

# Miért mennek/mentek külföldre a debreceni orvosok?

## *Egy felmérés eredményei*

Szekanecz Zoltán dr.<sup>1</sup> ■ Tóth Zoltán oh.<sup>1</sup>  
Hamar Attila dr.<sup>1, 3</sup> ■ Láncki Levente dr.<sup>2, 3</sup>

Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, <sup>1</sup>Belgyógyászati Intézet, Reumatológiai Tanszék,

<sup>2</sup>Orvosi Képző Intézet, Debrecen

<sup>3</sup>Magyar Rezidens Szövetség, Debrecen

**Bevezetés:** Számos hiedelem van az orvosok elvándorlásával kapcsolatban. A legfontosabb az, hogy szinte kizárólag az anyagiakról lenne szó. Számos kevésbé anyagi jellegű, így talán könnyebben megoldható tényező is szerepet játszhat az elvándorlásban.

**Módszer:** Egy 37 kérdésből álló kérdőívet küldtünk ki a korábban Debrecenben végzett kollégáknak. Összesen 82-en küldtek vissza értékelhető kérdőívet.

**Eredmények:** Kollégáink átlagosan 32 évesen távoztak. A legnépszerűbb célország az Egyesült Államok volt, de oda sokan mentek kutatni is. Európában a legnépszerűbb öt ország sorrendben: Svédország, Németország, Egyesült Királyság, Svájc és Norvégia volt. Felmérésünkben a legnépszerűbb öt szakma sorrendben: családorvos, belgyógyász, aneszteziológia/intenzív terápia, laboratóriumi orvos/patológus, sebész voltak. Ami a kinti munka tervezett időtartamát illeti, a kimenetelkor a kollégák körülbelül negyede egészen rövid távra (<2 év) tervezett. Amikor most megkérdeztük őket, jelentősen nőtt a hosszabb távot, sőt végleges kint maradási (most 38%) tervezők aránya. Amikor az eltávozás okait kutattuk, az életpálya/jövőkép hiánya volt a legfőbb ok. A fizetés, az életminőség, családi okok és a kalandvágy csak ezt követte. Az elégedettséget okozó (optimális) havi bért átlagosan 1,3 millió Ft-ra, a reális bért átlagosan 486 ezer Ft-ra becsülték.

**Következtetések:** Bár a visszatérést a megkérdezettek jelentős része nem látja reálisnak, nem mondható el, hogy a fizetés lenne a legfőbb vagy az egyetlen oka az elvándorlásnak. Számos nem anyagi jellegű tényező áll az eltávozás és a „vissza nem térés” hátterében, amit pozitív hozzáállással relatíve könnyebben meg lehetne változtatni.

Orv Hetil. 2017; 158(37): 1458–1468.

**Kulcsszavak:** orvosok, elvándorlás, külföldi munkavállalás, jövőkép, karrierépítés, fizetés, oktatás, gyakorlati képzés

## Why would doctors from Debrecen go abroad?

### *Results of a questionnaire*

**Introduction:** Numerous beliefs have arisen in relation to the emigration of doctors. First of all, in most cases emigration has been attributed to, almost exclusively, low salaries. There are a number of non-financial issues that could possibly be more easily addressed.

**Method:** In order to get closer to these issues, we sent out a 37-item questionnaire to doctors, who originally graduated from the University of Debrecen. Altogether 82 of them sent back the questionnaire.

**Results:** The mean age at the time of emigration was 32 years. The most popular destination was the United States, however, many colleagues left for the US to do research, as well as clinical practice. Among the European countries, the most popular ones were Sweden, Germany, United Kingdom, Switzerland and Norway. The five most popular clinical specialties were general practice, internal medicine, anesthesiology/intensive care, laboratory/pathology and surgery. With respect to the planned duration of working abroad, at the time of emigration one-fourth of our colleagues planned very short (<2 years) stay. When we asked them now, 38% plans much longer, even indefinite stay. The most common reasons of emigration were also assessed. The most common one was the lack of career track, followed by low salary, quality of life, family issues and adventurousness. Interestingly, burnout and “gratuities” were at the end of the list. A mean 1.3 million HUF per month would make our colleagues satisfied but they think that a

mean 486.000 HUF would be realistic and would keep most doctors within the country. As far as university education is concerned, our colleagues agreed that the basic medical knowledge of Hungarian doctors is excellent, but their practical skills are much worse.

**Conclusions:** Although returning to Hungary would be unrealistic by most colleagues, low salaries are definitely not the most important or exclusive reason for leaving the country. These issues are rather complex, there are numerous non-financial issues, which could be addressed much easier by expressing a positive attitude.

**Keywords:** doctors, emigration, working abroad, career track, salary, education, practical skills

Szekanecz Z, Tóth Z, Hamar A, Láncki L. [Why would doctors from Debrecen go abroad? Results of a questionnaire]. *Orv Hetil.* 2017; 158(37): 1458–1468.

(Beérkezett: 2017. július 4.; elfogadva: 2017. augusztus 10.)

Ismert adat, hogy 2007 és 2015 között közel 9000 orvos és fogorvos, valamint több mint 3000 ápoló és szülésznő hagyta el Magyarországot, hogy külföldön dolgozzon [1, 2]. Emiatt az ideálisnál körülbelül 2–3 ezer orvossal van kevesebb a rendszerben. Az eltávozottak mintegy fele a szakvizsga letétele előtt ment el. A fordulópont 2007 volt, amikor 685-en végeztek az orvosképzésben, de 695-en mentek külföldre [3]. Ezt követően 2009 és 2014 között sorban 887, 1117, 1200, 1108, 955 és 948 orvos hagyta el az országot [3, 4]. A korosztályokat tekintve az elvándorlás gyakorisága: 30–39 év, <29 év, 40–49 év, 50–59 év és >60 év [4]. A 30–40 évesek, a végzett szakorvosok között viszont a 2012. év számítható mélypontnak, mert ebben az évben 150-nél is többen távoztak el ebből a korosztályból [3, 4].

A célországok tekintetében a legnépszerűbbek nagy általánosságban 2007 és 2014 között: Németország, Anglia és Ausztria voltak [3].

Ami az egyes szakmákat illeti, 2014-ben az elvándorlás szempontjából „legnépszerűbb” öt szakma sorrendben: házi orvos, aneszteziológus/intenzív, belgyógyász, sebész és csecsemő-gyermekgyógyász volt [4]. Emellett gyakran keresnek külföldi munkát a szülésznőgyógyászok, neurológusok, pszichiáterek és a patológusok is. Ma ezek a szakmák hiányszakmának számítanak, bár nem mindegyik szerepel a hivatalos hiányszakmalistán. Az elvándorlás azonban egyes speciális szakterületeken (szívsebészet, érsebészet, klinikai onkológia) okozza a legnagyobb gondot [3, 4].

A kimenetelkor a tervezett időtartam tekintetében 2014-ben a kollégák egynegyede nem tudta, mennyi időt tervez kint tölteni. A többiek közül 27% kettő-öt évre (középtávra), 20% <2 évre (rövid távra), 12% >5 évre (hosszú távra) tervezett. Összesen 4% ment ki eleve végleg. Ezzel szemben 10% külföldön alkalmi munkavállaló volt, itthon is megtartotta állását. Végül 2% pedig csak külföldön vállalt alkalmi munkát, de kint maradási nem tervezett [3].

A jövő nem éppen rózsás. Az utánpótlás csökken. Bár ma még van túljelentkezés az orvoskarokon, ez már nem

négy-ötösörös, mint húsz évvel ezelőtt. A külföldi hallgatók aránya emelkedik (a 9000 külföldi a hallgatók felét teszi ki), ami ugyan jelentős bevételt (évi 20 milliárd Ft) teremt, de a külföldi hallgatók többsége nem hazánkban fog dolgozni [5–7]. Ráadásul, még ha ma is döntene a kormány, hogy növeli az államilag finanszírozott egyetemi helyek számát, akkor is 10–12 év, mire egy hallgató az egyetem és szakvizsgák után igazából gyógyítani kezd. Tovább árnyalja a képet, hogy a friss diplomások több mint ötöde tervezi szakképzését külföldön egy felmérés szerint [8]. Abban sem lehet bízni, hogy a nyugati szívóhatás csökken, mert a külföldi helyek megtelnek. A nagyobb országok is szakemberhiánnyal küzdenek. Például egy 2013-ban készült német tanulmány szerint – bár Németországban a munkaerőhiány napjainkban csak 5% – az előrejelzések alapján 2030-ig ez az orvosok körében több mint 160 ezerre fog nőni [9]. Németországban 2007–2015 között 175 ezer állást foglaltak el külföldiek. Az európai egészségügyből 2020-ra egymillió szakember fog hiányozni [3, 9].

Evidensnek tűnhet, és a szakmapolitika gyakran le is egyszerűsíti, hogy „külföldön jóval többet keresnek” a kollégák. Alapvetően ez igaz, hiszen Európában alig van olyan ország, ahol ne keresnének többet az egészségügyi dolgozók, mint hazánkban. Itthon, egy 2014-es európai felmérés szerint, 475–1061 euró között mozgott a havi fizetés, amelynek csak a romániai és bulgáriai orvosok kaptak akkor kevesebbet. 2015-ben összesen 17 olyan EU-tagállam volt, ahol a kezdő orvosi fizetés magasabb volt, mint nálunk a legmagasabb professzori fizetés. Ezen országok között van Szlovákia és Görögország is [3]. A másik általános vélekedés az, hogy nálunk azért alacsonyabbak a bérek, mert ebbe eleve bealkulálták a hálapénzt. Pedig annak döntő részéből, felmérések szerint, az orvosok alig 20%-a részesül. Egyes szakmákban az orvos és a beteg egyáltalán nem találkozik. A kezdő és fiatal orvosok a legtöbb szakmában alig kapnak paraszolvenciát [3, 4, 10].

Az anyagiak és a hálapénzdilemma tehát komoly tényező lehet az orvosok elvándorlásában. De biztosan nem ez

az egyetlen ok, amiért a kollégák külföldre mennek. Az is egyértelmű, hogy az anyagi okok megváltoztatása nagyon nehéz és jóval hosszabb időt vesz igénybe, mint a nem anyagiaké. Ezért lehetnek fontosak az oknyomozó felmérések. 2014-ben az elvándorlás legnépszerűbb okai sorrendben a következők voltak: 1. fizetés, 2. életminőség, 3. egészségügyi kilátások, 4. munkakörülmények, 5. szakmai előmenetel, 6. társadalmi megbecsülés, 7. idegen nyelv tanulása, 8. családi okok, 9. munkaterhelés, 10. szervezeti viszonyok, 11. tudományos munka feltételei, 12. más sikeres példák, 13. kalandvágy, 14. hálapénz (megléte/hánya) [3]. A frissen végzett kollégák körében az alacsony fizetések és a munkakörülmények voltak a külföldi munkavállalást motiváló okok – szintén egy 2014-es felmérés szerint [8].

Ha tehát az elégedetlenség és az elvándorlás okait és a megoldási lehetőségeket keressük, a nyilvánvaló anyagi okok mellett más, nem feltétlenül anyagi jellegű zavaró tényezőket is vizsgálnunk kell. Ezek ugyanis talán könnyebben és rövidebb idő alatt megváltoztathatók lennének. Ezért a közelmúltban a korábban a Debreceni Egyetemen diplomát szerző és a legtöbb esetben itthon már rövidebb-hosszabb időt az egészségügyben eltöltő, de azóta Magyarországot elhagyó kollégák körében végeztünk retrospektív felmérést. A kérdőíves felmérésben, a demográfiai adatok mellett, számos aspektusból vizsgáltuk az elvándorlás okait és a megoldás irányába mutató építő jellegű javaslatokat is gyűjtöttük.

## Módszer

A Debreceni Egyetemen végzett és több esetben végzés után Magyarországon is praktizáló/kutató, majd az országot elhagyó, magyar anyanyelvű 130 orvoskollégának küldtük ki a 37 kérdésből álló kérdőívet. Lényegében eredetileg teljességre törekedve különböző forrásokból (internetes adatbázisok, Facebook, a kollégák egymásról adtak információt stb.) gyűjtöttük össze a 130 nevet és elérhetőséget. Mint látni fogjuk, a 82 válaszadóból 70 klinikus és 12 kutató.

Az elvándorlás okainak megfelelő kategóriákat döntően korábbi felmérések alapján választottuk [4, 11]. Közülük 82-en (63%) küldték vissza az értékelhető módon kitöltött kérdőívet. A továbbiakban ezzel a 82 kérdőívvel foglalkoztunk. A hiányzó kollégák (n = 48) közül 44-en nem válaszoltak. A többiek közül ketten család (feleség, gyerek) miatt mentek ki, egyébként valószínűleg nem mentek volna, így ők nem érezték relevánsnak a kérdőívet. Egy kolléga időhiányra hivatkozva nem töltötte ki, egy pedig nem kívánt válaszolni. Összességében a kérdőívet anonim módon is ki lehetett tölteni, a név ráírása opcionális volt. Végeredményben azonban mindenki beleegyezett, hogy azonosítani tudjuk.

Az adatokat SPSS 20.0 programmal elemeztük, átlagot, standard deviációt (SD) és helyenként intervallumot, valamint mediánt adtunk meg. A szignifikanciaszint  $p < 0,05$  volt.

## Eredmények

### Demográfiai adatok

A kérdőívet kitöltők közül 52 férfi (63%) és 30 nő (37%) (1. kérdés), az átlagéletkor  $45,0 \pm 10,5$  év (28–71 év) (2. kérdés). Az eltávozás átlagosan  $12,6 \pm 9,3$  (1–30) évvel ezelőtt történt (3. kérdés). A külföldre távozáskor az átlagéletkor  $32,0 \pm 9,3$  év (24–51 év) volt. A kormegoszlás tekintetében a legtöbben  $\leq 29$  éves korban (n = 35) távoztak. Ezt követte a 30–39 éves kor (n = 28), míg 40–49 évesen 17-en, ennél idősebb korban ketten távoztak.

### Hely, nyelv

A leggyakoribb országok a kivándorlás helye szerint: Amerikai Egyesült Államok 31 (38%), Svédország 15 (18%), Németország 13 (16%), Anglia 11 (13%), Svájc 4 (5%), Norvégia 3 (4%), Írország és Ausztria 2-2 (5%), Izrael 1 (1%) (4. kérdés).

A kérdőívet kitöltők többsége, 46 kolléga (56%) nem dolgozott korábban más országban, míg 36 orvosnak (44%) már volt Magyarországon kívüli munkatapasztalata. Az utóbbiak közül 30 korábban egy, 3 korábban két, 3 korábban három másik országban is dolgozott (5. kérdés).

A jelenleg lakóhelyül/munkahelyül szolgáló országban a kollégák átlagosan  $11,4 (\pm 9,1)$  éve (1–29 éve) tartózkodnak (6. kérdés).

A 82 orvos jelentős hányada (78 fő) a kiutazás előtt is tudott társalgási szinten angolul, ezt követi a német (32 fő), majd az orosz (15 fő), francia (7 fő), svéd (3 fő), spanyol, olasz és farszi (2-2 fő). Szerepelt még a listán a norvég, az arab, a hindi és a kurd is (1-1) (7–8. kérdés).

### Szakterületek, szakvizsgák

Ami a jelenlegi szakmákat illeti, a válaszadók közül 12 kutatóorvos, 10 családorvos, 10 belgyógyászati szakmában dolgozik, 10 aneszteziológus/intenzívus, 7 laboratóriumi/patológiai diagnosztikával foglalkozik, 7 sebész (felöltt/gyerek), 4 szülész-nőgyógyász, 3 reumatológus, 2-2 a gyógyszeriparban dolgozik (nem kutató), radiológus, kardiológus, bőrgyógyász, 1-1 urológus, neurológus, pszichiáter, szemész, ortopédus, tüdőgyógyász, plasztikai sebész, gyermekgyógyász, fogorvos, rehabilitátor, míg egy kolléga jelenleg nem dolgozik. Látható tehát, hogy a szakmák széles körben reprezentáltak (9. kérdés).

Vizsgáltuk, hogy az egyetem elvégzése utáni „vágynak” és a jelen helyzet mennyire függ össze egymással. Összesen 51 kolléga (62%) pontosan abban a szakmában dolgozik, amit szeretett volna. Volt 34 kolléga (41%), akik a jelenlegi szakma előtt más területen is dolgoztak rövidebb-hosszabb ideig. A kollégák körülbelül kétharmada tehát esetleges „útkeresést” követően megtalálta a vágyainak megfelelő szakterületet (10. kérdés).

Jellemző, hogy 75 eltávozott kolléga (91%) először idehaza helyezkedett el, csak heten mentek azonnal külföldre a végzés után. Azokra támaszkodva, akik számszerű adatot is adtak ( $n = 37$ ), végzés után átlagosan 10,8 ( $\pm 7,6$ ) évet (0,5–29 év) dolgoztak itthon, mielőtt eltávoztak volna (11–12. kérdés).

Az első szakvizsgát a kollégák átlagosan 15,9 ( $\pm 9,9$ ) éve (1–44 év) szerezték meg. Az erre a kérdésre választ adók ( $n = 64$ ) közül 48 kollégának 1, 14-nek 2, 2-nek 3 szakképesítése van. Összesen 47-en idehaza szerezték szakképesítésüket, 12-en külföldön. Öt kolléga itthon, majd külföldön is szakvizsgázott (13–14. kérdés).

Jelenleg 48-an a klinikumban, 12-en a kutatásban dolgoznak. Összesen 17-en mindkét területen működnek. Hárman más területen (például gyógyszeripar) dolgoznak, egy kolléga nem dolgozik, egy pedig nem adott választ (15. kérdés).

### Az eltávozás okai

#### Rangsorok

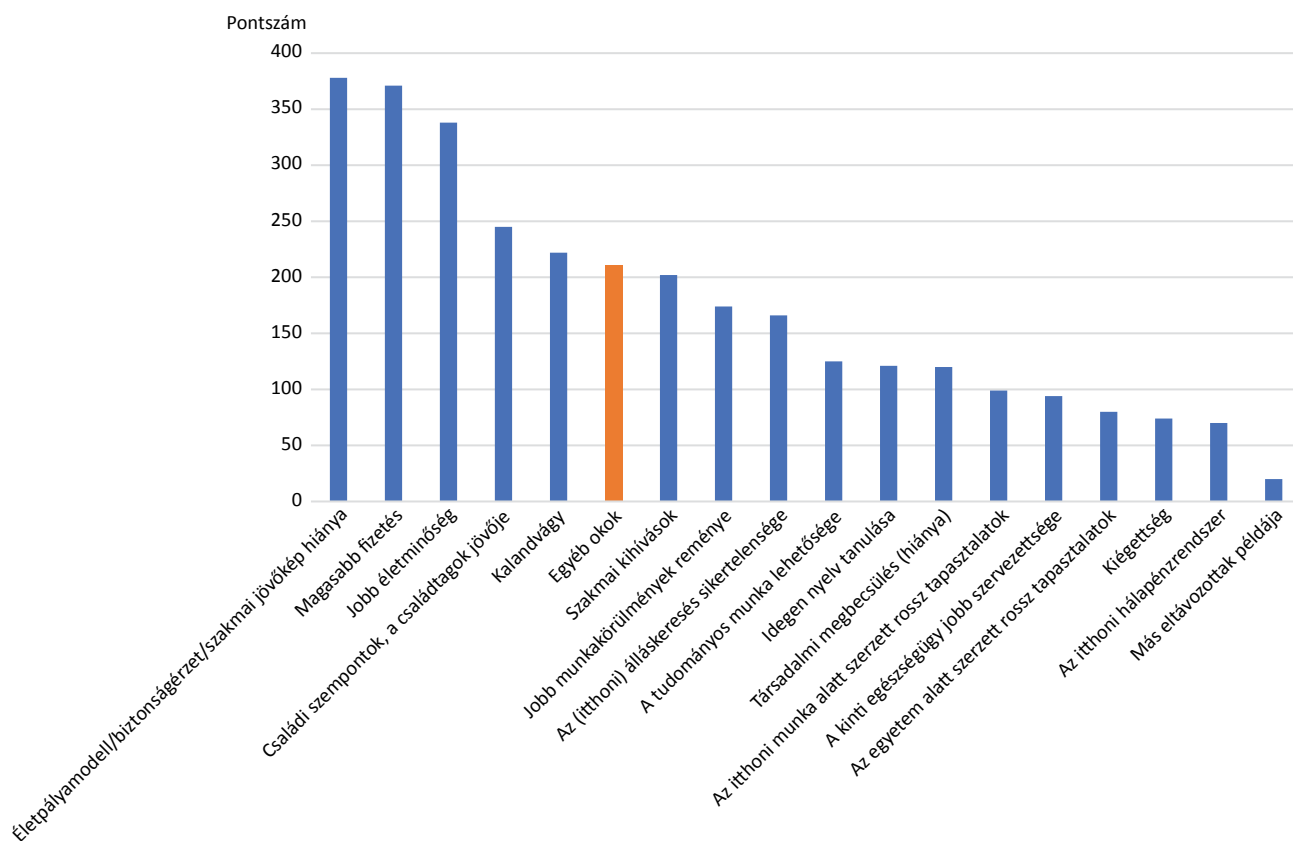
Nyilvánvalóan ezen felmérés legfontosabb kérdése az eltávozás okainak feltárása volt (16. kérdés). Több oldalról közelítettük meg a dolgot. A kollégákat megkértük, hogy a kérdőívben szereplő 17, általunk lehetségesnek tartott okot fontossági sorrendbe állítva rangsorolják 1–17. helyre. Emellett megjelölhettek egyéb okokat is (18.). Az okok a következők voltak: 1. magasabb fizetés; 2. jobb életminőség; 3. az (itthoni) álláskeresés sikertelensége; 4. az egyetem alatt szerzett rossz tapasztalatok; 5. az itthoni munka alatt szerzett rossz tapasztalatok;

6. életpályamodell/biztonságérzet/szakmai jövőkép hiánya; 7. jobb munkakörülmények reménye; 8. szakmai kihívások; 9. kiégettség (burn-out); 10. társadalmi megbecsülés (hiánya); 11. idegen nyelv tanulása; 12. családi szempontok, a családtagok jövője; 13. a kinti egészségügy jobb szervezettsége; 14. a tudományos munka lehetősége; 15. kalandvágy; 16. az itthoni hálapénzrendszer; 17. más eltávozottak példája; 18. egyéb. A kategóriákat és az eredményeket az 1. táblázat, valamint az 1–3. ábrák tartalmazzák.

A 82 kollégából 56 válasza volt értékelhető. Ennyi kolléga rangsorolt legalább 10 okot. A többiek vagy csak 3–5 lehetőséget rangsoroltak, vagy beikszelték a választékot, rangsor nélkül. Az 56 kérdőívben csak az első 10 helyre rangsorolt tényezőket vettük figyelembe. Az 1. helyen említett ok 10, a 2. 9... a 10. 1 pontot kapott. Értelemszerűen a magasabb összpontszám fontosabbnak tartott okokat jelentett. Ezek alapján az indokok abszolút sorrendje (pontszám): 1. életpályamodell/biztonságérzet/szakmai jövőkép hiánya (378); 2. magasabb fizetés (371); 3. jobb életminőség (338); 4. családi szempontok, a családtagok jövője (245); 5. kalandvágy (222); 6. szakmai kihívások (202); 7. jobb munkakörülmények reménye (174); 8. az (itthoni) álláskeresés sikertelensége (166); 9. a tudományos munka lehetősége (125); 10. idegen nyelv tanulása (121); 11. társadalmi megbecsülés (120); 12. az itthoni munka alatt szerzett rossz tapasztalatok (99); 13. a kinti egészségügy jobb szervezettsége (94); 14. az egyetem alatt szerzett rossz tapasztalatok (80); 15. kiégettség (74); 16. az itthoni hálapénzrendszer (70); 17. más eltávozottak példája

1. táblázat | Az eltávozás okainak értékelése

Abszolút sorrend	Indok sorszáma	Távozási ok	Összpontszám	Első 3 hely szerint („dobogós”)	Első hely szerint
1.	6.	Életpályamodell/biztonságérzet/szakmai jövőkép hiánya	378	1.	2.
2.	1.	Magasabb fizetés	371	2.	1.
3.	2.	Jobb életminőség	338	4–5.	7.
4.	12.	Családi szempontok, a családtagok jövője	245	3.	6.
5.	15.	Kalandvágy	222	6.	8.
6.	8.	Szakmai kihívások	202	4–5.	5.
7.	7.	Jobb munkakörülmények reménye	174	11–16.	9–10.
8.	3.	Az (itthoni) álláskeresés sikertelensége	166	9–10.	12–17.
9.	14.	A tudományos munka lehetősége	125	7.	3–4.
10.	11.	Idegen nyelv tanulása	121	11–16.	12–17.
11.	10.	Társadalmi megbecsülés (hiánya)	120	11–16.	12–17.
12.	5.	Az itthoni munka alatt szerzett rossz tapasztalatok	99	8.	3–4.
13.	13.	A kinti egészségügy jobb szervezettsége	94	9–10.	11.
14.	4.	Az egyetem alatt szerzett rossz tapasztalatok	80	11–16.	9–10.
15.	9.	Kiégettség	74	11–16.	12–17.
16.	16.	Az itthoni hálapénzrendszer	70	11–16.	12–17.
17.	17.	Más eltávozottak példája	20	17.	12–17.



1. ábra | Az eltávozás okainak abszolút sorrendje

(20) (1. táblázat; 1. ábra). Az „egyéb” kategória 211 pontot kapott (nem szerepel a táblázatban).

Ha megnézzük, hogy mely okok leggyakrabban a „dobogósok”, azaz az első 3 hely valamelyikén szerepelnek (1. táblázat), akkor a sorrend: 1. életpályamodell/biztonságérzet/szakmai jövőkép hiánya (27-szer szerepel „dobogós” helyen); 2. magasabb fizetés (25-ször); 3. családi szempontok, a családtagok jövője (18-szor); 4–5. jobb életminőség és szakmai kihívások (17-17-szer); 6. kalandvágy (13-szor); 7. a tudományos munka lehetősége (10-szer); 8. az itthoni munka alatt szerzett rossz tapasztalatok (8-szor); 9–10. a kinti egészségügy jobb szervezettsége és az (itthoni) álláskeresés sikertelensége (5-5-ször); 11–16. az egyetem alatt szerzett rossz tapasztalatok, jobb munkakörülmények reménye, kiégetség, társadalmi megbecsülés (hiánya), idegen nyelv tanulása és az itthoni hálapénzrendszer (4-4-szer); 17. más eltávozottak példája (2-szer) (1. táblázat). Az „egyéb” kategória 13-szor szerepelt dobogón (nem szerepel a táblázatban).

Végül, ha kifejezetten azt vesszük, melyik a fő indok, amely az első helyen szerepel (1. táblázat), akkor a sorrend: 1. magasabb fizetés (17%-ban); 2. életpályamodell/biztonságérzet/szakmai jövőkép hiánya (14%); 3–4. az itthoni munka alatt szerzett rossz tapasztalatok és a tudományos munka lehetősége (13-13%); 5. szakmai kihívások (11%); 6. családi szempontok, a családtagok jövője (9%); 7. jobb életminőség (8%); 8. kalandvágy

(5%); 9–10. az egyetem alatt szerzett rossz tapasztalatok és jobb munkakörülmények reménye (3-3%); 11. a kinti egészségügy jobb szervezettsége (2%). A többi kategória nem szerepelt az első helyen (1. táblázat).

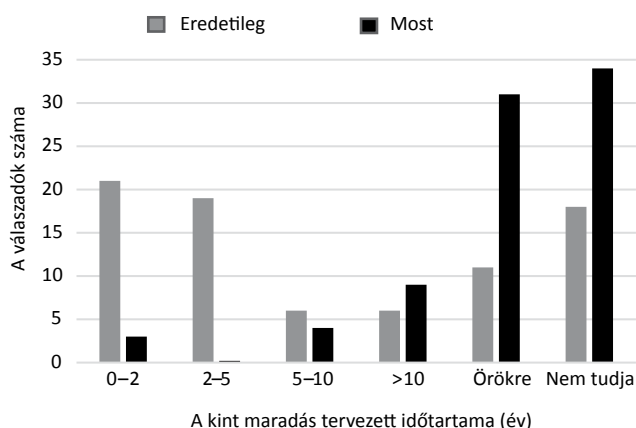
#### Az egyetem és az itthoni munkavégzés tapasztalatai

Az egyetem alatti negatív tapasztalatokra vonatkozóan 54 válasz érkezett: ebből legtöbben (32-en) említették a szervezeti kultúra hiányát, 25-en a biztonságérzetre, míg 20-an a képzőhelyi/munkahelyi terhelésre panaszkodtak. Összesen 16 válaszadót az egyetemi emberi kapcsolatok, 11 kollégát pedig a betegekkel való kapcsolat problematikája érintett rosszul (17. kérdés).

A diploma megszerzése után, az itthoni munkavégzés során is több tényező erősítette a távozás vágyát (18. kérdés). A 68 beérkezett válasz 53%-a (36) utalt a szervezeti kultúra hiányára. Az orvosok 43%-a (29) nem érezte a megfelelő háttérrel vagy anyagi biztonságot, míg 40% (27) a munkahelyi stresszt, 37% (25) pedig a munkahelyi emberi kapcsolatokat jelölte meg a távozás okaként. Összesen 28%-uk (19) az orvos-beteg kapcsolatot is motivációs tényezőként látta, és 5-en jelölték meg a felelősséget.

#### A kint maradás tervezett időtartama és tényezői

A következő két kérdés arra utalt, hogy a távozáskor eredetileg mennyi időre tervezte a kint maradást (19. kérdés) és mennyi időre tervezi most, a kérdőív kitöltésekor



2. ábra A kint maradás várható időtartamának tervezése a kimenetelkor és most

(20. kérdés). Kezdetben sokan rövid (<5 év) kint maradást terveztek (81 válaszadóból 21 fő 0–2 éves, 19 fő 2–5 éves). Mindössze 12-en terveztek eleve is 5 évnél hosszabb kinti munkát, és csak 11 kolléga gondolta eleve, hogy örökre távozik. Ezzel szemben „mai fejjel” már 31 orvos gondolja, hogy örökre kint marad. A kimenetelkor 18, most 34 kolléga bizonytalan a kint maradás időtartamát illetően (2. ábra).

Arra is rákérdeztünk, hogy az eltávozás után milyen tényezők erősítették a kollégákat, hogy tovább kint maradjanak, vagyis mely okok tehetőek felelőssé, hogy az eredetileg rövidebb távra tervezett időt meghosszabbítsák. Összesen 81-en adtak választ, természetesen több okot is megjelölhettek. Végeredményben a jobb anyagi megbecsülés erősítette meg a legtöbb orvost abban, hogy jól döntött, amikor elhagyta az országot (68 válasz). Ezt a kinti jobb szervezeti kultúra (55), majd a nagyobb biztonságérzet (51) követi. A további lehetőségeket nagyjából ugyanolyan arányban jelölték meg a külföldön dolgozó kollégák: jobb munkahelyi kapcsolatok (33); kevesebb munkahelyi fizikai és pszichés terhelés (30); jobb orvos–beteg kapcsolat (30); jobb felelősségmenedzsment (25). Egyéb tényezőket 29-en jelöltek meg (21. kérdés).

Amikor rákérdeztünk, hogy ma is ugyanúgy döntenének-e, mint annak idején, azaz ma is kimennének-e, a megkérdezett 82 orvostól 71 nem bánta meg, hogy külföldön kezdett dolgozni, újra megtennék (47 biztosan, 24 valószínűleg). Öten a „lehetséges” opciót jelölték meg, és mindössze egy orvos gondolta úgy, hogy jelenleg nem költözne ki. Öten „nem tudom” választ adtak (22. kérdés).

A végleges kint maradás eldöntése statisztikailag nem mutatott szignifikáns összefüggést az eltávozók főbb tulajdonságaival (életkor, a korábban itthon munkával töltött idő, szakterület) (nem ábrázolt eredmény).

## A visszatérés lehetősége

Mindenekelőtt arra voltunk kíváncsiak, hogy milyen tényezők megváltozása lenne pozitív hatással arra, hogy esetleg hazatérjenek. Ebben az esetben 74 kolléga jelölt meg egy vagy több tényezőt. Az adott válaszok összefüggésben állnak azokkal, amik miatt az orvosok előnyösebbnek tartják a külföldi állásaikat. Tehát a biztosabb anyagi megbecsülés (59) és a szervezeti kultúra javítása (43) lenne az, ami miatt akár haza is jönnének. Ezek után következő tényezők: kevesebb munkahelyi fizikai és pszichés terhelés (22); jobb felelősségmenedzsment (20); jobb munkahelyi (személyes) kapcsolatok (14); jobb orvos–beteg kapcsolat (13) (23. kérdés).

Azt is megkérdeztük, hogy kint vannak-e olyan negatív/taszító elemek, amelyek esetleg a hazatérés irányába mutathatnak. Erre 69-en válaszoltak. Összesen 27 válaszadó szerint nincs ilyen tényező. A honvágy, a hontalanság érzése, a teljes befogadás hiánya, a megkülönböztetés összesen 15 válaszadónál jelent gondot. A családot, barátokat 13-an hiányolják. Nyolc válaszadó a kulturális különbségekre, a társadalmi kapcsolatok hiányára panaszkodik. A nyelvi, kommunikációs nehézségek 4 kollégánál merültek fel. Néhány válaszadónál (1–3) a munkahelyi terhelés, a műhibák veszélye, a lakóhelytől való távolság, a munkahelyi légkör, a kint is növekvő megélhetési terhek, a tervezhetőség, a jövőkép hiánya, a nyugdíjas években várható anyagi bizonytalanság és a migránsok száma merült fel problémaként. Többen azonban megjegyezték, hogy bár a honvágy és a család távolsága nagyon nehéz, de ez még önmagában kevés a hazatéréshez (24. kérdés).

Mivel egyértelmű volt, hogy a hazatérésben az anyagiak kiemelt jelentőségű tényezőként szerepelnek, megkérdeztük, hogy mi lenne az a legalacsonyabb havi nettó bér, amivel elégedett lenne (25. kérdés), illetve, hogy hazatérés után milyen nettó bért tartana reálisnak (26. kérdés). A kollégák havi/évi fizetéseket írtak és különböző pénznemeket (HUF, EUR, USD, GBP) tüntettek fel. Az adatokat havi fizetésre és aktuális árfolyamon HUF-ra normalizáltuk. Az első kérdésre 67-en válaszoltak. A már elégedettséget kiváltó (elvárható) havi átlagfizetés 1 329 000 Ft lenne (400 ezer Ft-tól 13 millió Ft-ig; medián: 924 ezer Ft). Az alacsonyabb összegeket friss szakorvosok jelölték meg, a kiugróan magas összeget egy, az Amerikai Egyesült Államokban dolgozó egyetemi tanár. A reálisnak tartott összeg viszont „csak” átlagosan 486 ezer Ft volt (130 ezer–3 millió Ft; medián: 308 ezer Ft). Érdekes, hogy öt fiatal kolléga is 130–150 ezer Ft havi fizetést reálisnak tart.

## Az egyetemi háttér jellemzői

Mivel minden megkérdezett a Debreceni Egyetemen tanult, kíváncsiak voltunk, hogy a külföldi munka világából visszatérve hogyan emlékeznek az egyetemi képzésre. Egy ötfokozatú skálán besorolva az egyetemi alapozó (27. kérdés) képzés színvonalát a 81 válaszadó 45%-a kiválónak (5-ös), 47%-a jónak (4-es) és 8%-a közepesnek

2. táblázat | A hazai orvosképzés pontozása

Kérdés száma		Kiváló (5)	Jó (4)	Közepes (3)	Gyenge (2)	Elégtelen (1)	Átlagosztályzat
27.	Alapozó képzés	36	38	7	–	–	4,38
28.	Klinikai képzés	4	15	27	23	11	2,78*
		Sokkal jobb (5)	Jobb (4)	Hasonló (3)	Roszbabb (2)	Sokkal rosszabb (1)	
29.	Hazai vs. külföldi képzés	4	6	29	25	3	2,75

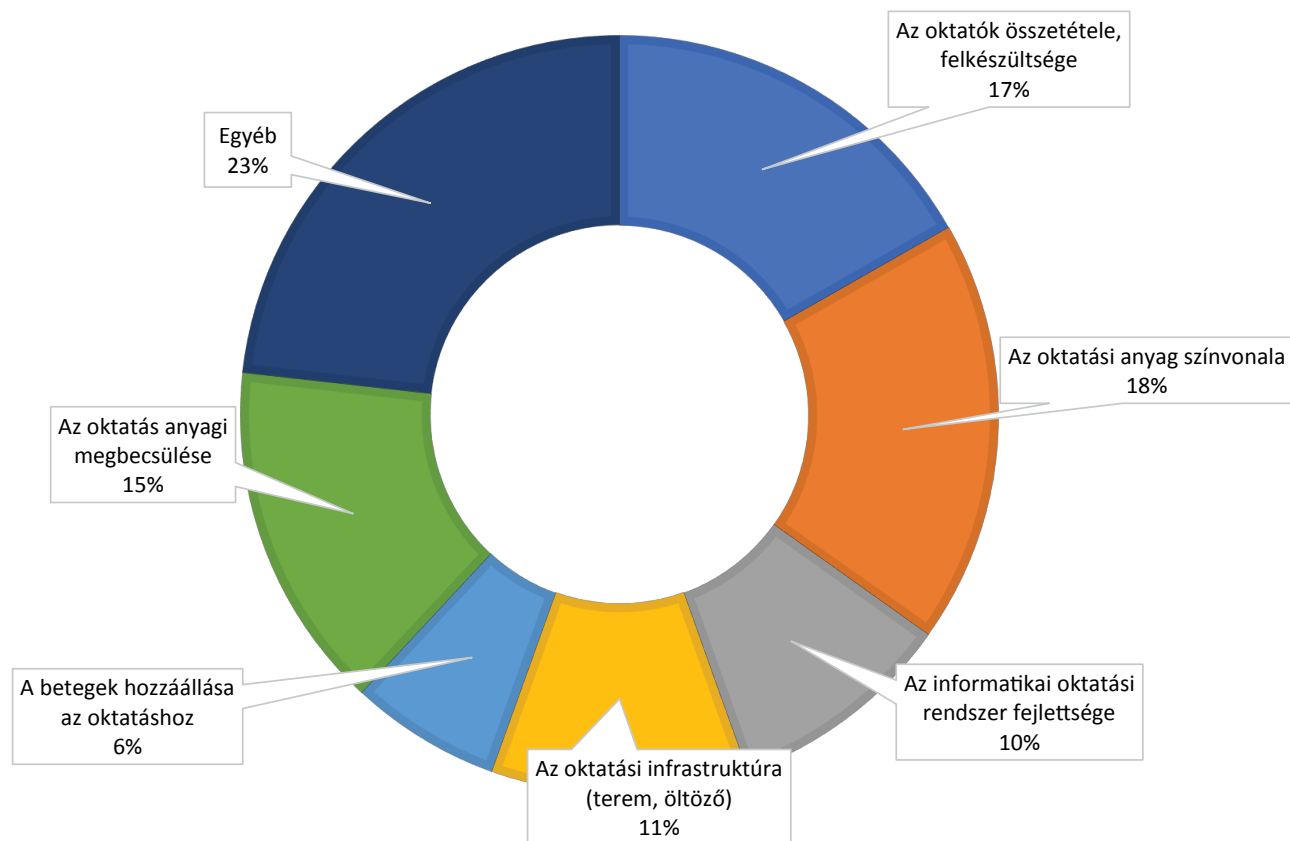
\* $p < 0,001$  az elmélethez képest.

(3-as) értékelte. A klinikai gyakorlati oktatásunkra (28. kérdés) 80-an adtak értékelhető osztályzatot. Összesen 5% tartotta kiválónak (5-ös), 19% jónak (4-es), 34% közepesnek (3-as), 29% gyengének (2-es) és 13% elégtelennek (1-es). Az alapozó, illetve klinikai képzés átlagos „éremjegye” 4,4, illetve 2,8. Az alapozó, illetve klinikai képzés között statisztikailag szignifikáns különbség volt ( $p < 0,001$ ). A kiváló-jó osztályzatok aránya az alapozó képzésben 91%, a klinikaiban 24% (2. táblázat).

Ugyancsak rákérdeztünk egy ötfokozatú skálán, hogy a hazai vagy a külföldi orvosképzést tartják-e jobbnak. Erre 75-en válaszoltak, ebből 8-an nem tudták eldönteni a kérdést. A többiek ( $n = 67$ ) közül összesen 10-en tartják jobbnak a magyar képzést (ebből 4-en sokkal jobbnak) (15%), 29-en hasonlóknak gondolják (43%), míg összesen 28-an a külföldi képzést tartják jobbnak (ebből 3-an sokkal jobbnak) (42%). Ha a sokkal jobb, jobb, ha-

sonló, rosszabb, sokkal rosszabb kategóriák sorrendben 5-ös, 4-es, 3-as, 2-es és 1-es osztályzatot kaptak, akkor az átlagosztályzat 2,75 (2. táblázat) (29. kérdés).

A hazai és külföldi orvosképzés közti különbségek tekintetében több tényezőre kérdeztünk rá (30. kérdés). Összesen 70-en válaszoltak, egy kolléga több okot is feltehetően. A hat megadott ok közül sorrendben az oktatási anyag színvonala (18%), az oktatók összetétele, felkészültsége (17%), az oktatás anyagi megbecsülése (15%), az oktatási infrastruktúra (11%), az informatikai oktatási rendszer fejlettsége (10%) és a betegek oktatáshoz való hozzáállása (6%) szerepelt problémaként (3. ábra). A megkérdezettek 23%-a egyéb okokat is felsorolt. Ezek közül ismét kiemelendő a 18 megkérdezett által külön említett alapozó és klinikai gyakorlati képzés. Egyetértés volt abban, hogy az alapozó képzés jó (talán túl jó), míg a klinikai gyengébb, mint külföldön. Konk-



3. ábra | Az orvosképzés leggyakoribb problémái

3. táblázat | Az eltávozás okainak értékelése: súlyozott pontszámítás

Sorrend	Indok sorszáma	Távozási ok	Összpontszám
1.	6.	Életpályamodell/ biztonságérzet/szakmai jövőkép hiánya	378
2.	1.	Magasabb fizetés	371
3.	2.	Jobb életminőség	338
4.	12.	Családi szempontok, a családtagok jövője	245
5.	15.	Kalandvágy	222
6.	18.	<i>Egyéb okok</i>	211
7.	8.	Szakmai kihívások	202
8.	7.	Jobb munkakörülmények reménye	174
9.	3.	Az (itthoni) álláskeresés sikertelensége	166
10.	14.	A tudományos munka lehetősége	125
11.	11.	Idegen nyelv tanulása	121
12.	10.	Társadalmi megbecsülés (hiánya)	120
13.	5.	Az itthoni munka alatt szerzett rossz tapasztalatok	99
14.	13.	A kinti egészségügy jobb szervezettsége	94
15.	4.	Az egyetem alatt szerzett rossz tapasztalatok	80
16.	9.	Kiégettség	74
17.	16.	Az itthoni hálapénzrendszer	70
18.	17.	Más eltávoztak példája	20

rét példaként több országban (Németország, Svédország) egy hatodéves több gyakorlati készséggel bír (vénazás, vérvétel), mint nálunk egy rezidens. Becslés szerint például az Amerikai Egyesült Államokban az alapozó anyag a miénk 40–50%-a, azt a keveset célirányosan, gyakorlatorientáltan adják át. Máshol az elméletet a gyakorlatok köré, csak a fontos elemekkel összhangban állítják össze. Ennek mentén kritika érte a curriculumunkat, amely túl sok kevéssé hasznos információt tartalmaz, miközben a gyakorlati lehetőségek, az egyéni felelősségteljes munka korlátozott.

Egy másik nagy csoport az oktatók érdekeltsége, hozzáállása. Több külföldi országban több idő van az oktatásra, az orvosok ezt nem szükséges rossznak fogják fel, nincsenek annyira leterhelve a betegellátás miatt. A szigorlók konkrét mentorral végzik gyakorlatukat, aki érdekelt az oktatás színvonalában, türelmes, nem rázza le a hallgatókat. Ehhez kapcsolódik, hogy többen a kinti gyakorlatokat több szempontból (időbeosztás, infrastruktúra) szervezettebbnek tartják, jóval kevesebb hallgató jut egy betegre. Hasonlóképp a vizsgarendszert is többen elavultnak tartják. Az Amerikai Egyesült Államokban nem az egyes betegségeket tanítják részletesen,

hanem végig differenciális diagnosztikai szemlélet van, ugyanis ritkább, hogy a beteg már ismert diagnózissal érkezik. Végül, bár ebben a kérdésben a graduális oktatásról volt szó, 3 kolléga megjegyezte, hogy a szakképzés esetében ugyanazokat a különbségeket (rossz elmélet:gyakorlat arány, oktatói érdektelenség, curriculum) lehet megfigyelni.

Egy 1–5 skálán rákérdeztünk, hogy az egyetem megnyire képes kisugározni az itthon maradás fontosságát (31. kérdés). Lényegében senki nem gondolta úgy, hogy az egyetemek idehaza maradéktalanul képesek lennének hatni a medikusokra, hogy maradjanak itthon (5-ös osztályzat). Csak hárman voltak azok is, akik szerint elég jó munkát végeznek az egyetemek ilyen szempontból (4-es érdemjegy). A többség szerint az egyetemnek alig van ilyen jellegű visszatartó ereje (3-as: 16, 2-es: 34, 1-es 16).

Végül rákérdeztünk azokra a kategóriákra, amelyek esetleg megváltoztathatók a hazai egészségügyben és oktatásban úgy, hogy az az elvándorlás ellen hasson. Erre a kérdésre 76-an válaszoltak (32. kérdés). A megváltoztatható tényezők sorrendje: a magasabb fizetés (91%), az itthoni egészségügy szervezettsége (75%), a jobb életminőség (63%), a hálapénzrendszer (felszámolása) (62%), az itthoni munkavégzés során szerzett rossz tapasztalatok és társadalmi megbecsülés (46%), az egyetem alatt szerzett rossz tapasztalatok (24%), a kiégettség (21%), a kevesebb szakmai kihívás (18%), az álláshiány (17%). Az egyebek között azonban többen kifejtették, hogy két alapvető ok vezet ahhoz, hogy a rendszer alapvetően nem változtatható meg (a többi fenti ok inkább másodlagos). Az egyik az érdekeken alapuló feudális rendszer, amely az előmenetelt – a tervezhető életpályát, így a jövőképet – nehezíti és a munkahelyi viszonyokat rontja. A másik a politikai környezet (irányultságtól függetlenül). A kettő egymással is összefügg (3. táblázat).

### Amerika versus Európa

Azt gondoltuk, hogy a külföldre vándorlás az elmúlt fél évszázadban két nagy hullámban történhetett. Korábban az Egyesült Államokba inkább kutatni mentek a kollégák, míg az elmúlt két évtizedben Európába egyértelműen inkább klinikai munkát végezni. Ennek megerősítése és további információk szerzése végett kettébontottuk az adatbázist az európai országokba (n = 51) vs. az Amerikai Egyesült Államokba (n = 31) távozás szerint. A nemek aránya azonos volt a két alcsoportban (35–37% nő és 63–65% férfi). Az Amerikai Egyesült Államokba azonban, amint várható volt, régebben (átlagosan 22 éve) távoztak, mint Európába (átlagosan 7 éve). A külföldre távozás célja valóban más lehetett a két földrészen: az Európába távoztak 92%-a a betegellátásban (klinikum és patológia) vesz részt, míg az Amerikai Egyesült Államokban csak 58%. Vagyis az Amerikába távoztak csaknem fele kutató (laboratórium, gyógyszerceg stb.). A legtöbb tényező, az eltávozás okai tekintetében nem volt lényeges különbség a két csoport között. A minimális elfogadható havi fizetés tekintetében azonban jelentős kü-



lönbség volt. Az Amerikai Egyesült Államokban élők átlagosan 2,3 millió, az európaiak átlag 916 ezer Ft-ot tartanak minimálisan elfogadhatónak. Végül, a hazai orvospérezést, annak ellenére, hogy az Amerikai Egyesült Államokban élők jóval régebben vannak távol az anyaföldtől, egyformán ítélték meg: az európai és amerikai magyarok az egyetemi alapozó képzésre 4,35 vs. 4,42, a klinikai gyakorlati képzésre 2,57 vs. 3,13 átlagos osztályzatot adtak. A hazai orvospérezést a külföldihez viszonyítva az átlagos „érdemjegy” 2,73 vs. 2,78 volt (az osztályzatok magyarázatát lásd fent).

### Konkrét, szöveges javaslatok

A kérdőív 33–37. pontjában több kategóriában lehetőséget adtunk konkrét, szöveges javaslatok kifejtésére. A 82 kollégából 30 (36,6%) írt valamilyen szöveges megjegyzést. Az alábbiakban ezeket röviden, csoportosítva közöljük.

*Az egészségügyi/oktatási vezető szervezeteknek az elvándorlás csökkentése érdekében tett javaslatok* (33. kérdés) közül kiemelendő, hogy fontos lenne az általános kultúra (civilizáltság) szintjének javítása és a megkövesedett feudális, túlzottan hierarchikus rendszer megszüntetése; „reformok” helyett az egészségügy, ezen belül a rossz állapotú kórházak infrastruktúrájának javítása; a szakmai tapasztalattal, felkészültséggel arányos bérrendezés, különösen az úgynevezett „hiányszakmákban”; az erkölcsi megbecsülés, a „közhangulat” javítása, az egészségügy társadalmi presztízsének javítása; a pályakezdő kollégák/hallgatók nagyobb megbecsülése és a régóta ígért orvosi életpályamodell megalkotása és bevezetése, aktív tehetésgondozás; őszinteség, nyílt kommunikáció; hosszabb távon a paraszolvencia teljes megszüntetése, helyette kötelező egyéni hozzájárulás; külföldről minél több kollégát hazahívni, a tapasztalatokat felhasználni; „valódi” egészségügyi érdekképviselet (kamara/szakszervezet) valódi védő, ellenőrző, érdekvédő szereppel felruházva; mindehhez *átfogyó rendszerszintű átalakítás* szükséges.

A megkérdezettek többsége alapvetően nem az egyetemi oktatásban látja az elvándorlás okát, hanem később, a hazai munkavállalás során nyert tapasztalatok lehetnek annak okozói. Például a hálapénzrendszer, a feudális szisztéma a kezdő orvosnak kifejezetten szükséges és előnyös konzultációs rendszert teljesen elpusztítja. Ennek ellenére az *orvospérezésre/szakképzésre vonatkozó*, az elvándorlás csökkentését irányzó javaslatok (34. kérdés) közül kiemelendő már az egyetemen pozitív jövőkép, életpálya kialakítása; sokkal intenzívebb klinikai gyakorlati képzés; a fiatalok felkészülését és segítő szakmai protokollok; a nyári gyakorlatok jobb kihasználása; könnyebb átjárhatóság az egyes szakmák között; követendő szakmai és emberi példák bemutatása, szakmaszeretet, szakmai alázat és a vizsgarendszer átalakítása (elméleti tételek helyett problémaorientált kérdések).

A hazai *munkaadók felé közvetített javaslatok* (35. kérdés) közül, bár a gondok magasabb szinten, globálisan, általában nem az adott munkahely szintjén keletkeznek,

megfontolandó a helyi munkakörülmények javítása és jobb szervezethez; a munkahely hazai/nemzetközi versenyképességének javítása; egyértelmű mozgástér, felelősség, utasítások, standard ellátási rendszer, szakmai protokollok; a feudális, hierarchikus rendszer felszámolása; jobb anyagi megbecsülés, ha szükséges, kiegészítő bérezési lehetőségek, ösztöndíjak; jobb szervezeti struktúra, infrastruktúra; a továbbképzések, egyéni előmenetel biztosítása; szociális szempontból az ügyelet/pihenés, előrehozott nyugdíj lehetőségének betartása és a kutatás-fejlesztés folyamatos előtérben tartása.

Végül érdeklődtünk, hogy *maga a munkavállaló mit tehet* az elvándorlás csökkentése érdekében (36. kérdés). Ebben az esetben is hangsúlyozták, hogy a problémák rendszerszintűek, a döntéshozókon és munkaadókon is múlnak. Ennek ellenére a felmerülő lehetőségek közül kiemelendő, hogy a munkavállaló a szakmai cél (melyik szakma) és a lehetőségek mérlegelése alapján válasszon szakmát; a személyes célok megtalálása és az eléréséhez szükséges terv felállítása; komolyabb összefogás, érdek egyeztetés, érdekvényesítés a rendszerhibák felszámolása érdekében; végül, ha mégis gondolkozik az elvándorlásról, először mindkét oldalon tájékozódva, a pró és kontra érveket mérlegelve döntsön.

### Megbeszélés

Számos hiedelem van az orvosok elvándorlásával kapcsolatban. A legfontosabb az, hogy a társadalom elhiszi és a szakma sulykolja, hogy szinte kizárólag az anyagiakról van szó. Nagyon könnyű azzal lesöpörni a témát az asztalról, hogy „Hát persze, ott sokkal többet keresnek!”. Kétségtelenül az egyik legfontosabb ok a fizetések közti különbség [3, 4]. Ennek rendezése azonban, bár kiemelt cél kell, hogy legyen, hosszabb távon oldható meg. Viszont úgy gondoltuk, számos kevésbé anyagi jellegű, így talán könnyebben orvosolható tényező is szerepet játszhat az elvándorlásban. Ezért egy 37 kérdésből álló kérdőívet küldtünk ki a korábban Debrecenben végzett és eredetileg ott is dolgozó kollégának. Összesen 82-en küldtek vissza értékelhető kérdőívet, de nem mindenki válaszolt minden kérdésre.

Kollégáink átlagosan 32 évesen távoztak. A legtöbben 30 éves kor alatt kerestek állást más országban, ezt követte a 30–39 éves, majd a 40–49 éves korosztály, míg 50–51 évesen két kolléga hagyta el az országot. A korábbi felmérések szerint viszont legtöbben 30–39 évesen vándoroltak ki, és a 29 éves vagy annál fiatalabb korosztály csak ezt követte [4, 11]. Úgy tűnik tehát, az általunk vizsgált orvoscsoportban még fiatalabbak találtak munkát más országban.

A legnépszerűbb ország a mi felmérésünkben az Egyesült Államok volt, oda sokan mentek kutatni és gyógyítani is. Ha csak az európai államokat tekintjük, akkor a legnépszerűbb öt ország sorrendben: Svédország, Németország, Egyesült Királyság, Svájc és Norvégia volt. Egy másik, 2014-es felmérésben Németország, Egyesült

Királyság, Svédország, Írország, Ausztria volt a sorrend, de utána rögtön Svájc és Norvégia szerepelt [11]. A legnépszerűbbek tehát Svédország, Németország és az Egyesült Királyság.

Bár a mi felmérésünkben a kutatói állás volt a leggyakoribb, a legtöbben az Egyesült Államokban dolgoznak, és a kutatók nagy része az Amerikai Egyesült Államokban él. Ha a betegellátást (klinikum és diagnosztika) tekintjük, akkor felmérésünkben a legnépszerűbb öt szakma sorrendben: családorvos, belgyógyász, aneszteziológia/intenzív terápia, laboratóriumi orvos/patológus, sebész voltak. Egy 2014-es felmérésben családorvos, aneszteziológus/intenzív terapeuta, belgyógyász, sebész és gyermekgyógyász voltak a legnépszerűbbek [11]. Látható, hogy jelentős az átfedés anyagunk és más felmérések között, de a családorvos, belgyógyász és sebész szakmák mindenképpen a legkeresettebbek.

Ami a kinti munka tervezett időtartamát illeti, a kimenetelkor a kollégák körülbelül negyede (26%) egészen rövid távra (<2 év) tervezett. Mintegy 23%-uk 2–5 évig, 15%-uk több mint 5 évig kívánt maradni, míg 14%-uk tervezte eleve is a végleges kint maradást. Amikor most megkérdeztük őket, jelentősen nőtt a hosszabb távot, sőt végleges kint maradást (most 38%) tervezők aránya. A kintlét tehát, sajnos, „meghozta az étvágyat”, és sokan az eredeti tervekhez képest jóval hosszabb ideig terveznek maradni, a honvágy, a család-barátok hiánya nem visszahúzó erő. Az említett 2014-es felmérésben a kevesebb mint 2 évre, 2–5 évre, illetve az 5 évnél hosszabb távra tervezők aránya sorrendben 20%, 27% és 12% volt, ami nagyságrendben megfelelt a mi adatainknak. Az eleve végleges kint maradást tervezők aránya azonban abban a felmérésben csak 4% volt, ellentétben a mi kezdeti 14%-unkkal [11]. Sajnos tehát a mi esetünkben jóval többen terveztek eleve végleges kint maradást, és ez az arány csaknem megháromszorozódott mostanáig, kiemelt tényezők a kint maradás mellett az anyagi megbecsültség és a fejlettebb szervezeti kultúra.

Az egyik legfontosabb természetesen az eltávozás okainak kutatása volt. Amikor a fent részletezett módon 1–10 között pontosítottuk az okokat a fontossági sorrend szerint, az életpálya/jövőkép hiánya volt a legfőbb ok. A fizetés, az életminőség, családi okok és a kalandvágy csak ezt követte. Amikor azt vizsgáltuk, mely okok szerepeltek „dobogós” (1–2–3.) helyen az egyes kollégáknál, akkor az életpálya/jövőkép hiánya, majd a fizetés, családi okok, szakmai kihívások és az életminőség volt a sorrend. Végül, ha mindenkinél csak a legfontosabb okot néztük, akkor fej-fej mellett a fizetés és az életpálya/jövőkép hiánya volt a leggyakoribb. Nagyon fontos, hogy az itthoni egyetemi, illetve munkahelyi rossz tapasztalatok a legtöbb esetben az oklista második felében szerepeltek (összességében 14., illetve 12.). Végül a kiégettség, a hálapénz és a más kollégák tapasztalatainak befolyásoló hatása a lista legvégén szerepelt. Mindez arra utal, hogy a kollégák többsége nem volt kiégetett, és nem elsősorban az itthon szerzett rossz munkahelyi, egyetemi

tapasztalatok „taszító hatása” miatt távozott, hanem egyértelműen egy jobb jövőkép és persze jobb fizetés hiányában, illetve reményében. Mindez arra utal, hogy ha a jövőkép és a bérezés változna, lehet remény a kollégák itthon maradására (visszatérésére?). Más felmérésekben a fizetés, életminőség, jövőbeni kilátások, munkakörülmények, előmenetel szerepeltek a leggyakoribb okként [4, 11].

Ha már a fizetésről szó esett, az elégedettséget okozó (elvárható) havi bért átlagosan 1,3 millió Ft-ra taksálták. De a kollégák tisztában vannak a hazai viszonyokkal: átlagosan 486 ezer Ft-os, tehát körülbelül félmillió havi bért már reálisnak tartanak. Egy-két extrém szám kivételével a megkérdezettek legnagyobb része fél–másfél millió Ft-os havi bérsávban gondolkodott. Az Amerikai Egyesült Államokban dolgozók, hosszabb ideje kint tartózkodók általában magasabb bért jelölték meg.

Ugyancsak szólunk kell még az egyetemi képzésről is. Évek óta visszahalljuk a külföldi országokból, ami a felmérésből is kijött, hogy hazánkban az alapozó orvosképzés elsősorban, a klinikai gyakorlati felkészültség viszont jóval gyengébb. Az ötfokozatú osztályzatskála alapján az alapozó képzésünket mindenki legalább közepesre értékelte (1-es és 2-es osztályzat nem volt), ami 4,38-as átlagot jelentett. Ezzel szemben a klinikai képzésre 34 kolléga 1-es vagy 2-es osztályzatot adott, és az átlag 2,78 volt. A megkérdezettek közül 28-an tartották a külföldi képzéseket jobbnak vagy sokkal jobbnak, míg a hazai oktatást 10-en jelölték ugyanígy jobbnak. Főleg az oktatási anyag összetételét és az oktatók felkészültségét jelölték problematikusnak. Az előbbin a curriculum időszakos felülvizsgálatával, korszerű oktatási módszerek beépítésével, utóbbin pedig a fiatal és idősebb kollégák oktatás iránti elkötelezésével és motiválásával lehet változtatni.

Két kivándorlási tendenciát lehetett megfigyelni. Korábban az Egyesült Államokba főleg kutatni mentek a kollégák (bár sokan klinikusok), míg az elmúlt két évtizedben európai országokba inkább klinikai munkát végezni. Az Amerikai Egyesült Államokba valóban régebben távoztak, mint Európába. A 12 kutató közül 9 az Amerikai Egyesült Államokba, 3 Európába távozott.

Végeredményben elmondható, hogy bár a visszatérést a megkérdezettek jelentős része nem látja reálisnak, korántsem mondható el, hogy a fizetés lenne a legfőbb vagy az egyetlen oka az elvándorlásnak. Az egyes kérdésekre adott konkrét válaszok mellett a számos építő jellegű szöveges javaslat is egyértelműen alátámasztja, hogy a kérdés igen komplex, de számos nem anyagi jellegű, így jó szervezéssel, pozitív hozzáállással és kiszámítható környezet megteremtésével megváltoztatható tényező áll az eltávozás és a „vissza nem térés” hátterében. Ezek további elemzése, az egészségügyi munkahelyeken és képzőhelyeken levő helyi viszonyok felmérése szükséges ahhoz, hogy a további elvándorlást csökkentsük, illetve az eltávozókat hazavezessük.

**Anyagi támogatás:** A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

**Szerzői munkamegosztás:** Sz. Z.: A kérdőív szerkesztése, a közlemény írása. T. Z.: Az adatok feldolgozása. H. A.: A kiértékelésben nyújtott segítség, a kézirat átnézése. L. L.: A kiértékelésben nyújtott segítség, a kézirat véleményezése. A cikk végleges változatát mindegyik szerző elolvasta és jóváhagyta.

**Érdekeltségek:** A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

## Köszönetnyilvánítás

A szerzők mindenképp köszönetet mondanak annak a 82 külföldön dolgozó volt debreceni kollégának, akik a kérdőív visszaküldésével, sokszor nagyon hasznos megjegyzésekkel segítették a felmérés sikerét. Ugyancsak megköszönjük *Prof. Dr. Mátyus Lászlónak*, a Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar dékánjának, *Dr. Kerékgyártó Csilla* szak- és továbbképzési szaktanácsadónak, valamint *Dr. Nádbázy Zsolt*nak, a Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Elnöki Hivatal, Egészségügyi Jogi és Humánpolitikai Iroda irodavezetőjének, hogy a kéziratot áttekintve hasznos, nélkülözhetetlen tanácsokkal segítették az anyag jobbá tételét.

## Irodalom

- [1] <http://enkk.hu/hmr/index.php/migracios-statisztikak/evestatisztikak> [Hungarian]
- [2] <http://enkk.hu/hmr/index.php/migracios-statisztikak/archivum> [Hungarian]
- [3] Fábos E. Severe lack of doctors. [Életveszélyes orvoshiány vár ránk.] Világgazdaság 2015. november 29. [Hungarian]
- [4] Szócska M, Eke E, Girasek E. Migration among Hungarian doctors. [A migráció a magyar orvosok körében.] Statisztikai Szemle 2009; 87: 796–827. [Hungarian]
- [5] [http://epa.oszk.hu/01900/01951/00018/pdf/teruletfejleszt-es\\_innovacio\\_2013\\_3\\_11-17.pdf](http://epa.oszk.hu/01900/01951/00018/pdf/teruletfejleszt-es_innovacio_2013_3_11-17.pdf) [Hungarian]
- [6] [https://www.foldrajzitasasag.hu/downloads/foldrajzi\\_kozlemenyek\\_2016\\_140\\_evf\\_3\\_pp\\_245.pdf](https://www.foldrajzitasasag.hu/downloads/foldrajzi_kozlemenyek_2016_140_evf_3_pp_245.pdf) [Hungarian]
- [7] [http://index.hu/gazdasag/2017/03/16/43\\_milliardot\\_hoztak\\_magyarorszagra\\_a\\_fiatal\\_egyedul\\_erkezo\\_migransok/](http://index.hu/gazdasag/2017/03/16/43_milliardot_hoztak_magyarorszagra_a_fiatal_egyedul_erkezo_migransok/) [Hungarian]
- [8] Survey among 6th year medical students conducted by the Hungarian Association of Residents and the Szinapszis Kft. 2014. [Magyar Rezidens Szövetség és Szinapszis Kft. közös felmérése a hatodéves orvostanhallgatók körében. 2014.] [Hungarian]
- [9] [http://www.neujobs.eu/sites/default/files/Health%20care%20workforce%20DE-160913\\_final.pdf](http://www.neujobs.eu/sites/default/files/Health%20care%20workforce%20DE-160913_final.pdf)
- [10] Survey on gratuity conducted by the Hungarian Association of Residents and the Szinapszis Kft. 2013. [Magyar Rezidens Szövetség és Szinapszis Kft. közös felmérése a hálapénzről. 2013.] [Hungarian]
- [11] Data of the Health Registration and Training Center. 2015. [Egészségügyi, Nyilvántartási és Képzési Központ adatai. 2015.] [Hungarian]

(Szekanecz Zoltán dr.,  
Debrecen, Nagyerdei krt. 98., 4032  
e-mail: [szekanecz.zoltan@med.unideb.hu](mailto:szekanecz.zoltan@med.unideb.hu))

„Fortes fortuna adiuvat.” (Terentius)  
(Bátraké a szerencse.)

## Tisztelt Szerzőink, Olvasóink!

Az Orvosi Hetilapban megjelenő/megjelent közlemények elérhetőségére több lehetőség kínálkozik.

Rendelhető különnyomat, melynek áráról bővebben a [www.akkrt.hu](http://www.akkrt.hu) honlapon (Folyóirat Szerzőknek, Különnyomat menüpont alatt) vagy Szerkesztőségünkben tájékozódhatnak.

A közlemények megvásárolhatók pdf-formátumban is, illetve igényelhető Optional Open Article ([www.oopenart.com](http://www.oopenart.com)).

Adott díj ellenében az online közlemények bárki számára hozzáférhetők honlapunkon (a közlemények külön linket kapnak, így más oldalról is linkelhetővé válnak).

Bővebb információ a [hirdetes@akkrt.hu](mailto:hirdetes@akkrt.hu) címen vagy különnyomat rendelése esetén a Szerkesztőségtől kérhető.