

Doktori (PhD) értekezés

Dr. Jasztrab Jácint Szilárd

2017. 02.18.

NEMZETI KÖZSZOLGÁLATI EGYETEM
Hadtudományi Doktori Iskola

Dr. Jasztrab Jácint Szilárd

A katonaorvosi pályaelhagyás

Doktori (PhD) értekezés

Témavezető:

Prof. Dr. Kiss Zoltán László
NKE HHK Katonai Vezetőképző Intézet
egyetemi tanár

.....

Budapest, 2017

TARTALOMJEGYZÉK

1. Bevezetés	8
1.1 Kutatás aktualitása	8
1.2. A pályaválasztás és a motiváció összefüggéseiről.....	8
1.2.1. (Civil) orvosi pályaválasztás.....	10
1.2.2. A katonai pályaválasztásról	13
1.3. Katonaorvoslás történeti áttekintése	21
1.3.1. Ókori és középkori orvostudományok	21
1.3.2. Középkori orvoslás	24
1.3.3. A magyar szabadságharcok orvosai, híres katonaorvosok	25
1.3.4. Távműtétek	26
1.3.5. Iszlám Állam.....	27
1.3.6. Harci sérülések és ellátásuk	28
1.3.7. Role 1-4	32
1.3.8. Atom, biológiai vegyi sérülések ellátása	33
1.3.9. Robotok.....	34
1.3.10. Drónok	35
1.3.11. MEDEVAC.....	36
1.3.12. Missziós feladatok	39
1.4. Pályaelhagyás és kivándorlás okai, Következményei Magyarországon.....	40
1.4.1. Az orvoshiány mértéke Magyarországon	40
1.4.2. Egészségügyi kivándorlás okai, mértéke, következménye.....	41
1.4.3. Orvoscépzés és utánpótlás.....	50
1.4.4. Katonai pályaelhagyás, leszerelés.....	54
1.4.5. Orvos-migráció, egészségügyi szakszemélyzet elvándorlás és pályaelhagyás	56
1.4.6. A katonaorvosi pályaelhagyás körülményei	68
1.4.7. Stressz, mobbing, tekintélyelvűség, parancsuralmi rendszer.....	70
1.4.8. Pályaelhagyás – összefoglalás	72
1.5. Munka és stressz	73
1.5.1. Selye János, stressz fogalma	73
1.5.2. Stresszorok.....	74
1.5.3. Munkahelyi stressz.....	75
1.5.4. Stressz okozta tünetek, kórképek	84

1.5.5. Stressz hatásmechanizmusa	85
1.5.6. Magyarországi egészségügyi-, stressz és mentális betegségek helyzete	81
1.5.7. Stressz orvosoknál és katonáknál.....	86
1.5.7.1. Mobbing, harci stressz	76
1.5.8. Stressz felmérő eszközök.....	88
1.5.9. Stressz kezelés	89
1.5.10. Vicardio.....	99
1.5.11. Foglalkozás - egészségügy feladatai a megelőzésben és kezelésben.....	100
1.5.12. Stressz menedzsment	103
1.5.13. Katonai pszichológia feladata	104
1.6. Jogi áttekintés	105
1.6.1. Alkalmassági vizsgálat.....	105
1.6.2. Munkavédelem.....	108
1.6.3. Ösztöndíjas rendszer, jogi szabályozásai	111
1.6.4. Testnevelési felmérés és ennek szigorú kritériumai	113
1.6.5. A foglalkozás-egészségügyi és katona egészségügyi alkalmassági vizsgálatok jogszabályai	115
1.6.6. Migráció jogi szabályozása.....	115
1.6.7. Orvosképzés és szakvizsga megszerzésének jogszabályai	117
1.7. Toborzás	118
1.7.1. Toborzás általános rendszere	118
1.7.2. Tartalékos rendszer	119
1.8. Az orvoshiány humánpolitikai megközelítése.....	120
1.8.1 Az orvos-elvándorlásra vonatkozó adatok pontatlanok.....	120
1.8.2 Orvoshiány okai	120
1.8.3 Orvosok pályaelhagyása Magyarországon	122
1.8.4 Az katona-egészségügy feltöltöttsége.....	125
1.9. Az orvoshiány finansziális megközelítése	130
1.9.1. Gazdasági szempontok.....	130
1.9.2. Az orvosok bérezése hazánkban	133
1.9.3. Hálapénz	137
1.9.4. Európai Unió orvosai átlagkereset	137
1.9.5. Megoldási javaslatok	139
1.10. Egészségügyi szakemberek toborzásának és megtartásának a helyzete a NATO tagországokban	140
1.10.1 Pénzügyi ösztönzők	141

1.10.1.1. Az alapfizetésen felüli juttatások	141
1.10.1.2. Nem ranghoz kötött juttatások	142
1.10.1.3. Korábbi előléptetések	142
1.10.2. Negatív pénzügyi ösztönzések	142
1.10.3. Rugalmas munkaidő és a foglalkoztatási státusz	142
1.10.4. Család és karrier közti egyensúly biztosítása	143
1.10.5. Karriermodell és szakmai fejlődés	143
1.10.6. Oktatás.....	144
1.10.7. Hirdetések, toborzás	144
1.10.8. Egyéb lehetőségek.....	144
1.10.9. Összefoglalás.....	145
2. Célkitűzések, Hipotézisek	146
2.1 Célkitűzések.....	146
2.2 Kiemelt kutatási célok és hipotézisek.....	147
3. Kutatási és vizsgáló módszerek.....	150
3.1 Katonaorvosi leszerelés és pályaelhagyás kérdőíves és interjú vizsgálat	151
3.2 A kutatás aktualitása	151
3.3. Kutatási célok	152
3.4. Kutatási módszertani leírása	152
3.5. A kérdőíves kutatás mintavételi terve, típusa, módszere.....	153
3.6. Kutatás támogatása az egyetemről.....	154
3.7. Kutatás engedélyeztetése	154
3.8. Kísérő levél.....	155
3.9. Kérdőív	156
3.10. Kérdőív engedélyeztetése	162
4. Eredmények	163
4.1. Katonaorvosi leszerelés és pályaelhagyás kérdőíves és interjú vizsgálat	163
4.1.1. Állománycsoportokra vonatkozó adatok	163
4.1.2. Rendfokozat.....	164
4.1.3. Szolgálati évek száma.....	165
4.1.4. Kor és nem szerinti megoszlás	166
4.1.5 Diploma megszerzésének az éve és szakvizsgák száma	168
4.1.6. Nyelvtudás szintje	169
4.1.7. Tudományos munkák	170
4.1.8. Jelenlegi mellékállásra vonatkozó adatok	171

4.1.9. Missziós szolgálatra vonatkozó adatok	171
4.1.10. Katonaorvosi pálya motivációja	173
4.1.11. A katonaorvosi pályával kapcsolatos teljesült elvárások	173
4.1.12. A nem teljesült elvárások	174
4.1.13. Haderő átalakítás	176
4.1.14. A leszerelés döntő okai.....	177
4.1.15. A leszerelés mikéntje.....	179
4.1.16. Magyar honvédségtől kapott támogatások	186
4.1.17. Lakhatás támogatása és megoldottsága	187
4.1.18. Leszerelés segítésére vonatkozó adatok	189
4.1.19. Kilépés után munkakeresésre vonatkozó adatok	191
4.1.20. Jelenlegi munkahely	191
4.1.21. Stressz szintre vonatkozó kérdések	199
4.1.22. Szervezet belüli szerep stresszforrásai	203
4.1.23. A pályán maradást elősegítő tényezők és javaslatok.....	209
4.1.23.1. Leszerelés fő okai	209
4.1.23.2. Pályán tartó tényezők	210
4.1.24. Interjú kutatási eredmények	212
4.1.25. Önkéntes tartalékos szolgálat	212
4.1.26. Későbbi kutatásra vonatkozó javaslatok, tapasztalatok.....	212
4.1.27. Kutatási eredmények rövid összefoglalása.....	213
4.2. Dolgozói elégedettség mérése és tudományos feldolgozása	215
4.2.1. A dolgozói elégedettség alakulása 2011 és 2014 között	215
4.2.2. Összefoglalás	217
4.3. MH EK Védelem-egészségügyi Igazgatósága által végzett kutatás össze- foglalása.....	220
4.3.1. A katona-egészségügyi pályaelhagyás motívumainak feltárása.....	220
4.3.2. Megoldási javaslatok	222
5. Diskusszió	223
6. Megoldási javaslatok.....	230
6.1. Jelenlegi helyzet összefoglalása	230
6.2. Rövid-, közép- és hosszútávú megoldási javaslatok.....	233
6.3. Honvéd-egészségügyi pályára toborzás és állomány megtartása	234
6.4. Oktatási és kiképzési kedvezmények.....	235
6.5. Karrier elősegítése	236

6.6. Jövedelem kiegészítés.....	236
6.7. Megoldási javaslatok összefoglalás	237
7. Összefoglalás.....	241
8. Angol nyelvű Kivonat	243
9. Köszönetnyilvánítás	245
10. Irodalomjegyzék.....	246

1. Bevezetés

1.1 Kutatás aktualitása

A katonáorvosi szakma egy nagyon speciális terület, mivel a katonáorvosoknak egyszerre kell mind a Hippokratészi, mind a katonai eskünek, vagyis két hivatásnak is megfelelniük. Ráadásul az egész világon problémát jelent az orvoshiány és az orvosi elvándorlás, illetve a munkaerőpiaci verseny a civil szektorral. Még a legfejlettebb NATO országokban is, - mint például a tízedik legnagyobb GDP-vel és a világ legélhetőbb városaival rendelkező Kanadában - komoly gondot jelet, hogy a hadseregekben a hiányzó beosztásokat megfelelően képzett orvosokkal töltsék fel és garantálják az orvosok állandó szakmai és katonáorvosi továbbképzését.^{1, 2}

A kutatásom aktualitását 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 az katonáorvosokra vonatkozó kutatás Magyarországon ez idáig még nem történt. A kutatásom célja a katonáorvosi pályaelhagyás okainak feltárása és ennek tükrében a megoldások keresése, mivel a képzett katonáorvosok hiánya a harcképességet veszélyezteti.

1.2. A pályaválasztás és a motiváció összefüggéseiről

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 humántudományi képzésein részt vevők számára vált fontos *technicus terminussá*, hanem medializált, elterjedt szóösszetétellé vált. Ehelyütt sem szükség, sem lehetőség nincs rá, hogy ezzel összefüggésben vizsgáljam egy másik kifejezésnek, a „pályaválasztás” fogalmának értelmezésében beállt hangsúlyeltolódásokat, majd magában a fogalomhasználatban bekövetkezett

¹ IMF: 2011-es Bruttó hazai termékek (GDP) szerinti listája:
http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_GDP_%28nominal%29

² Economist: 2011-es legélhetőbb városok listája:
<http://tudatosvasarlo.hu/cikk/kanadaban-es-ausztraliaban-vannak-legelhetőbb-varosok>

paradigmaváltást. Diszkusszív 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 átértékelődésként esett át. Már az 1990-es években megindult a fogalom használatának fokozatos cseréje (de legalábbis predikatív módon történő használata) a „pályaorientáció” fogalmára,³ 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.⁴ Az „élethosszig tartó pályaorientáció” ezzel mintegy tovább erodálja a „pályaválasztás” fogalmának korábbi alaptermészetét, melyhez a – dolgozatomban központi figyelmet kapó – „pályaelhagyás” jelenségköre 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 hozadékat feltételez), addig a pályaelhagyás kontextustól függően értéktelített fogalomként is tekinthető. Dolgozatomban ez utóbbi vonatkozással foglalkozom, vagyis a katonaeorvosi pályaelhagyást a korábbi érvényesülést jelentő szervezet (és a szervezet feladatellátása) szempontjából problémaként diagnosztizálom, azaz természetének és empirikus összefüggéseinek feltárásával megoldás indukálását tartom szükségesnek.

A fenti fogalmak kijelölte mozgástér komplex összefüggéseiből a pályaválasztás motivációiban látható mintázatokra, általános tendenciákra kívánom jelzésértékűen felhívni a figyelmet, melyeket maguknak a kifejezéseknek és alkalmazásuknak a változásai kísérték. A pályaválasztásnak (pályaorientációnak) az egyéni életúton elfoglalt helyét illetően sincs feltétlen konszenzus az egyes megközelítések között, az konceptualizálástól függően éppúgy megjelenhet az általános iskola felső tagozataiban,⁵ 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

³BUDAVÁRI-TAKÁCS I. (2011): Karriertervezés. Szent István Egyetem Online: http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2010-0019_Karriertervezes/ch01.html (2015.03.02.)

⁴TRATNYEK M. (2014): Az élethosszig tartó pályaorientáció szektorközi megközelítése. In: Életpálya tanácsadás. 2 (4): pp. 6-10.

⁵TÖRÖKNÉ IVICZ Á. (2014): Mi válasszunk pályát, vagy a pálya választ minket? In: Életpálya tanácsadás. 2 (3): pp.10-11.

esetében is.⁶ 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.”⁷ 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.”⁸ A pályaelhagyás ennek a „nem visszavonhatatlan döntésnek” a konkrét megjelenési formája.

1.2.1. (Civil) orvosi pályaválasztás

A közép fokú 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.**⁹ Más kutatások összefüggést mutattak ki az egyes iskolatípusok tanulószáma alakulása és az **individuais 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.¹⁰ Az általa-

⁶ LUKÁCS F. (2012): Kompetencia, motiváció és pályaválasztási bizonytalanság egyetemi környezetben. In: Felsőoktatási műhely. 1 (3): pp. 51-66.

⁷ KISSNÉ VISZKET M. (2015): A pályaválasztási döntés családi háttere. In: Életpálya-tanácsadás. 3 (5): pp. 22-29.

⁸ PAPULA L. (2000): Mi lesz, ha nagy lesz? A pályaválasztást meghatározó tényezők Online: http://uni-nke.hu/downloads/bsz/bszemle2008/1/02_papula.pdf (2015.02.14.)

⁹ BUKODI E. - VUKOVICH GY. - HARCZA I (2000): A magyar társadalom a jelzőszámok tükrében. In: Társadalmi riport Budapest: Tárki, 2000. pp. 20-21. Online: <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a789.pdf> (2015.11.26.)

¹⁰ GEBAUER F. (2009): Három évtized, érdeklődési tesztek tükrében. Mérei Ferenc Fővárosi Pedagógiai és Pályaválasztási Tanácsadó Intézet. Online: <http://www.eniskolam.hu/3evtized.pdf> (2015.11.25)

nos iskolások körében végzett friss pályaeorientációs 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.¹¹ A 14-18 éves kor közötti szakaszban (a pályaválasztás „második” jelentős periódusában) a személyiség fejlődésével egyidejűleg jelentkező identitásváltozások jelentkezésére, a formálódás állandósulására¹² és a (nem kizárólag családtagokra korlátozódó) **mintakövető magatartás** további erősödésére¹³ hívják fel a figyelmet a kutatások. A friss vizsgálatok pedig arra mutatnak rá, hogy a pályaválasztás mellett, Magyarországon a tanulásban nyújtott teljesítménnyel is szoros összefüggést mutat a családi háttér,¹⁴ 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.”¹⁵

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.¹⁶ 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 szerint¹⁷ a pályaválasztók körében a motivációk terén, első helyen az egzisztenciális motívum állt, melyet a presztíz és **érdeklődés motívuma** követett, miközben az orvost a má-

¹¹MAKÓ Á. - BÁRDITS A. - NYÍRŐ ZS. (2014): Általános iskolások pályaválasztása 2014. MKIK Gazdaság- és Vállalkozáskutató Intézet. Budapest. Online: http://gvi.hu/files/researches/127/palyaorientacio_2014_tanulmany_140724.pdf (2015.02.28.)

¹²LUKÁCS F (2013): A pályaválasztási bizonytalanság és az identitás összefüggései középiskolás mintán II. rész. In: Életpálya-tanácsadás. 1 (2): pp. 48-49, 46-51.

¹³GEBAUER F. (2009) : Pályaválasztás a középiskolában. Mérei Ferenc Fővárosi Pedagógiai és Pályaválasztási Tanácsadó Intézet. Online: www.fovpi.hu/data/cms54104/Palyavolasztas_a_kozepiskolaban.pdf (2015.03.01.)

¹⁴CSAPÓ B. - FEJES J. B. - KINYÓ L. - TÓTH E. (2014): z iskolai teljesítmények alakulása Magyarországon nemzetközi összehasonlításban. Online: <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/b327.pdf> (2015.11.25)

¹⁵LANNERT J. (2004): Pályaválasztási aspirációk. PhD értekezés. BKG-Szociológia. pp. 87. Online: http://phd.lib.uni-corvinus.hu/86/1/lannert_judit.pdf (2015.02.28.)

¹⁶GIRASEK E. (2012): Rezidens orvosok szakterület-választási és vidéki munkavállalási motivációi. Semmelweis Egyetem - Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola. Budapest p. p. 24-25. Online: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/girasekedmond.d.pdf (2015.03.03.)

¹⁷KISPÁLNÉ HORVÁTH M. - VINCZE SZ. (2009): Végzős középiskolások továbbtanulással kapcsolatos motivációi, döntései és az azokat befolyásoló tényezők. In: Új Pedagógiai Szemle.59(12): pp. 69, 57-73.

sodik helyen jelölték meg továbbtanulási célszakmaként. (Megjegyzendő, hogy az egzisztenciális vonatkozásnál a leendő magánpraxis és a hálapénz 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: **alacsony várható fizetés, az orvosi pálya hosszú képzési ideje, a nem független munkavégzés és a magas szintű felelősségvállalás.**”¹⁸

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**,¹⁹ és formálódó identitásukba illesztik, hogy aztán medikusként a szakmai identitásuk és a tanulmányaik megkezdése előtti énjük között kontinuitást teremtsenek.²⁰ 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.²¹ Az orvos identitás – a pályán maradás tényezőjeként – ugyanakkor erősebb volt azoknál, akik ez irányú döntésüket korábban, célirányosabban meghozták. A magyarországi orvoscépző 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, elhelyezkedésük szempontjaiban, anyagi

¹⁸GIRASEK E. (2012): Rezidens orvosok szakterület-választási és vidéki munkavállalási motivációi. Semmelweis Egyetem - Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola. Budapest p. p. 26. Online: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/girasekedmond.d.pdf (2015.03.03.)

¹⁹MOLNÁR R. - NYÁRI T. - MOLNÁR P. (2008): Az orvostanhallgatók pályán maradásra, pályaelhagyásra vonatkozó elképzelései. In: Orvosi hetilap. 149 (18): pp. 845..

²⁰MOLNÁR P. - CSABAI M. - CSÖRSZ I. (2003): Orvosi professzionalizáció és magatartástudomány. In: Magyar Tudomány. 173(11) pp. 1391.

²¹MOLNÁR R. - MOLNÁR P. (2002): Az orvosi pályaszocializáció. In: Lege Artis Medicine. 12(4). pp. 251. 250-254.

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.**²²

1.2.2. A katonai pályaválasztásról

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 alapján²³ 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 sorkatonaság megszüntetésével és a hivatás professzionalizálódásával **nem járt együtt a honvédségről és a katonai életformáról kialakított kép széleskörű ártértékelődése.** Ugyanakkor azok között, akik katonai szolgálatot vállaltak volna, nagyobb arányban fordultak elő azok a fiatalok, akiknek szüleik liberális beállítottság jellemzi, és **közvetlen környezetükben**

²²MOLNÁR R. - NYÁRI T. - MOLNÁR P. MOLNÁR R. - NYÁRI T. - MOLNÁR P. (2008): Az orvostanhallgatók pályán maradásra, pályaelhagyásra vonatkozó elképzelései. In: Orvosi hetilap. 149 (18): pp. 846.

²³BAKOS CS. A. (2013): A magyar honvédség megítélése pályaválasztás előtt álló fiatalok körében. In: Hadtudományi Szemle. 6 (1): pp 1-5. Online: http://uni-nke.hu/downloads/kutatas/folyoiratok/hadtudomanyi_szemle/szamok/2013/2013_1/2013_1_hm_bakos_csaba.pdf (2015.04.10.)

nem **volt katonai szolgálatot teljesítő személy** – míg azok a fiatalok, akiknek környezetében volt ilyen, elutasítóak voltak a szolgálatvállalást illetően.

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 jelleget felváltó foglalkozási szerep professzionalizmusa mellett.”²⁴ Úgy tűnik 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. S 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 pálya választásának motivációja (tekintettel az empirikus vizsgálatokban feltárt motívumokra) a pályorientáció folyamatára irányítja a figyelmet, melynek során az egyén személyes kompetenciáit és készségeit hozza összhangba a pályáról kialakított képével.²⁵

Adekvát, differenciált kutatás²⁶ eredményeként összevethető a katonai pálya iránti (korábbi) motivációspektrum és a honvédelmi tanulmányaikat megkezdők viszonyulása a katonai pályához. 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**

²⁴LENGYEL ZS. (2008): A katonai pályaszocializáció néhány sajátosságáról. In: Hadtudományi Szemle. 1 (1): pp. 71. Online: http://uni-nke.hu/downloads/kutatas/folyoiratok/hadtudomanyi_szemle/szamok/2008/2008_1/2008_1_tt_lengyel_zsuzsanna_69_74.pdf (2015.04.12.)

²⁵BOLGÁR J. - SZEKERES GY (2015): A pályorientáció jellemzői, kapcsolata a pályaalakulási vizsgálattal. In: Hadtudományi Szemle. 8 (1): pp. 284. Online: http://uni-nke.hu/downloads/kutatas/folyoiratok/hadtudomanyi_szemle/szamok/2014/2015_1/15_1_alt_bolgar_szekeres.pdf (2015.04.08.)

²⁶PAPULA L. (2013): A katonai pályaválasztást befolyásoló tényezők empirikus vizsgálata. PhD értekezés NKE Hadtudományi Doktori Iskola. p. 77. Online: http://uni-nke.hu/downloads/konyvtar/digitgy/phd/2014/papula_laszlone.pdf (2015.03.14.)

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.²⁷ A leginkább szembevetőbb, 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 vétele, de e nélkül a pozitív attitűdök nem vagy csak kisebb arányban dinamizálnák a szolgálatot választókat pályaválasztásuk során. Friss vizsgálati eredmények²⁸ megerősítik e kutatási következtetéseket: a katonai pályaválasztás egyéni, pszichológiai vetületében a fent említett motívumok vannak jelen, míg társadalmi kontextusban a családi-szülői háttérrel való összefüggés a meghatározó. 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 indítatásból, 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.”**²⁹ A katonai feladatok ellátásához ugyanúgy minőségi, fejlesztését tekintve tudatosan irányított személyi állományra van szükség, különösen a tiszti beosztásban tevékenykedők esetében. Kíváncsi, hogy „váljon tuda-

²⁷PAPULA L. (2013): A katonai pályaválasztást befolyásoló tényezők empirikus vizsgálata. PhD értekezés NKE Hadtudományi Doktori Iskola. p. 74-76.. Online: http://uni-nke.hu/downloads/konyvtar/digitgy/phd/2014/papula_laszlone.pdf (2015.03.14.)

²⁸NÉMET T. (2015): A pályaválasztás és pályaorientáció vizsgálata egy empirikus kutatás során. In: Hadtudományi Szemle. 8(1): pp. 339. Online: http://uni-nke.hu/downloads/kutatas/folyoiratok/hadtudomanyi_szemle/szamok/2014/2015_1/15_1_alt_nemett.pdf (2015.04.09.)

²⁹NAGY-VARGÁNE JUHÁSZ Á. (2010): A motiváció szerepe a magyar honvédségben. In: Bolyai Szemle. 12 (2): pp. 12.

tossá, hogy a katonatiszt szakértelmiségi, ugyanolyan fontos értéket képvisel, szakterületét tekintve olyan speciális, mint egy orvos, ügyvéd, közgazdász”.³⁰

1.2.3. Katonaorvosi pálya

Az orvosi és a katonai irányú pályaválasztás kapcsán megfogalmazottak kapcsán szembetűnő, hogy a pályaorientációban 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.³¹

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 visszaeső állapotaival (melyek gyakran pályaelhagyásukhoz, elvándorlásukhoz vezetnek). Az orvostársadalmon belül is fennálló területi egyenlőtlenségek, szakterületek közötti ellenérzések, rivalizálások, a szakmai csúcson lévők figyelméért folytatott küzdelem, a paraszolvencia ellentmondásai, a praxisokért és a potenciális magánpraxisokért folytatott versengés, mindez a velük szemben támasztott követelményekkel összevetve, többeket korábbi terveik felülvizsgálatára készítet,

³⁰PAPULA L. (2013): A katonai pályaválasztást befolyásoló tényezők empirikus vizsgálata. PhD értekezés NKE Hadtudományi Doktori Iskola. p. 51. Online: http://uni-nke.hu/downloads/konyvtar/digitgy/phd/2014/papula_laszlone.pdf (2015.03.14.)

³¹NÉMET T. (2015): A pályaválasztás és pályaorientáció vizsgálata egy empirikus kutatás során. In: Hadtudományi Szemle. 8(1): pp. 339. Online: http://uni-nke.hu/downloads/kutatas/folyoiratok/hadtudomanyi_szemle/szamok/2014/2015_1/15_1_alt_nemett.pdf (2015.04.09.)

ahogy az egészségügy társadalmi megítélésében tapasztalható általános devalválódás is.

Ebben a helyzetben több leendő – azaz még orvosi tanulmányokat folytató – gyógyító számára jelentkezhethetne akár a pályaelhagyás, akár az elvándorlás alternatívájaként a **Magyar Honvédség kínálta ösztöndíj-lehetősége**, 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 tenné 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 kezdhethék meg orvosi pályájukat és hivatásuk gyakorlását a honvédségi kötelékben. A vonatkozó jogszabályi környezet alapján általános alapelvként kijelenthető, hogy az **alkalmassági feltételek (követelmények)** azonosak a hivatásos és a szerződéses állomány tagjaira.³² Az általános állapotfelmérésekre alapozva lehet kidolgozni komplex alkalmasság- és kompetenciaprofilokat, akár a katonaeorvosokra, 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.

Az orvosi hivatás gyakorlói – függetlenül alkalmazásuk munkajogi vetületeitől – katonaeorvosként 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 súlyozni képes harcoló bajtársaink extrém veszélyeztetettségét.”³³ A katonaeorvosok a speciális beosztásúak csoportjába tartoznak (ahogy a katonai jogászok, katonalelkészek, katonameterológusok is), rendfokozatukat – mivel katonai iskolát jellemzően nem végeztek – felsőfokú végzettségüknek köszönhetően kapják meg. Emellett a katonaeorvosi 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

³²NAGYNÉ BERECKZI SZ (2007): Speciális katonai beosztások orvosi és pszichológiai alkalmasságvizsgálatának története Magyarországon. In: Bolyai Szemle. 9 (1) pp. 21-23.

³³KÓRÓDI GY (2006): A digitális katona személyi védelme a honvédorvos szemszögéből. In: Hadmérnök. (különszám) p. 1-7.

feltétlen megtapasztalható szakmai körülmények között (speciális harctéri eszközök illetve mentési protokollok alkalmazása).

A katonai orvoslás történeti fejlődését áttekintve³⁴ megállapítható, hogy a műveleti területen történő ellátás az egyszakaszos irányba mutat: az elsődleges harctéri sérültellátást a gyors kiürítés a végleges ellátó helyre juttatja. 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 katona-egészségügy általános területén belül az egészségügyi biztosítással kapcsolatos preventív elvárások³⁵ fogalmazódnak meg; vagy a különleges viszonyok között (minősített időszakban) megvalósítandó ellátásoknak, orvoslási területeknek tudományos igényű és közös megalapozása iránti igény jelentkezik.³⁶ 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.”³⁷ 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 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 katonaorvos ennek tudatában gyakorolhatja gyógyító hivatását).

A **katona-egészségügyi pályaválasztás *motiváció*** ifjúkorban és felnőttkorban igen eltérőek egymástól. **Ifjúkorban a tanulási lehetőségek, a bérezési-**

³⁴ SVÉD L. (2007): Aktualitások és tények a katonaorvoslás történetéből. In: Honvédorvos. 59 (3-4) : pp. 143-151.

³⁵ REMETEI D. (2011): : Korunk megváltozott biztonsági környezete, hatása a katona-egészségügy egyes területeire. Az egészségügyi felderítés és az AJP-4.10.3. (MEDINT) doktrína. In: Honvédorvos. 63 (3-4): pp. 170-182.

³⁶ SVÉD L. - VEKERDI Z. - SÓTÉR A. (2015) : Quo Vadis Honvédorvostan? (Honvéd-, katasztrófa- és rendvédelem orvostan). Helyzetelemzés egy Tanszék remélt újjászületéséhez. In: Hadtudományi szemle.. 8(1): pp. 359-380. Online: http://uni-nke.hu/downloads/kutatas/folyoiratok/hadtudomanyi_szemle/szamok/2014/2015_1/15_1_alt_nemett.pdf (2015.04.12.)

³⁷ SVÉD L. (2003): A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének és gyakorlatának változásai, sajátosságai, különös tekintettel a haderő átalakítására, a NATO-ba történő integrálására, a különböző fegyveres konfliktusok, valamint a békefenntartó, béketeremtő és –támogató tevékenységre. Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem – Hadtudományi Doktori Iskola. Phd. p. 66. Online: http://uni-nke.hu/downloads/konyvtar/digitgy/phd/2003/sved_laszlo.pdf (2015.03.18.)

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 **pályaelhagyás okai** között szerepeltek az alábbi - 2010-2013 között a 22 tagállam bevonásával készült - tényezők: **jobb fizetés, jobb munkakörülmények, külföldi munkavállalás**. A Magyar Honvédség esetében a pályaelhagyás okai között a feltételezések szerint a **katonai életpálya, megélhetési tényezők, jogviszonyból eredő különbségek, szolgálati nyugdíj megvonása** állnak. Egy 2015-ben történt kutatás a katona-egészségügyi pályaelhagyás okainak a feltárását tűzte ki többek között célul. A kutatásba 120 főt vontak be, átlag életkoruk 41 év volt, 70%-ban nők. A kutatás során kiderült, hogy a katona-egészségügyi pályához **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 nyugdíjkedvezmények megvonása van 38,8%-kal**. Harmadik helyen férfiaknál a **nyugdíjkedvezmények megvonása áll 28,6%-kal, nőknél az alkalmassági követelmények** vannak 31,8%-kal. a **lakóhely, munka szakmai/tartalmi részével való elégedettség** között közepesen erős kapcsolat van ($p=0,0447$). A lakóhely és a munka tárgyi körülményei között 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 gyenge kapcsolat ($0,0533$) volt kimutatható. A nem és az alkalmassági követelmények változói között nagyon erős kapcsolat volt kimutatható ($p=0,0007$). A megkérdezettek **92,5%-a nem véli megfelelőnek a katona-egészségügy átlagjövedelmét és 57,5%-uk külföldi munkavállalás esetén elhagyná a katona-egészségügyet**. A katona-egészségügyi szakállomány elvándorlását a megkérdezettek többsége szerint a **fizetőképes 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, strukturált pályamodell kialakítása**.³⁸

³⁸ Pákozdi Márta, Fejes Zsolt (2015): A katona-egészségügyi pályaelhagyás motívumainak feltárása

1.3. Katonaorvoslás történeti áttekintése

1.3.1. Ókori és középkori orvostudományok

A gyógyítás ókori története, elsősorban az orvostudomány bölcsőjének is tekinti az ókort. Ebből a „primitív medicinából” fejlődött ki évszázadok alatt az a tudomány, ami a maihoz rendkívüli módon hasonlít. Az ókorban az orvostudomány nyelve a görög volt, bár történtek kísérletek a latinosításra, de ezek többségében csak gyógyszer-, receptkönyvek, vagy ezek fordításai voltak. A római kor mesteri közé tartozott többek között Galénosz, Szóránosz és Aszképiadész. Az ókori orvos a mai doktorokhoz hasonlóan természeti okokkal magyarázta a betegségeket - a szervezet egyensúlyának felborulását. A tevékenységük középpontjában az állt, hogy ezt a megborult egyensúlyi rendszert helyreállítsák. Az, hogy a gyógyítás során milyen gyógymódokat használtak, attól függött, hogy milyen elvek szerint magyarázta az emberi szervezet működését. A különböző orvosi iskolák ettől függetlenül egységesek voltak - valamennyi a természetben erőket mozgósító gyógyszerekkel és beavatkozást segítő eszközökkel igyekeztek orvosolni a betegségeket.³⁹

A római orvostudományokban három szakaszt lehet elkülöníteni. Az első az i.e.2. századig terjedt, melynek jellemzője volt a latin népi gyógyászat és a hozzá társuló gyógyító kultusz. A második periódus i.u.2.századig tartott, jellemzője a fejlődés - hadsereg higiéné és a gyógyítók fejlesztése. A harmadik korszakot már a középkori fejlődés elejének is lehetett tekinteni, itt már megjelent a kereszténység térhódítása is. A római orvostársadalom összetételét, szerkezetét fenntartásokkal kell kezelni, mivel a tényanyag eléggé kevés, és többféle módon lehet értelmezni azokat.

Róma aranykorában, az orvosi rend társadalmi helyzete alapján négy csoportra volt osztható. Szabad orvos csak abban az esetben lehetett valaki, ha bevándorolt volt, vagy valamilyen más nemzetiség fia. A római orvos helyzetére két tényező volt befolyással: az államilag garantált orvosképzés rendszertani helyzete, pontosabban annak kétsége. Sokáig az orvosok, mint csoport nem kaptak kollektív jogokat.

URL: http://www.bm-tt.hu/assets/letolt/e5konf/nap11/2_Fejes_Pakozdi.pptx 2016.09.25.

³⁹ NAGY Á. M.(2003): „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-gyogytas-a-klasszikus-okorban> (2015.11.26.)

J. Caesar i. 46-ban polgárjogot adományozott a városban dolgozó orvosoknak, de a rendelet hatálya bizonytalan volt. Rómában az orvosok beilleszkedését nehezítette, hogy nem létezett központilag irányított egészségügy. Minden egészségügyet érintő kérdést a római magánjog kezelte. További érdekesség, hogy a római megközelítés alapján az egészségeseket előnyben részesítették, szemben a betegellátással. A késő császárkorban volt próbálkozás az egészségügyi képzés államosítására, melynek eredményeként létrejött Nero Gymnasium, Hadrianus Athenaeum, melyek többek között foglalkoztak orvoscépzéssel is. Az első kizárólagosan orvosokat képző intézmény i.u. 222-234 között létesült, és Alexander Severus nevéhez fűződik. A 2. századig a képzés filozófiai magániskolákban folyt, vagy egy-egy mester oktatott magántanítványokat. Ebben a korban még nem léteztek egészségügyi szervezetek. A hadsereg illetve a gladiátoriskolák közül néhány rendelkezett hasonlóval, ezekben jelent meg először az egészségügyi tisztségviselő orvos intézménye, továbbá a hadseregnek köszönhető az egészségügyi üdültetés és a szűrővizsgálatok. A római kórházak sajátos funkciót töltöttek be, elsősorban az egészségesek védelmét szolgálták, és nem a betegek gyógyulását. A kórházak elsődleges feladatai közé tartoztak a betegek elkülönítése. Celsus által emlegetett valetudinariaink inkább a mai honvédség gyengélkedőire emlékeztettek, mint valódi kórházakra, valódi orvosok ezekben sem dolgoztak. A kezeléseket kezdetben a pater familias végezte, későbbiekben a segéd-személyzet – többségében rabszolgák - végezte a betegek ápolását. A mai kórházak ősei a késő császárkorban, azaz i.u. 3-5. században jelentek meg. A hagyományos nedvelméletek mellett négy egyéb jellemző volt, melyek befolyásolták a kor orvosi gondolkodását. A racionális felfogás alapján a betegségnek elsőként az okát kell meg tudni, ezt követően kezdhető meg a kór kezelése. Ezt a megközelítést etiologikus vagy más néven patogenetikus kezelésnek nevezték. Az empirikus vonulat ezzel szemben ellent mondott - véleményük szerint az okok megismerése részben lehetetlen, részben értelmetlen, ezért tüneti kezelést javasoltak, más néven szimptomatikus terápiát alkalmaztak. A metodizmus a már kifejtett két irányzat között foglalt helyet, mint arany középút. A másik jellegzetessége a kor orvostudományának a terápiával kapcsolatban volt megfigyelhető. Három lehetséges gyógyítási nem egyenlő szerephez jutott benne (kézzel, gyógyszerekkel, vagy étlettevékenységek szabályozása). Az ókorban képzett orvost csak a jómódban élők engedhették meg maguknak, és alkalmazhattak. A hagyományos népi gyógyítók kezelték az embereket gyógyszerekkel, terápiával. A római orvostudomány harmadik jellemzője az elmélet szoros kapcsoló-

dása a filozófiához, pontosabban a görög természetfilozófiához. Az antik orvosi hagyománynak mindvégig sikerült fenntartania kapcsolatát a pogány természetfilozófiával - klasszikus nedvelmélet kapcsolódásai és variációi. Az ókori görög-római gyógyítás kultikus-mágikus rétegének jelentőségét a reneszánsz, és a felvilágosodás korszaka is csökkenteni igyekezett. Megállapítható, hogy az orvostudomány Rómában soha nem vált igazán honossá. Ezzel szemben az egészség ügye, az orvostársadalom a birodalom fönnállása alatt lényeges szerkezeti átalakuláson ment át. Ez annyit jelent, hogy 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. A i.u. 4. század első felében politikailag és katonailag megerősödött, de a provinciák, tartományok és városok gazdasági, politikai önállósodása folytatódott. Gyakori volt, hogy a gazdagabb települések önállóan szervezték meg egészségügyüket és alkalmazták orvosait. Ebben az időben jelent meg az archiatros, és a hozzá kapcsolódó archiattratus intézménye, melynek keretein belül az orvosok vizsgáztatása mellett megjelent az érdekvédelem is. Az ezekben az intézményekben dolgozó orvosok a konkurencia visszaszorítás és a színvonal fenntartása céljából céhekhez hasonló egyesüléseket hoztak létre. Mindezek alapján megállapítható az archiattratusok igen nagy jelentősége, hiszen nem csak a középkori egyetemi képzés, hanem az orvos-kollégiumok és sebészcéhek előzményének is tarthatóak. I.u. 4. 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. A pogány körbe sorolható orvosok közé tartozik Szent Ágoston egy barátja, Vindicianus, valamint az ő tanítványa, Priscianus. Nyugaton még a 4. század végén is lehetett ideológia-mentes orvosi munkákat alkotni: erre bizonyítékként szolgált Marcellus Empiricus: De medicamentis című gyógyszerészeti műve. Theodórosznak a perzsa királyhoz, II. Sapurhoz kellett menekülnie eretnek keresztény nézetei miatt. A perzsa udvarban írta meg utóbb arabra fordított, ám időközben elveszett orvosi enciklopédiáját. Az újfajta, keresztény orvosi irodalom azonban csak az 5. századra vált egyeduralkodóvá. Ebben az időben az orvoslás általános hanyatlása mellett sor kerül néhány pozitív eseményre: A nesztoriánus keresztény orvosok edesszai klinikájának bezárására 489-ben, továbbá az athéni platónikus orvosok elűzésére, 529-ben. Az itt működő orvosok és orvosi iskolák a szasszanida

perzsa birodalomba menekültek, majd a délnyugat-perzsi Gondesapurban alapítottak kórházat és iskolát. Ennek az iskolának két évszázadot követően óriási jelentősége lett az arab orvostudomány fejlődése szempontjából. Míg nyugaton a népvándorlás ismétlődő hullámai szinte véget vetettek a tudományos orvoslásnak, a 7–9. sz. közt eltelt időből gyakorlatilag csak egy-két orvosi szerző nevét ismerjük. Az ókori orvostudomány szellemi központja a i. e. 2. század óta Alexandria volt. Az alexandriai orvostudományra empirizmus, racionalizmus és erős szakosodás volt jellemző. Az ott működő orvosi iskolák elsősorban nem közvetlenül a hippokratikus hagyományt követték, hanem ennek összegzőjét, és Galénoszt tartották főtekintélynek. A 7. 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.⁴⁰

1.3.2. Középkori orvoslás

A középkor első jelentősége a salernói iskola volt, mely Nápoly közelében volt. Az itt lévő orvosok, mint egy közösség – testületet alkottak. A 13. században ez az egyetem volt a legszervezettebb, az öt év elméleti oktatást követte egy év gyakorlat. Constatinus Africanus a kor szülötte legfontosabb tevékenysége közé tartozott, hogy az arab orvosok könyveit fordította latinra. A salernói iskola nevezetessége továbbá egy egészségtani tanköltemény – fontosabb orvosi ismereteket tartalmazta. A montpellier-i iskola a mai Franciaország területén Marseille közelében helyezkedett el. A bolognai egyetem jogi és orvosi kara szintén híres volt a 13. században. Borgognoni Ugo és Teodorico nevéhez fűződik a sebészet orvosi szintre emelése. Ők használtak a gennyes sebekre alkoholos lemosást, valamint a műtéti fájdalmak csillapítására bódító szivacsot alkalmaztak. Az ő nevükhöz fűződik továbbá a hullák boncolásának a visszavezetése az orvosi tanulmányokba. Guglielmo da Saliceto a sebészeti műtéttant fejlesztette tovább.

Antonio Benivieni a kórbonctan fontosságára mutatott rá. Hozzá hasonlóan Alessandro Benedetti elsőként építtetett anatómiai tantermet. A kor kiemelkedő sze-

⁴⁰ BENKE J. (2009): Az orvostudomány története. pp.18-89. Budapest: Medicina Könyvkiadó.

mélye több szempontból is Leonardo da Vinci, mivel kitűnő anatómiai és boncolt rajzai voltak.⁴¹

1.3.3. A magyar szabadságharcok orvosai, híres katonaorvosok

Több olyan orvos is szolgált a honvédségben 1848-49-ben, akik a későbbiekben híressé váltak. Voltak közülük, akik fogságba kerültek, volt, aki emigrált – sokan közülük a kiegyezést követően visszatértek az országba és itthon igyekeztek megszervezni a tudományos életet, de sokan külföldön próbálták ugyanezt elérni. A teljesség igénye nélkül néhány kiemelkedő orvos személyiség:

- Stessel Lajos, eredetileg jogot végzett, később mégis az orvostudományok mellett kötött ki. A Bécsben tanuló diákok számára nyújtott segítséget egy segélyalap létrehozásával, valamint egy kórházi ellátási alapítványt is életre hívott. 1842-ben ő volt az, aki megalapította a magyar orvos egyesület könyvtárát. A forradalmat követően magyar menekülteket bujtatott, miután kiderült a tevékenysége, börtönre ítélték. Szabadulását követően Ausztriába költözött és onnan segítette a hazai orvostudományt.
- Schneider Antal: Temes megye tiszti főorvosa volt, a szabadságharc idején először Damjanich majd Bem seregében harcolt, s később sokáig ő volt az, aki fedezte Bem és kísérete kiadásait. Isztambulban telepedett le, ahol a Magyar Nemzeti Igazgatóság vezetője volt. Vagyonát különböző szervezkedésekre, felkelések megszervezésére fordította. A tevékenysége miatt a török rendőrség letartóztatta 15 évre, de két év leteltével kiszabadult. Ezt követően Olaszországba ment, ahol Garibaldi oldalán közel nyolcvan csatában vett részt. A kiegyezést követően az akkori miniszterelnök közbenjárására térhetett haza, de hivatala gyakorlásától eltiltották.
- Balassa János: 1839-től műtőorvosként dolgozott a bécsi sebészeti klinikán. 1848-49-ben az orvosi kar igazgatója és a magyar közoktatásügyi minisztériumban tanácsos volt. A szabadságharc ideje alatt a honvédkórház igazgatójaként tevékenykedett, majd elfogták őt is. A szabadságharcot követően – és a

⁴¹BENEDEK I. (2012): Fejezetek az orvoslás középkori történetéből Online: http://www.orvostortenet.hu/tankonyvek/tk-05/pdf/2.3.4.2/benedek_istvan_kozepkori_orvoslas.pdf (2015.11.30.)

kiszabadulása után – kezdeményezésére alapították meg az Orvosi Hetilap című szakfolyóiratot, mely a mai napig rendszeresen jelenik meg. A korszerű sebészeti oktatás és gyakorlat bevezetése fűződik a nevéhez. Az étterrel való altatást ő kezdeményezte, majd terjesztette.⁴²

- Radó György: édesapja szintén orvos volt. Debrecenben született, az orvosi tanulmányait is itt végezte el, majd 1944-ben Budapestre szökött ahol az ellenállási mozgalom tagjává vált. 1946-ban bőrgyógyász szakorvos végzettséget szerzett. 1949-től hivatásos katona lett, előbb a Honvédelmi Minisztériumban, később a Központi Katonai Kórházban dolgozott. Az 1956-os forradalomban tanúsított viselkedése miatt halálos ítéletet kértek rá, végül 4 évet kellett letöltenie. Ezt követően 1961-től haláláig a II. kerületi Bőr- és Nemi beteggondozóban dolgozott. Itt szervezte meg 1975-től kezdődően az érgondozó rendelését is. A kompressziós kezelés elterjesztésével, a célzott perforáns véna kompresszió kifejlesztésével, és a lábszárfekély kezelésében elért eredményeivel került a kiváló orvosok közé a hazai orvoslás történetében.^{43 44}

1.3.4. Távműtétek

A sebészrobotokat működésük alapján három kategóriába lehet sorolni:

- félautomata rendszerek
- közvetlenül irányított rendszerek
- teleoperációval működtetettek

Az 1980-as évek végén alkották meg a NOKIA Puma 560 elnevezésű műtőrobotot, mely egy orvosi csipesz segítségével szövetmintákat volt képes venni.

1991-ben jelent meg a ZEUS orvosi robotrendszer, mely master-slave alapon működő kettő plusz egy karú robot révén a valóságban is lehetővé váltak a minimál invazivitással járó sebészeti beavatkozások.

⁴² KAZAI A. (2011): A szabadságharc orvosai Online: <http://www.medicalonline.hu/kitekinto/cikk/a-szabadsagharc-orvosai> (2015.11.30.)

⁴³ VITÁL A. (2014): A szabadságharc orvosai Online: <http://ujszo.com/vasarnap/kultura/2014/03/14/a-szabadsagharc-orvosai> (2015.11.20.)

⁴⁴ ÉRBETEGSÉGEK (1998): Egyéb- Dr. Radó György Online: <http://erbetegsegek.com/image/temak/in-memoriain/49ment.pdf> (2015.11.29)

1992-ben lett a nagyközönség számára bemutatva a da Vinci névre elkeresztelt robotrendszer, mely fejlettség tekintetében a ZEUS-on túltett. A kamerát itt már parancsszavakkal lehet irányítani. A sebész három ujjára tépőzáras gyűrűket erősítettek, ezáltal a robot 3D-ben képes követni az ujjak mozgását. Ez az első olyan robot, mely megkapta az FDA minősítést.

2001-ben hajtották végre az első teleoperációt. New-Yorkban állították fel a vezérlő és optika szálát, internetalapú kapcsolat révén - sikeresen hajtották végre az orvosok az operációt egy Straßbourgban fekvő betegen.

Igen költségesek ezért főként Észak- Amerikában és Nyugat- Európában elterjedtek ezek az eljárási formák.⁴⁵

1.3.5. Iszlám Állam

Az 1990-es évektől kezdődően Iszlám Államként - korábban iraki és szíriai iszlám állam néven volt ismert. A csoport az elmúlt évtizedekben többféle néven és formában működött és tevékenykedett. A szervezet kezdetei a Jordániából származó Abu Muszab al- Zarkávi idejére és nevéhez fűzhetőek. Ő volt az, aki 1999-ben Afganisztánban terrorista kiképző táborot hozott létre, ahol találkozott Oszama bin Ladenel, de az al-Kaidához nem kívánt csatlakozni. Miután Oszama bin Laden megölték, elmenekült Irakba, ahol sokáig úgy tevékenykedett, mint egy fantom, egészen a 2003-as USA Irak megtámadásáig. Ekkor hozta létre a napjainkban ismeretes Iszlám Állam elődjét, az Egyistenhit Megvallásának, a Dzsihadnak a Társaságát. Szaddám Huszein bukását követően a szunnita uralom után a síiták vették át a hatalmat, ami feszültséghez vezetett, ezt próbálta Zarkávi kihasználni. 2006-ban egy USA elleni légitámadás során életét veszítette. A Zarkávi tevékenysége által kiélezett síita-szunnita ellentétek a későbbiekben is fennálltak, valamint a szíriai polgárháború jelentős mértékben kedvezett az Iraki al-Káida visszatérésének, melynek vezetését ekkor már Abu Bakr al-Bagdádi vette át, aki a szervezet nevét először Iraki Iszlám Államra változtatta. Az al-Káida és az Iraki Iszlám Állam vezetősége közötti kapcsolat jelentősen gyengült, végül a szervezet kikerült annak befolyása alól, és önállóan folytatta működését. Bagdádi követte Zarkávi módszereit. Továbbra is a síitákat nevezte meg a legfőbb ellenségként, miközben a polgári célpontok is megengedettek

⁴⁵ HAIDEGGER T. (2006): A holnap sebészete – Műtőrobotok és teleoperáció. In: IME 5 (3): pp. 49-52.

maradtak. Az Iraki Iszlám Állam fegyveresei között ekkorra már több olyan katona is volt, aki korábban Szaddám Huszein hadseregében szolgáltak, ami komoly fegyveres erővé tette a szervezetet. Az iraki tapasztalatokkal felvértezett ISI a felkelőknél sokkal harcképesebbnek bizonyult, és több területen is sikerült feltartóztatnia az Aszadhoz hű kormányerőket. Ez után nevezte át másodszor a csoportját az Iraki és Szíriai Iszlám Államra (Islamic State in Iraq and Syria – ISIS). Moszul városának elfoglalása új helyzetet teremtett, bebizonyosodott, hogy az ISIS már nemcsak egy öngyilkos merényleteket elkövető szervezet, hanem területeket foglal el, és azokat ellenőrzése alatt is képes tartani. A csoportját harmadszorra is átnevezte, ezúttal Iszlám Állammá (Islamic State). Az Iszlám Állam szélsőséges ideológiája sokak számára vonzó, ezért az elmúlt években egyre többen csatlakoznak hozzá más országok állampolgárai- főként Tunéziából, Szaúd-Arábiából, Jordániából, Marokkóból, Libanonból. Egyes források szerint több nyugati országból is csatlakoztak már a szervezethez. Ezekben az esetekben nem az iszlám vallás vagy a dzsihád az ok a csatlakozásra, sokkal inkább valamilyen pszichés probléma húzódik a háttérben.⁴⁶

1.3.6. Harci sérülések és ellátásuk

A harctéren bevethető egészségügyi ismeretekkel és gyakorlattal rendelkező katonák bevetése azért volt fontos, mert a harctéren bekövetkező halálozások 90%-osak voltak, mivel a sérültek már az előtt meghaltak, mielőtt bármilyen szakszerű ellátásban részesültek volna. Ezt küszöböli ki a rendszer, azáltal, hogy katonákat szakszerűen képez ki a harctéri sérülések elsődleges ellátására. Fő feladataik az erő megőrzés, védelem. Ezek a katonák a tevékenységüket parancs alapján végzik. A harctéri ellátásnak különböző szakaszai vannak, - melyekhez eltérő időintervallumok vannak megadva - úgy, mint:

- tűz alatti ellátás ~ 6perc
- taktikai harctéri sérült ellátása ~ 23perc
- taktikai kiürítési ellátás, harctéri sérültek evakuálása

⁴⁶ SELJÁN P.(2014): Harc az Iszlám Állam ellen. In: Nemzet és Biztonság 7 (5): pp. 63-74.

A már említett elsődleges szakmai ellátás révén a végtagsérülésekből adódó elvérzés, **PTX**, légúti elzáródás akadályozhatóak meg.

A leggyakrabban előforduló sérüléstípusok a repesz okozta-, lött-, égési-, akna által, robbanás okozta sérülések. Az előírásoknak megfelelően alkalmazott védőfelszerelés – 2000M: rohamsisak, repeszálló mellény, Kevlar betét, nyakvédő – használata jelentős mértékben csökkenti a létfontosságú szervek repesz által okozott sérüléseinek súlyosságát.

Harctéri elsősegélynyújtás esetén időben a legfontosabb teendők közé tartozik a további sérülések megelőzése, vérzéscsillapítás, **CAB** – ellátás, a sérült biztonságos helyre szállítása – ha a sérült tudata nem tiszta, a fegyverét azonnal el kell venni tőle. Lött sérüléseknél – ha artériás vérzéssel van kombinálva – a vérzéscsillapítás a legfontosabb, ezt követi a seb szakszerű ellátása.

Akna, robbanás okozta sérüléseknél a harctéri elsősegélynyújtáshoz tartozik a helyszín elhagyása, vérzéscsillapítás, sebellátás, shock terápia – a teendők időbeni sorrendje függ attól, hogyan szerezte a sérülést.

A különböző balesetek, sérülések következtében eltérő sebek alakulhatnak ki az egyén bőrfelületén (vágott-metszett, zúzott, roncsolt, szúrt, szakított, harapott, lött, csonkolt, idegentest a sebben). Közös jellemzőjük a nagy fertőzésveszély és a fájdalom.

Mechanikai sebzések esetén elsődleges a vérzéscsillapítás – szívmagasság felé kell emelni a vérző végtagot -, fertőzés kialakulásának és a seb kiszáradásának megakadályozása. Sérült fektetése célszerű, mert javítja a kivérzett beteg állapotát, megakadályozza további szövődmények kialakulását. Fontos a seb és környékének megtisztítása folyó-, vagy tiszta vízzel, ezt követően, pedig fertőtlenítő oldattal való lemosása, végül steril gézlappal való fedése.

Vérzések a különböző mechanikai sérülések velejárói. Nem elhanyagolható azonban, hogy milyen típusú vérzéssel állunk szemben: hajszáleres, vénás, artériás. Hajszáleres vérzésnél a sebtisztítás, fertőtlenítés és fedőkötés tartozik az elsődleges ellátásba. Vénás és artériás vérzésnél a nyomókötés alkalmazása a rendkívül fontos a sebtisztítás és fertőtlenítés mellett. Artériás nyomópontok a test különböző részein találhatóak, mint például alsó végtag esetén a vérzéssel azonos oldalon a lágyékhajlatban a combverőeret és szeméremcsonthoz szorítva teljes erővel. Súlyos, nagy artériás vérzéseknél szokás alkalmazni szorító kötést – veszélye az elhalás.

A shock kialakulása különböző okokra vezethető vissza, mint például vérvesztés, nagy mennyiségű folyadékvesztés, fertőzések. A shock nem egy betegség, hanem egy folyamat, ami életveszélyes állapottal jár együtt és nem megfelelő időben nyújtott szakszerű segítség nélkül halállal végződik. Harctéren elsődleges a kiváltó ok megkeresése – és ha ezt sikerül megtalálni – akkor annak megszüntetése. Fontos a megfelelő pozicionálás – sérült hátára fektetés, láb megemelése szívnél magasabbra-, ruházat meglazítás, izolációs fóliával való betakarás, vénabiztosítás, folyadékpótlás, **MEDVEAC** hívás.

Arckoponya sérülések – leggyakrabban különböző autó baleseteknél, nagy erejű ütés, robbanás, magasból esés, illetve ostorcsapás jellegű fejmozgásoknál alakul ki. A legfontosabb a légutak biztosítása, fej előrehajtásával – ha 100%-osan megbizonyosodtunk, hogy a gerinc nem érintett -. Ha gerinc érintettség, eszméletlenség vagy mindkettő fennáll, úgy légút biztosító eszközök alkalmazása javasolt – Eschmarch műfogás –.

Szem sérülések esetén tilos megpróbálni eltávolítani az idegentestet, hanem fedőkötést kell alkalmazni mindkét szem esetén, és laposan kell fektetni a sérültet. Agykoponya sérülése különböző koponyát ért traumás sérülések következtében képes kialakulni. Abban az esetben, ha a sérült eszméletlen, úgy az eszméletlenségből következő veszélyekre kell figyelni és azok kialakulását megelőzni. Átjárható légutakat biztosítani, vérzés esetén, annak csillapítása. Nyílt koponyatörést laza fedőkötéssel ellátni, ha agyrész van előesve, tilos visszahelyezni. Fontos figyelni a tüneteket, mert lassan alakulnak ki, de életveszélyes, kórházat igénylő állapotokat képesek okozni.

A mellüregben helyet foglaló legtöbb szervnek már kisfokú sérülésekor életveszélyes állapotok alakulhatnak ki. A mellkasi szervek direkt vagy indirekt erőhatásra képesek sérülni. A leggyakoribb a mellkasi sérüléseket érdemes a súlyosságuk szerint felosztani:

- akut, életveszélyes sérülések: azonnali beavatkozást igényelnek, melyek társbetegség kialakulása nélkül is a sérült rövid időn belüli halálát képesek okozni, mint például a PTX, légúti elzáródás, nagy ér sérülés.
- potenciálisan életveszélyes sérülések: önmagukban jelentősen képesek rontani a sérült állapotát, hosszabb fennállás esetén vezethetnek halálhoz - társbe-

tegségekkel együtt rövid időn belül képesek ezt okozni -. Ilyen például a bordák zúzódása, szívizomzat zúzódása, tüdők sérülései.

- Egyszerű mellkas sérülések: minden olyan sérülés ebbe a csoportba tartozik, ami sem közvetve, sem közvetlenül nem veszélyeztetik a sérült állapotát.

Harctéri ellátásuk során elsődleges szempont, hogy a beteg eszméleténél van-e vagy sem. Eszméletlen beteg esetén a stabil oldalfekvés – sérült oldalra –, légző mozgás, pulzus ellenőrzése. Nyílt mellkas sérülés esetén légmentes kötés alkalmazása.

A hasi sérülés a közlekedési-, véletlen balesetek, háborús események, agresszív cselekmények miatt igen gyakran előforduló sérülésfajta. Két nagy csoportra oszthatóak:

- nyílt hasi sérülések
- zárt hasi sérülések

Elsődleges ellátásuk során fontos a sérült nyugalomba helyezése, lapos fektetés alkalmazása térdben behajlított támasztott lábakkal, enyhén megemelt fejjel. Ha visel a sérült szorító ruhát, akkor annak meglazítása. Vénabiztosítás, folyadékpótlás. Nyílt hasi sérülés esetén a bemeneti nyílás légmentes fedése – ha bélrészek kitüremkedtek, akkor azoknak a visszahelyezése a hasüregbe tilos –. Fájdalomcsillapítás, antibiotikum adása – kizárólag intravénásan –. Folyamatos vitális paraméterek megfigyelése, szükség esetén shock terápia. Tilos a sérültnek per os beadni gyógyszert, folyadékot, táplálékot.

Az ízületi sérülések két formáját különböztetjük meg: a rándulás és a ficam. Harctéri elsősegélynyújtásnál elsődleges a ficam, vagy rándulás rögzítése a szabályok betartásával. Rándulásnál az **EJNYE** – szabályt kell használni.

Csonttörések esetén a törést vagy törésgyanús végtagot úgy kell rögzíteni, hogy az érintett csonton található két szomszédos ízületen túlérjen a rögzítés. A rögzítésre használt eszközök például a Cramer sín, SAM sín, pneumatikus sín, végtag vákuum, **KTD**; az egész testet rögzítő eszköz a vákuum-matrac. Nyílt törés sebét a sebellátás szabályai szerint kell ellátni, de ügyelni kell, hogy a sérült végtag ne legyen mozgatva.⁴⁷

⁴⁷ MAGYAR HONVÉDSÉG EGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT (2013): Egészségügyi alapismeretek elsősegélynyújtás, A harctéri életmentő katonák részére segédlet Online:

1.3.7. Role 1-4

A Role 1-4 egészségügyi ellátó szinteket jelöl.

- Role I – egyes ellátási szintű segélyhely, a zászlóalj egészségügyi biztosítását az egészségügyi szakasz látja el. Feladatok közé tartozik a kiürítés, osztályozás, szakosított elsősegély, újraélesztés, állapot stabilizálás, elsődleges ellátás biztosítás.
- Role II – kettes ellátási szintű segélyhely, a dandár egészségügyi ellátást az egészségügyi század látja el. Köztes ellátási szintnek számít, a fekvő kapacitás korlátozott. Ide fogászati, pszichiátriai, pszichológiai és belgyógyászati és sebészeti egészségügyi ellátás tartozik. Feladatai továbbá a magasabb szintű újraélesztés, shock terápia, **DSC**.
- Role III – hármas ellátási szintű segélyhely, a haderónemi 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.⁴⁸

1.3.8. Atom, biológiai vegyi sérülések ellátása

Az atomfegyverek okozta sérülések többségében kombinált sérülések formájában jelentkeznek több szervre, vagy szervrendszerre kiterjedten. Ezek közé tartozik a fény-, hő-, és mechanikai hatás. A fényhatás – fénysugárzás ez esetben több óráig is eltarthat, aminek következménye a hosszabb-rövidebb ideig tartó vakság. Fontos a szem óvása az erős fényhatástól. Szükség esetén fedőkötés, szemcsepp alkalmazása. A hőhatás kontaktégés formájában károsítja a sérült szervezetét. Ellátása az égés

http://www.honvedkorhaz.hu/container/files/attachments/349/eu-118_404_eu_alapismeretek_elsosegely.pdf (2015.11.30.)

⁴⁸ MEDVECZKI Z. (2006): Fej-nyak sebészeti ellátás minősített helyzetben. In: Hadmérnök 1(1) Online: http://hadmernok.hu/archivum/2006/1/2006_1_medveczki.html (2015.11.25.)

sérültekkel egyezik meg. A mechanikai hatások okozzák a legnagyobb kárt az egyénben, mechanikai sérülések formájában. Ellátás a sérülés formájától függ.

Biológiai és/vagy toxin fegyverekkel szembeni védekezés módjai közé tartozik többek között a gázálarc, bőrvédő eszközök, ellenőrzött ivóvíz és élelmiszer fogyasztása és a kemoprofilaxis. A védekezést nehezíti, ha olyan kórokozót használnak, melyet genetikailag módosítottak vagy antibiotikum rezisztens.

A vegyi fegyverek közé igen sokféle anyag tartozik úgy, mint idegbénító hatású mérgező harcanyagok, fojtó hatású mérgező harcanyagok, pszichokémiai anyagok, ingerlő hatású mérgező harcanyagok, általános mérgező hatású harcanyagok. Azok az anyagok, melyek a légutakon keresztül jutnak a szervezetbe, fulladást okozhatnak, vagy a légzőfelületet csökkentik, esetleg a légzőközpontot bénítják meg. Fontos, hogy az elsődleges segítségnyújtás védőkesztyűben történjen – arra az esetre is fel kell készülni, ha a mérgező bőrön keresztül is képes felszívódni –. A méreggel átitatott ruhát el kell távolítani a sérültről, szappanos vízzel kell átmosni – lúgos hatású, közömbösíti az alkilfoszfátokat –. Szembe kerülés esetén 2-4%-os szódabikarbónás vízzel kell öblögetni a szemet, majd kimosni. Per os történő bevitelnél a hánytatni kell a sérültet, majd szódabikarbónás oldattal kimosni a beteg gyomrát végül keserűsítő és orvosi szén szuszpenzióját kell per os bevinni.

Az elsődleges ellátás nagyban függ attól, hogy milyen típusú mérgező vegyi anyag áll a sérülések hátterében.⁴⁹

1.3.9. Robotok

A haderőknél már a légi, vízi és szárazföldi egységeknél is megjelentek a robotok. Felhasználásuk igen sokrétű, ezért többféle aspektus alapján csoportosíthatóak:

- alkalmazási környezet alapján elkülönítünk
 - szárazföldi robotokat
 - légi robotokat

⁴⁹ MAGYAR HONVÉDSÉG EGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT (2013): Egészségügyi alapismeretek elsősegélynyújtás, A harctéri életmentő katonák részére segédlet Online: http://www.honvedkorhaz.hu/container/files/attachments/349/eu-118_404_eu_alapismeretek_elsosegely.pdf (2015.11.30.)

- vízi és víz alatti robotokat
- űr robotokat
- kétéltű robotokat
- méretük alapján megkülönböztethetünk
 - makrorobotok – normál méretűek (1-2 méteres magasságot érik el)
 - midi nagyságúak – méteres nagyságon belül vannak
 - minirobotok – néhány 10cm terjedelműek
 - makrorobotok – néhány cm
 - nanorobotok – nanométeres mértékegységgel mérhetőek
- feladatrendszerük alapján vannak
 - felderítő
 - őrző-védő
 - riasztó-jelző
 - harci
 - légi utántöltő
 - kutató-mentő
 - aknamentesítő
 - egészségügyi
 - szállító
 - kommunikációs átjátszó
 - kísérő robotok

A robotok alapvető célja, hogy helyettesítsék az „emberi tényezőt”. A jellemzőbb alkalmazási területek közé tartozik a terület megfigyelés, célkoordináták meg-

adása, veszteségekről valós idejű tájékoztatásadás, nyomon követés, robbanótestek felderítése – megsemmisítése, célpont megsemmisítés.⁵⁰

1.3.10. Drónok

Vezető nélküli járművek egyes szakirodalmak szerint egyidősek a vezetővel működő járművek „életkorával”. Vannak források, melyek alapján feltételezhető, hogy már az ókorban is készítettek olyan járműveket, melyek ember nélküliek voltak. A 19. században olyan ember nélküli repülőballonokat fejlesztettek ki, melyekről robbanóeszközöket dobtak le az ellenségre. Az USA az I. világháború idején már tesztelt olyan légi járműveket, melyek vezető nélküliek voltak. Az 1980-as években már léteztek felderítő drónok – ezekkel kapcsolatos kísérleteket folytatott a Pentagon és CIA is. 1994-ben fejlesztették ki a Predator prototípusát, mely ma is széles körben használatos. A drón jól felhasználhatóságát jelzi, hogy az USA nyolc év alatt negyvenszeresére duzzasztotta a repülőeszköz parkját, valamint 2009-re már több drón operátort képeztek ki éves szinten, mint harci- és repülőgép pilótát.

A drónok alkalmazásának fő célja a személyi állomány veszteségei, és a katonai műveletek végrehajtásával járó kockázatok csökkentése. Általuk javítható a harcoló alakulatok helyzetfelmérése, támogatják a felderítést, célpontkiválasztást, fegyverek célba juttatását. Egyes források szerint a drónok beszerzési és működtetési költsége alacsonyabb, mint a pilóták által vezetett repülőeszközöknek. Alkalmazásuk révén csökkenthetőek a járulékos veszteségek. A drónokat irányító operátorok nincsenek kitéve tényleges veszélynek, hiszen több ezer, vagy tízezer kilométer távolságból képesek irányítani az eszközöket. Egyes szakemberek szerint emiatt csökken a felelősségérzetük is a döntések meghozatala során, mivel nem tapasztalják meg a valódi pusztítás erejét, sokkal inkább úgy élik meg, mint egy videojátékot. Néhány kritikus szerint a drónok eltávolítják az embert emocionálisan és morálisan is a csatától, ennek következtében könnyebbé teszi az emberölést. Hadijogi szempontból komoly probléma az operátorok felelőssége.

Némely vélemények annak adnak hangot, hogy a minél komplexebb drónok kifejlesztése tulajdonképpen a politikusok számára megkönnyíti a háborúba bocsátkozást, mivel a drónokat irányító operátorok nem kerülnek közvetlen életveszélybe –

⁵⁰GÁCSEK Z. (2008): Robotok a katonák szolgálatában Online: http://uni-nke.hu/downloads/bsz/bszemle2008/4/01_Gacser_Zoltan.pdf (2015.11.26.)

biztonságos környezetből irányítanak. Egyes vélemények szerint a pilóta nélküli repülőeszközök képesek olyan alacsony magasságban lenni, hogy azt nem lehet érzékelni, ezáltal engedély nélkül képesek más ország légterébe belépni, és ott akár hadműveleteket is végrehajtani.

Összességében megállapítható, hogy a drónok legnagyobb előnye, hogy csökkenti veszteségeket, gyorsan képes információkhoz jutni, azokat továbbítani, valamint a feladatok végrehajtásához nem szükséges emberi jelenlét. A szakemberek, szervezetek többsége pozitívan áll a drónok használatához, mivel általuk a katonák élete nem kerül veszélybe, vagy legalábbis nagyobb biztonságban van, mint nélkülük.⁵¹

1.3.11. MEDEVAC

Az egészségügyi kiürítést foglalja magába. 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. Az egészségügyi kiürítés történhet szárazföldön, vízen és levegőben.

Az előretolt légi egészségügyi kiürítés során biztosítják a betegek légi szállítását a harcmező különböző helyszínei között, vagy a harcmező és az ellátóhely között – mindvégig a harci zónán belül. A harcászati légi egészségügyi kiürítés fázisában a beteg szállítása a harci zónán kívülre történik, valamint az utánpótlási zóna különböző pontjai között. Stratégiai légi egészségügyi kiürítés során biztosítva van a beteg légi szállítása a tengerentúli területről a hazai bázisra vagy egy másik NATO tagállamba – biztonságos területre.⁵²

MEDEVAC lépései:

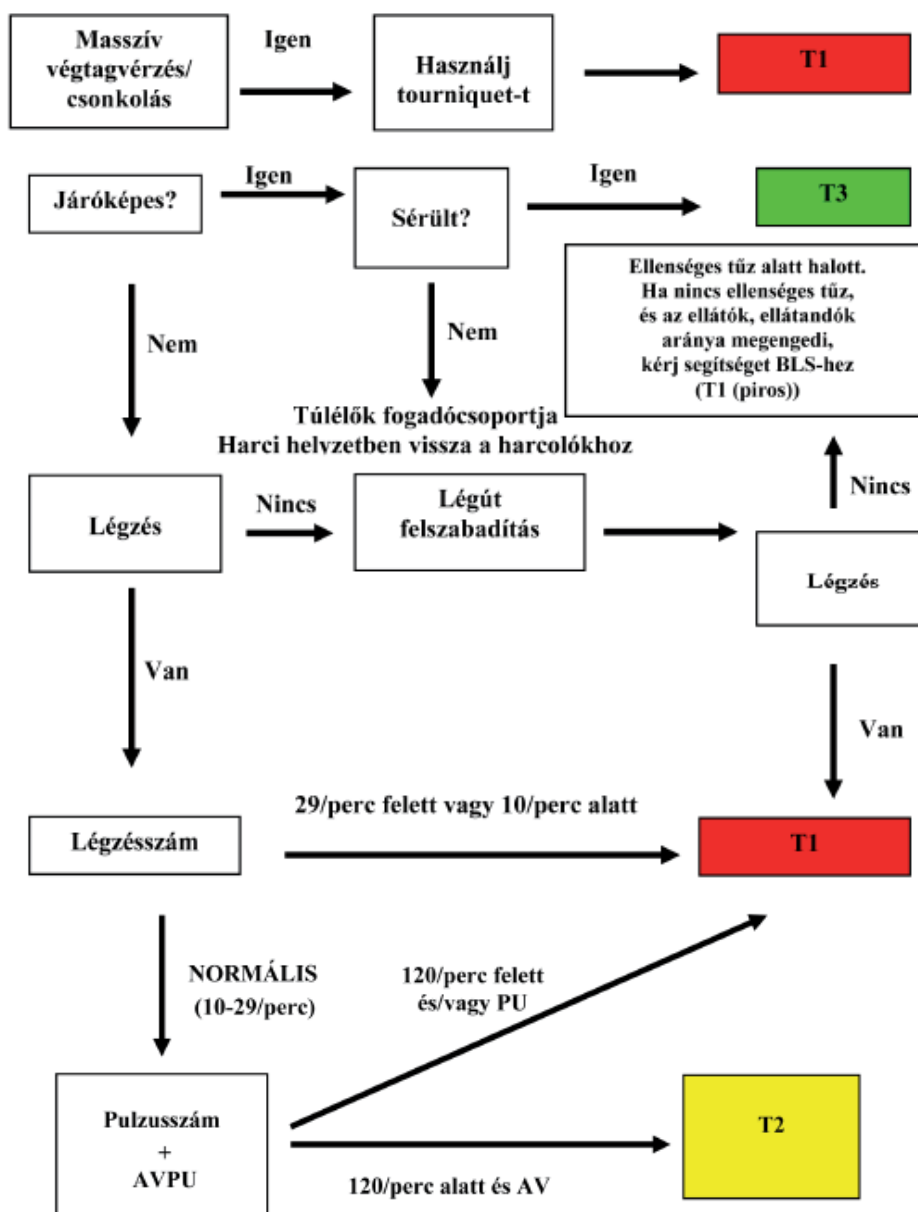
- kiemelési hely koordinátáinak megadása
- a kiemelés helyén lévő rádió frekvenciája és hívójele

⁵¹ VARGA A. F.(2013): A drónok, mint a kockázatmentes hadviselés eszközei. In: Hadtudományi Szemle 6(2): pp. 44-58.

⁵² NAGY J. – OROSZ Z. (2005): MI-8/MI-17 szállítóhelikopterek alkalmazása a magyar légierőben. In: Repüléstudomány 17 (2) Online: http://www.repulestudomany.hu/kulonszamok/2005_cikkek/nagy_janos_oros_zoltan.pdf (2015.11.30.)

- sérültek számának megadása besorolásukkal együtt
- szükséges különleges felszerelés megadása
- sérültek számának a megadása a szállíthatóság alapján
- kiemelő hely biztosítása
- leszállóhely kijelölés
- sérültek nemzetisége (magyar – katona, magyar – civil, nem magyar – katona, nem magyar- civil stb.)
- **ABV helyzet** fennáll-e?
- **MIST REPORT** készítés⁵³

⁵³ MAGYAR HONVÉDSÉG EGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT (2013): Egészségügyi alapismeretek elsősegélynyújtás, A harctéri életmentő katonák részére segédlet Online: http://www.honvedkorhaz.hu/container/files/attachments/349/eu-118_404_eu_alapismeretek_elsosegely.pdf (2015.11.30.)



1.ábra: Sérültek osztályozása

A színek jelölése:

T1 – azonnali ellátásra szorul, például: légúti akadály- piros

T2 – sürgős, halasztott ellátásra szorulók, olyan sérültek, akik 4-6 órán belül igényelnek szakorvosi beavatkozást- sárga

T3 – halasztható, minimális ellátást igénylők, ide tartoznak a kevésbé komoly sérültek, akik nem igényelnek ellátást a következő 4-6 órán belül- zöld

T4 – várományos, imminens halál állapotában lévők, nagyon súlyos sérültek, akik túl sok erőforrást igényelnének adott esetben - kék vagy piros kék füllel

T0 – halott - fehér/fekete⁵⁴

1.3.11. Missziós feladatok

A Magyar Honvédség békemissziós tevékenységét hazánk nemzeti érdekei, továbbá a NATO- és más nemzetközi szerződésekből származó kötelezettségek határozzák meg. Jogsabályi háttere:

- Magyarország Alaptörvénye 47. cikk (1)-(3)
- 2011.évi CXIII. törvény
- Nemzeti Katonai Stratégia
- ENSZ Alapokmánya

Napjainkban a békeműveletek és válságkezelő missziókat főként a NATO, ENSZ, EU és az EBESZ vezeti. A missziók finanszírozását a tagállamok „állják”, a meghatározott ráta szerinti hozzájárulásukkal, melyet az ENSZ 1028 \$/fő/hónap kompenzál.

A jelenleg is folyamatban lévő békemissziók:

- ciprusi békefenntartó misszió 150 fős magyar részvétellel – 2213/1997 (VII.24.) Kormányhatározat
- MFO – Multinational Force and Obsevers békefenntartó misszió, 2013-ban 41 fő részvételével történt – 34/1999 (V.7.) és 2161/1995. (V.31.) Országgyűlési határozat
- ENSZ libanoni békefenntartó missziója, 2013-ban 10 fő részvételével történt – 44/2006 (X.10.) Országgyűlés határozat
- Koszovóban NATO irányító béke fenntartó műveletekben való részvétel 2014-ben 205 fővel – 2076/2008 (VI.30.) Kormányhatározat
- ISAF műveleteiben való részvétel 2186/2008 (XII.29) Kormány határozat alapján

⁵⁴ MAGYAR HONVÉDSÉG EGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT (2013): Egészségügyi alapismeretek elsősegélynyújtás, A harctéri életmentő katonák részére segédlet Online: http://www.honvedkorhaz.hu/container/files/attachments/349/eu-118_404_eu_alapismeretek_elsosegely.pdf (2015.11.30.)

- ALTHEA művelethez való hozzájárulás 2013-ban 113 fővel – 128/2004.(XI.23.) Országgyűlési határozat alapján
- EUTM MALI misszió 2013-ban 6fővel – 1308/2014 (V.14.) Kormány határozat
- EUFOR RCA, közép-afrikai hadműveletben való részvétel 2015-ig 6 fővel – 1834/2014 (XII.29) Kormány határozat
- EUTM Szomália misszióban való részvétel 2015 március 31-ig 10fővel – 1915/2013 (XII.11.) Kormány határozat⁵⁵

1.4. Pályaelhagyás és kivándorlás okai, vonatkozásai Magyarországon

1.4.1. Az orvoshiány mértéke Magyarországon

Egy ország mindenkori orvos létszámát az utánpótlás és a veszteségek nettó egyenlege adja, de mindkét oldalon számos tényező van. Utánpótlási oldalon az alábbi tényezők szerepelnek:

- hazai egyetemeken végzett évfolyamok létszáma
- külföldi egyetemekről hazatérő diplomások száma
- bevándorló orvosok száma
- külföldről visszatérők

Veszteségi oldal tényezői:

- aktív korban bekövetkezett halálesetek
- Kádár-korszak disszidens migrációja
- 1989-es rendszerváltozás utáni szabad külföldi munkavállalás
- belföldi pályaelhagyás
- tranzitmigráció⁵⁶

⁵⁵ KÉPVISELŐI INFORMÁCIÓS SZOLGÁLAT (2015): A magyar honvédség békemissziós tevékenysége Online: http://www.parlament.hu/documents/10181/303867/2015_7_MH_missziok/a44d53e2-7a4e-4aa4-bac7-906d2e4b4e00 (2015.11.30.)

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 és a tendencia nem pozitív előrejelzést mutat. A pályaelhagyás alapvető fontosságú probléma az egészségügyben, sok esetben a szándék már a képzés idejének első felénél jelentkezik.⁵⁷

A hazánkban praktizáló orvosok száma folyamatosan csökken. 2004-ben 38 234, míg 11 évvel később csupán 30 486 doktor dolgozott a magyar egészségügyben, ami 20%-os csökkenést jelent. **Napjainkban 30000 praktizáló orvos dolgozik hazánkban, ami a fejlett országokkal összehasonlítva teljesen átlagos,** mivel külföldön 1000 lakosra 3,3 orvos, nálunk 3,1 jut. 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-re 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, ami egyértelműen emelkedést jelent. Egyes országokban rendkívül gyors növekedés tapasztalható az orvosok számában, mint például Törökország. A nővérek száma is nőtt minden OECD-országban, azokban az országokban is, ahol 2000-ben még alacsony volt, mint például Korea, Portugália.^{58, 59}

1.4.2. Egészségügyi kivándorlás okai, mértéke, következménye

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 kö-

⁵⁶ Balázs Péter (2009): Nemzetközi migrációs hatások és belső tényezők Magyarország orvosi munkaerő-gazdálkodásában. Egészségügyi Gazdasági Szemle.

⁵⁷ Girasek Edmond (2010): Fiatal munkavállalók az egészségügyben, fiatal egészségügyiek a munkaerőpiacon. URL: https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/DPR/dprfuzet4/Pages287_300_Girasek.pdf 2016.09.29.

⁵⁸ OECD (2016): Health workers with right skills in right places needed URL: <http://www.oecd.org/newsroom/health-workers-with-right-skills-in-right-places-needed.htm> 2016.09.28.

⁵⁹ OECD (2017): Health Workforce Migration URL: http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_WFMI 2017.07.20.

vetkeztében 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.”⁶⁰ Például egy korábbi vizsgálat kimutatta,⁶¹ 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 szervezetműködtetés és a feladatellátás szempontjából, minden olyan jelenség veszteségként értelmezhető, melyben a választott hivatás feladása vagy gyakorlásának más szervezetben való folytatása figyelhető meg.

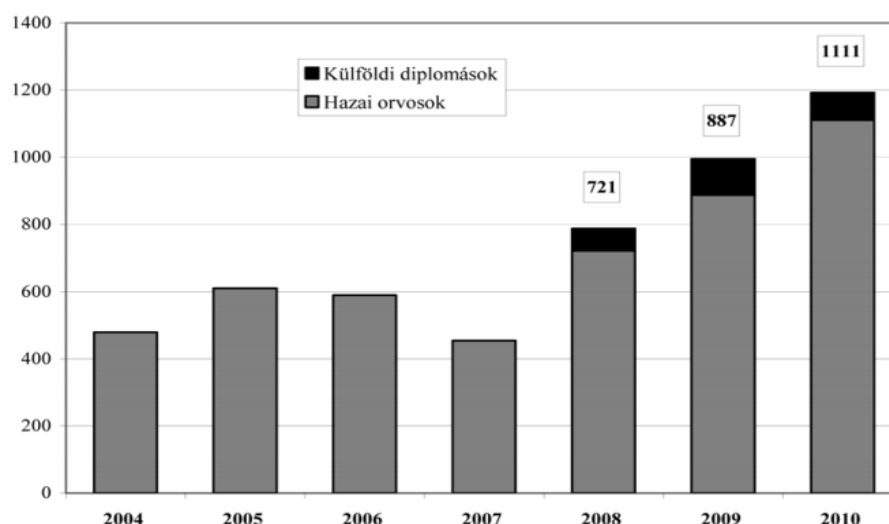
A pályaelhagyás és a migráció jelenségének vizsgálatára, azzal összefüggésben társadalomtudományilag érvényes megállapítások tételére, mind a szakképzettek, mind a diplomával rendelkezők vizsgálatának körében vannak példák az elmúlt évekből. Dolgozatomban nincs lehetőség ezek részletes áttekintésére, 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 csökkent. A rendszerváltozást követően, majd az EU-hoz való csatlakozás utáni időszak teljesen új helyzetet teremtett. Pontos adatok erről az időszakról csak a bevándorlással kapcsolatosan elérhetőek. A határok szabad átjárhatósága és a jelentési kötelezettség hiánya következtében az itthonról távozó orvosok létszáma nem meghatározható. Ez az adat nemcsak Magyarországon számít hiányzónak, hanem az egész EU területén, kiemeltképp a 2004-ben csatlakozott 10 tagország tekintetében. Az adatokat próbálták különböző tanul-

⁶⁰VEROSZTA ZS (2012) : A tanári pályaelhagyás szaktárgyi mintázata. In: Educatio 20(4): p. 608.

⁶¹GARAI O. - KISS L. (2007): Reál diplomával a munkaerőpiacon. pp. 209-210. Online: https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/DPR/dprfuzet4/Pages203_226_Garai_Kiss.pdf (2015.03.03.)

mányokkal, szakmai szervezetek segítségével, interneten elérhető adatok feldolgozásával pótolni. Az orvosok alap- és működési nyilvántartásának számítógépes adattárolása 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. A külföldi munkavállaláshoz szükséges igazolások alakulását az alábbi ábra (2. sz. ábra) szemlélteti, melynek adatai az EEKH-tól származnak.



2. sz. ábra: Külföldi munkavállaláshoz orvosok részére kiadott EEKH igazolások száma 2004-2010 között ⁶²

Megfigyelhető az ábrán, hogy a 2004-2007 közötti időintervallumban egy átmeneti emelkedést követően csökkentés következett, majd 2008-tól kezdődően egy erőteljes emelkedő tendencia figyelhető meg. 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 igazolást kérők közel egyharmadának még nem volt meg a szakorvosi oklevele sem. ⁶³

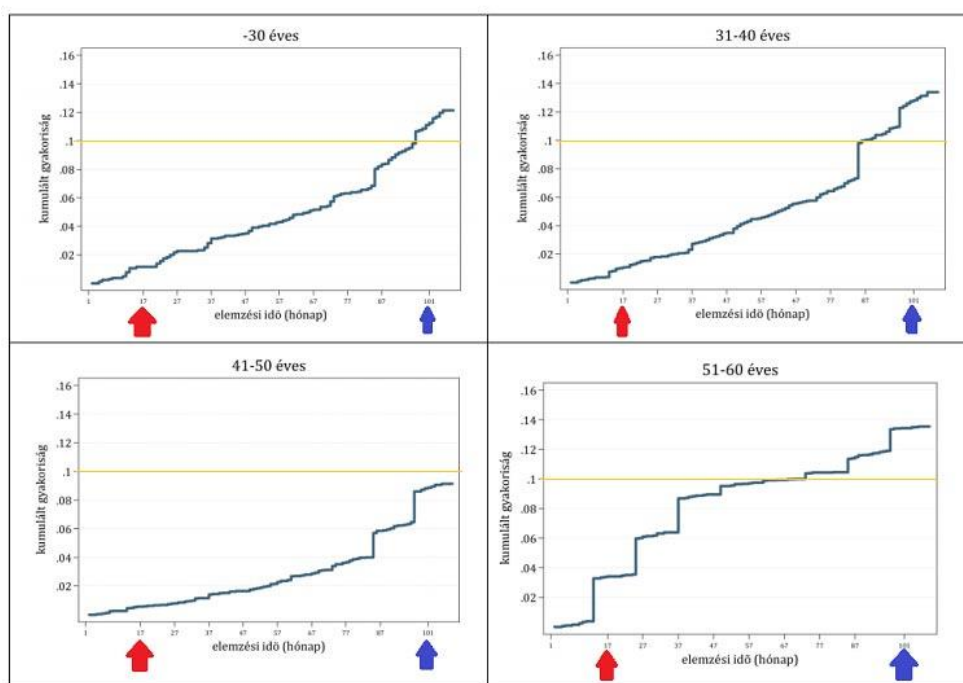
Az MTA tanulmány alapján a 2003-2011 közötti időszakban az orvosok 12%-a ment külföldre munkavállalás céljából, ahol átlagosan 7-10szeresét kapták meg a magyarországi bérezésüknek. Azon orvosok közül, akik az itthon maradás mellett döntöttek, 16%-uk nem kórházban szakorvosként vagy a rezidens program

⁶² Balázs Péter(2012): Orvosi létszámok és a nemzetközi orvosmigráció aktuális hatása Magyarországon. Orvosi Hetilap, 153(7) pp.254.

⁶³ Balázs Péter(2012): Orvosi létszámok és a nemzetközi orvosmigráció aktuális hatása Magyarországon. Orvosi Hetilap, 153(7): 250-256.

keretében vállalt munkát, hanem az orvosi szakmától elhatároltan 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 óta gyorsan emelkedő tendenciát mutat. 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 tanulmány által végzett kalkulációk szerint a 40-50%-os, tartós béremelésnek látványos hatásai lennének.⁶⁴

Kumulált gyakorisági függvények korcsoportonként – külföldre költözik



3. sz. ábra: A külföldre távozó orvosok aránya Magyarország EU csatlakozásakor és a korlátozások feloldását követően⁶⁵

Az ábrán piros nyíl Magyarország EU csatlakozását jelenti, a kék nyíl, amikortól Németországba és Ausztriába korlátozások nélkül vállalhattak munkát, a narancssárga vonal pedig a 10%-os kivándorlási szintet jelöli.⁶⁶

⁶⁴ Varga Júlia (2015): Hova lettek az orvosok: Az orvosok külföldre vándorlása és pályaelhagyása Magyarországon 2003-2011. Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaság és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaságtudományi Intézet Budapesti Corvinus Egyetem, Emberi Erőforrások Tanszék

⁶⁵ URL: <http://www.econ.core.hu/file/download/bwp/bwp1506.pdf> 2016.09.26.

A külföldi munkavállalás és a migráció gyakran egymásba kapcsolódó jelenségek. Számos külföldön munkát vállaló dönt a végleges kitelepülés között, 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.: makro-mikro, toló-húzó, ciklikus - strukturális hatások). A ciklikus és strukturális okokat azért célszerű jobban megvizsgálni, mert ezzel egyrészt következtetünk arra, hogy **a munkavállalók a ciklus fellendülésekor a külföldön munkát vállalók visszatérnek-e** a hazai munkapiacra, továbbá mennyire jellemző a kivándorláson keresztüli alkalmazkodás a válság időszakában. Válság időszakában megemelkedik a munkanélküliek aránya, ami toló hatásként fokozza a várható migráció mértékét, miközben a 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 kiegyenlítődéset. A nyelvi hasonlóságok a forrás és fogadó országok között ugyancsak növelik a migráció valószínűségét, de tanulmányok igazolták, hogy csak egy bizonyos fokig működik, mert létezik egy telítettség szint. Az adminisztratív akadályok, pontosabban ezek csökkenése, egy újabb pozitív irányú befolyó tényező a külföldi munkavállalásban. További fontos tényező a szociális-, 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.⁶⁷

Részletes (nemzetközi adatsorokra is támaszkodó) idősorok állnak rendelkezésre a foglalkoztatás alakulásáról a rendszerváltás utáni időszakból, ideértve a kivándorlással összefüggő adatokat is. Például jelentősen nőtt a külföldi munkavállal-

⁶⁶ URL: <http://kulfoldremennek.hu/munka/401-egy-re-tobb-orvos-hagyja-el-az-orszagot-vagy-valt-palyat-utanpotlas-nincs> 2016.09.25.

⁶⁷BODNÁR K. – SZABÓ L. T. (2014): A kivándorlás hatása a hazai munkaerő piacra, MNB-tanulmány 114. pp. 6-8 Online: <http://mek.oszk.hu/13400/13401/13401.pdf> (2015.11.26)

lók száma: 2009-től 2013-ra (vizsgált időpillanat: október-december) több mint kétszeresére nőtt a hazai kötődésű külföldön dolgozók aránya az össz-munkavállalókön belül.⁶⁸ Az egyes adatfelvételek egyértelmű képet mutatnak a korcsoporti összetételt illetően is: a külföldi munkavállalók között a fiatal felnőttek (döntően a 18-35 évesek, illetve a 18-50 évesek) képviselik a legnagyobb hányadot.⁶⁹ 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.⁷⁰ 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.⁷¹ Az egyébként is területi és szektorális egyenlőtlenségektől sújtott hazai munkaerőpiac (egyszerre van munkaerőtúlkínálat 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 lakosságszám, ezzel együtt, pedig a kisebb aktív népesség, kisebb létszámú a munkanélküliség. Negatívumként jelenik meg a demográfiai hatás, fiatalok kivándorlása. A nyugdíj-, egészségügyi rendszernek a fenntarthatósága mind inkább 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

⁶⁸EPPICH GY. - KÖLLŐ J. (2014): Foglalkoztatás a válság előtt, közben és után. In: Társadalmi riport 2014. Budapest: Társi. p. 167. 157-178. Online: <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/b329.pdf> (2015.11.26)

⁶⁹BLASKÓ ZS. - , LIGETI A. S. - SIK E. (2014): Magyarok külföldön – Mennyien? Kik? Hol? In: Társadalmi riport 2014. Budapest: Társi. pp. 359. Online: <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/b337.pdf> (2015.11.26)

⁷⁰BLASKÓ ZS. - , LIGETI A. S. - SIK E. (2014): Magyarok külföldön – Mennyien? Kik? Hol? In: Társadalmi riport 2014. Budapest: Társi. p. 366. Online: <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/b337.pdf> (2015.11.26).

⁷¹BLASKÓ ZS. - , LIGETI A. S. - SIK E. (2014): Magyarok külföldön – Mennyien? Kik? Hol? In: Társadalmi riport 2014. Budapest: Társi. pp. 353. Online: <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/b337.pdf> (2015.11.26)

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, ebből ezzel egyenes arányban csökken a motivációja, ezzel együtt, pedig a termelékenység.⁷² 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, amik esetében túlkereslet figyelhető meg. A hazautalások pozitív irányba változtathatják a belső létnívót, továbbá forrásként szolgálhatnak befektetésekhez, oktatás korszerűsítéshez. A hazautalások negatív következménye a hazai termelékenység romlását eredményezheti, azáltal, hogy csökkentik az otthon maradtak munkára való hajlandóságát.⁷³ A humán tőke mozgásának aspektusából a külföldön dolgozó személyek tapasztalataikat, tudásukat átadják, ez más néven a „brain gain”. Negatívumként jelentkezhethet 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 differenciált, 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.⁷⁴ Agrawal és munkatársai kutatásaik során arra keresték a választ, hogy milyen hatással volt Indiában a magasan képzettek kivándorlása a helyi kutatási és fejlesztési tevékenységre. Eredményeik alapján elmondható, hogy a szegényebb helyzetben lévő országok számára pozitívum a kutatás-fejlesztés szegmensében, ha a magasan kvalifikált munkaerő otthon marad, és nem külföldről kerül be egy új találmány vagy eljárás.⁷⁵ További pozitívumként értékelhető az erősödő kereskedelmi

⁷²BUDNIK K. Z. (2012): Do those who stay work less? On the impact of emigration on the measured TFP in Poland, National Bank of Poland, Working Paper No. 113. Online: http://www.nbp.pl/publikacje/materialy_i_studia/113_en.pdf (2015.11.26)

⁷³CHAMI R. – FULLENKAP C. – JAHJAH S. (2003): Are Immigrant Remittance Flows a Source of Capital for Development? IMF Working Paper WO/03/189 Online: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2003/wp03189.pdf> (2015.11.26)

⁷⁴BEINE M. – DOCQUIER F. – RAPOPORT R. (2001): Brain drain and economic growth: theory and evidence, Journal of Development Economics, 64 (1): pp. 275–289.

⁷⁵AGRAWAL A. – KAPUR D. – MCHALE J. – OETTL A. (2011): Brain drain or brain bank? The impact of skilled emigration on poor-country innovation, Journal of Urban Economics. 69 (1): pp. 43-55.

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 az internacionális kereskedelemben kerülő termékeket, mindeközben a termékek és szolgáltatások termelőiként kiválthatják, csökkenthetik a külkereskedelmet. Több tanulmány a nemzetközi migráció külkereskedelmet fokozó befolyására talált bizonyítékot.⁷⁶

Az **orvosi pályaválasztás** sokaknál már egészen kiskorban 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 körül szelektálni, ezért egyáltalán nem meglepő, hogy ebbe az intézménybe veszik fel a legelitebb társaságot. 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.⁷⁷

Egy 2010-ben végzett **diplomás pályakövetési elemzés** alapján, melynek elsődleges célpontjai az orvos- és egészségtudományi képzésben végzettek voltak (367fő). 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, dolgozott-e már az államvizsga ideje alatt. A válaszadók 35,3%-a már dolgozott abban az időben, 60%-uk a keresés fázisánál tartott. Legna-

⁷⁶WORLD TRADE REPORT (2013) Online: https://www.wto.org/english/res_e/booksp_e/world_trade_report13_e.pdf (2015.11.26)

⁷⁷ Girasek Edmond (2006): Orvosok pályaválasztása. Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kar, Szakdolgozat.

gyobb 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. 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, mint egy egyetemi felvételi. A gyakorló orvosok sokkal később kerülnek ki a valódi munkaerőpiacra, mint a szakorvosjelöltek. A kutatásban résztvettek 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, szemben a fizetésével. Túlnyomó részt állami intézményekben dolgoznak, ahol közalkalmazotti bértábla által meghatározott fizetést kapják. Mindezek **alapján alacsony pályaelhagyást állapítottak meg a vizsgálat során.** A kérdés természetesen adott, hogy mennyire valóságosak az adatok, melyeket felhasználtak?⁷⁸

1.4.3. Orvosképzés és utánpótlás

A **hazai orvosi egyetemekre 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 érinti mind a négy orvosképzést adó egyetemet. A csökkenő tendenciával párhuzamosan ugyanakkor megfigyelhető a pályaelhagyók fokozatos növekvése. A MOK adatai alapján a 2002-ben végzettek közel 30%-a eltűnt a rendszerből, pontosabban nem jelentkeztek szakorvosképzésre. A pályaelhagyók közül hozzávetőlegesen 10%

⁷⁸ Girasek Edmond (2010): Fiatal munkavállalók az egészségügyben, fiatal egészségügyiek a munkaerőpiacon. URL: https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/DPR/dprfuzet4/Pages287_300_Girasek.pdf 2016.09.29.

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 képzésben. 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 külföldet választja, mert a hazai bérekkel szemben, ott hamarabb képes elérni azt a havi fizetést, ami számára is megfelelő.⁷⁹

Számos hazai egyetemnél működik a **diplomás pályakövetési rendszer** (DPR). 2013-as adatok alapján a Semmelweis Egyetem összes karán végzettek közül az ÁOK- n végzettek 19,7%-a külföldön vállalt munkát a diploma megszerzését követően, 2,5%-uk volt munkanélküli a megkérdezéskor, 2%-uk pályaelhagyó.⁸⁰ A Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kara esetében szintén 19,2% volt a külföldi munkavállalók aránya, 1% a munkanélkülieké, 3,3% a pályaelhagyóké.⁸¹ A Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán 20,9%-os a külföldi munkavállalás, 2,2%-os volt a munkanélküliség a megkérdezéskor és 1,2% a pályaelhagyók aránya.⁸² A Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Karán végzett hallgatók 8,9%-a vállalt külföldön munkát a diploma megszerzését követően, 1,6%-uk munkanélküli volt a megkérdezéskor, 2,8%-uk, pedig pályaelhagyó.⁸³

⁷⁹ Halász Miklós (2003): Hová, hová doktor úr? URL: http://mno.hu/migr_1834/hova-hova-doktor-ur-733160 2016.09.23.

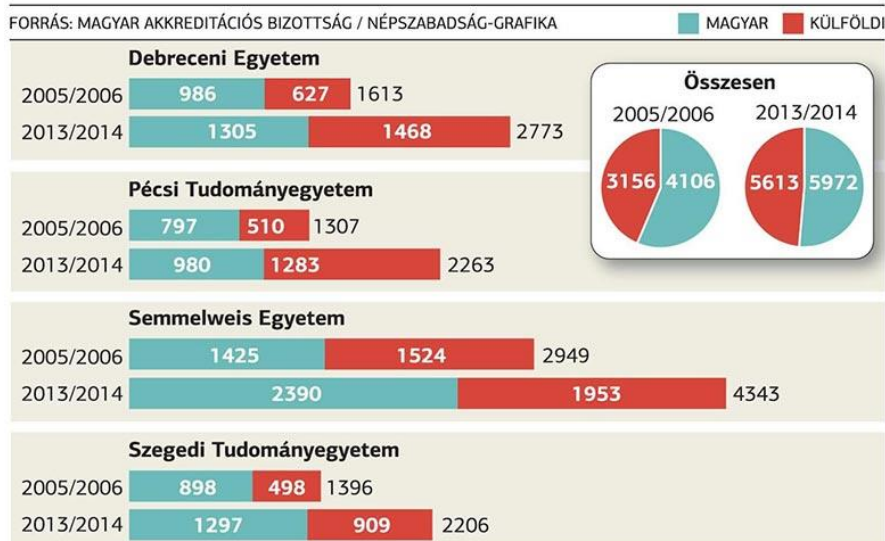
⁸⁰ URL: https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/DPR_adatlapok/DPR_2013tavasz/SE_2013.pdf 2016.09.24.

⁸¹ URL: https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/DPR_adatlapok/DPR_2013tavasz/PTE_2013.pdf 2016.09.24.

⁸² URL: https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/DPR_adatlapok/DPR_2013tavasz/SZTE_2013.pdf 2016.09.24.

⁸³ URL: https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/DPR_adatlapok/DPR_2013tavasz/DE_2013.pdf 2016.09.24

Hallgatói összlétszám az általános orvos szakon

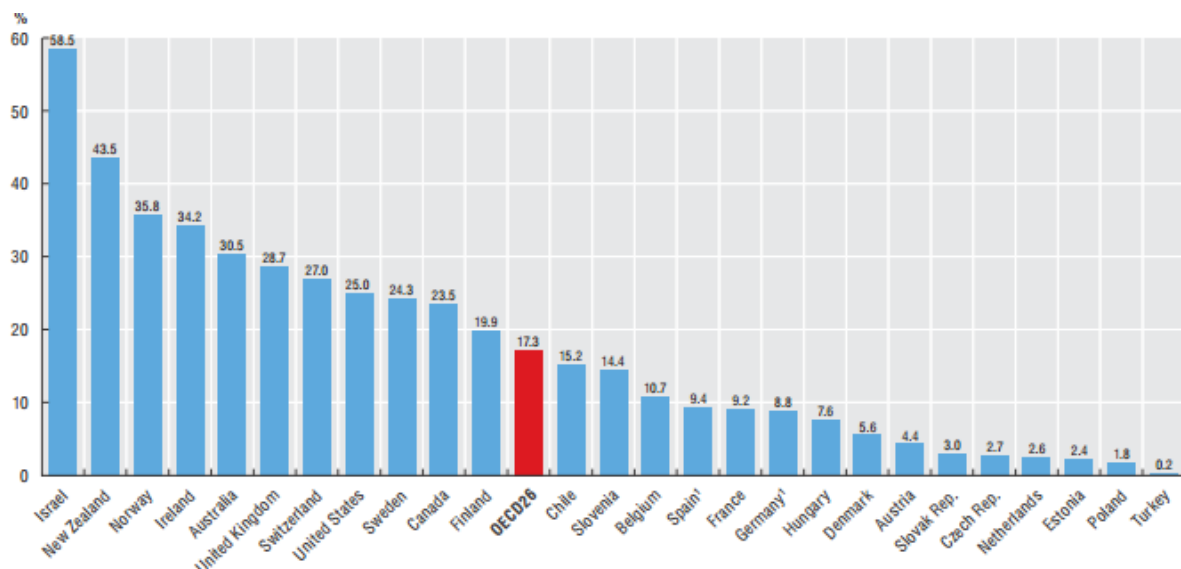


4. sz. ábra: Magyar és külföldi hallgatók eloszlása a hazai egyetemeken⁸⁴

A Health at a Glance 2015-ös kiadásában taglalta, hogy mekkora különbségek vannak az egyes **OECD**-országok esetében a **külföldön képzett orvosok** tekintetében. Törökország, Észtország és Lengyelország esetében összesen 3%, míg Izrael vagy Új-Zélandnál 58,5 illetve 43,5% volt a külföldön képzett orvosok aránya. 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. Norvégiában, Írországbán, Ausztráliában hasonlóan magas a külföldön képzett orvosok száma.⁸⁵

⁸⁴ URL: <http://kulfoldremennek.hu/munka/401-egyre-tobb-orvos-hagyja-el-az-orszagot-vagy-valt-palyat-utanpotlas-nincs> 2016.09.25.

⁸⁵ Health at a Glance 2015: Health Workforce 2015 URL: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115071ec024.pdf?expires=1477390965&id=id&accname=guest&checksum=64C210FD7FD5C4BE979337AA6B0B9BBB> 2016.09.27.



5. sz. ábra: Külföldön képzett orvosok aránya az OECD-országokban⁸⁴

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.⁸⁶

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 szakdolgozó.⁸⁷

1.4.4. Katonai pályaelhagyás, leszerelés

⁸⁶ International Migration Outlook 2015 URL: 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#.WA8zPjxkjc 2016.09.27.

⁸⁷ Külföldre mennék: Egyre több orvos hagyja el az országot, vagy vált pályát – utánpótlás nincs URL: <http://kulfoldremennek.hu/munka/401-egyre-tobb-orvos-hagyja-el-az-orszagit-vagy-valt-palyat-utanpotlas-nincs> 2016.09.25.

A 2014-es év második felének honvédségi szempontból kiemelkedő eseménye volt a jelentős arányú bérfejlesztési terv kormányzati bejelentése, mely részben a meglévő állomány megtartását, részben új jelentkezők megszólítását célozta. A 4 év alatt több ütemben végrehajtani tervezett, átlagosan 50%-os illetmény-emeléstől a katonák életének jelentős javulását és a pályaelhagyás csökkenését várták.

Ahogy a katonai pályaválasztásnál láttuk a motivációk összetettségét és sokféleségét, úgy a pályaelhagyás esetében is csak az egyik tényező a bérezés kérdése. „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, 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.”⁸⁸ 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 cégnél⁸⁹ (noha 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).

Ugyanakkor ellentmondásos kép rajzolódik ki 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 állományéhoz képest. Általánosságban kijelenthető, hogy a 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 humánstratégiája, és ezzel megfogalmazódott a kíváncsi a hiteles és

⁸⁸NAGY-VARGÁNÉ JUHÁSZ Á. (2010): A motiváció szerepe a magyar honvédségben. In: Bolyai Szemle. 12 (2): pp.11.

⁸⁹KATONA B. (2011): A katonai és biztonsági magánvállalatok tevékenysége és a fegyveres testületeknél szolgálatot teljesítők pályaelhagyása közötti összefüggések. pp. 4-5. Online: http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/publikacio/katona_bela01.pdf (2015.04.02.)

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 irányvonala-ként, 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 hiva-tásban a parancsnok, jelentős szerepet játszik beosztottjainak motiválásában. A pa-rancsnok egyfajta modellszerepet tölt be beosztottjai életében, és követendő mintát képvisel, amelyet az egyén modellkövető, utánzásos tanulással sajátít el.”⁹⁰ A pa-rancsnok már nem egyszerűen vezető, hanem segítő, irányító („coach”) is egyben.

A szakemberek szerint ilyen esetben a közös pont a büszkeség lehet, és eb-ben a kérdésben a parancsnok felelőssége óriási: teret kell adnia a beosztottaknak ötleteik bemutatásához, kommunikációt kell megvalósítani velük, mert ezek a meg-oldások vezetnek ahhoz, hogy a honvédségnél dolgozók büszkék lehessenek szerve-zetükre.⁹¹

1.4.5. Orvos-migráció, egészségügyi szakszemélyzet elvándorlás és pályaelhagyás

Az egészségügyi szakemberek elvándorlása napjainkra világjelenséggé ha-talmasodott, mellyel egyre többet foglalkozik mind a vándorlás-, mind az egészség-

⁹⁰NAGY-VARGÁNÉ JUHÁSZ Á. (2010): A motiváció szerepe a magyar honvédségben. In: Bolyai Szemle. 12 (2): pp.13.

⁹¹KISSNÉ ANDRÁS K. (2010) : Generációk a magyar honvédségnél. Motiváció és munkaerő megtar-tó képesség. In: Hadtudományi szemle. 3(4): pp. 61-62. Online: http://uni-nke.hu/downloads/kutatas/folyoiratok/hadtudomanyi_szemle/szamok/2010/2010_4/2010_4_tt_kissn_e_58_64.pdf (2015.04.05.)

politika. Az egészségügyi szakemberrel való ellátottsága egy országnak meghatározó módon befolyásolja az adott ország egészségügyi rendszerének működését, közvetetten pedig a lakosságának egészségügyi státuszát. A jelenség következményei az elkövetkező évtizedekben fogják éreztetni hatásaikat, 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.⁹² 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.⁹³

A keletről nyugati régióba történő orvos áramlás kapcsán négy meghatározó tényezőt lehet kiemelni. Elsőként az EU-n belől automatikus a képesítés elismerés. 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.⁹⁴

Az egészségügy területén dolgozók esetében, elsősorban a magasan kvalifikáltak tervezik a hosszabb vagy rövidebb ideig tartó külföldi munkavállalást. A cél-

⁹² EKE E. – GIRASEK E. – SZÓCSKA M. (2007): A migráció a magyar orvosok körében, In: Statisztikai Szemle, 93 (7-8): pp. 795-827.

⁹³ LUKÁCS É. - ILLÉS S. (2003) Szabad-e a személyek áramlása? In: Alföldi tanulmányok 2002–2003. PP. 18-34. Online: http://real-j.mtak.hu/1327/1/ALFOLDTAN_2003.pdf (2015.11.25)

⁹⁴ GAIZAUSKIEN A. – GRABAUSKAS V. – KUCINSKIENE Z et al (2000): Physician Planning in Lithuania in 1990-2015, Policy Documentation Center Online: http://pdc.ceu.hu/archive/00002469/01/LGP_leidinys_engl.pdf (2015.11.24)

országok elsősorban itt is az Unió nyugati országai, Írország, Nagy-Britannia, Németország, a skandináv térség államai.

Országos szinten az egészségügyi szakdolgozókkal kapcsolatos migrációs adatok a különböző nyilvántartási-, működési engedélyezési rendszereken, Egészségügyi és Oktatási Minisztériumok, szakmai szervezete, népszámlálás, közegészségügyi, népegészségügyi, képzési, adózási, munkavállalási adatokon keresztül mérhetőek fel/bebecsülhetőek meg. Magyarországon erre vonatkozó megbízható információk a Központi Statisztikai Hivatal (KSH), az évente kiadásra kerülő Statisztikai évkönyv, MOK, Magyar Kórhákszövetség, 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 migráns 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.

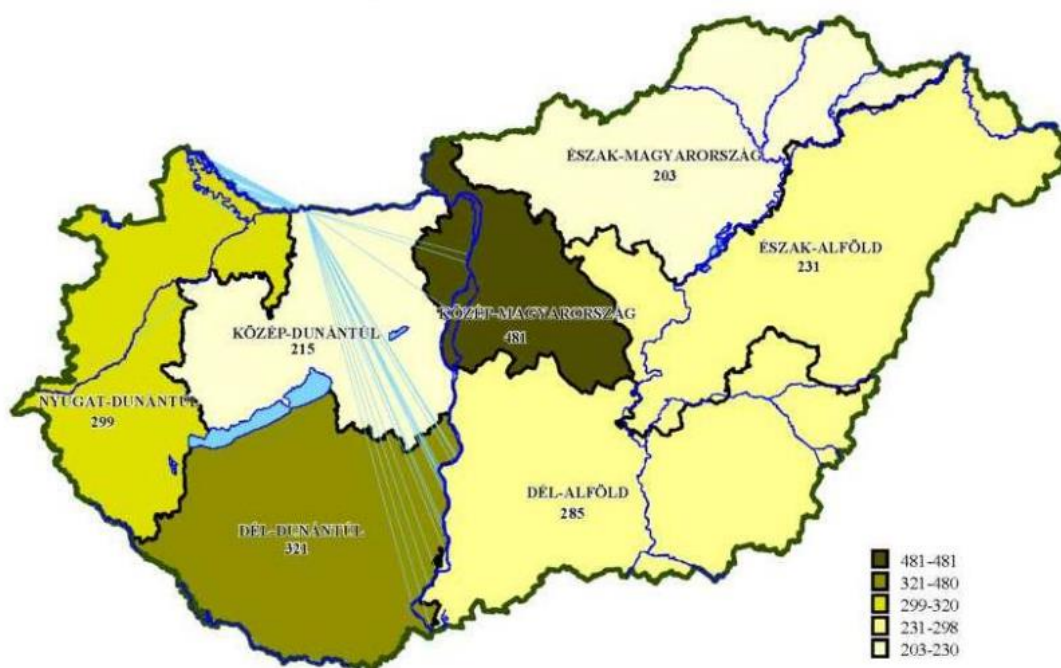
Az empirikus adatokra támaszkodó elemzéseknél külön szükséges megemlíteni, hogy az orvosok és az egészségügyi szakszemélyzet (ápolók, szakterületi aszisztensek) mozgását külön klaszterekben vizsgálják, mivel egyes idősorok, illetve vizsgálati szegmensek szerint a szakszemélyzet elvándorlása arányaiban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

Ugyanakkor érdemes megemlíteni 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.”⁹⁵ Az ápolók migrációja az

⁹⁵ ZRÍNYI M. - ZÉKÁNYNÉ RIMÁR I. - TÓTH H. - SIKET A. (2007): Időzített bomba? Pályaválasztás és elvándorlás. In: Egészségügyi gazdasági szemle. 5 (1): pp 43.

egész Európai Unión belül zajló jelenség, és a hazai kutatások mind a magyar trendek uniós tapasztalatokhoz való illeszkedését (lásd. „NEXT”-vizsgálat), mind az ápolói nyelvtudás meglétének fontosságát hangsúlyozzák.⁹⁶

A kivándorlás mértékét hivatott bemutatni a betöltetlen állások számának folyamatosan növekvő tendenciája. Ágazati szinten hozzávetőlegesen 4300 állás van betöltetlenül. A KSH 2012-es adatai alapján a legnagyobb számban Közép-Magyarországon, a legkisebb arányban Észak-Magyarországon vannak betöltetlen állások.⁹⁷



6. sz. ábra: Betöltetlen állások száma és megoszlása Magyarországon 2012-ben⁹⁷

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

⁹⁶ TAKÁCS P. - SIKET A. (2011): Ápolók pályaelhagyásának és migrációjának további statisztikai elemzése. In: Acta Medica. pp. 43. Online: http://epa.oszk.hu/02500/02535/00002/pdf/EPA02535_acta_medicinae_2011_02_033-046.pdf (2015.11.26.)

⁹⁷ TÖLGYESI D. B. (2013): Emberi erőforrások gazdálkodás a hazai egészségügyben, kihívások és lehetőségek. Miskolci Egyetem – Gazdaságtudományi Kar. Online: http://midra.uni-miskolc.hu/JaDoX_Portal/documents/document_14724_section_7102.pdf (2015.11.26.)

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 **célországok tekintetében nagyjából csak 10% nem valamelyik fejlett nyugat-európai vagy skandináv állam.**⁹⁸ 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.**

Jelenleg az egészségügyben dolgozó legnépesebb korosztály az 50-54 évesek közül kerülnek ki, akik előreláthatóan 10-15 éven belül eléri a nyugdíjas korosztályt. 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.

A 2011-es évben 1200 orvos kérelmezte az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központtól (ENKH,-jogelődje az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal) a külföldi munkavállaláshoz szükséges hatósági bizonyítvány kiállítását.⁹⁹ A már korábban említett kivándorlási tendencia folyamatosságát bizonyítja az ENKH hatósági bizonyítvány kiadásával kapcsolatos statisztikai adatai, melyek alapján 2012-ben 768 fő, 2013-ban 1218 személy, 2014-ben 1182-en, 2015 első félévében 305-en kérelmezték.^{100 101 102}

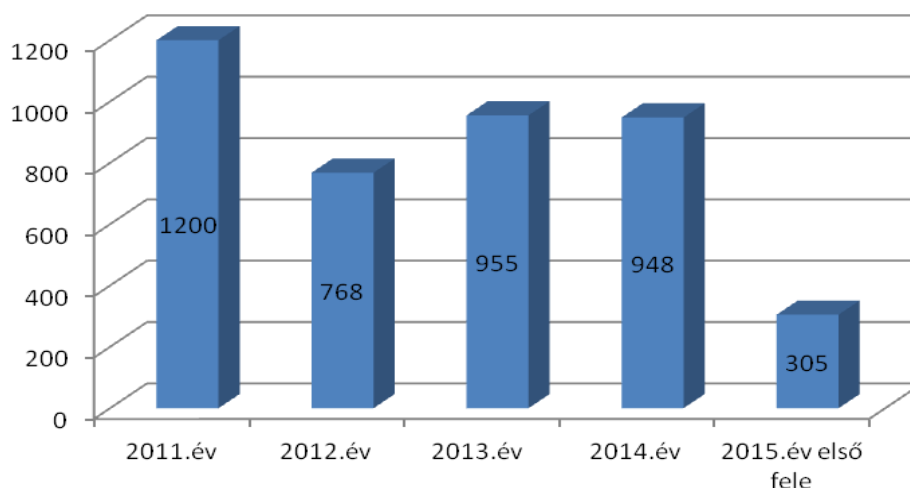
⁹⁸ DEUTSCHMAN-HORVÁH ZS. L. és mtsai (2013): Beszámoló az egészségügyi ágazati humán erőforrás 2013. évi helyzetéről az egészségügyi ágazati humán erőforrás-monitoring rendszer alapján. Egészségügyi és Nyilvántartási Képzési Központ. Online: http://www.eekh.hu/hmr/letoltesek/beszamolok/HR_beszamolo_2013.pdf (2015.04.06.)

⁹⁹ EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2011. évi statisztika –Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki http://www.eekh.hu/documents/statisztika/2011/2011_hatbiz_nem_allamp.pdf (2015.11.10)

¹⁰⁰ EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2012. évi statisztika –Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki http://www.eekh.hu/documents/statisztika/2012/2012_hatbiz_szakkepessites.pdf (2015.11.09)

¹⁰¹ EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2014. évi statisztika –Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki http://www.eekh.hu/documents/statisztika/2014/hatbiz_2014_nem_allamp_eves.pdf (2015.11.09)

¹⁰² EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2013. évi statisztika –Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki http://www.eekh.hu/documents/statisztika/2013/2013_hatbiz_eletkor.pdf (2015.11.09)



7. sz. ábra: ENKH statisztikai adatai alapján 2011-2015.év első fele között hatósági bizonyítványt kikérő szakorvosok száma^{103 104 105 106 107}

A betöltetlen állások számának folyamatosan emelkedő tendenciája is a kivándorlás erősségét hivatott alátámasztani, valamint a probléma súlyosságát. 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 humánerőforrás-krízise Magyarországon egyrészt az orvoselvándorlásból, másrészt az orvostársadalom előregedéséből tevődik össze, amelyik azért nagy probléma, mivel a hazai munkaerőpiacról kiesők létszáma lényegesen elmarad az újonnan munkaerőpiacra kilépők számától. Aggodalmat keltő az is, hogy az országot elhagyni szándékozó orvosok közül sokan az **egyébként is hiányszakmának számító terü-**

¹⁰³ EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2011. évi statisztika –Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki http://www.enkk.hu/documents/statisztika/2011/2011_hatbiz_celorszag.pdf (2015.11.28.)

¹⁰⁴ EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2012. évi statisztika –Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki http://www.eekkh.hu/documents/statisztika/2012/20122_hatbiz_szakkepites.pdf (2015.11.09)

¹⁰⁵ EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2013. évi statisztika –Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki http://www.eekkh.hu/documents/statisztika/2013/2013_hatbiz_eletkor.pdf (2015.11.09)

¹⁰⁶ EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2014. évi statisztika –Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki http://www.eekkh.hu/documents/statisztika/2014/hatbiz_2014_nem_allamp_eves.pdf (2015.11.09)

¹⁰⁷ EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2015. évi első félévi statisztika –Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki http://www.enkk.hu/documents/statisztika/2015/HatBiz_04_2015_felev_szakkep.pdf (2015.11.28.)

letekről kívánnak kivándorolni. A 2015-re érvényes keretlétszámok alapján lett meghirdetve az alábbi 19 hiányszakma, mely minden megyében ennek tekinthetőek: aneszteziológia és intenzív terápia, csecsemő- és gyermekgyógyászat, gyermekfogászat, gyermek és ifjúságpszichiátria, az igazságügyi orvostan, infektológia, megelőző orvostan és népegészségtan, neurológia, nukleáris medicina, orvosi laboratóriumi diagnosztika, orvosi mikrobiológia, ortopédia-traumatológia, oxyológiai és sürgősségi orvostan, patológia, pszichiátria, radiológia, sugárterápia, transzfúziológia, tüdőgyógyászat.¹⁰⁸

Hazai kutatások eredményei alapján megkérdezett 44 háziorvos közül 18, 33 radiológusból 25-en, 8 3intenzívterápiás 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 kutatási eredmény alapján az orvostanhallgatók és rezidensek 60,7%-a tervezi a külföldi munkavállalást, mely arány igen riasztó volt.¹⁰⁹ 2003-ban szűrőpróba szerűen végeztek el egy hasonló felmérést, melynek eredménye közel azonos értéket mutatott az egy évvel korábbival – 62%. Ezen eredmények óta rendszeresen szervez felméréseket a HRH orvostanhallgatók és rezidensek körében. Az elmúlt évek statisztikai adatai alapján a tendencia nem csökkent, továbbra is 60-67% közötti, azoknak az aránya, akik nem Magyarországra terveznek.¹¹⁰ A teljes magyar lakosság körében ez az arány 2003-ban 12 százalék volt.¹¹¹

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

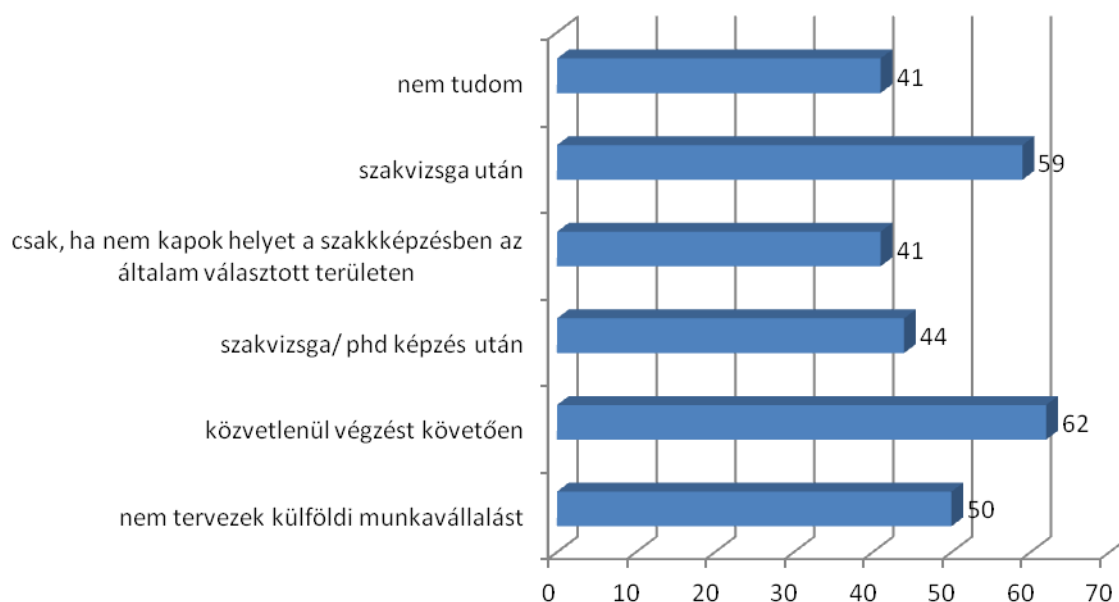
¹⁰⁸ EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: Tájékoztató A 2015. évi szakorvos, szakfogyorvos, gyógyszerész és klinikai szakpszichológus képzés keretszámokról, valamint a hiányszakmám köréről http://www.eekh.hu/documents/koordinacio/2015_kereszamok.pdf (2015.11.20)

¹⁰⁹ STANKŪNAS, M. – LOVKYTĖ, L. – PADAIGA, Ž. (2004): The Survey of Lithuanian Physicians and Medical Residents Regarding Possible Migration to the European Union. In: Medicina. 40 (1): pp.68–74.

¹¹⁰ GIRASEK E. – EKE E. – SZÓCSKA M. (2009): Fiatal orvosok vidéki munkavállalási szándékai. Orvosképzés. 89(1):pp.59–63.

¹¹¹ HÁRS Á. – SIMONOVITS B. – SIK E. (2004): Munkaerőpiac és migráció: fenyegetés vagy lehetőség?

miatt döntött az orvosi hivatás mellett, de ha újra döntési helyzetbe kerülnének, 45%-uk 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%-uk közvetlenül a végzés után tervezi a külföldi munkavállalást, 23%-uk 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 8. sz. ábra jól szemlélteti a külföldi munkavállalási szándékot az orvostanhallgatók részéről.¹¹²



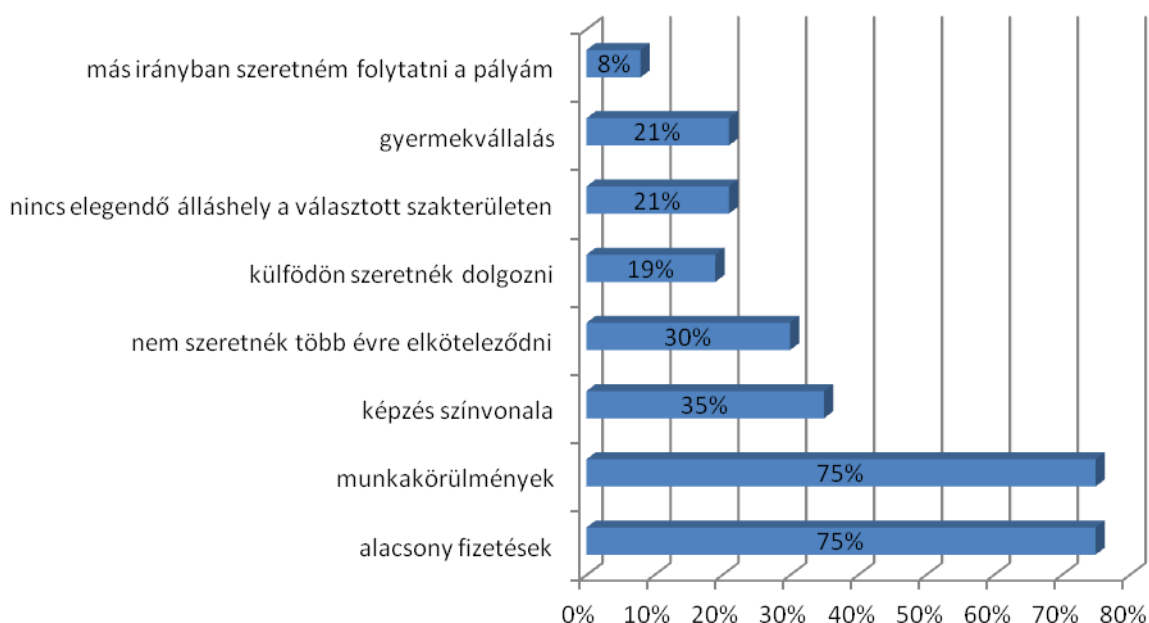
8. sz. ábra: MRSZ és Szinapszis kutatásai eredményei alapján a hatodéves orvostanhallgatók külföldi munkavállalási tervei¹¹³

A diákok 17%-a nem szeretne Magyarországon kívül elhelyezkedni, 14%-uk viszont még nem döntött ezzel kapcsolatosan. Azon hallgatók közül, akik a külföldi munkavállalás mellett tették le a voksukat, 39% legfeljebb öt évet szeretne idegenben tölteni, 26%-uk viszont ennél hosszabb távra tervez, továbbá nem vetik el azt a lehetőséget sem, hogy véglegesen külföldön éljenek. 29%-uk bizonytalan a külföldi

¹¹² Kolosi T. – Tóth I. Gy. – Vukovich Gy. (szerk.): Társadalmi Riport, 2004. Tárki. pp.272-289. Budapest. Online: <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a803.pdf> (2015.11.26.)

¹¹³ MAGYAR REZIDENS SZÖVETSÉG – SZINAPSZIS (2014): MRSZ Hallgatói Kutatás Online: <http://rezidens.hu/index.php/sajtoanyag/letoltesek?download=1:mrsz-hallgatoi-kutatas>. (2015.11.26)

munkavállalás időintervallumával kapcsolatban. Azok, akik azt választották, hogy itthon képzelik el a jövőjüket, számukra 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 9. sz. ábra szemlélteti azokat a külföldi munkavállalással kapcsolatos okokat, melyekkel a kutatásban résztvevő hallgatók teljes mértékben egyetértettek. A hallgatók 83%-a a túlterheltséget, 82%-uk az alacsony béreket, 63%-uk az orvoselvándorlást jelölte be kritikus problémának a magyar egészségügy helyzetében.¹¹⁴



9. 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 ölteni az egészségügyi szakdolgozók pályaelhagyása is, amely szintén nagyban nehezíti a zökkenőmentes egészségügyi ellátás fenntartását.”¹¹⁴ 2009-ben 532 szakdolgozó, 887 orvos távozott,¹¹⁵ 2013-ban a köztes évek emelkedő tendenciáival ugyanezek a szá-

¹¹⁴FARKAS R. (2012): A magyarországi orvos elvándorlás. In: Méltányosság politikaelemző központ. p. 2. http://www.meltanyossag.hu/files/meltany/imce/doc/kp_orvoselvandorlas_120320.pdf (2015.04.13.)

¹¹⁵EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2009. évi statisztika –Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki http://www.eekh.hu/documents/statisztika/2009/2009_hatbiz_celorszag.pdf (2015.11.10)

mok 536 és 955.¹¹⁶ Viszonyításként: 2013-ban 1484 orvost (egészségügyi szakképesítéssel rendelkezőt) vettek alapnyilvántartásba,¹¹⁷ miközben a rendszerből országos szinten nagyjából 1500 orvos hiányzott az elmúlt években.

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). Egy néhány évvel ezelőtti kutatás egyenesen így fogalmaz: „A külföldi munkavállalás kérdése szintén napi szintű kérdés a rezidensek körében.” Ezt látják ugyanis a magyar egészségügyi viszonyokból való egyetlen reális kitörési lehetőségnek, ha nem hagyják el a pályát. **Az orvosok és leendő orvosok bérét az átlagkeresethez viszonyítva Magyarország nagyjából az európai mezőny végén helyezkedik el.** Az orvosok elvándorlásának illetve pályaelhagyásának azonban vannak nehezebben mérhető mozzanatai, azok a rendszerszintű körülmények, melyek kontextusában hivatásukat napjainkban gyakorolják.

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.¹¹⁸ 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 szocializációs eredője, hogy az ingyenesség illúziójaként hajlamos kezelni az orvosi ellátás igénybe vételének 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** módosíthatatlansága sem, illetve – a pozitív változások ellenére – az **ellátórendszer infrastrukturális fejlesztésének üteme**.¹¹⁹ Felkészítésüket és továbbképzésüket tekint-

¹¹⁶ EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2013. évi statisztika –Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki http://www.eekh.hu/documents/statisztika/2013/2013_hatbiz_eletkor.pdf (2015.11.09)

¹¹⁷ DEUTSCHMAN-HORVÁH ZS. L. és mtsai (2013): Beszámoló az egészségügyi ágazati humán erőforrás 2013. évi helyzetéről az egészségügyi ágazati humán erőforrás-monitoring rendszer alapján. Egészségügyi és Nyilvántartási Képzési Központ. pp. 8. Online: http://www.eekh.hu/hmr/letoltesek/beszamolok/HR_beszamolo_2013.pdf (2015.04.06.)

¹¹⁸ LENGYEL A. (2009): Magyarok külföldi munkavállalása. Budapesti Gazdasági Főiskola – Külkereskedelmi Főiskolai Kar, Nemzetközi Kommunikáció Szak. Online: http://elib.kkf.hu/edip/D_14568.pdf (2015.11.26.)

¹¹⁹ BALOGH T. (2013): Infrastruktúra-fejlesztés az egészségügyben. In: Foglalkoztatási, társadalmi befogadási és egészségügyi fejlesztések Magyarországon. Dr. Antal T.– Dr. Fedor M. – Szabó Á. szerk. Nemzeti Fejlesztési Ügynökség. pp. 137-142.

ve az elméleti képzés aránytalan túlsúlyát említik problémaként,¹²⁰ 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 Statutumának 138. szakaszában kiemelte, hogy az orvos maga határozza meg a munkadíját, ha vállalkozás keretében tevékenykedik. Erről jogosultságáról mond le látólagosan az orvos, ha közfinanszírozású szervnél teljesíti szakmai munkáját.¹²¹

2014-ben hazánkban a lakosság hálapénzre 8,3 milliárd forintot fordított, 1998-ban ez az összeg 3 milliárd volt. A jövedelemhez viszonyítva a hálapénz értékét, 1998-ban a fizetésünk 0,08%-át, 2014-ben, pedig a 0,09%-át fordítottuk. A legnagyobb összegeket a kórházi orvosok kapják (4,1 milliárd), őket követik a házi-, szakorvosok (2,5 milliárd), fogorvosok (1,1 milliárd), végül az ápolók, orvosi asszisztensek és mütösök (összesen 508 millió). Ezekből az adatokból is kitűnik, hogy a hálapénz-rendszer az elmúlt évtizedben szerkezetileg nem igen változott.¹²²

A **paraszolvencia jelensége** miatt az egyébként leterhelt tapasztalt orvosok és fiatalabb kollégáik között számos ellentmondástól terhelt viszony feszül: mentorként, tanítójukként kell hozzájuk viszonyulniuk, mint az utánpótlás-nevelés megkezdhetetlen szereplőinek. Ugyanakkor a hálapénz jelensége miatt nem fűződik hozzá érdekük, hogy páciensst illetve ellátást engedjenek át másnak. A paraszolvencia jelenségét a betegek, a társadalom is ambivalensen ítéli meg, hiszen ahhoz nem kizárólag az orvosok alulfizetettsége, hanem – részben látenszen – más szempontok is kapcsolódnak (például a kapacitáskihasználásé).¹²³

Az MRSZ Hallgatói kutatásában kitért a hálapénz megítélésére. A hallgatók 70%-a elutasítja, de hozzátették, hogy jelenlegi helyzetükben szükségesnek tartják,

¹²⁰ MOLNÁR R. - MOLNÁR P. (2002): Az orvosi pályaszocializáció. In: *Lege Artis Medicine*. 12(4). pp. 252.

¹²¹ BALÁZS P. (2007): Hálapénz... ha végre paradigmát váltanánk. In: *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 45(4): pp. 11-19.

¹²² KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (2015): Borravaló és hálapénz. In: *Statistikai Tükör* pp. 1-4. Online: <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/halapenz.pdf> (2015.11.26)

¹²³ NAGY A. L. (2000): Hálapénz a magyar egészségügyben. Ki, kinek, miért, mennyit? In: *Lege Artis Medicine*. 10 (9): pp. 726-729.

20%-uk teljes mértékben elutasítja, 9%-uk elfogadhatónak, 2%-uk pedig teljesen természetesnek tartja a jelenséget. A hallgatók 53%-a vélekedik úgy, hogy megfelelő bérrendezést követően lehetne tiltottá tenni a hálapénz intézményét. 47%-uk szerint a hálapénz-rendszer rontja a minőségi gyakorlati orvosképzést. 43%-uk szerint a betegek előnyszerzés miatt adnak az orvosnak hálapénzt. A hatodéves orvostanhallgatók 41%-a csak abban az esetben vállalná a kötelezettséget, hogy nem fogad el hálapénzt, ha a kezdő orvosi alaphére nettó 300 ezer forint lenne. 25%-ul 250 ezer forint nettó bér mellett is vállalná a már említett kötelezettséget.¹²⁴

Az orvosi életpályamodell hiánya illetve annak kritikái, a hierarchizált rendszer reformokkal szembeni tehetetlensége a szerkezeti átalakítás hosszadalmas elnyúlását eredményezi. Bizonyos eredmények mutatkoznak például a **rezidensprogram** bevezetésével összefüggésben (a hazai munkavállalás adott időre történő elfogadása, ösztöndíj folyósítása a hálapénz elutasításáért), ám a sok évevértizede 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.¹²⁵

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 **egészségügy 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.¹²⁶ Összegezve itt azt a megállapítást tehetjük, hogy a szakmaiság harmonizációján és az anyagi megbecsülés rendezésén

¹²⁴MAGYAR REZIDENS SZÖVETSÉG – SZINAPSZIS (2014): MRSZ Hallgatói Kutatás Online: <http://rezidens.hu/index.php/sajtoanyag/letoltesek?download=1:mrsz-hallgatoi-kutatas>. (2015.11.26)

¹²⁵RURIK I. - KALABAY L. (2009): Magyar orvosok életmódja, egészségi állapota és demográfiai adatai 25 évvel a diplomaszerezés után. In: Orvosi Hetilap. 150(12): pp. 536. 533-540.

¹²⁶EKE E. - GIRASEK E. – SZÓCSKA M. (2009): A migráció a magyar orvosok körében. In: Statisztikai szemle. 87(7-8): pp. 812-813.

túlmenően (lásd. életpálya-modell), **humán erőforrás-gazdálkodásra, stratégiai tervezésre, kontrolling rendszer** bevezetésére illetve erősítésére van szükség az egészségügy pályamegtartó, orvosmegtartó képességének növelése érdekében.¹²⁷

1.4.6. A katonaorvosi pályaelhagyás körülményei

A katonaorvosok sajátos státusza alapján¹²⁸ (polgári alapvégzettséggel, szolgálati viszonyban teljesített szolgálat, de nem a Honvédség alaptevékenysége körében), nem könnyű választ találni arra a kérdésre, hogy a katonaorvosi pályaelhagyás melyik hivatás „feladását” jelenti és miért azt? A katonaorvosi 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 katonaorvosi 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.”¹²⁹ 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.”¹³⁰

¹²⁷GARAJ E. - VINGENDER I. (2007): Migráció kezelése a kórházmenedzsmentben. In: Orvos- és Kórháztechnika. 2007. 48(2): pp. 47-50.

¹²⁸SZEKENDI GY. (2013): A Magyar Honvédség békeidőszaki személyi állományának foglalkoztatási viszonyai, különös tekintettel a honvédek jogállására. In: Magyar Közlöny Lap- és Könyvkiadó. pp.11. Online: http://magyaryprogram.kormany.hu/download/2/1b/a0000/20_JOG_Hjt_AROP2217.pdf (2015.04.20.)

¹²⁹PÁPAI T. (2013): Az egészségügyi tisztek és altisztek katona-egészségügyi ismeretei, kompetenciái, azok fejlesztésének lehetőségei. NKE. PhD értekezés. pp. 90. Online: http://hhk.uni-nke.hu/downloads/tudomanyos_elet/kmdi/2013/Papai_T_ertekezes_tervezet.pdf (2015.11.26)

¹³⁰DRÓT L. (2014): A hazai békefenntartó kiképzés fejlődése. In: Seregszemle. 12 (4): pp. 137.

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 (mí szerint a katonaorvos távozása honvédségi kötelékből a katonaság oldaláról „billenti át” a mérleg nyelvét az orvoslás oldalára) árnyalni lehessen, ezáltal a problémakört diverzifikálni. 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, mélyinterjúk 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 hozzáfutás lehetősége, az önértékelés csökkenése. A legsúlyosabb azonban a sikertelen kezelés, a páciens halála, mellyel időről időre szembesülni kell. A **kiegész** 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.”¹³¹

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

¹³¹GYÖRFFY Á. (2013): A pszichológiai támogatás lehetőségei az intenzív terápiás ellátás során. In: Honvédorvos. 65(1-2): pp. 58.

A katonai orvosi 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 katonai orvosi pályaelhagyásról nemzetközi összehasonlításban egyre inkább önálló, körülhatárolt problémakör rajzolódik ki,¹³² hazai sajátosságai csekély mértékben kutatottak, noha számos szakszociológiai aspektust vetnek fel. Az azonban biztos, hogy a katonai orvosi 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 jelentkezik.

1.4.7. Stressz, mobbing, tekintélyelvűség, parancsuralmi rendszer

Más módon, de mind az orvosi, mind a katonai hivatást gyakorlók körében reális és számításba veendő problémaforrás a stressz szerepe. Az orvosok leterheltsége, bár nyilván más motívumokból tevődik össze, hasonlóan a túlzó stressz veszélyének teszi ki a gyógyítókat, mint a katonákat egy **külföldi misszió**, esetleg **éles harci helyzetben történő helytállás**. A fegyveres erők tagjai rendszeresen ki vannak téve a stressz három fajtájának¹³³ – alapstressz, összeadódó stressz, traumatikus stressz –, melyek közül utóbbi kettő alapvetően további következmények – kiegészítés, poszttraumás stressz – kialakulásához vezethetnek. „A tartósan stressznek kitett, missziós feladatot teljesítő személyi állomány egészségét és hadrafoghatóságát döntően meghatározza pszichológiai állapotuk, ezért a katonai egészségügy kiemelt szakmai feladatai közé kell tartozzon a külszolgálatot teljesítő állomány pszichológiai alkalmasságvizsgálata, 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

¹³²POPOV M. M. N. (2010): A confluence of factors: Canadian Forces retention and the future force. p. 64-69. Online: <http://www.cfc.forces.gc.ca/259/290/297/286/Popov.pdf> (2015.04.11.)

¹³³KIRÁDY A. (2008): Stressz megjelenési formái a fegyveres testületek tagjainál. Online: http://unike.hu/downloads/konyvtar/digitgy/publikacio/Kirady_A.pdf (2015.04.23.)

jellemeznek, amit a katona ugyan tudatosan vállal, de testi-lelki egészségének megőrzéséhez minden segítséget meg kell adnia a honvédség rendszerének.”¹³⁴

A parancsuralmi rendszerek szervezeti kultúrája állíthatja olyan kihívások, konfliktusok elé annak tagjait, melyet nem sikerül minden esetben azonnal, belső konfliktusoktól feloldva megoldaniuk. Emellett említést kell tenni a **mobbing** jelenségéről, amelyet a (főként) **munkahelyi pszichológiai terror** megnevezésére alkalmaznak. Az általában egy ember ellen irányuló, gyakran csoportosan elkövetett támadások (bírálatok, piszkálódások, kiközösítés) ellen hierarchizált rendszerben védekezni igen nehéz. Az orvostársadalomban érvényesülő hierarchia, bár formálisan kevésbé szigorú, mint a katonasági, mégis kitermeli ezt a jelenséget. A katonaság szervezetében pedig, az azt elszenvedő személy végleges kiközösítésre, megaláztatásra számíthat, ha problémájával feletteséhez (vezetőjéhez) fordul: társai árulásnak és gyengeségnek vehetik viselkedését, ellenben – az áldozat érezheti így – ha kitart, az előbb-utóbb a közösségbe történő integrációhoz, társai személyét érintő elfogadáshoz vezethet. Ugyanakkor a hazai kutatás eredményei szerint a katonaságnál épp a munkát kritizáló támadások a leggyakoribbak, 36%-kal.¹³⁵

Akárhogy is, a katonai és az orvosi hivatás gyakorlóinak is szembe kell nézniük a pszichológiai igénybevétel egyes formáival. Amennyiben ezek kezelésére saját szervezetük nem kínál számukra megoldást, úgy az ennek kitettek szintén a pályaelhagyók számát növelhetik.

1.4.8. Pályaelhagyás – összefoglalás

A fejezetben vázlatosan áttekintettem a pályaelhagyás, illetve az ezt egyes esetekben fedő migráció körülményeit, jellegzetességeit az orvosok, katonák, illetve a katonaorvosok körében. Ezt a sokrétű problémakört nem lehetett teljes részletességgel kimeríteni a jelen dolgozat keretei között, de a tendenciák jelzését 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 katonaor-

¹³⁴ JASZTRAB J. SZ.: A katonaegészségügy helye és szerepe a missziós tevékenységekben. Online: http://old.biztonsagpolitika.hu/documents/1282752313_jasztrab_jacint_katonaegeszsegugy_a_misszio_tevekenysegekben_-_biztonsagpolitika.hu.pdf (2015.04.26.)

¹³⁵ KAUCSEK G. – SIMON P. (1995): Psychoterror and risk-management in Hungary. 7th European Congress of Work and Organizational Psychology, Győr, Hungary. 19- 22th. April.

vosok pályaelhagyó magatartásánál jelen van. A korai pályaaorientációhoz hasonlóan, az egyes hivatások képviselőinél jelen van a **csalódás** (a korábban kialakított ideál-képhez képest), az **egzisztenciális motívum** (jobb megélhetés ígérete a magánszektorban), a **(már működő) 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 katonaoorvosi 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.

1.5. Munka és stressz

1.5.1. Selye János és a stressz fogalma

Selye János, aki vegyész, endokrinológus és belgyógyász végzettséggel rendelkezett, orvosi pályafutását a Prágai Patológiai Intézetben kezdte, majd 1931-ben a Rockefeller-ösztöndíj elnyerésével az Egyesült Államokban folytatta tudományos tevékenységét. Később Kanadában, Montrealban telepedett le. Tanított a McGill angol egyetemen, a francia Université de Montreal egyetemen, majd az Institut de Médecine et de Chirurgie Expérimentales kutatóintézet vezetőjeként dolgozott. Világhírnevet, viszont a stressz kutatással, az abban elért eredményeivel szerzett.¹³⁶ Minden ember életében jelen van a stressz. A sportoló életében, hogy megnyerje a versenyt, az egészségügyben dolgozók esetében az emberéletek iránti felelősség, a beosztottak feletteseik miatti, a hozzátartozók szeretettük betegséggel kapcsolatos küzdelmeik által. Nagyon különböző élethelyzetek, de a tudományos kutatások alapján a szervezet ezekre adott válasza azonos biokémiai változásokat mutat. A stresszt előidéző tényezők, más néven stresszorok, igen eltérőek, mégis azonos biológiai választ váltanak ki. Megfogalmazása szerint a stressz definíciója a következő: a szervezet nem specifikus válasza bármilyen igénybevételre. A stressz-előidéző hatás szempontjából lényegtelen, hogy az a dolog vagy szituáció számunka kellemetlen vagy kelle-

¹³⁶ LÁZÁR GY (2007): Selye János, a stresszkutatás atyja. In: Vasváry Collection Newsletter 37 (1) Online: http://www.sk-szeged.hu/statikus_html/vasvary/newsletter/07jun/selye.html (2015.11.28.)

mes. Egy tényező meghatározó, hogy milyen mértékű az újraalkalmazkodás iránti szükségletünk. A nem specifikus igénybevétel mit is jelent? Az igénybevételek valamilyen aspektusból megközelítve egyedinek tekinthetők, azaz specifikusnak. Hideg időjárás során vacogunk, ezáltal több hőt termelünk, a bőrben futó kapillárisok összehúzódnak, hogy csökkenjen a test felületéről távozó hő mennyisége. Ellenkező hőmérsékleti körülmények között, azaz melegben, a testünk izzad, az, ezáltal keletkező verejték párolgása, pedig a bőrünk felszínére hűsítő hatást gyakorol. Az példaként felhozott hatások a specifikus fejleményeken túl nem specifikus módon is növelik az alkalmazkodási képességet. A stressz lényege, e működések iránti nem specifikus igény.¹³⁷

1.5.2. Stresszorok

A stressz definíciójánál már találkoztunk ezzel a fogalommal. Stresszoroknak nevezzük azokat a külső erőket, körülményeket, tényezőket – közös néven ingereket – melyek kiváltják a már említett szervezeti szintű biológiai reakciókat. Univerzális stresszoroknak tekintendők a fizikai behatások (sérülés, hideg, meleg, zaj, mérgező anyagok), és a pszichoszociális stresszorok (izoláció, tömeg).

Selye János a stresszorok által kifejtett hatás pozitív vagy negatív természet alapján két csoportot állított fel: eustressz, azaz az önbeteljesítés stressze és a distressz.¹³⁸ Az eustressz által pozitív élményeink vannak, erőt adnak és hosszabb távon építő jelleggel hatnak a személyre. Distresszt azok a felmerülő problémák alkotnak, melyekkel szemben tehetetlenséget, félelmet érzünk, ebből következően pedig cselekvésképtelenséget. Akkor szokott fellépni, ha a megküzdés folyamatában nincsen lehetőségünk a már meglévő képességeink felhasználására, vagy újak szerzésére. Hosszabb távon testi-lelki károsodásokhoz képes vezetni.

A stressz események minden esetben besorolhatóak az alább felsorolt kategóriák közül valamelyikbe: bejósolhatatlan események, belső konfliktusok, traumás-, befolyásolhatatlan események, egyéni élet során bekövetkező kihívást jelentő események. Traumás események közé sorolandóak a természeti katasztrófák, mint például az árvíz, földrengés. Az ember által okozott katasztrófák, mint amilyenre egy háború,

¹³⁷ SELYE J. (1977): Stressz distressz nélkül. pp. 23-25. Budapest: Akadémia Kiadó.

¹³⁸ BERÉNYI A. – JUHÁSZ B. SZ. (2012): Stressz, konfliktus, munkahely, megküzdés. pp. 3-5. Debreceni Egyetem Online: http://www.ommf.gov.hu/letoltes.php?d_id=5573 (2015.11.28.)

vagy nukleáris támadás/baleset képes, különböző halálos kimenettel járó balesetek, ami egy autóbalesetnél megtörténhet. Testi épséget veszélyeztető támadások, ide sorolandó többek között a nemi erőszak és az emberölési kísérlet. Befolyásolhatatlanság esetén nem vagyunk képesek a befolyásunk alatt tartani a cselekményeket, ettől sokkal rosszabbnak tűnik az adott szituáció. Elkülönítünk súlyos és kevésbé súlyos befolyásolhatatlan eseményeket. Előbbiekhez tartozik egy hozzátartozó-, munkahely elvesztése, krónikus betegség. A kevésbé súlyosakhoz olyan történések tartoznak, mint például, hogy neheztel ránk egy kedves barátunk, aki ennél fogva nem is beszél velünk, vagy lekéssük a buszt. Az egyéni élet során bekövetkező kihívást jelentő események közé tartozik minden olyan történet, mely fokozottan alkalmazkodást igényel az egyén részéről, ezáltal stresszesnek tekinthető. Az életesemények skála alapján a leginkább stresszes helyzettől a legkevésbé felé haladva vannak felsorolva példák a teljesség igénye nélkül: házastárs elvesztése, válás eseménye, börtönbe kerülés, vagy egy közeli hozzátartozó börtönre ítéltése, házastársak közötti különélés, állás elvesztése, várandósság, költözés, nagyobb ünnepek. Belső konfliktusról beszélhetünk, ha két belső szükséglet vagy motívum ütközik össze. Erre nagyon jó példa a függőség - függetlenség, vagy intimitás – magány.¹³⁹

1.5.3. Munkahelyi stressz

A 21. században a munka előkelő helyet foglal el az ember életében. A népesség jóllétének szempontjából központi szerepet tölt be. A munka lehetőséget teremt szociális kapcsolataink építésére, tapasztalat/gyakorlat megszerzésére, fejlődésre. A munkánk révén önértékelésünk is fejlődhet/növekedhet, hiszen a munkánkért cserébe elismerést, jövedelmet, sikert, megbecsülést kaphatunk. A társadalmi dimenziók közül a munka az, amely által leginkább meghatározott a státuszunk és társadalmi identitásunk.¹⁴⁰

Mit értünk munkahelyi stressz alatt? Tulajdonképpen minden olyan stressz forrást, ami a munkaidőnk alatt, a munkahelyünkön, a munkavégzésünkre hat. Már az 1970-es években is készült tanulmány a munkahely és stressz kapcsolatáról. Az

¹³⁹ MISKOLCI EGYETEM (2015): A stressz Online: <http://www.unimiskolc.hu/~wwwbkr/psz/stressz.pdf> (2015.11.28)

¹⁴⁰ SIEGRIST J. - KLEIN D. - VOIGHT K. H. (1996): Linking sociological with physiological data: the model of effort-reward imbalance at work. Acta Physiologica Scandinavica. Supplementum 640: pp. 112–116

eredményeik alapján kiemelték a hypertóniát és a különböző pszichoszociális kórképeket, melyek kialakulása kapcsolódik a munkahelyi stresszhez.¹⁴¹ A későbbiekben további kutatások igazolták, hogy az erőteljes munkahelyi stressz kimagasló rizikó faktora a testi és lelki kórképeknek. A kutatások bebizonyították a szív és érrendszeri betegségek korrelációját a munkahelyi stresszel, továbbá a szellemi egészség hanyatlásával.^{142 143}

A munkahelyi stressz dolgozóra gyakorolt hatásait leggyakrabban két modell alapján szokták vizsgálni. Előbbi a követelmény- kontroll modell, mely nevezhető a régebbinek is, hiszen még az 1970-es években jelent meg. Ennek a modellnek a lényege, hogy ha a munkahelyi körülmények alacsony kontrollal kapcsolódnak össze, akkor a dolgozó személy a munkahelyén állandó feszültséget él át. Amennyiben ez a feszültség folyamatosan, hosszabb ideig fennáll, úgy a munkavállaló előbb-utóbb lebetegszik. Később Theorell kiegészítette ez a modellt azzal, hogy ha a munkahelyen magasak az elvárások és a döntésszabadság korlátozott, a munkahelyi támogatás hiánya itt is hosszabb távon megbetegedést eredményez. Ez a legutolsó tényező foglalja magában a társas támogatottság dimenzióját.¹⁴⁴

A másik modell az erőfeszítés- egyensúlyhiány – jutalom modellje, mely csak az elmúlt években került központi szerepbe. A modell alapján, ha a kifejtett munkahelyi erőfeszítések és jutalmak aránya nem megfelelő, akkor az ebből fakadó feszültség, a már korábbi modellnél kifejtett megbetegedés kialakulásához vezethet. Siegrist és munkatársai egy hat és fél éves kutatás keretein belül vizsgálta az említett erőfeszítés- jutalom- egyensúly hiány modellt. A kutatás során megállapították, hogy ha a dolgozónak nincsen jövőképe a munkahelyén, vagy kétségei vannak a munkahelyével kapcsolatosan, többszöröskére emelkedik a szív- és érrendszeri megbetegedésekből következő halálozás. A munkaidő leteltét követő plusz óraszámban történő munkavégzés ugyancsak káros hatással van az egyén egészségi állapotára.¹⁴⁵

¹⁴¹ KARESEK R.A. (1979): Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24 (2): pp. 285-308.

¹⁴² LANDSBERGIS P. A. – SCHNALL P. L. – BELKIC K. et al. (2001): Work stress and cardiovascular disease. *Work: A Journal of Assessment and Prevention*. 17 (3): pp.191-208.

¹⁴³ BELKIC K. – LANDSBERGIS P. A. – SCHNALL P. L. – BAKER D. (2004): Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 30 (2): pp. 85-128.

¹⁴⁴ THEORELL T. – KARASEK R. (1996): Current issues relating to psychological job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1 (1)pp.: 9-26.

¹⁴⁵ SIEGRIST J. (2002): Adverse Health Effects of Effort-Reward Imbalance – Applying the model to Eastern Europe. In: *Heart Disease: Environment, Stress and Gender* pp.26-38. (Weider G et al) NATO Science Series, IOS Press, vol. 327

A munkahelyi stressznek a szervezetre gyakorolt egészségügyi hatását tekintve igen súlyos problémát jelent a társadalom számára, ebből következően rendkívül jelentős a prevenció, az időbeni felismerés, kezelés. A WHO előrejelzése alapján a munkahelyi stressz talaján kialakuló kórképek az elkövetkezendő években is folyamatosan emelkedő tendenciát fognak mutatni.¹⁴⁶

A negatív hatások mellett éppúgy rendelkezik a munka és a vele járó stressz pozitív következményekkel is, mint például az önértékelésben bekövetkező esetleges fejlődés, testi-lelki jóllét állapota.¹⁴⁷ Antonovsky és munkatársai kutatások során a munkahelyi stressz és munkahelyi egészségvédelmet szolgáló tényezőket vizsgálták. Az ő kutatásaik eredményei hívták fel a figyelmet arra is, hogy a szakmai társadalom mennyire kóroki aspektusból közelíti meg a témát. Az ő nevéhez fűződik a salutogenikus nézőpont, ami azokat a faktorokat tartalmazza, melyek képessé teszik az egyént a stresszel való megküzdésre, esetenként az egészségjavulásra. Ennek a szemléletmódnak a centrumában koherencia érzék áll, pontosabban, minél nagyobb koherencia érzéssel rendelkezik az egyén, annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy képes lesz megküzdenni a stresszel. A szakember szerint a koherencia érzék három összetevőből áll: értelmesség, kezelhetőség, felfoghatóság.¹⁴⁸

A munkahelyi stresszt okozó faktorokat összefoglalóan munkahelyi-stresszoroknak neveznek.

Feladattal kapcsolatos stresszorok: a túl-, és alulterheltség különböző megjelenési formái (mennyiségi, minőségi). Ha a munkavállalónak adott időre túl sok a munkája, vagy túl kevés, azokban az esetekben beszélhetünk ezekről a típusú munkahelyi stresszorokról. Mennyiségi túlterhelésnél többnyire a napi ledolgozandó óraszám sokkal több, mint a törvényben meghatározott. Minőségi túlterheltség esetén, pedig az elvégzendő feladat túlságosan nehéz a munkavállaló számára. Egyes tanulmányok alapján elmondható, hogy a minőségi túlterhelés esetén, amennyiben továbbra is minőségi munkát várnak el a dolgozótól, úgy a munkavállaló önértékelése csökkenhet ennek következtében. Minőségi alulterhelés leginkább a monotóniához hasonlít, mert jellemzőek rá az egyszerű, ismétlődő mozdulatok. Itt is kimutatták már

¹⁴⁶WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001): The World Health Report, Mental Health new understanding, new hope. Online: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1 (2015.11.29)

¹⁴⁷SCHILLING R.S.F. (1989): Health protection and promotion at work. In: British Journal of Industrial Medicine, Vol. 46.: 683-688 doi:10.1136/oem.46.10.683

¹⁴⁸ANTONOVSKY A. (1987): Health promoting factor at work: the sense of coherence. In: KALIMO R. - EL-BATAVI M. A - COOPER C. L. (eds.): Psychosocial factors at work and their relation to health. pp.167.

korábbi tanulmányok révén az egészségre gyakorolt negatív hatását: az éberséget és reakciókészség csökkenést. A munkafeltételek is válhatnak munkahelyi stresszorrá, ha például a munkakörülmények nem adták a megfelelő munkavégzéshez. A veszélyes körülmények különösképpen stressz forrássá válhatnak. A műszakos-munka szintén stressz tényező, mert a munkavállaló biológiai ritmusa felborul, ami betegségek kialakulásához vezethet hosszabb távon. Az is ide sorolandó, hogy a munkavállalónak nincsen döntési joga munkavégzéssel kapcsolatban. Ez alatt a munka ütemezése, a munkavégzés során használt eszközök értendőek. A munkában történő változások is stressz faktorokká válhatnak, ha például a munkavállaló elbizonytalanodik a meglévő szakmai ismereteiben. Ezen kívül a technológiában bekövetkező rendszeres újításokkal való naprakészség, ami folyamatos képzést kíván meg a munkavállalótól.

A munkakörnyezettel kapcsolatos stresszorok közé tartozik többek között a zaj, hőmérséklet, levegő minősége, különböző kellemetlen szagok, nem megfelelő fényviszonyok, túlszűfolttság. Az említett stresszorok zavaró hatása egyénenként változik, mindenki mást és másként tolerál.

A szervezetben betöltött szereppel kapcsolatos stresszorok jelentkezhetnek egyéni, csoportos, szervezeti szinten. Egyéni szinten előforduló stresszt kiváltó tényezők: szerep kétértelműség, szerepkonfliktus, túl sok, vagy ellenkezőleg, túl kevés felelősség más munkavállalókért, karrierfejlődés.

Szerep kétértelműség abban az esetben alakulhat ki, ha a munkavállaló nem megfelelő információkkal rendelkezik a munkájával kapcsolatban, ide tartozik például a munkacélok, a kompetencia szint, mi tartozik az ő felelőssége alá. Szerepkonfliktus esetén a munkavállalóval szemben olyan elvárásokat támaszt a munkáltató, melyek egymással szemben állnak – ellentmondóak – és nem ritkán egymást kizáróak. A túl sok felelősség, mint mások jövőjével kapcsolatos döntések meghozása – előléptetés, lefokozás, elbocsátás- egy dolgozó számára igen nagy stressz forrás lehet. Ugyancsak stressz faktor, ha valaki összetett munkát végez, ennek ellenére minden apró lépésnél/döntésénél konzultálni kényszerül egy rangban felette állóval. Ha a dolgozó számára az előléptetés nem megfelelő, vagy túl hamar bekövetkezik, szintén stresszként hathat az egyénre.

Csoport szinten jelentkezhet az összetartás hiánya – nem egymást segítik az egy csapatban dolgozók, hanem sokkal inkább egymás ellen dolgoznak, vagy legalábbis a másik munkáját igyekeznek megnehezíteni. A jó munkatársi kapcsolatoknak a hiánya ugyancsak stressz forrás lehet. Abban az esetben, ha a munkahelyen a dol-

gozók közötti kapcsolat rossz, egyenesen következik belőle, hogy az együttműködés sem olyan hatékony, hiszen nem bíznak a másik által elvégzett munkában. A csoporton belül megjelenő viták is stressz-faktorok lehetnek, hiszen a csoport résztvevőitől plusz energiát és odafigyelést igényelnek. A beosztott és felettes közötti kapcsolat nem meglepő módon további stresszt jelenthet a munkahelyen.¹⁴⁹

Szervezeti szinten is jelentkezhet a munkahelyi stressz. A nem megfelelő szervezeti légkör megteremtése okozhat ilyen helyzetet. A munkavállalók úgy érzik, hogy a döntéseket nem a bevonásukkal, hanem nélkülük hozzák meg, amiből egyenesen arányosan következik, hogy a dolgozók részéről csökken a szervezethez tartozás érzése, vagy a kezdetektől fogva részükről hiányzik a szervezethez tartozás érzése. A társaságon belüli gyenge kommunikáció csak erősíti a dolgozók részéről tapasztalható gyenge céghez tartozási érzést. A nem megfelelő légkör problémaköréhez tartozik, ha túl szigorúak az előírások a viselkedésre, öltözködésre vonatkozóan. Egy cég vezetési stílusa figyelembe veszi-e az ott dolgozó emberek személyiségét, elvárásait? Amennyiben figyelmen kívül hagyja, úgy az stresszorként jelen lesz a munkavállalók életében. Az ellenőrzési rendszerek ugyancsak stressz forrásként szolgálhatnak, ha nem megfelelőek az előírások, nem egyértelmű a rendszer működése, az elvárások nem tisztázottak. Az alacsony fizetések, az állással kapcsolatos bizonytalanság érzés, nem meglepő módon szintén stresszt okozhatnak a munkavállalók körében.¹⁵⁰

1.5.4. Stressz okozta tünetek, kórképek

A reakciók célja, hogy az emberi szervezet minél több energiához jusson. Az egyént felkészíti a menekülésre, vagy adott esetben a harcra. A reakciók mögött húzódó biológiai válaszok a 7.4. Stressz hatásmechanizmusa című fejezetben vannak részletezve.

A stressznek rövid és hosszú távú következményei alakulnak ki biológiai és mentális vonatkozásban a szervezetünkre nézve. A rövid távú biológiai változásokkal kapcsolatos „Flight or fight” reakciókat Cannon jegyezte fel elsőként. A fokozott

¹⁴⁹BERÉNYI A. – JUHÁSZ B. SZ. (2012): Stressz, konfliktus, munkahely, megküzdés. pp. 3-5. Debreceni Egyetem Online: http://www.ommf.gov.hu/letoltes.php?d_id=5573 (2015.11.28.)

¹⁵⁰SALAVECZ GY. (2011): A munkahelyi stressz és az egészség összefüggései hazai és nemzetközi viszonylatban. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola pp. 23-39 Online: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/salaveczgyongyver.d.pdf (2015.11.28.)

energiaáramlás a vérnyomás, pulzus emelkedésével jár együtt. A légvételek száma szaporává válik, az izomfeszültség szintén emelkedik, az izzadás fokozódik, a pupillák kitágulnak. Másfelől az emésztés, nyáleválasztás, csökken. Az inzulinszint emelkedik, hogy az izmok számára biztosítva legyen a többlet energiaszint. Az endorfin szint emelkedik, ami a szervezet számára, mint fájdalomcsillapító hat. A felületi artériák is vénák összehúzódhatnak, hogy az esetlegesen bekövetkező sérülések esetén a vérvesztés minimalizálódjon.

A hosszú távú hatásokhoz a Selye János által leírt általános adaptációs szindróma tartozik, melynek lényege, hogy a szervezet alkalmazkodóképessége nem végtelen. Három egymástól elkülöníthető szakaszra osztható az alkalmazkodóképesség:

1. Az alarm reakció tartalmazza mindazokat a tüneteket, melyeket a rövidtávú hatásoknál részleteztem már. Ekkor találkozunk az egyén először a stressz forrással.

2. Az ellenállási szakasz során a folyamatosan fennálló stresszor hatása mellett kezd kialakulni egyfajta ellenállás. A kezdetben jelentkező tünetek csökkennek, az egyén ellenálló képessége kezd a normál tartomány felé igazodni.

3. A kimerülés szakaszában az addig felhasznált energia elhasználódik. A stresszor folyamatos jelenléte is okozhatja, vagy ha a stresszorral szemben nem kivitelezhető a cselekvés. Ebben a szakaszban ismételten megjelennek a már megismert kezdeti tünetek, összefoglaló néven az alarm reakció.¹⁵¹

A stresszre nemcsak biológiai, hanem pszichés tünetek/válasz reakciók is jelentkeznek. Az egyén szintjén jelentkezők közé tartozik a depresszió, félelem, szorongás, PTSD, viselkedésbeli változások. Szervezeti szinten jelenik meg az alacsony termelékenység, a hiányzás, munkahelyi feszültség, munkaerő nagymértékű elvándorlása.

A stressz és a pszichiátriai betegségek kapcsolatát már a II. világháború körüli időtől kezdődően tanulmányozták, és összefüggéseket kerestek a két változó között. A depresszió nemcsak egy hangulati zavar, hanem regulációs szinten (érzelmi, kognitív, magatartásbeli és szomatikus) keletkező zavar. A szakemberek általi diagnózis alapján legalább két hete fennálló, vezető tünetként jelentkező érdeklődés hiá-

¹⁵¹ SELYE J. (1977): Stressz distressz nélkül. Budapest: Akadémia Kiadó.

nya, korábbi magatartásjelentős megváltozása.¹⁵² A depressziót az alábbi tünetek alapján is szokták diagnosztizálni, pontosabban segít a diagnózis felállításában:

D – deprimált hangulat

E – energiahiány

P – produktivitás hiánya

R – retardáció

E- evési zavarok

S – súlyváltozás

SZ – szexuális érdeklődés csökkenése

I – inszomnia

O –organikus ok nem húzódik a háttérben¹⁵³

A szorongás, félelem önmagában fiziológiai feedback. A félelem lehet konkrét, mint a fájdalomtól vagy szimbolikus, ilyen például a haláltól, sötétől való félelem. A szorongást valamilyen rosszul felfogott fenyegetés képes kiváltani. Abnormálisnak akkortól számít, ha olyan szituációkban jelenik meg, melyeket az emberek döntő többsége különösebb fennakadás nélkül abszolvál. Itt különül el a fiziológiás és patológias szorongás. A szorongás bizonyos típusai genetikusan kódoltak, mint például az asphyxia. A szorongásos hajlamok kialakulásában az örökletes tényezők és a környezeti hatások együttesen játszanak szerepet. A környezeti hatásokon belül elkülönítünk biológiai és pszichés tényezőket. Minket jelen esetben kizárólag a pszichés faktorok érdekelnek, amik származhatnak szülés előtti-, perinatalis időszakból, a kora gyermekkorból, vagy egy későbbi életeseményből.¹⁵⁴

A szorongásos zavarok esetén fontos azok egyes típusait elkülöníteni. A pánik körülménytől függetlenül jelentkeznek. Az agorafóbia zsúfolt terek esetén jelentkeznek. Szociális fóbiánál az egyénnél társas helyzetben jelentkeznek a tünetek. Kényszerfóbiák jellemzője, hogy vissza-visszatér az adott gondolat vagy cselekvés. Egyszerű fóbiánál egy konkrét szituációban alakul ki. **GAD**, más néven krónikus aggódás. Poszttraumás stressz szindróma minden esetben súlyos traumákat követően alakul ki. A szorongásos zavarok differenciáldiagnózisa korántsem könnyű. A diagnózis felállításnál meg kell vizsgálni, hogy epizodikusan fordul-e elő, van-e bármilyen kiváltó

¹⁵²JEKKEL É. (2013): A depresszió és a szorongásos zavarok Online: http://semmelweis.hu/pszichiatria/files/2013/02/dep_szor.pdf (2015.11.27.)

¹⁵³NÉMETH A. (2004): Pszichiátria másképp. Budapest: Medicina Kiadó.

¹⁵⁴JEKKEL É. (2013): A depresszió és a szorongásos zavarok Online: http://semmelweis.hu/pszichiatria/files/2013/02/dep_szor.pdf (2015.11.27.)

ok, csatolható-e valakihez, vagy valamihez. Szorongás esetén jelentkező tünetek igen széles skálán „mozognak”. Légszomj, gombócérzés a torokban, mellkasi diszkomfort érzés/fájdalom, szájszárazság, végtagremegés, izzadás, tenziós jellegű fejfájás, hasi fájdalom, gyakori vizeelési inger jelentkezhetnek.¹⁵⁵

A PTSD, közismertebb nevén poszttraumás stressz zavar, mint már említettem súlyos traumák hatására alakul ki. Jellemző tünetei közé tartozik a tudati beszűkülés, a világgal szembeni érzéketlenség, a már átélt traumás esemény újra és újra élése, akár ébren flashback formájában, akár álmoként. Közvetlenül a kiváltó okot követően is jelentkezhet, de akár hónapokkal, vagy évekkel később is egy stresszes szituáció hatására.

Súlyos stressz hatására az érzelmi reakciókon túlmenően kognitív károsodások is kialakulhatnak, mint például koncentrációs nehézség, logikus gondolkodás szétesése, figyelem könnyen elterelhetősége. Tartós stressz hatására az egyén teljesítménye romolhat, aminek hátterében az erős érzelmi felindultság áll, ami zavarja az információ feldolgozást.¹⁵⁶

A tartós stressz következtében megfigyelhetőek az egyén viselkedésében is jellegzetes változások: egészségkárosító magatartásformák felvétele, munkahelyen betöltött szerepének leértékelése. Mindezek következtében jelentkezhet az egyén életében a dohányzás – amennyiben eddig nem tette az egyén – mérték nélküli alkoholfogyasztás, balesetokozás/elszenvedés, kábítószer használat, munkahelyen teljesítmény csökkenés. A harag és agresszió ugyancsak viselkedésbeli változásoknak számítanak. Haragnak minden olyan támadó jellegű érzést értünk, mely az egyént agresszív cselekvésre készíti. Agresszió, pedig minden olyan szándékosan elkövetett tevékenység, mely révén valakinek, vagy valaminek fájdalmat akar okozni akár átvitt értelemben, akár ténylegesen. Ebbe a csoportba – viselkedésbeli változások – tartozik a munkából való menekülés is, amikor az egyén hiányzik, kilép/felmond a munkahelyén, idő előtt nyugdíjba vonul. A hiányzásokat a testi-lelki megbetegedések okozzák, melyek viszont a vállalat számára komoly problémát jelentenek. Mindenképpen pótolniuk kell a kieső dolgozókat, hogy a termelés, vagyis a cég tevékenysé-

¹⁵⁵HOLLANDER E. - KLEIN D. (1989): Differential diagnosis of anxiety disorders. In: Panic anxiety states pp.17-26. (Eds. KIELHOLZ P. - ADAMS C.) Deutscher-Arzte Verlag, Köln.

¹⁵⁶ ATKINSON R. L. – ATKINSON R. C. – SMITH E. E. – BEM D. J. (1997): Pszichológia. Budapest: Osiris Kiadó.

ge gördülékeny maradjon, és a profiton ne érződjön a munkavállalók részéről a nagyszámú hiányzások.^{157 158}

A folyamatosan jelenlévő stresszorokkal szemben - mint már korábban kifejtettem – a szervezet nem bírja végtelen sokáig, egy idő után kimerül, ami a szervezetet a betegségekkel szemben fogékonyra teszi. Krónikus stressz következtében képes kialakulni gyomorfekély, magas vérnyomás, és károsodik az immunrendszer. A tartósan megemelkedett vérnyomás és pulzus értékek kedveznek a szív és koszorúér betegségeknek. A stressz befolyásolni képes a szervezet saját immunrendszerét, illetve annak működését. Azoknál, akiknél erős stressz van jelen, a fertőzőes és daganatos megbetegedések könnyebben alakulnak ki.¹⁵⁹

Az életesemények összefüggésben a stressz okozta egészségi állapot romlással az elmúlt években és évtizedekben igen kutatott téma volt. A kezdeti kutatásokban Hawkins, Holmes és Davis vettek részt 1957-ben, akik a tuberkulózis pszichoszociális tényezőit vizsgálták. Az általuk használt listát használták később porckorongsér, szívbetegek, várandósságot megelőző időszak vizsgálatára is. A későbbiekben pedig kidolgozták a mára igen nagy népszerűségnek örvendő Életesemény skálát. A benne foglalt tételek, mind pozitív, mind negatív vonatkozásban igyekeznek lefedni azokat az életeseményeket, melyek befolyással lehetnek a személy fizikai és/vagy pszichés állapotára.¹⁶⁰

A pszichiátriai betegségek és életesemények kapcsolatára vonatkozóan Faravelli és munkatársai kutatásaik során arra a megállapításra jutottak, hogy a depressziót megelőző időszakban négyszer több a megelőző életesemény.¹⁶¹ Mások is alátámasztották a saját kutatási eredményeikkel a pszichiátriai betegségek és az élet-

¹⁵⁷MISKOLCI EGYETEM (2015): A stressz Online: <http://www.unimiskolc.hu/~wwwbkrt/psz/stressz.pdf> (2015.11.28)

¹⁵⁸KHAN R. L. – BYOSIERE P. (1992): Stress in organization. In: Handbook of Industrial and Organizational Psychology pp. 571-651 (eds.: DUNNETTE M. D. – HOUGH L. M.) Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

¹⁵⁹MISKOLCI EGYETEM (2015): A stressz Online: <http://www.unimiskolc.hu/~wwwbkrt/psz/stressz.pdf> (2015.11.28)

¹⁶⁰SZABÓ G. (2013): Az életesemények pszichoszociális összefüggései és a krónikus betegségekkel való kapcsolata. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem. Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola. Online: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/szabogabor01.d.pdf (2015.11.28.)

¹⁶¹FARAVELLI C. - CATENA M. - SCARPATO A. – RICCA V. (2007): Epidemiology of Life Events: Life Events and Psychiatric Disorders in the Sesto Fiorentino Study. Psychother Psychosom, 76 (6): pp. 361–368.

események közötti kapcsolatot. Chan és munkatársai kutatási eredményei szerint kettő vagy három életesemény már növeli a betegség kialakulásának kockázatát.¹⁶²

1.5.5. Stressz hatásmechanizmusa

A stressz során a szervezetben végbemenő válaszreakciók felelősek egyes kórképek kialakulásáért, vagy éppen fennmaradásáért. A stressz minden szervre hatással van a központi idegrendszeren keresztül. A stresszre adott válaszreakció a szervezetben hormonális szabályozás révén valósul meg, melynek két fő rendszere van: hypothalamus- hypophysis –mellékvesekéreg rendszer (HPA) és az SZMA. A stresszor a hypothalamust arra serkenti, hogy CRH-t (corticotrop- releasing hormon) válasszon ki. A CRH az egyik legfontosabb stresszhormon, jelen esetben aktiválja a mellékvesekéreg rendszerét és a szimpatikus idegrendszert. A szimpatikus idegrendszeri aktivitás pedig közvetlenül hat az izmokra, erekre (izomfeszültség fokozódás, erek összehúzódása). Az SZM- rendszer stressz hatására az autonóm idegrendszer szimpatikus ága katekolaminokat bocsát ki, melyek azért felelősek, hogy a kialakult izgalmi állapot tovább kitartson. Adrenalint a szimpatikus idegvégződések bocsátanak ki nagyobb mértékben a szervezet különböző területein. A CRH a hypophysis-mellékvesekéreg rendszerére is hatással van, a POMC peptidből ACTH termelődik, mely, pedig a kortikoszteroidok képzésére van hatással, és azokat pozitív irányba befolyásolja. A glükokortikoidok fokozzák a zsírok és szénhidrátok azonnali energiává való átalakítását, ezzel egyidejűleg az anabolikus folyamatok, a fehérjeépítés gátlás alá kerülnek. A kortikoszteroidok rendelkeznek bizonyos szabályozó funkciókkal, mégpedig az inzulin és egyes ionok vérben található koncentrációjára vannak hatással, valamint a stressz reakció feedback mechanizmusában a negatív visszacsatolás révén képesek leállítani a stresszre adott válaszreakciókat.

A stresszre adott korai válaszreakciókból következően a szervezetben gyors változások mennek végbe. Ilyen a szív- és érrendszerben a vérnyomás és pulzus fokozott emelkedése, emellett pupilla tágulat, verejtékezés, vese csökkent kiválasztó funkciója, fokozott nyáleválasztás, vázizmok vérrel való ellátottságának növekedése, emésztőrendszer vérellátottságának csökkenése.

¹⁶² CHAN D. – KWOK A. – LEUNG J. et al. (2012): Association between life events and change in depressive symptoms in Hong Kong Chinese elderly. Journal of Affective Disorders, 136 (3): pp. 963–970

Stresszhormonoknak tekintjük továbbá a vazopresszint, prolaktint, növekedési-, és pajzsmirigy hormonokat is. A vazopresszin a só és víz visszatartásával a vese kiválasztó funkcióját csökkenti, egyidejűleg hozzájárul a vérnyomás emelkedéséhez. A növekedési hormon segíti a glükóz felhasználását azáltal, hogy fokozza az inzulin kiválasztást. A TRH (thyreoidea releasing hormon) aktiválja a TSH (thyreoidea stimuláló hormon) termelését, melynek következtében többek között fokozódik az sejtcseré, izmok kontraktilitása. A gonadotrop hormonok termelésének fokozódása magasabb ösztrogén, progeszteron valamint tesztoszteron szintet eredményez.¹⁶³

164

1.5.6. Magyarországi egészségügyi-, stressz és mentális betegségek helyzete

Hazánkban 2008-ban az idegrendszer szervi betegségeiben több mint 1,5 ezren haltak meg. A százezer lakosra jutó halálozási ráta a legtöbb betegség esetében csökkenő tendenciát mutat, míg a mentális betegségek esetében ez teljesen ellentétes. A mentális viselkedészavarok területén közel háromszorosára nőtt ez a ráta.

A mentális viselkedészavarokkal küzdő személyek, valamint azok, akiknek valamilyen idegrendszeri kórképük van, előbb-utóbb szakemberhez kerülnek. Azért írtam, hogy előbb-utóbb, mert sok esetben a kezelésre szoruló személy nem akarja elfogadni/beismerni, hogy problémája vagy problémái vannak, és segítségre lenne szüksége. A pszichiátriai gondozókban nyilvántartottak száma 2000-ben 130800 fő volt, 2008-ra 145500 főre duzzadt. A kórképek 32%-a valamilyen hangulatzavar, 22%-a szomatiform rendellenesség, 20%-a, pedig a skizofrénia valamely formája.¹⁶⁵ 2011-ben a 15-64 évesek korcsoportjában 21,5% volt azok aránya, akik minimum hat hónapja fennálló egészségi problémával, betegséggel küzdenek. Ez az arány közel 1,5 millió embert jelent. A testi, érzékszervi vagy egyéb korlátozottságot közel

¹⁶³ STAUDER A. (2008): Közösségi alapú magatartásorvoslási programok. Az esélyerősítés hatékony módszerei. pp.105-114. In: Magyar lelkiállapot. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. (Szerk. Kopp M.) Budapest: Semmelweis Kiadó, Budapest.

¹⁶⁴ SALAVECZ GY. (2011): A munkahelyi stressz és az egészség összefüggései hazai és nemzetközi viszonylatban. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola pp. 23-39 Online: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/salaveczgyongyver.d.pdf (2015.11.28.)

¹⁶⁵ KÖZPONTI STATISZTIKAI TÜKÖR (2010): Nincs egészség lelki egészség nélkül – a központi idegrendszer betegségei. In: Statisztikai Tükör. 4 (112): pp. 1-2.

910 ezren jeleztek. A legtöbben – minden harmadik ember - valamilyen szív- és érrendszeri eredetű kórkép miatt munkaképtelenek. Második helyen a különböző reumatikus jellegű megbetegedések állnak, ez 4,8%-ot jelent. A harmadik helyen, pedig a lábbal kapcsolatos problémák és végtaghiány áll.¹⁶⁶

A Központi Statisztikai Hivatal elemzései alapján 2000 és 2010 között a várható élettartam átlagosan 2,6 évet emelkedett. Az említett eredmények hazánk teljes területén megfigyelhetők, de a nyugati és keleti régióban továbbra is megfigyelhetők eltérések. Továbbra is a keringési eredetű halálokok állnak az első helyen, de 2000 és 2010 között megfigyelhető a haladóság szintjének csökkenése. Az erőszakos eredetű halálozások esetében négyszer annyi férfi veszti életét, mint nő. A felnőttkori betegségek közül a leggyakrabban előfordulóak a magas vérnyomás betegségek, különböző csigolya eredetű kórképek, ISZB, lipoprotein – anyagcsere rendellenességgel járó megbetegedések, cukorbetegségek, agyér betegségek, malignus tumorok, máj betegségei, alkohol okozta mentális és viselkedésbeli zavarok. A fiatalok körében lényegesen eltérőek a leggyakrabban előforduló kórképek. Közel minden huszadik fiatal szenved asztmában, minden huszonkettedik endokrin vagy táplálkozási-, anyagcsere betegségben, közel azonos arányban van jelen a vérképző szervek betegségei, valamint az immunrendszert érintő kórképek. A 0-18 évesek 25%-a szenved atópiás dermatitisben, 100 fiatakorú közül 2-3-at érint kalóriatöbblet miatti elhízás, hátgerinc elváltozások, mentális vagy viselkedésbeli zavarok.

167

2009-ben egy egészségfelmérés keretein belül vizsgálták meg Magyarországi régióit.

Krónikus szorongásos tünetekről a megkérdezettek 18%-a számolt be. Nemek tekintetében nőknél kétszer nagyobb arányban fordult elő. A szorongás leggyakrabban valamilyen stresszes állapot tüneteként jelentkezik. A betegek a háziorvost elsősorban a stressz okozta fiziológiai tünetek miatt keresik fel. Régióként lebontva: Dél-Dunántúlon 24%, Dél-Alföldön 23%, Észak-Alföldön 22%, Észak-Magyarországon 19%, Közép-Magyarországon 14%, Közép-, Dél-Dunántúlon 15%

¹⁶⁶KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (2011): Megváltozott munkaképességűek a munkaerőpiacon. Online: <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/megvaltmunkakep.pdf>

¹⁶⁷KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (2010): Társadalmi helyzetkép Online: https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/thk/thk10_egeszseg.pdf (2015.11.29).

volt érintett szorongásos panaszokban. Depresszió a lakosság 6%-át, mentális problémák 3%-nál jelentkeztek.¹⁶⁸

1.5.7. Stressz orvosoknál és katonáknál

Az **orvosok mentális és egészségi állapota** számos tanulmánynak képezte alapját, ahogy a nemenkénti összehasonlítás is, melyek során megállapítást nyert, hogy a női medikák fizikai és pszichés státusza rosszabb, mint a férfiaké – ez nem csak hazánkban, hanem világszerte megfigyelhető jelenleg. 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 adódna**. 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, sokkal erősebb a szakma iránti elkötelezettségük, közöttük van a legalacsonyabb arányban a pályaelhagyó.¹⁶⁹

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 halálok, ami összefügghet a feldolgozatlan stresszel. További stressz tényezők közé tartoznak a műhibaperek, az egészségügyi rendszer gyakran változó intézkedései, a 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 pályaelhagyás követi.

¹⁶⁸FEJES L. – RESTYÁNSZKINÉ JACZKÓ V. (2011): Az európai lakossági egészségfelmérés és betegforgalmi adatok összefüggései Magyarország régióiban, In: KSH Online: http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/terstat/2011/06/fejes_restyanszky.pdf (2015.11.29.)

¹⁶⁹ URL: <https://www.natursziget.com/itthon/20070521doktornok/all-pages> 2016.09.26.

A pályakezdőket sokkal nagyobb arányban érinti, mint azokat, akik hosszabb ideje a pályán vannak. A kiégés szindróma már az egyetem alatt is jelentkezhethet, 13-15%-ban depresszió, 14-20%-ban öngyilkossági szándék formájában.¹⁷⁰

Kapocsi Erzsébet, a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Magatartástudományi Intézetének a mestertanára régóta foglalkozik a témával: boldogság, boldogtalanság, elégedettség, elégedetlenség, melyek mind szubjektív fogalmak, melyek az ember saját magához, élethez, munkához való viszonyát határozzák meg. A szakember szerint fontos tisztázni, hogy jelen esetben nem a magánéleti boldogságról van szó, nemis az életérzésről, sokkal inkább **a hivatás körülményeiről, a hivatás körülményeinek, gyakorlásának minőségéből adódó életérzéséből**. 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. Nem szabad elfeledkezni arról, hogy 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, világviszonylatban jelentkező probléma. 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. Hiába a sok szakmai cikk, melyek taglalják, hogy a korábbi évekhez, évtizedekhez képest mennyire megváltoztak az orvoslás körülményei, hogy sok esetben mennyire 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 orvoslás egy viszonylag zárt hivatás, nem könnyű egy másik területen elhelyezkedni**, hiszen szinte mindent a nulláról kell megtanulni ez esetben. Nyugaton már felfigyeltek erre a problémára is, ezért az orvosképzés ideje alatt/után biztosítanak

¹⁷⁰ Kulich Károly (2014): Az orvosok egészségi állapota URL: <https://prezi.com/3sjqa6bimqtg/copy-of-az-orvosok-egeszsegi-allapota/> 2016.09.27.

számtalan olyan képzést, melyek lehetővé teszik, hogy az orvos hivatás körül, vagy annak mentén tudjon a későbbiekben elhelyezkedni, mint például biomérnök, orvos-menedzser, orvos-jogász.¹⁷¹

Általánosságban beszéltem már a stresszorokról, viszont az orvosoknál és a katonáknál is megfigyelhetők speciális stressz tényezők. 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 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 helyetek
- 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)

¹⁷¹ Illés Tibor (2012): Boldogtalan orvosok... - egy hazai vizsgálat szükségessége URL: <http://szegedma.hu/hir/szeged/2012/01/boldogtalan-orvosok-egy-hazai-vizsgalat-szuksegessege.html> 2016.09.27.

- teamen belül nem megfelelő kommunikáció viszonyok
- kevés idő (állandóan rohanni kell, egyik betegtől a másikig, műtőbe, sürgősségre)
- túl sok változás rövid időn belül
- 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)
- 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)
- pénzügyi nehézségek (a különböző ösztöndíj programok révén is, egy kezdő orvos fizetése itthon és külföldön többszörös eltérést mutat) ¹⁷²

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, munkamániák. 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 végzettségre is, szakorvosokra is jellemző. A hibáktól való félelem ezt tovább erősíti, mely mellé társul az aggodás, szorongás, bizonytalanság érzése. ^{173 174}

A katonai lét együtt jár a folyamatos stressz helyzetekkel, ami magával vonja az állandó pszichés-és fizikai terhelést. A hadseregben szolgáló katonák esetében, éppúgy, mint az egészségügyben dolgozó orvosoknál speciális stressz faktorok vannak jelen. ¹⁷⁵ A katonákat érő pszichés stresszt három csoportba lehet osztani: Az első csoportba tartoznak a katonai feladatokkal kapcsolatos stresszorok: a fizikai megterhelések, a technikai újítások elsajátítása – informatika roham léptékű fejlődésével szintet tartani -, a változásokhoz – környezeti is – való adaptálódás, katonai fegyveres feladatokkal kapcsolatosak. ¹⁷⁶ Ebbe a csoportba tartozik a harci stressz, mint jelenség. Minden olyan pszichés, fizikai vagy fiziológiai ingert magába foglal,

¹⁷²GYÖRFFY ZS. (2009): Morbiditás és stressztényezők a magyarországi orvosnők körében. Doktori Értekezés. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola Online: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/gyorffyzsuzsa.d.pdf (2015.11.29)

¹⁷³ TYSEN R. – VAGLUM P. – GRONVOLD N.T. – EKEBERG O. (2001) Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. Journal of Affective Disorders 64 (1): pp. 69-79.

¹⁷⁴GYÖRFFY ZS. (2009): Morbiditás és stressztényezők a magyarországi orvosnők körében. Doktori Értekezés. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola Online: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/gyorffyzsuzsa.d.pdf (2015.11.29)

¹⁷⁵ COOPER C. L. – MARSHALL J. (1978): Understanding executive stress. Princeton: PBI Books.

¹⁷⁶ PETREKANITS M. – PAVLIK ZS. – RADÁK ZS. KUDAR K. (2005): Az operatív feladatokat végrehajtó katona élettani és pszichés terhelhetőségének vizsgálata laboratóriumban és kiképzési harci feladatok végrehajtása közben. In: Hadtudományi Tájékoztató. 14. évf. (Haderő átalakítás 2004 pályázat): pp. 133-138.

melyek harci tevékenységhez kapcsolódnak és a kiadott feladat abszolválása közben jelentkeznek. A veszteséggel járó harci tevékenységekre jó példa, hogy a 2003 novemberében az iraki stabilizáció biztosításáért felelős **MSU**-t a műveletek során támadás érte.¹⁷⁷ A kommunikáció elégtelensége egy újabb stresszor, aminek háttérében húzódnak az eltérő beszélt nyelv, kultúra, normák, szabályok, melyek képesek ellehetetleníteni egy érdemi kapcsolatot. Ebből következően a parancsba kapott feladat elvégzése során is tovább sérülhet ez a kommunikáció. A krízishelyzetek feldolgozása, kezelése, mondhatni a katona-lét kísérője. Egy-egy ilyen helyzet során, szinte kivétel nélkül szembe kerül egymással a szerepkövetelmény. A zárt közösségek dinamikájából ugyancsak stressz forrásokká képesek válni, mivel a elhelyezési lehetőség minimális. A szexuális élet korlátoltsága szintén ennek a feladatkörnek a velejárója. Sokat vannak távol az otthonuktól, családjuktól. A szexuális élet problémaköréhez tartozik a homoszexualitás kérdésköre is, mely a katonai és rendvédelmi szerveknél a mai nap nem vált olyan témává, hogy az feldolgozható, kibeszélhető legyen. A demotiváció, burn-out szindróma, felelősségtudat elvesztése mind-mind hozadéka egy esetleg nem megfelelő előléptetésnek. Az eltérő kulturális háttérrel rendelkező emberek közötti kapcsolatteremtés során mind verbális, mind non-verbális szinten számos hiba keletkezhet.¹⁷⁸ A monotónia, mely főként a békeműveletekben jellemző a fegyveres erőkre. Sajátosságaikban jelentősen eltérnek a harctértől. Egy-egy váratlan esemény során nem tud megfelelően reagálni a katona, megbénul, aminek következtében veszélyezteti a társai életét.¹⁷⁹

A második csoportot a katonai szervezet működésére, kultúrájára, munkahelyi légkörre visszavezethető stressz források alkotják: A szervezet működése eléggé szabályozott. Az egyes cselekvési, döntési szabadság nagyban függ a szervezetben betöltött pozíciótól, ami negatív irányba befolyásolja a csapatszellem kialakulást, kockázat-, és felelősségvállalást.

A harmadik csoport a katonai létforma, a katonai hivatás társadalmi megosztottságából eredő stresszorokat foglalja magába. A mai napig a katonai hivatás nem népszerű a hétköznapi emberek körében. Azokat, akiket esetlegesen a munkanélküliség fenyeget, még a körükben is csak kis százalék gondol a katonaságra úgy, mint

¹⁷⁷ SZÉP L. (2006): A béketámogató műveletek során kialakuló különleges helyzetekre történő felkészítés nehézségei. In: Humán Szemle 22 (1): pp. 84-90

¹⁷⁸ VINCZE L. (2004): A multikulturális kommunikáció kihívásai a hadseregben. In: Humán Szemle 20 (1): pp. 101-110.

¹⁷⁹ TÓTHNÉ SZTERNÁK N. (2005): A fokozott nappali aluszékonyosság, mint stressztényező a katonai szolgálatban. In: Humán Szemle 21(3): pp.63-72

lehetséges alternatívára, kiútra. Az előítéletes megnyilvánulások is viszonylag gyakoriak. A társadalmi beilleszkedés sokkal nehezkesebb számukra.¹⁸⁰

A Magyar Honvédelmi Egészségvédelmi Intézet (EVI) 2005-ben 10300 személy bevonásával végzett el egy alkalmassági vizsgálatot, mely során azokat a stressz tényezőket emelték ki, melyeknek kiemelt szerepük van. Az eredmények alapján a magyar honvédség katonai számára legfőbb stresszorok:

- beilleszkedési és szervezeti szocializációs problémák
- együttműködéssel kapcsolatos konfliktusok
- időhiány
- alkalmazkodási nehézségek
- monotónia
- kompetenciahiány érzése
- nem megfelelő információ mennyiség
- kielégítetlen szervezésből fakadó konfliktusok
- különböző események miatt bekövetkező krízis helyzetek
- tartós fenyegetettség következtében kialakuló krízis
- idegen és ismeretlen környezet¹⁸¹

1.5.7.1. Mobbing, harci stressz

Harci stressz a katonákat ért legerőteljesebb pszichés kár. Négy alapfogalmat különítünk el e kapcsán: harci stresszor, stresszorra adott válaszreakció, azaz maga a harci stressz, ennek tünetei és az eközbeni magatartás. Harci stresszor lehet minden olyan pszichés, fiziológiai vagy fizikális inger, mely a harci tevékenység

¹⁸⁰ KIRÁDY A. (2008): Mesterséges intelligencián alapuló számítógépes szakértői rendszer felhasználási lehetőségei a katonai és a rendőri állomány alkalmasságvizsgálatára. Doktori Értekezés. Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem Hadtudományi Doktori Iskola Online: http://193.224.76.2/downloads/konyvtar/digitgy/phd/2009/kirady_attila.pdf (2015.11.30).

¹⁸¹ KOVÁCS G. – NÉMETH A. – SZILÁGYI ZS. (2006): A missziós szolgálatot teljesítő állomány pszichés állapota. In: Új Honvédségi Szemle. 60(6): pp. 23-31.

teljesítés közben jelentkeznek. Három nagy csoportba oszthatóak: Fizikális stresszorok: forróság, hideg, nedvesség, oxigénhiány, lézer, robbanás, vibráció, sugárzás, légszomj, különböző vegyszerek, mérgek. Pszichikai stressz források: informáltság – ez lehet túl sok, vagy túl kevés -, érzékszervi túl-, vagy alulterheltség, kétértelműség, nehéz választás, szervezési dinamikai problémák, helyzet komplikáltsága, idő rövide, félelem, fenyegetettség érzése, hit elvesztése, motívumok ellentéte. Fiziológiai stresszorok: alvászavar, dehidratáció, csökkent immunrendszeri működés, valamilyen megbetegedés, fáradtság, kachexia.¹⁸² Harci stressz során az egyén egy különleges pszichés állapotba kerül, melyet a harctéri extrém körülmények hoznak létre. A harci stressz tünetei között is elkülönítünk pszichés és fizikai formákat. Pszichés tünetek közé tartozik a feszültség, izgalom, idegfeszültség, zaklatottság érzése, ingerültség, kimerültség, levertség, gondolkodás és emlékezés nehézségei, nehéz kommunikáció, bezárkózottság érzés, koncentráció hiány, rossz érzés az elkövetett hibák miatt. Fizikális tünetek közé tartozik a fájdalom, remegés, fókuszáló képesség csökkenése, felgyorsult légzés, ami aztán görcsökhöz vezet, végül a végtagok tehetetlenség érzéséhez vezet. Fejfájás, hasmenés, rosszullet, székrekedés, ugyancsak szerepelhetnek a szimptómák között.

A harci stressz közbeni magatartás kifejezi a katona reakcióját a harctéren tapasztaltakkal kapcsolatosan. A válaszreakció igen szélsőséges értékek között mozoghat, hiszen egészen pozitív is lehet, de éppannyira negatív is. Kutatások eredményei alapján két csoportra oszthatóak a harci stressz kialakulásának okai: halálfélelem és pszichikai / környezeti tényezők.

A harci stressz változik egy adott időn belül, nem pedig állandó jelenség. A kutatások alapján három fő fázist különítünk el. A kezdeti fázisban a katona megnyilvánulásai közé tartozik az erős szorongás állapota. Az akut második szakaszban szorongás és nagy nyomás érzése társul konzervatív egyéb testi reakciókkal is, mint a kín, fájdalom. Ezen túlmenően magatartásbeli változások is előfordulhatnak. A krónikus, más néven harmadik szakaszban, éjszakai rémálmok, kínok gyötrik a személyt. Főként súlyos megrázkódtatást követően alakul ki. Az emberekkel való kapcsolatai tönkre mennek.

Mobbing, ismertebb nevén munkahelyi pszichoterror kifejezés hazánkban nem igen elterjedt, attól függetlenül, hogy a jelenség nagyon is létezik. Mi is tartozik

¹⁸² KOMAR Z. – PAVLINA Z. (2007): Katonapszichológia I. Budapest: Zrínyi Nemzetvédelmi Egyetem.

a mobbing jelenségébe? Többek között, ha valakit kigúnyolnak, burkoltan gyanúsítások céltáblájává válik, kritizálják, becsmérlik, megkérdőjelezzik az értékrendjét, fizikai erőszakkal fenyegetik, nevetségessé teszik mások előtt, semmibe veszik a véleményét, etnikai, faji vagy nemzetiségi hovatartozását veszik célba, és kezdik sértetni, molesztálják. A pszichoterror folyamata mindig egy kisebb nézeteltéréstől indul ki, melybe, ha a felettesek nem avatkoznak be, akkor igen súlyos konfliktus képes belőle generálódni, ami már hivatalos esetté válik. A pszichoterror négy fázisból tevődik össze: interperszonális konfliktusok, pszichoterror, jogsértések, végleges kikerülés a munka világából. A mobbing áldozata a sorozatos konfliktusoknak köszönhetően, miután hiába próbálja magát megvédeni, teljesen elszigetelődik, és érzelmileg instabillá válik. A vezetés ebben az időszakban még nem avatkozik bele az ügybe. Akkor, amikor már a vezetés is elhatározza, hogy beavatkozik, igen nehéz helyzet alakul ki, mert a tudtával alakult ki a jelenség, amit meg is előzhetett volna. A mobbing elszenvédőjének viszont eközben már pszichoszomatikus tünetei alakulhatnak ki.¹⁸³

A téma hazai ismeretlenségét fejezi ki az is, hogy eddig egyetlen önálló könyv jelent meg ebben a témában, és csupán néhány szakmai cikk. Magyarországon ezzel kapcsolatos intézmények nincsenek jelen, mivel a munkahelyeknek általánosságban nem áll érdekükben megoldani a problémát. Ha ki is derül a munkahelyi zaklatás, akkor sincs feltárva a háttérben húzódó valódi ok, hanem sokkal inkább egy fajta „gyors tűzoltást” alkalmaznak. A dolgozók körülbelül 5-6%-a szenved el mobbingot. A százalékos érték csak hozzávetőleges, hiszen egyrészt ez nem egy friss adat, másfelől alig van a témával kapcsolatosan hazai kutatási eredmény^{184 185}

1.5.8. Stressz felmérő eszközök

A stressz felmérésének leggyakoribb módja a kérdőíves módszer, melyből igen sokféle létezik. Az egyik ilyen az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS), mely 14 tételt tartalmaz, amiket ötfokú Likert-skálán lehet pontozni. A magasabb pontszámok a

¹⁸³ SCHMIDT K. (2008): A munkahelyi stressz vizsgálata szellemi tevékenységet folytató munkavállalók körében. Budapesti Gazdasági Főiskola Külkereskedelmi Főiskolai kar Gazdaságdiplomácia és nemzetközi menedzsment szak Online: http://elib.kkf.hu/edip/D_14140.pdf (2015.11.30.)

¹⁸⁴ KAUCSEK GY. – SIMON P. (1996): Pszichoterror a munkahelyen I. In: Humánpolitikai Szemle 7 (9): pp. 10. 39–45.

¹⁸⁵ KAUCSEK GY. – SIMON P. (1996): Pszichoterror a munkahelyen II. In: Humánpolitikai Szemle 7 (10): pp. 41–49.

stresszhelyzetek előfordulásának nagyobb gyakoriságát jelzik, továbbá a sikerebb megküzdést azokkal szemben. A kérdőív azokra a gondolatokra és érzésekre kérdez rá, melyeket a kitöltő az elmúlt hónapban átélt - szubjektíven mennyi stresszhelyzetet élt át, mennyire tartja kiszámíthatatlannak, befolyásolhatatlannak, túlterheltnak a mindennapjait. A PSS-nek van 14,10 és 4 tételes magyar adaptációja is.¹⁸⁶

A WHO Általános Jól- lét skálájának öt tételből álló változata a személyek általános közérzetével kapcsolatosan ad információkat az elmúlt két hétből. A Beck-féle Reménytelenség Skála magyar adaptációjában három tétel van, melyek a reménytelenség szintjét mérik. A Spielberger-féle Állapot és Vonásszorongás Kérdőív magyar verzióját Sipos és munkatársai készítették el 1994-ben. 20 tétel található a kérdőívben. A rövidített Beck Depresszió Kérdőív 9 tételből áll, melyeket a már korábban említett Likert-skálával kell értékelni. A kérdőív a depresszió tüneteire kérdez rá. A magas pontszámok a minél több depresszió tünet meglétét támasztják alá, illetve maga a betegség jelenlétét erősítik meg. Az Ellenségesség-kérdőív magyar adaptációja öt tételből áll. Az eredeti kérdőívet Cook és Medley alkotta meg 1954-ben. Ellenségesség alatt az emberek döntő hányada egy versengő attitűdöt és hozzá kapcsolódó bizalmatlanságot ért.¹⁸⁷¹⁸⁸

Ha már stressz felmérés, akkor mindenképpen említést kell tenni a munkahelyi stresszt felmérő kérdőívről, mely hét dimenziót mér fel, és a 28 skála révén lehetőség van arra, hogy pszichoszociális kockázat felmérés is történjen. A vizsgálat során az egyén észlelt stressz szintjét, életminőségét méri fel.¹⁸⁹ Mindezek mellett létezik Akut Stressz állapot felmérés online felületen keresztül, mely által egy aktuális stressz állapotot kapunk önmagunkról, ennek révén, pedig lehetőségünk van változtatni. A stressz rezisztencia mérésére alkalmasak még a projektív rajzvizsgálatok is, melyek igen gyakran alkalmazott eszközök a pszichológiában. Alkalmasak képesség vizsgálatokra, de pszichés és neurológiai kórkép diagnosztizálásában is segítséget nyújtanak. Széles felhasználhatósági körükbe tartoznak továbbá bizonyos jellemvonások, mint példásuk az agresszió, érzelmi labilitás, impulzus kontroll megállapításá-

¹⁸⁶ ÉSZLELT STRESSZ KÉRDŐÍV MAGYAR VÁLTOZATA Online: http://www.psy.cmu.edu/~scohen/PSS_Hungarian_14_10_4_item.pdf (2015.11.30.)

¹⁸⁷ STEUDER A. – KONKOLY T. B. (2006): Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. In: Mentálhigiéné és Pszichoszomatika. 7(3): pp. 203-216

¹⁸⁸ SUSÁNSZKY É. – KONKOLY T. B. – STAUDER A. – KOPP M. (2006): A WHO Jól-Lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. In: Mentálhigiéné és Pszichoszomatika. 7(3): pp.247-255

¹⁸⁹ PEJTERSEN J.H. – KRISTENSEN T. S. – BORG V. – BJORNER J. B. (2010): The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II) Scandinavian Journal of Public Health. 38(Suppl.3): pp. 8-24.

ra is. A rajztesztek közül fegyveres testületeknél a Többdimenziós rajztesztet szokás alkalmazni.¹⁹⁰

1.5.9. Stressz kezelés

A stressz tényezők által kiválasztott egészségkárosodást nagyban befolyásolja az egyén személyiségének egyes jegyei. Többek között a rugalmasság-merevség dimenziója, a pozitív-negatív emocionalitás intraverzió-extroverzió. A személyiség jegyekhez kapcsolódó betegségekre való hajlam összefügg az egyénre jellemző stressz érzékenységgel és megküzdési kapacitással.¹⁹¹

A stressz kezelés egy alkalmazkodási folyamat, melyek révén a szervezet a saját egyensúlyát hivatott biztosítani. A folyamat célja a stresszorok távoltartása, a velük való hatékonyabb megküzdés és a már korábban részletesen kifejtett élettani válaszreakciók befolyásolása. A stressz kezelés rendszerszemléletű megközelítést kíván. Az alkalmazott technikák között elkülönítjük a „viselkedéses eljárásokat” illetve a kognitívokat. Előbbiek csoportjába tartozik a meditáció, a testmozgás, különböző relaxációs gyakorlatok elsajátítása, biofeedback. Utóbbihoz – kognitív eljárások – tartozik többek között a kognitív viselkedésterápia, mely a viselkedésnaplón, elvárásokon, hiedelmek azonosításán alapszik. A stresszforrás csökkentésére irányuló technikák sorába tartozik, ha megpróbáljuk saját magunkat távol tartani a stresszhelyzetektől. Hatékonyabb időbeosztás készítés, tudatos figyelemelterelés, a különböző szabadidős és kötelező tevékenységek rangsorolása. A stressz kezelést hatékonyabbá tevő technikák közé tartozik, ha képesek vagyunk a problémát több szempontból kielemezni, mely által rájövünk, mi a legzavaróbb az adott szituációban, mi az, amit pozitív „dologként” élünk meg. Stresszes helyzetben ne a saját szubjektív következtetéseinkre koncentráljunk. Tudatosítsuk magunkban az érzéseinket, elvárásainkat, fontos, hogy ne általánosságban beszéljünk. Szükség esetén szakember segítségét is lehet, sőt kell kérni. A stresszel összefüggő testi reakciók befolyásolásához tartozik a relaxáció, autogén tréning, progresszív relaxáció, meditáció, masszázs, pihenés, alvás, zenehallgatás, gyógyszerek szedése, megfelelő táplálkozás.^{192 193}

¹⁹⁰ VASS Z.(2011): A több dimenziós rajzteszt. Budapest: Flaccus Kiadó

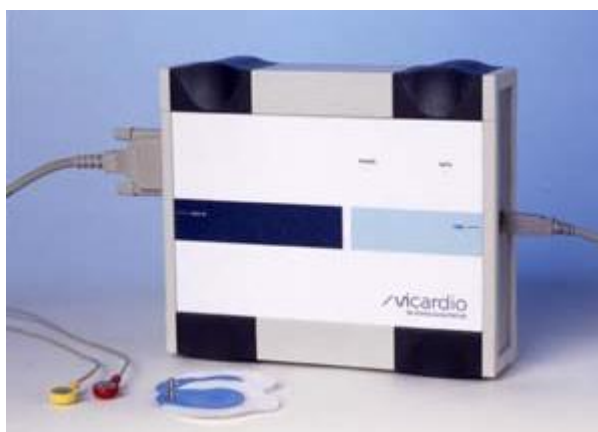
¹⁹¹ DÁVID I. – FÜLÖP M.- PATAKY N. – RUDAS J. (2014): Stressz, megküzdés, versengés. Budapest: Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége.

¹⁹² KÁLLAI J.- VARGA J. – OLÁH A. (2007):Egészségpszichológia a gyakorlatban. Budapest: Medicina Könyvkiadó.

1.5.10. Vicardio

Németországban, több mint 10 évvel ezelőtt jelent meg a piacon, mert az ot-tani lakosság esetében 1000 főre jutott egy szívinfarktus, ami nagyon rossz aránynak tekinthető. A Német Hadsereg Katasztrófavédelmi részlege ugyanabban az időben adott megbízást egy készülék kifejlesztésére, mely által gyorsan lehet információk-hoz jutni katasztrófa helyzetekben a sérült beteg kardiológiai státuszával kapcsolato-san.

A Vicardio több csatornás, digitális EKG-rendszer, mely a különböző kardi-ológiai értékeket és eltéréseket mutatja. Az alábbi ábrán látható a készülék alapállá-potában. A készülék feladata a szív állapotának a meghatározása mellett a stressz-érték megállapítása is – utóbbit a szívfrekvencia variabilitás mérése teszi lehetővé (HRV).



10. sz. ábra: Vicardio készülék¹⁹⁴

Ha a mért stressz értéke 60% feletti, akkor figyelmeztető jelnek kell venni, tekintettel arra, hogy az ideális érték 5% körüli. A szív állapotához tartozik a pulzus-frekvencia érték mérése, mely korcsoportonként változik, tehát nincsen standard ér-téke, ugyanakkor a felső határérték kiszámítása lehetséges: $<118,1 - (0,57 \times \text{életkor}$ években megadva). Ezzel a képlettel az általános érték felső határát lehet kiszámolni.

¹⁹³ CSABAI M. – MOLNÁR P. (2009). Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia. Buda-pest: Medicina Könyvkiadó.

¹⁹⁴ CARDIOPORT (2006): Vicardio Online: <http://www.cardioport.net/container.php?page=vicardio> (2015.11.28.)

Ezek mellett a készülék méri az EKG görbék intervallum adatait, a különböző hullámok hosszát, idejét, nagyságát, amplitúdó értékét.

Használata során a devianciákat is rögzíti, melyek szimptomái is lehetnek egy-egy súlyosabb betegségnek. A megfelelő alkalmazás révén a szív elektromos ingerületvezetési zavarainak a korai felismerése válik lehetségessé. Fontos, hogy a készülék nem állít fel orvosi diagnózist, és nem lehet megkerülni az orvosi konzultációt, hiszen a Vicardio által mért értékek kielemezéséhez kardiológus szakorvosi képesítés és az ezzel járó szakmai tapasztalat szükséges, ennek megléte hiányában nagy a valószínűsége a téves diagnózis felállításának. További lényeges információ a készülékkel, hogy ha nem állapít meg eltérést, az önmagában nem biztosíték, hogy ténylegesen nincsen semmilyen egyéb kardiológiai jellegű probléma. A Vicardio szoftverében a szívfunkció fogalom van használva, mely definíció alatt az orvostudomány a szívtevékenység különböző szempontjait éri, mint például a szív pumpafunkciója, a szív koszorúereinek állapota, szívbillentyűk működése. A készülék elektrokardiográfiai jelekkel írja le a már említett tevékenységek mért értékeit. A Vicardio egy-egy mérés során a páciensből nyert adatokat hasonlítja össze az „ideális szív” értékeivel. Az összehasonlítás alapjául szolgáló értékeket több tanulmány, összehasonlító mérést követően fejlesztették ki. A Vicardio 3,6 illetve 12 elvezetéssel képes ECP felvételt készíteni. A három elvezetéses az Einthoven-féle, a hat elvezetéses az Einthoven és Golberger, a 12 elvezetéses az előző kettőt és pluszban a Willson-féle mellkasi elvezetéseket is tartalmazza. Az Einthoven-féle elvezetések bipolárisak, azaz két elektróda közötti potenciálkülönbséget mérik. A Goldenberger elvezetések a bipoláris elvezetésekkel együtt adják meg a hexaaxiális rendszert. A Wilson-féle elvezetések, más néven mellkasiak, kivétel nélkül unipolárisak. Az elektródák (V1-V6-ig) transzverzális síkon helyezkednek el. Elég közel vannak szívhez, lévén, hogy mellkason a bordák magasságában helyezkednek el. V1-es elektróda a IV. bordaköz, sternum jobb szélére kell helyezni, V2-t ugyancsak IV. bordaköz, de a sternum bal szélére kell tenni. V3 elvezetés a V2 és V4 között foglal helyet. V4 az V. bordaköz és a kulcscsont függőleges felezővonal találkozásánál. V5 az V. bordaköz elülső hónaljvonalába, V6-ot, pedig az V. bordaköz középső hónaljvonalához kell helyezni.^{195 196}

¹⁹⁵ VICARDIO (2011): Használati utasítás Online: <http://snakeye.tarhely.biz/wp-content/uploads/2011/11/vicardio.pdf> (2015.11.28.)

A Vicardiohoz hasonlóak az alábbiakban ismertetett eszközök is. A Cardioscan CS-3 egy rendkívül praktikus hordozható kis doboz, mely a klasszikus szolgáltatást képes nyújtani – EKG-t készít -, csak sokkal kényelmesebb és gyorsabb. A készülék 120 másodperc alatt képes egy teljes átfogó ellenőrzésre, ami egy EKG-t és a szív háromdimenziós portréját tartalmazza, meghatározza az egyes stressz indexeket, és jelzi a Fit-szintet, továbbá képzési ajánlásokat ad a biztonságos és optimális edzésre. A készülék további előnye, hogy csak négy elektródát szükséges rögzíteni, ezáltal sokkalta kényelmesebb a használata. Az adatok, melyeket a készülék mutat teljes mértékben felhasználóbaráttra lettek tervezve, hiszen a cél a megelőzés. A prevenció, pedig többek között akkor sikeres, ha érthetőek az adatok a felhasználók számára. A szív háromdimenziós portréjának kielemezése igen egyszerű. A normál tartományt a kék és zöld árnyalatok, a vörös és sárga színek, pedig az eltéréseket jelzik.¹⁹⁷

1.5.11. A foglalkozás - egészségügy feladatai a megelőzésben és kezelésben

A foglalkozás-egészségügyi szolgálat elsődlegesen primer prevencióval foglalkozik. A szolgálat eredményessége ellenőrizhető a kockázatbecsléssel, környezeti monitorozással, munkakörülmények megfigyelésével. A szekunder prevenció körébe a különböző orvosi vizsgálatok tartoznak, melyek révén a legkülönbébb foglalkozási betegségek ismerhetők fel korán, és kezdhető meg a kezelésük. A harmadlagos, vagy más néven terciér prevenció feladatai közé már a gondozás/kezelés, rehabilitáció tartozik. A foglalkozás-egészségügyi szolgálat feladatai közé tartozik a munkakörnyezet felmérése, a munkavállalókat ért fizikai/lelki megterhelés ellenőrzése, a különböző kóroki tényezők feltárása. A begyűjtött információk alapján javaslattevő egészségügyi nem károsító módszerek bevezetésére, a munkavállalók teherbíró szintjéhez való egyeztetése, testi-lelki egészségének ellenőrzése, nyomon követése. Az alapszolgálat feladatai közé tartoznak a munkaköri alkalmassági vizsgálatok, foglalkozás megbetegedések bejelentése, munkakörülmények írásban dokumentálása,

¹⁹⁶KOLLAI M. (2005): Szakértői vélemény a „VICARDIO Health Portait” készülékről Online: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:cOhPbaMx6nQJ:5mp.eu/fajlok/magnetovital/szakertoi_velemenyny_wwww.5mp.eu_.doc+&cd=13&hl=hu&ct=clnk&gl=hu (2015.11.28.)

¹⁹⁷CARDIOSCAN CS-3 Online: <http://www.cardioscan.de/produkte/cardioscan.html?L=999999.9> (2015.11.30.)

egészségkárosító tényezők feljegyzése, védőeszközökkel kapcsolatos tanácsadás a munkavállalók részére. További feladat, mely a munkavállalók munkakörülményeikkel kapcsolatos, egészségüket és biztonságukat érintő információk átadása. A foglalkozás-egészségügyi szakellátás feladatai a székhelye szerinti megyében:

- a munkaköri alkalmasság másodfokon történő elbírálása
- a kézi lőfegyverek, gázfegyverek, riasztófegyverek, lőszer megvásárlásával és tartásával kapcsolatos egészségi alkalmasság másodfokú elbírálása
- az állást kereső személyek, valamint a beiskolázás előtt állók fel/előkészítése az alkalmassági vizsgálatra
- szakellátási feladatok, ha foglalkozási betegség gyanúja merül fel
- szakmai alkalmassági vizsgálat lefolytatása a felsőfokú oktatásban és szakképzésben tanulók számára.

A foglalkozás-egészségügyi alapszolgálat teambe munka-higiénikus, munkapszichológus, ergonómiai-, és munkabiztonsági szakember valamint toxikológus tartozik.

Előzetes munkaköri alkalmassági vizsgálat minden munkavállaló esetében kötelező jellegű. Ezt követik a meghatározott időközönkénti ismétlődő munkaköri alkalmassági vizsgálatok, melyekkel kapcsolatos előírásokat a 33/1998 NM. 3-5. számú mellékletek tartalmazzák. A fokozott pszichés terhelésnek kitett személyek esetében egy év a gyakorisága a munkaköri alkalmassági vizsgálatnak. Azoknál a dolgozóknál, akik balesetveszéllyel járó munkakört végeznek, egy és három év között váltakozik a munkaköri alkalmassági vizsgálat előfordulási gyakorisága – életkortól függően. Abban az esetben, ha az alkalmassági vizsgálatot végző orvos szakmailag indokoltnak tartja a gyakoribb felülvizsgálatot, úgy elrendelheti azt. A kötelezően időszakosan ismétlődő alkalmassági vizsgálatokon kívül létezik a soron kívüli munkaköri alkalmassági vizsgálat, valamint a záró munkaköri orvosi vizsgálat jelentése is, mely utóbbi abban az esetben következik be, ha a munkavállaló egészségi státuszában olyan változás érzékelhető, mely valószínűsíthetően alkalmatlanná teszi őt feladatai ellátására, úgy, hogy ne veszélyeztesse az egészségét. A lentebb felsorolt esetekben is érvényes a soron kívüli munkaköri alkalmassági vizsgálat:

- Ha többszöri alkalommal fordult elő munkahelyi baleset, vagy eszméletvesztés is előfordult
- foglalkozási megbetegedés
- egy hónapot meghaladó keresőképtelenség esetén a munkába való visszatérést megelőzően
- ha a munkavégzés kiesés meghaladja a fél évet

Bizonyos munkakörök megszüntét követően elengedhetetlen a záró munkaköri orvosi vizsgálat, melynek célja, hogy felmérje a beteg általános állapotát. Fennáll bármilyen foglalkozási betegség? A munkaköri alkalmassági vizsgálatoknál bizonyos esetekben szükségessé válik a kockázatbecsléstől függően kiegészítő vizsgálat elvégzése – jogszabályi előírások tartalmazzák – melynek költsége a munkáltatót terheli.

Mit nevezünk kockázat becslésnek? A munkavégzés megkezdése előtt történik, három évente pedig kontroll következik – szükséges esetén hamarabb. Kockázatbecslésbe tartozik a veszély azonosítás, veszély jellemzés, expozíció becsléskockázat mennyiségi és minőségi jellemzése.

Külön jogszabály rendelkezik az emberi rákkeltő anyagok, a különböző sugárzással dolgozók, az idült foglalkozási megbetegedéssel foglalkozók esetén.¹⁹⁸

1.5.12. Stressz menedzsment

2008. január 1-től törvényi szinten vált szabályozottá a pszichoszociális tényezők munkáltató általi kezelése, ez annyit jelent a gyakorlatban, hogy fel kell mérni a munkavállalót, hogy van-e probléma, ha igen, akkor azt mit érint, történt-e bármilyen intézkedés.

Megfelelő módszerek alkalmazásával tökéletesen fel lehet mérni a munkahelyi stresszhez vezető faktorokat, javaslatot tenni intézkedések formájában. A prevenció

¹⁹⁸ TAMÁS E. (2015): „A foglalkozás-egészségügyi szolgálat feladatai és kapcsolata a munkáltatóval” Pécs-Baranyai Kereskedelmi és Iparkamara. Online: <http://www.pbkik.hu/hu/letoltes/17909/dd80f>. (2015.11.30.)

szakaszában pedig különböző egészségfejlesztő tevékenységeket szerveznek, mint például a különböző szűrővizsgálatok.¹⁹⁹

1.5.13. Katonai pszichológia feladata

A Magyar Honvédségnél lévő pszichológiai tevékenységek három nagy területet fognak össze, ezek a következők: alkalmassági vizsgálatok - szűrő vagy cél vizsgálatok -, mentálhigiénés egészségpszichológiai tevékenység, oktatási – kutatási feladatok felsőoktatási intézményekben. Az alkalmassági vizsgálatokról bővebben lesz még szó, ezért most nem fejteném ki, hanem a mentálhigiénés egészségpszichológiai tevékenységet. Hazánkban a HM HVK Személyügyi Csoportfőnökség Humánszolgálati osztálya irányításával történik, és úgynevezett csapatpszichológusok végzik. Feladatuk igen sokrétű:

- különböző alakulatoknál végeznek munkát
- nemzetközi kontingensben teljesítenek szolgálatot
- összhaderőnemi feladatokat végeznek

Az alakulatoknál végzendő feladatok közé tartoznak többek között a beillesztés, beilleszkedés segítése, melyet kiscsoportos tevékenységek, önismereti tréningek által segítenek elő. A kialakult konfliktusok kezelésében – akár munkahelyi, akár családi, akár az élet egyéb területén jelentkező - is segítséget nyújtanak életvezetési tanácsadások révén. Vezetői tanácsadás keretein belül, pedig a team javaslatot tesz bizonyos parancsnoki döntéseknél, részt vesznek a döntés előkészítés folyamatában. Azok, akik már nem tartoznak a honvédség állományába – azaz kiléptek – számukra nyújtanak segítséget a visszailleszkedésben. Az összhaderőnemi feladatok közé két fő profil tartozik: a drog prevenciós program és a telefonos tanácsadó szolgálat a MH személyi állományára részére (mely névtelen és ingyenes számukra). A drog prevenciós program keretein belül megismertetik a hadköteles fiatalokkal a szenvedélybetegségek kialakulásának mechanizmusát, kiemelve a kábítószeresedést közülük. A különböző drog típusokat és azok jellemzőit részletezik az érdeklődőkkel. Ezen túlmenően jogi információkat kapnak a kábítószer használat/birtoklás/terjesztéssel kapcsolato-

¹⁹⁹ IMS (2015): Foglalkozás-egészségügy, Foglalkozás-egészségügyi központ és országos hálózat
Online: <https://www.ims.hu/foglalkozas-egeszsegugy> (2015.11.20)

san. A legfontosabb viszont a különböző legális drogok bemutatása, a veszélyeikkel együtt. A már említett telefonos tanácsadó szolgálat célja, hogy lelki vagy egyéb magánéleti problémák esetén tudjanak kihez fordulni azok, akik úgy érzik, szükségük van segítségre.²⁰⁰

1.6. Jogi áttekintés

1.6.1. Alkalmassági vizsgálat

A 7/2006 (III.21.) HM rendelet foglalja magába a szerződéses és hivatásos katonák egészségi, pszichikai és fizikai alkalmasság elbírálásának szabályait.

A pszichológiai vizsgálat maximum három részből állhat. Elsőként egy csoportos tesztkitöltés (AV) szokott lenni, amire a kitöltő személyeknek két óra áll a rendelkezésére. Ezt követheti egy műszeres vizsgálat, aminek időtartama kb. 10 perc, illetve egy pszichológussal való közvetlen beszélgetés 20-30 percben. A csoportos tesztkitöltésnél több teszttel találhatjuk magunkat szemben, mint például intelligencia-teszt, személyiség teszt stb. Elsődlegesen azokat a képességeket akarják a tesztek révén felmérni, mint a logika, emlékezet, figyelem. A személyiségtesztek jellemzően több különböző személyiségjellemzőt vizsgálnak, ebből következik, hogy igen hosszúak. A lényeg mindegyik típusú tesztnél, hogy ne gondolkozzon a kitöltő sokat a megoldáson, sokkal inkább azt helyezze előtérbe, hogy rá mi a jellemző.

A műszeres vizsgálat során szintén a különböző képességek felmérése a cél (figyelem, szem-kéz koordináció). A pszichológussal való beszélgetés eltér az előző kettő egységtől, mert az egyén családi körülményeire, szakmai és egyéni élet újtára, jövőbeli terveire kíváncsi.²⁰¹

A pszichikai alkalmassági vizsgálat során az alábbi teszteket szokták alkalmazni:

- Papír-ceruza tesztek:

²⁰⁰ BOLGÁR J. – ANDÓ S.(2003): 3.6. A Magyar Honvédségnél folyó munka és szervezetpszichológiai tevékenység. In: A munka – és szervezetpszichológia szakmai protokollja (szerk. ANTALOVITS M. – DIENES E. – KOVÁCS Z. – PERCZEL T.)Budapest: „Emberhez Méltó Munkáért” Alapítvány Online: http://www.pszichoerdek.hu/protokollok/munkap/15_2.pdf (2015.11.30.)

²⁰¹HONVÉD KÓRHÁZ (2015): Pszichológiai alkalmassági vizsgálat Online: http://www.honvedkorhaz.hu/container/files/attachments/433/minden_amit_a_pszichologiai_alkalmassag-vizsgalatrol_tudni_erdemes.pdf. (2015.11.20.)

- Eysenck intelligencia teszt: A gondolkodás és ismeretanyag szintet vizsgálja az egyénben. Nem a szorosan vett műveltség mérésére alkalmas, hanem a problémamegoldó képesség felmérését vizsgálja. A vizsgálatnak több aspektusa is van (problémamegoldás, új ismeretek feldolgozása, ismeretek priorizálása, gyors alkalmazkodás)
 - MTVT - műszaki értelmesség teszt: Olyan feladatok vannak benne, melyek a logikai képességet vizsgálják. A cél, felmérni a térképelemzés, technikai érzékelés, műszaki értelmesség aspektusait.
 - Pieron – teszt: Ez a teszt az, amelyik csoportosan is elvégezhető. Elsősorban a mentális képességek felmérésére irányul, mint például a koncentráció, szelektív figyelem.
- Személyiség vizsgálatára alkalmas tesztek
- Brengelmann- féle kérdőív: Három dimenziót vizsgál 50 kérdésen keresztül. A dimenziókat az extra- illetve introverzió síkján helyezi el.
 - Freiburgi – kérdőív (FPI): Többdimenziós személyiségvizsgáló kérdőív. Klinikai diagnosztikában is egyaránt felhasználható, de elsődlegesen normál – azaz nem klinikai – használatra készült. 15 év felett bárkin elvégezhető, mely alapján elsődleges – mint példáulul idegesség, agresszivitás, depresszió, szigorúság, önkritikusság, önbizalom -, illetve másodlagos faktorokon - extra-, introverzió, érzelmi labilitás – stabilitás, férfiasság – nőiesség - keresztül vizsgálja az egyént.²⁰²

A fizikai alkalmasság- vizsgálati és állapot felmérési követelmények differenciálásának szempontjai:

- Nem

²⁰² NAGYNÉ BEREZCKI SZ. (2008): A szakma specifikus pszichológiai alkalmasság vizsgálat helye és szerepe Magyar Honvédségben, a haderőreform tükrében, Alkalmasság – és beválás vizsgálat a tűzszerészképzésben. Doktori értekezés. Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem, Hadtudományi Doktori Iskola, Budapest. pp.29-31.

- Férfi
 - Nő
- Korcsoport
 - 25 évig
 - 25-30 év
 - 31-35 év
 - 36-40 év
 - 41-45 év
 - 46-50 év
 - 51-év
- Munkaköri beosztás
 - Ülőmunka (T1)
 - Könnyű fizikai munka (T2)
 - Közepes fizikai munka (T3)
 - Nehéz fizikai munka (T4)
- Edzettségi állapot
 - Alapszintű
 - Közepes szintű
 - Emelt szintű
 - Fokozott szintű²⁰³

A fizikai alkalmasság vizsgálat közé tartoznak:

²⁰³ 7/2006 (III.21.) HM rendelet: A hivatásos és szerződéses katonai szolgálatra, valamint a katonai oktatási intézményi tanulmányokra való egészségi, pszichikai és fizikai alkalmasság elbírálásáról, továbbá az egészségügyi szabadság, a szolgálatmentesség és a csökkentett napi szolgálati idő engedélyezésének szabályairól Online: http://www.honvedelem.hu/files/9/8110/7_2006_alkalmassagi_vizsg_hm_r.pdf (2015.12.01)

- 3200 méter síkfutás, 6000 méter gyorsított menet (szív- és keringési, pulmonális rendszer állapot felmérésére szolgált – állóképességet vizsgálja)
- karhajlítás - nyújtás mellő fekvőtámaszban (T1 - T2-ben nőknél engedélyezett a térdelő támaszos verzió is), karhajlítás – nyújtás függőben (T1 - T2-ben nőknél társat is be lehet vonni), módosított felülés, has prés/lapockaemelés (T1-T2-ben választható csak)

A fizikai alkalmasság- vizsgálat követelmény rendszere:

- 3200 méter síkfutásnál minimum 64 pont
- fekvőtámasz gyakorlat csoportból minimum 30 pont
- felülés gyakorlat csoportból minimum 30 pont²⁰⁴

1.6.2. Munkavédelem

A munkavédelemmel kapcsolatos, jelenleg hatályban lévő rendeletek:

- 373/2011 (XII.31.) Kormányrendelet
- 1/2009 HM rendelet
- 126/2011 (XI.25.) HM utasítás
- 13/2011 HM rendelet

A munkavédelemmel kapcsolatosan Magyarország alaptörvényének XVII., XVIII., XX. cikke is magában foglalja az irányelveket, miszerint „Minden munkavállalónak joga van az egészségét, biztonságát és méltóságát tiszteletben tartó munkafeltételekhez”. „Magyarország külön intézkedésekkel biztosítja a fiatalok és a szülők munkahelyi védelmét.” valamint „(1) Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez. (2) Az (1) bekezdés szerinti jog érvényesülését Magyarország genetikailag módosított élőlényektől mentes mezőgazdasággal, az egészséges élelmiszerekhez és az ivóvízhez való hozzáférés biztosításával, a munkavédelem és az egészségügyi

²⁰⁴ JUHÁSZ ZS. (2010): A fizikai alkalmasság- vizsgálati és állapotfelmérési rendszer aktuális változásai és tapasztalatai Online: http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/publikacio/juhasz_zsolt09.pdf (2015.11.30.)

ellátás megszervezésével, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatásával, valamint a környezet védelmének biztosításával segíti elő.”²⁰⁵

A munkavédelemi törvény hatálya kiterjed a honvédelemért felelős miniszter alá rendelt honvédségi szervezetre, a honvédelemért felelős miniszter által vezetett minisztérium vagyonkezelésében lévő területen honvédelmi érdeket is szolgáló telepített munkahelyekre, illetve ideiglenes építési munkahelyekre, a Katonai Nemzetbiztonsági Szolgálatra, valamint azon gazdasági társaságokra, amelyeknél a tulajdonosi jog gyakorlója a honvédelemért felelős miniszter, szolgálati viszonyban, közszolgálati jogviszonyban, közalkalmazotti jogviszonyban vagy munkavégzésre irányuló jogviszonyban kifejtett munkatevékenységekre. Azonban a munkavédelemi törvény figyelembevételével, kivételesen indokolt esetben a honvédségnél ettől eltérő speciális követelményeket, eljárási szabályokat alakíthatnak ki az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzésre vonatkozóan. A 9. §-ban foglaltak a magyarországi - ideértve a vámszabadterületen történő - munkavégzésre vonatkoznak, kivéve, ha törvény nemzetközi szerződés, ez utóbbi hiányában a nemzetközi magánjog szabálya másként rendel.

²⁰⁶

A munkáltatók és a munkavállalók köteleességei és jogai az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés követelményeinek megvalósításában: „ 54§ (2)

A munkáltatónak rendelkeznie kell kockázatértékeléssel, amelyben köteles minőségileg, illetve szükség esetén mennyiségileg értékelni a munkavállalók egészségét és biztonságát veszélyeztető kockázatokat, különös tekintettel az alkalmazott munkaeszközökre, veszélyes anyagokra és keverékekre, a munkavállalókat érő terhelésekre, valamint a munkahelyek kialakítására. A kockázatértékelés során a munkáltató azonosítja a várható veszélyeket (veszélyforrásokat, veszélyhelyzeteket), valamint a veszélyeztetettek körét, felbecsüli a veszély jellege (baleset, egészségkárosodás) szerint a veszélyeztetettség mértékét. A kockázatértékelés során az egészségvédelmi határértékkel szabályozott kóroki tényező előfordulása esetén munkahigiénés vizsgálatokkal kell gondoskodni az expozíció mértékének meghatározásáról.”²⁰⁹

Mikor kell elvégezni ezt a kockázat értékelést?

„ 54 (3) A munkáltató a kockázatértékelést, a kockázatkezelést és a megelőző intézkedések meghatározását - eltérő jogszabályi rendelkezés hiányában - a tevé-

²⁰⁵MAGYARORSZÁG ALAPTÖRVÉNYE 2011. 04.25. Online: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100425.ATV (2015.11.30)

²⁰⁶1993.évi XCIII. törvény – A munkavédelemről Online: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99300093.TV (2015.11.30.)

kenység megkezdése előtt, azt követően indokolt esetben, de legalább 3 évente köteles elvégezni. Az 56. §-ban meghatározottak a kockázatértékelésben rögzítésre kerülhetnek. Indokolt esetnek kell tekinteni az alkalmazott tevékenység, technológia, munkaeszköz, munkavégzés módjának megváltozását, minden olyan, az eredeti tevékenységgel összefüggő változtatást, amelynek eredményeképpen a munkavállalók egészségét, biztonságát meghatározó munkakörülményi tényezők megváltozhattak - ideértve a munkaklíma-, zaj-, rezgésterhelést, légállapotokat (gázállapotú, por, rost légszennyezők minőségi, illetve mennyiségi változást), az alkalmazott tevékenység, technológia, munkaeszköz, munkavégzés módjának hiányosságával összefüggésben bekövetkezett munkabaleset, fokozott expozíció, illetve foglalkozási megbetegedés előfordulását, továbbá, ha a kockázatértékelés a külön jogszabályban meghatározott szempontra nem terjedt ki. A munkavédelmi hatósági ellenőrzés során a munkáltatónak kell bizonyítania a tevékenység megkezdésének tényét, időpontját.”²⁰⁹

A munkafolyamatra, technológiára és anyagra vonatkozó követelmények „40§ (2) Olyan munkahelyen, ahol különböző munkáltatók alkalmazásában álló munkavállalókat egyidejűleg foglalkoztatnak, a munkavégzést úgy kell összehangolni, hogy az ott dolgozókra és a munkavégzés hatókörében tartózkodókra az veszélyt ne jelentsen. Az összehangolás keretében különösen az egészséget és biztonságot érintő kockázatokról és a megelőzési intézkedésekről az érintett munkavállalókat és munkavédelmi képviselőiket, illetőleg a munkavégzés hatókörében tartózkodókat tájékoztatni kell. Az összehangolás megvalósításáért a Polgári Törvénykönyv szerinti fővállalkozó, ennek hiányában bármely más olyan személy vagy szervezet, aki, illetve amely a tényleges irányítást gyakorolja, vagy a munkahelyért a fő felelősséget viseli, ha ilyen nincs, akkor az a felelős, akinek az érdekében a munkavégzés folyik.”²⁰⁹

A bírság mértékét, és annak kiszabásával kapcsolatos előírásokat a Mvt. 82§ (1) bekezdése tartalmazza. A munkavédelmi bírság mértékére és kiszabására vonatkozó részletes szabályokat a 273/2011 (XII.20.) Kormányrendelet határozza meg. A hatóság honvédelmi balesetekkel kapcsolatos feladatai során két külön eljárás indul. Az első a Mvt. 81.§ és a 13/2011. HM rendelet 16§ alapján. Ez hivatalból indul, úgynevezett klasszikus munkabiztonsági hatósági eljárásnak számít. A munkavédelmi hiányosságok feltárására, azok kiküszöbölésére irányul. Ez mellett párhuzamosan

indul el a Hjt. és a 13/2011 Hm rendelet 20§ alapján a társadalombiztosítási eljárás, melynek célja a szolgálati kötelekkel való összefüggőség megállapítása.²⁰⁷

1.6.3. Ösztöndíjas rendszer, jogi szabályozásai

Markusovszky Lajos ösztöndíj program: Célja, támogatásnyújtás az általános orvosi diplomával rendelkezők számára, akik megkezdték a szakorvosi jelölti programot. A 1248/2011 (VII.18.) Kormány határozat foglalja magába az ösztöndíj program jogi hátterét. 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.²⁰⁸

Than Károly ösztöndíj: Szakgyógyszerész jelöltek számára kiírt pályázat. A 1248/2011 (VII.18.) Kormányhatározat foglalja magába az ösztöndíj program jogi hátterét. A pályázat feltételei közé tartozik, hogy hazai felsőoktatási intézmény által kiadott vagy honosított, vagy külön jogszabály szerint elismert gyógyszerészeti oklevéllel rendelkezik és első szakképzését még nem kezdte el, vagy a 22/2012. (IX.14.) EMMI rendeletben meghatározott szakokon csak 2012. szeptember 15 után kezdte meg, vagy a szakorvos, szak fogorvos, szakgyógyszerész és klinikai szakpszichológus szakképesítés megszerzéséről szóló 66/1999. (XII. 25.) EüM rendeletben meghatározott szakon szakképzését 2012. szeptember 15. napját megelőzően kezdte meg és abból még legalább 1 év van hátra.²⁰⁹

Méhes Károly ösztöndíj: Az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal hirdeti 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 kü-

²⁰⁷HAJDÓK M. (2012): Változások a honvédelmi ágazatot érintő munkavédelmi szabályok területén Online: <http://hm.hatosagihivatal.kormany.hu/download/d/dc/40000/Hajdok%20Marcell%20-%20V%C3%A1ltoz%C3%A1sok%20a%20honv%C3%A9delmi%20%C3%A1gazatot%20%C3%A9rint%C3%B3%20munkav%C3%A9delmi%20szab%C3%A1lyok%20ter%C3%BCl%C3%A9t%C3%A9n.pdf> (2015.11.30)

²⁰⁸PÁLYÁZATFIGYELŐ (2014): Szakorvosjelöltek Markusovszky Lajos ösztöndíja Online: <http://www.pafi.hu/pafi/palyazat.nsf/ervdocidweburlap/E8369BE8CE78FFF2C1257C35004996BD> (2015.11.30)

²⁰⁹EGÉSZSÉGÜGYI ENGEDÉLYEZÉSI ÉS KÖZIGAZGATÁSI HIVATAL (2012): „Szakgyógyszerész-jelöltek Than Károly ösztöndíja” Online: http://szti.ptt.hu/files/tiny_mce/File/Markusovszky_ostondij/Than_Karoly_ostondij.pdf (2015.11.30.)

lön 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.²¹⁰

Gábor Aurél ösztöndíj: Az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal hirdeti meg az ösztöndíj pályázatát általános orvosi oklevéllel rendelkező szakorvos jelöltek számára. A pályázat célja az oxológia 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.²¹¹

Honvédségi ösztöndíj: Az ösztöndíjra pályázatot nyújthatnak be a polgári felsőoktatási intézmények hallgatói, akiknek érvényes hallgatói jogviszonnyal rendelkeznek. Mérnök szakterületen építőmérnök bsc vagy msc hallgatól, egészségügyi területen általános orvosi karon tanulók, szakképzésben résztvevők esetében a közlekedésgépész hallgatók pályázhatnak. A pályázás feltételei közé tartozik: magyar állampolgárság, büntetlen előélet, 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.²¹²

1.6.4. Testnevelési felmérés és ennek szigorú kritériumai

²¹⁰PÁLYÁZATMENEDZSER (2015): Méhes Károly Ösztöndíj 2015 – Pályázat csecsemő- és gyermekgyógyásza szakorvosjelölteknek Online: <http://palyazatmenedzser.hu/2015/01/29/mehes-karoly-osztondij-2015-palyazat-csecsemo-es-gyermekgyogyasza-szakorvosjelolteknek/> (2015.11.30.)

²¹¹PÁLYÁZATFIGYELŐ (2014): Oxológia és Sürgősségi Orvostan Szakorvosjelöltek Gábor Aurél ösztöndíja Online: <http://www.pafi.hu/pafi/palyazat.nsf/ervdocidweburlap/18D6D2E38C0FCD22C1257C35004B82E1> (2015.11.29.)

²¹²HONVÉDSÉGI ÖSZTÖNDÍJ (2015): Pályázati felhívás Online: <http://www.epito.bme.hu/sites/default/files/page/Palyazati%20felhivas.pdf> (2015.11.28.)

Az alkalmassági vizsgálatok célja a katonai oktatási intézményben történő képzés, illetve tanulmányok folytatására való alkalmasság elbírálása a felvétel előtt, valamint a képzés során.

A pszichikai alkalmasság megállapításához meghatározott mentális és egyéb tesztek, műszeres pszicho-fiziológiai vizsgálatok és célzott beszélgetés történik. Abban az esetben, ha katonai középfokú oktatási intézménybe jelentkezik a hallgató, úgy a felmérés az alábbi aspektusokra terjed ki:

- értelmi képesség fejlettségi szint
- általános és műszaki intelligencia
- tanulási képesség és szellemi terhelhetőség
- kognitív összetevők kvalitása
- érzelmi és az akaratilag élet jellemzői
- motivációs háttér
- közösséghez való affinitás
- családi háttér jellemzők

Ha a leendő hallgató katonai felsőfokú oktatási intézménybe jelentkezik, vagy honvédségi ösztöndíjra, úgy a vizsgálat a már említett aspektusok melletti újabakra terjed ki, mint például:

- gondolkodás struktúra, rugalmasság, kreativitás
- beszéd- és kifejezőképesség
- kontrollfunkciók
- pszicho-motoros tempó, mozgáskoordináció
- önismeret, énkép fejlettség
- katonai pálya iránti motiváció
- szervezési, döntési, vezetői képesség

A pszichológus a teszteket és a személyes beszélgetést követően a PAV lapon készít feljegyzést, mely magába foglalja a vizsgált személy megadott szempontok szerinti jellemzőit, a szakember véleményét a vizsgált személy pszichikai alkalmasságáról.

A fizikai alkalmasság elbírálása a fizikai erőnlét és a fizikai állóképesség vizsgálatával történik. Azok, akik katonai felsőoktatási intézménybe jelentkeznek, T3 szintnek kell megfelelniük fizikai alkalmasság tekintetében, a katonai középfokú oktatási intézménybe jelentkezőknek a T4 szintet kell elérniük. A katonai oktatási intézményben tanulmányokat folytató hallgatók fizikai állapotfelmérését évente a T4 szintnek megfelelően az oktatási intézmény végzi. A honvédségi ösztöndíjas hallgatóknak, akik nem katonai oktatási intézményben tanulnak, mind az ösztöndíjszerződés megkötése előtt, mind a hivatásos vagy szerződéses állományba vétel előtt alkalmassági vizsgálaton kell megfelenie.²¹³

1.6.5. A foglalkozás-egészségügyi és katona egészségügyi alkalmassági vizsgálatok jogszabályai

A foglalkozásügy tevékenységét az alábbi törvények, rendeletek határozzák meg:

- 10/2015 (VII. 30) HM rendelet
- Munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény
- 18/2007.(V.10.) SZMM rendelet
- 89/1995. (VII.14) Korm. rendelet
- foglalkozás- egészségügyi szolgáltatásról szóló 27/1995. (VII. 25.) NM rendelet
- munkaköri, szakmai, személyi higiénés alkalmasság vizsgálatról és véleményezésről szóló 33/1998.(VI. 24.) NM rendelet

²¹³ 7/2006 (III.21.) HM rendelet: A hivatásos és szerződéses katonai szolgálatra, valamint a katonai oktatási intézményi tanulmányokra való egészségi, pszichikai és fizikai alkalmasság elbírálásáról, továbbá az egészségügyi szabadság, a szolgálatmentesség és a csökkentett napi szolgálati idő engedélyezésének szabályairól Online:
http://www.honvedelem.hu/files/9/8110/7_2006_alkalmassagi_vizsg_hm_r.pdf (2015.12.01)

- a biológiai tényezők hatásának kitett munkavállalók egészségének védelméről szóló 61/1999.(XII.1.) EüM rendelet
- kiegészítő jogszabályok
- munkáltatóknál mindenkor érvényben lévő Munkavédelmi Szabályzat

214

1.6.6. Migráció jogi szabályozása

A legálisan hazánkban tartózkodó harmadik állambeli polgárok különböző státuszokat kaphatnak, mely által különböző jogokkal és kötelezettségekkel rendelkezhetnek (pl.: hontalan, befogadott, menekült, oltalmazott)

Harmadik országbeli állampolgárok Magyarországra történő beutazását és itt tartózkodásukat a 2007.évi II. törvény szabályozza. A törvény értelmében a három hónapot meg nem haladó tartózkodás céljából történő beutazáshoz és tartózkodáshoz vízum szükség. El kell különíteni a három hónapot meg nem haladó illetve a három hónapot meghaladó tartózkodásra alkalmas vízumot egymástól. Abban az esetben, ha a tartózkodási vagy nemzeti vízummal itt lévő harmadik országbeli állampolgár vízumában tartózkodási idő lejártát követően tartózkodási engedéllyel jogosult az ország területén maradni. A tartózkodási engedély három hónap és két év közötti időre jogosítja fel az egyént az ország területén tartózkodni. Tartózkodási engedély kiadható tanulmányi, gyógykezelés, családegyesítés, kutatás, diplomáciai célokból.

A 2007.évi LXXX. törvény és a 301/2007.évi kormányrendelet rendelkezik a menedékjogról. A migráns személyek érdekévé válhat az adott ország állampolgárságának megszerzése, melyről az 1993.évi LV. törvény rendelkezik. Az ő esetükben honosítással szerezhető meg, bizonyos feltételek mellett (pl.: nyolc éve folyamatosan az ország területén kell élnie, büntetlen előélet, büntetőeljárás nincsen folyamatban stb..).

Az illegális migráció (pl.: emberkereskedelem, embercsempészet) visszaszorítását célzó intézkedések:

²¹⁴INTERNATIONAL MEDICAL SERVICES - IMS (2015): Foglalkozás-egészségügy, Foglalkozás-egészségügyi központ és országos hálózat Online: <https://www.ims.hu/foglalkozas-egeszsegugy> (2015.11.20.)

- határforgalom – egyezmények (2007. évi VII. törvény a Magyar Köztársaság Kormánya, Románia Kormánya és Szerbia és Montenegró Minisztertanácsa között a Magyar Köztársaság, Románia és Szerbia és Montenegró államhatárainak találkozási pontjáról).
- 2006. évi CIII. törvény az Egyesült Nemzetek keretében, Palermóban, 2000. december 14-én létrejött, a nemzetközi szervezett bűnözés elleni egyezmény
- Melléklet az 1018/2008. (III. 26.) Kormányhatározathoz. Nemzeti stratégia az emberkereskedelem ellen 2008- 2012 között
- Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata (1948)
- ENSZ Egyezmény az emberkereskedés és mások prostitúciója kihasználásának elnyomása ellen (1949)
- ENSZ Egyezmény a nőkkel szembeni diszkrimináció valamennyi formájának felszámolásáról (1979)
- ENSZ Egyezmény a Gyermek Jogairól (1989)
- 2005. évi LXXX. törvény a gyermekeknek a nemzetközi örökbefogadások terén való védelméről
- 2001. évi XXVII. törvény a gyermekmunka legrosszabb formáinak betiltásáról és felszámolására irányuló azonnali lépésekről
- ENSZ Nemzetközi Szervezett Bűnözés Elleni Egyezménye, valamint a kihirdetéséről szóló 2006. évi CI. törvény
- az 1993. évi XXXI. törvény, az emberi jogok és az alapvető szabadságok védelméről
- Európa Tanács egyezménye az emberkereskedelem ellen (2005. május 3.)
- Prümi - egyezmény²¹⁵

²¹⁵ BERTA K. – MOLNÁR T. – TÖTTÖS Á. (2012): A migráció nemzetközi és európai uniós jogi szabályozása: a laza univerzális keretektől az átfogó, egységes EU- szakpolitikáig. In: Migráció és Társadalom 1(2) Online: <http://rendeszet.hu/folyoirat/2012/2/migráció-nemzetközi-és-európai-uniós-jogi-szabályozása-laza-univerzális-keretektől-az> (2015.11.28.)

1.6.7. Orvosképzés és szakvizsga megszerzésének jogszabályai

Az orvosképzés során az alapismeretek és a képzés ideje alatt teljesítendő gyakorlati elemek listáját, azaz az általános orvosképzés tananyagát jogi szabályozás írja elő. Az alap és mesterképzési szakok képzési és kimeneteli követelményeit tartalmazza a 15/2006. (IV.3.) OM rendelet.²¹⁶ Az szakvizsga megszerzésének jogi szabályozását, pedig a 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet tartalmazza.²¹⁷

1.7. Toborzás

17.1. Toborzás általános rendszere

Magyarországon minden megyében működnek toborzó irodák, melyeknek a pontos címét a www.hadkiegeszites.hu internetes oldalon keresztül lehet megtalálni, itt van leírva többek között az irodák nyitvatartási ideje is. Ha valaki elhatározza, hogy szerződéses katona szeretne lenni, akkor a lakcíme szerinti illetékes toborzó irodát kell felkeresnie, az ott dolgozó toborzó szakemberek nyújtanak segítséget és adnak részletes tájékoztatást. Vannak bizonyos feltételek, melyeknek meg kell felelnie, különben nem lehet jelentkezni sem.

Ezek a következők:

- magyar állampolgárság
- önkéntes jelentkezés
- betöltött 18. életév
- büntetlen előélet és cselekvőképesség
- állandó belföldi lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel való rendelkezés

²¹⁶ 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet: az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről Online: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0600015.OM (2015.11.28.)

²¹⁷ 34/2015. (VI. 30.) EMMI rendelet: Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakmai képzés részletes szabályairól szóló 16/2010. (IV. 15.) EüM rendelet, valamint az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről szóló 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet módosításáról Online: 34/2015. (VI. 30.) EMMI rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakmai képzés részletes szabályairól szóló 16/2010. (IV. 15.) EüM rendelet, valamint az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről szóló 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet módosításáról (2015.11.30.)

- 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
- elfogadja az egyes alkotmányos jogainak a vonatkozó törvény szerinti korlátozását.²¹⁸

A Magyar Honvédség Tájékoztató Füzeteket is kiad, melyek részletes információkat tartalmaznak szerződéses katonai szolgálattal kapcsolatosan – regisztráció, jelentkezés, alkalmassági vizsgálat, bevonulás, szerződéskötés stb. -.²¹⁹

1.7.2. Tartalékos rendszer

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.

Az önkéntes tartalékosok között meg kell különböztetni önkéntes műveleti tartalékost és önkéntes védelmi tartalékos katonákat.

Az önkéntes műveleti tartalékos beosztások a Haza fegyveres védelme feltételeinek biztosítása érdekében kiemelt jelentőséggel bírnak. Beoszthatóak huzamosabb ideje feltöltetlen beosztásokba, vagy misszióban résztvevők pótlására is, továbbá igénybe vehetők természeti-, ipari katasztrófa helyzetek elhárításánál vagy azok megelőzésénél.

Az önkéntes védelmi tartalékos a katonai szervezetek hadi állománytábláiban rendszeresített ór beosztásokban kerül felvételre és béke idején fegyveres biztonsági ór munkakörben a honvédség által kijelölt objektumainak őrzés-védelmi feladatait látja el.

²¹⁸A HONVÉDSÉG KAPUJA (2013): Regisztráció, jelentkezés Online: http://www.hadkiegeszites.honvedseg.hu/cikk/regisztracio_jelentkezés (2015.11.30.)

²¹⁹MAGYAR HONVÉDSÉG KIADVÁNYA (2008): Hogyan lehetek szerződéses katona? Tájékoztató füzet Online: http://www.honvedelem.hu/container/files/attachments/8663/hogyan_lehetek_szerzodeses_katona.pdf (2015.11.30)

A tartalékos rendszerbe bárki jelentkezhet, aki elkötelezett a honvédség irányába. Jelentkezni katonai igazgatási központokban, toborzó- és érdekvédelmi központokban valamint a katonai igazgatási és érdekvédelmi irodákban lehetséges, ahol a regisztrációs űrlapot kell kitölteni és saját kezűleg történő aláírást követően postai úton elküldeni, vagy személyesen a megyeszékhelyeken található, az MH Hadkiegészítő és Központi Nyilvántartó Parancsnokság alárendeltségében működő katonai igazgatási szerveknél leadni.

A katonai igazgatási szerveknél, az ott lévő a szakemberek részletes tájékoztatást adnak az önkéntes tartalékos szolgálatról, a követelményekről és a felvételi folyamatról, valamint az érdeklődő megkapja a jelentkezéshez szükséges okmányok és igazolások jegyzékét. Jelentkezhet minden nagykorú, magyarországi lakóhellyel rendelkező büntetlen előéletű és cselekvőképes magyar állampolgár, a mindenkori öregségi nyugdíjkorhatár beöltéséig.^{220 221}

1.8. Az orvoshiány humánpolitikai megközelítése

1.8.1 Az orvos-elvándorlásra vonatkozó adatok pontatlanok

A migráció és pályaelhagyás vizsgálatához a külföldön született, külföldi állampolgárságú orvosok statisztikai adatait vagy a külföldi munkavállaláshoz kiadott igazolások számát használják mérőszámnak, azonban mind a kettő csak megközelítő számokat ad.

1.8.2 Orvoshiány okai

Érdemes megvizsgálni az orvoshiány okait, melyhez több tényező vezet. Az egyik ok a **differentiált létszámhiány**. Ehhez egyrészt az előregedés, az utánpótlás hiánya, a pályaelhagyás, a migráció és a hiányszakmák megjelenése vezet. Hiába van elegendő sebész, ha nincs elegendő aneszteziológus vagy ultrahangos kolléga. Ráadásul a létszámhiány fokozza a meglévő állomány leterheltségét is.

²²⁰ HONVÉDSÉG KAPUJA (2013): Kik a tartalékosok? Online: http://www.hadkiegeszites.honvedseg.hu/onkentes_tartalekos_rendszer/tartalekosok_alapfogalmak (2015.11.30.)

²²¹ HONVÉDSÉG KAPUJA (2013): Regisztráció, jelentkezés Online: http://www.hadkiegeszites.honvedseg.hu/onkentes_tartalekos_rendszer/jelentkezes_tartalekosok (2015.11.30.)

További problémát jelent a **relatív alacsony jövedelem**, a nem minden szakmában jelenlévő fél korrupt paraszolvencia rendszere, időskorúak anyagi biztonságának a hiánya. Amíg a hazai viszonyok közt a versenyszférában átlagosan 40%-al, és külföldön 700-1000%-al jobban lehet keresni, addig a pályaelhagyás nem fog megállni.

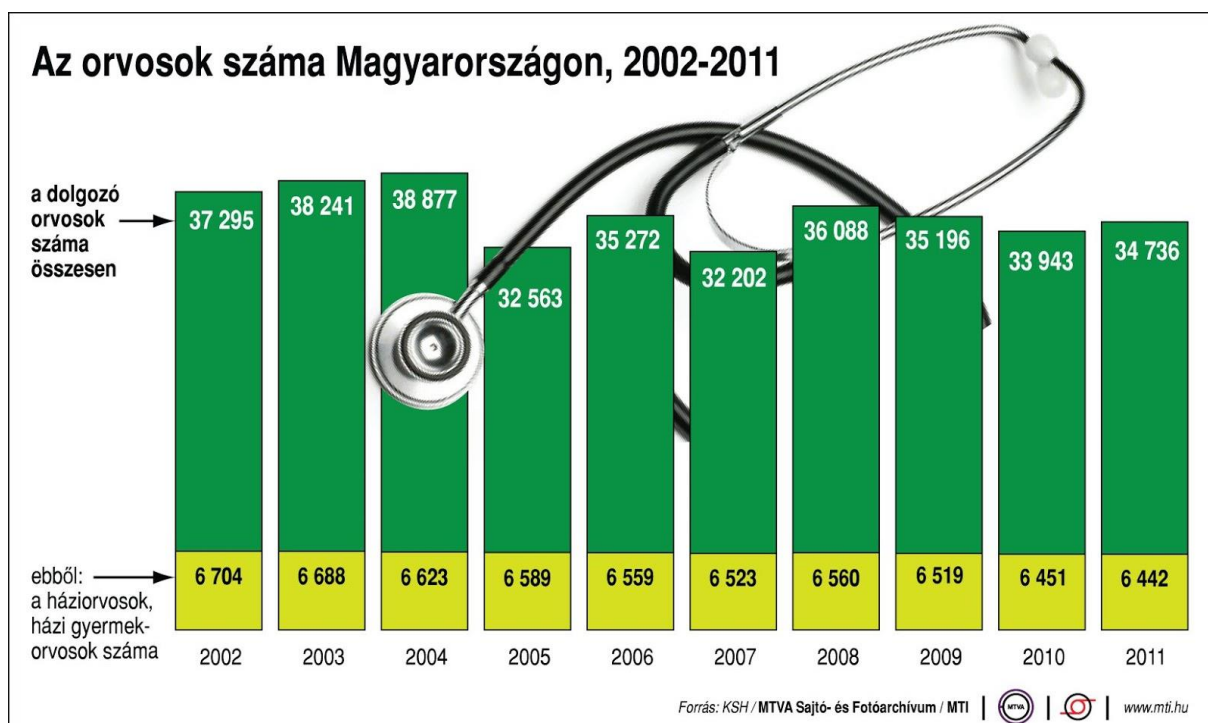
A lobbik és a megosztottság, valamint a megfelelő érdekérvényesítés hiánya miatti **túlzottan tagolt érdekrendszer**, illetve a kiégettség, a gazdasági szemlélet és a szakmai értékek ellentmondása, valamint az egészségügyi dolgozók társadalmi megbecsültségének a relatív csökkenése, és a szakmai elhivatottság gyengülése, továbbá az orvos-beteg viszony megváltozása miatt kialakuló **értékválság** is megjelenik okként.

Bár **az egészségügy valódi közügy**, a politika, a gazdaság-politika, a társadalom és a média eltérő aspektusból közelíti meg, amit a nem megfelelő humánpolitika és a munkaerő-piaci eszközök alkalmazási elégtelensége tovább súlyosbít.

Meg kell említeni a piacgazdasághoz nem illesztett közszféra ellentmondásait, valamint a változásokkal szemben ellenérdekelt, mereven szabályozott, regionálisan differenciált, feudálisan hierarchizált rendszert, melyben ráadásul a teljesítményértékelés is elégtelen.

A megfelelően képzett szakemberek utánpótlását nehezíti az 'evidence-based' a **szükséglet és gyakorlat alapú szakképzési rendszer hiánya**, ami a szakképzési rendszer hiányosságaira, a monitorizálás és utánkövetés elégtelenségére, a 'life-long-learning' továbbképzési rendszer változatlansága, támogatási rendszer elégtelenségére és a nem megfelelő oktatási rendszerre vezethető vissza.

A helyzetet súlyosbítja a **motivációs rendszer elégtelensége**, az orvosi életpálya hiányossága, a munkaterhelés aránytalansága, munkakörülmények elégtelensége, a szociális intézményrendszer elégtelensége, belső mobilitás hiánya.



11 ábra: Szike rebolg: az egészségügyben dolgozó orvosok (2002-2011) ²²⁸

A KSH adatai szerint 2011-ben mintegy 34 000 orvos dolgozott Magyarországon. ²²² A hiány tehát nem akut, hanem krónikus jellegű. Az ábrán látható, hogy az elmúlt 10 évben 10%-os csökkenés volt megfigyelhető. Mivel 2020-ra 1.000.000 fő körüli hiány várható az Európai Unióban, ami az egészségügyi szolgáltatások 14%-át érinti, tehát a hiány szép lassan tovább fog progrediálni. ²²³

1.8.3 Orvosok pályaelhagyása Magyarországon

Nem csak a migráció, hanem a magyarországi munkalehetőségek is elszívóhatásként jelennek meg. A következő ábra a 2003 és 2011 közti időszakot ábrázolja. ²²⁴ A legtöbben a gyógyszeriparhoz kapcsolódó cégekhez mennek el dolgozni, amit a kutatás-oktatás követ. A többi ágazatból az ingatlan-kereskedelemmel foglalkozó munkahelyek emelkednek ki. Azonban 40%-uk új munkája egyáltalán nem kapcsos-

²²² Szike blog: Meddig marad még itthon orvos? 2013-05-08
<http://szike.reblog.hu/cimke/orvoshi%C3%A1ny>

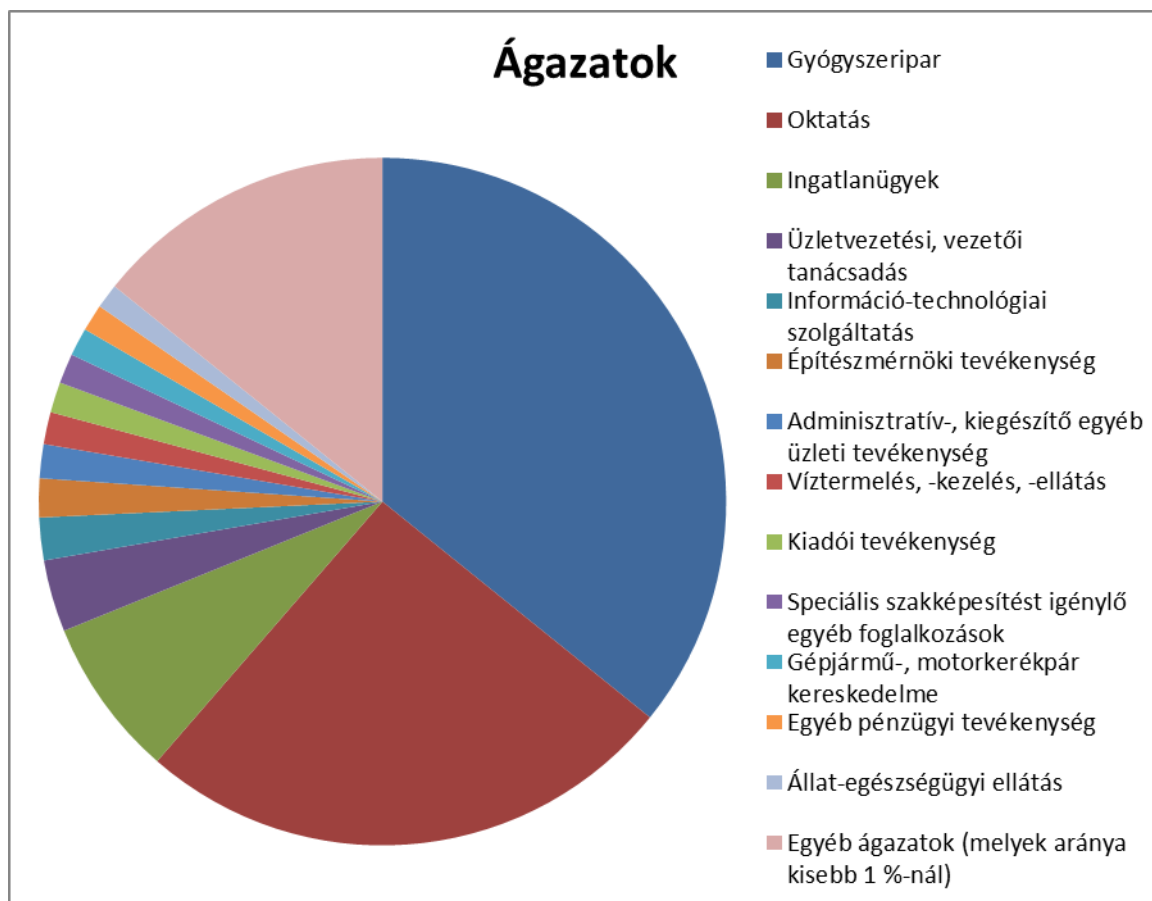
²²³ Weborvos: 2020-tól nagy lehet az orvoshiány, 2010.03.18.
http://www.weborvos.hu/lapszemle/2020_tol_nagy_lehet/152217/

²²⁴ MedicalOnline: Hova lettek az orvosok? 2015. december 22.
http://www.medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/hova_lettek_az_orvosok?utm_source=newsletter&utm_medium=medicalonline_orvosi_hirlevel&utm_campaign=15590

lódik 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 a 700%-1000%-a az itthoninak. Az átmeneti orvoshiányt fokozza a fiataloknál a gyermekgondozási szabadság is.

1. táblázat: orvosi pályaelhagyás nemzetgazdasági ágazat szerinti megoszlása ²³⁰

Ágazat megnevezése	Százalék
Gyógyszeripar	35
Oktatás	25
Ingatlanügyek	7,32
Üzletvezetési, vezetői tanácsadás	3,31
Egyéb feldolgozóipari tevékenység	2,21
Információ-technológiai szolgáltatás	1,96
Építésmérnöki 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



12. ábra: A Magyarországon dolgozó, pályaelhagyók megoszlása új állásuk ágazata szerint ²³⁰

HR politika

Az egészségügy finanszírozási 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. A helyzetet súlyosbítja az orvosok kor szerinti megoszlása. Az alapellátás esetén a 61 és 70 év közötti háziorvosok aránya 25%, míg a 71 év felettiek 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 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 a mind a migráció, 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 migrációs politika kidolgozása tovább segítheti. [225]

Azonban pénz nélkül nem lehet megoldani a problémát, bár ez nem csak anyagi természetű. Hazai elvándorlást egy konstans 40%-os fizetésemelés orvosolhatná, ami versenyképessé tenné a versenyszférához az egészségügyi szolgálatnál a béreket. Azonban az EU-s bérekkel ez még így sem lesz versenyképes. [226]

1.8.4. Az katona-egészségügy feltöltöttsége

A 2011-es adatok alapján a Magyar Honvédség honvédkórházának a személyügyi felöltöttsége 98.8%-os volt. Ezzel szemben az Magyar Honvédség Összhaderőnemi Parancsnokságházhoz tartozó alakulatoknál az orvosi helyek több mint a fele nincs betöltve, a betöltött beosztásokban dolgozó orvosok 50%-a van ténylegesen a munkavégzés helyén, mivel a másik felük missziós szolgálat vagy egyéb okból kifolyólag el van vezényelve. Tehát az összes orvosi helyek 28%-a van

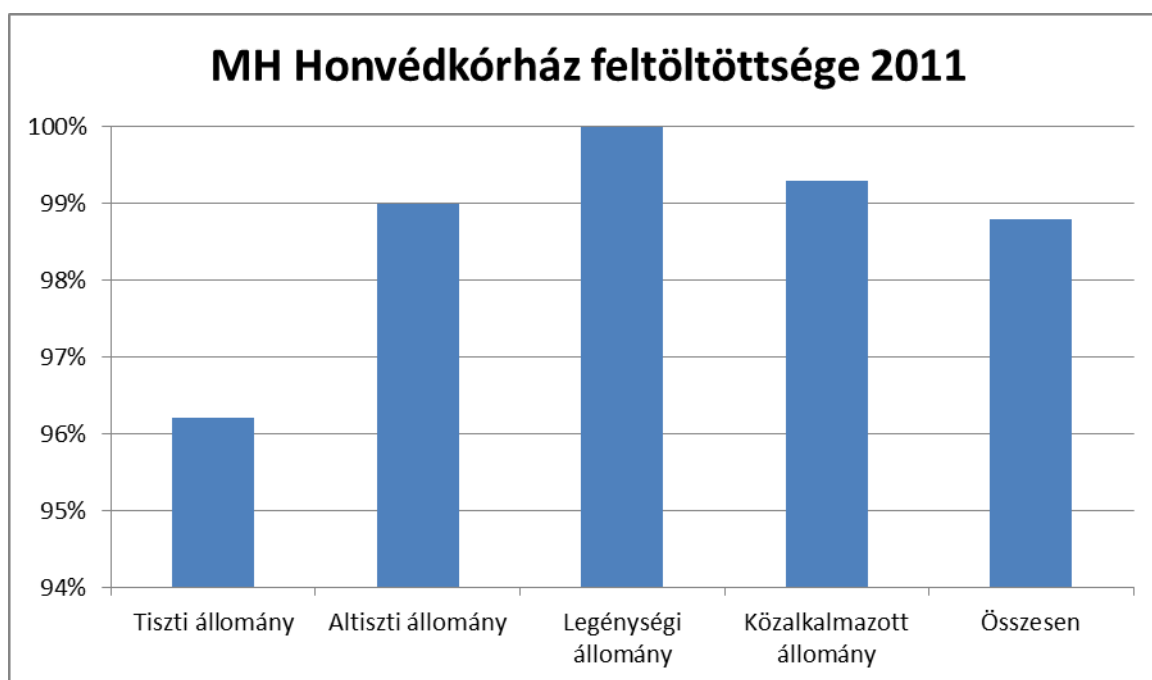
²²⁵ Dr. Kincses Gyula: Ki fog itt gyógyítani? <http://www.slideshare.net/jaalapitvany/ki-fog-itt-gyogytani-kincses-gyula-egszsgpolitikus-egszsggyi-szakkgazdsz>

²²⁶ Varga Júlia: Hova lettek az orvosok? Az orvosok külföldre vándorlása és pályaelhagyása Magyarországon 2003-2011; Budapesti Munkagazdaságtani füzetek, Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaság- és regionális tudományi kutatóközpont, Közgazdaságtudományi Intézet, Budapest, Corvinus Egyetem, Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2015/6

ténylegesen, harcértéknek megfelelően betöltve. A helyzet 2016-ra tovább romlott és az arány 10% körülire csökkent.

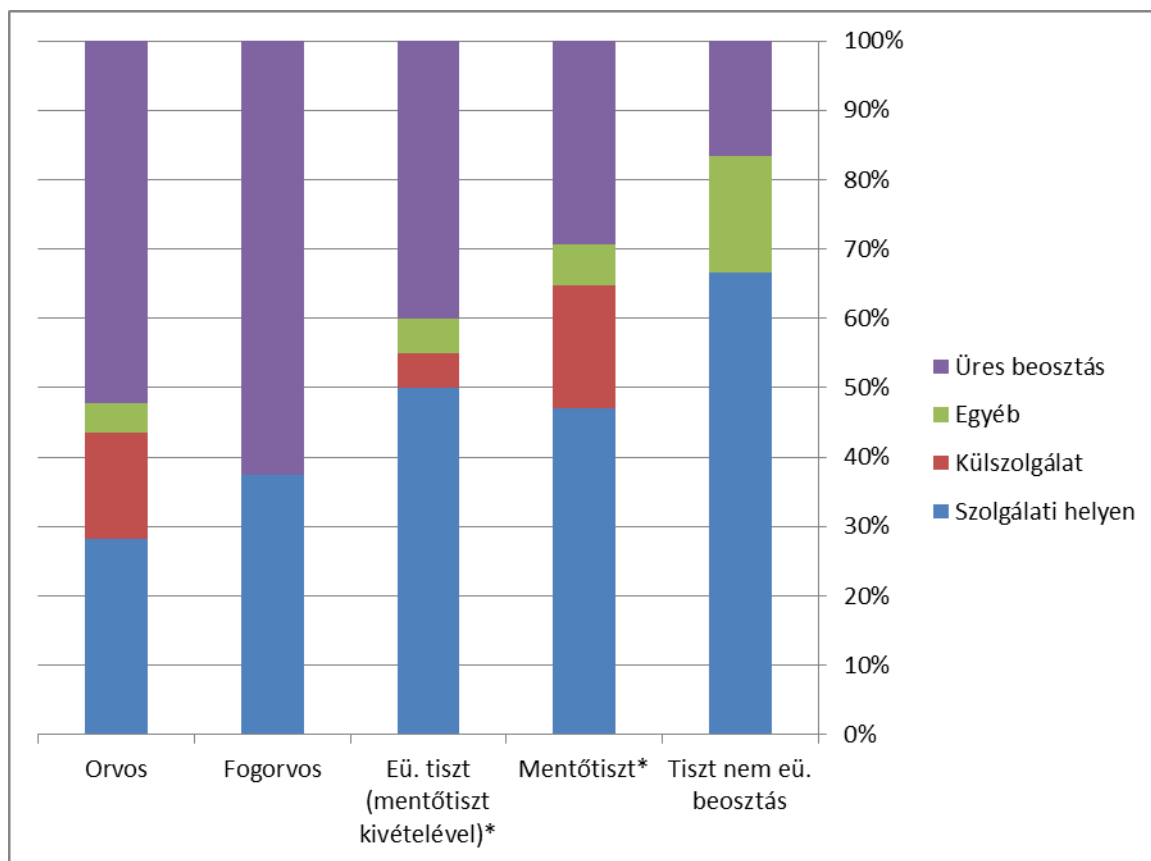
13. ábra és 2. sz. táblázat: MH Honvédkórház feltöltöttsége 2011

MH Honvédkórház feltöltöttsége 2011				
Tiszti állomány	Altiszti állomány	Legénységi állomány	Közalkalmazott állomány	Összesen
96.2%	99%	100%	99.3%	98.8%



14. ábra és 3. sz. táblázat: Személyi harcérték – tiszti (MH ÖHP alárendelt katonai szervezetek) 2011

Személyi harcérték – tiszti (MH ÖHP alárendelt katonai szervezetek) 2011				
Állománykategória	Szolgálati helyen	Külszolgálat	Egyéb	Üres beosztás
Orvos	13	7	2	24
Fogorvos	3		0	5
Eü. tiszt (mentő-tiszt kivételével)	10	1	1	8
Mentőtiszt	8	3	1	5
Tiszt nem eü. beosztás	4		1	1



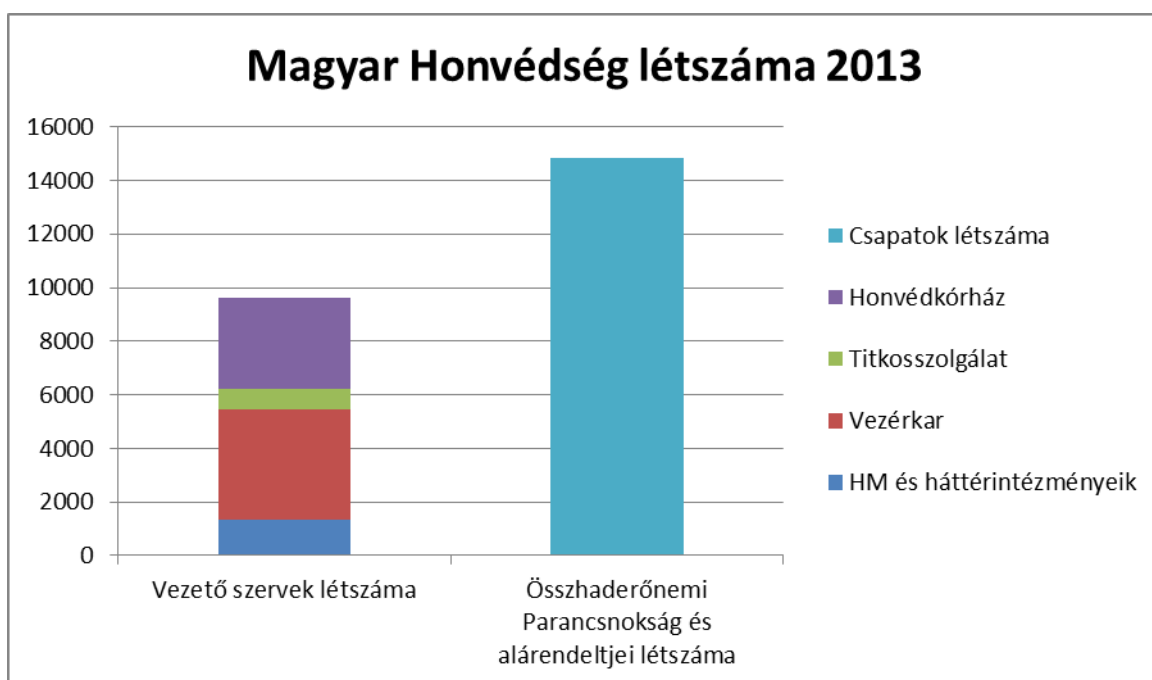
A helyzetet tovább rontja, hogy a Magyar Honvédség GDP költségvetése folyamatosan csökken. A NATO 2 %-os GDP arányos előirányzat helyett a Honvédelmi Minisztérium költségvetése 0,79 %-ra csökkent. Ez 2016-ra 0,88 %-ra emelkedett, de csak a 2011-ben elvett pénz került vissza újból a rendszerbe.

Továbbá a haderőreform keretében zajló leépítések miatt a vezető szervek (Honvédelmi Minisztérium) létszáma megmaradt, míg a végrehajtó állomány létszáma lecsökkent, ami a harcértéket tovább rontja. Ehhez jön hozzá, hogy az 5899 fős szerződéses állomány fele hiányzik a rendszerből. Arányaiban kevés a hadra fogható legénységi, altiszti végrehajtó állomány. A sorköteleesség megszüntetése szintén tovább rontja helyzetet. Bár az állományarányokban jelentős átalakulást okozott az önkéntes tartalékos rendszer bevezetése, aminek hatására ez az állomány kategória 2014-re 5000 főre bővült. Továbbá meg kell említeni, hogy évente egyszerre több mint 900 katona teljesít missziós szolgálatot külföldön, ami szintén hiányként jelentkezik a felmerülő hazai feladatok ellátása esetében.²²⁷

²²⁷ Kovács Gyula: A vízfej diszkrét bája; Népszabadság, 2015.10.02. <http://nol.hu/velemeney/a-vizfej-diszkrét-baja-1518745>

Ez más speciális területen is megfigyelhető. Mind az újonnan nyíló autógyárak (Kecskemét, Győr), mind a fapados légitársaságok három – négyszeres fizetéseket kínálnak a jól képzett honvédségi szakembereknek, szerelőknek, pilótáknak.

Mivel az alakulatok alapvető működéséhez szükség van orvosokra és szakemberre, ezért ezt a csapatok hetente néhány alkalommal szerződéssel foglalkoztatott orvosokkal próbálják megoldani. Van ahol még így sem tudják az üres helyet feltölteni, pedig a Munkavédelmi Törvény szerint bizonyos munkavédelmi feladatok ellátására és például a veszélyes munkahelyen foglalkoztatott munkavállaló éves szűréséhez feltétlenül szükség lenne üzemorvosokra. Több laktanyában évek óta nincsen orvos, ami a biztosítási feladatok miatt is fontos lenne. Ezt mentőtisztekkel és ápolókkal igyekeznek helyettesíteni. Kritikus esetben, pedig a MH EK Honvédkórházából igényelnek orvosokat, ami a kórházban dolgozók leterheltségét tovább növeli.



15. ábra: Magyar Honvédség létszáma 2013

A fő problémát az évek óta tartó alulfinanszírozás jelenti, aminek csak az egyik tünete a versenyképtelen fizetés. Emellett gondot okoz az elavult technika és felszerelési hiány is. Jelenleg a probléma megoldásához szükséges anyagi források nem állnak rendelkezésre, ezért a végrehajtó alakulatoknál az orvosi feltöltöttség javulása nem várható. Érdeemes lenne a már leszerelt kollégák nyomon követése és

esetleges visszacsábítása. Továbbá fontos lenne a még rendszerben lévő katonaosztályok megtartását megcélozni.

A 2015 júliusában bevezetett életpályamodell szerint az illetményeket a beosztás szintje és a hozzá tartozó rendszeresített rendfokozat, a szolgálati idő, illetve a szakértői fokozat határozza meg. A béreket 4 év alatt összesen 50%-al tervezik megemelni, aminek első lépéseként átlagosan 30 %-os béremelést hajtottak végre, amit évente további 5 -5 %-os fizetésemelés fog követni. Továbbá bevezetésre került az altiszteknek és a legénységi állományoknak járó havi bruttó 10 ezer forintos illetménykiegészítés is. Az illetményemelés éppen az alacsonyabb állománykategóriákban volt jelentős, azonban a tiszti, főtiszti kategóriákban 10% körüli volt csupán.

Az új életpályamodell három fő irányt támogat: vagy a magasabb beosztás elérését, vagy pedig a szakértői specializációt, illetve akik a nyugdíjkorhatár előtt leszerelnek, azoknak a Magyar Honvédség garantálja, hogy a közszolgálat más területén dolgozhassanak tovább, amennyiben ezt szeretnék. Ezt segítik a tárca által támogatott át- és továbbképzési lehetőségek.

Ellentétben más területekkel, a haderő esetében nem szociális kérdés a lakhatás megoldása, hanem a harckészültség szempontjából is fontos, mivel a katona ott dolgozik, ahova vezénylik. Ezért szintén a pályán tartást szolgálja az új lakástámogatási rendszer bevezetése. Ami a korábban jellemző, drágán fenntartható honvédségi bérlakás rendszer helyett a pénzügyi támogatás irányába tolódik el. Ennek egyik eleme a havi rendszeres lakástámogatási összeg. A másik pedig az egyszeri támogatások rendszere, aminek a célja a leszerelés utáni lakáshelyzet megoldása. Továbbá tervben van egy közszolgálati lakásprogram és közszolgálati biztosítási rendszer beindítása is.²²⁸

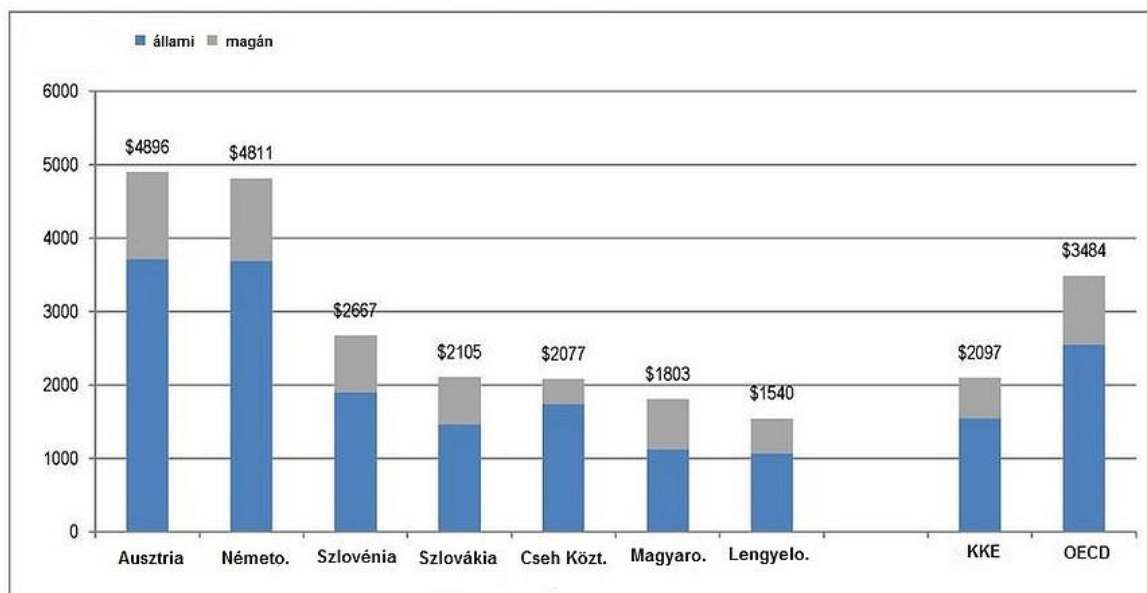
²²⁸ Honvédelem.hu: Jelentős illetményfejlesztés a honvédségben; 2015
<http://www.honvedelem.hu/nyomtat/47238>

1.9. Az orvoshiány finánciális megközelítése

1.9.1 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, addig ez az érték 2015-re a GDP 4,7%-ra csökkent, ami az eddigi legalacsonyabb érték. Ezzel szemben az OECD országoknál ez az arány 9,3 % volt 2012-ben. A sajátzsebből finanszírozott egészségügyi kiadások is jóval magasabbak (4,2%) a kelet-európai régió országainál (2,5%). Az Európai Unió kereseteket és életkörülményeket vizsgáló kutatása (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.²²⁹

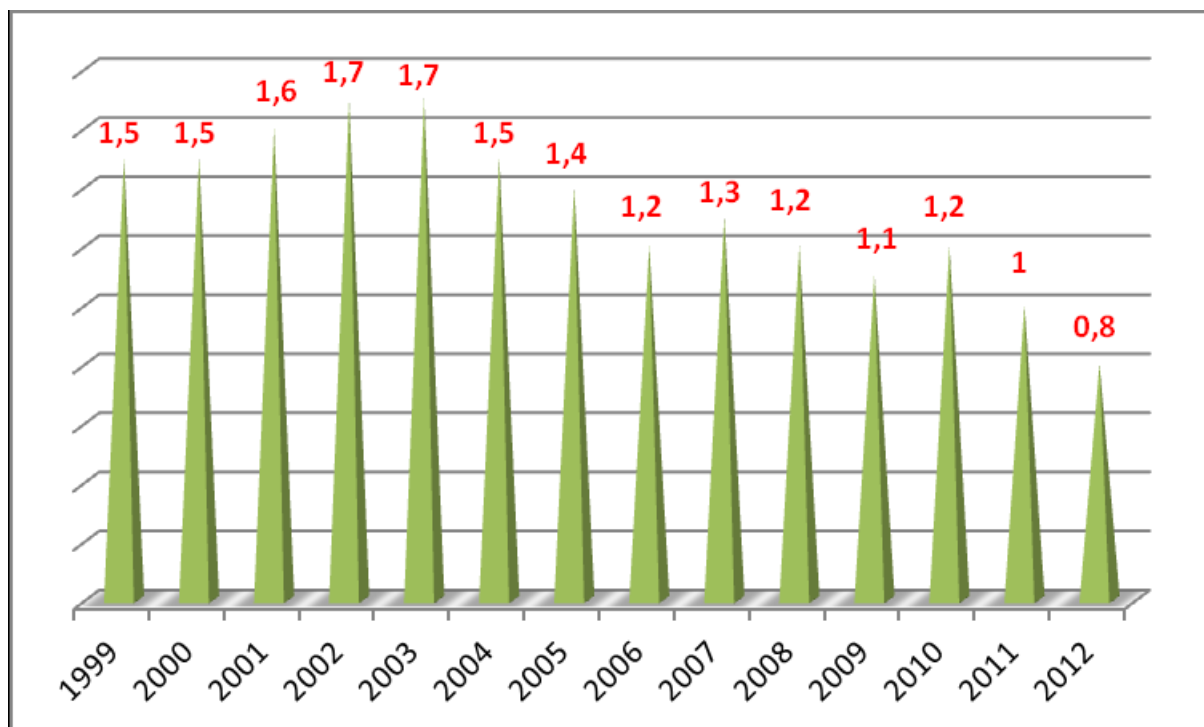
Egy főre jutó egészségügyi kiadás (2012, ppp-alapon, dollár)



16. ábra: egy főre jutó egészségügyi kiadások (2012)

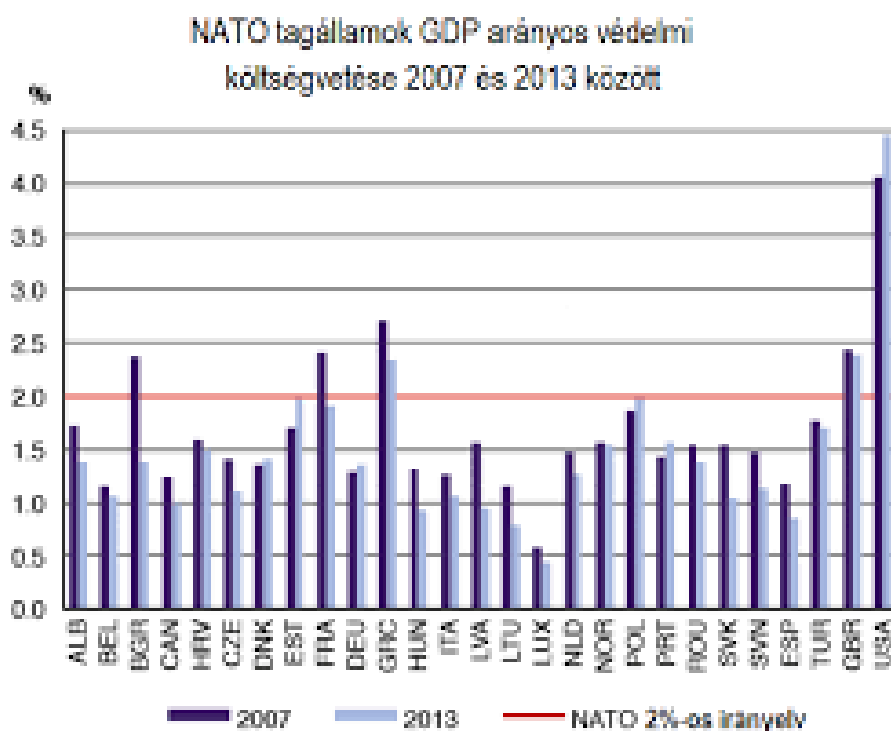
²²⁹ Szepesi Anita: Kiderült, mennyire fontos a kormánynak az egészségügy. 2015. október 9.
<http://www.ekor-lap.hu/egeszsegugy/2015/kiderult-mennyire-fontos-a-kormany-nak-az-egeszsegugy>

A Magyar Honvédség költségvetése szintén folyamatosan csökkent 0,79 %-ra, ami 2016-ra 0,88 %-ra emelkedett, azonban csak a 2011-ben elvett pénz kerül vissza újból a rendszerbe. A cél a NATO átlagot közelítő 1,39%-os szint elérése 2022-re. 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 tudja tartani.²³⁰

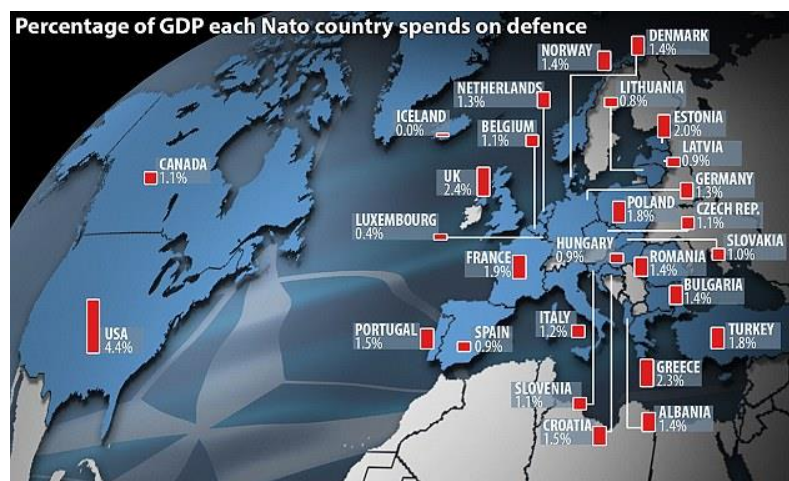


17. ábra: Magyarország GDP-arányos védelmi kiadásai, 1999-2012. Forrás: KSH

²³⁰ Képviselői Információs Szolgálat, Müller Tamás: infojegyzet 2014/7. 2014. április 18.

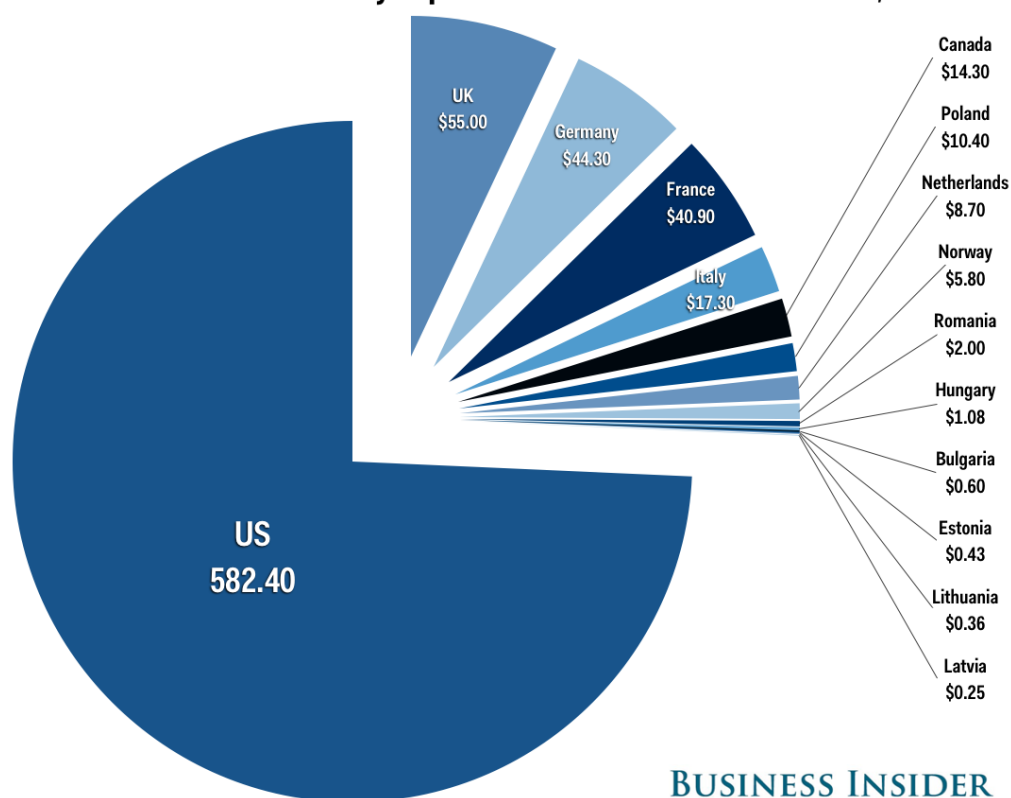


18. ábra: NATO-tagállamok GDP-arányos (%) védelmi költségvetése Forrás: NATO 2013. évi jelentés



19. ábra: GDP arányos védelmi költségek a NATO tagországokban. Forrás: Dailymail, 2014.

NATO members' military expenditure in billions of US dollars, 2014



20. ábra: NATO tagországok honvédelmi kiadásai. Forrás: Businessinsider.

1.9.2 Orvosok bérezése hazánkban

Hazánkban az **orvosok közalkalmazotti bére** kevés, az átlagbér környékén mozog, ami akkor sem emelkedik számottevően, ha több évtizedes szakmai tapasztalattal rendelkezik valaki. Annak köszönhetően, hogy a rezidensek bére sokáig közel azonos volt az ápolók bérezésével, rengeteg fiatal, pályakezdő hagyta el az országot. Az MRSZ által kiharcolt 100.000 forintos ösztöndíjnak köszönhetően viszont mára az orvosok között a rezidensek számítanak az egyik legjobban keresőnek. A munkaerőpiac is alkalmazkodott a kialakult helyzethez, és azért, hogy az orvosok számukra megfelelő bért keressenek, másodlagos orvospiacok alakultak ki. Többek között így jött létre az is, hogy munkaidőn túl a saját kórházában az adott orvos az ügyeletet már nem közalkalmazottként látja el, hanem vállalkozó cégnek dolgozik. A másik opció, hogy ügyeleti díjért vagy napidíjért másik kórházban teljesítenek szolgálatot. A következő legális pénzkereseti forrás a magánrendelés, ami történhet egy magánklinikán vagy diagnosztikai központban, de akár az orvos saját költségéből kialakított rendelőben is. Ez esetekben az orvosok órabérért, jutalékért dolgoznak. Említést kell

tenni még egy jövedelemforrásról, amiről senki nem beszél, senki sem akar hallani, ugyanakkor nagyon is létezik: a hálapénz. A hálapénz nem más, mint megvesztegetés. A beteg a pénzért cserébe jogosulatlan előnyhöz akar jutni, akár úgy, hogy előbb kap időpontot, előbb végeznek el rajta egy rutinműtétet, előbb kerül be rehabilitációs kezelésre stb. A **hálapénz** igen régóta jelen van, de nem szabad figyelmen kívül hagyni azt a tényt, hogy közel sem egyenlően oszlik el az orvosok között. Míg az aneszteziológusok, patológusok, radiológusok egyáltalán nem részesülnek belőle, addig az intézményvezetők, osztályvezető főorvosok, „sztár orvosok” igen nagy arányban – ők vannak a paraszolvencia-piramis legtetején. Mindezek alapján elmondható, hogy az orvosok jövedelmét elsősorban nem a szaktudásuk, hanem a rangsorban elfoglalt helyük határozza meg. Ezek alapján pedig nincs min csodálkoznunk, hogy a fiatal generáció nem kér ebből, és inkább külföldre távozik, ahol a szaktudásával keresi meg a megfelelő bért. Szakértők szerint legalább annyi orvos változtat pályát, mind amennyien külföldre mennek – ez pedig már az orvosi végzettséggel rendelkezők harmadát jelenti. Mindezek alapján még mindig lenne elegendő orvos a rendszerben hazánkban, ezért felmerül a kérdés, hogy mégis miért tűnik úgy, hogy kevesen vannak? A válasz egyszerű, mert **szakdolgozókból viszont 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 bér-emelésekről és életpálya modellről. A valóságban ezek sosem valósulnak meg, illetve ami meg is valósul, az sem olyan formában, ahogy az a lakosság felé van kommunikálva.²³¹

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 arány 5,2.²³² 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

²³¹ Index: Az orvosbárókra megy el a pénz

URL:http://index.hu/gazdasag/penzbeszel/2016/04/18/korhaz_orvos_egeszseguy_betegseg_lantos_gabriella_elso_resz/?token=34dc327ee393a579ead5945772ceed93 2016.09.27.

²³² KSH (2015): Kórházi ágyak száma (2000-) URL: http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_int017.html 2016.09.26.

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.²³³

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 tényezőből 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.²³⁴

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 magas fluktuáció – 60-70%.

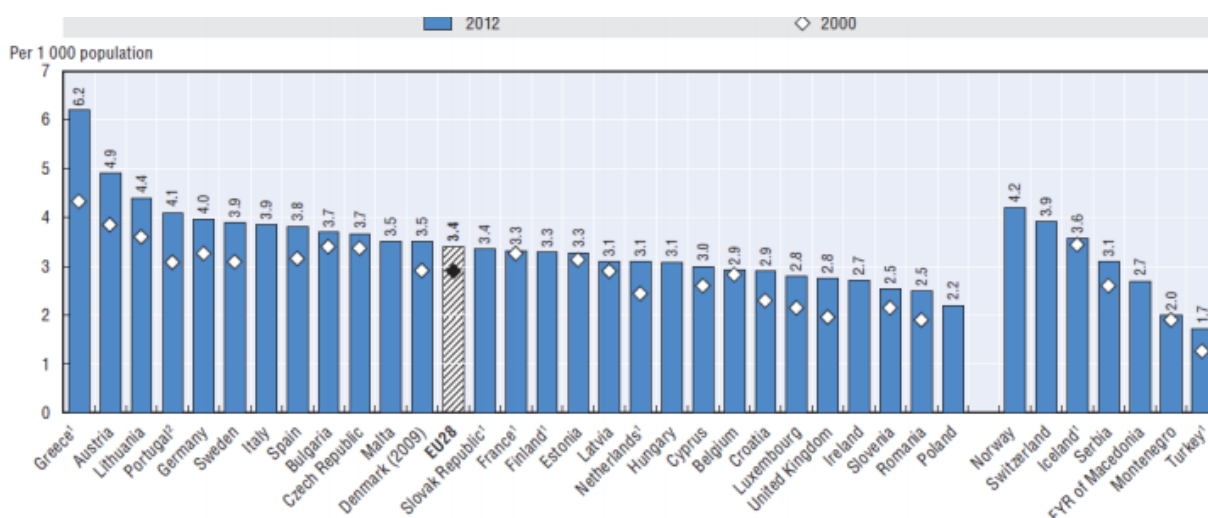
Világviszonylatban jelentős problémát jelent az **orvosok migrációja**, de egyes országokban/térségekben ez a probléma hatványozottan van jelen. Egy 1991-2004 közötti innovatív adatelemzés tette lehetővé, hogy áttekinthetővé váljon az orvosok migrációja és annak lehetséges gazdasági következményei. Az ázsiai orszá-

²³³ Index: A balekok tartják el a potyautasokat
URL:http://index.hu/gazdasag/penzbeszel/2016/05/02/korhaz_orvos_egeszsegugy_betegseg_lantos_gabriella_masodik_resz/ 2016.09.26.

²³⁴ Blaskó Zsuzsa, Fazekas Károly (2015): Munkaerő piaci tükör 2015, MTA URL: http://www.mtaki.hu/file/download/mt_2015_hun/egyben.pdf 2016.09.23.

gokban nőtt legnagyobb mértékben az orvosok kivándorlása, kiváltképp Indiában és a Fülöp-szigeteken, az Egyesült Királyság, Franciaország valamint Kanada 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%.²³⁵

Az OECD vizsgálati eredményei alapján, melyet a 2014-es Health at a Glance-ben tett közzé, minden EU országban nőtt az orvosok száma 2000 óta, melyet az alábbi ábra szemléltet.²³⁶



21. ábra: Orvosok számának emelkedése 2000 óta

Egy 2005-ben megjelent publikáció szerint **az orvoshiány okai sokrétűek, kezdve a bérezéstől, a felvételi rendszeren át posztgraduális képzésig. 2002-ben történt egy 50%-os béremelés, mely némiképp csökkentette létszámhiányt, de hosszú távú megoldást nem jelentett.** A hiányszakmák skálája egyre több, míg kezdetben csak a hálapénz nélküli területen jelentkezett – aneszteziológus, radiológus, laboros- addig ez mára sokkal szélesebb körűvé vált.²³⁷

1.9.3. Hálapénz

²³⁵ The International Migration of Doctors: Impacts and Political Implications URL: <http://www.irdes.fr/english/issues-in-health-economics/203-the-international-migration-of-doctors-impacts-and-political-implications.pdf> 2016.09.28.

²³⁶ OECD/EUROSTAT/WHO-EUROPE JPINT QUESTIONNAIRE_ NEW DATA ON HEALTH WORKFORCE MIGRATION 2015

URL:http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/ev_20150617_co03_en.pdf 2016.09.27.

²³⁷ Loránth Ida (2005): Megállíthatatlan az orvosok elvándorlása? Magyar Orvos. 13(4): pp 6-7.

A helyzetet tovább nehezíti a hálapénz rendszere. A MRSZ kutatása alapján az orvosok 90%-a elutasítja a hálapénz rendszerét, 80%-uk szerint pedig fokozza kiszolgáltatottságot és kiszámíthatatlanságot, ami hozzájárul az elvándorláshoz. A megkérdezettek nagy többsége (78%) szerint gátolja a minőségi szakképzést, és 90%-uk szerint negatívan befolyásolja az orvosok megítélését.

Mind az orvosok, mind a betegek nagy többsége szerint a korrupció egy formája lehet. Bár az alacsony bérezések miatt 50%-uk biztosan, 28%-uk valószínűleg képtelen lenne a jövőjét tervezni, így rá vannak kényszerítve ennek az elfogadására. A paraszolvencia adására a betegeket leginkább a kiszolgáltatottság érzésének a csökkentése (76%), illetve a megfelelő színvonalú ellátás elérése motiválja (69%). További ok az orvos időben való rendelkezésre állásától való félelem (68%). Viszont sok beteg a valós háláját (68%) igyekszik ezzel kifejezni, míg másokat az motivál, hogy a hálapénzzel lehetőségük van megválasztani a kezelőorvost.

Ami a Magyar Honvédséget illeti, azt kell megemlíteni, hogy az alakulatoknál nincs hálapénz rendszer, mivel a Kórház saját katonáit látja el, így ott a hálapénz is alacsonyabb.

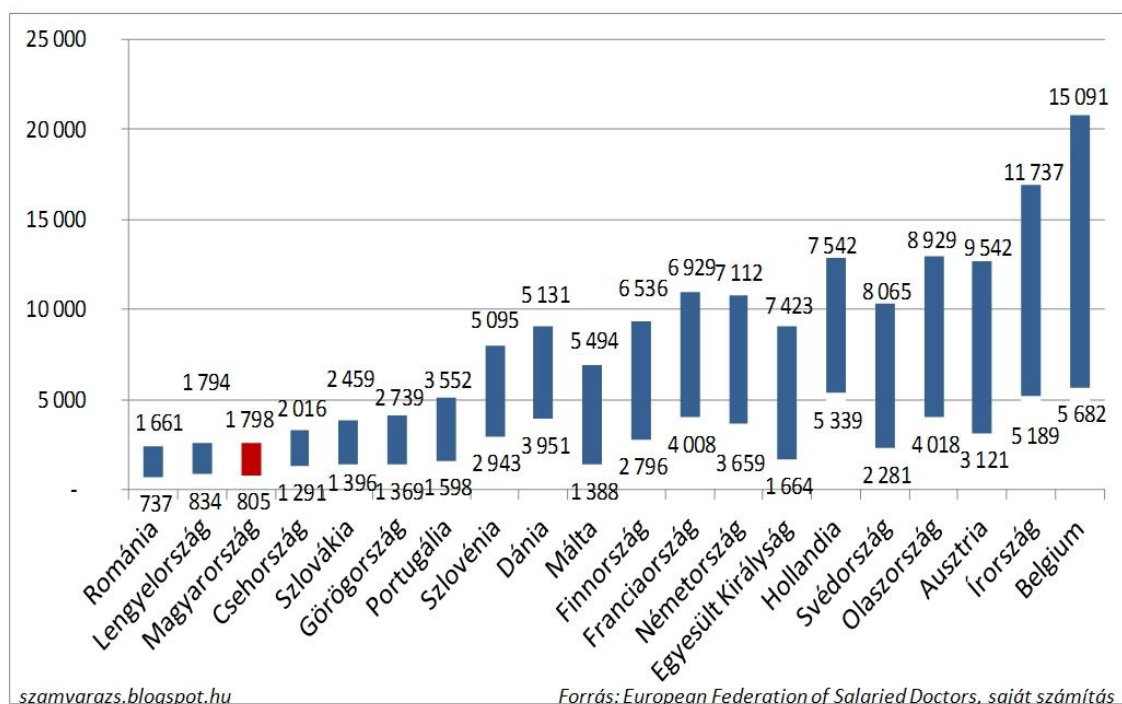
1.9.4 Európai Unió orvosi átlagkereset

A rossz munkakörülmények is nehézséget okoznak, de tény, hogy Magyarországon az orvosok és a nővérek is alul vannak fizetve. Románia és Bulgária után hazánkban a legalacsonyabbak a keresetek. Ezen a helyzeten a vásárlóerő paritással korrigált érték sem javítan sokat. Ez alapján érthető, hogy az EU-hoz való csatlakozásunk miért jelent ekkora szakember elszívó erőt. ^{238 239}

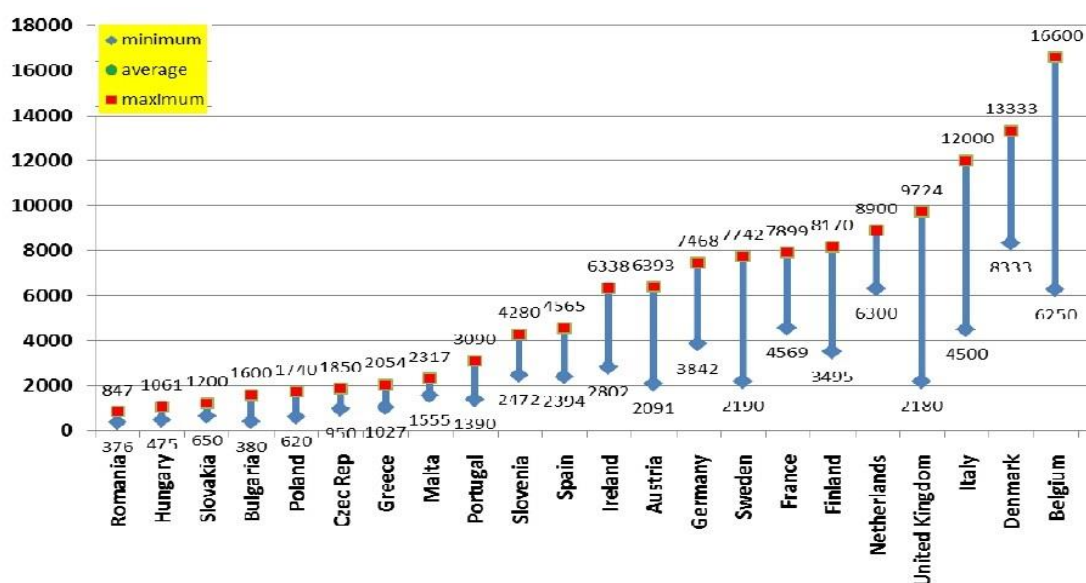
²³⁸ Magyarország a számok tükrében: Orvos elvándorlás, 2012. november 24.
<http://szamvarazs.blogspot.co.uk/2012/11/orvos-elvandorlas.html>

²³⁹ Medical online: Az orvosok bére Európában: Magyarország az utolsó előtti. 2011. június 14
http://www.medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/az_orvosok_bere_europaban

Orvosi fizetések vásárlóerő paritással korrigált tartománya az egyes országokban, 2011



22. ábra: az orvosi fizetések vásárlóerő paritással korrigált értéke az Európai Unióban (2011) Forrás: Szamvarazs.blogspot.hu



23. ábra: Orvosi bérek az Európai Unióban. Forrás: Munkaviszonyban Álló Orvosok Európai Szövetsége (FEMS) ²⁴¹

1.9.5 Megoldási javaslatok

Megoldást a MRSZ szerint a paraszolvencia rendszer megszüntetése, tisztességes alaphér és bérrendezés és kiszámítható jövőképet biztosító életpálya modell jelentené. Fontosnak tartják továbbá a szakképzés minőségének javítását, illetve az oktatók motiváltságának és megbecsülésének a növelését is.

Kormányzati elképzelések szerint a rezidens ösztöndíj rendszerhez hasonlóan a szakorvosok is 100-200 ezer forintos bérpótlékot kapnának, ha vállalják a röghöz kötést és nem fogadhatnának el paraszolvenciát sem. Azonban ez nem oldaná meg a kiszámíthatóságot, mivel nincsenek arányban a szakmai tudással és felelősséggel. Egy 2013-as felmérés szerint a nyugati bérek töredéke elég lenne az elvándorlás megakadályozására. Egy rezidens orvos esetén nettó 270.000 Ft, egy szakorvos esetében 400-500.000 Ft-os, míg egy főorvos esetében 500-600.000 Ft-os bérekre lenne szükség. ²⁴²

1.10. Egészségügyi szakemberek toborzásának és megtartásának a helyzete a NATO tagországokban

Már 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 köve-

²⁴¹ SzikeBlog: Orvosi bérek az Európai Unióban URL: http://szike.reblog.hu/files/orvosi_berek.jpg?full=1

²⁴² Portfolio: Várnak a magyar orvosok a nettó 300 ezres fizetésre; 2015

telményeknek, így a probléma nem minden NATO tagországban jelentkezik hasonló mértékben.

A következő ábra a 28 NATO tagország egészségügyi személyzeti helyzetének javítására tett intézkedéseit mutatja be.

A katona-egészségügyi terület személyügyi helyzetének javítására tehető intézkedések áttekintése

Az adott NATO tagország milyen konkrét lépéseket tett, hogy az katona-egészségügyi szolgálatot vonzóbbá tegye és növelje a toborzás és a pályán tartást? (több válasz is megengedett)

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

24. ábra: NATO tagországok egészségügyi személyzeti helyzetének javítására tett intézkedései. Forrás: RTG 213-survey April 2011

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 az alábbi megoldási javaslatok.

1.10.1. Pénzügyi ösztönzők

1.10.1.1. Az alapfizetésen felüli juttatások

Minden tagországban általában a civil orvosi fizetések magasabbak, mint a hadseregben rendszeresített rendfokozaton alapuló illetmények, ezért a tagországok extra bónuszokat fizetnek a katonáorvosoknak. Ez azonban bérfeszültséghez vezethet a seregben belül.

A fizetések versenyképessé 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 minősített' külön fizetés;
- ösztönzési pénzek;
- megtartása 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;
- szakmai tapasztalatok és képzések alapján differenciált juttatások.

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.

1.10.1.2. Nem ranghoz kötött juttatások

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

1.10.1.3. Korábbi előléptetések

Az ír hadseregben alkalmazott gyorsabb előmenetel nem volt igazán sikeres. A cseh hadseregben egy rendfokozottal magasabbat kapnak az orvosok, mint a más

területen dolgozó katonák. A belga hadseregben a nyelvvizsgához kötötten támogatják a gyorsabb előmenetelt.

Azonban ez a megkülönböztetett bánásmód feszültséghez és az egészségügyi személyzetnek a seregen belüli nehezebb elfogadásához vezethet.

1.10.2. Negatív pénzügyi ösztönzések

Ide tartozik 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.

1.10.3. Rugalmas munkaidő és a foglalkoztatási státusz

A rugalmas munkaidő és foglalkoztatási státusz biztosíthatja az egyensúlyt a katonaeorvosi karrier és az orvosi hivatás egyéb területe közt azáltal, hogy az orvosok részt vehetnek ez által az oktatásban és magánegészségügyi ellátásban is. Az orvosok extra pénzt kereshetnek és a munkájuk során felhasználható tapasztalatokat szerezhetnek, ráadásul ez nem jelent plusz kiadást a katonai tárcának sem. Azonban ez dupla munkaterhet és stresszt okozhat, ami kiégéshez vezethet. Egyes nemzeteknél a magánegészségügyi ellátásban való munkát nem engedélyezik, mivel a bevetetőséget korlátozza. Összességében, amennyiben az illetékes eljáró jóváhagyja, és nem zavarja a katonai, főleg a missziós feladatokat, úgy javasolt megoldást jelenthetnek az orvoshiány leküzdésben.

1.10.4. 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;
- óvodai elhelyezés (általában nem ingyenes).

1.10.5. 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.

1.10.6. 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.

1.10.7. Hirdetések, toborzás

Hirdetések a toborzás egyik formája, mely magazinokban és orvosi folyóiratokban, tv-ben és interneten, nyomtatott sajtóban, élőszóban, 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 orvosok orvosokkal, nővérek nővérekkel 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.

1.10.8. Egyéb lehetőségek

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)
- együttműködés magán egészségügyi intézményekkel hosszabb távon.

1.10.9. Összefoglalás

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.

A civil kórházakkal és munkaközvetítőkkal 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.

A RTG 213-as felmérése jól összefoglalja a katona-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.²⁴³

2. Célkitűzés, hipotézisek

2.1 Célkitűzések

Kutatásommal a katonaeorvosi elvándorlás és leszerelés hátterét kívánom megvizsgálni. Tizenöt éves katonaeorvosi pályafutásom során figyelemmel kísértem, ahogyan a csapatorvosi rendszer egyre nagyobb hiánnyal kénytelen ellátni a feladatot, miközben egyre több képzett kolléga távozik külföldre vagy vállal civil beosztást, illetve megy el a versenyszférába dolgozni.

A katonaeorvosi elvándorlás és leszerelés témájában tudományos kutatást 2007 előtt nem végeztek, azonban a 2003-as katonai pályám kezdetén a csapatorvosi tagozat feltöltöttsége már akkor is csökkenő tendenciát mutatva 50%-os volt. A hiány az utóbbi 15 évben tovább nőtt, úgy hogy alig van az országban olyan alakulat, ahol van katonaeorvos, így a még rendszerben lévő kollégákra hárul– tűzoltás jelleg-

²⁴³ NATO: RTG 213-survey. 2011. április

gel – ezen feladatok egy részének az elvégzése. A civil szférában a Magyar Rezidens Szövetség (MRSZ) és a Magyar Orvosi Kamara (MOK) végzett kutatásokat, míg a honvédségnél „Kiválás, 2010-2011 ” címen jelent meg a témával foglalkozó könyv.

Disszertációmban ismertetem a katonai és orvosi és a katonaorvosi pályaválasztás és motiváció hátterét, a két pálya közti különbségeket - mivel a pályaválasztás és toborzás jelenti az utánpótlás lehetőségét. A fellelhető szakirodalmat felhasználva ismertetem a katonaorvosi pálya sajátosságait. Összeszedtem a pályaelhagyás és elvándorlás okait és következményeit, kiemelve a civil és a katonai tényezők között jelentkező különbségeket. Mivel a jogi szabályozásnak és jogi védelemnek, a stressznek, a toborzásnak, a humánpolitikai és pénzügyi tényezőknek kiemelkedő szerepe van a kialakult helyzetben ezért a megoldás kulcsát is jelenthetik.

Az Észak-atlanti Szerződés országaiban, sőt a legfejlettebb országokban is gondot okoz az egészségügyi szakemberek toborzása és rendszerben tartása, ezért külön fejezetben ismertetem a NATO által kidolgozott megoldási javaslatokat.

Kutatásom fő célja a figyelemfelhívás, mivel az egészségügyi képesség hiánya a honvédség harcképességet rontja, illetve a magyar helyzetre aktualizált megoldási javaslatokkal szeretném segíteni az egészségügyi ellátórendszerben jelentkező szakemberhiány megoldását.

2.2 Kiemelt kutatási célok és hipotézisek

Kiemelt kutatási célok:	Kutatási hipotézisek:
Elméleti és empirikus kutatásommal meg kívánom vizsgálni a katonaorvosi pályaválasztás motivációs rendszerét; a stabil és megfelelő minőségű toborzási és utánpótlás-biztosítási rendszer fenntartásának és továbbfejlesztésének lehetőségeit – összevetve a civil orvosi pályaválasztás, toborzás és utánpótlás-biztosítás rendszerével.	1. A Magyar Honvédségben jelenleg nem működik kifejezett, célzott katonaorvosi toborzási rendszer, 2. Az ösztöndíjas rendszer megszüntetése negatívan érintette a katonaorvosi pályára kerülést, 3. Pozitív közreható motivációs tényező lehet a katonaorvosi pályaválasztásban, ha legalább egy családtag katona a jelölt közvet-

	len családi környezetében.
2. Azonosítom a pályára kerülést követően a katonaeorvos-pályán tartó és a katonaeorvos-pálya elhagyására kényszerítő faktorokat – összevetve a civil kutatási eredményekkel.	1. A katonaeorvos-pályán való megtartásban a civil szférához képest elsősorban a magasabb fizetés, a missziós kereseti lehetőségek, katonai pálya kihívásai és érdekessége, valamint a lakhatás (szolgálati lakás) biztosítása játszhat szerepet. 2. Számos tényező szerepet játszik a katonaeorvosaink elvándorlásában és leszerelésében, amik közül a legfontosabbak: - az anyagi megbecsülés hiánya, - a szakmai előmenetel nehézsége, - a katonai szolgálati kötelezettségéből fakadó extra (missziós) leterhelés. 3. További problémát jelenthet a romló eszközállomány, az orvosi túlterheltség (túlórák, túlszolgálat, magas ügyeleti órák száma, stb.), a juttatások csökkentése (szolgálati lakás hiánya, megvont szolgálai nyugdíj), a paraszolvencia rendszer, a katonai hierarchia merevsége, az előmenetel szolgálati évekhez, nem pedig tényleges teljesítményhez kötése, a valódi karriermodell hiánya. 4. Kiemeltem fontos a stressz szerepe, mivel a fent említett tényezők mind jelentős stressz-faktorok és kiegészítéshez vezethetnek.
3. Feltárom a humánpolitikai, jogi és pénzügyi tényezők szerepét a katonaeorvosok leszerelésében és abban, hogy sokan közülük elhagyják nem csupán az orvosi pályát, de az országot is.	1. A hazai orvoslétszám kritikus szintet ért el és továbbra is csökkenő tendenciát mutat (ennek egyik kiemelt vizsgálati indikátora az egy főre eső orvosok számának alakulása a fejlett országokban és hazánkban). 2. A hazai tökéletes gyógyszercegek és a külföldi munkalehetőség fontos, katonaeorvos-pályáról elszívó tényező lehet (ezért elengedhetetlen annak tudományos igényű vizsgálata, hogy mely szakmai (rész) területek, szakmák jelentenek, ill. jelenthetnek elszívó erőt a katonaeorvosaink körében). 3. Jelentős különbségek mutatkoznak a katonai és egészségügyre fordított összegekben a fejlett országokhoz képest, ami a katonaeorvosok illetményének alakulásán keresztül hat az orvosok és családtagjaik életminőségére, életszínvonalára – s jelentős befolyásoló

	tényező lehet, mikor egy katonaorvos a pályán maradásról, ill. pályaelhagyásról dönt.
4. Empirikus kutatást hajtok végre, melyre alapozva össze tudom vetni a katonai pályaelhagyás általános motivációs rendszerét és a leszerelt egykori katonaorvosok pályáról történt távozásának okait, főbb motívumait. (A leszerelt katonaorvosokat és egykori katonákat kérdőívek és struktúrált interjú-vázlat felhasználásával keresem meg.)	1. Előfeltevésem szerint számos tényező közrehat a csapatorvosi területen megfigyelhető magas fluktuáció kialakulásában. 2. Az anyagi megbecsülés hiánya mellett a missziós szolgálattal járó nagyfokú leterhelés is fontos tényező lehet a katonaorvosi pályaelhagyásban.
5. Összehasonlító elemzésnek vetem alá, hogy milyen megoldási módszereket dolgoztak ki a fejlett NATO országokban a civil és katonegészségügyi szakszemélyzet utánpótlásának és pályán tartásának a biztosítására.	1. a NATO országokat kevésbé sújtja az orvoshiány a civil életben és haderőkben, mert időben komoly lépéseket tettek a feltöltöttség javítására és a pályán maradás elősegítésére.
6. Átfogó megoldási javaslatot dolgozok ki a témában fellelhető legfontosabb hazai és nemzetközi civil orvosi és katonaorvosi kutatások összehasonlító elemzésére alapozva.	A témában fellelhető legfontosabb hazai és nemzetközi civil orvosi és katonaorvosi kutatások összehasonlító elemzése során külön hangsúllyal vizsgálom, hogy: 1. mely tényezők segítenek leginkább a pályán maradásban, pályán tartásban, 2. mely tényezők beazonosítása, milyen feladatok mielőbbi elvégzése a legsürgősebb „tűzoltás-jelleggel”, 3. az évről évre lineárisan csökkenő katonaorvosi létszámot nézve a fokozódó terhelés mellett, mikor csökken a katonaorvosi létszám olyan mértékben, hogy eljön az idő, amikor a Magyar Honvédség képtelen lesz orvost kiállítani missziókba, illetve mikorra várható, hogy a katonaorvosaink száma olyan mértékben csökken, hogy az már a személyi állomány egészségügyi ellátásának elégséges szintjét veszélyezteti.

3. Kutatási és vizsgáló módszerek

Kutatásomban a nívumot az jelenti, hogy a már leszerelt katonaeorvosokat ke-restem meg, akik hiteles képet tudnak adni a leszerelésük okairól és személyes véle-ményüket is elmondhatták. Ezen kívül összefoglaltam a Minőségbiztosítási Osztály munkavállalói megelégedettség kérdőívek eredményét, ami szintén hasznos informá-ciókat szolgáltatott a kutatott témával kapcsolatban. Továbbá röviden megemlítem a MH Védelem-egészségügyi Igazgatóságánál folyó hasonló kutatás eredményét. A kapott adatokat összevettem a civil pályaelhagyást és elvándorlást vizsgáló kutató-sokkal.

A kutatásom alapját a témában fellelhető irodalom feldolgozása és másod-elemzése adja, hogy átfogó képet tudjak adni a jogi, stresszel kapcsolatos, személy-ügyi vonatkozásokról, a NATO országok megoldási javaslatairól.

A leszelt katonaorvosokat levélben kerestem meg és kérdőíves módszerrel, illetve személyes interjú formájában vettem fel az adatokat. Az adatok feldolgozásához a katonai pályaelhagyás kutatás tematikáját követve a táblázatos formát választottam.

A megelégedettség kérdőívek eredményét táblázat és PDF formájában kaptam meg és az abból kinyerhető adatokat dolgoztam fel, illetve vettem össze a hasonló témájú civil kutatási eredményekkel.

Kutatásomban a már leszerelt és a rendszerben lévő orvosok és egészségügyi személyzet válaszainak elemzésével megismerhető mind a pályaválasztásban, mind a leszerelésben szerepet játszó legfontosabb tényezők, amik ismeretében konkrét és hatékony javaslatokat lehet tenni a katonaorvosi pályára kerülésre és a pályán tartásra, amivel a Magyar Honvédségben jelentkező folyamatosan súlyosbodó szakember hiány megoldható lenne.

Megfelelően képzett katona-egészségügyi szakszemélyzet alapvetően fontos a harcképesség fenntartásában, ami a határon túli missziós szerepvállalás miatt Magyarország nemzetközi elismerését és megítélését is befolyásolja.

3.1. Katonaorvosi leszerelés és pályaelhagyás kérdőíves és interjú vizsgálat

A Nemzeti Közzolgálati Egyetem Társadalomtudományi tanszékével közösen végzett kutatásnak a 2010 júliusától 2011 februárjáig végzett „Katonák munkaerőpiaci reintegrációjának 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 kutá-

tás célja az volt, hogy a projektben jelentkező és részt vevő aktív, a hadseregből már leszerelt, egykori katonák, köztisztviselők, közalkalmazottak munkahely megtartó és reintegrációját elsegítő programjának az eredményeit felmérje és a program beválására 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 katonaorvosi hivatáshoz való kiigazításával készült, így az eredmények a korábbi kutatással összehasonlíthatóak. Mivel korábban nem végeztek motivációs vizsgálatokat katonaorvosok 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.

3.2. A kutatás aktualitása

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 vezényelhetők. Már évek óta problémát jelent a csapattagozat hiányos feltöltöttsége, mely a hadrafoghatóságot is veszélyezteti. 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 – katonaorvosi karierrmodell, 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 feladat átvállalni. A kutatás aktualitását jelzi, hogy az eredmények, a másik két

kutatás eredményével együtt felhasználásra kerülnek az új csapatorvosi – katonatorvosi karriermodell kidolgozásához.

3.3. Kutatási célok

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

3.4. Kutatási módszertani leírása

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 „Kiválás 2010 – 2011 ” című kutatási projekt eredményeivel.

3.5. A kérdőíves kutatás mintavételi terve, típusa, módszere

Kutatásunkba az elmúlt 5 évben leszerelt csapatorvos 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 utóbbi években leszerelt katonatorvosainak, illetve néhány csapatorvosnak küldtem ki. Meg kell je-

gyeznem, hogy a MH Egészségügyi Központja a 11 telephelyével és 3566 fő munkavállalójával az egyik legnagyobb katonai alakulat hazánkban.²⁴⁴

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 jutatták vissza a személyügyre az érintettek. Ezért döntöttünk úgy, hogy inkább postai úton keressük meg a már leszerelt katonaorvosokat.

A már nem aktív katonák adatait a MH Egészségügyi Központ Személyügyi Osztálya bocsátotta rendelkezésünkre, akiknek a munkáját ezúton is köszönjük. A kérdőív 52 főnek került kiküldésre, melyből 16 darabot kaptunk vissza. Ez 30,7 %-os arányt jelent, ami magasabb, körülbelül a duplája, mint a MOK és a MRSZ hasonló orvoselvándorlást 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.

3.6. Kutatás támogatása az egyetemről

14 éve praktizálok foglalkozás-egészségügyi és háziorként a Magyar Honvédségben. Többször voltam misszióban is. Figyelmem a betegségek kezelése felől egyre inkább a megelőzés felé fordult és elkezdtem a betegségek pszichés aspektusát is vizsgálni. A psziché, a pszichoszomatika egyrészt kihat a munkateljesítményre, a harckészségre is. Néhány esetben találkoztam olyan fiatal tisztekkel, akik súlyos tüneteket produkáltak (megmagyarázhatatlan fejfájás és szédülés, mellkasi panaszok, gyomor panaszok) és a kikérdezés során a felettesei okozta stressz és munka közben fellépő lelki megterhelések voltak felelősek panaszaikért. A tudományos kutatásomat is ezen a területen kezdtem meg. Megelőzés szempontjából meg-

²⁴⁴ Honvédkorház telephelyei: <http://www.honvedkorhaz.hu/cikk/6/az-allami-egeszsegugyi-kozpont-telep>

vizsgáltam a téma jogi vonatkozásait is. Teszteket és a stressz szint mérésére Vicardio készüléket kaptunk kölcsön az Alkalmasság-vizsgáló Intézettől. Majd a stressz, illetve az egyéb faktorok és a leszerelés kapcsolatát kezdtem kutatni. Megismerkedtem a mobbing és munkahelyi pszichoterror elméleti vonatkozásaival. A Nemzeti Közzolgálati Egyetem Katonai Vezetéstudományi és Közismereti tanszékén Dr. Kiss Zoltán László ezredes úr javaslatára az eddig nem igazán kutatott katonai orvosi leszerelés irányába váltottam az eddig tisztán pszichológiai – preventív irányból, hiszen ez jobban összefügg a végzettségemmel, továbbá a pszichológiai vonatkozásokat sokan vizsgálták már. Mind a váltásban, mind a további kutatás támogatásában nagy segítséget kaptam a Hadtudományi Doktori Iskola és a Magyar Honvédség Egészségügyi Központ vezetőitől.

3.7. Kutatás engedélyeztetése

Kutatásomat mind Dr. Habil Nemeslaki András a Nemzeti Közzolgálati Egyetem tudományos és nemzetközi rektorhelyettese, mind Prof. Dr. Kovács László alezredes a Nemzeti Közzolgálati Egyetem Hadtudományi és Honvédtiszképző Kar tudományos és nemzetközi dékánhelyettese, továbbá Prof. Dr. Bodrogi László ny. ezredes a Nemzeti Közzolgálati Egyetem Hadtudományi Doktori Iskola vezetőhelyettese támogatta.

Az ő támogató aláírásukkal kerestem meg a Bozó Tibor dandártábornok urat a Honvéd Vezérkar Személyzeti Csoportfőnökét, aki szintén segítségét nyújtott az adatfelvételhez. Majd megkerestem a Magyar Honvédség Hadkiegészítő és Központi Nyilvántartó Parancsnokság parancsnokát, aki szintén a támogatásáról biztosított. Azonban a kapacitáshiányra hivatkozva mégsem kaptam meg a kért adatokat, így sajnos a kutatásom szempontjából fontos csapatorvosoknak nem tudtam kiküldeni a kérdőíveket.

Ezután a Magyar Honvédség Egészségügyi Központhoz fordultam, ahol szintén támogatást és segítséget kaptam, hogy a kérdőíves kutatást a leszerelt állományoknak 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.

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.

3.8. Kísérő levél

A kérdőív a következő kísérő levéllel lett elküldve:

Tisztelt Kolléga!

A Nemzeti Közzolgálati 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 válaszáat előre is köszönjük!

Dr. Jasztrab Jácint Szilárd
Nemzeti Közzolgálati Egyetem
Hadtudományi Doktori Iskola

25. ábra: kérdőívhez csatolt kísérőlevél

3.9. 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 katonarovoslásra 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 terveznénk újra a kérdéssort, akkor maximum 2 oldalban próbálnám meg összesűríteni a legfontosabb kérdéseket, viszont úgy sokkal kevesebb információt kapunk volna. Ráadásul a korábbi kutatással való összehasonlíthatóság is csorbát szenvedett volna. A további kutatásokhoz a jobb compliance miatt, egy továbbfejlesztett, rövidebb kérdőív megtervezése is megfontolandó.

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 viszonnal 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 katonaorvosi 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 leszerelése 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 szervezetet? (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?

• álláskereső; • álláskeresői járadék; • képzési támogatás; • álláskeresői 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:.....

JELENLÉGI 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?			
	egyáltalán nem okoz stresszt	kisfokú	közepes	nagyfokú
MUNKÁVAL KAPCSOLATOS ÖSSZEFÜGGÉS		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 katonatorvosi szolgálatot?

• igen; • nem.

KÖSZÖNJÜK ÖSZINTE VÁLASZÁT!

A kutatók

26. ábra: Kiküldött kérdőív (2015)

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 kikövetkeztethetők voltak.

3.10. Kérdőív engedélyeztetése

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

4. Eredmények

4.1.A katonaorvosi leszerelés és pályaelhagyás kérdőíves és interjú vizsgálatának eredményei

A következőkben ismertetem a kutatás eredményeit és a válaszadók állománykategória, rendfokozat, szakmai évek, kor és nem szerinti megoszlását.

4.1.1 Állománycsoportokra vonatkozó adatok

27. ábra és 4. táblázat: Állománykategóriák szerinti megoszlás

Állománycsoport	Fő	Százalék
Hivatásos	4	27 %
Szerződéses	11	73



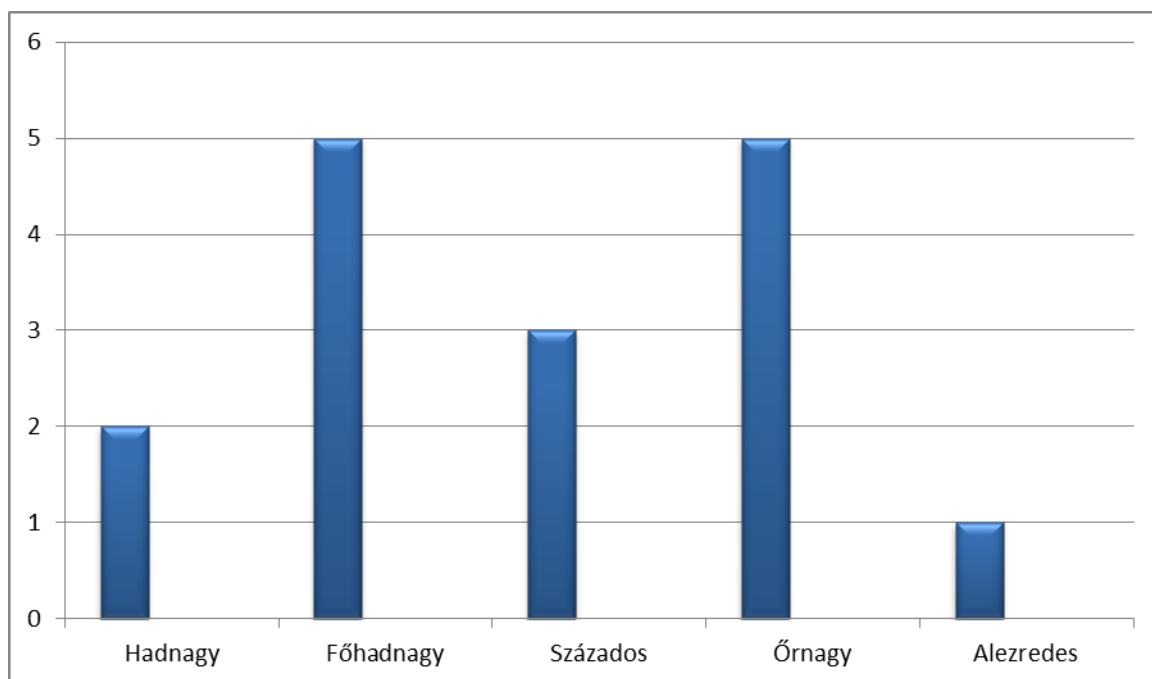
Az adatokból látható, hogy **a szerződéses katonák vannak nagyobb számban a leszereltek között.** Ez egyrészt azzal magyarázható, hogy újabban szerződéses katonaként alkalmaz orvosokat a honvédség, illetve ezen szerződések 5 év után lejárnak, ahol még egyszer meg lehet hosszabbítani azokat. A Kiválás Kutatásban az arány éppen fordítva volt. Ott a megkérdezettek 73 %-a hivatásos katona volt és csupán 27 %-uk volt szerződéses.

4.1.2. Rendfokozat

28. ábra és 5. táblázat: Rendfokozat szerinti megoszlás

Rendfokozat	Fő	Százalék
Hadnagy	2	12,5 %

Főhadnagy	5	31 %
Százados	3	19 %
Őrnagy	5	31%
Alezredes	1	6 %
Ezredes	0	



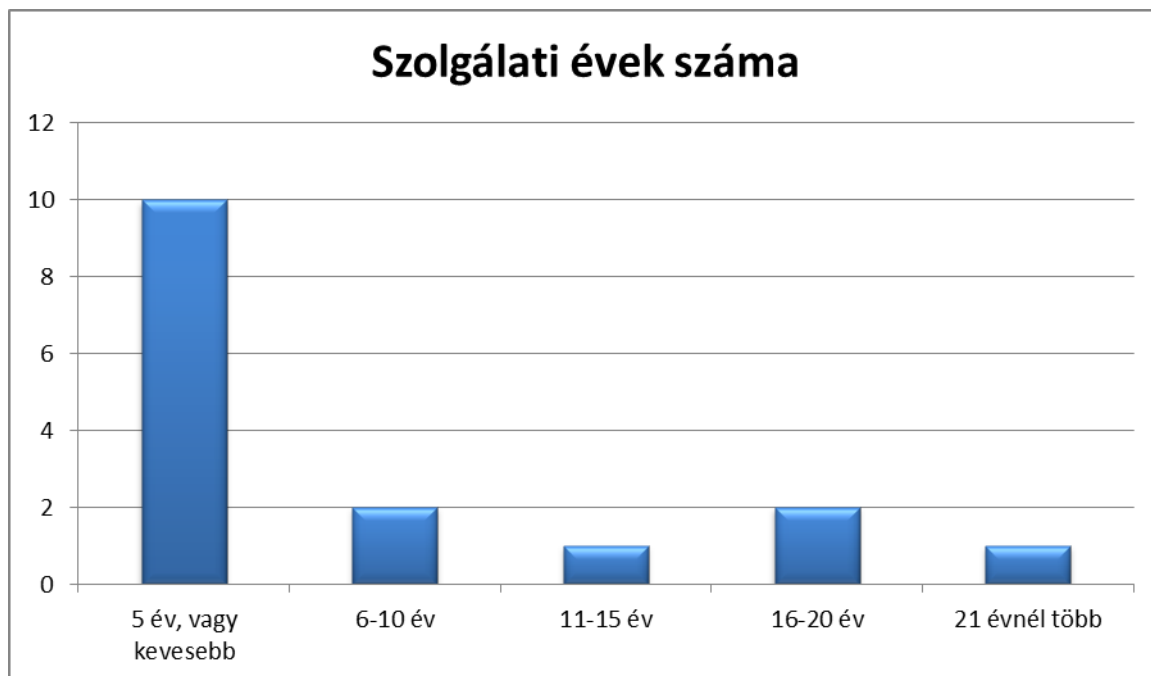
A századosi rang nagyjából a szakorvosi végzettségnek felel meg. A táblázatból látható, hogy **főleg a tapasztalt és képzett, jó néhány évet a seregben szolgált katonatorvosi állomány megy el.** A Kiválás kutatás a tisztek mellett a tiszthelyettes, zászlós, beosztott tiszteket, közalkalmazottakat is vizsgálta.

4.1.3. Szolgálati évek száma

29. sz. ábra és 6. táblázat: szolgálati évek szerinti megoszlás

Hány év szolgálati viszonyal rendelkezik?	Fő	Százalék
5 év, vagy kevesebb	10	62,5 %
6-10 év	2	12,5 %

11-15 év	1	6,2 %
16-20 év	2	12,5 %
21 évnél több	1	6,2 %



A válaszadók átlagos szolgálai ideje **8,875 év volt**. Az adatokból látható, hogy a legtöbb leszerelt katonaorvos **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 eltelte után lehet kedvező feltételekkel megszüntetni. Ez is eltér a Kiválás kutatásban kapott eredményektől. Ott a leszerelték 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 leszerelteknél 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 leszerelték.

4.1.4. Kor és nem szerinti megoszlás

30. sz. ábra és 7. táblázat: nemek szerinti megoszlás

Nemek szerinti megoszlás	Fő	Százalék
--------------------------	----	----------

Férfi	12	75 %
Nő	4	25 %



A két kutatásban résztvevők 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 az arányba egyértelműen nők dominálnak.

31. sz. ábra és 8. táblázat: életkor szerinti megoszlás

Az életkor szerinti megoszlás	Fő	Százalék
65 év felett	0	
50-65 év között	2	12 %
40-49 év között	1	6 %
40 év alatt	10	62,5 %



A válaszolók háromnegyede férfi volt, míg csupán negyede volt nő. 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 feletti 15 % volt, addig a Kiválás kutatásban e két arány jóval magasabb 36 % illetve 34 % volt. Tehát **jellemzően a fiatal katonaorvosok szerelnék le és jellemzően nem várják meg a nyugdíjkorhatár elérését a Magyar Honvédségnél.**

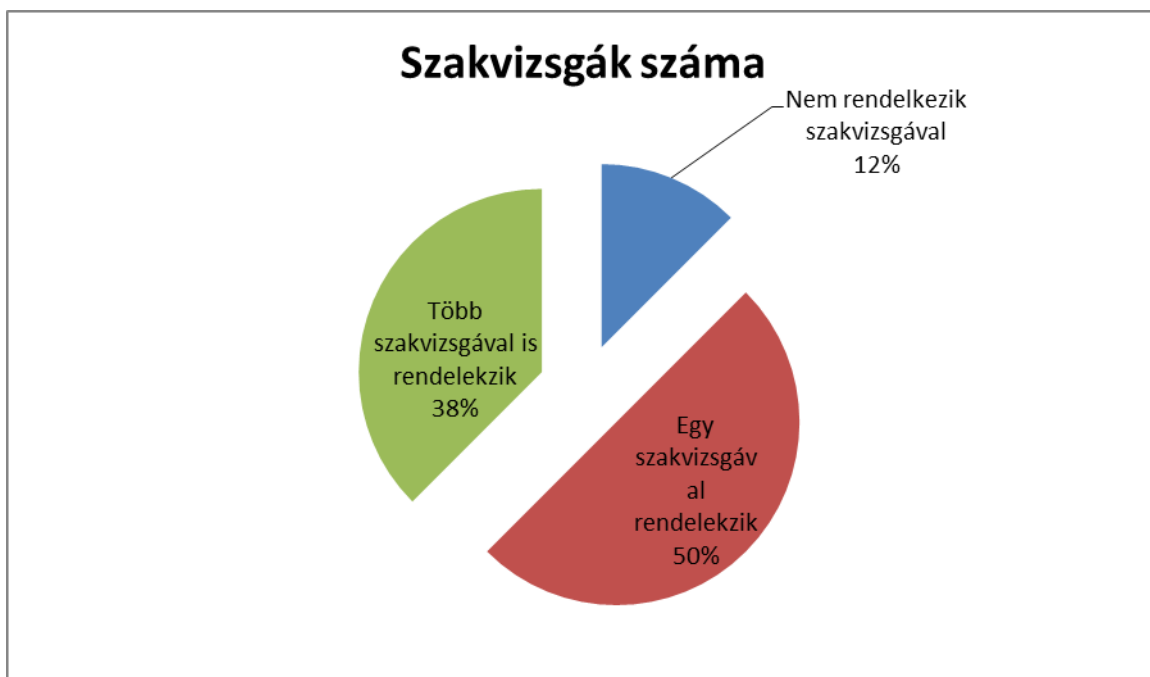
4.1.5 Diploma megszerzésének az éve és szakvizsgák száma

32. sz. ábra és 9. táblázat: diploma megszerzésének az éve



33. ábra és 10. táblázat: szakvizsgák száma

Szakvizsgák	Fő	Százalék
Sebészeti terület	3	
Belgyógyászat	2	
Repülő orvostan	1	
Honvéd és katasztrófa orvostan	1	
Foglalkozás-egészségügy	5	
Oxiológia	1	
Infektológia	1	
Háziorvostan	1	
Kardiológia	1	
Nem rendelkezik szakvizsgával	2	12,5 %
Több szakvizsgával is rendelkezik	6	37,5 %

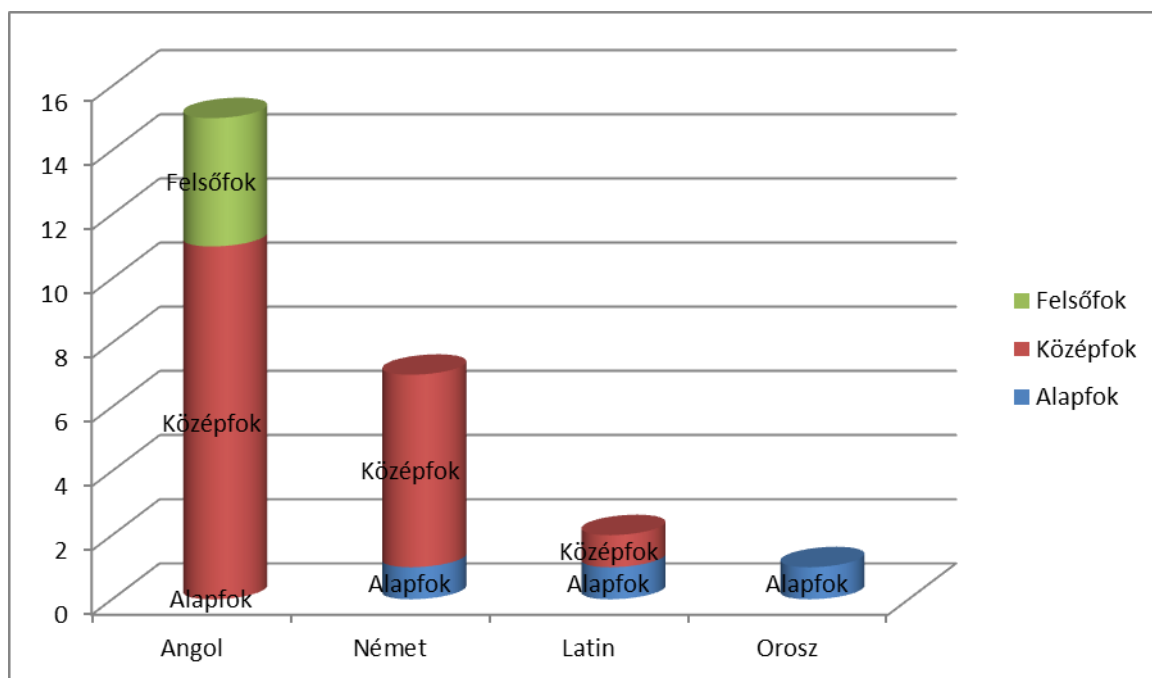


A diploma megszerzése és a leszerelés között átlagosan 14,5 év telt el. A leszereltek csupán 12,5 %-a hagyta ott a Honvédséget úgy, hogy nem szerzett szakvizsgát. Ugyanakkor **37,5 %-uknak több szakvizsgája is van, tehát jól képzett szakemberekről van szó.** Arányait tekintve **a legtöbb leszerelt foglalkozás-egészségügyi szakvizsgával rendelkezik.** Ők főleg a csapatoknál szolgáltak és ezen a területen maradt el a bélrendezés, ami megmagyarázhatja a leszerelés magasabb arányát.

4.1.6. Nyelvtudás szintje

34. ábra és 11. táblázat: nyelvtudás szintje

Nyelvtudás szintje				
Nyelv	alapfok	középfok	felsőfok	együtt összesen
Angol		11	4	15
Német	1	6		7
Latin	1	1		2
Orosz	1			1



A válaszadók mindegyike rendelkezik nyelvvizsgával. Angolul igen jól beszélnek, második nyelvként a német van jelen. 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 16 %-uk beszél felsőfokon angolul a 4,8 %-os korábbi adattal szemben. Továbbá az orosz nyelv ismerete nem jellemző, míg a Kiválás kutatásban ez az arány 44 % tett ki és ott az orosz felsőfok aránya nagyságrendileg az angollal megegyező volt.

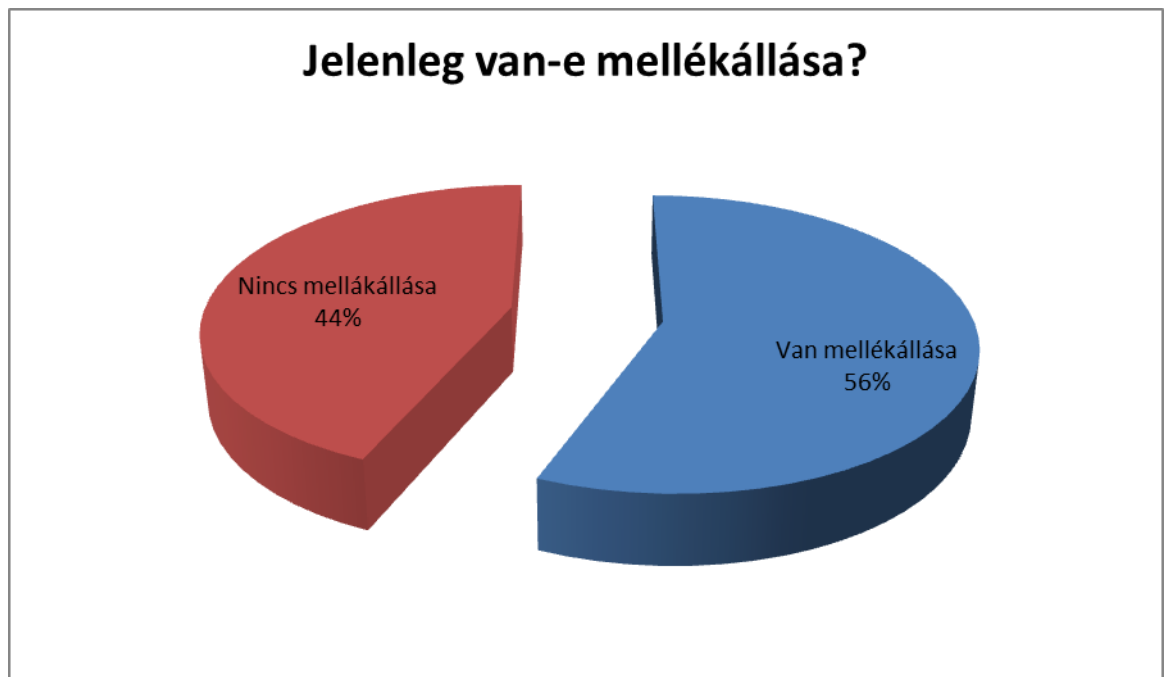
4.1.7. Tudományos munkák

A leszereltek közül 1 fő rendelkezik tudományos fokozattal.

4.1.8 Jelenlegi mellékállásra vonatkozó adatok

35. ábra és 12. táblázat: jelenlegi mellékállások

Jelenleg van-e mellékállása?	Fő	Százalék
Igen	9	56 %
Nem	7	44 %



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

4.1.9. Missziós szolgálatra vonatkozó adatok

13. táblázat: Missziós katonai szolgálat aránya

Missziós katonai szolgálat aránya	Fő	Százalék
Nem volt soha misszióban	7	43 %
Missziós szolgálatot teljesített	9	56 %

14. táblázat: Missziós szolgálatok gyakorisága

Missziós szolgálatok gyakorisága	Fő	Százalék
1-szer volt misszióban	4 fő	40 %
2-szer volt misszióban	1 fő	10 %
3-szor volt misszióban	3 fő	30 %
5-ször volt misszióban	1 fő	10 %

**36.ábra: missziós szolgálatok száma és aránya**

A missziós szolgálat egyrészt plusz bevételforrást jelenthet, ugyanakkor hosszú időre kiszakíthatja a katonaorvost a családból, illetve az itthon felépített praxisból. A válaszadók nagy része, 56 %-a volt misszióban a pályája során. A kiküldetést megjáró katonaorvosok több mint a fele nem is egyszer, hanem egyikük 2-szer, hárman 3-szor, illetve egy fő 5-ször is részt vett külföldi szolgálatban. Ebből megállapítható, hogy **a leszereltek között a külföldi szolgálat igen gyakori volt.**

4.1.10. Katonaorvosi pálya motivációja

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

Az utánpótlás toborzása szempontjában is érdemes megvizsgálni, hogy ki miért dönt úgy, hogy a belép a Magyar Honvédségbe. A katonaeorvosi pálya választásában a következő okok merültek fel: legnagyobb arányban, a válaszadók felénél (8 esetben) a **katonaorvosi pálya jelentette kihívások és változatosság, új lehetőségek és a pálya érdekessége, a tiszti 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. Ezt szintén megszüntették azóta, így egyre kevesebb orvos kerül kapcsolatba a sereggel. Megemlíítésre 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. Most 1 év alatt mindössze 1 főt vettek fel a 8 jelentkezőből a fizikai alkalmasság nem teljesítése miatt. Szintén megemlíítésre 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 katonaorvosnak.

4.1.11. A katonaorvosi pályával kapcsolatos teljesült elvárások

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

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 korkedvezményes nyugdíj**, a tiszti 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.

4.1.12. A nem teljesült elvárások

Érdekes, hogy mind a teljesült, mind a nem teljesült elvárásokat ugyanolyan arányban (37,5 %) a **magasabb fizetés iránti igény** vezeti. 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 katonaorvosok 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, előljáró, rendfokozat miatt betölthe-**

tetlen beosztások, fizetés nem emelkedett - értéke csökkent, cafeteria elvétele, katonai kitelepülés alkalmával elfogyasztott élelmiszer levonása a járandóságból, **felesleges adminisztrációs terhek, szervezetlenség-fejetlenség**, szerény jogkör miatti tehetetlenség’.

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. Nyilván kevesebb pénzzel nem lehet a munkavállalókat átcsábítani a katonai pályára. A tisztek bértábla alapján kapják a zsoldjukat, míg leszerelve civilként visszafoglalkoztatva esetenként jobb feltételeket is kiharcolhatnak magunknak.

Már nincs szolgálati lakás, nincs korkedvezményes nyugdíj, ami szintén előnyt jelentett. Az ösztöndíjas rendszer sem működik úgy, mint korábban. Ezeknek az utánpótlás biztosításában és a sereghez 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 katonaeorvosokat, mivel leszerelés esetén ezektől a juttatásoktól elesnének.

A biztos állást és a kiszámíthatóságot az állandó, gyakran a kormányváltások után jelentkező átszervezések veszélyeztethetik.

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.

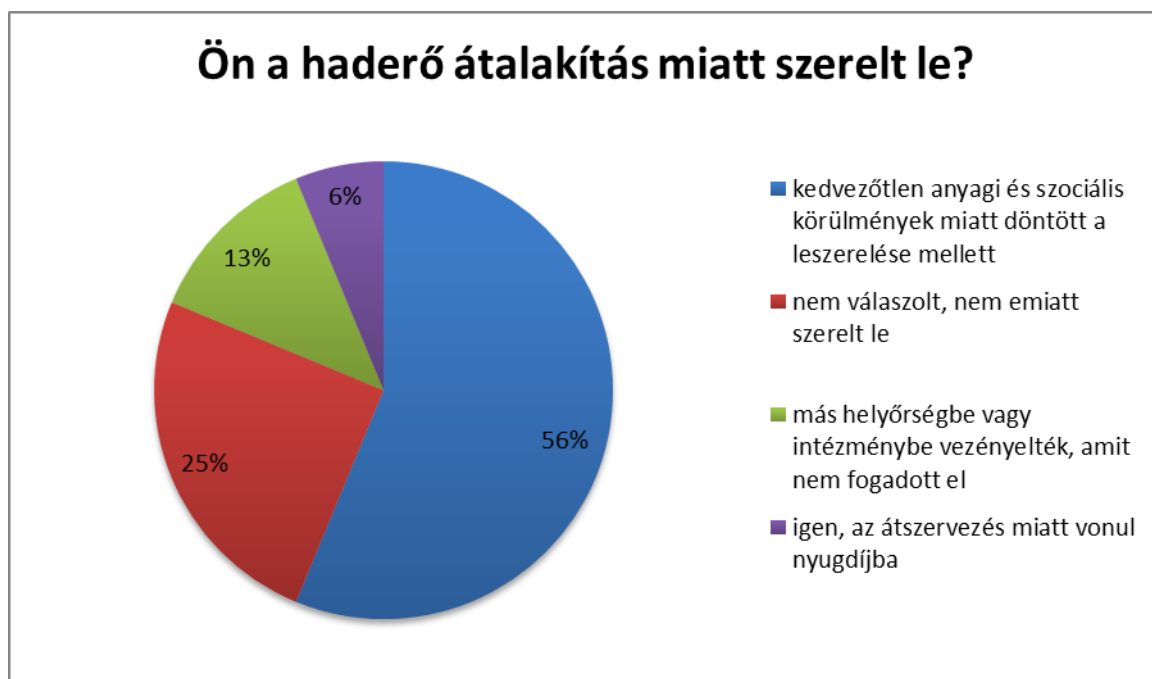
A fizetés után az orvosi hivatás sajátságából adódóan a szakmai fejlődés biztosítása következik. Ez egyénenként változik, van, aki kórházban, van, aki csapatoknál és van, aki kutatni, illetve irodai, irányító munkát szeretne végezni. Ezért fontos lenne az egyéni igényeknek megfelelő karrier-pályát biztosítani a katonaeorvosoknak. Továbbá a gyógyító pálya élethosszig tartó tanulást kíván, és ahhoz hogy valaki a területe legjobbja legyen, és sikeres gyógyító váljon belőle fontos, hogy mind a szakképzésében, mind a megfelelő gyakorlatok megszerzésében támogatást kapjon. Az anyagiak után ez a legfontosabb szempont, melyet biztosítani kellene.

4.1.13. Haderő átalakítás

A haderő átalakítás, a rendszeres átszervezések komoly bizonytalansági tényezőket és stresszt jelentenek. Példaként említem meg azt, hogy a Honvéd Kórháznak is néhány évente új neve van. Komoly problémát jelentett a Belügyminisztérium és MÁV Kórházzal való összeolvadás is, jelenleg 10-nél is több telephelye van a kórháznak. 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.

37. ábra és 15. táblázat: haderő átalakítás szerepe a leszerelésben

Ön a haderő átalakítás miatt szerelt le?	Fő	Százalék
igen, az átszervezés miatt vonult nyugdíjba	1	6 %
sorozatos átszervezések során beosztása megszűnt, alacsonyabb beosztást ajánlottak fel, melyet nem fogadott el	0	
más helyőrségbe vagy intézménybe vezényelték, amit nem fogadott el	2	13 %
kedvezőtlen anyagi és szociális körülmények miatt döntött a leszerelése mellett	9	56 %
nem válaszolt, nem a fentiek miatt szerelt le	4	25 %



A **haderő átalakítása nem volt döntő oka a leszereléseknek**. Csupán a válaszadók 19 %-a jelölte meg, hogy az átszervezés, illetve más helyőrségbe, intézményhez való vezénylés miatt döntött a kiválás mellett. A válaszadók több mint a fele viszont a **rossz anyagi és szociális körülmények** miatt döntött a leszerelés mellett.

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.

4.1.14. A leszerelés döntő okai

38. ábra és 16. táblázat: leszerelés döntő okai

Mi a döntő oka, hogy kilépett a Magyar Honvédség szervezeti kötelékéből?	Fő
lejárt a szerződése	5
megszűnt a szolgálati viszonya	
nyugdíjkorhatárt elérte és nyugállományba vonult	
nyugdíjkorhatárt elérte, de nem vonult nyugdíjba	
megfizettség hiánya	7
szakmai előmeneteli lehetőségek hiánya	10
beosztási előmeneteli probléma	2
rendfokozati előmenetel hiánya	3
közvetlen munkahelyi vezetővel nem jött ki	2
kollégákkal nem jött ki	
beosztottakkal nem jött ki	
stresszes munkahely	
kiszámíthatatlan beosztási, ügyeleti rendszer	4
egyéb ok	7



Az eredményekből látható, hogy orvosként milyen fontos a **szakmai előmenetel biztosítása**, ugyanis a pályát az élethosszig tartó tanulás jellemezi. Egyre újabb eljárások, gyógyszerek és technikák jelennek meg, továbbá ahhoz, hogy az ember jó orvos legyen rengeteg tanulásra és továbbképzésre van szükség. Az **anyagiak fontossága** itt is leolvasható az ábráról, de ez csak a második helyen szerepel.

A szerződéses katonák a **szerződés lejárta után** szintén itt hagyják a Honvédséget. Ez a szerződések sajátosságából adódik és megegyezik a Kiválás kutatásban kapott eredményekkel.

Eztán a **beosztásban, illetve az előmenetelben tapasztalható problémák** következtek.

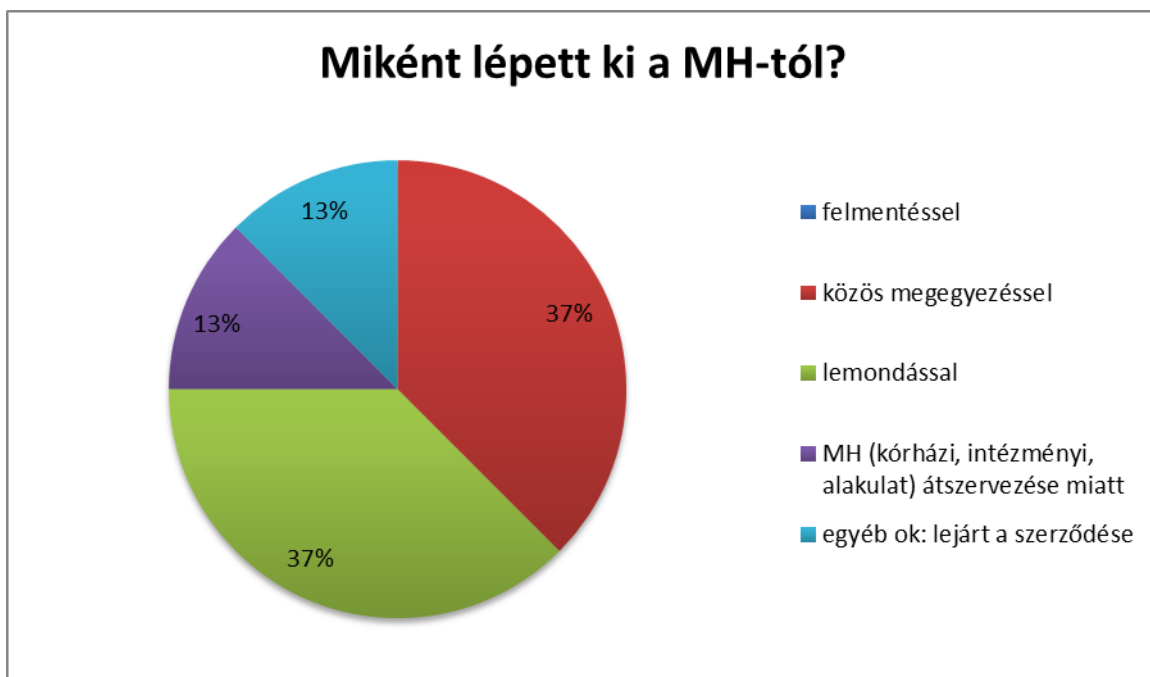
Megemlítsre került a **közvetlen előljáróval való konfliktus**, illetve a **kiszámíthatatlan ügyeleti rendszerből** fakadó és kiégéshez vezető stresszforrás. Megjegyzendő, hogy a több műszakos munkavégzést egyébként rákkeltőnek találták több kutatásban.

Egyéb okként a következő indokok lettek még megjelölve: ' **hazaköltöttem, ott nincs helyőrség** '. ' **pénz, előljáró, lehetőségek hiánya, érdektelenség** ', ' **családi ok** ', ' **szervezeti átalakítással kapcsolatos létszámcsökkentés** ', ' **szakmai lehetőségek hiánya** ', ' **külföldi misszió** ', ' **csökkenő fizetés** '.

4.1.15. A leszerelés mikéntje

39. ábra és 17. táblázat: leszerelés módja

Miként lépett ki a MH-tól?	Fő	Százalék
felmentéssel	0	
közös megegyezéssel	6	37 %
lemondással	6	37 %
MH (kórházi, intézményi, alakulat) átszervezése miatt	2	13 %
egyéb ok: lejárt a szerződése	2	13 %



A válaszokból látható, hogy a szerződéses katonák főleg a szerződés lejártakor közös megegyezéssel, míg a hivatásos állomány tagjai lemondással távoztak. Egy fő kordedvezményes szolgálati nyugdíjba ment az átszervezés miatt, de szerződéssel tovább dolgozik a hadseregénél.

40. ábra és 18. táblázat: leszerelési támogatás

Leszerelése alkalmával járandóságait megkapta?	Fő	Százalék
részben	4	25 %
hiánytalanul	12	75 %



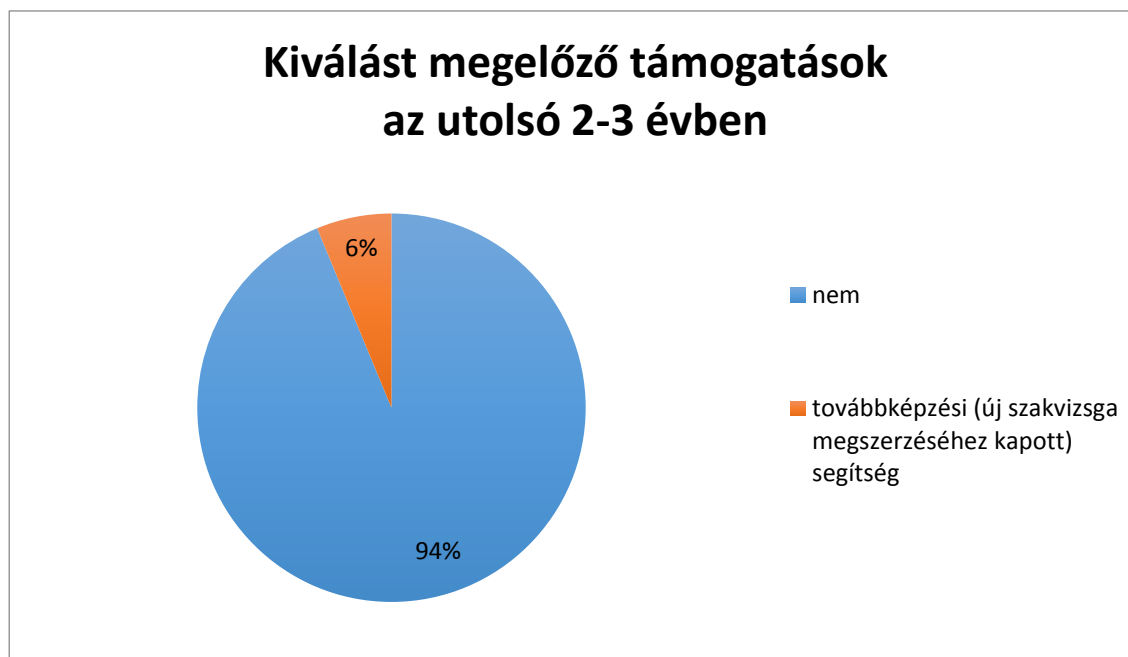
A katonaeorvosi pályát elhagyók többsége (75%) a leszerelés alkalmával a **járandóságait megkapta**. Akik nem így jártak, azok a következő válaszokat adták: Egy válaszoló a járandóságának '95%-át leadózta'. Egy fő jelezte, hogy a leszerelési pénzt csak részben kapta meg. Egy fő jelezte, hogy 'bennmaradt 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.

4.1.16. Magyar Honvédségtől kapott támogatások

41. ábra és 19. táblázat: kiválást megelőző támogatások

A kiválást megelőző 2-3 évben részesült-e valamilyen támogatásban a Magyar Honvédség részéről?	Fő	Százalék
nem	15	
nyelvtanfolyam		
OKJ-képzés		
ECDL-tanfolyam		

átképzési segély, illetve beiskolázás		
továbbképzési (új szakvizsga megszerzéséhez kapott) segítség	1	

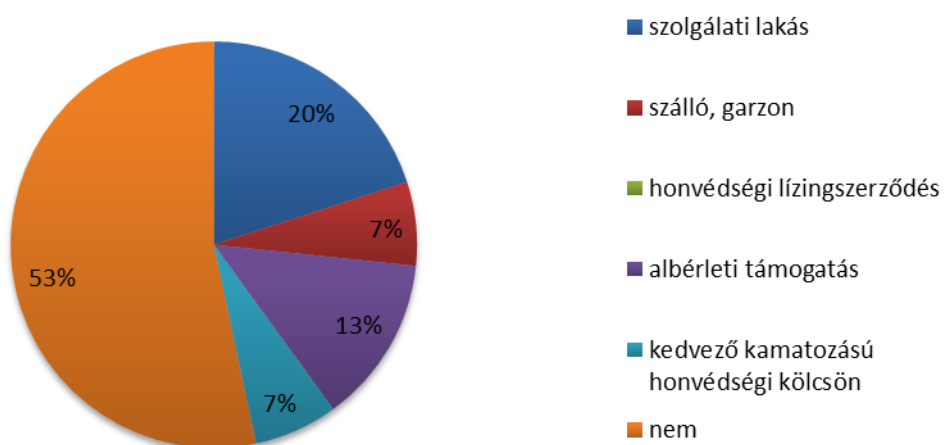


4.1.17. Lakhatás támogatása és megoldottsága

42. ábra és 20. táblázat: honvédségi lakhatási támogatás

A Magyar Honvédségtől kapott-e támogatást lakhatása megoldásában?	Fő	Százalék
szolgálati lakás	3	
szálló, garzon	1	
honvédségi lízingszerződés		
albérleti támogatás	2	
kedvező kamatozású honvédségi kölcsön	1	
nem	8	

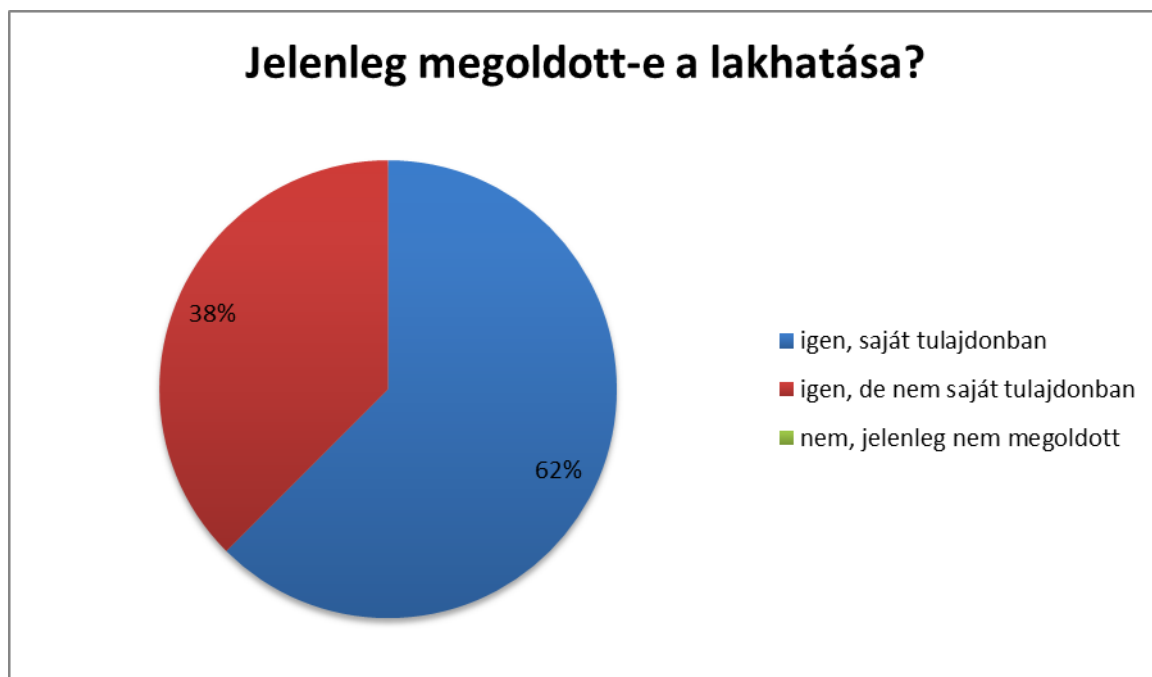
A Magyar Honvédségtől kapott-e támogatást lakhatása megoldásában?



2 fő szolgálati lakást, 1 fő szállón történő elhelyezést kapott a Magyar Honvédségtől.

43. ábra és 21. táblázat: jelenlegi lakáshelyzet

Jelenleg megoldott-e a lakhatása?	Fő	Százalék
igen, saját tulajdonban	10	
igen, de nem saját tulajdonban	6	
nem, jelenleg nem megoldott		

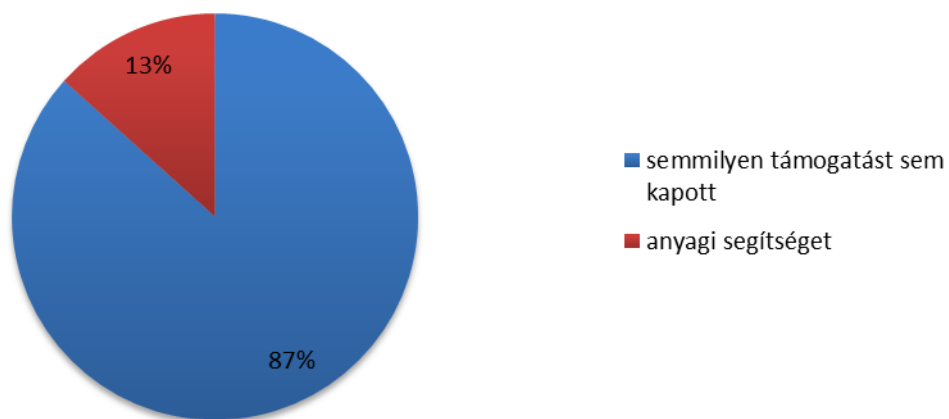


4.1.18. Leszerelés segítésére vonatkozó adatok

44. ábra és 22. táblázat: leszerelési támogatás és segítség

Kilépéskor kapott-e valamilyen segítséget a Magyar Honvédségtől?	Fő	Százalék
semmilyen támogatást sem kapott	13	
képzési támogatás		
tájékoztatást (információs segítség)		
anyagi segítséget	2	
állskereső tréning		
állásbörze		

Kilépéskor kapott-e valamilyen segítséget a Magyar Honvédségtől?

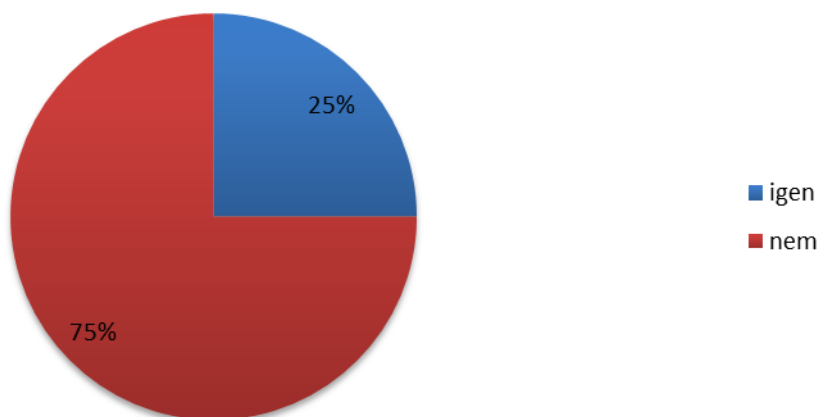


A Kiválás kutatásban résztvevők fele nem kapott semmilyen támogatást le-szereléskor, mi a kutatásunkban azonban egy fő kivételével – aki le-szerelési segély-ben részesült - mindenki (87 %) ezt a választ jelölte meg.

45. ábra és 23. táblázat: szüksége lett volna le-szerelési támogatásra és segítségre

Hogyan látja, kellett volna, hogy kilépéskor támogassa Önt a Magyar Honvédség?	Fő	Százalék
igen	4	
nem	12	

Hogyan látja, kellett volna, hogy kilépéskor támogassa Önt a Magyar Honvédség?



A válaszadók (75%-a) **többsége nem is igényelt volna támogatást**, csupán 25 %-uk tartott volna erre igényt. Ez az arány, vagyis a támogatás igénye a Kiválás kutatásban magasabb, 52.2 % volt.

Rákérdeztünk arra is, hogy honvédségi támogatást mely területen igényeltek 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.

A válaszokból látható, hogy információt és álláskeresésben való segítséget semelyik válaszadó nem 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 régebben leszereléskor megkapták a katonák.

4.1.19. Kilépés utáni munkakeresésre vonatkozó adatok

24. táblázat: kilépés után munkakeresésre vonatkozó adatok

Kilépés után tervezte-e, hogy felkeresi az illetékes munkaügyi szerveket?	Fő	Százalék

(ha még nem érte el a nyugdíj korhatárt)		
igen		
nem	16	

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.

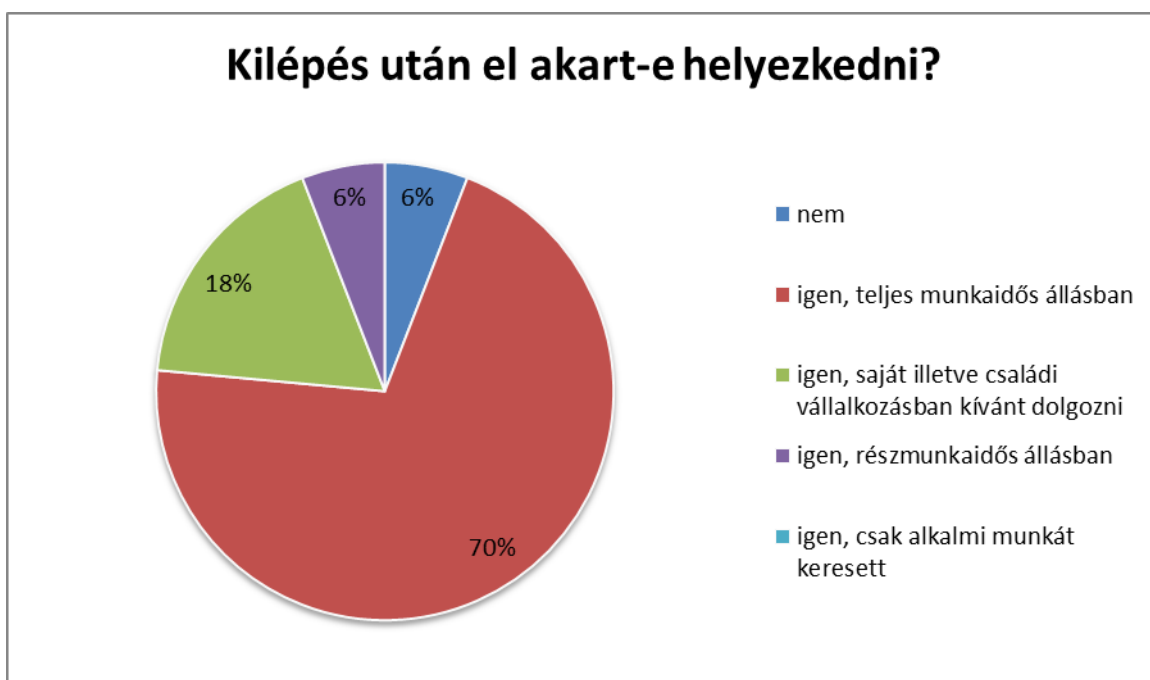
25. táblázat: Állami Foglalkoztatási Szolgálatról igénybevett szolgáltatások

Amennyiben megtörtént az Ön Állami Foglalkoztatási Szolgálathoz (ÁFSZ) való irányítása, akkor Ön mely munkaerő-piaci szolgáltatásokat vett ott igénybe?	Fő	Százalék
álláskeresés		
álláskeresési járadék		
képzési támogatás		
álláskeresési segély		

Erre a kérdésre senki sem válaszolt, ami érthető, hiszen döntően főleg 40 év alatti, fiatal, jól képzett, szakvizsgával rendelkező, nyelveket beszélő, tanulni és fejlődni vágyó tehetséges kollégák hagyták el a sereget, akik feltehetően **könnyen találnak munkát maguknak**.

46. ábra és 26. táblázat: leszerelés utáni munkába állás szándéka

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



Érdekes módon a két kutatás arányai nagyjából megegyeznek. Mindkét kutatásban a többség (70 % illetve 60 %) **teljes munkaidős állás keresett** leszerelés után. 18 %-uk **saját, illetve családi vállalkozásban** kívánt dolgozni. Orvosként kevesen kerestek **részmunkaidős állást**. Egy fő munka helyett **nyelvet tanult** inkább a külföldi munkavállaláshoz.

47. ábra és 27. táblázat: külföldi munkavállalás szándéka

Külföldi munkavállalásban gondolkodott-e a kilépést követően?	Fő	Százalék
Nem, nem szeretne külföldön dolgozni	9	
Igen, néhány éven belül külföldön szeretne dolgozni	1	
Igen, a külföldi munkavállalás miatt szerelt le	5	



Az Aktív Fiatalok Magyarországon kutatócsoport 800 fős mintán végzett vizsgálatából kiderül, hogy az egyetemisták 37 %-a tervezi egyenesen a külföldi letelepedést, és ez az arány az orvostanhallgatóknál a legmagasabb.²⁴⁵

A végzett orvosoknál a külföldi munkavállalás utáni vágy körülbelül 15 és 20 % közül mozog. Külföldön általában a gyakorlattal rendelkező, nyelveket jól beszélő szakembereket keresik. A leszerelt kollégák éppen ilyenek. A **többség (60%) azonban nem szeretne 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.

48. ábra és 28. táblázat: munkakeresés során felkeresett szervezetek

²⁴⁵ Medical online: Az orvostanhallgatók közt a legerősebb a kivándorlási kedv; 2015. július 15.
http://www.medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/az_orvostanhallgatok_kozt_a_legerosebb_a_kivandorlasi_kedv

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



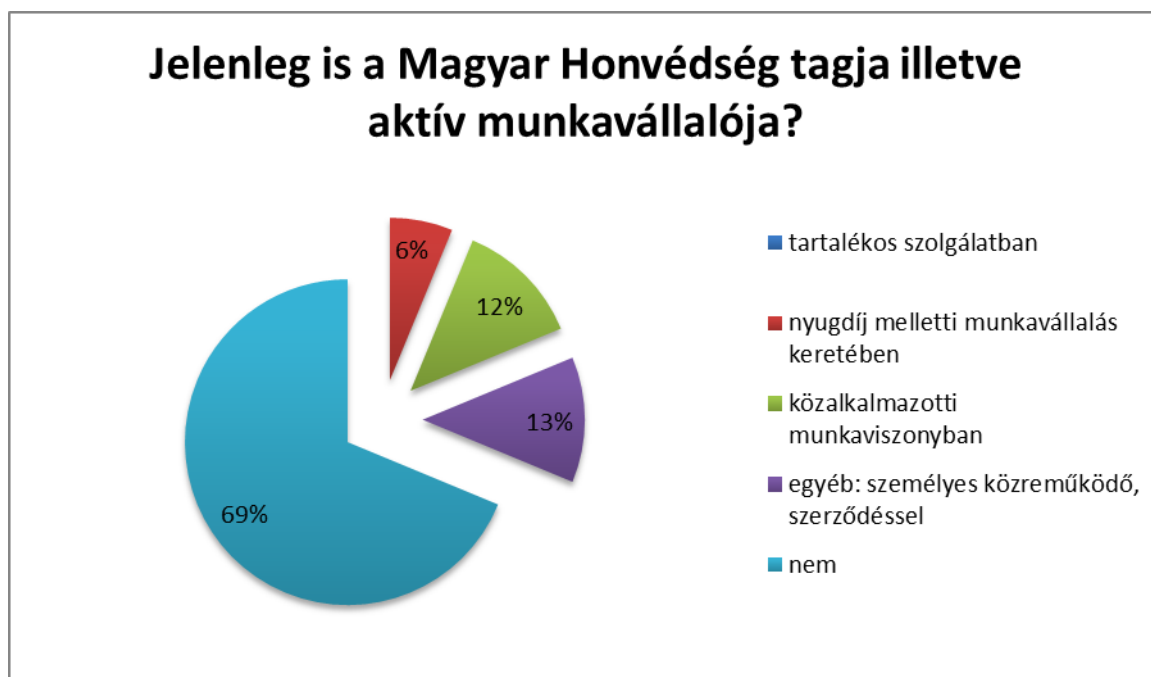
Relatíve sokan próbálkoztak a **fegyveres és rendvédelmi szerveknél** elhelyezkedni. Ez az arány a Kiválás kutatásban is magas arányt tett ki, bár ott a többség (70%) egyéni vállalkozásokat is megkeresett. Ez érthető is, mivel néhányan a szerződés lejárta után maradtak közalkalmazottként, illetve részmunkaidőben szerződéses munkaviszonnyal a Honvédségnél. **Kórházi állások keresése, egyéni vállalkozás indítása, illetve külföldi munkalehetőségek keresése** voltak a leggyakoribb munkalehetőségek, ahol próbálkoztak.

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

4.1.20. Jelenlegi munkahely

49. ábra és 29. táblázat: jelenleg is a MH tagja, munkavállalója-e?

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



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 megkérdezettek majdnem egy harmada vagy a nyugdíj mellett, vagy közalkalmazottként, vagy részállású szerződéses munkaviszony keretében **továbbra is a seregnél 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 miszsióba.

Továbbá meg kell említeni, hogy **senki sem dolgozik tartalékosként**.

50.ábra és 30. táblázat: újabb szakvizsga megszerzésének a terve

Kilépés után jelentkezett-e újabb szakvizsga tanfolyamra?	Fő	Százalék
igen	5	
nem	11	



A korábbi válaszokból kiderült, hogy a leszerelt katonaorvos kollégák nagy része már rendelkezik szakvizsgával, mégis ehhez képest igen **nagy részük (31%) újabb szakvizsgaképzésre jelentkezett a leszerelés után**. Ez is alátámasztja a képzés támogatásának a fontosságát.

51. ábra és 31. táblázat: pályaváltási szándék

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

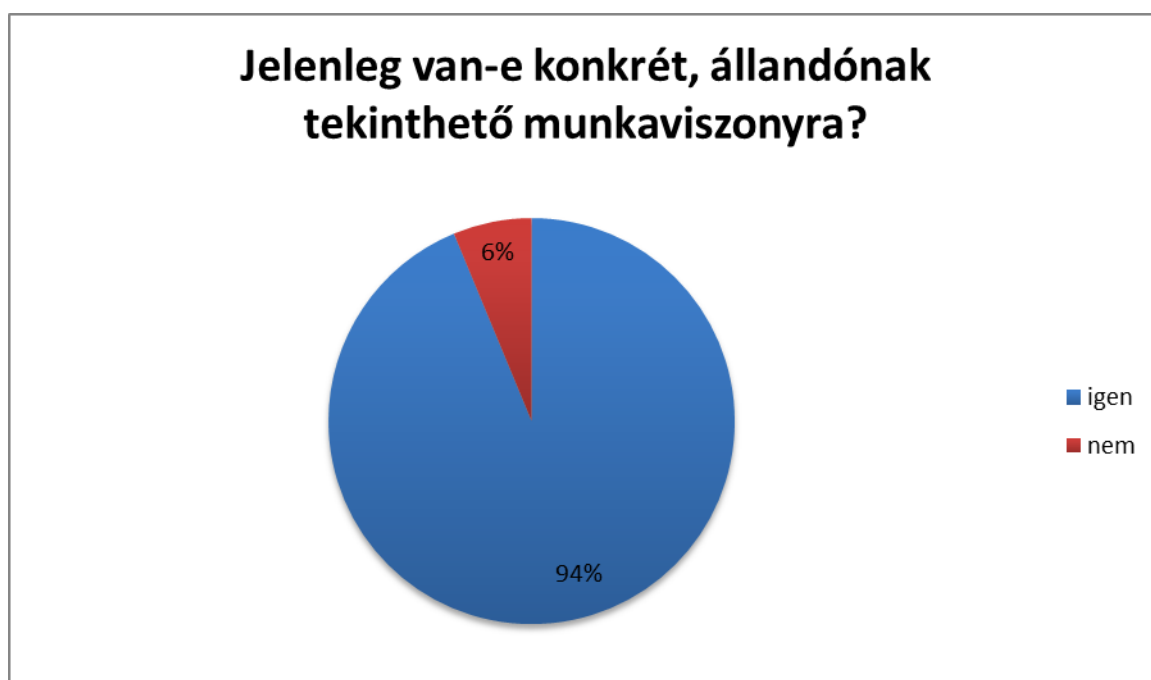


Orvosként a pálya elhagyására és pályaváltásra nem sok lehetőség van, mivel csupán néhány terület kompatibilis az orvosegyetemen megszerzett diplomával. Más, nem gyógyítással kapcsolatos terület választása esetén az itt megszerzett tudást nem igazán lehet használni. Ez lehet a magyarázata annak, hogy **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.

52. ábra és 32. táblázat: jelenleg van-e állandó munkaviszonya

Jelenleg van-e konkrét, állandónak tekinthető munkaviszonyra?	Fő	Százalék
igen	15	
nem	1	

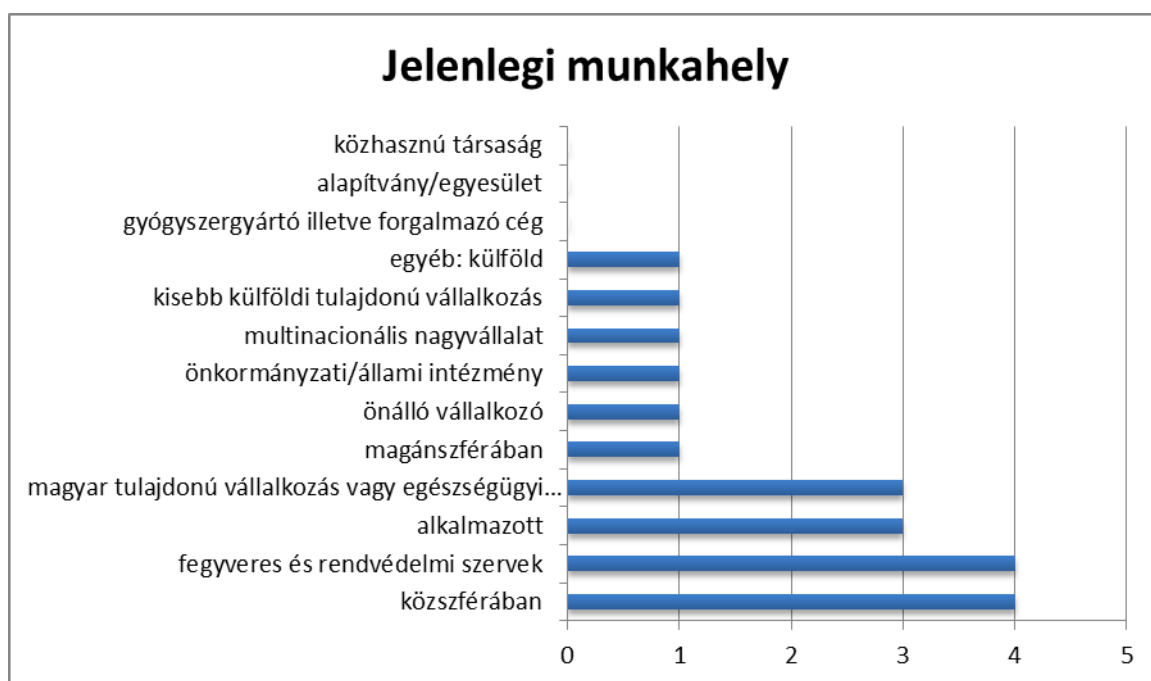


A haderő elhagyása után **gyakorlatilag mindenkinek volt munkája**. Az egyetlen fő, akinek nem volt, nyelvtanulás miatt maradt otthon, hogy a későbbiekben külföldön tudjon dolgozni. Ez az arány a Kiválás kutatásban nem ilyen. Ott a leszerelt katonák felének nincs állandó munkaviszonya, és több mint 20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

53. ábra és 33. táblázat: jelenlegi munkahelye

Amennyiben önnek jelenleg van állandó tekinthető állása, akkor ön hol dolgozik? (több is bejelölhető)	Fő	Százalék
közszférában	4	
magánszférában	1	
alkalmazott	3	

önálló vállalkozó	1	
fegyveres és rendvédelmi szervek	4	
önkormányzati/állami intézmény	1	
multinacionális nagyvállalat	1	
alapítvány/egyesület		
kisebb külföldi tulajdonú vállalkozás	1	
közhasznú társaság		
magyar tulajdonú vállalkozás vagy egészségügyi intézmény	3	
gyógyszergyártó illetve forgalmazó cég	0	
egyéb: külföld	1	

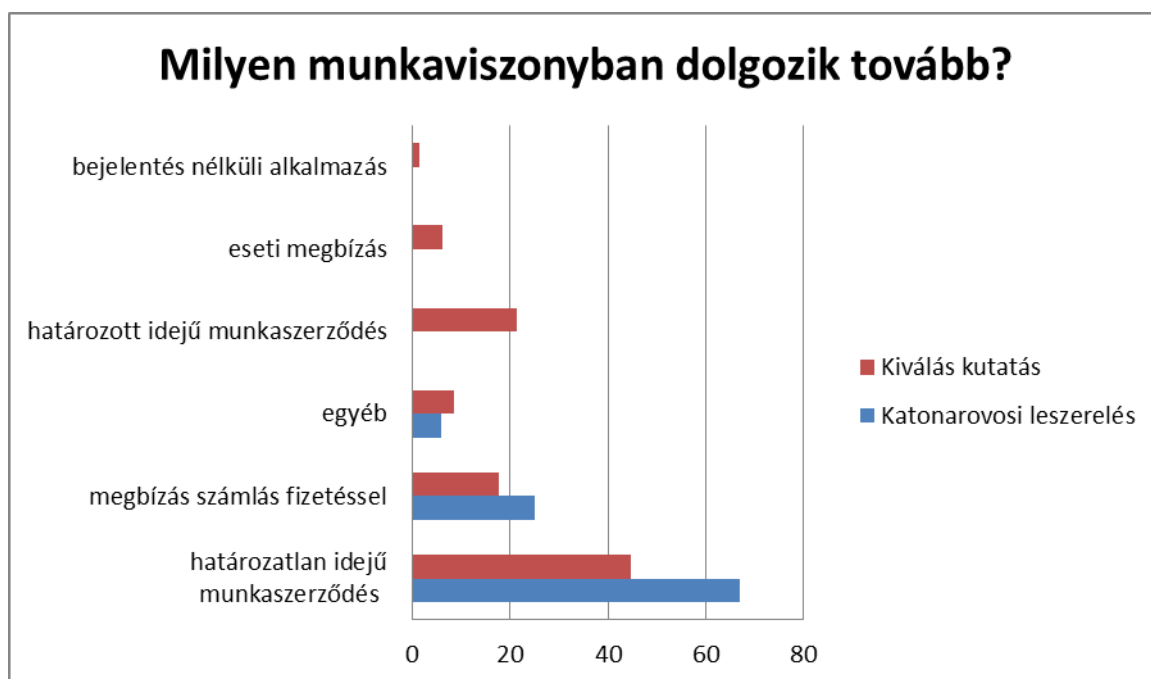


Mindkét kutatásban a fegyveres és rendvédelmi szerveknél lévő munkahely vezet. Ezt a közsféra, alkalmazott munkaviszony, magyar tulajdonú vállalkozásban betöltött állás követi. Néhányan önálló vállalkozásban dolgoztak és szintén néhányan a külföldöt jelölték meg.

54. ábra és 34. táblázat: munkaviszony típusa

Milyen munkaviszonyban dolgozik tovább?	Fő	Százalék
határozott idejű munkaszerződés	0	

határozatlan idejű munkaszerződés	11	67 %
megbízás számlás fizetéssel	4	25 %
eseti megbízás	0	
bejelentés nélküli alkalmazás	0	
egyéb	1	6 %

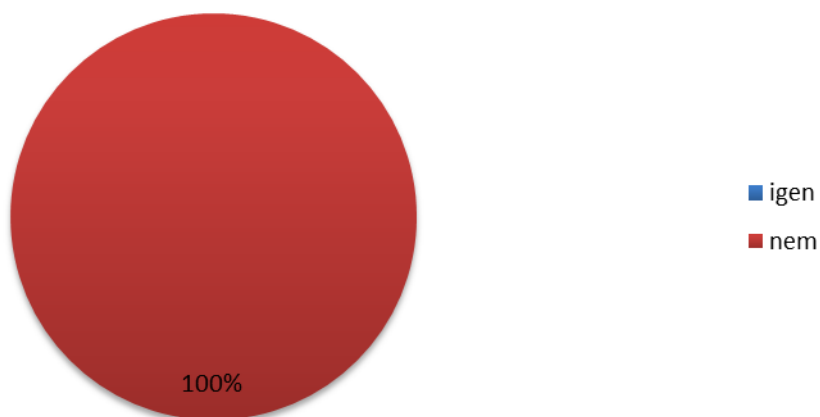


Mindkét kutatásban a határozatlan idejű munkaszerződés (67 %) fordult elő leggyakrabban, ezt a számlás megbízási szerződések (25 %) követték. Más megbízási forma (az 'egyéb' kívül) nem fordult elő náluk.

55. ábra és 35. táblázat: közigazgatásban való elhelyezkedés

Tervezte-e Ön hogy az új karrier modell szerint a közigazgatásban fog elhelyezkedni?	Fő	Százalék
igen		
nem	16	100%

Tervezte-e Ön hogy az új karrier modell szerint a közigazgatásban fog elhelyezkedni?



56. ábra és 36. táblázat: önkéntes tartalékos rendszerbe való jelentkezés

Jelenlegi helyzetben tervezi-e, hogy a vonatkozó törvény szerint jelentkezik az önkéntes tartalékos haderő kötelékébe?	Fő	Százalék
igen		
nem	16	100%



Az új honvédségi életpálya modellben szerepel a munkavállaló közsférába 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.

4.1.21. Stressz szintre vonatkozó kérdések

57. ábra és 37. táblázat: stressz

Mennyire tartotta stresszesnek korábbi honvédségi munkahelyét?	Fő	Százalék
egyáltalán nem volt stresszes	1	8 %
kissé stresszes volt	7	59 %
közepesen stresszes volt	3	25 %

nagyon stresszes volt	1	8 %
Nem válaszolt	3	



Jellemzően a katonaeorvosi munkát a válaszadók 2/3-ada kissé vagy egyáltalán nem tartotta stresszesnek.

Mely tényezőket tartotta a legfontosabb stresszforrásnak a Magyar Honvédség-nél?

38. táblázat: stresszforrások

Véleménye szerint a legfontosabb stresszforrások a Magyar Honvédségben?				
Tényező	Adott tényező milyen mértékig okozott stresszt?			
MUNKÁVAL KAPCSOLATOS ÖSSZEFÜGGÉS	egyáltalán nem okoz stresszt	kisfo- kú	közepes	nagyfokú
	stresszt jelentett Önnek			
rossz kommunikáció (+ 15%)	2	5	6	3
a probléma-megoldás és személyes fej- lődés támogatásának alacsony szintje (+	1	4	5	6

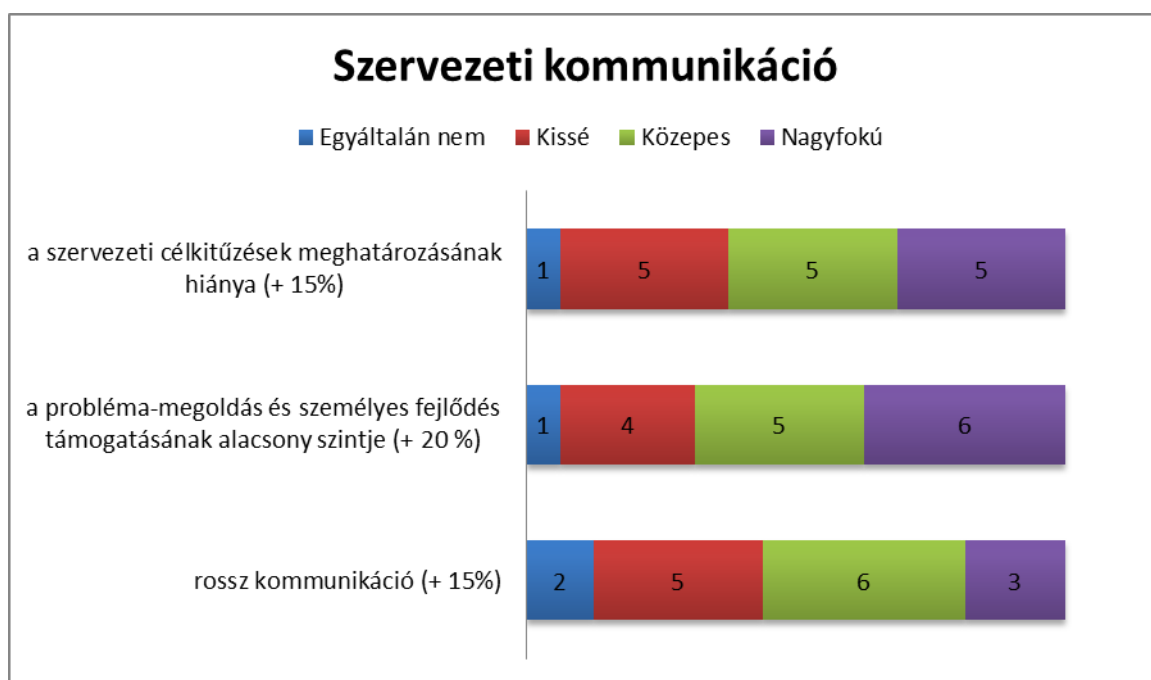
20 %)				
a szervezeti célkitűzések meghatározásának hiánya (+ 15%)	1	5	5	5
a szervezetben betöltött szerep félreérthetősége (- 10%)	3	7	5	1
szervezetben belül konfliktus a szerepek között (- 3 %)	2	6	7	1
szervezetben belüli emberekért való felelősség (- 32 %)	7	7	2	0
karrier egy helyben állása és bizonytalansága (- 3 %)	4	5	3	4
kinevezés túl magas vagy túl alacsony szint (- 12,5 %)	6	4	3	3
alacsony fizetés (- 5 %)	4	6	2	4
állás bizonytalansága (- 48 %)	12	3	1	
a munka alacsony társadalmi értéke (- 28 %)	5	9	2	
alacsony szintű részvétel a döntéshozatalban (- 28%)	8	3	5	
munka feletti ellenőrzés hiánya (- 33 %)	7	7	2	
társadalmi vagy fizikai elszigeteltség (például misszió alatt) (- 20 %)	5	7	3	1
a felettesekkel való rossz viszony (- 30 %)	7	5	4	
emberek közötti konfliktus (- 28%)	4	7	5	

társadalmi támogatás, megbecsülés hiánya (- 28%)	5	9	2	
a munka és az otthon egymásnak ellentmondó követelményei (-10 %)	7	3	1	5
alacsony szintű támogatottság otthon (- 48%)	13	2		1
kettős karrier problémái (- 22 %)	8	2	5	1
MUNKA TARTALMA				
mind a felszerelés, mind pedig az épület megbízhatóságával, rendelkezésre állásával, alkalmasságával, karbantartásával vagy javításával kapcsolatos problémák (+ 5%)	2	6	4	4
változatosság vagy rövid munkaciklusok hiánya (- 32%)	8	6	1	1
szakaszos munkavégzés, értelmetlen munka, szakértelem kihasználatlansága (+ 22%)	1	5	2	8
magas szintű bizonytalanság (- 25%)	6	7	2	1
munka túlterheltség, vagy alulterheltség (- 10%)	4	5	6	1
megfelelő irányítás hiánya (+ 12%)	2	6	1	7
magas szintű időkényszer (- 20%)	7	4	3	2
műszakos beosztás, rugalmatlan beosztás, kiszámíthatatlan munkaórák (- 15%)	3	10	1	2

hosszú, vagy társadalmi szempontból nem megfelelő munkaórák (- 10%)	4	6	4	2
---	---	---	---	---

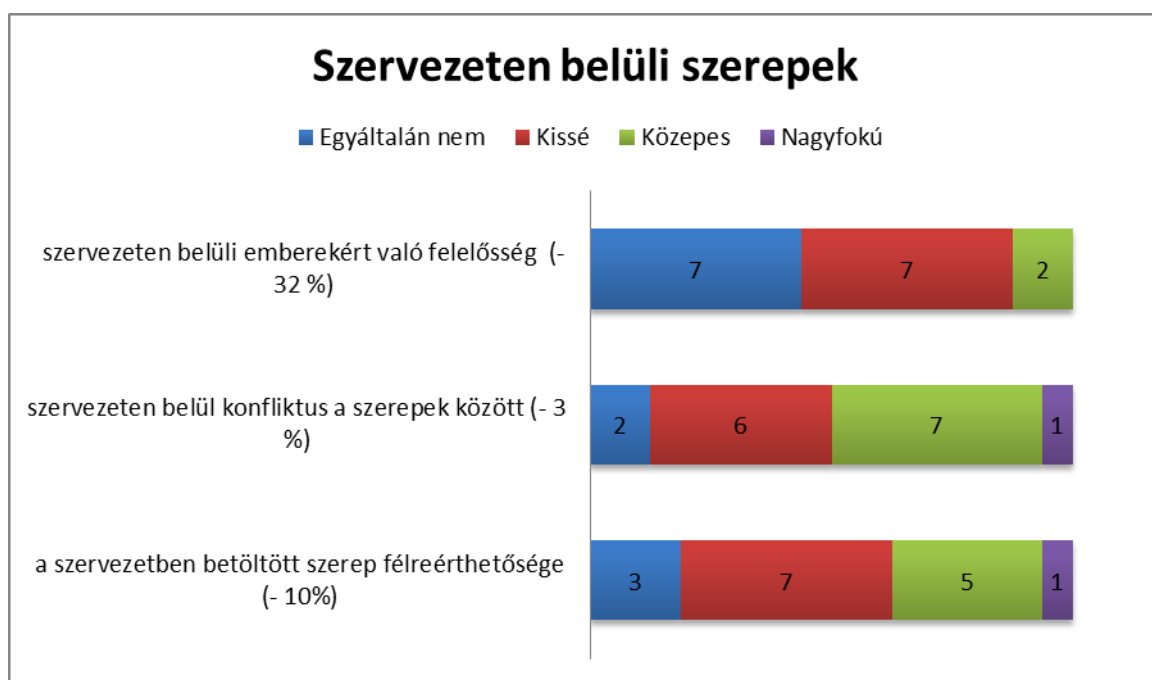
4.1.22. Szervezet belüli szerep stresszforrásai

Szervezeti kommunikáció



58. ábra: szervezeti kommunikáció

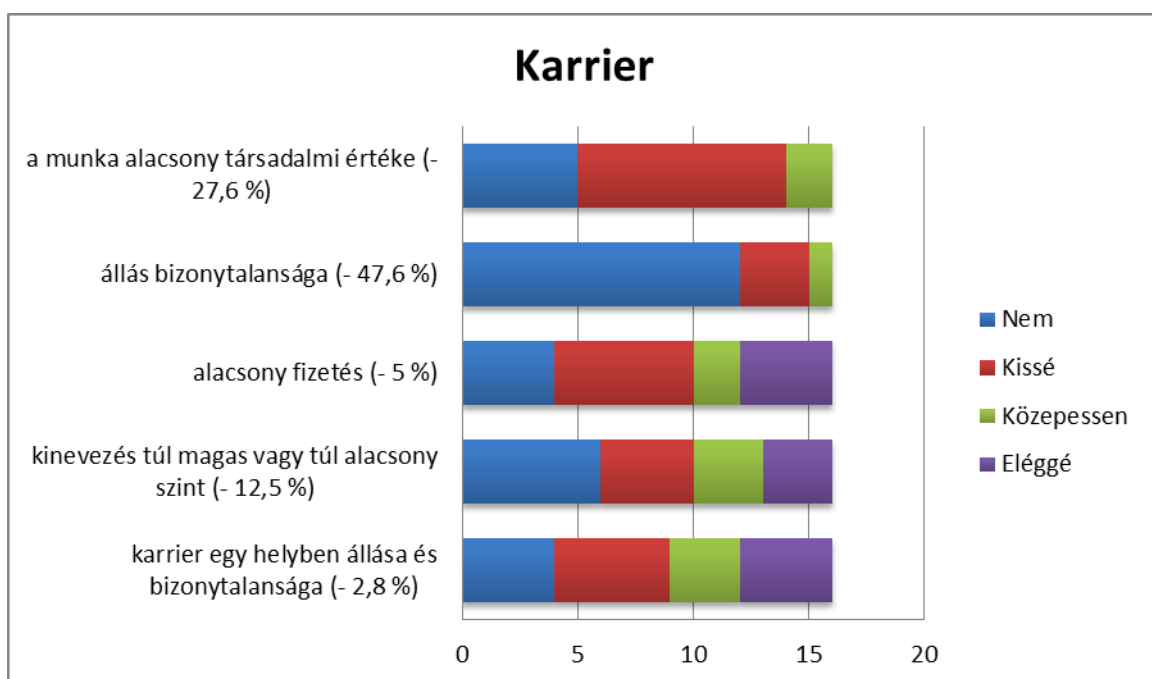
A szervezeti kommunikáció a parancsuralmi rendszer és az 'íróasztal mögött született parancsok' miatt problémát jelenthet, hiszen a végrehajtó állománynak így kisebb lehetősége van a feladat végrehajtásának a megtervezésébe beleszólni. **Ez a terület, ha enyhe mértékben is, de inkább problémásnak számít.**



59. ábra: szervezet belüli szerepek

A szervezeten belüli szerepekből adódó konfliktusok a kevésbé problémás területek közé tartoznak, melyek közül a szervezeten belüli emberekért való felelősségvállalás a legkevésbé volt az. A többi két tényező (szerepek okozta konfliktusok, és a szerepek félreérthetősége) is inkább kevésbé jelentett gondot.

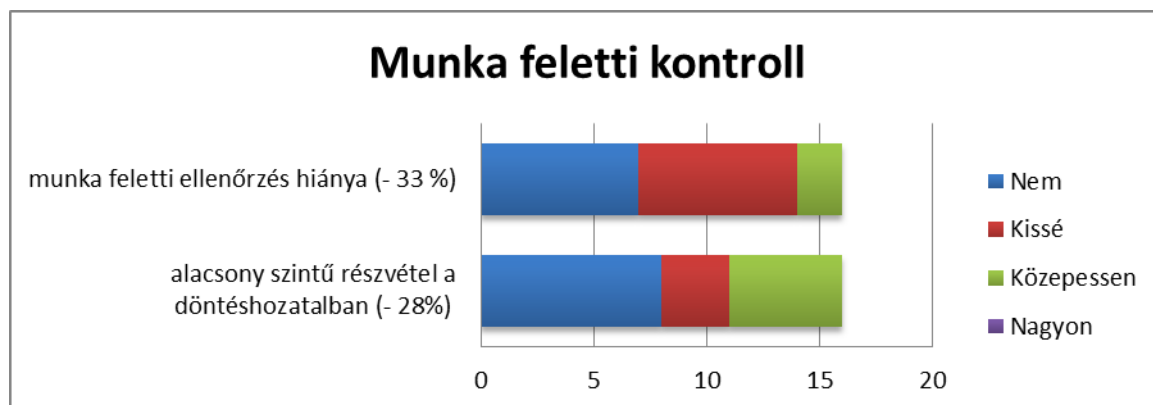
Karriert érintő kérdések



60. ábra: karriert érintő kérdések

A karrier is inkább a **kevésbé problémás területek közé tartozik**. A legkisebb érték az állás bizonytalanságánál jött ki. Tehát a válaszadók a Magyar Honvédséget egy biztos munkáltatónak tekintik. A munka alacsony társadalmi értékét sem tartják problémásnak, illetve nem tekintik annak. A karrier egyhelyben állását, az alacsony fizetést, és a kinevezés túl alacsony / magas voltát már többen jelölték meg problémás területként, de így is átlagban a normál közeli szórás jött ki.

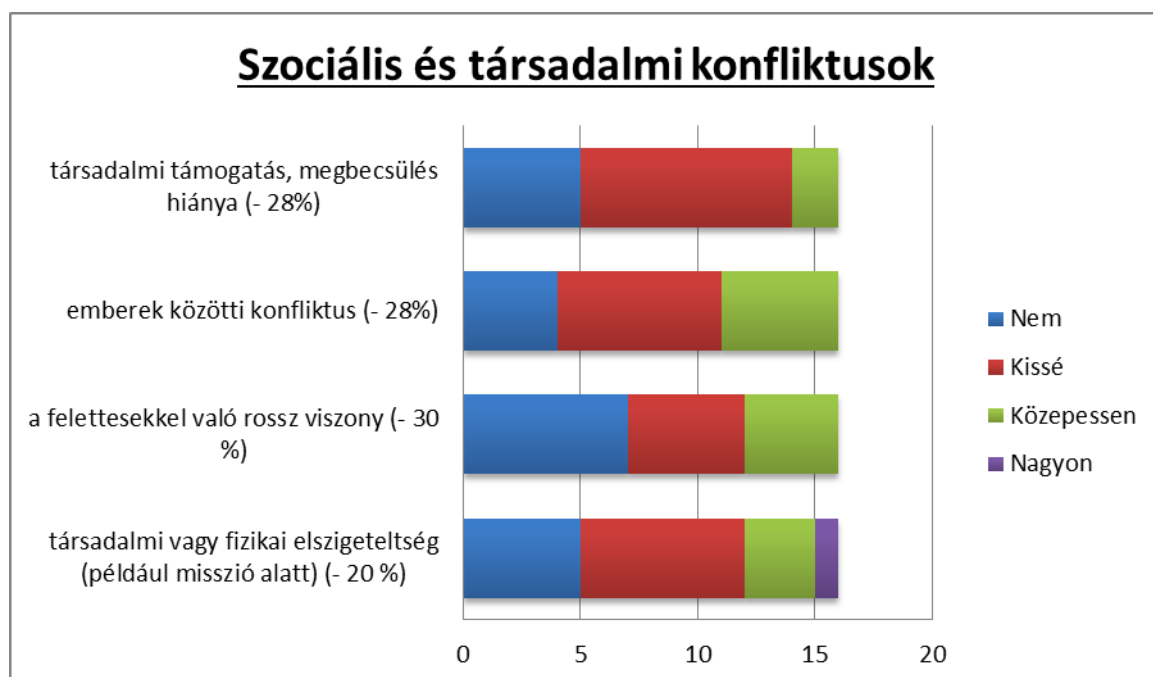
Munka feletti kontroll



61. ábra: munka feletti kontroll

A felmérés szerint a munka feletti ellenőrzés hiánya illetve az alacsony szintű részvétel a döntéshozatalban inkább kevésbé jelentenek problémát. Olyan, aki ezt súlyos gondnak gondolná nem is volt.

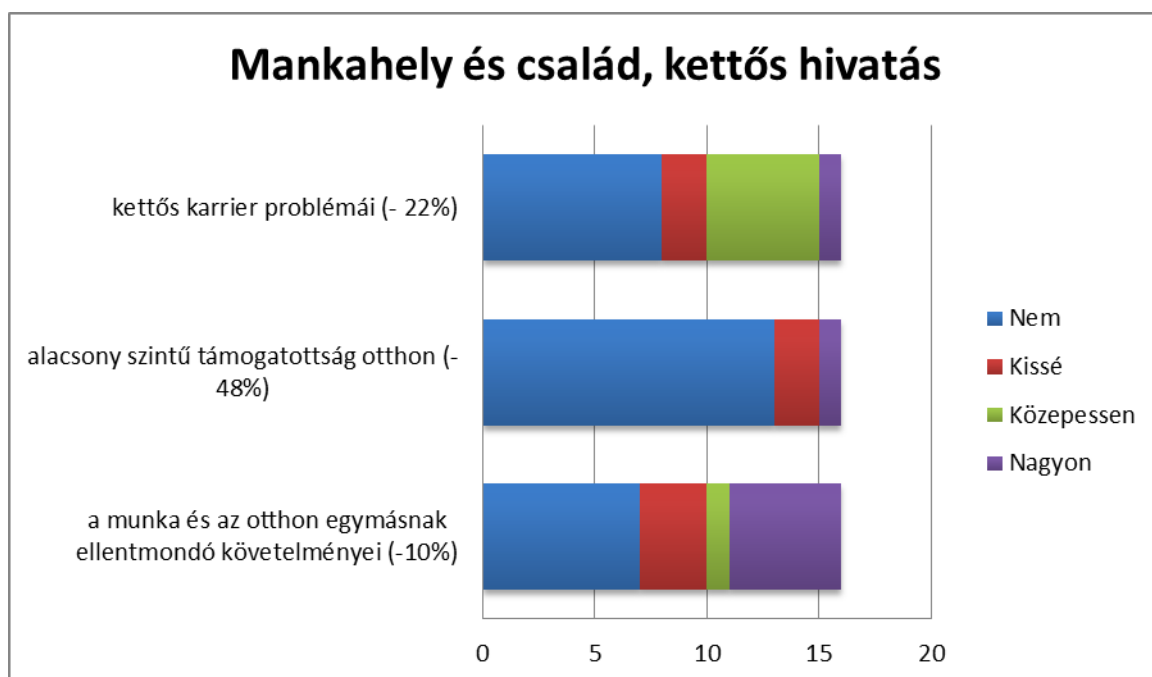
Szociális és társadalmi konfliktusok



62. ábra: szociális és társadalmi stresszforrások

A szociális és társadalmi problémák szintén a legkevésbé gondot okozó területekhez tartoztak. A válaszadók nem igazán gondolták úgy, hogy probléma lenne a társadalmi megbecsüléssel, az emberek közti konfliktussal, a felettesekkel, illetve a misszió alatti elszigetelődéssel.

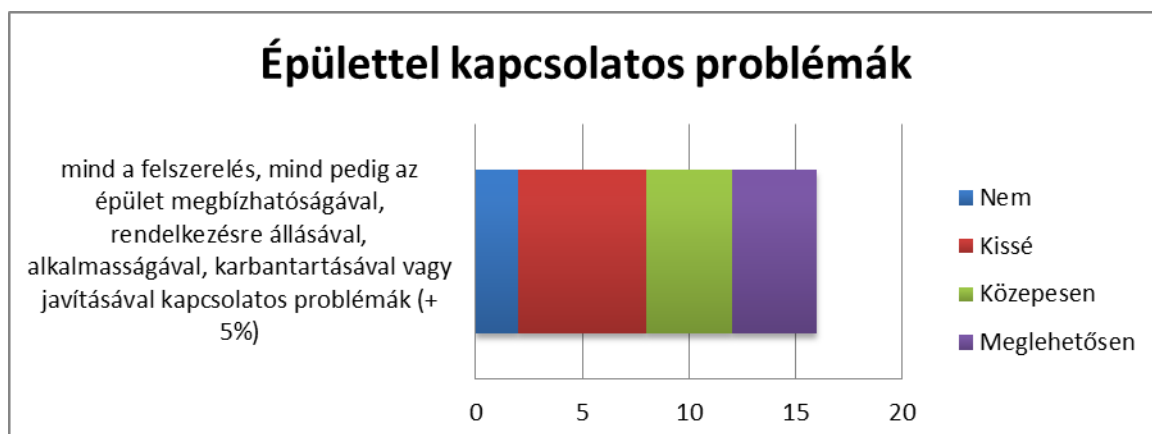
Munkahely és a család és a (katonai -orvosi) kettős hivatás konfliktusai



63. ábra: munkahely okozta családi konfliktusok stresszforrása

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.

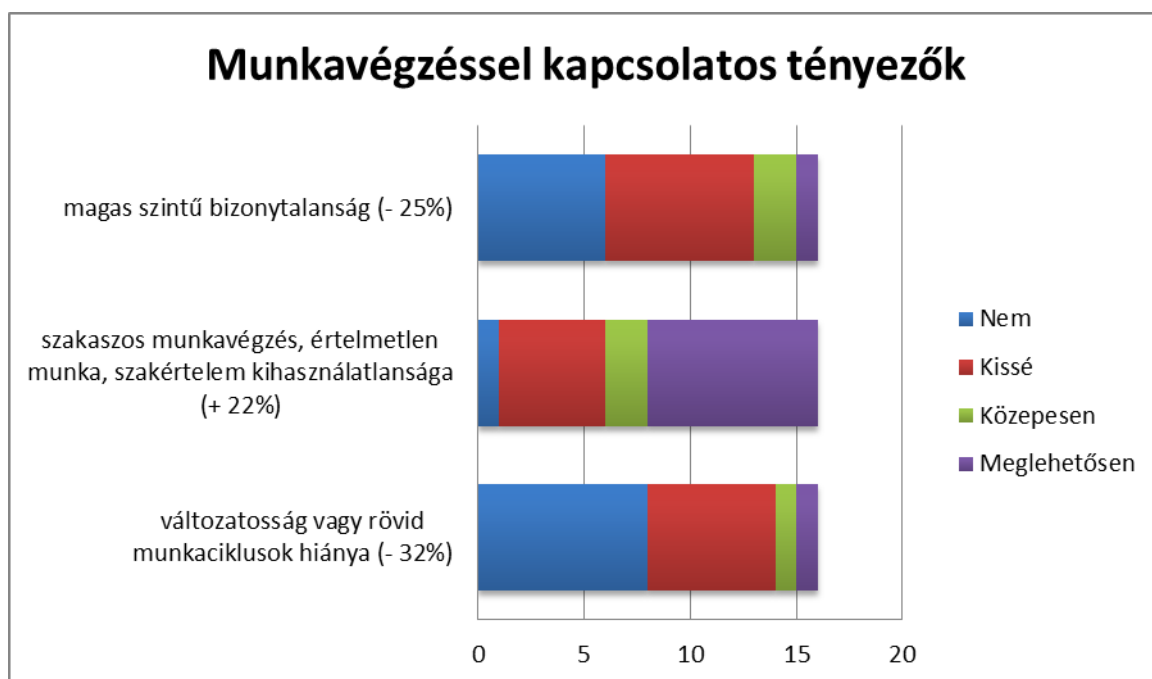
Az épülettel kapcsolatos problémák



64. ábra: infrastruktúra problémái okozta konfliktusok

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 Köjál', aminek az épülete igencsak problémás volt. A válaszokból látható, hogy mind a két végletre volt példa.

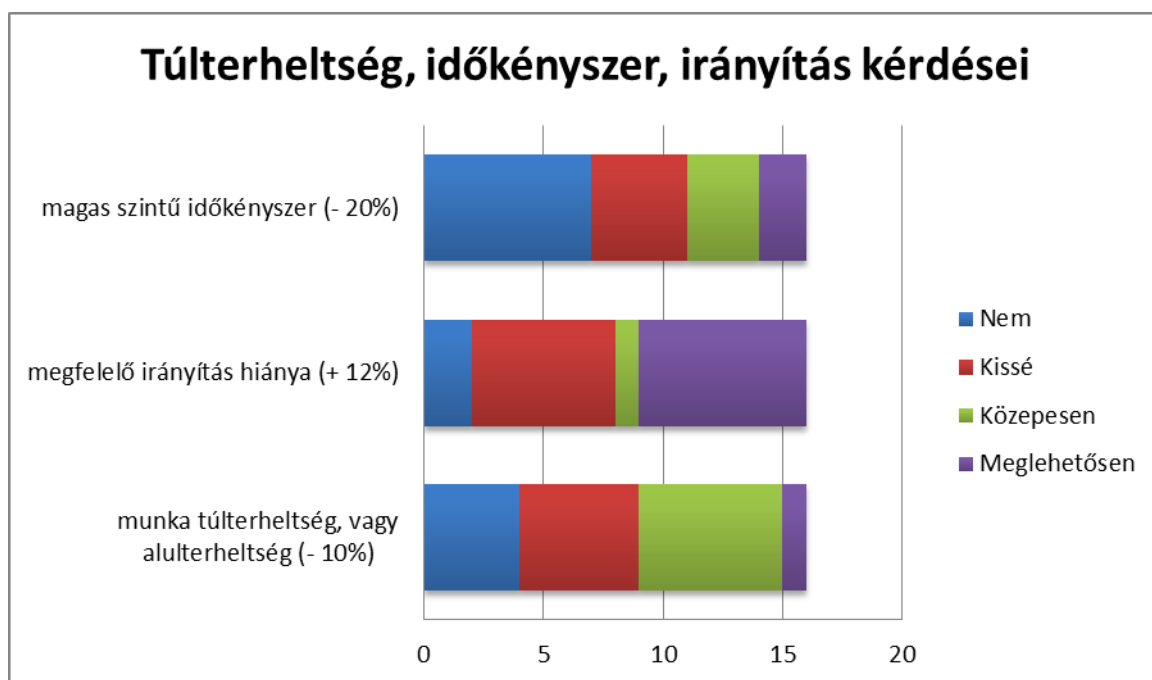
Munkavégzéssel kapcsolatos problémák



65. ábra: munkavégzés okozta stresszforrások

A változatosság és a munka közbeni bizonytalanság **nem jelent problémát**. Ugyanakkor a **szakaszos munkavégzés, a munka értelmetlensége, a szakértelem kihasználatlansága** sok válaszolónál megjelent problémaként.

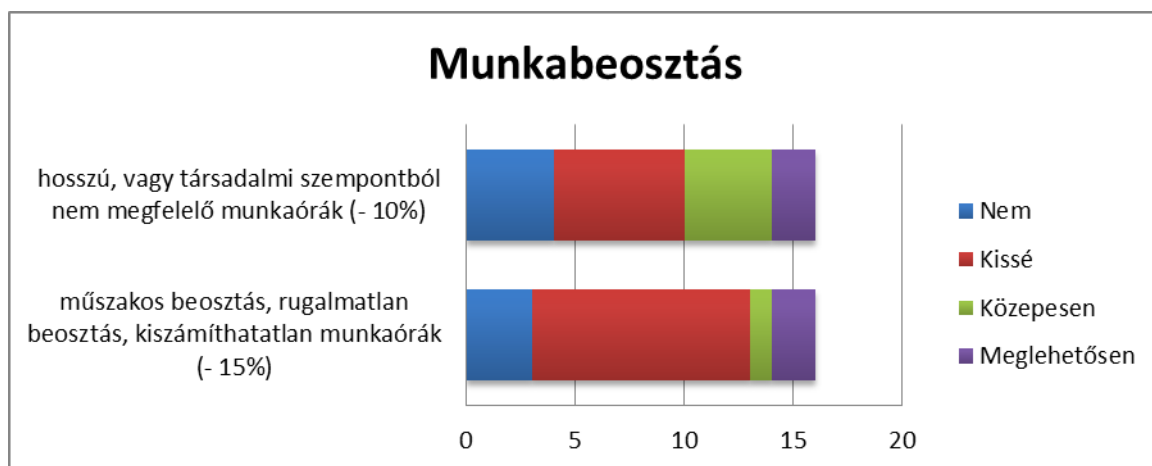
Túlterheltség, időkényszer, irányítás kérdései



66. ábra: túlérzékenység, időkényszer, irányítás okozta konfliktusok

A megfelelő irányítás hiányát többen gondolták problémásnak. Az időkényszer és a túl és alulterheltség inkább kevésbé jelentett gondot.

Munkabeosztás kérdései



67. ábra: munkabeosztás okozta stresszforrások

Túlórák és a rugalmatlan beosztás inkább kevésbé jelentettek problémát.

A fenti eredményeket figyelembe véve a **legproblémásabb területek** a következők voltak: irányítással kapcsolatos, munkavégzéssel kapcsolatos és szervezeti kommunikáció kérdései:

- **megfelelő irányítás hiánya (+12%)**
- **szakaszos munkavégzés, értelmetlen munka, a szakértelem kihasználatlansága (+ 22%)**
- **rossz kommunikáció (+ 15%)**
- **a probléma-megoldás és személyes fejlődés támogatásának alacsony szintje (+ 20 %)**
- **a szervezeti célkitűzések meghatározásának hiánya (+ 15%)**

A többi terület, beleértve az alacsony fizetést és a karrier egy helyben állását is, nem okoztak túlzott stresszt a válaszolóknak.

A legkevésbé problémás tényezők a következők voltak:

- **időkényszer (- 20%)**
- **változatosság (- 32%)**
- **bizonytalanság (- 25%)**
- **kettős karrier kérdése (- 22%)**
- **munka otthoni, család általi támogatottsága (-48 %)**
- **karrier kérdései közül az állás bizonytalansága (- 48 %) és a munka alacsony társadalmi értéke (- 28 %)**
- **munka feletti kontroll kérdése** (alacsony szintű részvétel a döntéshozatalban (- 28%), munka feletti ellenőrzés hiánya (- 33 %))
- **szociális és társadalmi konfliktusok** (társadalmi vagy fizikai elszigeteltség (például misszió alatt) (- 20 %); a felettesekkel való rossz viszony (- 30 %); emberek közötti konfliktus (- 28%); társadalmi támogatás, megbecsülés hiánya (- 28%)
- **szervezetben belüli emberekért való felelősség (- 32%)**

4.1.23. A pályán maradáshoz elősegítő tényezők és javaslatok

4.1.23.1. 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.

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. Relatíve sokan írták a **nem megfelelő vezetést és irányítást**, a **szervezettséget**, **illetve az elöljáróval 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 megemlítsre kerültek a **korruptió 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**.

4.1.23.2. Pályán tartó tényezők

Igyekeztünk 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 sereg, 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.

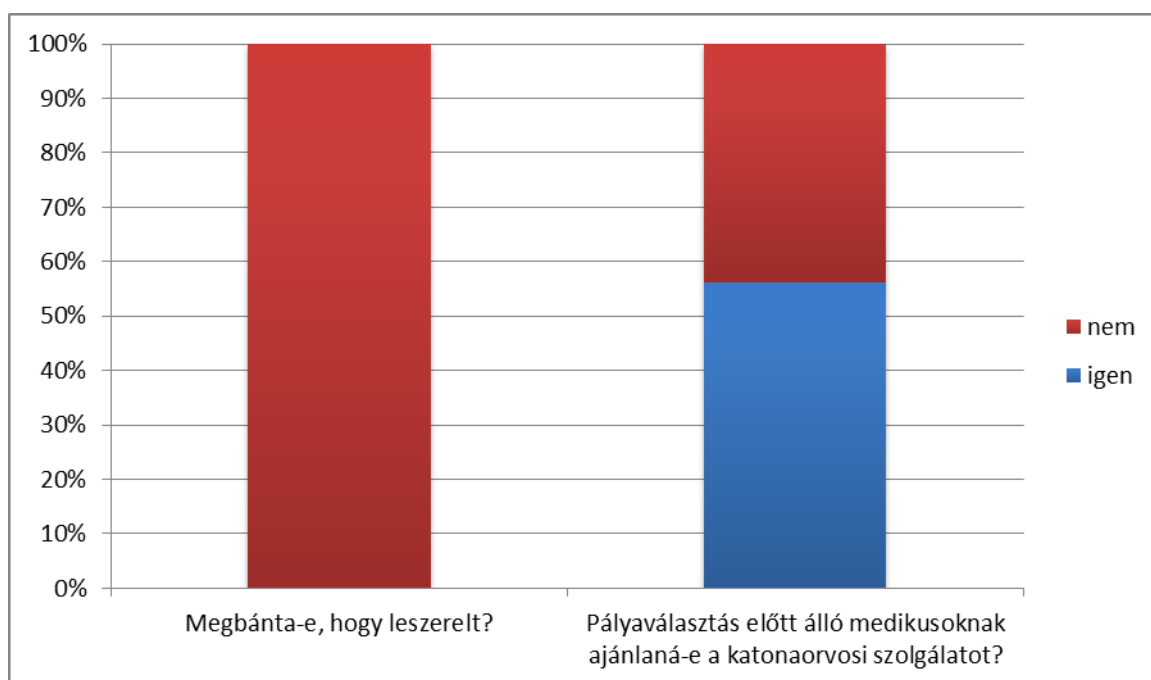
Többen maradtak volna, ha a **lakhely közelében lett volna a szolgálati helyük**, illetve **kedvezőbbek lettek volna a lakáskörülmények**. (19 %)

Megemlítsre kerültek továbbá a **megfelelő perspektíva, biztos életpálya modell** kérdése, a **korkedvezményes nyugdíj** lehetősége, és a **hálapénz-rendszer** eltörlése.

68. ábra és 38. táblázat: leszerelés megbánása és a katonai pálya ajánlása frissen végzett orvostanhallgatóknak:

Megbánta-e, hogy leszerelt?	Fő	Százalék
igen		
nem	16	100 %

Pályaválasztás előtt álló orvosoknak ajánlaná-e a katonai orvosi szolgálatot?	Fő	Százalék
igen	9	56 %
nem	7	44 %



A megkérdezettek egyike sem bánta meg, hogy leszerelt. Az a tény, hogy a leszerelték nagyjából a fele nem javasolná a orvosoknak a katonai orvosi pályát, igen elgondolkodtató. Ez egyrészt azt jelenti, hogy a Magyar Honvédséget rossz száj-

ízzel hagyták el, illetve rossz véleményekkel vannak róla. Ez azért sem jó, mert az utánpótlás biztosításában az ilyen indirekt marketingnek is fontos szerepe van. Ha valaki, aki katonai pályán gondolkodik és azt hallja olyan leszerelt katonáorvosoktól, hogy inkább más pályát keressen magának, az eléggé elbizonytalaníthatja a döntésében.

4.1.24. Interjú 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 csapatorvos. Másik volt csapatorvos kolléga civilként dupla annyit keresett, ezért hagyta ott az alakulatot, és csupán havi 30 órában maradt szerződéssel visszafoglalkoztatva. Jelenleg ott egy mentőtisztrel vannak megoldva a biztosítást igénylő feladatok, orvost azóta sem találtak oda.

4.1.25. Önkéntes tartalékos szolgálat

Mivel a vizsgált leszerelték közül senki sem csatlakozott az önkéntes tartalékos szolgálathoz ezért ezt a kérdéskört nem vizsgáltuk.

4.1.26. Későbbi kutatásra vonatkozó javaslatok, tapasztalatok

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 elégedettség felmérést is kiegészíthetnék. Továbbá mindenféleképpen indokolt lenne a kutatást a leszerelt, vagy a leszerelést tervező csapatorvosokhoz eljuttatott kérdőívekkel is kiegészíteni.

Érdemes lenne a továbbiakban a kutatást kiegészíteni és az azóta megváltozott körülményeket is vizsgálni úgy, mint a szolgálati nyugdíj eltörlésének, illetve a bevezetett intézkedéseknek, így a katonai béremelés(ek)nek a hatásait felmérni.

Úgy gondolom, hogy az alkalmazott kérdőív bár elég részletes volt, egy rövidebb változat esetén a visszaküldési arány javítható lenne a közeljövőben.

4.1.27. Kutatási eredmények rövid összefoglalása

Jellemzően az **5 vagy kevesebb szolgálati viszonnal 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 katonaorvosokat veszítjük el.**

A leszerelés nem a haderő átalakítás miatt történt. A válaszadók csupán negyede hagyta ott a honvédséget, mert más helyőrségbe vezényelték, amit nem fogadott el.

A kilépés leggyakoribb indoka a **szakmai előmeneteli lehetőség hiánya** volt. Ez megelőzi az **elégtelen fizetés** miatt történt távozást is. Sokan **a szerződésük lejártja után már nem hosszabbítanának.**

Jellemzően felük **nem kapott segítséget a lakhatásuk megoldásában.** Külön **képzésben nem részesültek** az elmúlt 2-3 évben. Többségük a leszereléskor sem kapott támogatást, bár ezt nem is igényelték volna.

Leszerelés után **a lakhatásuk megoldott, általában sajáttulajdonú lakásban.**

Mindenkinek van munkája, csupán egy főnek nincs, aki nyelvet tanul külföldi munkavállalás céljából. 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 számít.

Relatíve sokan próbálkoztak a munkakeresés során fegyveres és rendvédelmi szerveknél, és néhány kolléga a nyugdíj után, vagy vállalkozóként, részmunkaidős szerződéssel, illetve közalkalmazottként maradt is a Magyar Honvédségnél. Továbbá sokan indítottak saját vállalkozást, vagy helyezkedtek el kórházaknál.

A leszerelték többsége nem a Magyar Honvédségnél dolgozik, azonban 31 %-uk leszerelés után itt (is) végez munkát.

Leszereltek többsége rendelkezik már szakvizsgával, mégis 31%-uk újabb szakvizsgára jelentkezett azóta.

Pályát csupán 1 kolléga módosított, a többség maradt a korábbi gyógyító tevékenységnél. 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.

A többség nem tartotta stresszesnek a korábbi a beosztását, de a problémás területként a megfelelő irányítás hiányát, a szakaszos munkavégzést, az értelmetlen munkát, a szakértelem kihasználatlanságát, a rossz kommunikációt, a probléma-megoldás és személyes fejlődés támogatásának alacsony szintjét, illetve a szervezeti célkitűzések meghatározásának hiányát jelölték meg.

A katonai pályaválasztás motivációjában 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 kötelezetket, illetve a kialakított magánpraxist és másodállásokat is veszélyezteti. Úgy vélem, hogy független fiatalként 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, betegekkel 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.

Mind a teljesült, mind a nem teljesült elvárásoknál az első helyen szerepel az anyagiak kérdése. A keresetek a közalkalmazotti bérekhez képest **relatív magasabbak**, de pont az alacsony kereset miatt szerel le a legtöbb katonaeorvos. Valamint ki kell emelni, hogy a kórházi szakorvosok bére meg lett emelve 2013-ban, míg a csapatorvosok ebből kimaradtak. A 2015-ös ' 30 % -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.

Szintén pozitív teljesült elvárás volt **a Magyar Honvédség jelentette biztos munkahely is.**

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 leszerelést egyikük sem bánta meg, és sajnós majdnem a felük nem ajánlaná végzős orvosoknak a katonaeorvoslást, ami eléggé elgondolkasztató és ezen szükség lenne változtatni, hiszen az utánpótlás miatt fontos, hogy ne rossz szájjal hagyják el a kollégák a Magyar Honvédség kötelékét.

4.2. Dolgozói elégedettség mérése és tudományos feldolgozása

4.2.1. A dolgozói elégedettség alakulása 2011 és 2014 között

Minden évben felmérésre kerül a dolgozói elégedettség a MH EK Honvédkórházában. A kérdőívek kitöltése önkéntes és anonim módon kerül összegzésre. 2011-től 2014-ig vizsgáltam a kapott eredményeket. Évente 412 és 801 közötti fő töltötte ki a kérdőívet, mely 11,5 és 22,5 % közötti részvételi arálynak felel meg.

A következő ábrán az utóbbi 4 évben 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** 2011-ben negatívan ítélték meg a dolgozók, bár egyes területeken a problémák még mindig megvannak, de 2013-tól ezen a téren a válaszadók javulást tapasztaltak.

69. ábra: elégedettségre okot adó tényezők

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** (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,
◆	Cafeteriá, 2011-ben az étkezési jegy összegének megemelése,
◆	Közvetlen munkatársaikkal való együtt-működés
◆	A (kevés) fizetés mellett kapott juttatások (2011-ben)
◆	Javuló információáramlás (2012-től)
◆	Minőségirányítás rendszer fejlesztése

70. ábra: elégedettségre okot adó tényezők

4.2.2. Összefoglalás

Az eredmények egybevágóak 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) túlórák-ból adódó, heti átlagos 65 órás munkahét miatti **orvosi túlterheltség** jelenti. Ez **kiégéshez, 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%-uk rossznak tartja és 50%-uk romlást prognosztizál**. Igen nagy részük, **25%-uk nem választaná újra az orvosi hivatást**.

Mindkét felmérés szerint az orvosok elégedetlenek továbbá a **munkájukért kapott fizetésükkel, és 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. 2011-ben még a válaszadók 18 %-a tervezte ezt, addig 2014-re ez az arány a 22%-ra növekedett. A MOK eredményei ezzel egyezők (17 %), mely 5.000 orvos elvesztését jelenti a 30.000 főből. ²⁴⁶

Az egyetemisták körében az orvostanhallgatók között a legerősebb a 'kivándorlási kedv'. ²⁴⁷A MRSZ ezért 2011 októbere és decembere között szintén kérdőíves felméréssel kereste meg a már külföldön dolgozó doktorokat. ²⁴⁸A kutatásban résztvevő kolléga 2/3-a dolgozott korábban a magyar egészségügyben, de csupán 15%-uk döntötte el már hallgató korában, hogy külföldön fog dolgozni. **Két éven belül csupán 2%-uk tervezi a hazaköltözést.**

- Legnagyobb **viisszatartó erőnek az alacsony fizetést,**
- **a heti 60 óránál több munkaidőt,**
- **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 kriti-*

²⁴⁶ Magyar Orvosi Kamara Online: Orvosi látlelet 2013 – eredmények, 2013 https://www.doki.net/tarsasag/mok/dokumentumok.aspx?web_id=&archiv=1

²⁴⁷ Medical Online: Az orvostanhallgatók közt a legerősebb a kivándorlási kedv. 2015. július 15. http://www.medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/az_orvostanhallgatok_kozt_a_legerosebb_a_kivandorlasi_kedv

²⁴⁸ Magyar Rezidens Szövetség: Egyedülálló felmérés a külföldön dolgozó magyar orvosokról. http://www.rezidens.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=250:egyeduelallo-felmeres-a-kuelfoelendoen-dolgozo-magyar-orvosokrol-video&catid=4:megjelenesek&Itemid=18

kát az elégedetlen beteg', ' Részeg beteg vert ápolót a békéscsabai kórházban', ' Magához tért, s kivágta a defibrillátort az ablakon', és ezt hosszasan lehetne folytatni. ' 249

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 gépírónőket 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 elégedettség 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 hívatásnál, mint amilyen a katonaeorvosi hivatás, igen fontos, továbbá speciális katonai követelmények miatt olyan tényezők is, mint például a sportolás is, fontos szerephez jut.²⁵⁰

4.3. MH EK Védelem-egészségügyi Igazgatósága által végzett kutatás összefoglalása

²⁴⁹ Medical Online: Rúgott, köpött, 12 napot kapott. 2013. január 16.

http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/rugott_kopott_12_napot_kapott

²⁵⁰ MH EK Minőségbiztosítási osztály: Dolgozói elégedettség felmérés kérdőívek kiértékelése (előadás) 2011, 2012, 2013, 2014

4.3.1. A katona-egészségügyi pályaelhagyás motívumainak feltárása

Az utóbbi időben az orvosok és szakdolgozók elvándorlása kritikus szintet ért el, ami a Magyar Honvédségen belül a védelem-egészségügyet és a csapattagozatot sújtja leginkább. Az elmúlt években a leszerelés mértéke jelentősen nagyobb, mint a pályára érkezők száma, ezért a MH EK Védelem-egészségügyi Igazgatóságánál Dr. Fejes Zsolt PhD orvos ezredes és csapata kérdőíves kutatást végzett, aminek segítségével valós tényekre alapozott javaslatot lehet kidolgozni a probléma hosszútávú megoldására. A javaslat kidolgozásához az általam végzett és ismertetett két kutatás is felhasználásra fog kerülni. Illetve, mivel az adatszolgáltatás nem történt meg a Magyar Honvédség Hadkiegészítő és Központi Nyilvántartó Parancsnokságtól, ezért ennek az újbóli kérvényezéséhez is segítséget ígért Dr. Fejes Zsolt orvos ezredes úr.

Mivel a korábban ismertetett kutatásomat kiegészíti, ezért röviden ismertetem a kapott eredményeket. A vizsgálatban összesen 120 fő (35 férfi, 85 nő) katona-egészségügyben jelenleg is dolgozó tiszti, altiszti és legénységi állomány tagja vett részt 2015-ben.

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.

39. táblázat: Pályaelhagyás okai nemek szerint

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 korlátozása	14,3%	8. Missziós feladatvállalás	20,0%
8. Túlterheltség	5,7%	9. Továbbtanulási támogatás korlátozása	14,1%
8. Lakhatási támogatás elégtelensége	5,7%	10. Rugalmas foglalkoztatás hiánya	12,9%
9. Alkalmassági követelmény	2,9%	11. Lakhatási támogatás elégtelensége	9,4%
9. Egyéb	2,9%	12. Egyéb:	8,2%

A kutatás rávilágít arra, hogy a pályaelhagyás okai nemenként eltérőek. Legjelentősebb közös tényező az **anyagi juttatások elégtelensége**, a **körkedvezményes 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 tényezőket.

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**, **körkedvezményes nyugdíj megvonása**, a **juttatások mértéke között**. Az **egyéni szocializációnak** is fontos szerepe van a pályaelhagyásban. Egy katonai főiskolát végzett katona nagymértékben determinálja a későbbi katonai karriert. Ezzel szemben az orvosok és egészségügyi dolgozók bármikor el tudnak helyezkedni a civil szférában és erős leszívó hatást jelentenek a külföldi álláslehetőségek is.

4.3.2 Megoldási javaslatok

A szerzők a pályán tartás előmozdítása végett a megbecsülés, az anyagi juttatások és támogatások fokozását, a nyugdíjba vonulási körkedvezmény 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 rugal-

mas foglalkoztatási formák bevezetését és strukturált életpályamodell kialakítását javasolják.²⁵¹

Az egyéni elégedettséggel a katonaorvosi 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 seregben dolgozó katonák, katonaorvosok nagyobb megbecsülésére és elégedettségére, mivel ez pozitívan hatna a katonaorvosi 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 katonaorvosokat kerestem meg. Ezért a két kutatás kiegészíti egymást és alapvizsgálatként szolgálhatnak a későbbiekben a bevezetett intézkedések (például a 2015-ös béremelés) hatásának az elemzéséhez, illetve egy, a modern kihívásoknak is megfelelő katonaorvosi és katonaegészségügyi életpályamodell kidolgozásához.

5. Diszkusszió

Orvosi és katonaorvosi pályaelhagyás, humánpolitikai és pénzügyi helyzet hazánkban

Mind a média, mind a Magyar Orvosi Kamara 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 váró-

²⁵¹ Pákozdi Márta őrnagy, Dr. Fejes Zsolt PhD. o. ezredes: A katona-egészségügyi pályaelhagyás motívumainak feltárása. konferencia előadás. 2015.11.11.

listák 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 2004-ig (38.877), mivel az orvosképzés létszáma emelkedett, azonban az aktív állomány **fokozatosan csökkent azóta** (2015-ben csupán 30.486 orvos dolgozott Magyarországon), tehát az aktív doktorok száma az elmúlt 10 évben 20%-al csökkent. 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 valószínű 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 jelent a tőkeerős gyógyszeripari cégek, az oktatás, és meglepő módon harmadikként az ingatlanos szakma, és következnek az orvoslással nem kapcsolatos szakmák (üzletvezetési, vezetői tanácsadás, egyéb feldolgozóipari tevékenység, információ-technológiai szolgáltatás, építész-mérnöki 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 az orvosok 28 %-a szerelt le, néhány éven belül a katonakorvos-hiány 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.

Kutatásom alapján az 5 vagy kevesebb szolgálati viszonnal 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 katonaorvosokat veszítjük el. Meg kell említeni, hogy 31%-uk a leszerelés után teljesen, vagy részben továbbra is dolgozik a Honvédségnél, amire érdemes a jövőben tekintettel lenni.

NATO katonaorvosi pályára kerülés és pályán tartásra tett javaslatai:

A fejlett nyugati **NATO tagországokat** ugyanúgy sújtja a katonaorvosok hiánya, azonban azoknak a tagállamoknak, amelyek lépéseket tettek a probléma megoldására, sikerült menedzselni ezt a problémát. A pénzügyi ösztönzőkön kívül számos egyéb lehetőség áll rendelkezésre úgy, mint a rugalmas szolgálat és munkahelyi állománnytábla 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.

Motiváció

Kutatásomban a nívumot a már leszerelt katonaorvosok megkeresése adta, ami pontosabb képet ad a pályára kerülés, pályán maradás, és pályaelhagyás motivációjáról.

Katonaorvosi pályára kerülés motivációja

Fő motivációs faktor a válaszadók felénél a **katonaorvosi pálya jelentette kihívások és változatosság, új lehetőségek és a pálya érdekessége, 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. Ezt szintén megszüntették azóta, így egyre kevesebb orvos kerül kapcsolatba a sereggel. 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 orvosokkal támasztott magas katonai követelményrendszer** jelenti, ami azt eredményezi, hogy hiába jelentkezték többen, a 80-90%-uk itt kizselektálódott. 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 katonaeorvosnak. 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 menedzselt **toborzás** játszott szerepet.

Pályán tartó tényezők

Vizsgálatomban rákérdeztem a katonai pálya teljesült és nem teljesült elvárásaira és azon tényezőkre, amik teljesülése esetén nem szereltek volna le.

40. táblázat: teljesült és nem teljesült elvárások

teljesült elvárások	nem teljesült elvárások
relatív 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, szabadidő. '	' 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-fejetlenség, szerény jogkör miatti tehetetlenség '

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** követ-

te. Szintén sokan írták a jó, **megbízható főnököt és vezetést**. Egy kollégát azért vesztett el a sereg, 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 kedvebbek lettek volna a lakáskörülmények**. Megemlítesre kerültek továbbá **a megfelelő perspektíva, biztos életpálya modell kérdése, a korkedvezményes nyugdíj lehetősége, és a hálapénz-rendszer eltörlése**.

Pályaelhagyást elősegítő tényezők

Kutatásomban két helyen kérdeztem rá a leszerelés okára. A döntő tényezők a **szakmai előmeneteli lehetőségek hiánya, illetve az anyagi megbecsülés hiánya voltak**. Az orvosi pálya sajátossága, hogy a szakmai fejlődéshez megfelelő gyakorlati tudás megszerzése szükséges, aminek biztosítása alapvetően fontos lenne. Ezt követte a **missziós szolgálatra ' kényszerítés ' illetve ennek a lehetősége**. A nemzetközi szerepvállalás a katonai állományhoz képest jobban érinti a katonaorvosi állományt, mivel gyakrabban kényszerülnek misszió vállalására. Ezt követte a **nem megfelelő vezetés és irányítás, a szervezettség, illetve az előljáróval 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**. Megemlítesre 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, civil munka előnyeit, munkakörülményeket említették meg.

Szerettem volna 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 azon-

ban 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 egyrészt **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 tapasztaltszerzés lehetősége, amit ráadásul anyagilag is honorálnak, pozitív lehetőség egyszer, azonban a misszióba kényszerítés leszelés okaként jelenik meg. A 150 fő alatti katonaeorvosi létszámhoz képest 8 – 14 orvos tartózkodik egyszerre külföldön (9,3% - 5.3%), a 3-6 hónapos váltások miatt ennek a számnak átlagban a háromszorosát teszi ki az egy évben missziót teljesítő orvosok száma (teljes létszám 16-28%-a). A 25.733 fő katonai állomány esetében jelenleg évi 900 fő körül mozog (tehát éves szinten egyszerre a létszám 3,5%-a van külföldön), megmutatva a **katonaeorvosi tagozat többszörös súlyos leterheltségét**.

Eltérés a katonai és katonaeorvosi leszerelés között

Katonai pályaelhagyásra főleg az átszervezések, vagy nyugdíjazás miatt került sor, többségük hivatásos katona volt. Ezzel szemben a fiatal, jól képzett, nagyrészt kevesebb, mint 5 év szolgálati viszonytal rendelkező szerződéses orvosokat veszítjük el. A Kiválás kutatásban ezzel szemben a 25-30 év szolgálati viszony utáni nyugdíjba vonulás volt jellemző, míg a másik csúcs a 11 évnél kevesebb szolgálati viszonytal volt. A leszerelésben nem a nyugdíjba vonulás vagy az átszervezések, más helyőrségbe való vezénylés szerepelt.

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). Azonban megjelenik a többi kutatáshoz képest új tényezőként olyan mindennapi probléma is, mint a **sportolási lehetőségek hiánya**, a **parkolóhelyek hiánya**, a lassú információáramlás, illetve az **információáramlás hiánya**.

Egyértelműen **pozitív tényezőként** jelent meg a **jó kollektíva** (szervezet vezetői és közvetlen vezetőik, 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 elgondolkodtató és szükség lenne változtatni, hiszen az utánpótlás biztosítása miatt fontos, hogy ne rossz szájjal hagyják el a kollégák a Magyar Honvédség kötelékét és ne csak **negatív kritikát fogalmazzanak meg** a környezetükben a katonaeorvosi pályával kapcsolatban.

Összességében látható, hogy a **katonaeorvosi – és egészségügyi szakszemélyzet hiánya** súlyos és egyre súlyosbodik, megfelelő lépések kidolgozása nélkül tovább fog romlani.

6. Megoldási javaslatok

6.1. Jelenlegi helyzet összefoglalása

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.

Az utóbbi években többek között a MRSZ nyomására és az orvoselvándorlás csökkentésére az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban OEP) több lépést tett:

1. **Bérkompenzációt hajtott végre**, melynek hatására 2 év alatt összességében (2012 és 2013-ban) a bérek megközelítőleg átlagban az orvosoknál: 90.850,- Ft/hóval, szakdolgozóknál 31.100,-Ft/hóval nőttek.

2. Bevezetésre került az orvosoknál a **Markusovszky Ösztöndíj**, aminek a hatására a rezidensek fizetése közel 100.000 forinttal nőtt.²⁵²
3. Tervbe van véve egy hasonló, szakorvosokat érintő ösztöndíj rendszer bevezetése is.

Az OEP statisztikáiból úgy tűnik, hogy ezen lépések eredményeként az elvándorlás mértéke az utóbbi időben valamelyest visszaesett, bár korántsem szűnt meg. A megtisztított adatok alapján 2016-ban 398 orvos kért hatósági bizonyítványt, ami 100-zal kevesebb, mint a 2015-ös szám (492) és fele az 2011-es adatnak (782). Főleg a 30 – 40 éves korosztály maradna itthon, míg a fiatalabbak és az idősebb kollégák továbbra is a korábbi arányban szeretnének külföldön dolgozni.²⁵³

Katonai egészségügyi állomány esetében az orvosi pálya hazai elhagyásán túl már az **OEP finanszírozott beosztások** is elszívó erőt jelentenek, mivel rugalmasabb munkavállalói – munkáltatói tárgyalási feltételeket jelentenek és kevesebb kötelezettséggel járnak, például nem vezényelhetők misszióba. Ezzel szemben egy évtizede még a katonai beosztások voltak a vonzóbbak a 30-50%-al magasabb jövedelem lehetősége miatt. Jelenleg a lakáshoz jutást a lakáslízing 45 éves korhatárhoz kötése és a korábban vonzó szolgálati nyugdíjkorhatár eltörlése is hátrányosan érintette.

Mind a Honvédségnél, mint a civil szférában nélkülözhetetlen a munkavállalók, beleértve a katonák és a veszélyes munkakörben dolgozók éves egészségügyi szűrése, illetve a munkavédelmi feladatok ellátása, a kockázatértékelés elkészítése és bizonyos esetekben a hatósági bejelentések megtétele. Munkabalesetnél, vagy hatósági vizsgálatnál komoly büntetéshez vezethet, ha ezek közül bármelyik is hiányozik. A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok többsége a civil szférában magán kézben van, és versenyképes fizetést tud nyújtani az orvosoknak, szemben a közalkalmazotti, illetve katonai bértáblával. A civil **(magán) egészségügyi szolgálatoknál** vállalkozóként körülbelül az átlagos századosi fizetés legalább dupláját, háromszorosát lehet megkeresni, így a hazai munkaegészségügyi cégek is komoly elszívó hatást jelentenek, sokan a szakvizsga megszerzése után ezért ezeknél a cégeknél helyezkednek el.

²⁵² Semmelweis Hírek: Újra lehet rezidens ösztöndíjakra pályázni.
<http://semmelweis.hu/hirek/2015/01/29/ujra-lehet-rezidens-osztondijakra-palyazni/> 2015.01.29.

²⁵³ Medicina Online: Kevesebb orvos dolgozna külföldön.
http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/kevesebb_orvos_dolgozna_kulfoldon?utm_source=newsletter&utm_medium=medicalonline_orvosi_hirlevel&utm_campaign=18822 2017. 03. 02.

Bár korábban egyre nagyobb elszívó hatást jelentett az **orvoslátogatói munka**, azonban e vállalatokat ért korlátozások ezt a hatást mára csökkentették. Bár kutatásokból kiderül, hogy több nem orvosi szakma, (például az ingatlanügynöki karrier) szintén komoly motiváció az orvosi pálya elhagyására.

Külföld esetében pedig a keresetek közt 5 – 7 szeres eltérések is lehetnek. Az álláshirdetések alapján az éves nettó keresetek 14 és 20 millió forint között mozognak ezzel a szakvizsgával, a hazai körülbelül nettó 3 millióval szemben. Ez lehet az oka annak, hogy **„Hat éve, naponta három orvos és két ápoló hagyta el Magyarországot”**²⁵⁴

Itt jegyezném meg, hogy missziók alatt a **NATO országokkal szembeni** bérek lemaradása is feszültséget kelt, amit a külföldi szolgálatot teljesítő katonák meg is tapasztalnak. Ugyanazért a munkáért járó itthoni illetményt más országokban egy hét alatt meg lehet keresni.

Továbbá a honvédek jogállásáról szóló törvény módosítása nyomán a katona állományúak **üzyleti, készenléti pótléka jelentősen (negyedére) lecsökkent.**²⁵⁵

A fenti folyamatok eredményeként a harcképességet veszélyeztető vészhelyzet alakult ki: 2013-ban a Magyar Honvédség Összhaderőnemi Parancsnokság (a továbbiakban: MH ÖHP) állományából 27 egészségügyi szakember szerelt le, azonban az üressé vált helyekre csupán 10 fő érkezett. Az egészségügyi szakemberek elvándorlása 2014 első 3 hónapjában is tovább folytatódott, amikor újabb 17 fő lépett ki a rendszerből, míg csupán 2 főt sikerült felvenni. **Tehát a leszerelés mértéke a beöltözés 3 szorosa volt.**

Az **MH ÖHP állományában** rendszeresített 46 általános **orvosi beosztás 50%-a nincs feltöltve.** Emiatt az orvosi biztosítást is igénylő feladatokat az MH ÖHP önállóan nem tudja végrehajtani, aminek az eredményeképpen egyre több orvost igényelnek a Magyar Honvédség Egészségügyi Központjától, növelve az itteni kollégák leterheltségét. 2013-ban az **MH EK** orvosi állománya nagyjából 250 nap egészségügyi biztosítási feladatot végzett más egységek támogatása érdekében, ami azt jelenti, hogy **az év minden egyes munkanapján átlagban egy orvost vezényel más alakulatok feladatainak ellátására** a saját állományából. Az elvándorlás azonban az

²⁵⁴ Origo: Naponta három orvos vándorol ki Magyarországról. <http://magyar-orvo->

sok.blog.hu/2015/01/30/naponta_harom_orvos_vandorol_ki_magyarorszagrol?utm_source=bloghu_megosztas&utm_medium=facebook_share&utm_campaign=blhshare 2015. 01. 30.

²⁵⁵ Vekerdí Zoltán: Bérkompenzáció KÁT felterjesztés; 2013

MH EK, Honvédkórház is sújtja, ugyanis 2012-től 2014 márciusáig 21 fő orvos és 13 fő szakdolgozói munkakörben foglalkoztatott katona szolgálati viszonya került a katona kérelmére megszüntetésre.

A MH EK Védelem-Egészségügyi Igazgatóság felmérése szerint az aktív katona-orvosok száma folyamatosan csökken, néhány év alatt 100 fő alá fog csökkenni. (71. sz. ábra)



71. ábra. katonaorvosok számának csökkenése a MH Egészségügyi Központjában, forrás MH EK VEI. felmérése.

6.2. Rövid-, közép- és hosszútávú megoldási javaslatok

Körülbelül 500 főt érintő **sürgős intézkedésként bérkompenzációra lenne szükség** a korábbi bérrendezésből kimaradó csapatorvosi beosztásoknál, hogy azok legalább OEP fizetésekkel azonos szinten legyenek.

Meg kell teremteni a feltételeit és be kell vezetni a 2010-ben már publikált katonaorvosi karrier modellt. Ennek lényege a 4 szakaszra osztott katonaorvosi karrier:

- ösztöndíjas egyetemi évek
- szakvizsga megszerzéséig tartó rezidens időszak
- néhány év csapatorvosi szolgálat a katonaorvosi képességek elsajátítására

- ' kiteljesedés ' időszaka, amikor a katonaorvos eldöntheti, hogy mely területen képzei el a jövőjét (például kórház, csapat, szervezés-irányítás)

Fontos pontjai:

- **honvédelmi ösztöndíjrendszer** visszaállítása
- **szerződés-kötés a végzős orvostanhallgatókkal és rezidensekkel**
- a fenti szakaszok alapján **a karrier legalább 3 évig a csapatszolgálatlal kezdődne**, ahol a megfelelő katonaorvosi 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, katonaorvosi képzésekkel**. (missziós gyakorlatok, NATO szakértői munkacsoportokba és a NATO Katona-egészségügyi Kiválósági Központba történő képzések, hazai és külföldi katona-egészségügyi közép-, majd felsővezetői beosztásokba kerülés lehetősége).
- Vonzóvá kell tenni a katona-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.

6.3. Honvéd-egészségügyi pályára toborzás és állomány megtartása

- **Állományba vétel adminisztrációs folyamatának lerövidítése maximum 2 hónapra**. (Jelenleg az állománytáblás hely kialakítása és engedélyeztetése, illetve a szerződés-kötés ideje esetenként akár 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),

- Be kellene vezetni a beöltözkor adott **egyszeri juttatást**,
- Szükséges lenne a **rezidensek és tartalékos állományúak részére állománytáblás hely és bérköltség biztosítására**, hogy az aktív katonaeorvosok 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 nincsenek katonaeorvosi 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** nem csak az MH EK Honvédkórházban, hanem a védelem-egészségügy csapat- és központi tagozatában is. (Jelenleg a szakemberekkel való feltöltöttség 50%-os, ami a mindennapi katonai feladatellátást is veszélyezteti, informatikai háttér elavult, nincs internetkapcsolata a csapatoknak a kórházi adatbázisokkal, eszközök és felszerelések elavultak, a fogyóanyagok nem elegendőek).

6.4. Oktatási és kiképzési kedvezmények

- Legtöbb orvos és főleg a frissen végzett rezidensek számára **fontos a tanulás, a kellő szakmai tapasztalat és a szakvizsga megszerzése.** Ezért nélkülözhetetlen az egyéni tanulás és karrierlehetőségek felmérése és biztosítása a fiatal kollégáknál. 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.²⁵⁶
- **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.

²⁵⁶ Medical Online: Nem operálhattak, felmondtak.
http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/nem_operalhattak_felmondtak?utm_source=newsletter&utm_medium=medicalonline_orvosi_hirlevel&utm_campaign=18822 2017.03.03.

- További megtartó erőt jelentene a **szakvizsgák után fizetett alapjuttatások, illetve a katonai szakosodás esetén biztosított kiemelt juttatások.** Ilyen a Magyar Honvédségnek a 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 és fokozatszerzés támogatása** (a HM tárca által biztosított doktorandusz képzés 10 főről 15 főre való emelése, kutatások támogatása és 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 keretében. Ez a sikeres vizsga után a nyelvpótlék rendszerével jövedelemnövekedést is jelent.

6.5. Karrier elősegítése

- A kiemelkedő teljesítményt felmutató, illetve a hiányszakmában dolgozók **soron kívüli előléptetése** szintén enyhíthetne a szakemberhiányon.
- A költségvetés csökkentése miatt az elmúlt 10 évben 70%-al csökkent a **NA-TO, EU, V4 szakmai testületek munkájában való részvétel.** Azonban a többen nemzetiségű 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 felsővezetők 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 orvosi-ánnal küzdő helyi csapatok parancsnokának engedélye kell(ene) hozzá.

6.6. Jövedelem kiegészítés

A munkaerő elszívást addig nem lehet megállítani, amíg mind a hazai magán egészségügyi szolgálatoknál, mind a civil állásoknál, mind pedig külföldön magasabbak a juttatások.

- Ezen enyhíthetne a jelenleg is alkalmazott **mellékállás vállalásának engedélyezése** rugalmas, a mellékállás követelményeit is figyelembe vevő munkaidő kialakításával.
- Meg kellene vizsgálni, 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.

Az extra juttatásokra a következő lehetőségek léteznek:

- 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)

Család támogatása, tekintettel az katona-egészségügyi szakma hadseregen belüli átlagnál magasabb nő - férfi arányra:

- Óvodai és a bölcsőde költségeinek a megtérítése külszolgálat és a felkészítés alatt,
- Rugalmas, az óvodai illetve bölcsődei nyitva tartáshoz igazodó munkaidő biztosítása,
- Gyermekefelügyelet biztosítása túlmunka esetén (pl. árvízi esetén),
- A házaspár részére munkalehetőség biztosítása (pl. adminisztratív munkakörben a nyugdíjkorhatárt elért munkavállaló helyére)

6.7. Megoldási javaslatok összefoglalás

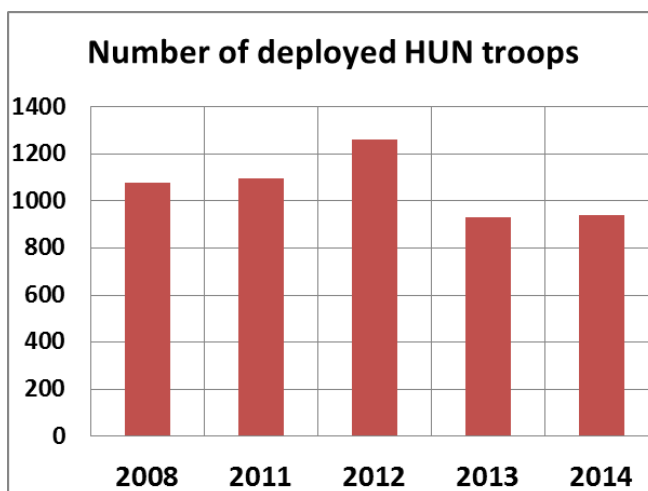
Kutatásom során szembesültem a kórházi állomány súlyos leterheltségével, valamint a munkaidő-beosztás miatt az éves fizikai alkalmasságon való megfelelés problémásságával. Komoly problémát jelent a **katonai fizikai alkalmasság eléréséhez szükséges feltételek** (sportolásra fordítható munkaidő, sportolási lehetőségek) hiánya. Sokan emiatt döntenek a leszerelés mellett. A missziók mellett a belföldi vezénylések úgy, mint a határ menti feladatok biztosítsa 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 óriási megtartó erőt jelentene. A mostani életpályamodell 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 lehetősége is rontotta a katonai orvosi pálya vonzerejét, amit a kutatásomban többen is sérelmeztek.

A **missziós feladatok** egyrészt a magán praxisok időleges feladását vonja maga után, amit tovább súlyosbíthatnak a családtól való távollét miatti problémák. Érdemes lenne a missziós szolgálatok megszervezésénél figyelembe venni, hogy a fiatalabb, még független katonai orvosok könnyebben mobilizálhatóak, illetve ebben a korosztályban az anyagi egzisztencia megalapozásához pozitívan is hozzájárhat a misszió, ráadásul segíti a katonai orvosi képességek és tapasztalatok megszerzését is. Szintén probléma az egyenlőtlen vezényelési rendszer, mivel sok orvos még nem is

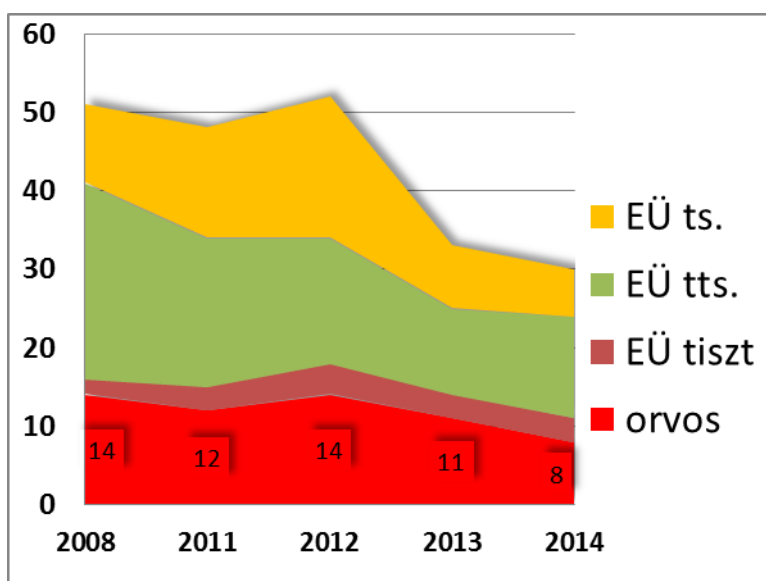
volt misszióban, míg másokat, akik már egyszer jelentkeztek, rendszeresen megke-
resnek újabb kiküldetésekkel, ami egyenlőtlen leterheléshez vezet. Egy évben a
missziót teljesítő katonák száma évente 1000 fő körül mozog, ami a teljes katonai
létszám 4%-a. (72. sz. ábra).



72 ábra. missziós szolgálatot teljesítő katonai létszám.

Az MH Egészségügyi Központban 121 katonaorvos teljesít szolgálatot, ami a teljes hadseregben összesen nem éri el a 150 főt. Az utóbbi időben 8 – 14 orvos teljesít egy időben missziós szolgálatot, ami egy évben 24 – 42 orvos kiküldetését jelenti. Az adatok alapján a katonaróvosok 14 – 28 %-a kapja parancsba a külföldi kiküldetést, tehát átlagban 3 – 5 évente mindenkire rákerül a sor, ami igen nagy leterhelést jelent. (73. sz. ábra. missziós szolgálatot teljesítő egészségügyi személyzet)

Megoldásként az önkéntes tartalékos szolgálat külföldi vezénnyelével tervezik csökkenteni a még aktív katonaorvosok leterhelését.



73. ábra. missziós szolgálatot teljesítő egészségügyi személyzet

További problémát jelent a **szervezetben jelentkező stressz, a rossz szervezeti kommunikáció**, 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 sikerebb végrehajtása érdekében. Ezt a minőségbiztosítási kutatásom támasztja alá, mely szerint a visszajelzést biztosító évente végzett kérdőíves módszert is elismerően és pozitívan értékelték a munkavállalók.

Az katona-egészségügy területén a speciálisan képzett orvosok és szakdolgozók toborzása és megtartása is problémát jelent más NATO országokban is. **Folyamatosan romlik a helyzet a 20 NATO ország 40%-ánál, 30%-ában stagnál, és csupán 30%-uknál figyelhető meg javulás a bevezetett intézkedések hatására.**

A fentiekből következik, hogy csak a megfelelő anyagi forrás biztosításával lehetséges, hogy mind a csapat, mind a kórház és a magán egészségügyi rendelők, valamint a külföldi álláslehetőségek közti diszkrépancia megszűnjön, vagy legalább csökkenjen. Fontos lenne az **egyéni karrier**ek és a **toborzás menedzselése**, valamint a bevezetett intézkedések tudományos kutatásokkal való ellenőrzése, **nyomon követése, kiértékelése**. Szintén fontos lenne a **katonaorvosok érdekvédő képviselőinek a megerősítése, az irányító és jogi problémák megoldása**. (Kiemelendő a nehézkes gyógyszer és anyagigénylések rendszere, az orvos-szakmai és katonaorvosi jogszabályok és irányelvek kidolgozása, gyakorlati katonaorvosi tréningek szervezése). A fenti intézkedésekkel, megelégedett és katonaorvosi hivatását szerető kollégák

által kifelé megvalósuló pozitív kommunikációval, sokkal könnyebb lenne a megüresedett helyeket betölteni, és a katoniorvosi pályát vonzóvá tenni az utánpótlás számára.

Mindenféleképpen **ki szeretném emelni, hogy az elvándorlásnak és leszerelésnek nem csupán egzisztenciális okai vannak, hanem ennél sokkal összetettebb folyamatról van szó**, amiben a bérrendezésen kívül többek között fontos az egyéni orvosi karrier és tanulás támogatása, egyéni és családi tényezők figyelembevétele, a mobbing és kiégés elkerülése, valamint a támogató vezetői attitűd és az állandó átszervezésektől mentes, kiszámítható katoniorvosi karriermodell is.

A Magyar Honvédség személyi állományának egészségének és hadrafoghatóságának védelméért, a hazai és missziós katonai feladatok orvosi biztosításáért, a munkavédelmet is érintő egészségügyi prevencióért megfelelően kiképzett és motivált, külföldön is bevethető katoniorvosi és egészségügyi szakszemélyzetre van szükség, így amennyiben a fenti folyamatokat nem sikerül megállítani, a Magyar Honvédség működése is veszélybe kerülhet mind hazai, mind nemzetközi szinten.

Ki szeretném emelni, hogy az utóbbi időben **több bérrendezés is történt**, és a MH Egészségügyi Központban immár lehetőség van éjjel – nappal **a konditerem használatára. Elindításra került újra a honvédségi ösztöndíjrendszer az orvos-egyetemeken**, ami remélhetőleg növeli a katonaegészségügyi pályára lépők számát. Ezen pozitív lépések hatásának a kiértékelése és az eredmények nemzetközi összevetése szempontjából fontos lesz a 2007 és 2017 között végzett kutatásom folytatása.

7. Összefoglalás

Kutatásomat 10 éve kezdtem el, mivel már akkor elindult az a folyamat, melynek eredményeként mind a hadsereg, mind a katoniorvosi állomány létszáma folyamatosan csökkent. Kezdetben a katonai és egészségügyi állomány stressz szintjét kezdtem el vizsgálni, mivel a problémák, mint stresszorok jelentkeztek a rendelősemen. Azonban a megszüntetett sorkatonai állomány és a professzionális hadsereggé válást, a NATO tagságunk által vállalt kötelezettséget sem teljesítve egyre kevésbé vált kiemelt szemponttá a hadsereg modernizálása és a Honvédség fokozatosan

alulfinanszírozottá vált, amit a válság tovább mélyített. Szintén negatív tényező a szolgálati lakások biztosításának megszüntetése, az ösztöndíjas rendszer szüneteltetése, a szolgálati nyugdíj megszüntetése, a ruházati ellátás leépítése, üdülők eladása, stb. Jelenleg a missziós szerepvállalás mellett jelentkező határ menti feladatok súlyosan leterhelték, leterhelik a kis létszámú (14.000 fő) végrehajtó és egészségügyi állományt (kevesebb, mint 150 fő katonaoorvos), amit már kormányzati szinten is realizáltak. Az utóbbi időben szándék is született mind a finanszírozás, mind a végrehajtó létszám növelésére, felszerelés modernizálására. Az időközben bevezetett tartalékos rendszer és katonai életpálya modell is ezt a célt szolgálja – bár a speciális végzettségűek részére nem tartalmaz sok kedvező változtatást. Pozitív eredmény viszont a félbe maradt Honvédkórház befejezése, amivel a modern, robotokkal felszerelt kórház maga lett az egyik legnagyobb létszámú 'alakulat' a hadseregben belül.

A téma kényessége miatt az elején még falakba ütköztem, azonban a helyzet egyre kritikusabbá vált és a munkámmal a megoldási javaslatokat kutatási eredményekkel lehet alátámasztani, így végül engedélyt kaptam a kutatásra.

A média napi szinten foglalkozik a lakosság mindennapjait megkeserítő romló egészségügyi ellátással, egészségügyi szakszemélyzet pályaelhagyásával és külföldre vándorlásával, azonban a katona-egészségügyi vonatkozásokat eddig nem kutatták. A munkámban egyértelműen újdonságot jelent, hogy a már leszerelt kollégákat kerestem meg, mivel ezzel kapható a legpontosabb információ a bekerülés, pályán tartás, és leszerelés motivációjáról, és az egyének által fontosnak tartott megoldási javaslatokról. A kutatási eredményem néhány pontban el is tér a témában végzett más kutatások eredményétől. Ezt egészítettem ki a nagyobb létszámú dolgozói megelégedettség kérdőíves vizsgálat másodelemzésével, és a MH Védelem-egészségügyi Osztálya által végzett kutatási eredményekkel, amiket a civil MOK és MRSZ kutatásaival is összevetettem.

A témát a lehető légszélesebb összefüggésekkel igyekeztem feltárni, így a szakirodalom legújabb motivációs, az orvosi elvándorlás mértékének és az orvosképzés, mint utánpótlás adatait is ismerttettem. Mivel a fenti tényezők stresszorok is egyben és mentális problémákhoz – mint például kiégéshez – vezethetnek, ezért az orvosi életpálya során fellépő stressz és ennek mérésére alkalmas Vicardio készülékkel történő mérését is ismerttettem. Sajnos a kérdőíves kutatásom a stressz szint mérésére nem volt alkalmas, de ebben a témában több kiváló kutatás született már.

Toborzás, mint utánpótlás helyzetét, a humánpolitikai, jogi, finansziális tényezőket is ismertettem a dolgozatomban.

A NATO a tagországokat sújtó problémát látva ajánlást tettem kidolgozott a szakemberhiány megoldására.

Kutatásom eredménye alátámasztja a MH Védelem-egészségügyi Osztályának évek óta hangoztatott célkitűzését, hogy a helyzet mára kritikus lett és sürgős megoldás kidolgozása szükséges, azonban az erre tett javaslatok csak részben valósultak meg és katonaeorvosi karriermodell kidolgozása és bevezetése is szükségessé vált, különben a Magyar Honvédség sem a hazai, sem a missziós feladatait sem tudja ellátni.

8. Angol nyelvű Kivonat

Both the military disarmament, attrition and migration have already been examined by numerous medical researches. The gravity and social importance of the problem is indicated by that the media also regularly deals with these issues. However, the military medical research on attrition so far is a neglected area in Hungary. The lack of medical personnel threatens the combat capability because the military operations require health support.

In my results of study I examined the employee's satisfaction survey researched between 2011 and 2014 and I compared it with the research on emigration conducted at the Hungarian Medical Chamber and at the Hungarian Resident Association. We received between 412 and 801 answers annually. The importance of the topic is indicated by the fact that the media regularly deal with this issue and the lack of doctors in the military severely compromises the fighting ability. The OECD predicts that by 2022 the European Union will have shortage of 1 million physicians, which will affect the 14% of total health activities. The situation is further worsened by the fact that the Hungarian civil sector (including pharmaceutical companies) represents a serious draining effect as well.

In my study it turns out that the Hungarian Army is losing mostly the young, well-trained, diligent military doctors. Obviously we can't keep young doctors in the army without a competitive salary. However, beyond finance, the support of the carrier and medical training and the revision of forced mission services have a great role as well. Because of the supply of new doctors it would be important that the colleagues didn't leave the army with bad taste.

I compared the results of my research studies with the study carried out by the Hungarian Medical Chamber and the Association of Hungarian Residents. The results show that without money the problem can't be solved. In addition, the reduction of on-call and working hours is important in order to get enough time for normal family life. It is important to obtain some time to living well. It should be stressed that for the young doctor it is important that they can reach their career goals and they can learn and they can do operations. It should also be mentioned that the such as the provision of sports facilities and adequate parking facilities are also important because of the annual military aptitude test. If there is no change in the willingness of going to work abroad in the future, there will be a serious problem at the civil health care system and it will compromise the combat ability of the Hungarian Army as well.

9. Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnék köszönetet mondani Professzor Dr. Kiss Zoltán László ezredes úrnak a Nemzeti Közzolgálati Egyetem Hadtudományi és Honvédtisztképző Kar, Katonai Vezetőképző Intézet, Katonai Vezetéstudományi és Közismereti Tan-szék egyetemi tanárának a tudományos témavezetőmként nyújtott segítségével.

A kutatás elindításában és támogatásában kiemelkedő segítséget kaptam Dr. habil. Nemeslaki András úrtól, a Nemzeti Közzolgálati Egyetem tudományos és nemzetközi rektorhelyettesétől, és Prof. Dr. Kovács László alezredes úrtól a Nemzeti Közzolgálati Egyetem Hadtudományi és Honvédtisztképző Kar egykori tudományos és nemzetközi dékánhelyettesétől.

A Honvád Kórháznál végzett kutatásom támogatásában meg szeretném köszönni a MH EK Személyügyi Osztályának – kiemelve Dr. Varga András ezredes úr és Gálné Rozmályer Ibolya törzsszászlós úrhölgy támogatását – továbbá a Minőség-fejlesztési és Irányítási Osztálynak és Védelem-egészségügyi Osztálynak a támogatását, valamint Dr. Zsiros Lajos Ph.D. orvos dandártábornok úrnak a kutatás engedélyezését és támogatását.

10. Irodalomjegyzék

1. IMF: 2011-es Bruttó hazai termékek (GDP) szerinti listája:
http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_GDP_%28nominal%29
2. Economist: 2011-es legélhetőbb városok listája: <http://tudatosvasarlo.hu/cikk/kanadaban-es-ausztraliaban-vannak-legelhetobb-varosok>
3. BUDAVÁRI-TAKÁCS I. (2011): Karriertervezés. Szent István Egyetem Online:
http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2010-0019_Karriertervezes/ch01.html
(2015.03.02.)
4. TRATNYEK M. (2014): Az élethosszig tartó pályaorientáció szektorközi megközelítése. In: Életpálya tanácsadás. 2 (4): pp. 6-10.
5. TÖRÖKNÉ IVICZ Á. (2014): Mi válasszunk pályát, vagy a pálya választ minket? In: Életpálya-tanácsadás. 2 (3): pp.10-11.
6. LUKÁCS F.(2012): Kompetencia, motiváció és pályaválasztási bizonytalanság egyetemi környezetben. In: Felsőoktatási műhely. 1 (3): pp. 51-66.
7. KISSNÉ VISZKET M. (2015): A pályaválasztási döntés családi háttere. In: Életpálya-tanácsadás. 3 (5): pp. 22-29.
8. PAPULA L. (2000): Mi lesz, ha nagy lesz? A pályaválasztást meghatározó tényezők On-line: http://uni-nke.hu/downloads/bsz/bszemle2008/1/02_papula.pdf (2015.02.14.)
9. BUKODI E. - VUKOVICH GY. - HARCZA I (2000): A magyar társadalom a jelzőszámok tükrében. In: Társadalmi riport Budapest: Társi, 2000. pp. 20-21. Online:
<http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a789.pdf> (2015.11.26.)
10. GEBAUER F. (2009):Három évtized, érdeklődési tesztek tükrében. Mérei Ferenc Fővárosi Pedagógiai és Pályaválasztási Tanácsadó Intézet. Online:
<http://www.eniskolam.hu/3evtized.pdf> (2015.11.25)
11. MAKÓ Á. - BÁRDITS A. - NYÍRŐ ZS. (2014): Általános iskolások pályaválasztása 2014. MKIK Gazdaság- és Vállalkozáskutató Intézet. Budapest. Online:
http://gvi.hu/files/researches/127/palyaorientacio_2014_tanulmany_140724.pdf
(2015.02.28.)
12. LUKÁCS F (2013): A pályaválasztási bizonytalanság és az identitás összefüggései középiskolás mintán II. rész. In: Életpálya-tanácsadás. 1 (2): pp. 48-49, 46-51.
13. GEBAUER F. (2009) : Pályaválasztás a középiskolában. Mérei Ferenc Fővárosi Pedagógiai és Pályaválasztási Tanácsadó Intézet. Online:
www.fovpi.hu/data/cms54104/Palyavalasztas_a_kozepiskolaban.pdf (2015.03.01.)
14. CSAPÓ B. - FEJES J. B. - KINYÓ L. - TÓTH E. (2014): z iskolai teljesítmények alakulása Magyarországon nemzetközi összehasonlításban. Online: <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/b327.pdf> (2015.11.25)

15. LANNERT J. (2004): Pályaválasztási aspirációk. PhD értekezés. BKG-Szociológia. pp. 87.
Online: http://phd.lib.uni-corvinus.hu/86/1/lannert_judit.pdf (2015.02.28.)
16. GIRASEK E. (2012): Rezidens orvosok szakterület-választási és vidéki munkavállalási motívációi. Semmelweis Egyetem - Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola. Budapest p. p. 24-25. Online: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/girasekedmond.d.pdf (2015.03.03.)
17. KISPÁLNÉ HORVÁTH M. - VINCZE SZ. (2009): Végzős középiskolások továbbtanulással kapcsolatos motivációi, döntései és az azokat befolyásoló tényezők. In: Új Pedagógiai Szemle. 59(12): pp. 69, 57-73.
18. GIRASEK E. (2012): Rezidens orvosok szakterület-választási és vidéki munkavállalási motívációi. Semmelweis Egyetem - Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola. Budapest p. p. 26. Online: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/girasekedmond.d.pdf (2015.03.03.)
19. MOLNÁR R - NYÁRI T. - MOLNÁR P. (2008): Az orvostanhallgatók pályán maradásra, pályaelhagyásra vonatkozó elképzelései. In: Orvosi hetilap. 149 (18): pp. 845..
20. MOLNÁR P. - CSABAI M. - CSÖRSZ I. (2003): Orvosi professzionalizáció és magatartástudomány. In: Magyar Tudomány. 173(11) pp. 1391.
21. MOLNÁR R. - MOLNÁR P. (2002): Az orvosi pályaszocializáció. In: Lege Artis Medicine. 12(4). pp. 251. 250-254.
22. MOLNÁR R. - NYÁRI T. - MOLNÁR P. MOLNÁR R - NYÁRI T. - MOLNÁR P. (2008): Az orvostanhallgatók pályán maradásra, pályaelhagyásra vonatkozó elképzelései. In: Orvosi hetilap. 149 (18): pp. 846.
23. BAKOS CS. A. (2013): A magyar honvédség megítélése pályaválasztás előtt álló fiatalok körében. In: Hadtudományi Szemle. 6 (1): pp 1-5. Online: http://uni-nke.hu/downloads/kutatas/folyoiratok/hadtudomanyi_szemle/szamok/2013/2013_1/2013_1_hm_bakos_csaba.pdf (2015.04.10.)
24. LENGYEL ZS. (2008): A katonai pályaszocializáció néhány sajátosságáról. In: Hadtudományi Szemle. 1 (1): pp. 71. Online: http://uni-nke.hu/downloads/kutatas/folyoiratok/hadtudomanyi_szemle/szamok/2008/2008_1/2008_1_t_lengyel_zsuzsanna_69_74.pdf (2015.04.12.)
25. BOLGÁR J. - SZEKERES GY (2015): A pályaaorientáció jellemzői, kapcsolata a pályaaalkalmassági vizsgálattal. In: Hadtudományi Szemle. 8 (1): pp. 284. Online: http://uni-nke.hu/downloads/kutatas/folyoiratok/hadtudomanyi_szemle/szamok/2014/2015_1/15_1_alt_bolgar_szekeres.pdf (2015.04.08.)
26. PAPULA L. (2013): A katonai pályaválasztást befolyásoló tényezők empirikus vizsgálata. PhD értekezés NKE Hadtudományi Doktori Iskola. p. 77. Online: http://uni-nke.hu/downloads/konyvtar/digitgy/phd/2014/papula_laszlone.pdf (2015.03.14.)
27. PAPULA L. (2013): A katonai pályaválasztást befolyásoló tényezők empirikus vizsgálata. PhD értekezés NKE Hadtudományi Doktori Iskola. p. 74-76.. Online: http://uni-nke.hu/downloads/konyvtar/digitgy/phd/2014/papula_laszlone.pdf (2015.03.14.)
28. NÉMET T. (2015): A pályaválasztás és pályaaorientáció vizsgálata egy empirikus kutatás során. In: Hadtudományi Szemle. 8(1): pp. 339. Online: http://uni-nke.hu/downloads/kutatas/folyoiratok/hadtudomanyi_szemle/szamok/2014/2015_1/15_1_alt_nemett.pdf (2015.04.09.)
29. NAGY-VARGÁNÉ JUHÁSZ Á. (2010): A motiváció szerepe a magyar honvédségben. In: Bolyai Szemle. 12 (2): pp. 12.

30. PAPULA L. (2013): A katonai pályaválasztást befolyásoló tényezők empirikus vizsgálata. PhD értekezés NKE Hadtudományi Doktori Iskola. p. 51. Online: http://uni-nke.hu/downloads/konyvtar/digitgy/phd/2014/papula_laszlone.pdf (2015.03.14.)
31. NÉMET T. (2015): A pályaválasztás és pályaaorientáció vizsgálata egy empirikus kutatás során. In: Hadtudományi Szemle. 8(1): pp. 339. Online: http://uni-nke.hu/downloads/kutatas/folyoiratok/hadtudomanyi_szemle/szamok/2014/2015_1/15_1_alt_nemett.pdf (2015.04.09.)
32. NAGYNÉ BERECHZI SZ (2007): Speciális katonai beosztások orvosi és pszichológiai alkalmasságvizsgálatának története Magyarországon. In: Bolyai Szemle. 9 (1) pp. 21-23.
33. KÓRÓDI GY (2006): A digitális katona személyi védelme a honvéder orvos szemszögéből. In: Hadmérnök. (különszám) p. 1-7.
34. SVÉD L. (2007): Aktualitások és tények a katonaorvoslás történetéből. In: Honvéder orvos. 59 (3-4) : pp. 143-151.
35. REMETEI D. (2011): : Korunk megváltozott biztonsági környezete, hatása a katona-egészségügy egyes területeire. Az egészségügyi felderítés és az AJP-4.10.3. (MEDINT) doktrína. In: Honvéder orvos. 63 (3-4): pp. 170-182.
36. SVÉD L. - VEKERDI Z. - SÓTÉR A. (2015) : Quo Vadis Honvéder orvos? (Honvéd-, katasztrófa- és rendvédelem orvosán). Helyzetelemzés egy Tanszék remélt újjászületéséhez. In: Hadtudományi szemle.. 8(1): pp. 359-380. Online: http://uni-nke.hu/downloads/kutatas/folyoiratok/hadtudomanyi_szemle/szamok/2014/2015_1/15_1_alt_nemett.pdf (2015.04.12.)
37. SVÉD L (2003): A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének és gyakorlatának változásai, sajátosságai, különös tekintettel a haderő átalakítására, a NATO-ba történő integrálására, a különböző fegyveres konfliktusok, valamint a békefenntartó, béketeremtő és – támogató tevékenységre. Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem – Hadtudományi Doktori Iskola. Phd. p. 66. Online: http://uni-nke.hu/downloads/konyvtar/digitgy/phd/2003/sved_laszlo.pdf (2015.03.18.)
38. Pákozdi Márta, Fejes Zsolt (2015): A katona-egészségügyi pályaelhagyás motívumainak feltárása URL: http://www.bm-tt.hu/assets/letolt/e5konf/nap11/2_Fejes_Pakozdi.pptx 2016.09.25.
39. NAGY Á. M.(2003): „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-gyogvitas-a-klasszikus-okorban> (2015.11.26.)
40. BENKE J. (2009): Az orvostudomány története. pp.18-89. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
41. BENEDEK I. (2012): Fejezetek az orvoslás középkori történetéből Online: http://www.orvostortenet.hu/tankonyvek/tk-05/pdf/2.3.4.2/benedek_istvan_kozepkori_orvoslas.pdf (2015.11.30.)
42. KAZAI A. (2011): A szabadságharc orvosai Online: http://www.medicalonline.hu/kitekinto/cikk/a_szabadsagharc_orvosai (2015.11.30.)
43. VITÁL A. (2014): A szabadságharc orvosai Online: <http://ujsozo.com/vasarnap/kultura/2014/03/14/a-szabadsagharc-orvosai> (2015.11.20.)
44. ÉRBETEGSÉGEK (1998): Egyéb- Dr. Radó György Online: http://erbetegsegek.com/image/temak/in_memoriam/49ment.pdf (2015.11.29)

45. HAIDEGGER T. (2006): A holnap sebészete – Műtőrobotok és teleoperáció. In: IME 5 (3): pp. 49-52.
46. SELJÁN P.(2014): Harc az Iszlám Állam ellen. In: Nemzet és Biztonság 7 (5): pp. 63-74.
47. MAGYAR HONVÉDSÉG EGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT (2013): Egészségügyi alapismeretek elsősegélynyújtás, A harctéri életmentő katonák részére segédlet Online: http://www.honvedkorhaz.hu/container/files/attachments/349/eu-118_404_eu_alapismeretek_elsosegely.pdf (2015.11.30.)
48. MEDVECZKI Z. (2006): Fej-nyak sebészeti ellátás minősített helyzetben. In: Hadmérnök 1(1) Online: http://hadmernok.hu/archivum/2006/1/2006_1_medveczki.html (2015.11.25.)
49. MAGYAR HONVÉDSÉG EGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT (2013): Egészségügyi alapismeretek elsősegélynyújtás, A harctéri életmentő katonák részére segédlet Online: http://www.honvedkorhaz.hu/container/files/attachments/349/eu-118_404_eu_alapismeretek_elsosegely.pdf (2015.11.30.)
50. GÁCSER Z. (2008): Robotok a katonák szolgálatában Online: http://unike.hu/downloads/bsz/bszemle2008/4/01_Gacser_Zoltan.pdf (2015.11.26.)
51. VARGA A. F.(2013): A drónok, mint a kockázatmentes hadviselés eszközei. In: Hadtudományi Szemle 6(2): pp. 44-58.
52. NAGY J. – OROSZ Z. (2005): MI-8/MI-17 szállítóhelikopterek alkalmazása a magyar légi-erőben. In: Repüléstudomány 17 (2) Online: http://www.repulestudomany.hu/kulonszamok/2005_cikkek/nagy_janos_orosz_zoltan.pdf (2015.11.30.)
53. MAGYAR HONVÉDSÉG EGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT (2013): Egészségügyi alapismeretek elsősegélynyújtás, A harctéri életmentő katonák részére segédlet Online: http://www.honvedkorhaz.hu/container/files/attachments/349/eu-118_404_eu_alapismeretek_elsosegely.pdf (2015.11.30.)
54. MAGYAR HONVÉDSÉG EGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT (2013): Egészségügyi alapismeretek elsősegélynyújtás, A harctéri életmentő katonák részére segédlet Online: http://www.honvedkorhaz.hu/container/files/attachments/349/eu-118_404_eu_alapismeretek_elsosegely.pdf (2015.11.30.)
55. KÉPVISELŐI INFORMÁCIÓS SZOLGÁLAT (2015): A magyar honvédség békemissziós tevékenysége Online: http://www.parlament.hu/documents/10181/303867/2015_7_MH_missziok/a44d53e2-7a4e-4aa4-bac7-906d2e4b4e00 (2015.11.30.)
56. BALÁZS PÉTER: Nemzetközi migrációs hatások és belső tényezők Magyarország orvosi munkaerő-gazdálkodásában. Egészségügyi Gazdasági Szemle. (2009)
57. GIRASEK EDMOND (2010): Fiatal munkavállalók az egészségügyben, fiatal egészségügyiek a munkaerőpiacon. URL: https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/DPR/dprfuzet4/Pages287_300_Girasek.pdf 2016.09.29.
58. OECD (2016): Health workers with right skills in right places needed URL: <http://www.oecd.org/newsroom/health-workers-with-right-skills-in-right-places-needed.htm> 2016.09.28.
59. OECD (2017): Health Workforce Migration URL: http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_WFMI 2017.07.20.
60. VEROSZTA ZS (2012) : A tanári pályaelhagyás szaktárgyi mintázata. In: Educatio 20(4): p. 608.

61. GARAI O. - KISS L. (2007): Reál diplomával a munkaerőpiacon. pp. 209-210. Online: https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/DPR/dprfuzet4/Pages203_226_Garai_Kiss.pdf (2015.03.03.)
62. BALÁZS PÉTER(2012): Orvosi létszámok és a nemzetközi orvosmigráció aktuális hatása Magyarországon. Orvosi Hetilap, 153(7) pp.254.
63. BALÁZS PÉTER(2012): Orvosi létszámok és a nemzetközi orvosmigráció aktuális hatása Magyarországon. Orvosi Hetilap, 153(7): 250-256.
64. VARGA JÚLIA (2015): Hova lettek az orvosok: Az orvosok külföldre vándorlása és pályaelhagyása Magyarországon 2003-2011. Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaság és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaságtudományi Intézet Budapesti Corvinus Egyetem, Emberi Erőforrások Tanszék
65. URL: <http://www.econ.core.hu/file/download/bwp/bwp1506.pdf> 2016.09.26.
66. URL: <http://kulfoldremennek.hu/munka/401-egyre-tobb-orvos-hagyja-el-az-orszagot-vagy-valt-palyat-utanpotlas-nincs> 2016.09.25.
67. BODNÁR K. – SZABÓ L. T. (2014): A kivándorlás hatása a hazai munkaerő piacra, MNB-tanulmány 114. pp. 6-8 Online: <http://mek.oszk.hu/13400/13401/13401.pdf> (2015.11.26)
68. EPPICH GY. - KÖLLŐ J. (2014): Foglalkoztatás a válság előtt, közben és után. In: Társadalmi riport 2014. Budapest: Társi. p. 167. 157-178. Online: <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/b329.pdf> (2015.11.26)
69. BLASKÓ ZS. - , LIGETI A. S. - SIK E. (2014): Magyarok külföldön – Mennyien? Kik? Hol? In: Társadalmi riport 2014. Budapest: Társi. pp. 359. Online: <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/b337.pdf> (2015.11.26)
70. BLASKÓ ZS. - , LIGETI A. S. - SIK E. (2014): Magyarok külföldön – Mennyien? Kik? Hol? In: Társadalmi riport 2014. Budapest: Társi. p. 366. Online: <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/b337.pdf> (2015.11.26).
71. BLASKÓ ZS. - , LIGETI A. S. - SIK E. (2014): Magyarok külföldön – Mennyien? Kik? Hol? In: Társadalmi riport 2014. Budapest: Társi. pp. 353. Online: <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/b337.pdf> (2015.11.26)
72. BUDNIK K. Z. (2012): Do those who stay work less? On the impact of emigration on the measured TFP in Poland, National Bank of Poland, Working Paper No. 113. Online: http://www.nbp.pl/publikacje/materialy_i_studia/113_en.pdf (2015.11.26)
73. CHAMI R. – FULLENKAP C. – JAHJAH S. (2003): Are Immigrant Remittance Flows a Source of Capital for Development? IMF Working Paper WO/03/189 Online: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2003/wp03189.pdf> (2015.11.26)
74. BEINE M. – DOCQUIER F. – RAPOPORT R. (2001): Brain drain and economic growth: theory and evidence, Journal of Development Economics, 64 (1): pp. 275–289.
75. AGRAWAL A. – KAPUR D. – MCHALE J. – OETTL A. (2011): Brain drain or brain bank? The impact of skilled emigration on poor-country innovation, Journal of Urban Economics. 69 (1): pp. 43-55
76. WORLD TRADE REPORT (2013) Online: https://www.wto.org/english/res_e/booksp_e/world_trade_report13_e.pdf (2015.11.26)
77. GIRASEK EDMOND (2006): Orvosok pályaválasztása. Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kar, Szakdolgozat.
78. GIRASEK EDMOND (2010): Fiatal munkavállalók az egészségügyben, fiatal egészségügyiek a munkaerőpiacon. URL: https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/DPR/dprfuzet4/Pages287_300_Girasek.pdf 2016.09.29.

79. Halász Miklós (2003): Hová, hová doktor úr? URL: http://mno.hu/migr_1834/hova-hova-doktor-ur-733160 2016.09.23.
80. URL: https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/DPR_adatlapok/DPR_2013tavasz/SE_2013.pdf 2016.09.24.
81. URL: https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/DPR_adatlapok/DPR_2013tavasz/PTE_2013.pdf 2016.09.24.
82. URL: https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/DPR_adatlapok/DPR_2013tavasz/SZTE_2013.pdf 2016.09.24.
83. URL: https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/DPR_adatlapok/DPR_2013tavasz/DE_2013.pdf 2016.09.24
84. URL: <http://kulfoldremennek.hu/munka/401-egyre-tobb-orvos-hagyja-el-az-orszagot-vagy-valt-palyat-utanpotlas-nincs> 2016.09.25.
85. Health at a Glance 2015: Health Workforce 2015 URL: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115071ec024.pdf?expires=1477390965&id=id&accname=guest&checksum=64C210FD7FD5C4BE979337AA6B0B9BBB> 2016.09.27.
86. International Migration Outlook 2015 URL: 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 2016.09.27.
87. Külföldre mennék: Egyre több orvos hagyja el az országot, vagy vált pályát – utánpótlás nincs URL: <http://kulfoldremennek.hu/munka/401-egyre-tobb-orvos-hagyja-el-az-orszagot-vagy-valt-palyat-utanpotlas-nincs> 2016.09.25.
88. NAGY-VARGÁNÉ JUHÁSZ Á. (2010): A motiváció szerepe a magyar honvédségben. In: Bolyai Szemle. 12 (2): pp.11.
89. KATONA B. (2011): A katonai és biztonsági magánvállalatok tevékenysége és a fegyveres testületeknél szolgálatot teljesítők pályaelhagyása közötti összefüggések. pp. 4-5. Online: http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/publikacio/katona_bela01.pdf (2015.04.02.)
90. NAGY-VARGÁNÉ JUHÁSZ Á. (2010): A motiváció szerepe a magyar honvédségben. In: Bolyai Szemle. 12 (2): pp.13.
91. KISSNÉ ANDRÁS K. (2010) : Generációk a magyar honvédségnél. Motiváció és munkaerő megtartó képesség. In: Hadtudományi szemle. 3(4): pp. 61-62. Online: http://uni-nke.hu/downloads/kutatas/folyoiratok/hadtudomanyi_szemle/szamok/2010/2010_4/2010_4_t_t_kissne_58_64.pdf (2015.04.05.)
92. NAGY-VARGÁNÉ JUHÁSZ Á. (2010): A motiváció szerepe a magyar honvédségben. In: Bolyai Szemle. 12 (2): pp.13.
93. KISSNÉ ANDRÁS K. (2010) : Generációk a magyar honvédségnél. Motiváció és munkaerő megtartó képesség. In: Hadtudományi szemle. 3(4): pp. 61-62. Online: http://uni-nke.hu/downloads/kutatas/folyoiratok/hadtudomanyi_szemle/szamok/2010/2010_4/2010_4_t_t_kissne_58_64.pdf (2015.04.05.)
94. EKE E. – GIRASEK E. – SZÓCSKA M. (2007): A migráció a magyar orvosok körében, In: Statisztikai Szemle, 93 (7-8): pp. 795-827.
95. LUKÁCS É. - ILLÉS S. (2003) Szabad-e a személyek áramlása? In: Alföldi tanulmányok 2002–2003. PP. 18-34. Online: http://real-j.mtak.hu/1327/1/ALFOLDTAN_2003.pdf (2015.11.25)

96. GAIZAUSKIEN A. – GRABAUSKAS V. – KUCINSKIENE Z et al (2000): Physian Planning in Lithuania in 1990-2015, Policy Documentation Center Online: http://pdc.ceu.hu/archive/00002469/01/LGP_leidinys_engl.pdf (2015.11.24)
97. ZRÍNYI M. - ZÉKÁNYNÉ RIMÁR I. - TÓTH H. - SIKET A. (2007): Időzített bomba? Pályaválasztás és elvándorlás. In: Egészségügyi gazdasági szemle. 5 (1): pp 43.
98. TAKÁCS P. - SIKET A. (2011): Ápolók pályaelhagyásának és migrációjának további statisztikai elemzése. In: Acta Medina. pp. 43. Online: http://epa.oszk.hu/02500/02535/00002/pdf/EPA02535_acta_medicinae_2011_02_033-046.pdf (2015.11.26.)
99. TÖLGYESI D. B. (2013): Emberi erőforrások gazdálkodás a hazai egészségügyben, kihívások és lehetőségek. Miskolci Egyetem – Gazdaságtudományi Kar. Online: http://midra.uni-miskolc.hu/JaDoX_Portlets/documents/document_14724_section_7102.pdf (2015.11.26)
100. DEUTSCHMAN-HORVÁH ZS. L. és mtsai (2013): Beszámoló az egészségügyi ágazati humán erőforrás 2013. évi helyzetéről az egészségügyi ágazati humán erőforrás-monitoring rendszer alapján. Egészségügyi és Nyilvántartási Képzési Központ. Online: http://www.eekh.hu/hmr/letoltesek/beszamolok/HR_beszamolo_2013.pdf (2015.04.06.)
101. EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2011. évi statisztika – Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki http://www.eekh.hu/documents/statisztika/2011/2011_hatbiz_nem_allamp.pdf (2015.11.10)
102. EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2012. évi statisztika – Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki http://www.eekh.hu/documents/statisztika/2012/2012_hatbiz_szakkepesites.pdf (2015.11.09)
103. EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2014. évi statisztika – Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki http://www.eekh.hu/documents/statisztika/2014/hatbiz_2014_nem_allamp_eves.pdf (2015.11.09)
104. EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2013. évi statisztika – Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki http://www.eekh.hu/documents/statisztika/2013/2013_hatbiz_eletkor.pdf (2015.11.09)
105. EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2011. évi statisztika – Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki http://www.enkk.hu/documents/statisztika/2011/2011_hatbiz_celorszag.pdf (2015.11.28.)
106. EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2012. évi statisztika – Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki http://www.eekh.hu/documents/statisztika/2012/2012_hatbiz_szakkepesites.pdf (2015.11.09)
107. EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2013. évi statisztika – Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki http://www.eekh.hu/documents/statisztika/2013/2013_hatbiz_eletkor.pdf (2015.11.09)
108. EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2014. évi statisztika – Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki http://www.eekh.hu/documents/statisztika/2014/hatbiz_2014_nem_allamp_eves.pdf (2015.11.09)

109. EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2015. évi első félévi statisztika – Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki
http://www.enkk.hu/documents/statisztika/2015/HatBiz_04_2015_felev_szakkep.pdf
 (2015.11.28.)
110. EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: Tájékoztató A 2015. évi szakorvos, szakfogorvos, gyógyszerész és klinikai szakpszichológus képzés keretszámokról, valamint a hiányszakmák köréről
http://www.eekh.hu/documents/koordinacio/2015_kereszamok.pdf (2015.11.20)
111. STANKŪNAS, M. – LOVKYTĖ, L. – PADAIGA, Ž. (2004): The Survey of Lithuanian Physicians and Medical Residents Regarding Possible Migration to the European Union. In: Medicina. 40 (1): pp.68–74
112. GIRASEK E. – EKE E. – SZÓCSKA M. (2009): Fiatal orvosok vidéki munkavállalási szándékai. Orvoseképzés. 89(1):pp.59–63.
113. HÁRS Á. – SIMONOVITS B. – SIK E. (2004): Munkaerőpiac és migráció: fenyegetés vagy lehetőség?
114. Kolosi T. – Tóth I. Gy. – Vukovich Gy. (szerk.): Társadalmi Riport, 2004. Társi. pp.272-289. Budapest. Online: <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a803.pdf> (2015.11.26.)
115. MAGYAR REZIDENS SZÖVETSÉG – SZINAPSZIS (2014): MRSZ Hallgatói Kutatás Online: <http://rezidens.hu/index.php/sajtoanyag/letoltesek?download=1:mrsz-hallgatoi-kutatas>. (2015.11.26)
116. FARKAS R. (2012): A magyarországi orvos elvándorlás. In: Méltányosság politikaelemző központ. p. 2.
http://www.meltanyossag.hu/files/meltany/imce/doc/kp_orvoselvandorlas_120320.pdf
 (2015.04.13.)
117. EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2009. évi statisztika – Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki
http://www.eekh.hu/documents/statisztika/2009/2009_hatbiz_celorszag.pdf
 (2015.11.10)
118. EGÉSZSÉGÜGYI NYILVÁNTARTÁSI ÉS KÉPZÉSI KÖZPONT: 2013. évi statisztika – Azon ügyfelek számára vonatkozó adatok, akik részére a Hivatal hatósági bizonyítványt állított ki
http://www.eekh.hu/documents/statisztika/2013/2013_hatbiz_eletkor.pdf (2015.11.09)
119. DEUTSCHMAN-HORVÁH ZS. L. és mtsai (2013): Beszámoló az egészségügyi ágazati humán erőforrás 2013. évi helyzetéről az egészségügyi ágazati humán erőforrás-monitoring rendszer alapján. Egészségügyi és Nyilvántartási Képzési Központ. pp. 8. Online: http://www.eekh.hu/hmr/letoltesek/beszamolok/HR_beszamolo_2013.pdf (2015.04.06.)
120. LENGYEL A. (2009): Magyarok külföldi munkavállalása. Budapesti Gazdasági Főiskola – Külkereskedelmi Főiskolai Kar, Nemzetközi Kommunikáció Szak. Online: http://elib.kkf.hu/edip/D_14568.pdf (2015.11.26.)
121. BALOGH T. (2013): Infrastruktúra-fejlesztés az egészségügyben. In: Foglalkoztatási, társadalmi befogadási és egészségügyi fejlesztések Magyarországon. Dr. Antal T.– Dr. Fedor M. – Szabó Á. szerk. Nemzeti Fejlesztési Ügynökség. pp. 137-142.
122. MOLNÁR R. - MOLNÁR P. (2002): Az orvosi pályaszocializáció. In: Lege Artis Medicine. 12(4), pp. 252.
123. BALÁZS P. (2007): Hálapénz... ha végre paradigmát váltanánk. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 45(4): pp. 11-19.

- 124.KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (2015): Borravaló és hálapénz. In: Statisztikai Tükör pp. 1-4. Online: <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/halapenz.pdf> (2015.11.26)
- 125.NAGY A. L. (2000): Hálapénz a magyar egészségügyben. Ki, kinek, miért, mennyit? In: Lege Artis Medicine. 10 (9): pp. 726-729.
- 126.MAGYAR REZIDENS SZÖVETSÉG – SZINAPSZIS (2014): MRSZ Hallgatói Kutatás Online: <http://rezidens.hu/index.php/sajtoanyag/letoltesek?download=1:mrsz-hallgatoi-kutatas>. (2015.11.26)
- 127.RURIK I. - KALABAY L. (2009): Magyar orvosok életmódja, egészségi állapota és demográfiai adatai 25 évvel a diplomaszerezés után. In: Orvosi Hetilap.150(12): pp. 536. 533-540.
- 128.EKE E. - GIRASEK E. – SZÓCSKA M. (2009): A migráció a magyar orvosok körében. In: Statisztikai szemle. 87(7-8): pp. 812-813.
- 129.GARAJ E. - VINGENDER I. (2007): Migráció kezelése a kórházmenedzsmentben. In: Orvos- és Kórháztechnika. 2007. 48(2): pp. 47-50.
- 130.SZEKENDI GY. (2013): A Magyar Honvédség békeidőszaki személyi állományának foglalkoztatási viszonyai, különös tekintettel a honvédek jogállására. In: Magyar Közlöny Lap- és Könyvkiadó. pp.11. Online: http://magyaryprogram.kormany.hu/download/2/1b/a0000/20_JOG_Hjt_AROP2217.pdf (2015.04.20.)
- 131.PÁPAI T. (2013): Az egészségügyi tisztek és altisztek katona-egészségügyi ismeretei, kompetenciái, azok fejlesztésének lehetőségei. NKE. PhD értekezés. pp. 90. Online: http://hkk.uni-nke.hu/downloads/tudomanyos_elet/kmdi/2013/Papai_T_ertekezes_tervezet.pdf (2015.11.26)
- 132.DRÓT L. (2014): A hazai békefenntartó kiképzés fejlődése. In: Seregszemle. 12 (4): pp. 137.
- 133.GYÖRFFY Á. (2013): A pszichológiai támogatás lehetőségei az intenzív terápiás ellátás során. In: Honvédorvos. 65(1-2): pp. 58.
- 134.POPOV M. M. N. (2010): A confluence of factors: Canadian Forces retention and the future force. p. 64-69. Online: <http://www.cfc.forces.gc.ca/259/290/297/286/Popov.pdf> (2015.04.11.)
- 135.KIRÁDY A. (2008): Stressz megjelenési formái a fegyveres testületek tagjainál. Online: http://uni-nke.hu/downloads/konyvtar/digitgy/publikacio/Kirady_A.pdf (2015.04.23.)
- 136.JASZTRAB J. SZ.:A katonaegészségügy helye és szerepe a missziós tevékenységekben. Online: http://old.biztonsagpolitika.hu/documents/1282752313_jasztrab_jacint_katonaegeszsegugy_a_misszios_tevékenységekben_-_biztonsagpolitika.hu.pdf (2015.04.26.)
- 137.KAUCSEK G. – SIMON P. (1995): Psychoterror and risk-management in Hungary. 7th European Congress of Work and Organizational Psychology, Győr, Hungary.19- 22th. April.
- 138.LÁZÁR GY (2007): Selye János, a stresszkutatás atyja. In: Vasváry Collection Newsletter 37 (1) Online: http://www.sk-szeged.hu/statikus_html/vasvary/newsletter/07jun/selye.html (2015.11.28.)
- 139.SELYE J. (1977): Stressz distressz nélkül. pp. 23-25. Budapest: Akadémia Kiadó.
- 140.BERÉNYI A. – JUHÁSZ B. SZ. (2012): Stressz, konfliktus, munkahely, megküzdés. pp. 3-5. Debreceni Egyetem Online: <http://www.ommf.gov.hu/letoltes.php?id=5573> (2015.11.28.)

141. MISKOLCI EGYETEM (2015): A stressz Online: <http://www.uni-miskolc.hu/~wwwbkr/psz/stressz.pdf> (2015.11.28)
142. SIEGRIST J. - KLEIN D. - VOIGHT K. H. (1996): Linking sociological with physiological data: the model of effort-reward imbalance at work. *Acta Physiologica Scandinavia. Supplementum* 640: pp. 112–116
143. KARESEK R.A. (1979): Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24 (2): pp. 285-308.
144. LANDSBERGIS P. A. – SCHNALL P. L. – BELKIC K. et al. (2001): Work stress and cardiovascular disease. *Work: A Journal of Assessment and Prevention*. 17 (3): pp.191-208.
145. BELKIC K. – LANDSBERGIS P. A. – SCHNALL P. L. – BAKER D. (2004): Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 30 (2): pp. 85-128.
146. THEORELL T. – KARASEK R. (1996): Current issues relating to psychological job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1 (1)pp.: 9-26.
147. SIEGRIST J. (2002): Adverse Health Effects of Effort-Reward Imbalance – Applying the model to Eastern Europe. In: *Heart Disease: Environment, Stress and Gender* pp.26-38. (Weider G et al) NATO Science Series, IOS Press, vol. 327
148. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001): The World Health Report, Mental Health new understanding, new hope. Online: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1 (2015.11.29)
149. SCHILLING R.S.F. (1989): Health protection and promotion at work. In: *British Journal of Industrial Medicine*, Vol. 46.: 683-688 doi:10.1136/oem.46.10.683
150. ANTONOVSKY A. (1987): Health promoting factor at work: the sense of coherence. In: KALIMO R. - EL-BATAVI M. A - COOPER C. L. (eds.): *Psychosocial factors at work and their relation to health*. pp.167.
151. BERÉNYI A. – JUHÁSZ B. SZ. (2012): Stressz, konfliktus, munkahely, megküzdés. pp. 3-5. Debreceni Egyetem Online: <http://www.ommf.gov.hu/letoltes.php?id=5573> (2015.11.28.)
152. SALAVECZ GY. (2011): A munkahelyi stressz és az egészség összefüggései hazai és nemzetközi viszonylatban. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola pp. 23-39 Online: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/salaveczgyongyver.d.pdf (2015.11.28.)
153. SELYE J. (1977): *Stressz distressz nélkül*. Budapest: Akadémia Kiadó.
154. JEKKEL É. (2013): A depresszió és a szorongásos zavarok Online: http://semmelweis.hu/pszichiatria/files/2013/02/dep_szor.pdf (2015.11.27.)
155. NÉMETH A. (2004): *Pszichiátria másképp*. Budapest: Medicina Kiadó.
156. JEKKEL É. (2013): A depresszió és a szorongásos zavarok Online: http://semmelweis.hu/pszichiatria/files/2013/02/dep_szor.pdf (2015.11.27.)
157. HOLLANDER E. - KLEIN D. (1989): Differential diagnosis of anxiety disorders. In: *Panic anxiety states* pp.17-26. (Eds. KIELHOLZ P. - ADAMS C.) Deutscher-Arzte Verlag, Köln.

158. ATKINSON R. L. – ATKINSON R. C. – SMITH E. E. – BEM D. J. (1997): Pszichológia. Budapest: Osiris Kiadó.
159. MISKOLCI EGYETEM (2015): A stressz Online: <http://www.unimiskolc.hu/~wwwwbkrt/psz/stressz.pdf> (2015.11.28)
160. KHAN R. L. – BYOSIERE P. (1992): Stress in organization. In: Handbook of Industrial and Organizational Psychology pp. 571-651 (eds.: DUNNETTE M. D. – HOUGH L. M.) Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
161. MISKOLCI EGYETEM (2015): A stressz Online: <http://www.unimiskolc.hu/~wwwwbkrt/psz/stressz.pdf> (2015.11.28)
162. SZABÓ G. (2013): Az életesemények pszichoszociális összefüggései és a krónikus betegségekkel való kapcsolata. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem. Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola. Online: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/szabogabor01.d.pdf (2015.11.28.)
163. FARAVELLI C. - CATENA M. - SCARPATO A. – RICCA V. (2007): Epidemiology of Life Events: Life Events and Psychiatric Disorders in the Sesto Fiorentino Study. Psychother Psychosom, 76 (6): pp. 361–368.
164. CHAN D. – KWOK A. – LEUNG J. et al. (2012): Association between life events and change in depressive symptoms in Hong Kong Chinese elderly. Journal of Affective Disorders, 136 (3): pp. 963–970
165. STAUDER A. (2008): Közösségi alapú magatartásorvoslási programok. Az esélyerősítés hatékony módszerei. pp.105-114. In: Magyar lelkiállapot. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. (Szerk. Kopp M.) Budapest: Semmelweis Kiadó, Budapest.
166. SALAVECZ GY. (2011): A munkahelyi stressz és az egészség összefüggései hazai és nemzetközi viszonylatban. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola pp. 23-39 Online: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/salaveczgyongyver.d.pdf (2015.11.28.)
167. KÖZPONTI STATISZTIKAI TÜKÖR (2010): Nincs egészség lelki egészség nélkül – a központi idegrendszer betegségei. In: Statisztikai Tükör. 4 (112): pp. 1-2.
168. KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (2011): Megváltozott munkaképességűek a munkaerőpiacon. Online: <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/megvaltmunkakep.pdf>
169. KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (2010): Társadalmi helyzetkép Online: https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/thk/thk10_egeszseg.pdf (2015.11.29).
170. FEJES L. – RESTYÁNSZKINÉ JACZKÓ V. (2011): Az európai lakossági egészségfelmérés és betegforgalmi adatok összefüggései Magyarország régióiban, In: KSH Online: http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/terstat/2011/06/fejes_restyanszky.pdf (2015.11.29.)
171. URL: <https://www.natursziget.com/itthon/20070521doktornok/all-pages> 2016.09.26.
172. KULICH KÁROLY (2014): Az orvosok egészségi állapota URL: <https://prezi.com/3sjqa6bimqtg/copy-of-az-orvosok-egeszsegi-allapota/> 2016.09.27.
173. ILLÉS TIBOR (2012): Boldogtalan orvosok... - egy hazai vizsgálat szükségessége URL: <http://szegedma.hu/hir/szeged/2012/01/boldogtalan-orvosok-egy-hazai-vizsgalat-szuksegessege.html> 2016.09.27.

174. GYÖRFFY ZS. (2009): Morbiditás és stressztényezők a magyarországi orvosnők körében. Doktori Értekezés. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola Online: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/gyorffyzsuzsa.d.pdf (2015.11.29)
175. TYSEN R. – VAGLUM P. – GRONVOLD N.T. – EKEBERG O. (2001) Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *Journal of Affective Disorders* 64 (1): pp. 69-79.
176. GYÖRFFY ZS. (2009): Morbiditás és stressztényezők a magyarországi orvosnők körében. Doktori Értekezés. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola Online: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/gyorffyzsuzsa.d.pdf (2015.11.29)
177. COOPER C. L. – MARSHALL J. (1978): Understanding executive stress. Princeton: PBI Books.
178. PETREKANITS M. – PAVLIK ZS. – RADÁK ZS. KUDAR K. (2005): Az operatív feladatokat végrehajtó katona élettani és pszichés terhelhetőségének vizsgálata laboratóriumban és kiképzési harci feladatok végrehajtása közben. In: *Hadtudományi Tájékoztató*. 14. évf. (Haderő átalakítás 2004 pályázat): pp. 133-138.
179. SZÉP L. (2006): A béketámogató műveletek során kialakuló különleges helyzetekre történő felkészítés nehézségei. In: *Humán Szemle* 22 (1): pp. 84-90
180. VINCZE L. (2004): A multikulturális kommunikáció kihívásai a hadseregben. In: *Humán Szemle* 20 (1): pp. 101-110.
181. TÓTHNÉ SZTERNÁK N. (2005): A fokozott nappali aluszékonyosság, mint stressztényező a katonai szolgálatban. In: *Humán Szemle* 21(3): pp. 63-72
182. KIRÁDY A. (2008): Mesterséges intelligencián alapuló számítógépes szakértői rendszer felhasználási lehetőségei a katonai és a rendőri állomány alkalmasságvizsgálatára. Doktori Értekezés. Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem Hadtudományi Doktori Iskola Online: http://193.224.76.2/downloads/konyvtar/digitgy/phd/2009/kirady_atila.pdf (2015.11.30).
183. KOVÁCS G. – NÉMETH A. – SZILÁGYI ZS. (2006): A missziós szolgálatot teljesítő állomány pszichés állapota. In: *Új Honvédségi Szemle*. 60(6): pp. 23-31.
184. KOMAR Z. – PAVLINA Z. (2007): *Katonapszichológia I.* Budapest: Zrínyi Nemzetvédelmi Egyetem.
185. SCHMIDT K. (2008): A munkahelyi stressz vizsgálata szellemi tevékenységet folytató munkavállalók körében. Budapesti Gazdasági Főiskola Külkereskedelmi Főiskolai kar Gazdaság-diplomácia és nemzetközi menedzsment szak Online: http://elib.kkf.hu/edip/D_14140.pdf (2015.11.30.)
186. KAUCSEK GY. – SIMON P. (1996): Pszichoterror a munkahelyen I. In: *Humánpolitikai Szemle* 7 (9): pp. 10. 39–45.
187. KAUCSEK GY. – SIMON P. (1996): Pszichoterror a munkahelyen II. In: *Humánpolitikai Szemle* 7 (10): pp. 41-49.
188. ÉSZLELT STRESSZ KÉRDŐÍV MAGYAR VÁLTOZATA Online: http://www.psy.cmu.edu/~scohen/PSS_Hungarian_14_10_4_item.pdf (2015.11.30.)
189. STEUDER A. – KONKOLY T. B. (2006): Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. In: *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 7(3): pp. 203-216
190. SUSÁNSZKY É. – KONKOLY T. B. – STAUDER A. – KOPP M. (2006): A WHO Jól-Lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos

- lakossági egészségfelmérés alapján. In: Mentálhigiéné és Pszichoszomatika. 7(3): pp.247-255
191. PEJTERSEN J.H. – KRISTENSEN T. S. – BORG V. – BJORNER J. B. (2010): The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II) Scandinavian Journal of Public Health. 38(Suppl.3): pp. 8-24.
192. VASS Z.(2011): A több dimenziós rajzteszt. Budapest: Flaccus Kiadó
193. DÁVID I. – FÜLÖP M.- PATAKY N. – RUDAS J. (2014): Stressz, megküzdés, versengés. Budapest: Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége.
194. KÁLLAI J.- VARGA J. – OLÁH A. (2007):Egészségpszichológia a gyakorlatban. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
195. CSABAI M. – MOLNÁR P. (2009). Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
196. CARDIOPORT (2006): Vicardio Online:
<http://www.cardioport.net/container.php?page=vicardio> (2015.11.28.)
197. VICARDIO (2011): Használati utasítás Online: <http://snakeye.tarhely.biz/wp-content/uploads/2011/11/vicardio.pdf> (2015.11.28.)
198. KOLLAI M. (2005): Szakértői vélemény a „VICARDIO Health Portait” készülékről Online: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:cOhPbaMx6nQJ:5mp.eu/fajlok/mag-netovital/szakertoi_velemen_y_www.5mp.eu_.doc+&cd=13&hl=hu&ct=clnk&gl=hu (2015.11.28.)
199. CARDIOSCAN CS-3 Online:
<http://www.cardioscan.de/produkte/cardioscan.html?L=999999.9> (2015.11.30.)
200. TAMÁS E. (2015): „A foglalkozás-egészségügyi szolgálat feladatai és kapcsolata a munkáltatóval” Pécs-Baranyai Kereskedelmi és Iparkamara. Online: <http://www.pbkik.hu/hu/letoltes/17909/dd80f>. (2015.11.30.)
201. IMS (2015): Foglalkozás-egészségügy, Foglalkozás-egészségügyi központ és országos hálózat Online: <https://www.ims.hu/foglalkozas-egeszsegugy> (2015.11.20)
202. BOLGÁR J. – ANDÓ S.(2003): 3.6. A Magyar Honvédségnél folyó munka és szervezetpszichológiai tevékenység. In: A munka – és szervezetpszichológia szakmai protokollja (szerk. ANTALOVITS M. – DIENES E. – KOVÁCS Z. – PERCZEL T.)Budapest: „Emberhez Méltó Munkáért” Alapítvány Online: http://www.pszichoerdek.hu/protokollok/munkap/15_2.pdf (2015.11.30.)
203. HONVÉD KÓRHÁZ (2015): Pszichológiai alkalmassági vizsgálat Online: http://www.honvedkorhaz.hu/container/files/attachments/433/minden_amit_a_pszichologiai_alkalmassag-vizsgalatrol_tudni_erdemes.pdf. (2015.11.20.)
204. NAGYNÉ BERECKZI SZ. (2008): A szakma specifikus pszichológiai alkalmasság vizsgálat helye és szerepe Magyar Honvédségben, a haderőreform tükrében, Alkalmasság – és beválasztás vizsgálat a tűzszerészképzésben. Doktori értekezés. Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem, Hadtudományi Doktori Iskola, Budapest. pp.29-31.
205. 7/2006 (III.21.) HM rendelet: A hivatásos és szerződéses katonai szolgálatra, valamint a katonai oktatási intézményi tanulmányokra való egészségi, pszichikai és fizikai alkalmasság elbírálásáról, továbbá az egészségügyi szabadság, a szolgálatmentesség és a csökkentett napi szolgálati idő engedélyezésének szabályairól Online: http://www.honvedelem.hu/files/9/8110/7_2006_alkalmassagi_vizsg_hm_r.pdf (2015.12.01)

206. JUHÁSZ ZS. (2010): A fizikai alkalmasság- vizsgálati és állapotfelmérési rendszer aktuális változásai és tapasztalatai Online: http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/publikacio/juhasz_zsolt09.pdf (2015.11.30.)
207. MAGYARORSZÁG ALAPTÖRVÉNYE 2011. 04.25. Online: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100425.ATV (2015.11.30)
208. 1993. évi XCIII. törvény – A munkavédelemről Online: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99300093.TV (2015.11.30.)
209. HAJDÓK M. (2012): Változások a honvédelmi ágazatot érintő munkavédelmi szabályok területén Online: <http://hm.hatosagihivatal.kormany.hu/download/d/dc/40000/Hajdok%20Marcell%20-%20Valtozasok%20a%20honvedelmi%20agazatot%20erint%20munkavedelmi%20szabalyok%20teruleten.pdf> (2015.11.30)
210. PÁLYÁZATFIGYELŐ (2014): Szakorvosjelöltek Markusovszaky Lajos ösztöndíja Online: http://www.pafi.hu/_pafi/palyazat.nsf/ervdocidweburlap/E8369BE8CE78FFF2C1257C35004996BD (2015.11.30)
211. EGÉSZSÉGÜGYI ENGEDÉLYEZÉSI ÉS KÖZIGAZGATÁSI HIVATAL (2012): „Szakgyógyszerész-jelöltek Than Károly ösztöndíja” Online: http://szti.pte.hu/files/tiny_mce/File/Markusovszky_ostzondij/Than_Karoly_ostzondij.pdf (2015.11.30.)
212. PÁLYÁZATMENEDZSER (2015): Méhes Károly Ösztöndíj 2015 – Pályázat csecsemő- és gyermekgyógyásza szakorvosjelölteknek Online: <http://palyazatmenedzser.hu/2015/01/29/mehes-karoly-ostzondij-2015-palyazat-csecsemo-es-gyermekgyogyasz-szakorvosjelolteknek/> (2015.11.30.)
213. PÁLYÁZATFIGYELŐ (2014): Oxiológia és Sürgősségi Orvotán Szakorvosjelöltek Gábor Aurél ösztöndíja Online: http://www.pafi.hu/_pafi/palyazat.nsf/ervdocidweburlap/18D6D2E38C0FCD22C1257C35004B82E1 (2015.11.29.)
214. HONVÉDSÉGI ÖSZTÖNDÍJ (2015): Pályázati felhívás Online: <http://www.epito.bme.hu/sites/default/files/page/Palyazati%20felhivas.pdf> (2015.11.28.)
215. 7/2006 (III.21.) HM rendelet: A hivatásos és szerződéses katonai szolgálatra, valamint a katonai oktatási intézményi tanulmányokra való egészségi, pszichikai és fizikai alkalmasság elbírálásáról, továbbá az egészségügyi szabadság, a szolgáltatmentesség és a csökkentett napi szolgálati idő engedélyezésének szabályairól Online: http://www.honvedelem.hu/files/9/8110/7_2006_alkalmassagi_vizsg_hm_r.pdf (2015.12.01)
216. INTERNATIONAL MEDICAL SERVICES - IMS (2015): Foglalkozás-egészségügy, Foglalkozás-egészségügyi központ és országos hálózat Online: <https://www.ims.hu/foglalkozas-egeszsegugy> (2015.11.20.)
217. BERTA K. – MOLNÁR T. – TÖTTÖS Á. (2012): A migráció nemzetközi és európai uniós jogi szabályozása: a laza univerzális keretektől az átfogó, egységes EU- szakpolitikáig. In: Migráció és Társadalom 1(2) Online: <http://rendezet.hu/folyoirat/2012/2/migracio-nemzetkozi-es-europai-unios-jogi-szabalyozasa-laza-univerzalis-keretektol-az> (2015.11.28.)
218. 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet: az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről Online: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0600015.OM (2015.11.28.)
219. 34/2015. (VI. 30.) EMMI rendelet: Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakmai képzés részletes szabályairól szóló 16/2010. (IV. 15.) EüM rendelet, valamint az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről szóló 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet módosítása Online: <http://www.emmi.hu/tudastar/rendeletek/34-2015-vi-30-emmi-rendelet-a-felsofoku-szakiranyu-szakmai-kepzes-reszletes-szabalyairrol-szolo-16-2010-iv-15-emu-rendelet-valamint-a-egeszsegugyi-felfok-u-szakiranyu-szakkepesites-megszerzeserol-szolo-22-2012-ix-14-emmi-rendelet-modositasa> (2015.11.28.)

dosításáról Online: 34/2015. (VI. 30.) EMMI rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakmai képzés részletes szabályairól szóló 16/2010. (IV. 15.) EüM rendelet, valamint az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről szóló 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet módosításáról (2015.11.30.)

- 220.A HONVÉDSÉG KAPUJA (2013): Regisztráció, jelentkezés Online: http://www.hadkiegeszites.honvedseg.hu/cikk/regisztracio_jelentkezés (2015.11.30.)
- 221.MAGYAR HONVÉDSÉG KIADVÁNYA (2008): Hogyan lehetek szerződéses katona? Tá-jékoztató füzet Online: http://www.honvedelem.hu/container/files/attachments/8663/hogyan_lehetek_szerzodeses_katona.pdf (2015.11.30)
- 222.HONVÉDSÉG KAPUJA (2013): Kik a tartalékosok? Online: http://www.hadkiegeszites.honvedseg.hu/onkentes_tartalekos_rendszer/tartalekosok_alapfogalmak (2015.11.30.)
- 223.HONVÉDSÉG KAPUJA (2013): Regisztráció, jelentkezés Online: http://www.hadkiegeszites.honvedseg.hu/onkentes_tartalekos_rendszer/jelentkezés_tartalekosok (2015.11.30.)
224. Szike blog: Meddig marad még itthon orvos? 2013-05-08 <http://szike.reblog.hu/cimke/orvoshi%C3%A1ny>
225. Weborvos: 2020-tól nagy lehet az orvoshiány, 2010.03.18. http://www.weborvos.hu/lapszemle/2020_tol_nagy_lehet/152217/
226. MedicalOnline: Hova lettek az orvosok? 2015. december 22. http://www.medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/hova_lettek_az_orvosok?utm_source=newsletter&utm_medium=medicalonline_orvosi_hirlevel&utm_campaign=15590
- 227.DR. KINCSES GYULA: Ki fog itt gyógyítani? <http://www.slideshare.net/jaalapitvany/ki-fog-itt-gyogytani-kincses-gyula-egszsgpolitikus-egszsggyi-szakkzgazdsz>
- 228.VARGA JÚLIA: Hova lettek az orvosok? Az orvosok külföldre vándorlása és pályaelhagyása Magyarországon 2003-2011; Budapesti Munkagazdaságtani füzetek, Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaság- és regionális tudományi kutatóközpont, Közgazdaságtudományi Intézet, Budapest, Corvinus Egyetem, Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2015/6
- 229.KOVÁCS GYULA: A vízfej diszkrét bája; Népszabadság, 2015.10.02. <http://nol.hu/velemenya-a-vizfej-diszkret-baja-1518745>
- 230.Honvédelem.hu: Jelentős illetményfejlesztés a honvédségben; 2015 <http://www.honvedelem.hu/nyomtat/47238>
- 231.Szepesi Anita: Kiderült, mennyire fontos a kormánynak az egészségügy. 2015. október 9. <http://www.ekor-lap.hu/egeszsegugy/2015/kiderult-mennyire-fontos-a-kormany-nak-az-egeszsegugy>
- 232.Képviselői Információs Szolgálat, Müller Tamás: infojegyzet 2014/7. 2014. április 18.
- 233.Index: Az orvosbárókra megy el a pénz URL:http://index.hu/gazdasag/penzbeszel/2016/04/18/korhaz_orvos_egeszsegugy_betegseg_lantos_gabriella_elo_resz/?token=34dc327ee393a579ead5945772ceed93 2016.09.27.
- 234.KSH (2015): Kórházi ágyak száma (2000-) URL: http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_int017.html 2016.09.26.

- 235.Index: A balekok tartják el a potyautasokat
URL:http://index.hu/gazdasag/penzbeszel/2016/05/02/korhaz_orvos_egeszsegugy_betegseg_lantos_gabriella_masodik_resz/ 2016.09.26.
- 236.BLASKÓ ZSUZSA, FAZEKAS KÁROLY (2015): Munkaerő piaci tükrő 2015, MTA URL:
http://www.mtakti.hu/file/download/mt_2015_hun/egyben.pdf 2016.09.23.
- 237.The International Migration of Doctors: Impacts and Political Implications URL:
<http://www.irdes.fr/english/issues-in-health-economics/203-the-international-migration-of-doctors-impacts-and-political-implications.pdf> 2016.09.28.
- 238.OECD/EUROSTAT/WHO-EUROPE JPINT QUESTIONNAIRE_ NEW DATA ON HEALTH WORKFORCE MIGRATION 2015
URL:http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/ev_20150617_co03_en.pdf 2016.09.27.
- 239.LORÁNTH IDA (2005): Megállíthatatlan az orvosok elvándorlása? Magyar Orvos. 13(4): pp 6-7.
- 240.Magyarország a számok tükrében: Orvos elvándorlás, 2012. november 24.
<http://szamvarazs.blogspot.co.uk/2012/11/orvos-elvandorlas.html>
- 241.Medical online: Az orvosok bére Európában: Magyarország az utolsó előtti. 2011. június 14
http://www.medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/az_orvosok_bere_europaban
- 242.SzikeBlog: Orvosi bérek az Európai Unióban URL:
http://szike.reblog.hu/files/orvosi_berek.jpg?full=1
- 243.Portfolio: Várnak a magyar orvosok a nettó 300 ezres fizetésre; 2015
- 244.NATO: RTG 213-survey. 2011. április
- 245.Honvédkorház telephelyei: <http://www.honvedkorhaz.hu/cikk/6/az-allami-egeszsegugyi-kozpont-telep>
- 246.Medical online: Az orvostanhallgatók közt a legerősebb a kivándorlási kedv; 2015. július 15.
http://www.medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/az_orvostanhallgatok_kozt_a_legerosebb_a_kivandorlasi_kedv
- 247.Magyar Orvosi Kamara Online: Orvosi látlelet 2013 – eredmények, 2013
http://www.doki.net/tarsasag/mok/dokumentumok.aspx?web_id=&archiv=1
- 248.Medical Online: Az orvostanhallgatók közt a legerősebb a kivándorlási kedv. 2015. július 15.
http://www.medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/az_orvostanhallgatok_kozt_a_legerosebb_a_kivandorlasi_kedv
- 249.Magyar Rezidens Szövetség: Egyedülálló felmérés a külföldön dolgozó magyar orvosokról.
http://www.rezidens.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=250:egyedulelallo-felmeres-a-kuelfoelldoen-dolgozo-magyar-orvosokrol-video&catid=4:megjelenesek&Itemid=18
- 250.Medical Online: Rúgott, köpött, 12 napot kapott. 2013. január 16.
http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/rugott_kopott_12_napot_kapott
- 251.MH EK Minőségbiztosítási osztály: Dolgozói elégedettség felmérés kérdőívek kiértékelése (előadás) 2011, 2012, 2013, 2014
- 252.PÁKOZDI MÁRTA őrnagy, DR. FEJES ZSOLT PhD. o. ezredes: A katona-egészségügy pályaelhagyás motívumainak feltárása. konferencia előadás. 2015.11.11.

- 253.Semmelweis Hírek: Újra lehet rezidens ösztöndíjakra pályázni.
<http://semmelweis.hu/hirek/2015/01/29/ujra-lehet-rezidens-osztondijakra-palyazni/>
2015.01.29.
- 254.Medicina Online: Kevesebb orvos dolgozna külföldön.
http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/kevesebb_orvos_dolgozna_kulfoldon?utm_source=newsletter&utm_medium=medicalonline_orvosi_hirlevel&utm_campaign=18822 2017. 03. 02.
- 255.Origó: Naponta három orvos vándorol ki Magyarországról. http://magyar-orvo-sok.blog.hu/2015/01/30/naponta_harom_orvos_vandorol_ki_magyarorszagrol?utm_source=bloghu_megosztas&utm_medium=facebook_share&utm_campaign=blhshare 2015. 01. 30.
- 256.VEKERDI ZOLTÁN: Bérkompenzáció KÁT felterjesztés; 2013
- 257.Medicina Online: Nem operálhattak, felmondtak.
http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/nem_operalhattak_felmondtak?utm_source=newsletter&utm_medium=medicalonline_orvosi_hirlevel&utm_campaign=18822 2017.03.03.