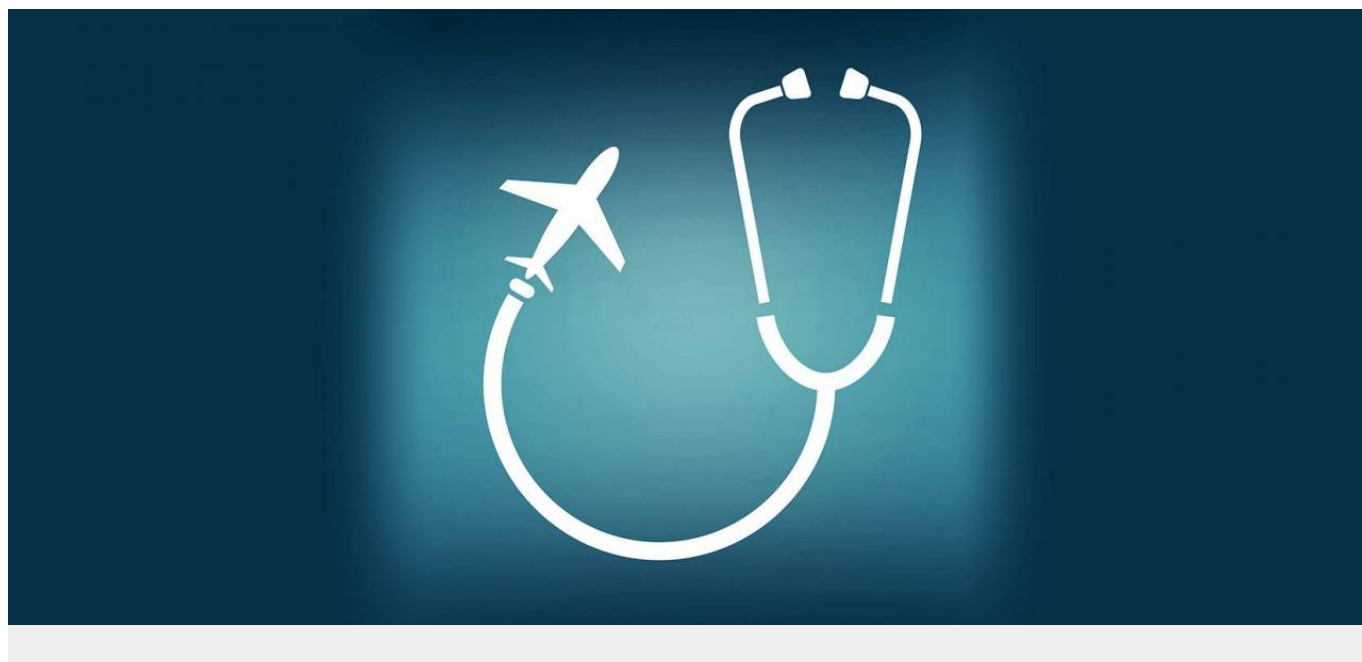




Marcin Kautsch, 2016-10-19 20:28

Lekarze znów emigrują



Po masowych wyjazdach lekarzy, jakie miały miejsce po wejściu Polski do Unii Europejskiej, nastąpiło wyraźne wyhamowanie tego zjawiska związane z podwyżkami, jakie ta grupa zawodowa otrzymała. Od pewnego czasu widać jednak, że zainteresowanie emigracją ponownie wzrasta.

Nie wiemy tak naprawdę, jak wyglądają wyjazdy lekarzy, choć możemy ocenić nastawienie do emigracji, obserwując, ile osób występuje o zaświadczenia o kwalifikacjach zawodowych. Liczbę wydanych zaświadczeń w latach 2005-2015 pokazuje tabela 1.

Tabela 1. Liczba wydanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych w latach 2005–2015

Rok	Lekarzom	Zmiana rok do roku	Lekarzom po raz pierwszy	Zmiana rok do roku	Lekarzom denty stom	Zmiana rok do roku	Lekarzom denty stom po raz pierwszy	Zmiana rok do roku
2005	2 086	-	1 711	-	775	-	633	-
2006	2 059	-1%	1 569	-8%	50	-34%	367	-42%
2007	1 788	-13%	1 268	-19%	370	-27%	262	-29%
2008	988	-45%	647	-49%	223	-40%	141	-46%
2009	802	-19%	487	-25%	179	-20%	110	-22%
2010	706	-12%	412	-15%	205	155	141	28
2011	608	-14%	363	-12%	199	-3%	131	-7%
2012	660	9%	423	17%	179	-10%	116	-11%
2013	666	1%	431	1%	205	155	138	19%
2014	820	23%	513	19%	261	27%	185	34%
2015 (symul.)	1 036	26%	572	12%	256	-2%	128	-31%
Razem	11 439	-	7969	-	3168	-	2255	-

Źródło: opracowanie własne na podstawie: NIL, LEKARZE SPECJALIŚCI LEKARZE DENTYŚCI SPECJALIŚCI. Jest nas za mało, a będzie jeszcze mniej, 21.05.2015, http://www.gazetalekarska.pl/wp-content/uploads/2015/05/konferencja_NIL_lekarzy_jest_za_malo_21.05.2015.pdf, dostęp 2016-03-03.

Ciekawe jest też zestawienie odsetka lekarzy poszczególnych specjalności występujących o zaświadczenia potwierdzające kwalifikacje zawodowe (tab. 2.).

Tabela 2. Specjalności lekarskie z najwyższym odsetkiem wystąpień o wydanie zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych do roku 2016

Chirurgia plastyczna	18,45
Chirurgia klatki piersiowej	17,60
Anestezjologia i intensywne terapia	17,37
Patomorfologia	12,88
Radiologia i diagnostyka obrazowa	10,81
Medycyna ratunkowa	10,03
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	9,88
Chirurgia ogólna	9,82
Neurochirurgia	9,69
Mikrobiologia lekarska	8,54
Urologia	8,54
Geriatryka	8,33
Chirurgia naczyniowa	8,18

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kędzierski M., Liczby zaświadczeń wydanych lekarzom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach UE, NIL, 2016-01-08 13:42, http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0010/104140/Zestawienie-nr-06a.pdf, dostęp, 2016-03-03.

Można by powiedzieć, że jak zwykle najchętniej emigrują przedstawiciele specjalności zabiegowych i anestezjologów, ale w zestawieniu pojawiają się na wysokim miejscu inni specjaliści, o których wyjazdach raczej się wcześniej nie mówiło.

Czy wszyscy, którzy poprosili o wystawienie zaświadczeń, rzeczywiście wyjeżdżają? Tego nie możemy być pewni. Niektórzy lekarze wyjeżdżają, ale nie na stałe, lecz tylko na jakiś czas. Są też tacy, którzy pracują jednocześnie w kraju i za granicą. Marne to jednak pocieszenie – nawet jeśli jakiś odsetek lekarzy wyjeżdża tylko „częściowo”, to i tak zapewne w sumie wyjeżdża ich więcej niż kiedyś.

Jakie są konsekwencje? Pierwszy, oczywisty wniosek – wyjazdy oznaczają kłopoty dla systemu. Lekarzy w Polsce nie ma zbyt wielu (w porównaniu z innymi krajami europejskimi), co więcej, są to osoby coraz starsze. Emigracja lekarzy oznacza więc, że mamy coraz mniej specjalistów, są oni coraz starsi i muszą leczyć także coraz starsze – a więc wymagające większej troski – społeczeństwo. Innymi słowy – nie jest dobrze. A będzie coraz gorzej.

Niepokoi też to, że na wyjazd decydują się częściej osoby o określonych specjalnościach. Wyjazdy lekarzy oznaczają więc nie tylko mniej lekarzy, ale też znacznie mniej lekarzy o pewnych umiejętnościach. W

przypadku niektórych schorzeń skutki emigracji będą więc jeszcze bardziej bolesne. Co więcej, część tych specjalności jest mocno „powiązana” z innymi. Brak anestezjologów, radiologów czy patomorfologów oznacza więc kłopoty nie tylko dla pacjentów, którzy nie mogą się do nich dostać, ale także dla sporej grupy innych lekarzy.

Dodatkowo, w ekspresowym tempie rośnie też średnia wieku pielęgniarek i o ile liczba chętnych do wykonywania zawodu lekarza nie spada (a w kolejce czekają kolejne uczelnie chcące ich kształcić), to młode adeptki pielęgniarstwa jakże często nie podejmują pracy w zawodzie albo od razu podejmują ją za granicą. Tej, tak palącej kwestii nie da się pominąć, kiedy rozpatruje się zjawisko migracji lekarzy.

Uważam, że brak pielęgniarek stanowi dużo większy problem dla systemu niż się powszechnie uważa. Istotne jest tu bowiem to, że ten – że się tak nieładnie wyrażę – „zasób ludzki” jest nieodtwarzalny. Liczba pielęgniarek w wieku przedemerytalnym jest wielokrotnie wyższa niż tych, które mają je zastępować. Nie wiem, jakie skutki będą miały podwyżki, które dostała i dostanie ta grupa zawodowa. Obawiam się, że przyszły one zbyt późno, a sposób ich wdrażania jako żywo przypomina niesławną „ustawę 203”, która dla systemu ochrony zdrowia była wręcz katastrofalna.

Kwestia pielęgniarek jest też o tyle istotna, że ich niedobór będzie silnie wpływał na braki w personelu lekarskim. Lekarze pozbawieni pomocy pielęgniarek zostaną jeszcze bardziej ograniczeni w możliwościach wykonywania swojej pracy. Pamiętam wykład prof. Arniego Kaluznego z University of North Carolina at Chapel Hill, który opowiadając o problemach z pielęgniarkami w USA w latach 90. XX wieku stwierdzał, że dochodziło tam do zamykania oddziałów, bo nie można było ich obsadzić z powodu braku pielęgniarek. To dość przerażająca, ale realna wizja tego, co i nas może czekać.

Działania doraźne?

Czy można coś zrobić w związku z emigracją i ze zmniejszającą się liczbą lekarzy (i pielęgniarek)? Obawiam się, że niewiele. Co prawda rośnie liczba uczelni, które chcą kształcić lekarzy, ale nowe uczelnie potrzebować będą kadry, a tę skądś trzeba wziąć. Zapewne z już istniejących. Albo też ze szpitali, w których pracują specjaliści potrafiący uczyć. Będzie to więc – w krótkiej perspektywie – odciąganie lekarzy od leczenia pacjentów. Należy także pamiętać, że takie nowe jednostki nie będą działać od razu. I nie chodzi tylko o to, że pierwsi absolwenci pojawią się dopiero po kilku latach. Jednostki te muszą bowiem okrzepnąć, dorosnąć jako organizacje, a to trochę trwa. Kilka? Kilkanaście lat? Dłużej?

Nie jest też powiedziane, że absolwenci tych nowych uczelni zostaną w kraju. Dlaczego akurat oni mieliby zostać? Z pewnością zwiększą ogólną pulę lekarzy, ale też pulę tych, którzy będą zastanawiali się nad wyjazdem.

Może więc zabronić wyjazdu absolwentom medycyny, dopóki nie odpracują tego, że zostali wykształceni w Polsce? Znając pomysłowość obecnej ekipy rządzącej nie można tego wykluczyć, choć nie wygląda na to, aby coś takiego przeszło. Poza tym, dlaczego zabraniać wyjazdów akurat młodym lekarzom? W imię równości wobec prawa trzeba by było zabronić tego wszystkim absolwentom publicznych uczelni. Jeżeli kogoś boli, że kształcimy za własne pieniądze lekarzy (i nie tylko), by potem „oferować” ich innym krajom, to może warto by rozważyć opcję, aby wszelkie studia były płatne? Osobiście uważam, że to mogłaby być całkiem ciekawa koncepcja, pod warunkiem że studenci – płacąc za studia – będą wymagać od prowadzących zajęcia zaangażowania i przekazywania wiedzy, a nie będą oczekiwali, że kupią sobie wykształcenie.

A może, wzorem wielu krajów zachodnich, należy zacząć importować lekarzy? Niezły pomysł, ale... Co prawda, zarobki polskich lekarzy są bardziej niż przyzwoite (już słyszę pełne oburzenia głosy lekarzy, że tak nie jest), więc moglibyśmy skusić kompetentne osoby – mieszkańców krajów mniej zamożnych niż nasz – by przeprowadziły się do Polski i tu praktykowały. Pozostaje jednak kwestia niezwykle skutecznej bariery,

jaką jest język. Polski jest na tyle trudny, że raczej nie sposób sobie wyobrazić, że ktoś poza Słowianami byłby zainteresowany inwestowaniem w naukę naszego języka. Mając do wyboru niezłe zarobki i trudny język oraz lepsze zarobki i jakiś łatwiejszy język, choćby angielski (dający przy tym o niebo większe możliwości w przyszłości), z pewnością wybiorą to drugie. Poza – oczywiście – przypadkami jednostkowymi.

Innymi słowy – nie ma dobrych rozwiązań doraźnych. Niedobór lekarzy oznacza kłopoty systemu, płatnika, pacjentów, a także samych lekarzy. Co prawda, jeśli będzie ich jeszcze mniej, to będą mogli liczyć na jeszcze większe zarobki, ale będzie się to dziać przy jeszcze większym (o ile można to sobie w ogóle wyobrazić) obciążeniu. Prócz niewątpliwych korzyści, pojawią się więc jeszcze większe koszty w postaci zwiększonej presji i stresu. Według Euro Health Consumer Index 2015, mamy co prawda mało lekarzy na populację, ale za to jeden z najwyższych w Europie wskaźników wizyt u lekarza.

Nigdy nie należy marnować okazji, jaką daje kryzys

Mój kolega, w sytuacjach trudnych (coś się nie udało, katastrofa, bardzo złe wiadomości) ma zwyczaj stwierdzania „To nawet lepiej....”. Po takim stwierdzeniu, następuje argumentacja, w której ów kolega stara się pokazać możliwe rozwiązania i dostrzegać pozytywy tej trudnej sytuacji. Myślę, że to podejście może mieć zastosowanie także w przypadku problemów z emigracją lekarzy.

Mamy ich za mało? To nawet lepiej... Taka bardzo kryzysowa sytuacja powinna w nas wzbudzić kreatywność i wymusić szukanie i – co nie mniej istotne – akceptację nowych rozwiązań. Takich, które do tej pory odrzucaliśmy, bądź które w ogóle nie przyszły nam do głowy.

Jeżeli brakuje nam jakiegoś zasobu, to należy szukać zamienników. Czy coś może zastąpić pracę lekarza? Cóż, jakoś musi. Jeżeli sytuacja jest stabilna, przewidywalna, niezagrażająca zdrowiu i życiu, to pracę lekarza może zastąpić inny profesjonalista medyczny. Można sobie wyobrazić, że pewną niewielką część tej pracy może wykonywać pielęgniarka. Np. może wypisywać recepty na niektóre leki. Do niedawna – science fiction. Obecnie – realna możliwość. Co prawda pielęgniarek też nie mamy za dużo, ale – znowu – można sobie wyobrazić, że i część ich pracy może wykonać kto inny. Inną część pracy lekarza może wykonywać – np. dietetyczka. W Holandii diabetycy widują się rzadko z lekarzami – za to znacznie częściej z dietetykami właśnie. Od iluż to już lat w części karettek jeżdżą ratownicy? Da się? Da! Nie zawsze, nie w każdych warunkach, ale da się. Tym bardziej że zastępowanie pracy lekarza nie jest już kwestią wyboru, tylko konieczności.

Podobnie sprawa ma się z czynnościami, które można zautomatyzować czy zrobotyzować. Oprogramowanie zmieniające mowę na tekst jest kolejnym przykładem, że można ułatwić pracę lekarzom. Zamiast męczyć się z wpisywaniem historii choroby, mogą ją podyktować komputerowi, a potem zweryfikować zapisany tekst i dokonać stosownych poprawek, jeżeli komputer błędnie odszyfrował głos lekarza. Oprogramowanie wspierające decyzje kliniczne jest kolejnym tego typu rozwiązaniem, które trzeba będzie zastosować. Rozwój e-zdrowia, zwiększenie odpowiedzialności pacjenta za zdrowie, komputerowo wspomaganie leczenie/rehabilitacja pacjentów czekają w kolejce do zastosowania. I w końcu – coraz większe poleganie na komputerach w diagnostyce. Jeżeli komputery są w stanie wygrywać z nami w szachy, to mogą także analizować najdrobniejsze, trudno uchwytnie symptomy, by stawiać diagnozy. Ponownie – nie we wszystkich przypadkach, w każdym razie nie od razu, ale z pewnością jest to kierunek przyszłościowy. Oczywiście, nie obędzie się bez sprzeciwów. Ale nie poradzimy sobie bez pewnej zmiany ról różnego rodzaju profesjonalistów ochrony zdrowia, wsparcia pracy lekarzy w każdy możliwy sposób, wzmocnienia odpowiedzialności pacjenta za swoje zdrowie. Skoro mamy realny problem, to musimy znaleźć realne rozwiązania.

Zacznijmy więc robić to, co jest realne, choć trudne, bo, jak mawiali Rzymianie: tertium non datur... Albo będzie tak fatalnie jak jest (i jeszcze gorzej), albo zacniemy zachowywać się racjonalnie i spróbujemy rozwiązać jakżeż bolesny i narastający problem małej liczby lekarzy w Polsce. Narzekanie i mówienie, że

się nie da, nic nie wnosi. I nic nie wniesie.