szakállomány megtartása, illetve az új szakemberek honvéd-egészségügyi pályára való irányítása, illetve a katonai feladatok egészségügyi biztosítása komoly problémát jelent a Magyar Honvédségben.

A rendszerváltás előtt a katonai ösztöndíj bevezetése és a sorkatonai szolgálatból történő beöltözés biztosította a csapatorvosi szolgálat közel 80%-os feltöltését a jóval nagyobb néphadseregben. A rendszerváltásra ez az arány fokozatosan csökkent, ami utána is csökkent, annak ellenére, hogy a hadsereg létszáma is a töredékére zsugorodott. Rendszerváltás után a legnagyobb változást a NATO és Európai Unió csatlakozás, a tartalékos rendszer bevezetése, a modern Honvédkórház befejezése, majd elvesztése és a folyamatos honvédkórház bezárások, átszervezések jelentették, amik a bizonytalansági faktornak köszönhetően az egyik legnagyobb stresszforrás.

A katonatorvosi utánpótlás szempontjából kiemelt jelentőségű a pályaválasztás motivációinak a vizsgálata. A Magyar Honvédségnél a katonai egészségügyi pályaválasztást Pákozdi Márta és dr. Fejes Zsolt 2015-ös kutatása vizsgálta, amelyben 120 fő vett részt. A kutatás szerint a pályára kerülésben közel 60%-ban a személyes kapcsolatok, míg több mint 10%-ban a toborzás játszott szerepet. A katonae-gészségügyi pályaválasztást az alábbi tényezők segítik elő: a magasabb presztízs (tishti rang, Honvédkórházban való munkavégzés), a lakhatási támogatás, (az azóta eltörölt) szolgálati nyugdíj, a kedvezményes óvodai ellátás, a katonai szolgálat iránti vonzalom, az ösztöndíjrendszerrel biztosított egyetemi támogatás, a megfelelő bérezés és a Honvédség által garantált biztos megélhetés. Más irodalmi források szerint jelentős szerepe van a családi és szülői példamutatásnak, a mások iránti segítőkészségnek, a hazaszeretetnek, a közösség érdekében végzett tevékenységeknek, valamint a viszonylag korai elhatározásnak. Emellett a kutatók kiemelik a biztos megélhetés fontosságát is.

A társadalmi megbecsülés és a valós presztízs szorosan összefügg a pályaválasztás vonzerejével és megtartó erejével. Az orvosi hivatások (családorvos, sebész, gyermekorvos)

az élmezőnyben helyezkednek el, míg a katonai pálya a felső középmezőnyben található. Egy kutatás szerint azonban a lakosság bizalma a honvédség iránt csökkent, és 75 százalékuk semmilyen körülmények között nem vállalna katonai szolgálatot, 69 százalékuk pedig még polgári alkalmazottként sem. A katonai pálya leértékelődését jelzi, hogy a kiemelten támogatott honvédorvosi képzésre nagyon kevesen jelentkeznek.

Fontosnak tartom a stressz szerepének vizsgálatát, mivel ez a két hivatás esetében az átlagnál magasabb szintet mutat (kiegész, mobbing, túlóra, leterheltség, a hivatás és a család és gyerekevelés konfliktusai, stb.). Amit a folyamatos átalakítások és átszervezések okozta létbizonytalanságok tovább súlyosbítják.

A toborzás elősegítése érdekében újra bevezették a Mészáros Lázár ösztöndíjat, valamint a Flór Ferenc ösztöndíjat, amelyek a Honvéd-Katasztrófa-Rendvédelem-orvostan és a Repülőorvostan alapszakvizsgát választók körében elérhetők. A katonai toborzás is modernizálásra került, kiegészítve olyan elemekkel, mint a bemutatók, a pályaválasztás előtt álló diákok számára tartott tájékoztatók, a részvétel az oktatási kiállításokon, valamint a sportszázad újraszervezése. Jelentkezést egyszerűsít, hogy azt már internetes felületen is meg lehet tenni. A hiányzó területek feltöltését szolgálja továbbá a tartalékos rendszer felfuttatása, amelyben a kutatásomban részt vevő leszerelt orvosok is részt vesznek.

A rendszerváltást követően a magyar honvédség és az egészségügy területén is az alulfinanszírozottság volt jellemző. A honvédség költségvetése a NATO-csatlakozással, majd a Zrínyi 2026 Honvédelmi és Haderőfejlesztési Programmal bevezetésével növekvő pályára került. A program célja a Magyar Honvédség modernizációja, a haderő képességeinek jelentős növelése, korszerű eszközök beszerzése, valamint a katonák kiképzésének és életkörülményeinek javítása. A program keretében beszerzésre kerülnek új harci járművek, repülőgépek, helikopterek és modern fegyverrendszerek. Emellett nagy hangsúlyt fektetnek a hazai védelmi ipar fejlesztésére és a nemzetközi katonai együttműködés erősítésére. A program magában foglalja a katonai-egészségügyi rendszer modernizációját is.

Az állami egészségügyi szektor viszont napjainkig alulfinanszírozott maradt. Bár az orvosi bérek rendezésre kerültek az utóbbi három évben, egyre nagyobb teret hódít a magánegészségügyi ellátás. Az Európai Unió csatlakozás forrásokhoz juttatta az egészségügyi szektort is, de hozzájárult az egészségügyi dolgozók migrációjához is. Azonban a NAV, a foglalkoztatási és egészségügyi nyilvántartási adatok elemzése alapján

megállapítható, hogy a médiában hangoztatott állításokkal szemben az orvosi pályaelhagyásért, az „orvoshiányért” nem a külföldi elvándorlás a felelős, hanem elsősorban az inaktív státuszba kerülés (nyugdíj, gyermekvállalási segély), és másodsorban a hazai pályaelhagyás (gyógyszeripari cégek, oktatás, magánegészségügyi vállalkozások) áll. Az orvosi migráció mértéke is évről évre csökken. Szintén nem felel meg a valóságnak az az állítás sem, hogy Magyarországon orvoshiány lenne. Az elmúlt évtizedekben 2001 óta nőtt a hazai orvosok száma, amely 1.000 lakosra vetítve elérte a 3.9-es értéket, ami pontosan megegyezik az Európai Unió átlagával. A probléma az, hogy a statisztikában szereplő orvosok nagy része már a magánegészségügyi szektorban dolgozik, és továbbra is jelentős nővér- és szakszemélyzet hiány van, ami miatt olyan feladatok is az orvosokra hárulnak, amelyek nővéri, adminisztrátori vagy titkárnői feladatok lennének.

A rendszerváltás óta a honvéd egészségügyi szolgálat is folyamatos átszervezéseken ment keresztül, amelyek végén a Honvédkórházak kikerültek a honvédség kötelékéből. A katonaeorvosok létszáma 2013-as 168 főről 2024-re 100 főre csökkent, amelyből a csapatorvosok létszáma 18 fő. Miközben NATO szerepvállalásunk alapján két műveleti dandár egészségügyi biztosítását is el kellene látni a missziókon és a hazai gyakorlatokon felül.



48. sz. ábra. Katonaeorvosok számának csökkenése a MH Egészségügyi Központjában. Forrás: Pető Zsolt őrnagy, MH EK VEI. felmérése, MH EK Személyügyi Osztály.

A katona-egészségügyi pályaelhagyást hazánkban a korábban említett Pákozdi Márta és Dr. Fejes Zsolt ezredes elemezte. Kutatásommal ellentétben, a még aktív állomány esetében vizsgálták a leszerelési szándékot. Ennek okai nemenként eltérő mértékben az anyagi és juttatási támogatások elégtelensége, a megbecsülés hiánya, a karkedvezményes nyugdíj megvonása, az előmenetel és karrierépítés problémái, egészségügyi okok, a katonai alkalmassági követelményeknek való megfelelés nehézségei, a munkakörülmények és a (kórházi) túlterhelés voltak. Amivel szemben a civil egészségügyi lehetőségek kedvezőbb feltételeket kínálnak.

A 2015-ös kutatás szerint a katonaorvosi elvándorlás főként az 5 évnél kevesebb szolgálati viszonyal rendelkező, 40 év alatti, nyelveket jól beszélő, szakvizsgával rendelkező, fiatal orvosokat érintette, akik gyakran további szakvizsgák megszerzését is tervezték. Az elvándorlás nem állt meg, és kilenc évvel később már a 6-15 év szolgálati viszonyal rendelkező, 40-65 év közötti, többségében szerződéses orvosok is leszereltek, akik szintén jól képzett és több szakvizsgával rendelkező szakemberek. A két felmérés összehasonlítása alapján a leszereltek közel 40%-a több szakvizsgával rendelkezik, és 50-60%-uknak legalább egy szakvizsgája van. A legtöbb leszerelt orvos foglalkozás-egészségügyi és/vagy háziiorvosi szakvizsgával rendelkezik, éppen azokra a szakemberekre lenne szükség az alul feltöltött csapatorvosi rendelőkben.

A leszerelés oka nem a haderő átalakítása volt, mivel a válaszadók mindössze egynegyede távozott emiatt a honvédségtől. 2015-ben a leszerelések 65%-át kedvezőtlen anyagi és szociális körülmények indokolták, míg 2024-ben ez az arány 12,5%-ra csökkent.

2015-ben a kilépés leggyakoribb oka a szakmai előmeneteli lehetőségek hiánya volt, még az elégtelen fizetésnél is jelentősebb indokként. 2024-re mindkét érték jelentősen csökkent, és ekkor a legtöbben a beosztásban és rendfokozatban való előmenetel hiányát, valamint a stresszt és a kollégákkal, főnökökkel való konfliktusokat nevezték meg fő okként. Mindkét kutatásban sokan nem hosszabbították meg szerződésüket annak lejáta után.

A missziós szolgálatot a leszereltek többsége vállalta, gyakran többször is. A 2024-es vizsgálatban nem volt olyan leszerelt kolléga, aki ne vett volna részt külföldi kiküldetésen.

A válaszadók fele nem kapott segítséget a lakhatás megoldásában, és külön képzésben vagy támogatásban sem részesültek az elmúlt 2-3 évben. A leszereléskor sem kaptak

támogatást, bár ezt nem is nagyon igényelték. A leszerelést követően a lakhatásuk általában megoldott volt, saját tulajdonú lakásban éltek.

Mindenkinek volt munkája, kivéve egy személyt, aki 2015-ben nyelvtanulás céljából külföldi munkavállalást tervezett. Jelenleg vagy teljes munkaidős állásban, vagy vállalkozói formában dolgoznak tovább, a többség határozatlan idejű munkaszerződéssel.

2015-ben a legtöbben a szakmai előmenetel hiányát és a kollégákkal való konfliktusokat jelölték meg távozásuk okaként. 2024-ben viszont a hazai magánegészségügy vonzotta a legtöbb leszerelőt, nem pedig a külföldi munkavállalás.

A válaszadók közül sokan próbálkoztak fegyveres és rendvédelmi szerveknél munkát találni. Néhányan vállalkozóként részmunkaidős szerződéssel vagy közalkalmazottként maradtak a Magyar Honvédségnél, míg mások saját vállalkozást indítottak vagy kórházaknál helyezkedtek el.

2015-ben a leszerelők többsége nem a Magyar Honvédségnél dolgozott tovább, de akkor 31%-uk itt is munkát végzett. Ezzel szemben 2024-ben a leszerelők közül csupán egy fő maradt tartalékosként, mindenki más szakított a honvédségi munkával.

A leszerelők többsége már rendelkezett szakvizsgával, és 2015-ben 31%-uk újabb szakvizsgára jelentkezett. A későbbi vizsgálat során több szakvizsgával rendelkező, idősebb kolléga válaszolt, ezért már senki sem tervezett újabb szakvizsgát tenni.

A katonai pályaválasztás motivációi közé tartozott 2015-ben a kihívások, a tisztis rang és a kettős hivatás, valamint a közalkalmazotti béreknél magasabb fizetés és a missziós szolgálat lehetősége.

A missziós szolgálat egyszerre vonzó és taszító tényező is volt. Noha sokan emiatt választották a katonai pályát, a missziók kényszerítése családi és karrierproblémákat is okozott. Az orvosi pálya élethosszig tartó tanulást igényel, ezért a szakmai fejlődés biztosítása és a ranglétrán való előrejutás akadályoztatása szintén fontos tényező volt.

2024-ben a katonai orvosi pályára választókat az elsődleges fizetés, a missziós szolgálat és a Honvédkórházban való munkavégzés lehetősége vonzotta. Az elvárások között szerepelt a jobb fizetés, az előmenetel és a tervezhető karrierút, valamint a fejlődési lehetőségek és a tapasztalatszerzés.

A pályán tartó tényezők közé tartozott a versenyképes fizetés, a szakmai fejlődés biztosítása, a gyorsabb előmenetel, a megfelelő felszerelés és munkakörnyezet, valamint a jó és megbízható főnök. A missziós szolgálat kényszerítésének eltörlése és a lakás és munkahely közti távolság problémájának megoldása szintén fontos volt.

A leszerelők többsége nem bánta meg döntését, és 2015-ben majdnem felük nem ajánlaná a katonatorvoslást végzős orvosoknak. Ez az arány 2024-re sokat javult, mivel 75%-uk már javasolná nekik.

Tehát a kapott válaszok némileg eltértek az irodalmi adatoktól és a témában végzett egyéb kutatásoktól, ahol nem a már leszerelt kollégákat keresték meg, illetve eltért az amerikai katonatorvosi ösztöndíjasok bevonásával végzett kutatási eredményektől is. Abban a kutatásban sorrendben a legvonzóbb tényezők a hazafias kötelesség, aktív katonák tapasztalatai, harc, státusz, pénzügyi kompenzáció, utazás, kaland, tapasztalatszerzés, katonai juttatások és egyéb lehetőségek voltak. Míg a visszatartó tényezőknél szintén első helyen jelent meg a harc és a katonai bevetés, a családi élet, katonai élet (egyenruha, szokások és udvariassági szokások, bázison való élet stb., katonai juttatások. Ami elég érdekes, hiszen ezek a katonai hivatás specifikumai. Azonban hasonlóan a kutatásomhoz mind pozitív, mind negatív tényezőként megjelenik a katonai kiküldetések kérdése, ami egyrészt kalandként, kihívásként, tapasztalat szerzésként, plusz anyagi bevételt jelent, ugyanakkor megzavarhatja a családi életet és a vállalt magánpraxisokban végzett munkavégzést. Illetve ugyanúgy megjelenik mindkét oldat az anyagi juttatások kérdése, ami bár magasabb a civil keresetknél (jelenleg csupán 6%-kal), de nem versenyképes a magánegészségügyi szolgáltatók kereseti lehetőségével. Továbbá meg kell említenem, hogy a kutatási eredményeim az idővel és a körülmények változásával időben változnak. Például a megismételt kutatásban a stressz szerepe megnőtt, csupán a karrier az anyagiak kérdése és a vezetés problémái egyeztek meg a tíz évvel korábbi eredményekkel.

A NATO tagországok egészségügyi rendszereiben is jelentős orvos- és ápolóhiány van, különösen a vidéki területeken és a magas szintű szakértelmet igénylő szakterületeken. A katonai egészségügyi szakszemélyzet toborzása és megtartása problémát jelent más NATO országokban is, ami miatt két évente monitorozzák a helyzetet és megoldási javaslatokat dolgoznak ki.

A kutatásom során szembesültem a kórházi állomány súlyos leterheltségével és a munkaidő-beosztás miatt az éves fizikai alkalmasságon való megfelelés nehézségével. Komoly problémát jelent a katonai fizikai alkalmasság eléréséhez szükséges feltételek hiánya, valamint a belföldi vezénylések és a határ menti feladatok biztosítása.

A megfelelő lakhatás biztosítása és anyagi támogatása, valamint a katonai életpálya és nyugdíjak megfelelő biztosítása szintén jelentős megtartó erőt jelentene. A missziós feladatok szervezésénél figyelembe kellene venni a fiatalabb, független katonaorvosok mobilizálhatóságát, valamint az egyenlőtlen vezénylési rendszer problémáit.

A rossz szervezeti kommunikáció és a döntéshozatalból kimaradó vélemények problémát jelentenek, amit a minőségbiztosítási kutatásom is alátámasztott. A problémát súlyosbítja az a tény, hogy a munkavállalók évről-évre jelzik a problémás területeket, de változás nem igazán történt, ami negatívan hat nem csak a motivációra és a pályán tartásra, hanem a szervezeti célok elérésére és a hatékonyságra is.

Összességében a katona-egészségügyi szakszemélyzet hiánya súlyos és egyre súlyosbodik, megfelelő lépések kidolgozása nélkül tovább fog romlani.

Kutatásom során az első négy hipotézist igazoltam, az ötödiket részben tudtam igazolni, a kapott eredmények az ajánlások kidolgozásában segítettek.

ÚJ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK

A kutatómunka során feltárt új eredményeket az alábbiak szerint, a megfogalmazott hipotézisekkel összhangban összegzem:

- 1 Az orvosi bérek 2020 és 2023 közötti rendezése után **elsőként végeztem felmérést és vizsgálatot a katonáorvosok pályaelhagyása kérdésében**. Megállapítottam, hogy a polgári orvosokkal szemben, a polgári közalkalmazotti keresethez képest, a csupán hat százalékos többlet önmagában nem elég az évek óta folyamatosan csökkenő katonáorvosi létszám megállításához. Tíz év alatt 60%-al csökkent az aktív katonáorvosok összlétszáma, aminek a Honvédkórház 2023-as „ elvesztése” már most láthatóan nem tesz jót. *Felméréseim szerint a szakmai, a beosztás és rendfokozati előmenetel hiánya, a stresszes munkahely, a kiszámíthatatlan ügyeleti rendszer szerepelt a leszereléshez vezető döntő okok között.* Kutatásom alapján a katonáorvosi szakemberhiány okai összetettek, ezért ezt komplex módon kell(ene) kezelni. Ami magában foglalja a medikusokra specializált toborzás hatékonyabbá tételét, a dolgozói elégedettség növelését, a munkahelyi stressz csökkentését, valamint egy vonzóbb és kiszámíthatóbb, egyénre szabható katonáorvosi karriermodell bevezetését. Ezekre konkrét megoldási javaslatokat dolgoztam ki.
- 2 Dolgozatom egyik nagy előre nem várt „meglepetése” annak a médiában hangoztatott állítások a megcáfolása, illetve bizonyítása volt, mely szerint Magyarországon orvos hiány lenne, aminek a legnagyobb oka az orvosok külföldre orvosi migráció távozása. Valójában „stiliztikailag” több orvos dolgozik hazánkban, mint 30 éve, a 1000 főre vetített orvoslétszám is nőtt és megegyezik az európai átlaggal. Ezt a tényt kicsit árnyalja, hogy a KSH az orvos létszámot a fogorvosokkal együtt számolja, azonban a tendencia növekvő és nem csökkenő, illetve európai uniós statisztikából is ez olvasható ki, bár a pontos aktív orvoslétszám nem ismert annak ellenére, hogy ez a digitális ellátási térből kiolvasható lenne. Emellett évről évre csökken a külföldre távozó orvosok száma, amit nem csak a korábbi EEKH (Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal) és a Országos Kórházi Főigazgatóság adatai, hanem a NAV és a foglalkoztatásra vonatkozó államigazgatási adatok is alátámasztanak. Kutatásom is alátámasztja, hogy 2015-ben 60%-uk, míg 2024-ben már 86%-uk nem szeretne külföldön dolgozni. Az igazi elszívóhatást jelenleg a magánegészségügy jelenti, aminek összóraszámára már megegyezik a közfinanszírozott ellátás összóraszámával. Szintén jelentős elszívó hatással

rendelkeznek a hazai egyéb munkalehetőségek, amik közül a legjelentősebbek az gyógyszercégek és az oktatás. Igazi problémát a differenciált létszámhiány, azaz a kevés szakszemélyzet jelenti. A leszerelt katonáorvosok is a magánegészségügyben, vagy háziorvosi praxisokban folytatták tovább munkájukat.

- 3 **Kutatásom során az eddigi hasonló célú vizsgálatoktól eltérően kiemelten foglalkoztam a katonáorvosokat érintő stressz szinttel.** A 2015-ös kutatás során még senki sem tartotta kifejezetten stresszesnek korábbi beosztását. **A vizsgálataim alapján megállapítottam,** hogy ez a tényező jelentősen megváltozott. *2024-ben már a válaszadók 50%-a kifejezetten stresszesnek tartotta korábbi munkahelyét, ahol megjelent a főnökökkel és a beosztottakkal való konfliktus, a nagyobb munkahelyi leterheltség, az állandó átszervezésből adódó bizonytalanság.*
- 4 **Kiemelten vizsgáltam és elemeztem a NATO tagországok egészségügyi szolgálatai katonáorvosainak pályaelhagyási tendenciáit.** Eltérő mértékű, de hasonló negatívumokat állapítottam meg, de azt is érzékelttem, hogy ahol lépéseket tettek a hiány csökkentésére ott javulás volt megfigyelhető, míg ahol nem ott stagnálás vagy romlás volt tapasztalható. Ez a helyzet az egyes tagállamok harckészültségét is befolyásolja, ami miatt megoldási javaslatot dolgoztak ki, amit **a hazai helyzetre adaptálva, specifikus megoldási javaslatokkal egészítettem ki,** ami véleményem szerint segíthet a katonáorvosi életpálya modell tovább fejlesztésében és alátámaszthatja bevezetésének a fontosságát.
- 5 Számomra a megdöbbentő élmény és megállapítás a dolgozói elégedettség felmérés másodelemzése volt. Annak ellenére, hogy a kollégák minden egyes évben gyakorlatilag évről éve pont azokat a tényezőket nevezik meg, amik ahhoz kellenének, hogy a dolgozók elégedettebbek legyenek, úgy mint - rendszeres és átlátható kommunikáció, versenyképes bér, fejlődési lehetőségek biztosítása, munka-magánélet egyensúlya, vezetők képzése, csapatmunka fejlesztése, stb. - Alacsony értéknél cselekedni kellene, de ez **évről évre nem történik meg,** hiába jelzik ezt.

AJÁNLÁSOK (MEGOLDÁSI JAVASLATOK)

Az utóbbi évek honvédségi átszervezései és reformjai jelentősen megváltoztatták a hazai katona-egészségügy helyzetét is.

Egyrészt az új honvédek jogállásáról szóló törvény jelentős változásokat hoz a Magyar Honvédség személyzeti politikájában. A legfontosabb újdonságok közé tartozik a bérezési rendszer átalakítása, amelyben a korábbi, konkrét kereseti szinteket tartalmazó illetménytáblát sávós bérezés váltja fel. Ez azt jelenti, hogy a katonák fizetésének pontos összegét a parancsnokuk határozza meg egy megadott tartományon belül. Emellett nagyobb mozgásteret kap a teljesítményértékelés alapján történő jogviszony megszüntetése is.²¹⁴ A törvény megszünteti a hivatásos és szerződéses jogviszonyokat, helyettük egyetlen új jogviszonyt vezet be, amelyet határozott vagy határozatlan időre kötnek a katonákkal. További változások között szerepel a beosztási rendfokozatok módosítása, és a bérpótlékok számának csökkentése három típusra: a katonai titkosszolgálat, a tűzszerészek és a speciális feladatokat végrehajtók pótlékára. A jogállási törvény eltörlésével a szabályozásokat kormányrendeleti szinten kívánják átírni, ami a munkajogi, munkaszervezési és pénzügyi szabályok jelentős átalakítását eredményezheti. Ezzel kapcsolatban kérdéses, hogy az új szabályok mennyire lesznek kedvezőek az állomány tagjai számára, ugyanis az utóbbi időben jelentős számú felmondás történt a Magyar Honvédségnél. A hírek szerint közel 3 ezer katona jelezte távozási szándékát, ami komoly kihívás elé állítja a honvédséget, különösen a fiatalítási és toborzási törekvések közepette. A probléma súlyosságát mutatja, hogy a katonai vezetők intenzív toborzási kampányokat folytatnak, és új juttatásokat vezetnek be a szolgálat vonzóbbá tételében.²¹⁵

Szintén óriási változás a Honvédkórház, mint hadrendi elem megszüntetése, ami a katonák ROLE 3 és 4 szintű ellátást biztosította és a NATO vállalásokhoz is szükséges. Ez kifejezetten negatív lépés, mivel a kutatásom alapján sok fiatal a Honvédkórházban való állás

²¹⁴ NEMZETI JOGTÁR: 2024. évi XX. Törvény a honvédek jogállásával összefüggő törvények módosításáról. – In. Online: <https://njt.hu/jogszabaly/2024-20-00-00>. (Letöltve: 2024.07.15.)

²¹⁵ KRIZBAI Diána hadnagy: „*A mi feladatunk, hogy meglegyen az ember a vasra!*”. – In. Honvédelem.hu, 2024. online: <https://honvedelem.hu/hirek/a-mi-feladatunk-hogy-meglegyen-az-ember-a-vasra.html>. (Letöltve: 2024.07.15.)

megszerzése fejében vállalta a katona-egészségügyi szolgálatot. A megoldást a brit modell jelentheti, ahol a megfelelő jogi szabályzás mellett a civil orvosoknak a katonai szolgálatba történő bevonásával töltik fel a katoniorvosi helyeket. Ez azt jelenti, hogy civil állásuk és munkájuk megmarad és tartalékosként extra juttatásért vállalnak meghatározott ideig katonai szolgálatot, vagy a csapatorvosi helyeket a civil és a hazai magánegészségügyi szolgáltatókkal történő versenyben igyekeznek a honvédséghez csábítani, ami a jelenlegi 6%-kal magasabb fizetési és csekély egyéb juttatásokkal kérdéses eredményességű vállalkozásnak néz ki, mivel a mind a civil, mind a magán egészségügyi munkavégzés sokkal kevesebb kötöttséggel és alacsonyabb elvárási szintet jelent (például nincs éves fizikai alkalmassági felmérés).

Ezen kívül Magyarország vállalta, hogy a NATO számára felajánl egy nehézfegyverzetű dandárt, amely a Magyar Honvédség három dandárjának egyikét alkotja, a közepes és a különleges rendeltetésű dandár mellett. Ez a lépés része a tavaly elfogadott új katonai doktrínának, amely célja a magyar haderő korszerűsítése és megerősítése. Tehát ezen alakulatok egészségügyi személyzettel való feltöltése is szükséges, a meglévő feltöltetlen csapatorvosi helyek mellett.

JAVASLATOK A KATONAORVOSI PÁLYA VONZEREJÉNEK NÖVELÉSÉRE:

Kutatási eredményeim alapján a katoniorvosi létszám a rendszerváltástól folyamatosan csökkent, ezért ennek a folyamatnak a megállítására, megfordítására az alábbi javaslatokat teszem:

DOLGOZÓI ELÉGEDETTSÉG NÖVELÉSE

Kutatási eredményeim alapján kifejezetten fontosnak tartanám a dolgozói elégedettség növelését. Az évente megtartott felmérések során a kollégák évről évre jelezték az általuk leginkább problémásnak vélt területeket, még sem történt igazi változás a csapatépítési kísérleteken, illetve munkakörnyezet némi javításán túl.

A dolgozói elégedettség növelésével egyrészt növekedne a dolgozók teljesítménye, jobb munkahelyi légkör jönne létre, javulna a betegek ellátása és elégedettsége, csökkenne a fluktuáció. Ráadásul, mivel legtöbbször a személyes kapcsolatok segítségével választják a katona-egészségügyi pályát (a jelentkezők 60%-a) ezért erre is pozitívan hatna.

A felmérésben minden évben megemlítték a kollégák:

- az **elismerés és a megbecsülés**
- a **szakmai fejlődés támogatása**
- az **előmenetel**
- a **munkakörnyezet**
- a **versenyképes fizetés és a vonzó juttatások**, megfelelő ügyeleti pótlékok
- a **vezetői támogatás és kommunikáció**,
- a feladatszabással és a munkavégzéssel kapcsolatos **visszajelzés**

fontosságát. Ezen kívül fontos tényezők még:

- a munka és magánélet egyensúlyának a biztosítása
- a munkaköri autonómia.

A kutatásom során kimutattam, hogy a Magyar Honvédség, mint munkáltató, nem elsősorban a külföldi kórházakkal és munkalehetőségekkel, hanem a hazai állami és civil egészségügyi szolgáltatókkal verseng a munkaerőpiacon, ezért fontos, hogy a korábbi merev munkahelyi légkörön és toborzási rendszeren változtasson és vonzóbbá tegye a katonaegészségügyi szolgálatot, ami kizárólag a dolgozók elégedettségének növelésével érhető el.

Csökkenteni javaslom az egyenlőtlen missziós leterheltséget, mivel a kutatásom alapján több leszerelt katonaeorvos kolléga nem volt soha misszióban, míg azokat, akiket egyszer már kivezényeltek, utána rendszeresen kiküldik.

Kutatási eredményeim alapján kimutattam, hogy létezik számos olyan motivációs tényező, melyek hatásrendszere az adott kontextustól függően akár ambivalens is lehet, habár a laikus közvélekedés hozzájuk egyszerű kauzális kapcsolatot, ok-okozati viszonyokat rendel. Ilyen mind pozitív, mind negatív motivációs tényezőként megjelenik például a fizetés, valamint a külföldi missziókban való szolgálat lehetőségének és kötelezettségének kérdése esetében. Tehát nem létezik mindenkire szabott katonaeorvosi életpályamodell, azt az egyénekhez kell igazítani. Azaz fontos felmérni az egyéni ambíciókat, preferenciákat, ugyanis egyes katonaeorvosok pozitív lehetőségként értékelik, hogy a Honvédségnél van lehetőség külföldi tapasztalatot szerezni, rövidebb ideig külföldön dolgozni, míg mások ezt kényszerként érik meg. Ugyanúgy a kereset nagysága is egyeseknek vonzó volt a magasabb közalkalmazotti bérekhez képest, míg mások alacsonynak ítélték azt.

Kutatásomból egyértelműen kiderült, hogy az anyagi motiváció mellett ugyanolyan fontos az orvosok oktatása, gyakorlati tudás megszerzésnek az elősegítése, ezért kifejezetten fontos a pályán tartás miatt a képzés és a megfelelő gyakorlati oktatás, továbbképzések biztosítása.

RÖVID-, KÖZÉP- ÉS HOSSZÚTÁVÚ MEGOLDÁSI JAVASLATOK

Meg kell teremteni a feltételeit és be kell vezetni a 2010-ben már publikált katonai orvosi karrier modellt. Ennek lényege a 4 szakaszra osztott katonai orvosi karrier:

- ösztöndíjas egyetemi évek,
- szakvizsga megszerzéséig tartó rezidens időszak,
- néhány év csapatorvosi szolgálat a katonai orvosi képességek elsajátítására,
- valamint a „kiteljesedés” időszaka, amikor a katonai orvos eldöntheti, hogy mely területen képzelel el a jövőjét (például kórház, csapat, vagy szervezés-irányítás).

Fontos pontjai:

- **A honvédelmi ösztöndíjrendszer új alapokra helyezése;**
- **Szerződés-kötés a végzős orvostanhallgatókkal és rezidensekkel;**
- A fenti szakaszok alapján **a karrier legalább 3 évig a csapatszolgálattal kezdődne**, ahol a megfelelő katonai orvosi rutin megszerezhető lenne, majd a központi tagozatba való vezénylés után az orvos eldönthetné, hogy a továbbiakban a szervező-tervező területen, a klinikumban vagy a csapatorvosi szolgálatban kíván-e tovább dolgozni;
- Csapatoknál évente 20 szakmai nap biztosított az egészségügyi képességek fejlesztése végett, ám ezt ki kell egészíteni a hazai és a külföldi katonai tapasztalatok megszerzéséhez szükséges **katonai, katonai orvosi képzésekkel.** (missziós gyakorlatok, NATO szakértői munkacsoportokban és a NATO Katona-egészségügyi Kiválósági Központban történő képzések, hazai és külföldi katonai-egészségügyi közép-, majd felső vezetői beosztásokba kerülés lehetősége);
- Vonzóvá kell tenni a katonai-egészségügyi pályát **versenyképes fizetésekkel, lakáshoz jutás és családtámogatással, szakmai előrelépés és továbbképzések támogatásával;**
- Fontos lenne az **egyéni karrier igényeket és képességeket felmérni** és az ambiciózus kollégák karrierjét támogatni és nyomon követni.

HONVÉD-EGÉSZSÉGÜGYI PÁLYÁRA TOBORZÁS ÉS ÁLLOMÁNY MEGTARTÁSA

A létszám problémák kezelésére az alábbi konkrét intézkedéseket tartom szükségesnek:

- **Fontos lenne a toborzás menedzselésére, azt egyénre szabottan alkalmazni. A katonai toborzás sémái nem alkalmazhatóak katonatorvosra, annak módosítására és egyénre szabására lenne szükség.**
- **Állományba vétel adminisztrációs folyamatának lerövidítése maximum 2 hónapra.** (Jelenleg az állománytáblás hely kialakítása és engedélyeztetése, illetve a szerződéskötés ideje esetenként akár az egy évet is meghaladhatja);
- **Vonzóvá kell tenni a tartalékos rendszert** orvosok, fogorvosok, pszichológusok, mentőtisztek és egészségügyi szakdolgozók számára (pl. ki kellene terjeszteni a munkaköri pótlékot a tartalékosnak jelentkező egészségügyi dolgozók részére is). Jelenleg problémát okoz, hogy az orvosi bér és a tartalékos juttatás eltér, így az aktív tartalékos szolgálat alatt a fizetésük jelentősen visszaesik;
- Be kellene vezetni a beöltözéskor adott **egyszeri juttatást**;
- Szükséges lenne a **rezidensek és tartalékos állományúak részére állománytáblás hely és bérköltség biztosítására**, hogy az aktív katonatorvosok vezénylésekor, helyükre tartalékos rendszerből behívott, vagy rezidens kolléga legyen biztosítható a vezénylés időszakára;
- **Fontos lenne az aktív és célirányos toborzás és tájékoztatás, sajtóban és álláskereső oldalakon való megjelenés.** Már az orvosi egyetem alatt meg kellene ismertetni a hallgatókkal a honvédelmi elvárásokat és karrierlehetőségeket. Jelenleg az üres helyek nincsenek megfelelően meghirdetve és reklámozva. Orvosi napilapokban sincsenek katonatorvosi karierről szóló cikkek, sem álláshirdetések, civil konferenciákon is kevés szó esik erről;
- A mindennapi feladat ellátásához szükséges lenne a **minimum feltételeket meghaladó munkakörülmények és feltételek biztosítása.** (Jelenleg a szakemberekkel való feltöltöttség 50%-os, ami a mindennapi katonai feladatellátást is veszélyezteti, az informatikai háttér elavult, nincs internetkapcsolata a csapatoknak a kórházi adatbázisokkal, eszközök és felszerelések elavultak, a fogyóanyagok nem elegendőek).

KARRIER ELŐSEGÍTÉSE

A katoniorvosi pályán tartás előtérbe helyezésével, a karriermodell elősegítésére az alábbi főbb intézkedéseket tartom szükségesnek:

- A kiemelkedő teljesítményt felmutató, illetve a hiányszakmában dolgozók **szoron kívüli előléptetése** szintén enyhíthetne a szakemberhiányon;
- A költségvetés csökkentése miatt az elmúlt 10 évben 70%-kal csökkent a **NATO, EU, V4 szakmai testületek munkájában való részvétel**. Azonban a többnemzetiségű műveletek megkívánják az ezen a területen szerzett tapasztalatok megszerzését és az ezekben a szervezetekben való rövidebb – hosszabb munkavégzést, tapasztalatszerzést;
- **Érdemes lenne a MH főszakorvosi rendszert megújítani, megerősíteni és kiterjeszteni** (központi és csapatpszichológiai, egészségfejlesztési rendszer szakmai elismertségének növelésére, továbbfejlesztésével);
- **Amennyiben a közép és felső vezetők kinevelése a NATO és EU egészségügyi tartós külszolgálati beosztások teljesítéséhez lennének köthetőek**, úgy ezen missziós beosztások feltöltése is biztosítható lenne (egy őrnagyi, egy alezredesi, egy ezredesi, egy tábornoki és három altiszti beosztás);
- **Fontos lenne a könnyebb vízszintes irányú karrier mozgás lehetőségének megteremtése** a csapatok, a kórház, a missziók és a tartós (NATO, EU) külszolgálati, azonos szakmai szintű beosztások között. Jelenleg a csapattagozatról a kórházba való bekerülés igen nehézkes, a súlyos orvoshiánnyal küzdő helyi csapatok parancsnokának engedélye kell(ene) hozzá.

JÖVEDELEM KIEGÉSZÍTÉS

Kutatásom során megdőlt azon állítás, hogy az orvoshiány fő oka a külföldre történő migráció. Jelenleg a haza magánegészségügy jelenti a legnagyobb elszívóhatást. Tehát az anyagi megbecsülés területén ezzel a területtel kell versenyképesnek lenni, amit a jelenlegi 6%-al magasabb juttatás nem elég. Ezzel összefüggésben, a kutatási eredmények alapján az alábbi intézkedéseket tartom szükségesnek:

- Az elszívó hatáson enyhítése, illetve kezelése érdekében javasolt a jelenleg is alkalmazott **mellékállás vállalásának engedélyezése** rugalmas, a mellékállás követelményeit is figyelembe vevő munkaidő kialakításával.

- Szükségesnek tartom továbbá megvizsgálni, hogy a csapat-egészségügyi beosztásokat milyen feltételekkel (részmunkaidős szerződések, tartalékos házi orvosok) lehetne betölteni foglalkozás egészségügyi szakvizsgával rendelkező házi orvosokkal, illetve ahogy korábban már volt példa rá, milyen feltételekkel végezhetnének házi orvosi körzetben munkát a csapatorvosaink.

A juttatások, illetve bérrendezés vonatkozásában a következő lehetőségeket javaslom:

- Az ausztrál példa alapján **egy rendfokozattal magasabb illetménykategóriába való besorolás;**
- **Túlóra és többletmunkavégzés pénzbeli elismerése** (túlórák, ügyeleti és készenléti pótlékok megemelése, pluszjuttatások biztosítása az adminisztratív többletmunkát vállalóknak, mint például a MH főszakorvosoknak);
- **Pozitív jutalmazások és juttatások bevezetése a hadrafoghatóság elősegítésére** (például az átlagnál jobb fizikai és egészségi állapot esetén fitness bérlet és egészséges élelmiszerek vásárlásának anyagi támogatása).

Fontosnak tartom továbbá a család támogatására irányuló intézkedéseket, tekintettel a katona-egészségügyi szakma hadseregen belüli átlagnál magasabb nő-férfi arányára:

- Óvoda és a bölcsőde költségeinek a megtérítése külszolgálat és a felkészítés alatt;
- Rugalmas, az óvodai, illetve bölcsődei nyitvatartáshoz igazodó munkaidő biztosítása;
- Gyermekfelügyelet biztosítása túlmunka esetén (pl. árvíz esetén);
- A házaspár részére munkalehetőség biztosítása (pl. adminisztratív munkakörben a nyugdíjkorhatárt elért munkavállaló helyére).

A fenti intézkedések mind a család és a hivatásos szolgálat terén is sokkal tervezhetőbb és versenyképesebb feltételeket teremthetnek, ami nemcsak az elszívó hatás csökkenésében, de üres álláshelyek feltöltésében is megnyilvánulhat.

JAVASLATOK OKTATÁSI ÉS KIKÉPZÉSI KEDVEZMÉNYEKRE

A létszámproblémák kezelésére, illetve a minőségi katonaorvosi utánpótlás feltételeinek megteremtése érdekében az alábbi javaslatokat fogalmazom meg az oktatási struktúrát érintő intézkedésekre:

- A legtöbb orvos, és főleg a frissen végzett rezidensek számára **fontos a tanulás, a kellő szakmai tapasztalat és a szakvizsga megszerzése**. Nélkülözhetetlen ezért **az egyéni tanulás és karrierlehetőségek felmérése és biztosítása** a fiatal kollégák esetén. A helyzet súlyosságát jelzi, hogy például a Szent János Kórház sebészetén a fiatal sebész-kollégák azért mondtak fel, mert nem operálhattak eleget, a maradó személyzetre pedig túl sok ügyelet hárult.²¹⁶
- **A szakvizsga és szakképesítés megszerzésének anyagi támogatásával, illetve munkaidő-kedvezmény biztosításával** a Magyar Honvédség számára fontos szakmákban (pl. honvéd- és katasztrófa orvostan, repülőorvostan, foglalkozás-egészségügyi orvostan) az orvoshiány csökkenthető lenne.
- További megtartó erőt jelentenének a **szakvizsgák után fizetett alapjuttatások, illetve a katonai szakosodás esetén biztosított kiemelt juttatások**. Ilyenek a Magyar Honvédség katonai feladatok ellátásához szükséges szakvizsgái és képzései: megelőző orvostani, népegészségtani, munka higiéniai, sugár higiéniai, klinikai mikrobiológiai, közegészségügyi-járványügyi, laboratóriumi orvosi, repülő orvostani, honvédorvostani, valamint katasztrófa orvostani, illetve foglalkozás-egészségügyi szakvizsgák,
- **Hasonlóan fontos a tudományos kutatás, illetve a tudományos fokozatszerzés támogatása** (a HM tárca által biztosított doktorandusz képzés 10 főről 15 főre való emelése, kutatások támogatása és az erre fordított idő biztosítása).
- A meglévő Magyar Honvédség által biztosított konferenciákon túl fontos lenne az egyéni tanulást elősegíteni **a továbbképzések támogatásával, a fizetős online elérhető szakmai folyóiratokhoz való hozzáférés biztosításával**.
- Külszolgálatot, extra vezényléseket vállaló kollégák részére lehetővé kellene tenni a **fizetős hazai továbbképzésekre történő beiskolázást**.
- Ösztönző erő lehetne a **hiányszakmákban dolgozók tartós (6-12 hónapos) külföldi képzésre történő beiskolázása** és így a megszerzett tapasztalatok a későbbiekben a magyar katona-egészségügyiben hasznosításra kerülnének.
- **Missziós feladatok ellátása végett fontos lenne a nyelvvizsga megszerzésének, illetve magasabb szintre emelésének a támogatása** munkaidőben, intenzív képzés

216 MEDICAL ONLINE: *Nem operálhattak, felmondtak*, in:

http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/nem_operalhattak_felmondtak?utm_source=newsletter&utm_medium=medicalonline_orvosi_hirlevel&utm_campaign=18822, letöltve: 2017.03.03.

keretében. Ez a sikeres vizsga után a nyelvpótlék rendszerével jövedelemnövekedést is jelent.

SZEMLETVÁLTÁS SZÜKSÉGESSÉGE

Kutatási eredményeim alapján fontosnak tartanám a dolgozói elégedettség növelését, mivel minden évben megemlítik, hogy mit tartanának fontosnak a kérdőívre adott válaszukban a kollégák, még sem történt ebben változás. A toborzásban és a pályán tartásban kiemelt szerepe van az orvosi képzés támogatásának, az előmenetel biztosításának, a munkahelyi konfliktusok csökkentésének és az állandó átalakítások, átszervezések okozta stressz helyett, biztos munkahely biztosításának, ahol a dolgozók jól érzik magukat. A 2013-tól tartó létszámcsökkentés nem állt meg, ezért az eddigi stratégiákon muszáj lesz változtatni, mivel évről évre egyre kevesebb kaon orvos teljesít szolgálatot a Magyar Honvédség kötelékében.

A KUTATÁSI EREDMÉNYEK GYAKORLATI FELHASZNÁLHATÓSÁGA

Szeretném megjegyezni, hogy a kutatás a leszereléskor odaadott kérdőívekkel a továbbiakban is folytatható lenne, így a hozott intézkedések hatásai mérhetőek lennének és az éves dolgozói elégedettségi felmérést is kiegészíthetnék. Továbbá mindenféleképpen indokolt lenne a kutatást a leszerelt, vagy a leszerelést tervező csapatorvosokhoz eljuttatott kérdőívekkel tovább folytatni. A 2024-ben megismételt kutatás már mutatta a majd 10 év alatt tett intézkedések hatását, viszont magasabb stressz szintet is jelzett a sorozatos átalakítások és bizonytalanság miatt.

A szerzők (2015-ben Pákozdi Márta őrnagy és Dr. Fejes Zsolt ezredes, az általam is kutatott témában megírt cikke alapján) a pályán tartás előmozdítása végett a megbecsülést, az anyagi juttatások és támogatások fokozását, a nyugdíjba vonulási kordedvezmény visszaállítását, az előmeneteli, orvosi és katonai karrierépítési lehetőségek javítását, az egészségügyi kockázati tényezők csökkentését, az alkalmassági követelmények megváltoztatását, a munkakörülmények javítását, a túlterheltség csökkentését, a missziós kiküldetés egyéni döntés szerinti vállalását, a továbbtanulási lehetőségek elősegítését, a rugalmas foglalkoztatási formák bevezetését és strukturált életpályamodell kialakítását javasolják.³

Az egyéni elégedettséggel a katonai orvosi pálya presztízse növelhető, ami kedvezően hatna a toborzásra. Tehát megállapítható, hogy a kapcsolati háló, a családban szolgáló katona hozzátartozó és az általuk szolgáltatott kép jelenti a legfontosabb toborzási formát. Az eredmény alátámasztja azt is, hogy fontos lenne nagyobb hangsúlyt fektetni a hadseregben dolgozó katonák, katonai orvosok nagyobb megbecsülésére és elégedettségére, mivel ez pozitívan hatna a katonai orvosi pályára lépésre. Továbbá fontos lenne az egyéb, modern hirdetési formákat (hirdetések, internetes felület) felfuttatni.

Az eredmények nagyjából egybevágóak a korábban már ismertetett saját kutatási eredményekkel, ugyanakkor a korreláció erőssége jobban ki lett fejtve ebben a felmérésben. Bár a vizsgált állomány különbözött, mivel itt a még rendszerben lévő orvosok mellett a rendszerben lévő szakdolgozók és altisztek is meg lettek kérdezve, míg a saját kutatásomban csak a már leszerelt katonai orvosokat kerestem meg. Ezért a két kutatás kiegészíti egymást és

alapvizsgálatként szolgálhatnak a későbbiekben a bevezetett intézkedések hatásának az elemzéséhez, illetve egy, a modern kihívásoknak is megfelelő katonai és katonai-egészségügyi életpályamodell kidolgozásához.

Kutatásom célja a rendszerváltás óta tartó katonai pályák presztízsének növelése, mivel szolgálati éveim alatt tapasztaltam a katonai kollégáim – több esetben megakadályozható, megelőzhető – pályaelhagyását. Ez idáig a csökkenést nem sikerült megállítani.

SAJÁT, A TÉMÁBAN EDDIG MEGJELENT PUBLIKÁCIÓK

1. Jasztrab Jácint Szilárd: Katona-egészségügy helye és szerepe a missziós tevékenységekben
(http://old.biztonsagpolitika.hu/documents/1282752313_jasztrab_jacint_katonaegeszsegu_gy_a_misszios_tevekenysegekben_-_biztonsagpolitika.hu.pdf)
2. Jasztrab Jácint Szilárd: A Magyar Honvédség missziós egészségügyi biztosításának tapasztalatai. Új missziós kihívás – A harci (extrém) stressz
(http://old.biztonsagpolitika.hu/documents/1282752307_jasztrab_jacint_a_mh_egeszsegu_gyi_biztositasa_harci_stressz_-_biztonsagpolitika.hu.pdf)
3. Then, Mária and Szentmihályi, Klára and Jasztrab, Szilárd (2016) Jó egészséget I. kötet, Kozmeo egészségesnek lenni, a természet erejével. Underground Kiadó és Terjesztő Kft, Budapest. ISBN 978-963-12-5792-2 (<http://real.mtak.hu/46375/>)
4. Jasztrab Jácint Szilárd, Schandl László o.ezds, Ph.D. címzetes egyetemi docens: Mely Faktorok felelősek az egyes antipszichotikumok elhízást okozó hatásaiért? in: Honvédorvos 2008. (60) 1-2 szám
5. Jasztrab Jácint Szilárd: A harci stressz egészségkárosító hatása a katonai szolgálat alatt. In Társadalom és Honvédelem, Katonaszociológia-különszám (szerk.: Dr.habil Kiss Zoltán László), 2012. XVI. évfolyam 1-2. szám, 294-301.
6. Jasztrab Jácint Szilárd: Magyar Honvédség Honvédkórház állományába tartozó dolgozók válaszainak elemzése, (Szervezeti kommunikáció, Humán Stratégia 2012" elnevezésű empirikus kutatás)
7. Magda Eleonóra - Szentmihályi Klára - Jasztrab Szilárd - Then Mária: Citromfű a tudományos ismeretek tükrében Olaj és szappan (56. évf. 2. sz. / 2007, http://www.matarka.hu/cikk_list.php?fusz=27278&nyelv=eng)
8. Jasztrab Jácint Szilárd: Új katonai humán stratégia és karrier modell elemzése katonaeorvosi szempontból in: <http://biztonsagpolitika.hu/publikaciok-2012/dr-jasztrab-jacint-szilard-uj-katonai-human-strategia-es-karrier-modell-elemzese-katonaorvosi-szemponthol> (aug 24, 2012)
9. Jasztrab Jácint Szilárd, Schandl László: Munkavédelem sajátosságai a Magyar Honvédségben (www.biztonsagpolitika.hu)
10. Jasztrab Jácint Szilárd: Stressz szerepe a katonai pályaelhagyásban (Társadalom és Honvédelem)

11. Jasztrab Jacint Szilárd, Schandl László o.ezds, Ph.D.: Stresszel való megküzdés orvosi szemmel
12. Dr. Jasztrab Jácint Szilárd: Katonaorvosi pályaválasztás és pályaelhagyás motivációi (Honvédségi szemle, 2018. 146. évfolyam, 2. szám – p 101-114.)

Idegen nyelvű kiadványban megjelent cikk

13. Effect of employee's satisfaction on attrition of military officers at HDF Military Hospital (AARMS, befogadó nyilatkozat)

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Ezúton szeretnék köszönetet mondani Dr Svéd László nyugállományú altábornagy úrnak témavezetőmnek a Nemzeti Közszerológati Egyetem külső oktatójának, valamint professzor Dr. Kiss Zoltán László ezredes úrnak a Nemzeti Közszerológati Egyetem Hadtudományi és Honvédtisztképző Kar Katonai Vezetőképző Intézet, Katonai Vezetéstudományi és Közismereti Tanszék egyetemi tanárának a segítségével.

A kutatás elindításában és támogatásában kiemelkedő segítséget kaptam Dr. habil. Nemeslaki András úrtól, a Nemzeti Közszerológati Egyetem Tudományos és Nemzetközi rektorhelyettesétől, és Prof. Dr. Kovács László vezérőrnagy úrtól, a Nemzeti Közszerológati Egyetem Hadtudományi és Honvédtisztképző Kar Tudományos és Nemzetközi dékánhelyettesétől.

A Honvédkórháznál végzett kutatásom lehetőségét meg szeretném köszönni az MH Egészségügyi Szolgálat Főnökének az MH Egészségügyi Központ parancsnokának, Dr. Fejes Zsolt ezredes úrnak, az MH EK Személyügyi Osztályának – kiemelve Varga András ezredes urat és Gálné Rozmályer Ibolya törzsszászlós urhölgyet – továbbá a Minőségfejlesztési és Irányítási Osztálynak és Védelem-egészségügyi Osztálynak , valamint Dr. Zsiros Lajos PhD orvos dandártábornok úrnak a támogatását.

A HIVATKOZOTT IRODALOM JEGYZÉKE

1. DR. SVÉD László, DR. VEKERDI Zoltán, DR SÓTÉR Andrea: *Quo Vadis Honvédorvostan? (Honvéd-, katasztrófa- és rendvédelem orvostan) Helyzetelemzés egy Tanszék remélt újrászületéséhez.* - In. Hadtudományi szemle. 2015. 8. évf. 1. sz. - p. 359-380
2. DR. SVÉD László: *A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének és gyakorlatának változásai, sajátosságai, különös tekintettel a haderő átalakításra, a NATO-ba történő integrálásra, a különböző fegyveres konfliktusok, valamint a békefenntartó, béketeremtő és - támogató tevékenységre.* – In. Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem – Hadtudományi Doktori Iskola. Phd. 2003.
3. PÁKOZDI Márta őrnagy, Dr. FEJES Zsolt PhD. o. ezredes: *A katona-egészségügyi pályaelhagyás motívumainak feltárása.* – In: konferencia előadás https://bm-tt.hu/wp-content/uploads/2022/03/2_Fejes_Pakozdi.pptx, 2015.
4. PAPULA Lászlóné: *A katonai pályaválasztást befolyásoló tényezők empirikus vizsgálata.* - In. PhD értekezés, NKE Hadtudományi Doktori Iskola. - 2013.
5. VARGA Júlia: *Hova lettek az orvosok? Az orvosok külföldre vándorlása és pályaelhagyása Magyarországon 2003-2011.* – In Budapesti Gazdasági Füzetek, 2015
6. MAGYAR REZIDENS SZÖVETTSÉG: *Egyedülálló felmérés a külföldön dolgozó magyar orvosokról.* – In. http://www.rezidens.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=250:egyeduelallo-felmeres-a-kuelfoeldoen-dolgozo-magyar-orvosokrol-video&catid=4:megjelenesek&Itemid=18 2016.09.27.
7. GYŐRFI Zsuzsa, SUSÁNSZKY Anna, SZÁNTÓ Zsuzsanna, SUSÁNSZKY Éva: *Az orvosi pályaválasztás átalakulása – Mit mutatnak a terepmunka-tapasztalataink?* – In Metszetek, 2017 Vol. 6 No. 2.
8. GIRASEK Edmond: *Rezidens orvosok szakterület-választási és vidéki munkavállalási motivációi.* – In. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, 2012. p. 24.-27.
9. GIRASEK E., EKE E., SZÓCSKA M.: *Fiatal orvosok vidéki munkavállalási szándékai.* in: Orvosképzés. 2009; LXXXIV. évfolyam, 1 szám. p. 59–63.
10. GIRASEK Edmond: *Orvosok pályaválasztása.* – In. Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kar, Szakdolgozat. 2006.
11. GIRASEK E.: *Fiatal munkavállalók az egészségügyben, fiatal egészségügyiek a munkaerőpiacon.* - In: https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/DPR/dprfuzet4/Pages287_300_Girasek.pdf. 2016.
12. FARÁDI L.: *Az egészségügyi szolgálat fejlődése különös tekintettel a katonai és polgári egészségügyi szervek közötti együttműködésre és a háborús kórházi ellátásra.* - In: Honvédorvos. 1965. XVII. évf. 3. szám. - p. 213-218.

13. NAGY Ádám: „Ezer úton egyfelé” – gyógyítás a klasszikus korban. - In: Kalligram. Online: <http://www.kalligram.eu/Kalligram/Archivum/2003/XII.-evf.-2003.-december-Antikvitas-az-ezredfordulon/Ezer-uton-egyfele-gyogyitas-a-klasszikus-okorban>. 2015.
14. PÁPAI T.: *Az egészségügyi tisztek és altisztek katona-egészségügyi ismeretei, kompetenciái, azok fejlesztésének lehetőségei*. - In: PhD értekezés. DOI azonosító: 10.17625/NKE.2014.038, 2013.
15. Dr. BENKE József: *Az orvostudomány története*. – Budapest: Medicina Könyvkiadó, 2009.
16. BENEDEK I.: *Fejezetek az orvoslás középkori történetéből* - In: http://www.orvostortenet.hu/tankonyvek/tk-05/pdf/2.3.4.2/benedek_istvan_kozepkori_orvoslas.pdf. 2015.
17. MARSII, Z., Dr. MÁRTAI, I.: *Az ösztönöktől a tudományig. Az elsősegélynyújtás története*. - In: http://www.hazipatika.com/eletmod/veszelyben/cikkek/az_ozstonoktol_a_tudomanyig/20081209173114, 2010.
18. MARCHAND, Louis-Joseph.: *Portraits de Médecins. Chirurgien militaire français, baron d'Empire*. - In: http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/larrey_dj.html, 2003.
19. FARÁDI L.: *Az egészségügyi szolgálat fejlődése II*. - In: *Honvédorvos*, 1965. XVII. évf. p. 307-314
20. BIRTALAN Gy.: *A modern hadegészségügyi szervezet kialakulásának kezdete külföldön és hazánkban*. – In. *Katonaorvosi szemle*, 1954. VI. évfolyam. - p. 691-701
21. KAZAI A.: *A szabadságharc orvosai*. - In: http://www.medicalonline.hu/kitekinto/cikk/a_szabadsagharc_orvosai, 2011.
22. VITÁL A.: *A szabadságharc orvosai*. – In. <http://ujsozso.com/vasarnap/kultura/2014/03/14/a-szabadsagharc-orvosai>, 2014.
23. TURCSÁN A.: *Gyógyításra esküdtünk*. - 2012. - ISBN 2399998735710
24. Dr. FARÁDI L.: *Centenárium az életéről*, - Bp.: Gondolat kiadó, 1983
25. PÁCSERNÉ B.J. Dr. KATONA A.: *Magyar Honvédség Központi Honvédkórház Centenárium 1899-1999*. - Honvéd Vezérkar Egészségügyi Csoportfőnökség kiadványa, 1999.
26. KOVÁCS A.: *Csapatgyógyományok, Gyógyítás és megelőzés*. - Bp.: Zrínyi Kiadó, 2010.
27. WIKIPEDIA: *MH Egészségügyi Központ*. – In: https://hu.wikipedia.org/wiki/MH_Eg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgyi_K%C3%B6zpont, 2024
28. Magyar Honvédség: *Összhaderőnemi egészségügyi doktrína*. p. 14-15, 2013.
29. MEDVECZKI Z.: *Fej-nyak sebészeti ellátás minősített helyzetben*. – In. *Hadmérnök*: http://hadmernok.hu/archivum/2006/1/2006_1_medveczki.html, 2006.
30. NAGY J., OROSZ Z.: *MI-8/MI-17 szállítóhelikopterek alkalmazása a magyar légierőben*. – In. *Repüléstudomány*: http://www.repulestudomany.hu/kulonszamok/2005_cikkek/nagy_janos_oros_zoltan.pdf, 2005.
31. GÁCSEI Z.: *Robotok a katonák szolgálatában* - In. http://uni-nke.hu/downloads/bsz/bszemle2008/4/01_Gacser_Zoltan.pdf, 2008.

32. ZARÁNDNÉ VÁMOSI K., NÁDASDI F., TOTH G.(2016) *Lehet-e javítani az egészségügyben zajló folyamatok hatékonyságán az értékelemzés módszerével.* - 2016. - ISBN 978-80-89691-33-3.
33. YAN A.: *Chinese robot dentist is first to fit implants in patient's mouth without any human involvement.* – In. <http://www.scmp.com/news/china/article/2112197/chinese-robot-dentist-first-fit-implants-patients-mouth-without-any-human>, 2017.
34. VARGA A. F.: *A drónok, mint a kockázatmentes hadviselés eszközei.* – In. *Hadtudományi Szemle*, 2013. 6. évf. 2. sz. – p. 44-58.
35. KINCSES Gy.: *A humán erőforrás kérdés megoldási lehetőségei.* - In: Online: http://www.elitmed.hu/ilam/egeszsegpolitika/a_humaneroforras_kerdes_megoldasi_lehetosegei_7237/, 2017.
36. PACZÁRI Attila: *Motivációs elméletek a gyakorlatban.* - In. *Hadtudományi Szemle*. 2017. X. évf. 1. sz. - p. 553–568.
37. KISPÁL, VITAI Zs.: *Szervezeti viselkedés.* - 2013 - ISBN: 978-1-78273-830-5.
38. NAVY, S. L.: *Theory of human motivation - Abraham Maslow.* – In. *Science education in theory and practice*. 2020. p. - 17–28.
39. VARGAS-HERNANDEZ J. G., ARREOLA-ENRIQUE J. A.: *The motivation of collaborators in family micro companies: Cybercafé* – In. *RAM. Revista de Administração Mackenzie*, 2017. 18. évf. 6. sz. – p. 149-176.
40. SOSTERIC M., RATKOVIC G.: *Eupsychian Theory: Reclaiming Maslow and Rejecting the Pyramid - The Seven Essential Needs.* – In. 2022. <https://doi.org/10.31234/osf.io/fswk9>
41. HERZBERG, F.: *One More Time: How Do You Motivate Employees?* – In. *Harvard Business Review*, 1968. 46. évf. 1. sz. – p. 53–62.
42. ALDFENDER C. P.: *An empirical test of a new theory of human needs* – In. *Organizational Behavior and Human Performance*. 1969. online: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/003050736990004X>
43. SKINNER, B. F.: *The science of learning and the art of teaching* – In. *Harvard Educational Review*. 1954. 24. évf. 2. sz. - p. 86–97.
44. FODOR L.: *Burrhus Frederic Skinner* - In. *Magiszter* 2010. 8. évf. 4. sz.
45. BADURA, A.: *Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change* – In. *Psychological Review*. 1977. 84. évf. 2. szám. - p. 191–215
46. FESTINGER, L.: *A Theory of Cognitive Dissonance.* – In. *Stanford University Press*. 1975.
47. LOCKE, E.A.: *The Nature and Causes of Job Satisfaction.* - In: *Dunnette, M.D., Ed., Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. 1. kötet. 1976.
48. ROBBINS, S. P., JUDGE, T. A.: *Organizational Behaviour* - 2012. - ISBN-13: 978-0-13-283487-2.
49. ADAMS, J. S.: *Toward an understanding of inequity* – In. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1963. 67. évf. p. 422–436.
50. VROOM, V. H.: *Work and motivation.* – In. *New York: Wiley*, 1964. - p. 331.

51. LAWLER, E. E., PORTER, L. W.: *The Effect of Performance on Job Satisfaction*. – In. Industrial Relations. 1967. 7. évf. 1. sz. Online: <https://doi.org/10.1111/j.1468-232X.1967.tb01060.x>
52. PERCZEL T.: *Motiváció, megelégedettség, beilleszkedés, fluktuáció*. - In. ELTE BTK Gazdaságpszichológiai Tanszék. <https://www.pszichoerdek.hu/Protokollok/Munkap/05.pdf> 2003.
53. BEKE Mariann: *Motivációs elméletek elemzése, fókuszban az önmeghatározás elmélet*. – In. Gazdálkodás- és szervezéstudományi folyóirat. 2018. (10) 1. - p. 105-114
54. BEKE Mariann: *A motiváció és tanulás kapcsolatának vizsgálata: fókuszban az önmeghatározás elmélet* - In. Pécsi Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Kar Gazdálkodástani Doktori Iskola. Doktori értekezés. Online: <https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/23465/benke-mariann-phd.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, 2018
55. YÖKÉR, I. – KRAJCSÁK, Z: *Az alkalmazotti elégedettséget és elkötelezettséget befolyásoló tényezők vizsgálata*, - In. Vezetéstudomány, 2009. XL. évf. Különszám.
56. BOUDON, Raymond: *Education, Opportunity and Social Inequality* – In. Changing Prospects in Western Society. New York, Wiley, 1974.
57. LANNERT Judit: *Pályaválasztási aspirációk. (A 13 és 17 évesek továbbtanulási aspirációi mögött munkáló tényezők három kistérségben)*. – In. Doktori értekezés. Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem Szociológia Ph.D. program. 2004. – p. 45–46. p. 87.
58. LANNERT Judit: *Pályaorientációk, Educatio* – In. Szántó Zoltán: A társadalmi cselekvés mechanizmusai. Aula. 2004. - p. 251.
59. MOLNAR Regina, MOLNAR Péter: *Az orvosi pályaszocializáció*. - In. Lege Artis Medicinae, 2002. 12. évf. 4. sz. - p. 250–254;
60. MOLNAR Regina, MOLNAR Péter: *Az orvosszerepről – a pályaszocializáció tükrében*. In. Mentálhigiéne és Pszichoszomatika. 2005. 6. évf. 2. sz. – p. 123–140.
61. MOLNAR Péter, CSABAI Márta, CSÖRSZ Ilona: *Orvosi professzionalizáció és magatartástudomány*. – In. Magyar Tudomány, 2003. 173. évf. 11. sz. – p. 1391.
62. MOLNAR Regina, NYÁRI Tibor, MOLNAR Péter: *Az orvostanhallgatók pályán maradásra, pályaelhagyásra vonatkozó elképzelései*. – In. Orvosi Hetilap. 2008. 149. évf. 18. sz. – p. 845.-846.
63. BAKOS Csaba Attila: *A magyar honvédség megítélése pályaválasztás előtt álló fiatalok körében*. – In. Hadtudományi Szemle, 2013. 6. évf. 1. sz. – p. 1–5.
64. NÉMET Tamás: *A pályaválasztás és pályaorientáció vizsgálata egy empirikus kutatás során*. - In. Hadtudományi Szemle, 2015. VIII. évf. 1. sz. - p. 319–340.
65. BUKODI E., VUKOVICH GY., HARCSA I.: *A magyar társadalom a jelzőszámok tükrében*. - In: Társadalmi riport, Budapest. Társi, 2000. - p. 20-21.
66. GEBAUER F.: *Három évtized, érdeklődési tesztek tükrében*. – In. Mérei Ferenc Fővárosi Pedagógiai és Pályaválasztási Tanácsadó Intézet. Online: <http://www.eniskolam.hu/3evtized.pdf>, 2009.

67. MAKÓ Á., BÁRDITS A., NYÍRŐ ZS.: *Általános iskolások pályaválasztása 2014.* – In: MKIK Gazdaság- és Vállalkozáskutató Intézet. Budapest. Online: http://gvi.hu/files/researches/127/palyaorientacio_2014_tanulmany_140724.pdf, 2014.
68. GEBAUER F.: *Pályaválasztás a középiskolában.* - In: Mérei Ferenc Fővárosi Pedagógiai és Pályaválasztási Tanácsadó Intézet. Online: www.fovpi.hu/data/cms54104/Palyavalasztas_a_kozepiskolaban.pdf, 2009.
69. LUKÁCS F.: *A pályaválasztási bizonytalanság és az identitás összefüggései középiskolás mintán II. rész.* – In: Életpálya-tanácsadás. 2013. 1.évf. 2.sz. - p. 48-49, 46-51.
70. CSAPÓ B, FEJES J. B., KINYÓ L., TÓTH E.: *Az iskolai teljesítmények alakulása Magyarországon nemzetközi összehasonlításban.* - In: Online: <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/b327.pdf>, 2014.
71. KISPÁLNÉ HORVÁTH M., VINCZE S. Z.: *Végzős középiskolások továbbtanulással kapcsolatos motivációi, döntései és az azokat befolyásoló tényezők.* - In: Új Pedagógiai Szemle. 2009. 59. évf. 12. sz. - p. 69, 57-73.
72. LENGYEL ZS.: *A katonai pályaszocializáció néhány sajátosságáról.* – In: Hadtudományi Szemle. 2008. 1. évf. 1. sz. - p. 71.
73. BOLGÁR J. - SZEKERES GY.: *A pályaeorientáció jellemzői, kapcsolata a pályaealkalmassági vizsgálattal.* – In: Hadtudományi Szemle. 2015. 8. évf. 1.sz. - p. 284.
74. NAGY-VARGÁNÉ JUHÁSZ Á.: *A motiváció szerepe a magyar honvédségben.* - In: Bolyai Szemle. 2010. 12. évf. 2. sz. - p. 11-12.
75. NAGYNÉ BERECSKI SZ.: *Speciális katonai beosztások orvosi és pszichológiai alkalmasságvizsgálatának története Magyarországon.* - In: Bolyai Szemle. 2007. 9. évf. 1. sz. p. 21-23.
76. KÓRÓDI GY.: *A digitális katona személyi védelme a honvédorvos szemszögéből.* - In: Hadmérnök. 2006. Különszám - p. 1-7.
77. SVÉD L.: *Aktualitások és tények a katonaorvoslás történetéből.* - In: Honvédorvos. 2007. 59. évf. 3/4 sz. - p. 143-151.
78. REMETEI D.: *Korunk megváltozott biztonsági környezete, hatása a katona-egészségügy egyes területeire: Az egészségügyi felderítés és az AJP-4.10.3. (MEDINT) doktrína.* – In: Honvédorvos. 2011. 63 (3-4): pp. 170-182.
79. KRIZBAI JÁNOS: *A kihívások negyedszázada az önkéntes haderő szemszögéből.* – In: Hadtudomány, 2014. 3-4. évf. - p. 83.
80. GICZI István: *Pályamotiváció a Magyar Honvédségben.* - In: Hadtudományi Szemle, 2015. VIII. évfolyam 1. szám, - p. 444-445.
81. SZABÓ L.: *A foglalkozások – különösen a katonai hivatás – presztízisének szociológiai vonásairól.* - In: Nemzet és biztonság, 2011. p. 58-72.
82. KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL: *Mikrocenzus 2016 – A foglalkozások presztízise.* - In: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mikrocenzus2016/mikrocenzus_2016_13.pdf, 2018.

83. RÓTH A.: *A Magyar Honvédség társadalmi megítélése az Egyesült Államok és az Egyesült Királyság haderejének összehasonlításában.* – In. Biztonságpolitika Online: <http://old.biztonsagpolitika.hu/userfiles/file/PDF/roth.pdf>, 2005.
84. SZABÓ J. I.: *A magyar honvédelem új intézményrendszere.* - In. Magyar Szemle: A magyar katonatársadalom a második szabad választás küszöbén, 1993. Új folyam XXVI. 7-8. szám.
85. ORIGO: *Szakmák toplistája: jogász és orvos az élen.* – In. <http://www.origo.hu/allas/palyakezdo/20090910-szakmak-toplistaja-jogasz-es-orvos-az-elen.html>, 2009.
86. KANYÓ L.: *A honvédtiszt pályát választó, katonai vezető szakos hallgatók rekrutációja.* In: Phd értekezés Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem, 2002.
87. ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓ KÖZPONT: *2017-ben az akkreditált képzőhelyek (egészségügyi szolgáltatók) által betöltendő üres rezidensi álláshelyek száma szakképesítés ORSZÁGO KÓRHÁZI FŐIGAZGATÓSÁG: 2024-ben az akkreditált képzőhelyek (egészségügyi szolgáltatók) által betöltendő üres rezidensi álláshelyek száma szakképesítés szerinti bontásban.* - In: <http://www.enkk.hu/index.php/hun/szakkepzes-tamogatasi-foosztaly/rezidens/ures-allashelyek>, 2017.
88. ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓ KÖZPONT: *2020-ban az akkreditált képzőhelyek (egészségügyi szolgáltatók) által betöltendő üres rezidensi álláshelyek száma szakképesítés szerinti bontásban.* In. <https://www.enkk.hu/index.php/hun/szakkepzes-tamogatasi-foosztaly/rezidens/ures-allashelyek>, 2020.
89. NATÚRSZIGET: *Stresszes, őrlődő doktornők.* - In. <https://www.natursziget.com/itthon/20070521doktornok/all-pagesm>, 2007.
90. KULICH K.: *Az orvosok egészségi állapota.* – In. <https://prezi.com/3sjqa6bimqtg/copy-of-az-orvosok-egeszsegi-allapota/>, 2016.
91. ILLÉS T.: *Boldogtalan orvosok... - egy hazai vizsgálat szükségessége.* - In. <http://szegedma.hu/hir/szeged/2012/01/boldogtalan-orvosok-egy-hazai-vizsgalat-szuksegessege.html>, 2016.
92. GYÖRFFY ZS.: *Morbiditás és stressztényezők a magyarországi orvosnők körében.* In. Doktori Értekezés. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/gyorffyzsuzsa.d.pdf, 2015.
93. TYSSSEN R., VAGLUM P., GRONVOLD N.T., EKEBERG O.: *Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors.* In. Journal of Affective Disorders, 2008. 64 (1): pp. 69-79.
94. COOPER C. L., MARSHALL J.: *Understanding executive stress.* In. Princeton:PBI Books.
95. KIRÁDY A.: *Stressz megjelenési formái a fegyveres testületek tagjainál.* In.: http://uni-nke.hu/downloads/konyvtar/digitgy/publikacio/Kirady_A.pdf, 2015.
96. JASZTRAB J. SZ.: *A katonaegészségügy helye és szerepe a missziós tevékenységekben.* – In. http://old.biztonsagpolitika.hu/documents/1282752313_jasztrab_jacint_katonaegeszsegugy_a_misszios_tevekenysegekben_-_biztonsagpolitika.hu.pdf, 2015.

97. HAIMAN Éva: *Felvételi 2023: ezek a legnépszerűbb képzési területek.* – In: <https://uninside.hu/felveteli-2023-ezek-a-legnepszerubb-kepzesi-teruletek/>, 2023.
98. HALÁSZ M.: *Hová, hová doktor úr?* In: URL: http://mno.hu/migr_1834/hova-hova-doktor-ur-733160, 2016.
99. EDUCATIO: *Diplomás pályakezdő rendszer, Semmelweis Egyetem végzettek (2013).* In: https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/DPR_adatlapok/DPR_2013tavasz/SE_2013.pdf, 2016.
100. OKTATÁSI HIVATAL FELSŐOKTATÁSI ELEMZÉSI FŐOSZTÁLY: *Diplomás pályakövetési rendszer hallgatói vizsgálat 2023.* – In: https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/felsooktatasihely/DPR/hallgatoi_vizsgalat_2023_jelentes.pdf, 2023
101. OECD: *International Migration Outlook 2015.* In: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oced/social-issues-migration-health/international-migration-outlook-2015/practising-doctors-by-place-of-birth-in-30-oced-countries-2000-01-and-2010-11_migr_outlook-2015-table51-en#.WA8zPjkjcc, 2016.
102. OECD INDICATORS: *International migration of doctors and nurses.* - In: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/96fd3f69-en/index.html?itemId=/content/component/96fd3f69-en#figure-d1e33242-96e5ebea99>, 2023.
103. OECD INDICATORS: *Health at a Glance 2023.* – In: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en> ISSN: 19991312, 2023.
104. KÜLFÖLDRE MENNÉK.HU: *Egyre több orvos hagyja el az országot, vagy vált pályát – utánpótlás nincs.* – In: <http://kulfoldremennek.hu/munka/401-egyre-tobb-orvos-hagyja-el-az-orszagot-vagy-valt-palyat-utanpotlas-nincs>, 2016.
105. PÁLYÁZATFIGYELŐ: *Szakorvosjelöltek Markusovszaky Lajos ösztöndíja.* - In: http://www.pafi.hu/_pafi/palyazat.nsf/ervdocidweburlap/E8369BE8CE78FFF2C1257C35004996BD, 2015
106. PÁLYÁZATMENEDZSER: *Méhes Károly Ösztöndíj 2015 – Pályázat csecsemő- és gyermekgyógyásza szakorvosjelölteknek.* In. Online: <http://palyazatmenedzser.hu/2015/01/29/mehes-karoly-osztondij-2015-palyazat-csecsemo-es-gyermekgyogyasz-szakorvosjelolteknek/>, 2015.
107. PÁLYÁZATFIGYELŐ: *Oxiológia és Sürgősségi Orvotan Szakorvosjelöltek Gábor Aurél ösztöndíja.* - In http://www.pafi.hu/_pafi/palyazat.nsf/ervdocidweburlap/18D6D2E38C0FCD22C1257C35004B82E1 2015.
108. HONVÉDSÉGI ÖSZTÖNDÍJ: *Pályázati felhívás.* - In. <http://www.epito.bme.hu/sites/default/files/page/Palyazati%20felhivas.pdf>, 2015.
109. NAVARRAI MÉSZROS Márton: *Fejlődő toborzás, modern módszerek.* - In. Honvedelem.hu: <https://honvedelem.hu/hirek/fejlodo-toborzas-modern-modszerek.html>, 2024.
110. A HONVÉDSÉG KAPUJA: *Regisztráció, jelentkezés.* - In. http://www.hadkiegeszites.honvedseg.hu/cikk/regisztracio_jelentkezes, 2013.

111. HONVEDELEM.HU: *Szolgálati plusz pontok a jövőre felvételizőknek* - In. <https://honvedelem.hu/hirek/szolgalati-plusz-pontok-a-jovore-felvetelizoknek.html>, 2024.
112. HONVÉDSÉG KAPUJA: *Kik a tartalékosok?* – In. http://www.hadkiegeszites.honvedseg.hu/onkentes_tartalekos_rendszer/tartalekosok_alapfogalmak, 2015.
113. SZEPESI A.: *Kiderült, mennyire fontos a kormánynak az egészségügy.* – In. <http://www.ekorlap.hu/egeszsegugy/2015/kiderult-mennyire-fontos-a-kormany-nak-az-egeszsegugy>, 2015.
114. MÜLLER T.: *Infojegyzet 2014/7.* - In. Képviselői Információs Szolgálat, 2014.
115. NATO: *Defence Expenditures of NATO Countries (2014-2023)* – In. https://www.nato.int/cps/en/natohq/news_216897.htm, 2023.07.07.
116. BBC: *How much do Nato members spend on defence?* – In. <https://www.bbc.com/news/world-44717074>, 2024.02.15.
117. AL MAJALLA (LONDON): *NATO boosts its defence spending.* – In. <https://en.majalla.com/node/313586/infographics/nato-boosts-its-defence-spending>, 2024.03.26.
118. WEBORVOS: *Egyszerűsítik a rezidensek ösztöndíjának kifizetését.* - In. <https://weborvos.hu/egeszsegpolitika/egyszerusitik-a-rezidensek-osztondijanak-kifizeteset-230439>, 2016.
119. ORSZÁGOS KÓRHÁZ FŐIGAZGATÓSÁG: *Rezidens Támogatási Program Ösztöndíjai.* - In. <https://www.enkk.hu/index.php/hun/szakkepzes-tamogatasi-foosztaly/rezidens/osztondijak/osztondij-palyazatok-20>, 2023. augusztus 24.
120. INDEX: *Az orvosbárókra megy el a pénz.* - In. http://index.hu/gazdasag/penzbeszel/2016/04/18/korhaz_orvos_egeszsegugy_betegseg_lantos_gabriella_elso_resz/?token=34dc327ee393a579ead5945772ceed93, 2016.04.18.
121. KSH: *Kórházi ágyak száma (2000-).* - In. http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_int017.html, 2015.
122. INDEX: *A balekok tartják el a potyautasokat.* - In. URL:http://index.hu/gazdasag/penzbeszel/2016/05/02/korhaz_orvos_egeszsegugy_betegseg_lantos_gabriella_masodik_resz/, 2016.09.26.
123. BLASKÓ Zs., FAZEKAS K.: *Munkaerő piaci tükrözés 2015.* - In. http://www.mtakti.hu/file/download/mt_2015_hun/egyben.pdf, 2015.
124. THE INTERNATIONAL MIGRATION OF DOCTORS: *Impacts and Political Implications.* – In. <http://www.irdes.fr/english/issues-in-health-economics/203-the-international-migration-of-doctors-impacts-and-political-implications.pdf>, 2016.09.28.
125. EURONEWS: *Bérekérdés: Melyik európai országokban keresik a legtöbbet az orvosok?* - In. <https://hu.euronews.com/next/2023/01/05/berkerdes-ezekben-az-europai-orzagokban-keresik-a-legtobbet-az-orvosok>, 2023.
126. SERVET Yanatma: *„Doctors' wages: Which countries in Europe pay medics the highest and lowest salaries?”* - In. <https://www.euronews.com/next/2023/08/11/doctors-salaries-which-countries-pay-the-most-and-least-in-europe>, 2023.

127. VARGA Júlia: *Az orvosmigráció ütemének változásai, 2003–2011.* – In. BLASKÓ Zsuzsa–FAZEKAS Károly (szerk.) - Budapest, MTA Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaság-tudományi Intézet. 2015. - p. 96–103.
128. PORTFOLIO: *Megérkezett a törvényjavaslat az orvosok béremeléséről. - Így jönnek a milliós orvosi fizetések.* - In. <https://www.portfolio.hu/gazdasag/20201005/megerkezett-a-torvenyjavaslat-az-orvosok-beremeleserol-igy-jonnek-a-millios-orvosi-fizetesek-451558>, 2020.
129. MAGYARORSZÁG KORMÁNYA: *T/13174. számú törvényjavaslat az egészségügyi szolgálati jogviszonyról.* - In. <https://www.parlament.hu/irom41/13174/13174.pdf>, 2020.
130. ELMER Diána: *Az egészségügyi ágazatban dolgozók bér- és létszámhelyzete Magyarországon.* - In. Doktori értekezés. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar. 2023.
131. MAGYAR ORVOSI KAMARA: *MOK felmérés: megkérdeztük tagjainkat, közzétettük az eredményeket. Szakorvosi kérdőív.* – In. <https://mok.hu/hirek/mokhirek/mok-felmeres-megkerdeztuk-tagjainkat-kozzetettuk-az-eredmenyeket>, 2024.
132. SEMMELWEIS HÍREK: *Rekordszámú hallgató és egyre magasabb ponthatárok a Semmelweis Egyetemen.* – In: <https://semmelweis.hu/hirek/2023/07/27/rekordszamu-felvett-hallgato-es-egyre-magasabb-ponthatarok-a-semmelweis-egyetemen/>, 2023.06.07.
133. VARGA Júlia: *A felsőfokú végzettségűek foglalkozási mobilitása.* – In. MTA doktori értekezés, 2017. - p. 165-201.
134. BALÁZS P.: *Nemzetközi migrációs hatások és belső tényezők Magyarország orvosi munkaerő-gazdálkodásában.* - In. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2009.
135. KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL: *Egészségügy (1960-).* - In. https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0006.html, 2023
136. OECD database: *Doctors.* - In. <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>, 2022.
137. The World Bank: *Physicians per 1.000 people in European Union.* - In. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?locations=EU>, 2021.
138. OECD: *Health workers with right skills in right places needed.* - In. <http://www.oecd.org/newsroom/health-workers-with-right-skills-in-right-places-needed.htm>, 2016.
139. OECD: *Health Workforce Migration.* - In. http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_WFMI, 2017.
140. KINCSES GY: *Orvoslétszám számháború: nem tudjuk, mennyi az annyi, de reform nélkül bármennyi is kevés lesz.* - In. Portfolio, 2018.
141. FEKETE E.: *Ezért megállíthatatlan a magánegészségügy.* - In. <https://forbes.hu/uzlet/ezert-megallithatatlan-a-maganegeszsegugy/>, 2017.
142. CSÁKÓ Beáta: *Orvoselváందorlás.* - In. Országgyűlés Hivatala Közgyűjteményi és Közművelődési Igazgatóság Képviselői információs Szolgálat, 2017.
143. VEROSZTA ZS: *A tanári pályaelhagyás szaktárgyi mintázata.* - In. Educatio, 2012. 20. évf. 4. sz. - p. 608.

144. GARAI O., KISS L.: *Reál diplomával a munkaerőpiacon.* – In. https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/DPR/dprfuzet4/Pages203_226_Garai_Kiss.pdf, 2007.
145. VARGA J.: *AZ ORVOSOK ELVÁNDORLÁSA 2009–2017 KÖZÖTT.* Varga Júlia Pp. 147.-150. oldal.
146. VARGA J. : *Hova lettek az orvosok?* – In. *Közgazdasági Szemle*, 2016. LXIII. évf, 2016. - p. 1–26.
147. BALÁZS P.: *Orvosi létszámok és a nemzetközi orvosmigráció aktuális hatása Magyarországon.* – In. *Orvosi Hetilap*, 2012. 153 évf. 7. sz. – p. 250-256.
148. BODNÁR K. – SZABÓ L. T.: *A kivándorlás hatása a hazai munkaerő piacra.* – In. MNB-tanulmány, <http://mek.oszk.hu/13400/13401/13401.pdf>, 2014.
149. EPPICH GY. - KÖLLŐ J.: *Foglalkoztatás a válság előtt, közben és után.* - In: *Társadalmi riport*. 2014. Budapest: Társadalmi Riport. - p. 157-178.
150. BLASKÓ ZS. - , LIGETI A. S. - SIK E. (2014): *Magyarok külföldön – Mennyien? Kik? Hol?* – In. *Társadalmi riport 2014.* Budapest: Társadalmi Riport. p. 353-366.
151. BUDNIK K. Z.: *Do those who stay work less? On the impact of emigration on the measured TFP in Poland.* – In. National Bank of Poland, Working Paper No. 113. http://www.nbp.pl/publikacje/materialy_i_studia/113_en.pdf, 2012.
152. CHAMI R., FULLENKAP C., JAHJAH S.: *Are Immigrant Remittance Flows a Source of Capital for Development?* – In. IMF Working Paper WO/03/189, <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2003/wp03189.pdf>, 2003.
153. BEINE M., DOCQUIER F., RAPOPORT R.: *Brain drain and economic growth: theory and evidence*, in: *Journal of Development Economics*, 2001. 64 évf. 1. sz. - p. 275–289.
154. AGRAWAL A., KAPUR D., MCHALE J., OETTL A.: *Brain drain or brain bank? The impact of skilled emigration on poor-country innovation.* – In. *Journal of Urban Economics*. 2011. 69 évf. 1. sz. - p. 43-55.
155. WORLD TRADE ORGANIZATION: *World Trade Report 2013, Factors shaping the future of world.* – In. https://www.wto.org/english/res_e/booksp_e/world_trade_report13_e.pdf, 129. o. 2015.
156. CSIKI Gergely: *Nagyon híznak a hazai magánegészségügyi cégek, a betegek pedig fizetnek rendesen.* – In. *Portfolio*, 2023.06.21.
157. ENKH: *Éves beszámoló (2018).* - In. https://www.enkk.hu/hmr/documents/beszamolok/HR_beszamolo_2018.pdf
158. KORMÁNY.HU: *Átalakulóban a katonaegészségügy.* – In. <https://kormany.hu/hirek/atalakuloban-a-katonaegeszsegugy>, 2021.
159. MEDICALONLINE: *Honvédkórház: szétválasztás szövődményekkel.* – In. https://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/honvedkorhaz__szetvalasztas_szovodmenyekkel, 2023.
160. MEDICALONLINE: *Nagy a gond a Honvédkórházban.* – In. https://medicalonline.hu/cikk/nagy_a_gond_a_honvedkorhazban, 2023.
161. KÁLMÁNFI Gábor: *Új egészségügyi központot építünk!* – In. *Obsitos* IV. évf. 2023/2. p. 12–13. 243. oldal

162. MEDICALONLINE: *Honvédkórház: a szakdolgozók fizetésének csökkentésénél tart az átalakítás.* – In. https://medicalonline.hu/cikk/honvedkorhaz__a_szakdolgozok_fizetesenek_csokkentesenel_tart_az_atalakitas, 2023.
163. HR PORTÁL: *A munkahelyi stressz leggyakoribb oka az átszervezés.* – In. <https://www.hrportal.hu/hr/a-munkahelyi-stressz-leggyakoribb-oka-az-atszervezes-20140409.html>, 2013.
164. PORTFOLIO: *Januárban is folytatódik az orvosok béremelése; 2022.* augusztus 13. .
165. Dr. KINCSES Gyula: *Ki fog itt gyógyítani?* – In. <http://www.slideshare.net/jaalapitvany/ki-fog-itt-gyogyitani-kincses-gyula-egszsgpolitikus-egszsggyi-szakkzgazdsz>, 2012.
166. NATO JOINT HEALTH GROUP: *Report responding to the COMEDS tasking to assess the healthcare worker shortage.* – In. AC/330(EAPC)N(2015)0009, 2015 április 1.
167. Daniel LEE, Jeff GUTHERIE: *Military Physician Recruitment and Retention: A Survey of Students at the Uniformed Services University of the Health Sciences in Military Medicine.* In. PubMed, 2009. 147. sz.
168. NATO JOINT HEALTH GROUP: *2021 REPORT ON THE HEALTH CARE WORKER SHORTFALL.* – In. AC/320-WP(2021)0005, 2021.november 18.
169. NATO CIVIL EMERGENCY COMITTE: *2019 Report on the Health Care Worker Shortfall.* – In. AC/98-D(2020)0001 (INV), 2020. Január 16.
170. NATO: *RTG 213-survey.* 2011. április
171. KATONA B.: *A katonai és biztonsági magánvállalatok tevékenysége és a fegyveres testületeknél szolgálatot teljesítők pályaelhagyása közötti összefüggések.* – In. http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/publikacio/katona_bela01.pdf, 2011. letöltve: 2015.04.02.
172. KISSNÉ András K. (2010) : *Generációk a magyar honvédségnél. Motiváció és munkaerő megtartó képesség.* – In. Hadtudományi szemle. 3. évf. 4. szám. p. 61-62. Online: http://uni-nke.hu/downloads/kutatas/folyoiratok/hadtudomanyi_szemle/szamok/2010/2010_4/2010_4_tt_kissne_58_64.pdf, 2015.04.05.
173. EKE E., GIRASEK E., SZÓCSKA M.: *A migráció a magyar orvosok körében.* – In. Statisztikai Szemle, 2007. 93. évf. 7-8. szám. p. 795-827.
174. LUKÁCS É., ILLÉS S.: *Szabad-e a személyek áramlása?* – In. Alföldi tanulmányok 2002–2003. Online: http://real-j.mtak.hu/1327/1/ALFOLDTAN_2003.pdf, 2003. letölve: 2015.11.25.
175. GAIZAUSKIEN A., GRABAUSKAS V., KUCINSKIENE Z et al: *Physian Planning in Lithuania in 1990-2015.* – In. Policy Documentation Center, Online: http://pdc.ceu.hu/archive/00002469/01/LGP_leidinys_engl.pdf, 2000.
176. ZRÍNYI M., ZÉKÁNYNÉ RIMÁR I., TÓTH H., SIKET A.: *Időzített bomba? Pályaválasztás és elvándorlás.* – In. Egészségügyi gazdasági szemle. 2007. 5.évf. 1.sz. – p. 43.
177. TAKÁCS P., SIKET A.: *Ápolók pályaelhagyásának és migrációjának további statisztikai elemzése.* – In. Acta Medina. Online:

- http://epa.oszk.hu/02500/02535/00002/pdf/EPA02535_acta_medicinae_2011_02_033-046.pdf, 2005.
178. TÖLGYESI D. B.: *Emberi erőforrások gazdálkodás a hazai egészségügyben, kihívások és lehetőségek.* – In. Miskolci Egyetem – Gazdaságtudományi Kar. Online: http://midra.uni-miskolc.hu/JaDoX_Portlets/documents/document_14724_section_7102.pdf, 2013, letöltve: 2015.11.26.
179. KSH: *Tér-kép 2021.* - In. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/ter_kep_2021.pdf, letöltve: 2022.03.05.
180. EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: *2012. évi statisztika –Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki in:* http://www.eekh.hu/documents/statisztika/2012/20122_hatbiz_szakkepesites.pdf, 2012.
181. EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: *2014. évi statisztika –Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki.* – In. http://www.eekh.hu/documents/statisztika/2014/hatbiz_2014_nem_allamp_eves.pdf, letöltve: 2015.11.09.
182. EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: *2013. évi statisztika –Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki.* – In. http://www.eekh.hu/documents/statisztika/2013/2013_hatbiz_eletkor.pdf, letöltve: 2015.11.09.
183. STANKŪNAS, M., LOVKYTÉ, L., PADAIGA, Ž.: *The Survey of Lithuanian Physicians and Medical Residents Regarding Possible Migration to the European Union.* – In. *Medicina.* 2004. 40. évf. 1.sz. - p. 68–74.
184. HÁRS Á., SIMONOVITS B., SIK E.: *Munkaerőpiac és migráció: fenyegetés vagy lehetőség?* – In. www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a803.pdf, 2004.
185. KOLOSI T., TÓTH I. GY., VUKOVICH GY.: *Társadalmi Ríport, 2004.* – In. Tárki, Budapest. Online: <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a803.pdf>, p. 272-289. Letöltve: 2015.11.26.
186. MAGYAR REZIDENS SZÖVETSÉG – SZINAPSZIS (2014): *MRSZ Hallgatói Kutatás.* – In. Online: <http://rezidens.hu/index.php/sajtoanyag/letoltesek?download=1:mrsz-hallgatoi-kutatas.>, 2014. Letöltve: 2015.11.26.
187. FARKAS R.: *A magyarországi orvos elvándorlás.* – In. Méltányosság politikaelemző központ. 2012. - p. 2. Online: , http://www.meltanyossag.hu/files/meltany/imce/doc/kp_orvoselvandorlas_120320.pdf letöltve: 2015.04.13.
188. EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: *2009. évi statisztika –Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki.* – In. Online: http://www.eekh.hu/documents/statisztika/2009/2009_hatbiz_celorszag.pdf, letöltve: 2015.11.10.
189. DEUTSCHMAN-HORVÁH ZS. L. és mtsai: *Beszámoló az egészségügyi ágazati humán erőforrás 2013. évi helyzetéről az egészségügyi ágazati humán erőforrás-monitoring*

- rendszer alapján.* – In. Egészségügyi és Nyilvántartási Képzési Központ. p. 8. Online: http://www.eekh.hu/hmr/letoltesek/beszamolok/HR_beszamolo_2013.pdf, letöltve: 2015.04.06..
190. RÉVÉSZ Barnabás Márk: *A Magyar Egészségügy Humán Erőforrás Biztosításának anyagi kérdései.* – In. http://web.med.u-szeged.hu/healthecon/images/szakdolgozat/Revesz_Barnabas_Mark.pdf, letöltés ideje 2024 06.04.
191. LENGYEL A.: *Magyarok külföldi munkavállalása.* – In. Budapesti Gazdasági Főiskola – Külkereskedelmi Főiskolai Kar, Nemzetközi Kommunikáció Szak. Online: http://elib.kkf.hu/edip/D_14568.pdf, 2009. Letöltés ideje: 2015.11.26.
192. BALOGH T.: *Infrastruktúra-fejlesztés az egészségügyben.* – In. Foglalkoztatási, társadalmi befogadási és egészségügyi fejlesztések Magyarországon. Dr. Antal T.– Dr. Fedor M. – Szabó Á. szerk. Nemzeti Fejlesztési Ügynökség. 2013. - p. 137-142.
193. BALÁZS P.: *Hálapénz... ha végre paradigmát váltanánk.* – In. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2007. 45. évf. 4. sz. - p. 11-19.
194. RURIK I. - KALABAY L.: *Magyar orvosok életmódja, egészségi állapota és demográfiai adatai 25 évvel a diplomaszerezés után.* – In. Orvosi Hetilap.2009. 50. évf. 12. sz. – p. 533-540.
195. EKE E. - GIRASEK E. – SZÓCSKA M.: *A migráció a magyar orvosok körében.* – In. Statisztikai szemle. 2009. 87. évf. 7-8. sz. - p. 812-813.
196. GARAJ E. - VINGENDER I.: *Migráció kezelése a kórházmenedzsmentben.* – In. Orvos- és Kórháztechnika. 2007. 48. évf. 2. sz. - p. 47-50.
197. SZEKENDI GY.: *A Magyar Honvédség békeidőszaki személyi állományának foglalkoztatási viszonyai, különös tekintettel a honvédek jogállására.* In: Magyar Közlöny Lap- és Könyvkiadó. 2013. Online: http://magyaryprogram.kormany.hu/download/2/1b/a0000/20_JOG_Hjt_AROP2217.pdf, letöltés ideje: 2015.04.20.
198. DRÓT L.: *A hazai békefenntartó kiképzés fejlődése.* – In. Seregszemle. 2014. 12. évf. 4. sz. - p. 137.
199. GYÖRFFY Á.: *A pszichológiai támogatás lehetőségei az intenzív terápia ellátás során.* – In. Honvédorvos. 2013. 65. évf. 1-2.sz. p. 58.
200. POPOV M. M. N.: *A confluence of factors: Canadian Forces retention and the future force.* - In: Online: <http://www.cfc.forces.gc.ca/259/290/297/286/Popov.pdf>, 2010. letöltés ideje: 2015.04.11.
201. Prof. Dr. SVÉD László ny. orvos altábornagy, PhD: *A Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálatának története 1980–1989.* - In. Honvédorvos, 2016. 68. évf. 3-4. szám. p. 51-71.
202. HONVEDKORHAZ.HU: *Honvédkorház telephelyei.* – In. <http://www.honvedkorhaz.hu/cikk/6/az-allami-egeszsegugyi-kozpont-telep>, 2017.
203. GYÖRFFY Ágnes: *Katona – nő – katonanő.* – In. Dialóg Campus Kiadó, Budapest, 2019.
204. MAGYAR KÖZLÖNY: *8/2023. (I.17.) kormányrendelet.* -In. <https://magyarkozlony.hu/dokumentumok/6aeaab8f96b06e2da6460cb77478b9723e99dc19/letoltes>, 2023.

- 205.** HVG: *Nekikezd a katonaság átalakításának a kormány, első lépésként jön a "különös szolgálati rend"*. – In.
https://hvg.hu/itthon/20231120_Minden_katonat_erint_Barmikor_bevezethet_kulonos_szolgalmati_rendet_a_vezerkari_fonok, 2023.
- 206.** MEDICAL ONLINE: *Az orvostanhallgatók közt a legerősebb a kivándorlási kedv*. – In.
http://www.medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/az_orvostanhallgatom_koxt_a_legerosebb_a_kiv_andorlasi_kedv, 2015.
- 207.** HÁRS Ágnes, SIMON Dávid: *Miért mennek el az orvosok – és miért maradnának itthon?* – II. rész A magyarországi orvosmigráció sajátosságairól. - In. *Külgazdaság*, LX. évf., 2016. július–augusztus p. 3–26.
- 208.** MAGYAR ORVOSI KAMARA ONLINE: *Orvosi láttelet 2013 – eredmények, 2013.* – In. Online:
https://www.doki.net/tarsasag/mok/dokumentumok.aspx?web_id=&archiv=1
- 209.** MAGYAR REZIDENS SZÖVETSÉG: *Egyedülálló felmérés a külföldön dolgozó magyar orvosokról*. In. Online:
http://www.rezidens.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=250:egyeduelallo-felmeres-a-kuelfoeldoen-dolgozo-magyar-orvosokrol-video&catid=4:megjelenesek&Itemid=18
- 210.** MEDICAL ONLINE: *Rúgott, köpött, 12 napot kapott*. In. Online:
http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/rugott_kopott_12_napot_kapott, letöltés ideje: 2013. január 16.
- 211.** MH EK MINŐSÉGBIZTOSÍTÁSI OSZTÁLY: *Dolgozói elégedettség felmérés kérdőívek kiértékelése*. – In. *Előadás kivonat 2011, 2012, 2013, 2014*.
- 212.** HR Protál: *Dolgozói elégedettség*. - In. https://www.hrportal.hu/hr/dolgozoi-elegedettseg-20230710.html#google_vignette. 2023.
- 213.** HONVÉDELMI MINISZTERIUM: *Magyarország növeli békefenntartó szerepvállalását*. – In. *Honvédelem.hu* 2019. Online: URL: <https://honvedelem.hu/galeriak/magyarorszag-noveli-bekefenntarto-szerepvallalast/>
- 214.** NEMZETI JOGTÁR: *2024. évi XX. Törvény a honvédek jogállásával összefüggő törvények módosításáról*. – In. Online: <https://njt.hu/jogszabaly/2024-20-00-00>. (Letöltve: 2024.07.15.)
- 215.** KRIZBAI Diána hadnagy: *„A mi feladatunk, hogy meglegyen az ember a vasra!”*. – In. *Honvédelem.hu*, 2024. online: <https://honvedelem.hu/hirek/a-mi-feladatunk-hogy-meglegyen-az-ember-a-vasra.html>. (Letöltve: 2024.07.15.)

MELLÉKLETEK

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

ABV	Atom, biológiai, vegyi
CAB	Polgári Légügyi Testület
DSC	Betegség-specifikus ellátás
DPR	Diplomás pályakövetési rendszer
EEKH	Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal
EFTA	European Free Trade Association
ENKK	Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ
EESZT	Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér
EJNYE	Emelés, Jegelés, Nyugalomba helyezés, Elasztikus pólya
ÉPC-HK	Észak-pesti Centrumkórház-Honvédkórház
ESZJT	2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról
EU	Európai Unió
FPI	Freiburgi kérdőív
GDP	Gross domestic product (bruttó hazai termék)
KSH	Központi Statisztikai Hivatal
KTD	Kendrick Végtag húzó-rögzítő eszköz
LLG	Lifelong guidance
LLL	Lifelong learning
MH EK	Magyar Honvédség Egészségügyi Központ
MH EK VEI	Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Védelem-egészségügyi Igazgatóság
MH EK MBO	Magyar Honvédség Minőségbiztosítási Osztály
MH HEK	Magyar Honvédség (Radó György) Honvéd Egészségügyi Központ

MH ÖHP	Magyar Honvédség Összhaderőnemi Parancsnokság
MNB	Magyar Nemzeti Bank
MEDEVAC	Medical Evacuation
MIST	Mobil információs támogatás csapat
MOK	Magyar Orvosi Kamara
MRSZ	Magyar Rezidens Szövetség
MTA	Magyar Tudományos Akadémia
NATO	North Atlantic Treaty Organisation (Észak-atlanti Szerződés Szervezete)
OECD	Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (Organisation for Economic Co-operation and Development)
OEP	Országos Egészségügyi Pénztár
OGYK	Országos Gyógyintézeti Központ
PSS	Észlelt stressz kérdőív
PTSD	Poszttraumás Stressz Zavar
PTX	Pneumothorax (légmell)
SE ÁOK	Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar

KÍSÉRŐ LEVÉL

A kérdőív a következő kísérő levéllel lett elküldve:

Tisztelt Kolléga!

A Nemzeti Közsolgálati Egyetem Hadtudományi és Honvédtisztképző Kar Társadalomtudományi Tanszékének Katonaszociológia, emberi erőforrás Szakcsoportjával közreműködésben doktori (PhD-) disszertációm megírásához empirikus kutatást végzek az orvosok leszerelésének, okainak feltárása, a pályaelhagyásra kényszerítő és a pályán tartó tényezők vizsgálata céljából.

KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ

A kérdőív kitöltése önkéntes és név nélküli!

A kérdőívbe kitöltés után csak a kutatók tekinthetnek be, az adatokat bizalmasan kezeljük és a tudományos feldolgozás után megsemmisítjük. Kérjük, hogy minden egyes kérdésre válaszoljon, mert a kérdőívet csak úgy tudjuk értékelni és elemezni, ha teljesen kitöltötte.

Válaszát kérjük a mellékelt borítékban postafordultával szíveskedjen visszaküldeni a MH Egészségügyi Központ Személyügyére visszaküldeni, visszajuttatni.

Őszinte válaszát előre is köszönjük!

Dr. Jasztrab Jácint Szilárd

Nemzeti Közsolgálati Egyetem

Hadtudományi Doktori Iskola

49. ábra: Kiküldött kísérő levél

KIKÜLDÖTT KÉRDŐÍV

Maga a kérdőív a következőképpen nézett ki:

MAGYAR HONVÉDSÉG – KATONAORVOSI PÁLYAELHAGYÁSI KÉRDŐÍV (2015)

ADATOK

Milyen állománycsoportba tartozott Ön?

• hivatásos; • szerződéses.

Milyen volt az Ön rendfokozata?

Hány év szolgálati viszonyal rendelkezik? év

Kor: Nem:

Mikor szerzett diplomát?.....

Hol végezte el az egyetemet?.....

Szavizga:.....
.....

Nyelvtudás és szintje:

1. nyelv:..... szint:

2. nyelv:..... szint:

3. nyelv:..... szint:

Tudományos fokozat:.....

Jelenleg van-e mellékállása?

• igen; • nem.

Járt-e Ön külföldi misszióban?

- igen, • egy alkalommal; • igen többször is (eddig összesen alkalommal)

Az elmúlt öt évben hányszor járt külföldi misszióban?

- Egyszer; • Kétszer; • Háromszor; • Többször (..... alkalommal)

MOTIVÁCIÓ

Eredetileg mi motiválta, amiért orvosként a katonatorvosi pályát választotta?

.....
.....

**Milyen elvárásai voltak a Magyar Honvédséggel szemben a honvédségi állományba vétel előtt?
Melyek voltak a legfontosabb elvárásai, amik nem teljesültek és melyek teljesültek?**

elvárásai:.....
.....

elvárásai, melyek teljesültek:

.....
.....
.....

elvárásai, melyek nem teljesültek:

.....
.....
.....

KILÉPÉS OKA

Ön a haderő átalakítás miatt szerelt le?

- igen, az átszervezés miatt vonul nyugdíjba;
- sorozatos átszervezések során beosztása megszűnt, alacsonyabb beosztást ajánlottak fel, melyet nem fogadott el;
- más helyőrségbe vagy intézménybe vezényelték, amit nem fogadott el;

- kedvezőtlen anyagi és szociális körülmények miatt döntött a leszerelés mellett.

Mi a döntő oka, hogy kilépett a Magyar Honvédség szervezeti kötelékéből? (Több is megjelölhető).

- lejárt a szerződése; • megszűnt a szolgálati viszonya; • nyugdíjkorhatárt elérte és nyugállományba vonult; • nyugdíjkorhatárt elérte, de nem vonult nyugdíjba;
- megfizettség hiánya; • szakmai előmeneteli lehetőségek hiánya; • beosztási előmeneteli probléma; • rendfokozati előmenetel hiánya; • közvetlen munkahelyi vezetővel nem jött ki;
- kollégákkal nem jött ki; • beosztottakkal nem jött ki; • stresszes munkahely; • kiszámíthatatlan beosztási, ügyeleti rendszer;
- egyéb ok.:.....

Miként lépett ki a MH-ból?

- felmentéssel; • közös megegyezéssel; • lemondással; • MH (kórházi, intézményi, alakulat) átszervezése miatt; • egyéb ok.:.....

Leszerelése alkalmával járandóságait megkapta?

- részben; • hiánytalanul.

Amennyiben csak részben kapta meg, mik voltak azok, amelyeket nem kapott meg?

.....
.....

A kiválást megelőző 2-3 évben részesült-e valamilyen támogatásban a Magyar Honvédség részéről? • nem; • nyelvtanfolyam; • OKJ-képzés; • ECDL-tanfolyam; • átképzési segély, illetve beiskolázás; • továbbképzési (új szakvizsga megszerzéséhez kapott) segítség.

A Magyar Honvédségtől kapott-e támogatást lakhatása megoldásában?

- szolgálati lakás, amelyet megvásárolt; • bérelt lakás; • honvédségi lízingszerződés; • albérleti támogatás; • kedvező kamatozású honvédségi kölcsön.

Jelenleg megoldott-e a lakhatása?

- igen, saját tulajdonban; • igen, de nem saját tulajdonban; • nem, jelenleg nem megoldott.

Kilépéskor kapott-e valamilyen segítséget a Magyar Honvédségtől?

- semmilyen támogatást sem kapott; • képzési támogatás; • tájékoztatást (információs segítség);
- anyagi segítséget; • álláskereső tréning; • állásbörze.

Hogyan látja, kellett volna, hogy kilépéskor támogassa Önt a Magyar Honvédség?

- igen; • nem.

Mely területen igényelne további támogatást, illetve milyen módon és eszközzel kellene azt megvalósítani?

Terület:

.....
.....

Mód:

.....
.....

Eszköz:

.....
.....

Kilépés után tervezte-e, hogy felkeresi az illetékes munkaügyi szerveket? (ha még nem érte el a nyugdíj korhatárt)

• igen; • nem.

Amennyiben megtörtént az Ön Állami Foglalkoztatási Szolgálathoz (ÁFSZ) való irányítása, akkor Ön mely munkaerő-piaci szolgáltatásokat vett ott igénybe?

• álláskeresés; • álláskeresési járadék; • képzési támogatás; • álláskeresési segély.

Kilépés után el akart-e helyezkedni?

• nem; • igen, teljes munkaidős állásban; • igen, részmunkaidős állásban; • igen, csak alkalmi munkát keresett; • igen, saját, illetve családi vállalkozásban kívánt dolgozni.

Külföldi munkavállalásban gondolkodott-e a kilépést követően?

• nem, nem szeretne külföldön dolgozni; • Igen, néhány éven belül külföldön szeretne dolgozni; • Igen, a külföldi munkavállalás miatt szerelt le.

Munkakeresés során milyen jellegű szervezeteknél próbálkozott? (Több válasz is bejelölhető.)

fegyveres rendvédelmi szervek; • állami szervezetek; • önkormányzati, állami intézmény (kórház);

• egyéni vállalkozásoknál alkalmazott; • saját vállalkozást indított (pl. szakorvosi járóbeteg ellátás, családorvosi praxis); • alapítvány, egyesület; • közhasznú társaság; • egyéb:.....

JELLENLEGI MUNKAHELY

Jelenleg is a Magyar Honvédség tagja illetve aktív munkavállalója?

• közalkalmazotti munkaviszonyban • tartalékos szolgálatban; • nyugdíj melletti munkavállalás keretében; • egyéb:.....

Kilépés után jelentkezett-e újabb szakvizsga tanfolyamra?

• igen; • nem.

Tervezte-e, hogy a kilépés után pályát vált vagy a korábban megszerzett szakvizsgájának megfelelő munkakörben dolgozik tovább?

• nem, a korábbi végzettségnek megfelelő munkakörben dolgozik tovább; • igen, más területen dolgozik tovább.

Jelenleg van-e konkrét, állandónak tekinthető munkaviszonyra?

• igen; • nem.

Amennyiben önnek jelenleg van állandónak tekinthető állása, akkor ön hol dolgozik? (több is bejelölhető)

• közszférában; • magánszférában; • alkalmazott; • önálló vállalkozó; • fegyveres és rendvédelmi szervek; • önkormányzati/állami intézmény; • multinacionális nagyvállalat; • alapítvány/egyesület; • kisebb külföldi tulajdonú vállalkozás; • közhasznú társaság; • magyar tulajdonú vállalkozás vagy egészségügyi intézmény; • gyógyszergyártó illetve forgalmazó cég;

• egyéb:.....

Milyen munkaviszonyban dolgozik tovább?

• határozott idejű munkaszerződés; • határozatlan idejű munkaszerződés; • megbízás számlás fizetéssel; • eseti megbízás; • bejelentés nélküli alkalmazás; • egyéb.

Tervezte-e Ön hogy az új karrier modell szerint a közigazgatásban fog elhelyezkedni?

• igen; • nem.

Jelenlegi helyzetben tervezi-e, hogy a vonatkozó törvény szerint jelentkezik az önkéntes tartalékos haderő kötelékébe?

• igen; • nem.

STRESSZ SZINT

Mennyire tartotta stresszesnek korábbi honvédségi munkahelyét?

1. egyáltalán nem volt stresszes,

2. kissé stresszes volt,
 3. közepesen stresszes volt
 4. nagyon stresszes volt.

Mely tényezőket tartotta a legfontosabb stresszforrásnak a Magyar Honvédségnél?

Véleménye szerint a legfontosabb stresszforrások a Magyar Honvédségben?				
Tényező	Adott tényező milyen mértékig okoz stresszt?			
MUNKÁVAL KAPCSOLATOS ÖSSZEFÜGGÉS	egyáltalán nem okoz stresszt	kisfok ú	közepes	nagyfokú
		stresszt jelentett Önnek		
rossz kommunikáció	1	2	3	4
a probléma-megoldás és személyes fejlődés támogatásának alacsony szintje	1	2	3	4
a szervezeti célkitűzések meghatározásának hiánya	1	2	3	4
a szervezetben betöltött szerep félreérthetősége	1	2	3	4
szervezetben belül konfliktus a szerepek között	1	2	3	4
szervezetben belüli emberekért való felelősség	1	2	3	4
karrier egy helyben állása és bizonytalansága	1	2	3	4
kinevezés túl magas vagy túl alacsony szintje	1	2	3	4
alacsony fizetés	1	2	3	4
állás bizonytalansága	1	2	3	4
a munka alacsony társadalmi értéke	1	2	3	4
alacsony szintű részvétel a döntéshozatalban	1	2	3	4
munka feletti ellenőrzés hiánya	1	2	3	4
társadalmi vagy fizikai elszigeteltség (például misszió alatt)	1	2	3	4
a felettesekkel való rossz viszony	1	2	3	4
emberek közötti konfliktus	1	2	3	4
társadalmi támogatás, megbecsülés hiánya	1	2	3	4
a munka és az otthon egymásnak ellentmondó követelményei	1	2	3	4

alacsony szintű támogatottság otthon	1	2	3	4
kettős karrier problémái	1	2	3	4
MUNKA TARTALMA	1	2	3	4
mind a felszerelés, mind pedig az épület megbízhatóságával, rendelkezésre állásával, alkalmasságával, karbantartásával vagy javításával kapcsolatos problémák	1	2	3	4
változatosság vagy rövid munkaciklusok hiánya	1	2	3	4
szakaszos munkavégzés, értelmetlen munka, szakértelem kihasználatlansága	1	2	3	4
magas szintű bizonytalanság	1	2	3	4
munka túlterheltség, vagy alulterheltség	1	2	3	4
megfelelő irányítás hiánya	1	2	3	4
magas szintű időkényszer	1	2	3	4
műszakos beosztás, rugalmatlan beosztás, kiszámíthatatlan munkaórák	1	2	3	4
hosszú, vagy társadalmi szempontból nem megfelelő munkaórák	1	2	3	4

LESZERELÉSÉNEK KONKRÉT OKAI

Mely 3 döntő okot tudná megnevezni leszerelésének okaként? (Amennyiben még nem érte el a nyugdíjkorhatárt)

1. ok:

.....
.....

2. ok:

.....
.....

3. ok:

.....
.....

Mely 3 döntő tényezőt tudná megnevezni, ami teljesülése esetén nem döntött volna a leszerelés mellett?

1. tényező:

.....
.....

2. tényező:

.....
.....

3. tényező:

.....
.....

Megbánta-e, hogy leszerelt?

• igen; • nem.

Pályaválasztás előtt álló medikusoknak ajánlaná-e a katonai orvosi szolgálatot?

• igen; • nem.

KÖSZÖNJÜK ÓSZINTE VÁLASZÁT!

A kutatók

50. ábra: Kiküldött kérdőív (2015)