

„ Jeżeli państwo nie dba o swoich lekarzy – to znaczy, że na nich nie zasługuje „



FLY WEST

Dlaczego emigrują?

# Lekarski **krzyk**

graf. Natalia Gościński

Michał Studniarski

– *Lekarze zawsze sobie dadzą radę. Patrzcie, jakimi jeżdżą samochodami. Dorobią sobie* – temu stwierdzeniu towarzyszy niekiedy przymrużenie oka, bo przecież wszyscy wiemy, jak oni sobie dorabiają. Dlaczego zatem tysiące z nich chcą emigrować, a ponad połowa studentów akademii medycznych przygotowuje się do wyjazdu za granicę? Jeśli jest tak dobrze, jak sądzi opinia publiczna, to dlaczego jest tak źle?

*Oni są krzykiem* – to zdanie wypowiedział Paweł Trzciniński z Ministerstwa Zdrowia w wywiadzie dla jednej z brytyjskich gazet, komentując wyjazdy naszych lekarzy do Wielkiej Brytanii.

## Kalkulacje NFZ

Mówienie o niskich zarobkach w opiece zdrowotnej jest tematem tak *ogranym*, że podejmując go, można narazić się na śmieszność.

Zresztą z kim o tym rozmawiać? Narodowy Fundusz Zdrowia wyjaśnia, że jest tylko płatnikiem, a nie pracodawcą. W takiej sytuacji wynagrodzenia personelu zależą od zdolności zarządzających menedżerów (tutaj oczywiście można zacząć dyskusję, bo jeżeli za usunięcie zęba płaci się 7 zł, to wiele to mówi o wycenie pracy polskiego lekarza). Podobnie NFZ kalkuluje programy terapeutyczne:

uwzględniając wyłącznie cenę leku, nie bacząc, że od przyjęcia go do szpitalnej apteki aż do momentu podania pacjentowi potrzebna jest praca co najmniej kilku osób, w tym również lekarzy.

Co do menedżerów – warto przypomnieć tylko art. 44 ustawy o zoz-ach, który mówi o negocjacyjnym sposobie kształtowania wynagrodzeń. Dyrektorzy wykorzystują go, zastanawiając się, skąd w ogóle wziąć pieniądze na wynagrodzenia, mimo że zajmują one relatywnie coraz niższą pozycję w budżetach jednostek. W niektórych szpitalach ich wartość nie zwiększyła się od kilku lat, podczas gdy cały czas rosną wydatki na leki czy wyroby medyczne. Od rozmów na temat zarobków odżegnuje się Ministerstwo Zdrowia i Naczelna Izba Lekarska, które nie są stronami w tego typu negocjacjach. Pozostaje inwencja własna lekarzy.

## Zosie samosie

Tak więc lekarze zarabiają mało i wszyscy się już do tego przyzwyczaili. Wszyscy, może z wyjątkiem samych zainteresowanych. Ci ciągle szukają. Oto znane sposoby dorabiania do głodowych pensji:

- praca na dwóch etatach,
- dyżury w pogotowiu i w jednostce macierzystej – niekiedy po kilkanaście w miesiącu;
- gabinety prywatne, wizyty domowe (dostępne tylko dla niektórych specjalności);
- dydaktyka na wydziałach anglojęzycznych (dla nielicznych wybrańców ze szpitali klinicznych);
- udział w badaniach klinicznych (dla zatrudnionych w akademiach medycznych);
- zatrudnienie w firmie farmaceutycznej (dla zde-sperowanych).

Ostatnio pojawiła się jeszcze jedna możliwość zwiększenia zarobków: wyjazd za granicę. Coraz więcej lekarzy postanawia skorzystać z okazji. Zachęcają ich do tego kolorowe reklamy z internetowych witryn. Wabią obietnicami wysokich zarob-

Posłuchajmy, co mówią:

– *Czasem jest ciężko. Pracujemy tu poniżej kwalifikacji.*

– *Trzeba uważać na każde słowo kontraktu. Nie odczuwam tu nastawienia, aby nas traktowano na równi ze Szwedami.*

– *Jednak wypłata wynagradza wszystko.*

– *Tu jesteś prawdziwym doktorem. Ludzie szanują lekarzy.*

Kiedy słyhać takie zdania, trzeba pomyśleć o tym, co ci ludzie zostawili w Polsce. Z jednej strony – etaty kliniczne asystentów, dostęp do wykonywania procedur zależny od jednoosobowej decyzji profesora, szpital zarządzany często bez jasných zasad. Z drugiej strony – coraz bardziej agresywną prasę opowiadającą o lekarzach, którzy nie dopilnowali, byli opryskliwi, sfalszowali, wzięli łapówkę. Z trzeciej strony – niskie pensje, niekiedy wypłacane na raty oraz pracę na sprzęcie niezapewniającym pacjentom elementarnego bezpieczeństwa. To oczywiście nie jest powszechne –

” Lekarze zarabiają mało i wszyscy się już do tego przyzwyczaili. Wszyscy, może z wyjątkiem samych zainteresowanych ”

ków, z pokryciem kosztów zagospodarowania się i podróży. Jak napisał jeden z publicystów *The Guardian*: *Europa jest głodna lekarzy i dlatego ci mogą wybierać...*

Najchętniej wybieranym krajem przeznaczenia jest Wielka Brytania. Zapewne jest najbardziej dostępna językowo, choć inne, równie *głodne* kraje organizują kursy językowe dla przygotowujących się do podjęcia pracy. Tak robią Szwedzi czy Duńczycy.

## Kto wyjeżdża

– *To wysoko wykwalifikowani, doświadczeni, świetnie znający angielski, dynamiczni lekarze – mówi Paweł Trzcíński.*

Najczęściej polski lekarz za granicą to trzydziestokilkulatek ze sporym doświadczeniem zawodowym, pełnym zakresem kwalifikacji lekarskich, który wybiera najczęściej roczny kontrakt z myślą o jego przedłużeniu. Czy wróci do Polski? Zwykle zabezpiecza się urlopem bezpłatnym, często zabiera rodzinę. Na razie sprawa jest zbyt świeża, aby obliczyć odsetek tych, którzy zdecydowali się na powrót.

są miejsca, gdzie jest inaczej, ale tak często wygląda w Polsce lekarska codzienność...

Trzeba też pamiętać, że to właśnie lekarze, może w największym stopniu, niosą na swoich barkach nieprzewidywalność i chorobę systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Z paradoksami i bulwersującymi sytuacjami spotykamy się wszyscy, ale w końcu to lekarz musi powiedzieć choremu, że aby podać mu ten czy inny lek, trzeba czekać na zgodę Funduszu albo w stanąć w kolejce po procedurę X. Któż z nas nie chciałby wreszcie jasnych reguł dostępności do świadczeń? Ich brak stwarza najwięcej sytuacji trudnych właśnie dla lekarza, konfliktowych. On najlepiej wie, jakie będą skutki niepodjęcia leczenia w odpowiednim czasie.

## Kto wyjedzie?

A oto inny portret – młody człowiek po studiach i stażu podyplomowym bezskutecznie poszukujący w Polsce miejsca pracy, z możliwością rozpoczęcia specjalizacji. Trudniej jest mu znaleźć pracę za granicą, ale jeżeli już się uda, czeka go jasno określony proces edukacji podyplomowej, z możliwością dalszego rozwoju kariery medycznej. W Polsce do niedawna otwarcie specjalizacji

było przywilejem nielicznych. Zapewniał to tylko etat – a tych namnożono swego czasu ponad miarę. Ich liczba, a nie wysokość wynagrodzenia stała się trudna do udźwignięcia z przyczyn finansowych. Nie ma zresztą żadnych zasad określających liczbę lekarzy, która jest konieczna przy takim czy innym poziomie świadczeń. Słynne rozporządzenie dotyczące anestezjologów jest tylko wyjątkiem potwierdzającym regułę. W większości szpitali pozostaje martwym przepisem.

Spójrzmy na liczby. W Polsce praktykuje obecnie 120 tys. lekarzy, z czego tylko 5,5 tys. jest w trakcie specjalizacji. Rocznie wydziały lekarskie opuszcza ok. 3 tys. absolwentów. Łatwo obliczyć, że jeżeli wszyscy podjęliby specjalizację w 5-letnim cyklu, byłoby ich 3 razy więcej.

*leżnego od przesłanek ekonomicznego funkcjonowania. Utrzymywanie stanu obecnego utrwała frustracje środowiska rezydentckiego, często nie wypowiedziane ze względu na lęk przed utratą zatrudnienia i – w pewnym sensie – podrzędną w hierarchii, quasi-wasalną pozycję. Podobne problemy, jak powyżej, rodzą się w środowisku doktorantów w dziedzinach klinicznych.*

Prawie tych samych argumentów używają wyjeżdżający.

### Na ratunek

Jeżeli nie zaczniemy poważnie rozmawiać o sytuacji lekarzy, ich edukacji przed- i podyplomowej, o tym, jak choroba systemu przekłada się na ich obciążenia – sytuacja będzie się pogarszała. Już teraz są miejsca, w których brakuje le-

## ” Ponad połowa studentów wydziałów lekarskich planuje wyjazd do pracy za granicę ”

Do niedawna ok. 700 lekarzy rocznie mogło rozpocząć szkolenie specjalizacyjne. Tymczasem od wielu lat otwieranie drogi do specjalizacji było świadomie wstrzymywane, a otrzymanie upragnionej rezydentury nie zapewnia dobrego startu do uzyskania rzetelnych kwalifikacji. Lekarze rezydenci nie są i nigdy nie byli traktowani w szpitalu na równi z etatowymi pracownikami. Dr Szczepan Cofta, naczelny lekarz Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego* w Poznaniu wiele miesięcy temu pisał w *Gazecie Lekarskiej*: *System specjalizacji, który – jak do tej pory – jest nieprzejrzysty i pozostaje często wyrazem partykularnych interesów, także naszego środowiska lekarskiego, powinien być poddany wspólnej dyskusji i uporządkowaniu. Rezydenci – dla zapewnienia skutecznej edukacji i przejrzystości mechanizmów ekonomicznych w szpitalu – muszą stać się integralną częścią pracującego tu personelu lekarskiego. Uporządkowaniu powinna ulec niefrasobliwa nieodpowiedzialność w tworzeniu w pewnym sensie drugiego lekarskiego obiegu, niez-*

karzy niektórych specjalności. Nie tylko histopatologów czy radiologów, także chirurgów i anestezjologów.

Jedyną konstruktywną propozycją jest ostatnia inicjatywa ustawodawcza Naczelnej Izby Lekarskiej, zmierzająca do znacznego zwiększenia dostępności do specjalizacji, które miałyby być zdobywane wyłącznie w trybie rezydentur, gwarantowanych przez państwo dla wszystkich lekarzy kończących staż podyplomowy. Mowa tam również o obowiązkowych urlopiach szkoleniowych i ulgach podatkowych z tytułu ponoszenia kosztów szkoleń. Może to pierwszy krok w dobrym kierunku. Nie wiadomo, czy i kiedy zdecydują się nań parlamentarzyści.

Takie rozwiązanie, z pewnością korzystne dla środowiska lekarskiego, a zwłaszcza dla najmłodszego pokolenia, nie rozwiąże jednak całego zarysowanego tu problemu. Jeden z wyjeżdżających powiedział: *Jeżeli państwo nie dba o swoich lekarzy – to znaczy, że na nich nie zasługuje.* ■

## Za chlebem

- 4 000 polskich lekarzy złożyło podanie o rejestrację uprawniającą do wykonywania zawodu w Wielkiej Brytanii
- 486 zarejestrowano między majem 2004 r. a majem 2005 r.
- Polscy lekarze pracują już w Szwecji, Danii, Irlandii i Niemczech
- W 2004 r. w *General Medical Council* zarejestrowano 224 lekarzy stomatologów
- Blisko 60 proc. obecnie studiujących na wydziałach lekarskich planuje wyjazd za granicę