

**AZ ORVOSTANHALLGATÓK CSALÁDORVOSLÁSSAL ÉS SZAKTERÜLET-  
VÁLASZTÁSSAL KAPCSOLATOS ISMERETEIT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK ÉS  
MOTIVÁCIÓIK**

PhD-értekezés összefoglaló

**Dr. Mohos András**

**Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar**

Interdiszciplináris Orvostudományok Doktori Iskola

Témavezető: Prof. Dr. Torzsa Péter, Ph.D.

Családorvosi Tanszék

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar



Szeged

2023

**PUBLIKÁCIÓK:**Az értekezés témájához kapcsolódó publikációk listája:

**Mohos A**, Szöllősi GJ, Kolozsvári LR, Rinfel J, Varga A, Markó-Kucsera M, Csenge Hargittay Cs, Torzsa P. Rural family medicine as a career option among Hungarian medical students. *European Journal of General Practice*. 2023(29);1:2174258:8. IF: 3,636

**Mohos A**, Torzsa P. The search of the general practitioners of the future. Medical students' motivations regarding the choice of specialty. [A jövő házi orvosainak nyomában. Orvostanhallgatók szakterület-választással kapcsolatos motivációi] *Medical Tribune*. 2023(21);1:10. [Hungarian] IF: -

**Mohos A**, Kolozsvári L, Rinfel J, Markó-Kucsera M, Torzsa P. Hungarian medical students' career choice motivations, focused on family medicine [Orvostanhallgatók szakterület-választással kapcsolatos motivációi, fókuszban a házi orvosi hivatás] *Lege Artis Medicinae*. 2022;32(08-09):355-364. [Hungarian] IF: -

**Mohos A**, Frese T, Kolozsvári L, Rinfel J, Varga A, Hargittay Cs, Csatlós D, Torzsa P. Earning opportunities and informal payment as influencing factors in medical students' speciality choice. *BMC Family Practice*. 2021 Dec 30;22(1):258. IF: 2,634

**Mohos A**, Varga A, Markó-Kucsera M, Kalabay L, Torzsa P. Family medicine as a career. Medical students' attitudes and vocational choice motivations [A családorvoslás mint karrier. Orvostanhallgatók pályaválasztással kapcsolatos vélekedései és motivációi] *Medicus Universalis*. 2020;8:1:7-13. [Hungarian] IF: -

**Mohos A**, Torzsa P. The future vision of the profession of family medicine. What factors influence medical students' career choices? [A családorvosi hivatás jövőképe. Milyen tényezők befolyásolják az orvostanhallgatók pályaválasztását?] *Medical Tribune*. 2020;6. [Hungarian]

**Mohos A**, Varga A, Markó-Kucsera M, Kalabay L, Torzsa P. Family medicine as a career. Medical students' attitudes and vocational choice motivations [A családorvoslás mint karrier. Orvostanhallgatók pályaválasztással kapcsolatos vélekedései és motivációi] *Lege Artis Medicinae*. 2019;29(12):627–634. [Hungarian] IF: -

Az értekezés témájához kapcsolódó tanulmányok kumulatív impakt faktor: **6,27**

További publikációk:

**Mohos A**, Varga A, Hargittay Cs, Csatlós D, Kalabay L, Torzsa P. Examination of the health status health behaviours of Hungarian family physicians [Magyar Családorvosok egészségi állapotának, életmódjának vizsgálata] Orvosi Hetilap. 2021;162(12):449–457. [Hungarian] IF: 0,707

**Mohos A**, Kozma A, Markó-Kucsera M, Mester L. Non-pharmacological treatment of hypertension and reducing cardiovascular risk in general practitioners' clusters [A hypertoniabetegség nem gyógyszeres kezelése és cardiovascularis rizikócsökkentés a praxisközösségekben] Hypertonia és Nephrologia 2020;24(4):180-4. [Hungarian] IF: -

**Mohos A**, Mester L, Barabás K, Nagyvári P, Kelemen O. Doctor-patient communication training with simulated patient during the coronavirus pandemic [Orvos-beteg kommunikációs gyakorlat szimulált pácienssel a koronavírus-járvány idején] Orvosi Hetilap. 2020;161(33):1355–1362. [Hungarian] IF: 0,54

Torzsa P, Kalabay L, Csatlós D, Hargittay Cs, Márkus B, **Mohos A**, Szigeti M, Ferenci T, Verschoor M, Rozsnyai Zs, Gussekloo J, Poortvliet RKE, Streit S. Variation in GP decisions on antihypertensive treatment [Vérnyomáscsökkentés nagyon idős és esendő állapotú betegeknél: az alapellátásbeli gyakorlat kérdései] Hypertonia és Nephrologia. 2022;26(6):285-293. Doi: <https://doi.org/10.33668/hn.26.027> [Hungarian] IF: -

Petrazzuoli F, Gokdemir O, Antonopoulou M, Blahova B, Mrduljaš-Đujić N, Dumitra G, Falanga R, Ferreira M, Gintere S, Hatipoglu S, Jacquet J, Javorská K, Kareli A, **Mohos A**, Naimer S, Tkachenko V, Tomacinschii A, Randall-Smith J, Kurpas D. Patient consultations during SARS-CoV-2 pandemic: a mixed-method cross-sectional study in 16 European countries. Rural and Remote Health. 2022;22:7196. IF: 2,733

Hargittay C, Eöry A, Márkus B, **Mohos A**, Ferenci T, Vörös K, Rihmer Z, Gonda X and Torzsa P (2022) Severity of depressive but not anxiety symptoms impacts glucose metabolism among patients with type 2 diabetes in primary care. Frontiers in Medicine. 9:944047. IF: 5,058

Kurpas D, Stefanicka-Wojtas D, Shpakou A, Halata D, **Mohos A**, Skarbaliene A, Dumitra G, Klimatchkaia L, Bendova J, Tkachenko V. The Advantages and Disadvantages of Integrated

Care Implementation in Central and Eastern Europe – Perspective from 9 CEE Countries. *International Journal of Integrated Care*. 2021;21(4):14:1–18. IF: 2,913

Kurpas D, Petrazzuoli F, Szwamel K, Randall-Smith J, Blahova B, Dumitra G, Javorská K, **Mohos A**, Simões JA, Tkachenko V, Kern JB, Holland C, Gwyther H. The pros and cons of the implementation of a chronic care model in European rural primary care: the points of view of European rural general practitioners. *Rural Remote Health*. 2021 Aug;21(3):6509. IF: 2,733

Watti J, **Mohos A**, Kelemen O, Pócs D. Actualities in first-line pharmacotherapy for smoking cessation support. [A dohányzásleszokás-támogatás első vonalbeli gyógyszeres terápiájának aktualitásai.] *Orvosi Hetilap*. 2021;162(40):1610–1618. [Hungarian] IF:0,707

Gyetzvai Gy, Hanka K, Hargittay Cs, Hegedűs O, Járomi M, Kalmár ZJ, Karamánné Pakai A, Kárpáti Zs, Kerti E, Kiss L, Kiss N, Kolozsvári L, Kolozsváriné Harsányi Sz, Korolovszky J, Markó-Kucsera M Máté O, **Mohos A**, Oláh An, Pállay-Kovács Sz, Szabó E, Szabóné Tamás H, Tománé Mészáros A, Ujváriné Siket A, Várnai R, Zrínyi M, Galvács H (Szerkesztő). Fejlesztési terv az egészségügyi szakdolgozók alapellátási és népegészségügyi ismereteinek, kompetenciáinak bővítésére. Budapest, Magyarország: Akadémiai Kiadó (2020) [Hungarian] IF:-

Barczy E, Breitenbach Z, Busa Cs, Czető Á, Csikós Á, Eörsi D, Galvács H, Gyetzvai Gy, Hanka K, Hargittay Cs, Hegedűs O, Járomi M, Kalmár ZJ, Karamánné Pakai A, Kárpáti Zs, Kerti E, Kiss L, Kiss N, Kolozsvári L, Kolozsváriné Harsányi Sz, Korolovszky J, Markó-Kucsera M, Máté O, **Mohos A**, Oláh A, Pállay-Kovács Sz, Pátri L, Szabó E, Szabóné Tamás H, Tománé Mészáros A, Várnai R, Zrínyi M. Konceptió az alapellátási kompetenciabővítő képzésekre. Budapest, Magyarország: Akadémiai Kiadó (2020) [Hungarian] IF:-

Torzsa P, Kalabay L, Csatlós D, Hargittay Cs, Márkus B, **Mohos A**, Szigeti M, Ferenczi T, Marjolein V, Rozsnyai Zs et al. Primary care strategy of antihypertensive treatment of very elderly and frail patients [A nagyon idős és esendő állapotú betegek antihipertenzív kezelési gyakorlata az alapellátásban] *Lege Artis Medicinae*. 2020;30:3:111-121. [Hungarian] IF: -

Kolozsvári LR, Eörsi D, Busa Cs, Csikós Á, Hargittay Cs, Kalabay L, Harsányi Sz, **Mohos A**, Radványi I, Rurik I et al. A házi orvos képzés helyzete és fejlesztési lehetőségei. *Nemzeti*

Népegészségügyi Központ, Magyarország, Budapest, 2020, 132 p. ISBN: 9786158008471.

[Hungarian] IF: -

Torzsa P, Kalabay L, Csatlós D, Hargittay Cs, Márkus B, **Mohos A**, Szigeti M, Ferenci T, Verschoor M, Rozsnyai Zs, Gussekloo J, Poortvliet RKE, Streit S. A csaláadorvosok inkább kezelik az esendő pácienseket. Antihipertenzív kezelés. Medical Tribune. 39-41. (2020)

[Hungarian] IF: -

Csatlós D, Vajda D, **Mohos A**, Gonda X. Eight questions and answers about anxiety in the elderly in family practice [Nyolc kérdés és válasz az időskori szorongásról a háziiorvosi gyakorlatban] Lege Artis Medicinae. 2019;29(1):33–38. [Hungarian] IF: -

Torzsa P, Csatlós D, Eőry A, Hargittay Cs, Márkus B, **Mohos A**, Kalabay L, Rihmer Z. A szorongásos zavarok és a depresszió felismerése, kezelése az alapellátásban. Magyar csaláadorvosok lapja. 2019;6:25-28. [Hungarian] IF: -

Torzsa P, László A, Igari Zs, Hargittay Cs, Csatlós D, **Mohos A**, Kalabay L. Az elhízás kezelésének nehézségei az alapellátásban. Medicus Universalis. 2019;7:2:61-67. [Hungarian] IF: -

Molnár M, Csatlós D, Hargittay Cs, **Mohos A**, Terray-Horváth A, Dombovári M. Treating methods of obstructive sleep apnea syndrome and related difficulties in daily practice [Az alvási apnoe szindróma kezelésének módjai és az ezzel kapcsolatos nehézségek a mindennapi gyakorlatban] Lege Artis Medicinae. 2019;29:4-5:199-206. [Hungarian] IF: -

Ádám Sz, **Mohos A**, Kalabay L, Torzsa P: Potential correlates of burnout among general practitioners and residents in Hungary: the significant role of gender, age, dependant care and experience. BMC Family Practice. 2018;19:193. IF: 2,431

Gyórfy Zs, Kalabay L, **Mohos A**, Márkus B, Nánási A, Rinfel J, Girasek E, Torzsa P. What do family medicine trainees think about gratitude payment? [Mit gondolnak a csaláadorvos-rezidensek a hálapénzről?] Orvosi Hetilap. 2017;158(26):1028-1035. [Hungarian] IF: 0,544

Torzsa P, Csatlós D, Eőry A, Hargittay Cs, Horváth F, László A, Márkus B, **Mohos A**, Kalabay L, Gyórfy Zs. Opinions of Hungarian family physicians and residents on vocation and informal payment [Hivatással és hálapénzzel kapcsolatos vélekedések a magyarországi csaláadorvosok és rezidensek körében] Orvosi Hetilap. 2016;157(36):1438-1444. [Hungarian] IF: 0,349

Teljes kumulatív impakt faktor: **19.705**

**RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE:**

ANOVA – varianciaanalízis

DE – Debreceni Egyetem

EU – Európai Unió

EURACT – Oktató Házi orvosok és  
Családorvosok Európai Akadémiája

FMEC PG – Future of Medical Education  
in Canada Postgraduate

FT - Forint

KSH – Központi Statisztikai Hivatal

MVA – multivariancia-analízis

NEAK – Nemzeti Egészségbiztosítási  
Alapkezelő

OR – esélyhányados

PTE – Pécsi Tudományegyetem

SD – standard deviáció

SE – Semmelweis Egyetem

SZTE – Szegedi Tudományegyetem

UK – Egyesült Királyság

USA – Amerikai Egyesült Államok

UVA – univariáns analízis

WHO – Egészségügyi Világszervezet

WONCA – Házi orvosok és Családorvosok  
Országok Testületeinek, Akadémiáinak és  
Akadémiai Szövetségeinek  
Világszervezete (rövid név: Házi orvosi  
Világszervezet)

$\chi^2$ -próba – chí-négyzet próba

## **BEVEZETÉS:**

### **1. A családorvoslás általános aspektusai:**

A családorvoslás jól meghatározott, sajátos jellegzetességekkel rendelkező klinikai szakterület, saját oktatási, kutatási területtel és klinikai tevékenységgel. „Normális” esetben az első érintkezési pont a páciens és az egészségügyi ellátórendszer között. A Nemzetközi Egészségügyi Alapellátási Konferencián elfogadott Alma-Atai Nyilatkozat lefektette, hogy az alapellátás kulcsfontosságú szerepet játszik minden ember egészségének megőrzésében és javításában szerte a világon. A 2018-as Asztanai Nyilatkozat megerősítette az egészségügyi alapellátás elsődleges szerepét a fenntartható globális egészségügyi rendszer és az egyetemes egészségügyi ellátás megvalósításában.

### **2. Vidéki háziiorvoslás:**

2022-ben körülbelül 3,4 milliárd ember élt vidéki lakókönyezetben. Erre a populációra kiemelt figyelmet kell fordítanunk, mert a vidéki lakosság körében magasabb a depriváció, a szegényes lakhatási körülmények és a rosszabb egészségügyi kimenetel kockázata. A „vidéki orvoslás” sajátos jellemzői országról országra változnak. Ugyanakkor többé-kevésbé pontosan el tudjuk választani egymástól a vidéki és a városi orvoslást földrajzi, környezeti, gazdasági, kulturális, társadalmi és más változók mentén. A városias területeken 2,9-11,4-szer több egészségügyi szakember jut ugyanannyi lakosra, mint a vidéki régiókban. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) határozott ajánlást fogalmazott meg arról, hogy a vidéki témáknak és programoknak nagyobb hangsúlyt kellene kapniuk az egészségügyi szakemberek képzése során. Az erős alapellátás kulcsfontosságú az egyetemes egészségügyi ellátásban, emellett hozzájárul egy méltányos egészségügyi ellátórendszer működtetéséhez. A lakóhely közeli egészségügyi szolgáltatások elengedhetetlenek a jobb egészségügyi kimenetek elérésében.

### **3. Humán erőforrás kihívások a családorvoslásban:**

Az alapellátás elegendő számú és jól képzett humán erőforrást igényel. Ennek biztosítása világszerte jelentős kihívást jelent. A családorvosok hiánya nem csak az alacsony és közepes jövedelmű országokban okoz gondot, hanem a fejlettebbekben, például Németországban, az Egyesült Királyságban és az Amerikai Egyesült Államokban is. A fejlett országok humán erőforrás problémái a kevésbé fejletteket is érintik, ugyanis a munkavállalók migrációs hajlandóságának növekedésével mélyítik a helyi munkaerőpiaci válságot. Magyarország ebben a folyamatban elsősorban kibocsátó államként vesz részt.

#### 4. A magyar háziiorvosi rendszer:

Magyarországon a háziiorvosi rendszer országos szinten szerveződik, és a helyi önkormányzatok felelőssége biztosítani a háziiorvosi ellátást a lakosság számára. A magyar háziiorvosok többsége vállalkozóként dolgozik, azaz saját vállalkozásuk van, amely szerződéses viszonyban áll a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelővel (NEAK), valamint a helyi önkormányzattal. Háromféle praxist különböztethetünk meg: gyermekorvosi, felnőtt, valamint vegyes praxist, amely korosztályi megszorítás nélkül fogad betegeket. A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő adatai szerint 2023 februárjában 6443 háziiorvosi praxist tartottak nyilván Magyarországon. A finanszírozási rendszer összetett, a folyósított összeg elsősorban páciensszám alapján kerül meghatározásra, ehhez kisebb részben minőségi ösztönző elemek, 2021 óta pedig egy életkortól, illetve praxisközösségbeli tagságtól függő finanszírozás kiegészítés társulnak. Magyarországon szinte minden praxisban egy orvos dolgozik. Egy tipikus családorvosi team egy családorvosból, valamint általában egy, néha két, nagyon ritka esetben több asszisztensből áll. Az elmúlt évtizedben a jobb egészségügyi kimenetel elérésének reményében, valamint a gazdasági szükségszerűségek miatt bevezetésre kerültek új, team- és hálózatalapú alapellátási modellek is. A háziiorvosi praxisközösségek olyan multidiszciplináris alapellátási teamek, amelyek szélesebb körű egészségügyi szolgáltatást tudnak nyújtani. Hosszú távú terv lehet egy államilag finanszírozott praxisközösségi rendszer kialakítása a magyar alapellátásban. Jelenleg megkülönböztetünk vármegyei szinten szerveződő, úgynevezett „kollegiális” praxisközösségeket, valamint 5-10 praxis együttműködését jelentő „szoros” praxisközösségeket. A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő adatai szerint 2022 augusztusában 2487 praxis működött szoros praxisközösségben, 2876 kollegiális praxisközösségben, 403 háziiorvosi praxis pedig nem volt praxisközösség tagja.

#### 5. A magyar alapellátási rendszer humánerőforrás helyzete:

A magyar alapellátásban súlyos háziiorvos hiány tapasztalható. A betöltetlen praxisok száma évről évre növekszik. 2023 februárjában 691 volt. Ha pedig megnézzük az aktív háziiorvosok életkorát, azt látjuk, hogy 2021 decemberében az átlagéletkor 59 év volt, ebből pedig teljes mértékben világos, hogy radikális beavatkozás nélkül a negatív folyamat megállíthatatlan. A háziiorvosi rezidensprogramba belépők száma nem elegendő a trend megfordításához.



## 6. Vidéki háziiorvoslás Magyarországon:

Magyarországon a lakosság 30%-a vidéken él. 2023 februárjában a 6443 háziiorvosi praxisból 691 (10,7%) volt betöltetlen. 509 üres praxis (a betöltetlen praxisok 73,7%-a) tízezernél kevesebb lélekszámú helyen található. Ez azt jelenti, hogy az üres praxisok problémája leginkább a falvakban érezhető. Az üres praxisok száma az elmúlt években folyamatosan növekedett. Magyarország Európai Unióhoz való 2004-es csatlakozása óta az egészségügyi szakemberek elvándorlása további gondokat okoz.

## 7. Az orvosok kereseti lehetőségei a magyar egészségügyi ellátásban:

Kutatásunk során kizárólag az állami egészségügyi rendszerre koncentráltunk, a magánszektor nem vettük figyelembe. A magyar szakellátásban dolgozó orvosok többsége közalkalmazott. 2020-ban a havi keresetük 354820 és 534566 forint (985-1485 euró) között mozgott munkaidőtől és szakképzettségtől függően. Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C törvény elfogadása és az új jogviszony a munkában szerzett tapasztalat szerint differenciált fizetésemelést hozott magával. A fizetésemelést három lépésben hajtották végre 2021 és 2023 között. A rezidensek fizetése e három év alatt majdnem megduplázódott, a pályafutásuk vége felé járó orvosoké pedig több mint négyszeresére növekedett. A háziiorvosok helyzete azonban különböző. A praxisok egy korrigált, fejkvóta alapú finanszírozással működnek, a háziorvos ebből a bevételből tudja kigazdálkodni az alkalmazottjai és saját fizetését. Ebből adódóan a háziiorvosok esetében nem tudunk megállapítani egy egységes bért. Az országos finanszírozási adatok alapján kutatásunkban egy háziorvos átlagos havi keresetét 360 ezer forintban (1000 euróban) határoztuk meg. A legtöbb háziorvos nem esik az új egészségügyi ellátási szolgáltatási szerződések hatálya alá. A háziiorvosi praxisok kapnak bérkompenzációt, amit a praxis csak az egészségügyi szakemberek fizetésére használhat fel. A bérkiegészítés illeszkedik a nem háziorvosok fizetéséhez, de praxisközösséghez tartozás szerint differenciált. A kormány különféle ösztöndíj-lehetőségekkel támogatja a fiatal orvosokat a szakosodás időszakában. A különböző ösztöndíjak sajátos feltételek mellett folyósíthatók, és havi 100000-200000 forint többletjövedelmet jelentenek. A „hálapénz” azt a gyakorlatot jelenti, amikor a páciens nem hivatalosan plusz juttatást ad az orvosnak. Ez különböző szakterületeken és a hierarchia különböző szintjein eltérő mértékben jelenik meg. Kutatásunk idején ez a jelenség csupán etikai problémákat vetett fel, de törvénybe nem ütközött.

#### 8. A családorvos szakorvos képzési rendszer Magyarországon:

Magyarországon négy egyetemen működik orvostudományi kar: Budapesten, Debrecenben, Pécsen és Szegeden. Mind a négy egyetemen van családorvosi tanszék, amelynek feladatai közé tartozik a családorvoslás oktatása az orvostanhallgatók számára, a családorvosi szakképzési program megszervezése a rezidens orvosok számára, valamint a családorvosok folyamatos szakmai továbbképzésének biztosítása. A szakorvosi képzés központilag, törvényileg szabályozott, és néhány apróbb helyi különbségtől eltekintve alapvetően mind a négy egyetemen egyforma. A családorvosi szakképzés időtartama 36 hónap. A képzés alapja, hogy egy rezidens egy tutorral dolgozik együtt. 2001 óta nem volt olyan év, amikor a frissen végzett családorvos szakorvosok száma elérte volna a kétszázat, és az új családorvosok több, mint fele minden évben 35 év feletti. Az elmúlt években az elérhető családorvosi rezidens helyek száma 137 volt. Az elmúlt két évtizedben a betöltött helyek száma 72 és 103 között mozgott.

#### 9. Az orvostanhallgatók pálya- és szakterület-választási motivációi:

A pályaválasztás egy többtényezős döntés az orvostanhallgatók életében. Bár sok tanulmány foglalkozik azzal, mi befolyásolja ezt a döntést, egyelőre nincsenek egyértelmű bizonyítékok ezen tényezők pontos szerepére. Akadnak köztük olyanok, amelyeket nem lehet megváltoztatni, mint például a személyiség, a nem, a származás, a családi minta, az életkor, a családi állapot; más tényezők pedig változtathatók. Nagyon fontos szerepet játszanak a pályaválasztásban a hallgatók motivációi, az elérhető információk, valamint az attitűdök a különböző szakterületek irányába. Nem csak az egyes szakterületek szakmai jellemzői, hanem a munkakörülmények, a várható fizetés, karrierlehetőségek és életkörülmények is. A várható fizetés vagy jövedelem (e két fogalmat jelent tanulmányban szinonimaként használjuk) is befolyásolhatja a pályaválasztást és a szakterület-választást. 2019-ben egy összesen 882209 résztvevőt számláló, 75 kutatást magában foglaló metaanalízis tizenkét olyan tényezőt talált, amelyek jelentősen befolyásolták az orvostanhallgatók szakterület-választását. Ezek a tanulmányi érdeklődési kör, a kompetenciák, a kontrollálható életvitel vagy rugalmas munkaidő-beosztás, betegellátás iránti orientáció, az orvostanárok vagy mentorok, a karrierlehetőségek, a munkaterhelés vagy munkaórák száma, a jövedelem, a képzés hossza, a presztízs, mások tanácsai és a diákhitel. Az orvosi képzés fontos szerepet tölt be az orvostanhallgatók életében, mivel nemcsak tudásátadást jelent, hanem az attitűdjüket is formálja.

### 10. A csaláadorvoslás a magyar orvosi képzésben:

A négy magyarországi egyetem tanterve eltérő, azokban a csaláadorvoslás másképpen és más-más mértékben jelenik meg. A kutatásunk idején a csaláadorvoslás kötelező tantárgy volt Budapesten, Debrecenben és Pécsen. Szegeden 2020-ban kötelezően választható előadásként lehetett hallgatni. Az orvostanhallgatóknak mind a négy egyetemen kötelező volt egy- vagy kéthetes csaláadorvosi gyakorlatot teljesíteni hatodévbén. Szegeden 2022-ben vezették be a kötelező csaláadorvostan előadást.

#### **A KUTATÁS CÉLJA:**

A kutatás igyekezett feltárni, milyen tényezők befolyásolják az orvostanhallgatók pályaválasztással kapcsolatos ismereteit és motivációit, különösen a csaláadorvoslás vonatkozásában. Célja az volt, hogy feltárja az orvostanhallgatók vidéki orvosi karrier iránti hajlandóságát, valamint a várható jövedelem szerepét a szakterület megválasztásában.

#### **HIPOTÉZISEK:**

1. Kevés orvostanhallgató gondol karrierlehetőségként a csaláadorvoslásra.
2. A vidéki háziiorvosi munka nem vonzó karrierlehetőség az orvostanhallgatók számára.
3. A csaláadorvoslás népszerűtlensége elsősorban nem anyagi okoknak tudható be.
4. A csaláadorvoslás presztízse az orvostanhallgatók szerint alacsony.
5. Az orvostanhallgatók nem rendelkeznek elegendő információval a csaláadorvosláshoz kapcsolódó karrierlehetőségekről.

#### **RÉSZTVEVŐK ÉS MÓDSZEREK:**

##### 1. A kutatás felépítése és a résztvevők:

Keresztmetszeti vizsgálatot végeztünk. Az adatfelvétel önkitöltős, papíralapú kérdőívvel történt. Mind a négy magyar orvostudományi egyetemet azon negyed- és ötödéves hallgatók képviselték, akik a kutatás ideje alatt jelenléti csaláadorvostan kurzuson vettek részt. Az adatfelvétel 2019 decemberétől és 2020 áprilisáig zajlott. Ezt követően meg kellett szakítani a Covid-19-járvány miatt. A megfelelő tájékoztatást követően 465 diák döntött úgy, hogy részt vesz a kutatásban.

## 2. A kérdőív:

Az adatfelvétel egy általunk készített, saját kérdőívvel történt. A kérdőív kilenc kérdést tartalmazott a válaszadó szociodemográfiai adataival kapcsolatban, ilyen volt a nem, az életkor, a születési hely, a családi példaképek (felsőoktatás, orvosi végzettség vagy házi orvos jelenléte a családban), a korábbi tanulmányok és munkatapasztalatok. Hét kérdés vonatkozott a jövőbeli lakhatási- és karriertervekre, a preferált szakterületekre. Megvizsgáltuk, hogy résztvevők mennyire lennének hajlandók vidéken dolgozni. „Valószínűnek tartja, hogy a jövőben falun fog dolgozni?” Ennél a kérdésnél egy ötpontos Likert-skálát alkalmaztunk (1: biztosan nem, 2: valószínűleg nem, 3: nem tudom, 4: valószínűleg igen, 5: biztosan igen). A multivariancia-analízis során a kategóriákat a következő módon vontuk össze: az 1 és 2 érték egyaránt „nem” lett, a 4 és 5 érték „igen”, a 3-as választ pedig nem használtuk. Kértékeltük a jövőbeli jövedelem hatását a szakterület-választásra: a hallgatók mennyire mérték fel már korábban ezt a témát? Milyen hatást gyakorolt a valószínűsíthető jövedelem a pályaválasztásra? A válaszadók becslése a jelenlegi és az ideális fizetések kapcsán, illetve a hallgatóknak önértékeléssel kellett jelölniük, mennyire biztosak a becslésükben. A hallgatók hálapénzzel kapcsolatos attitűdjére is rákérdeztünk. Megvizsgáltuk azt a tizenkét tényezőt is, amelyek a korábbi kutatások szerint leginkább befolyásolják a pályaválasztást.

## 3. Adatelemzés:

A statisztikai elemzéshez IBM SPSS Statistics 24 programot használtunk (IBM SPSS Statistics, IBM Corporation, Chicago, IL). A leíró adatokat számadatként illetve százalékként, átlagként és standard deviációként (SD) adtuk meg, a folytonos változók esetén illetve a diszkrét változók százalékos értékei mellé pedig mediánokat illetve – ahol az értelmezhető volt – kvartiliseket adtuk meg. Az N értékek a hiányzó adatok szerint változnak. Az adatokat univariális keresztábrákkal elemeztük. A százalékokat khí-négyzet ( $\chi^2$ ) próbával hasonlítottuk össze. Egyszempontos varianciaanalízist (ANOVA) alkalmaztunk az átlagok összehasonlítására, és annak megállapítására, kimutatható-e statisztikailag szignifikáns különbség az egymástól független csoportok között. A kategóriák további elemzéséhez post hoc Scheffé-próbát végeztük. Statisztikailag szignifikánsnak azt az összefüggést tekintettük, ahol a statisztikai próbák 0,05-nél alacsonyabb p-értéket adtak.

## 4. Etikai engedély:

Az Egészségügyi Tudományos Tanács által a kutatásra megadott etikai engedély referenciaszáma: 51983-2/2019/EKU.

## **EREDMÉNYEK:**

### 1. Szociodemográfiai és általános pályaválasztási eredmények:

A kutatás idején 1057 orvostanhallgató tanult a négy egyetem negyed illetve ötöd évfolyamon. Közülük ebben az időszakban 691-en vettek részt családorvostan kurzuson. A 691 hallgatóból 465-en töltötték ki a kérdőívünket. Az összesített válaszadási arány 44% (N=465/1057). Debrecenben 86,8% volt a válaszadási arány (n=145/167), Pécsen 23% (n=38/165), Budapesten 25,2% (n=131/519), Szegeden pedig 73,3% (n=151/206). A válaszadóknak mindössze 5%-a (n=23/462) tervez a jövőben háziorként dolgozni, 72% (n=333/462) más szakterület iránt érdeklődik, 23% (n=106/462) pedig még nem választott szakirányt. Nem találtunk szignifikáns összefüggést sem az egyetem (p=0,177), sem az év (p=0,824), sem a válaszadó neme (p=0,848) és a szakterület-választás között. Elsőként választott szakterületként a gyermekgyógyászat volt a legnépszerűbb a hallgatók körében (10,2%), a családorvoslás a nyolcadik helyre került (5,9%). Másodikként választott szakterületként a válaszadók 4,7%-a, harmadikként választottként pedig 8%-a jelölte meg a családorvoslást. A válaszadók többsége (55,9%) a középiskolás éve alatt kötelezte el magát az orvosi pálya mellett. Szignifikáns pozitív kapcsolatot találtunk az orvostudományi kar iránti korai (középiskola előtti) elköteleződés (38%), valamint a családorvoslás iránti érdeklődés között (p=0,004). A hallgatók mintegy kétharmada (68,8%) inkább rossznak ítélte meg a magyar egészségügy jelenlegi helyzetét ( $\leq 2$  az ötfokú skálán). Az öt év múlva várható helyzetről 46,8% nyilatkozott ugyanígy. A családorvoslás iránt érdeklődő hallgatók a többiekénél szignifikánsan jobbnak ítélték meg a jelenlegi helyzetet (p<0,01). A tizenkét vizsgált befolyásoló tényező közül az orvosi egyetem előtti elképzelések (3,1 $\pm$ 1,4), mások tanácsai (2,6 $\pm$ 1,1), valamint a korábbi munkatapasztalatok (2,4 $\pm$ 1,1) bizonyultak a legerősebbnek. A válaszadók szerint a munkakörülmények (1,7 $\pm$ 0,9), saját képességeik önértékelése (1,6 $\pm$ 0,8), valamint a lelkesedés (1,5 $\pm$ 0,8) kevésbé játszik fontos szerepet a szakterület megválasztásában.

### 2. A jövőbeli munkavégzés helyszínéhez kapcsolódó eredmények:

A válaszadók majdnem egyötöde (18,6%; n=85/457) a fővárosból érkezett, 35% (n=160/457) nagyvárosból, 30,8% (n=141/457) pedig kisvárosból. A válaszadóknak csupán 15,5% (n=71/457) származott falusi környezetből. A kutatásban résztvevők túlnyomó többsége városi környezetben tervez élni, csupán a kisebbség szeretne vidéken. A megkérdezett hallgatók 5%-a tervez vidéki munkavállalást. Szignifikáns pozitív kapcsolatot találtunk a vidéki származás és a vidéki munkavállalási szándék között (UVA: p=0,018; MVA: OR=1,97; p=0,024). A vidéki

munkavállalási szándék szintén szignifikáns összefüggést mutatott a szakterület-választás során a családorvoslás első helyen történő megnevezésével (UVA:  $p < 0,001$ ), valamint a háziiorvosi praxisban tervezett munkavállalással (UVA:  $p < 0,001$ ; MVA: OR=1,9;  $p = 0,014$ ). A megkérdezett hallgatók 51,5%-a tervez külföldön munkát vállalni a diploma megszerzése után, 22,2% hosszú távon is külföldön képzelel el a jövőjét. A külföldi munkavállalási szándék szignifikáns összefüggést mutatott a vidéki környezetben tervezett munkavállalással (MVA: OR=1,74;  $p = 0,049$ ). Az illeszkedésvizsgálat eredménye 0,2073 volt. Az ötfokú Likert-skálán a résztvevők fele válaszolta, hogy „biztosan nem” vagy „valószínűleg nem” (együtt: „nem”) választaná a falusi orvosi munkát, 17,5% pedig „valószínűleg igen” illetve „biztosan igen” (együtt: „igen”) választ adott. Szignifikáns korreláció mutatkozott a vidéki munkavállalási szándék és a vidéki származás (UVA:  $p = 0,001$ ; MVA: OR=3,24;  $p < 0,001$ ), a vidéki munkavállalási szándék és a szakirány-választásnál a családorvoslás első helyen való megjelölése (UVA:  $p = 0,001$ ), valamint a falusi munka valószínűsége és a családorvosként elképzelt jövő (UVA:  $p = 0,002$ ; PR=4,99; MVA:  $p < 0,018$ ) között. Az illeszkedésvizsgálat eredménye 0,1971 volt.

### 3. Eredmények a lehetséges várható jövedelem szerepével kapcsolatban a pályaválasztásban:

A hallgatók túlnyomó többsége (91,9%;  $n = 421/458$ ) már korábban is gondolkodott a várható jövedelmén, 47,5% ( $n = 218/459$ ) utána is járt a várható összegnek. Az orvostanhallgatók legfontosabb információforrásai az általuk ismert orvosok (69%), valamint az internet és a média (52,8%). Egy tízfokú Likert-skálán (1= „nincs hatása”, 10= „nagyon nagy hatása van”) a hallgatók 76%-a ( $n = 347/457$ ) válaszolta, hogy a várható jövedelem jelentős ( $\geq 5$ ) hatást gyakorol a pályaválasztására. Az ideálisnak tartott átlagos rezidensi, háziiorvosi és más szakorvosi havi jövedelem  $415598 \pm 233302$  Ft,  $610434 \pm 325554$  Ft, valamint  $782847 \pm 573907$  Ft volt. A válaszadók több mint 85%-a ( $n = 348/443$ ) azt felelte, hogy egy rezidens orvos fizetésének ideális esetben 200-500000 Ft közé kellene esnie, a válaszadók 66,6%-a ( $n = 291/437$ ) szerint az ideális háziiorvosi jövedelem 300-800000 Ft közé esik. A válaszadók több mint 95%-a ( $n = 405/425$ ) szerint a nem háziorvos szakorvosok ideális jövedelme legalább 300000 Ft kell, hogy legyen. A rezidens orvosok átlagos becsült jövedelme 227 és 234 ezer forint közé esett a munkavégzés helyétől és a választott szakterülettől függően. A becsült háziiorvosi átlag havi jövedelem 410406 Ft volt a vidéki munkavállalás, 403947 Ft városi munkavállalás esetén; más szakorvosokra vonatkoztatva ugyanezek az adatok 389348 Ft illetve 420039 Ft voltak. A kutatásban résztvevőknek csak kisebb hányada volt „nagyon biztos” (1,1-

8,1%) vagy „inkább biztos” (18-34,8%) a becslésében. A férfiak minden kategóriában magasabb jövedelmet becsültek, és becsléseikben bizonyosabbak voltak ( $p < 0,001-0,05$ ). A hallgatók úgy nyilatkoztak, hogy a nem családorvos szakorvosok ideális jövedelmének jelentősen magasabbnak kellene lennie, mint a családorvosokénak (782847 illetve 610434 Ft). A válaszadók 33,8%-a teljes mértékben, 49% pedig elméletben elutasítja a hálapénzt, 2,6% ugyanakkor a jövedelmétől függetlenül bármikor elfogadná. Szignifikáns összefüggést találtunk a hallgatóknak a hálapénzzel kapcsolatos attitűdje és a várható jövedelemmel kapcsolatos tájékozottság ( $p=0,03$ ), a nem ( $p < 0,01$ ), valamint a várható jövedelem pályaválasztásra gyakorolt hatása ( $p < 0,01$ ) között.

#### 4. Az orvostanhallgatók családorvoslásról alkotott véleményével kapcsolatos eredmények:

A válaszadók szerint a családorvosi hivatás presztízse általában véve átlagosnak tekinthető (átlag: 3,13; medián: 3; módusz: 3), azonban a többi szakorvos körében inkább alacsony (átlag: 2,39; medián: 2; módusz: 2). Nem találtunk szignifikáns korrelációt a presztízsz szintje és a preferált szakterület között ( $p=0,102$ ;  $p=0,61$ ). A családorvosokkal kapcsolatos leggyakoribb negatív vélemény az alacsony presztízsz (44,3%), a túl sok adminisztráció (41,9%), valamint az alacsony kereset (21%) volt. A más szakterületek iránt érdeklődők 35%-a gondolja úgy, hogy az általuk választott szakterület izgalmasabb és érdekesebb, 32,9% úgy véli, hogy az adott szakterület összetettebb és a családorvoslásnál több tudást igényel. A családorvoslás vonzerejének növelésére a válaszadók leggyakrabban a következő válaszokat jelölték meg: lehetőség más területen történő munkavégzésre rész munkaidőben (56,7%), „magasabb presztízsz” (48,1%), valamint „magasabb fizetés” (47,4%).

### **MEGBESZÉLÉS:**

#### 1. Szakterület-választás – családorvoslás:

A korábbi magyarországi vizsgálatok eredményeivel egybecsengően, a mi kutatásunk résztvevőinek többsége is középiskolai tanulmányai alatt döntött az orvosi pálya mellett. Kutatásunkban szignifikáns pozitív korrelációt találtunk az orvosi pálya melletti korai elköteleződés és a családorvoslás választása között. Ez új kutatási eredmény, értelmezéséhez további vizsgálatok szükségesek. Korábbi kutatásunkhoz képest az is újdonság, hogy a családorvoslás iránt érdeklődő hallgatók a korábbiakhoz képest kedvezőbbnek ítélik meg az egészségügy jelenlegi helyzetét. A pályaválasztást befolyásoló 12 tényező vizsgálata rávilágított az egyetem előtti benyomások, valamint a másoktól kapott tanácsok fontosságára.

Úgy tűnik, hogy az egyetem szerepe kevésbé jelentős, és érdekes módon a hallgatók saját szándékai (munkakörülmények, lelkesedés, készségek) voltak a legkevésbé fontosak. Ez utóbbi eredmény problémát jelenthet, hiszen a hosszú, sikeres pályafutás alapja az, hogy megtaláljuk a hozzánk illő és igényeinket kielégítő szakterületet. A Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint 2023-ban 4859 családorvos dolgozott Magyarországon (a házi gyermekorvosokat nem számolva). Ha a nyugdíjkorhatárt 65 évnél vesszük, akkor egyenletes életkoreloszlás esetén évente 131 frissen végzett családorvosra lenne szükség a nyugdíjba vonulók pótlására. 2021-ben az érvényes engedéllyel praktizáló orvosok 14,75%-a (4473/30318) dolgozott családorvosként. Ez azt jelenti, hogy a jelenlegi hallgatók több, mint 15%-ának kellene ezt a szakirányt választania ahhoz, ideális koreloszlás esetén, hogy a rendszer fenntartható legyen. A gond az, hogy Magyarországon a házi orvosok életkoreloszlása korántsem ideális: 60%-uk elmúlt 60 éves, 19%-uk pedig 70 évesnél is idősebb. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma 2015-ben kiadta „Az egészségügyi alapellátás megerősítésének koncepciója” című dokumentumot, amely azt vetítette elő, hogy a következő tíz évben 3500-4000 családorvos fog természetes módon kilépni a rendszerből. Ennek fényében vizsgálatunk eredménye, miszerint a hallgatóknak csupán 5%-a tervez családorvosként dolgozni a jövőben, meglehetősen aggasztó. Ha nem csupán azokat a hallgatókat vesszük számba, akik számára a családorvoslás az elsődleges pályaválasztási lehetőség, hanem minden olyan medikust, aki érdeklődést mutat a családorvoslás iránt, akkor az arány már 18,6%, amely rövidtávon többé-kevésbé elegendő lenne a humán erőforrás helyzet konzerválásához, a probléma megoldásához azonban ez sem lenne elegendő. Ráadásul ezzel a lehetőséggel reálisan nem tervezhetünk. Eredményeink igazolták az első hipotézisünket: az orvostanhallgatók közül csupán kevesen gondolnak karrierlehetőséggé a családorvoslásra. Nemcsak Magyarországon, hanem a világ minden táján nehéz biztosítani az alapellátás humán erőforrás szükségleteit, illetve motiválni az orvostanhallgatókat ezen szakirány választására. Nemzetközi kutatásokban a családorvosi pálya iránt érdeklődő orvostanhallgatók aránya kevesebb, mint 1% és 36% között változik. Ötödik hipotézisünk az volt, hogy a hallgatók nem rendelkeznek elegendő információval a családorvosi pályáról. Eredményeink alátámasztják ezt a hipotézist, ami azért említésre méltó, mert véleményünk szerint növelné ennek a szakterületnek a vonzerejét, ha a hallgatók több információt kapnának róla. A hallgatók kicsivel több, mint 10%-a jelölte meg ugyanis az információhiányt a családorvoslás negatív jellemzőjeként. Ugyanakkor a családorvoslásról alkotott negatív vélemények és a szakterülethez társított hátrányok között sok sztereotip válasz is megjelent („kevésbé sokszínű”, „kevesebb kihívást jelent”), és ezek a válaszok is a pontos információk



hiányáról tanúskodnak. A negatív sztereotípiák a nemzetközi kutatásokban is megjelennek. Emellett a hallgatók sok valós problémát is említettek. Jelentős eltántorító hatással bír a családorvoslásban jelenlevő túl sok adminisztráció, illetve hogy egy családorvos jellemzően egyedüli orvosként van jelent a munkahelyén, míg a beavatkozás-orientált tevékenységek és a csapatmunka iránti vágy miatt sok hallgató más szakterületek felé fordul. A családorvoslás vonzerejének növelésére a hallgatók leggyakrabban azt javasolták, hogy engedélyezni kellene egy másik szakterületen való tevékenységet részmunkaidőben. Ez is azt mutatja, hogy a hallgatók szerint fontos lenne szélesíteni a házi orvosok kompetenciáinak körét.

## 2. A családorvoslás presztízse:

A családorvosi hivatás presztízse általában véve átlagosnak mondható, azonban más szakorvosok körében inkább kedvezőtlen megítéléssel rendelkezik a hallgatók szerint. Ebben a kérdésben a családorvoslás iránti preferencia nem volt jelentős befolyásoló tényező. A családorvoslás alacsony presztízse nem kifejezetten magyar jelenség, hanem az egész világon megfigyelhető. Ez talán az orvostudomány hagyományos, szakellátás-orientált jellegének tudható be, és ennek a „rejtett tanterv”-ben való megjelenésében. A családorvoslással kapcsolatosan megfogalmazott leggyakoribb negatív vélemény az „alacsony presztízsz” volt, a pálya vonzerejének növelésére pedig második leggyakrabban azt javasolták a hallgatók, hogy növelni kell a szakma presztízst. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a nem családorvosok körében feltételezett alacsonyabb presztízsz fontosabb a hallgatók számára, mint a páciensek körében élvezett magasabb presztízsz. Mindez megerősíti a negyedik hipotézisünket, miszerint a családorvoslás presztízse alacsony az orvostanhallgatók szerint.

## 3. A vidéki orvosi munka:

Igazolódott második hipotézisünk: a vidéki házi orvoslás nem vonzó pályakép az orvostanhallgatók számára. Ugyanakkor a hallgatók fele bizonytalan volt a kérdésben, illetve több-kevesebb hajlandóságot mutatott arra, hogy falusi környezetben dolgozzon. A feladatunk erre a csoportra koncentrálni, lehetőséget adni nekik arra, hogy jobban megértsék a falusi orvosi munka természetét, és motiválni őket ennek a pályának a választására. Az egyetemi képzésnek kulcsszerepe van ebben a folyamatban. Nemzetközi összehasonlítás ebben a kérdésben csak korlátozottan lehetséges, hiszen az egyes kutatások sokféleképpen értelmezik a vidéki orvosi munkát. A témával foglalkozó irodalom nagy része Magyarországtól jelentősen különböző országokhoz, például Ausztráliához és Kanadához köthető. Ugyanakkor kijelenthetjük, hogy a magyar orvostanhallgatók a más országbeli hallgatókhoz képest

feltehetőleg kevésbé érdeklődnek a vidéki karrier iránt. Vizsgálatunkban szignifikáns összefüggést találtunk, ezzel megerősítve, hogy a vidéki származás jelentős szerepet játszik a vidéki munkavállalási szándékban. Hasonló megfigyelések találhatóak a nemzetközi szakirodalomban is: a vidéki származás nagymértékben előre jelzi a vidéki munkavállalást a diploma megszerzése után. Éppen ezért, sok egyetemen a vidéki vagy városoktól távoli helyről érkező diákok számára a többiekétől eltérő kiválasztási és jelentkezési folyamatot vezettek be. Ilyen logika alapján érdemes megnézni az orvostanhallgatók származását. Amikor toborzási stratégiákon gondolkodunk, figyelembe kell vennünk, hogy jelenleg az orvostanhallgatók többsége városi környezetből érkezik.

#### 4. Kivándorlási szándékok:

A fejlett országok a családorvosok migrációját elsősorban lehetőségként értelmezik, míg a kevésbé fejlett és fejlődő országokban a jelenség csak súlyosbítja a humán erőforrás problémákat. Magyarország a második kategóriába tartozik, elsősorban küldő országgént vesz részt a folyamatban. Egy korábbi hazai tanulmány szerint a családorvoslás az öt leginkább érintett szakterület közé tartozik. Vizsgálatunkban a résztvevő hallgatóknak a fele tervez külföldi munkavállalást; ez a tendencia az elmúlt években nem változott jelentősen. A korábbi keleti blokk országai, valamint az egykori szovjet tagállamok hasonlóan nehéz helyzetben vannak, ami nem csupán egészségügyi, hanem egyben gazdasági és társadalmi kihívás is.

#### 5. Kereseti lehetőségek és a hálapénz, mint befolyásoló tényezők az orvostanhallgatók pályaválasztásában

A várható jövedelem jelentős, de nem a legfontosabb tényező a pályaválasztásban a hallgatók többsége számára. Szinte minden hallgató gondolkodott már azon, mennyit fog keresni, de kevesebb, mint felük járt utána a pontos adatoknak. Azt találtuk, hogy a legfontosabb információforrások a hallgatók környezetében élő orvosok. Úgy tűnik, hogy az egyetemi előadások kiváló lehetőséget biztosítanak a jó minőségű szakmai képzésre, azonban nem alkalmasak arra, hogy a hallgatók megismerkedjenek az egyes szakterületek jellemző munka- és életkörülményeivel. A nemzetközi szakirodalommal összhangban mi is azt találtuk, hogy a férfiak magasabb jövedelmet várnak el, és körükben az anyagi megfontolások jobban befolyásolják a pályaválasztást. A hallgatók többsége bizonytalan volt a becslésében, különösen a szakorvosi jövedelmeket illetően, a résztvevőknek csupán egészen kis hányada (1,1-8,1%-a) nyilatkozott úgy, hogy „nagyon biztos” a megjelölt összegben. A preferált szakterület, a vidéki munka iránti motiváció, valamint a külföldi munkavállalás iránti

nyitottság nem befolyásolta jelentősen a becsléseket. A hallgatók a nem családorvos szakorvosok számára magasabb ideális jövedelmet határoztak meg, mint a házi orvosoknak. A különbség összefügghet a családorvoslás alacsonyabb presztízsével a hallgatók körében. Ami a valódi jövedelmek becslését illeti, a családorvosok és a más szakorvosok közötti különbség eltűnt, és nem találtunk szignifikáns különbséget a városi és a vidéki munkakörnyezet között sem. A becsült valódi jövedelmek közel álltak a realitáshoz, és minden kategóriában jelentősen elmaradtak az ideálisnak tartott jövedelemtől. A hallgatók a rezidensek jövedelmét a valóságosnál magasabbra becsülték. Ennek magyarázata az lehet, hogy a rezidensek és fiatal szakorvosok különféle ösztöndíjakra pályázhatnak, ami havi 100-200000 Ft / 270-550 euró plusz jövedelmet jelent. Korábbi kutatásunkban a hallgatók 84%-a, egy másik kutatásban pedig a hallgatók többsége alábecsülte a várható jövedelmet. Ezek alapján a hallgatók egyre tájékozottabbnak tűnnek a jövőbeli munkájuk anyagi feltételeivel kapcsolatban. A várható jövedelem szerepe az családorvoslás választásában a kutatásunkban ellentmondásos. A hallgatóknak kevesebb, mint egyötöde említette az alacsony fizetést negatívumként, és alig több mint 10%-uk emelte ki a magasabb fizetést, mint a más szakterület választása mellett szóló pozitívumot. Ugyanakkor a hallgatóknak majdnem fele állította, hogy a magasabb fizetés vonzóbbá tenné a családorvoslást. A résztvevők között nem találtunk egységes attitűdöt a hálapénzzel kapcsolatban. A többségük elutasította, mások azonban bár elvben elutasították, úgy érezték, mindennapjaik során kénytelenek elfogadni anyagi megfontolások miatt. A válaszadóknak csak egy kisebb csoportja tartotta normálisnak vagy elfogadhatónak a hálapénzt. Bár sok orvos és a társadalom egy jelentős része is ellenzi a paraszolvenciát, rendszer- és társadalmi szintű változásra van szükség annak kiiktatására. Ezek az eredmények összességében alátámasztják a harmadik hipotézisünket, miszerint a családorvoslás elsősorban nem anyagi okok miatt népszerűtlen.

#### 6. Megoldási javaslatok:

Eredményeink és a vonatkozó szakirodalom összegzése alapján megpróbáltuk mélyreható szakmai áttekintést adni arról, milyen motivációk és attitűdök jellemzik jelenleg az orvostanhallgatókat a családorvosi hivatás vonatkozásában. Ez kulcsfontosságú lépés, de önmagában nem elegendő. Ha kedvező változásokat szeretnénk elérni, akkor megoldási javaslatokat is kell tennünk. Ebben a fejezetben ezeket a javaslatokat foglalom össze.

- Orvosképzés

A hallgatóknak természetesen ismerniük kell a pályaválasztási lehetőségeiket, ugyanakkor az is fontos, hogy tisztában legyenek saját személyiségükkel, erősségeikkel, gyengéikkel és céljaikkal. Az orvostudományi egyetemeken kulcsfontosságú szerepet játszanak az önismereti folyamat elindításában. Elsősorban azokra a tényezőkre kellene koncentrálnunk, amelyeket befolyásolni is tudunk. Egy metaanalízis szerint, a családorvosi gyakorlaton résztvevő orvostanhallgatók nagyobb valószínűséggel választották a családorvoslást (OR: 1,62-2,04), és a hosszabb, 4-11 hetes gyakorlatnak erősebb hatása volt (OR: 3,15), mint a rövidebb, 25-40 órásnak. Az orvostudományi egyetemeken központi szerepet játszanak abban, hogy a hallgatók pontos, hiteles információt kapjanak a családorvoslásról, illetve hogy a hallgatóknak lehetőségük legyen részt venni családorvosi képzésen és gyakorlaton, és a lehető legtöbb személyes tapasztalatot gyűjtsenek a családorvosi hivatással kapcsolatban. Az Oktató Háziorvosok és Családorvosok Európai Akadémiája (EURACT) szerint a családorvostan gyakorlatnak ideális esetben legalább három hónapig kellene tartania egy családorvosi praxisban egy oktató családorvos mellett, míg a javasolt minimális időszak legalább négy hétben van meghatározva. Az egyetemnek nem csupán az orvostanhallgatók szakmai képzésében van szerepe, hanem be kellene mutatnia a munkakörülményeket és egyéb vonatkozásokat is, például egy-egy szakterület finansziális viszonyait is. Ha a hallgatók többet tudnának a családorvoslás anyagi lehetőségeiről, akkor megalapozottabb döntést tudnának hozni, és a családorvosi pálya vonzereje is növekedhetne.

- Rezidensképzés:

Ha több családorvos szakorvost szeretnénk, akkor több családorvos rezidensre van szükség. Az első lépés ehhez a már meglévő helyek feltöltése. Ezután következhet az, hogy a családorvosi képzési programban való részvétel lehetőségét szélesíteni kellene, ami részben megoldást adhat a humánerőforrás problémákra. Ha az orvostanhallgatók körében növekszik a családorvoslás vonzereje, akkor elérhető, hogy többen lépjenek be a családorvosi rezidensképzésbe.

- Vidéki orvoslás:

Érdeemes együtt kezelni a vidéki humánerőforrás hiányt és a családorvoslás utánpótlással kapcsolatos kihívásait. A két terület problémáinak megoldása kölcsönösen jó hatással lehet egymásra. Több háziorvos képzése fontos lépés a vidéki orvoshiány kezelésében. Egy 2022-es vizsgálat négy kategóriába sorolta a vidéki és szolgáltatáshiányos területeken végzett munka vonzerejének növelésére vonatkozó beavatkozási lehetőségeket: a vidéki háttér és az

elköteleződés figyelembevétele a kiválasztási folyamatban, beavatkozások az orvosképzésben, beavatkozások a posztgraduális képzésben és anyagi ösztönzők. Kutatásunkban a vidéki származás volt a családorvoslás iránti érdeklődés egyetlen pozitív, nem befolyásolható előrejelzője. Ebből következik, hogy érdemes lenne nagyobb hangsúlyt fektetni a hallgatók származására a kiválasztási folyamatban és a képzés során. Egy 2020-as metaanalízis szerint a hallgatók az orvosi tanulmányaik alatt találkoznak falusi környezettel, akkor átlagosan több, mint négyszeresére növekszik a jövőbeli vidéki munkavállalás valószínűsége. Elengedhetetlen nagyobb hangsúlyt helyezni a vidéki orvoslásra és a vidéki képzési programokra az orvosi képzés alatt. A posztgraduális orvosi képzés nem ismerteti meg kellőképpen a hallgatókat a falusi családorvosi praxis munkájával, a hároméves rezidensképzés alatt a hallgatók csupán két hónapot töltenek vidéki praxisgyakorlaton. Érdemes lenne növelni a falusi gyakorlat időtartamát, és fontos lenne megteremteni ennek a megfelelő körülményeit is.

- Szerkezeti és szabályozási megoldások:

Az elérhető rezidensképzési helyek központi szabályozása révén a frissen végzett orvosok eloszlását is befolyásolni lehet. A praxisközösségekkel működő új alapellátási modell szerepet játszhat a probléma megoldásában, nem csupán a jelenlegi erőforrások újraelosztásával és szabályozásával, hanem azáltal is, hogy vonzóbb karrierlehetőséget kínál. Egy praxisközösségben megvalósulhat a vágyott csapatmunka más orvosokkal és egyéb egészségügyi szakemberekkel a mindennapi munka során. További fontos lépés lenne a családorvosok kompetenciáinak bővítése és az alapellátási szolgáltatási paletta szélesítése.

### 7. Változások a magyar egészségügyi rendszer jogi kereteiben:

Kutatásunkat a magyar egészségügyi rendszer roppant viharos időszakában végeztük. Az adatfelvétel az "2020-as C törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról" elfogadása előtt befejeződött, amely mérföldkő volt a magyar egészségügyi rendszer szabályozásában. A törvény következtében két olyan változás történt, amely a kutatásunk témájához kapcsolódik: az első egy jelentős életkorfüggő fizetésemelés az orvosok számára, a második pedig a hálapénz kriminalizációja. Az új szolgálati jogviszony hatására a rezidensek fizetése az elmúlt három évben majdnem duplájára, a pályafutásuk vége felé járó orvosoké pedig több mint négyszeresére nőtt. A családorvosi praxisok jövedelemkompenzációban részesülnek, amit a praxis kizárólag az egészségügyi szakemberek fizetésére költethet. A hálapénz kriminalizációja más fénybe helyezi a hálapénzzel kapcsolatos kutatási adatainkat. A 2022-es egészségügyi jogszabályi változásai pedig az alap- és a szakellátásban is alapvető változásokat fognak okozni.

## 8. Erősségek és korlátok:

Tudomásunk szerint ez volt az első kutatás, amely ilyen mélységben és átfogóan vizsgálta a hallgatók pályaválasztási preferenciáit a családorvoslás szemszögéből nézve mind a négy magyar orvostudományi egyetem bevonásával. Vizsgálatunk friss és releváns adatokat nyújt a pályaválasztással és a családorvosi specializációval kapcsolatban, különösen az orvostanhallgatók vidéki karrierterveiről és anyagi elvárásairól. Kutatásunk korlátait két kategóriába lehet sorolni: egy részük a kutatás felépítéséből fakad, mások olyan tényezőkből, amelyek tőlünk függetlenek, és amelyekre nem volt ráhatásunk. Korlátként kell említenünk, hogy a kutatásunkban résztvevő hallgatók a képzés különböző szakaszában tartottak, talán eltérő tapasztalatokkal és benyomásokkal rendelkeztek. Ennek oka az, hogy olyan orvostanhallgatókat vontunk be a vizsgálatba, akik családorvoslás előadásra jártak, és az egyetemek tanterve eltér egymástól. A keresztmetszeti vizsgálati mód szintén korlátozó tényező. A keresztmetszeti adatokból nem szűrhetők le ok-okozati összefüggések, és azt sem tudjuk kiértékelni, vajon megmaradnak-e a benyomások és motivációk a diploma megszerzése után is. A Covid-19-járvány miatt a tervezettnél alacsonyabb válaszadási rátát értünk el. Bár ez limitáló tényező, természeténél fogva, a minta jellemzőit nem befolyásolta. A gyorsan változó törvényi és szabályozási környezetben az eredményeink egy részét ma már másképpen kell értelmezni. Az orvostanhallgatók közül annyira kevesen érdeklődnek a családorvoslás iránt, hogy ennek a csoportnak a speciális jellemzőit nem tudjuk leírni. Kutatásunkat az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C törvény elfogadása előtt végeztük, emiatt a jövedelemelvárásokra és a hálapénzre vonatkozó adataink értelmezésének is megvannak a maguk korlátai.

## **KÖVETKEZTETÉSEK:**

A magyar egészségügyi alapellátás súlyos humánerőforrás válsággal küzd. A falusi és városoktól távol eső vidékeket különösen súlyosan érinti az orvoshiány. A jelenlegi családorvosi utánpótlás nem elegendő a negatív folyamat megállítására. A családorvoslás nem népszerű karrierlehetőség az orvostanhallgatók számára. A legtöbb hallgatónak nem áll szándékában falusi környezetben dolgozni. Nem az anyagi szempontok a családorvosi karrier választásának legfontosabb akadályai az orvostanhallgatók körében, de erről is megfelelő információt kell kapniuk. A családorvoslás magasabb presztízse növelné a szakirány vonzerejét. Fontos lenne pontosabb és hitelesebb információkat adni az orvostanhallgatóknak a családorvoslásról, emellett meg kellene ismertetni őket az alapellátással és a falusi orvosi munkával. Elengedhetetlen a gyakorlati alapú családorvostan oktatás szerepének növelése az

orvosképzésben. Az orvosi egyetemeknek elérhető, pontos és világos információt kellene nyújtaniuk a családorvosok kereseti lehetőségeiről és munkakörülményeiről. Szintén elengedhetetlen növelni a részvételt a családorvosi képzési programban. Több házi orvos képzése fontos lépés lehet a vidéki orvoshiány mérséklésében. Az orvosi egyetemeknek nagyobb hangsúlyt kellene fektetniük a falusi orvoslásra és a vidéki képzési programokra az orvosi képzés során. A praxisközösségek hatékonyan és megfelelően finanszírozott működésének kiterjesztése növelhetné a családorvosi karrier vonzerejét. A praxisközösségek fontos szerepet játszhatnak az alapellátás humán erőforrás problémáinak kezelésében.

### **KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS:**

Szeretnék köszönetet mondani mindenkinek, aki segítségemre volt a doktori tanulmányaim alatt.

Szeretném legmélyebb hálámat kifejezni témavezetőmnek, Prof. dr. Torzsa Péternek idejéért, támogatásáért és iránymutatásáért.

Hálás vagyok Prof. dr. Hajnal Ferencnek és Prof. dr. Varga Albertnek a Szegedi Tudományegyetem Családorvoslás Tanszékének korábbi és jelenlegi vezetőjének, amiért lehetővé tették ennek a multicentrikus vizsgálatnak a megvalósulását.

Szeretnék köszönetet mondani dr. Kolozsvári Lászlónak, dr. Rinfel Józsefnek és dr. Markó-Kucsera Máriának tanácsaikért, segítségükért és közreműködésükért.

Különösen hálás vagyok családorvosi tutoromnak, dr. Mester Lajosnak, aki a kezdetektől fogva bátorított, hogy fejlesszem a tudományos készségeimet, valamint dr. Barabás Katalinnak, a Szegedi Tudományegyetem Magatartástudományi Intézet korábbi vezetőjének végtelen motiválásáért.

Mindenekelőtt köszönettel tartozom feleségemnek, dr. Mohosné Bábity Andreának. Az ő támogatása, türelme, szeretete és egy boldog háttér megteremtésére tett erőfeszítései nélkül ez a disszertáció soha nem valósulhatott volna meg.