

– Ostatnio coraz częściej możemy usłyszeć sformułowanie „luka pokoleniowa” wśród lekarzy. Co to właściwie oznacza?

– Będą specjaliści “bardzo dorośli”, czyli starzy i dopiero specjalizujący się. Zbyt mała liczba specjalistów w wieku średnim powoduje niedobory tych, którzy wykonują świadczenia oraz niedobory tych, którzy ze względu na doświadczenie powinni być kierownikami specjalizacji dla młodszych. Odnowienie kadry przy głębokim niedoborze potrwa 10-15 lat: 5-6 lat specjalizacja i 5-10 lat nabycie doświadczenia.

– Średnia wieku polskich lekarzy ciągle wzrasta, wielu osiągnęło już wiek emerytalny. Jednak liczba młodych lekarzy nie jest w stanie zapęłnić brakujących etatów. Dlaczego młodzi nie „garną się” do uprawiania zawodu lekarza?

– Podjęcie takiej decyzji jest trudne z kilku powodów. Po pierwsze to długi czas trudnej nauki oraz uzyskania specjalizacji i nabywania doświadczenia. Nie bez znaczenia są także trudności z uzyskaniem zgody na “wy-

marzoną” specjalizację, a jednocześnie potrzeba regulacji podyktowana polityką zdrowotną i zapotrzebowaniem na określone ilości określonych specjalistów dla zapewnienia płynności świadczeń zdrowotnych (nie mam tutaj na myśli „płynności finansowej”) jednostek ochrony zdrowia). Z przeprowadzonych badań (patrz: wykres), że gdyby spełnić „marzenia o specjalizacji” to za kilka lat mielibyśmy zdecydowany nadmiar kardiologów prawdopodobnie uprawiających kardiologię inwazyjną, bo jest to spektakularna pomoc człowiekowi, którego życie jest realnie zagrożone. A jednocześnie czekałaby nas głęboka zapaść np. medycyny rodzinnej, która przez młodych postrzegana jest jako „wyrobnictwo bez przyszłości”. Innym powodem jest płaca. Temat ten pozostawię bez komentarza, bo tutaj osobno trzeba by omówić wpływ stażu, specjalizacji, miejsca zatrudnienia w szerokim znaczeniu.

– Oferowane przez resort zdrowia etaty rezydentów coraz częściej pozostają nieobsadzone,

choć jeszcze kilka lat temu toczyła się o nie za-
żarta walka. Jakie mogą być tego przyczyny?

– Sądzę, że w większości są to przyczyny, które wymieniałam wcześniej.

– Dlaczego „świeżo upieczeni” absolwenci nie chcą podejmować pracy w swoim kraju – co lepszego oferuje się im za granicą?

– Chociażby udział państwa w finansowaniu obligatoryjnego kształcenia po dyplomie, nie mówiąc już innym „stylu życia”. Praca tam bywa nawet trudniejsza niż u nas, ale to wolny wybór młodych, którzy często podsumowują to tak: „ciężko pracujesz i masz” albo „ciężko pracujesz i guzik...”. Emigracja to „ucieczka do życia” – tak wyjazd i pracę za granicą traktują młodzi lekarze, którzy tutaj obserwując starszych kolegów, często z rodziną, i przy mierzając do tych obserwacji wizję o własnej przyszłości, nie widzą perspektyw.

– Jak Pani Profesor ocenia obecny system kształcenia młodych lekarzy?

– Młodzi chcieliby więcej praktyki, a mniej teorii. Cała nadzieja w centrach kształcących metodami wirtualnymi, ale one nie mogą oczywiście całkowicie zastąpić zajęć z udziałem pacjentów. Młodzi oczekują również większej ilości zajęć problemowych – człowiek stanowi bowiem całość anatomiczną i funkcjonalną. Studenci, a także młodzi lekarze przygotowujący się do egzaminów specjalizacyjnych, często tracą z oczu te „całości”, co potem zdaje się dosyć łatwo przenosić na ich poczynania z pacjentem.

– Czy Pani zdaniem polskiej medycynie grozi kryzys związany z brakiem lekarzy – czy pacjenci powinni zacząć się obawiać?

– Pierwsza zasada to nie straszyć pacjentów. Staropolskie przysłowie mówi „jeszcze nigdy nie było, żeby jakoś nie było”. Mamy rezerwy, chociażby w organizacji ochrony zdrowia. Ale uruchamianie rezerw oznacza zmiany, a to mało kto lubi.

– Jak powinno się przeciwdziałać temu zjawisku?

– Myślę, że młodzi lekarze, a nawet studenci, potrafiliby opracować i wdrożyć niejedną koncepcję, ale trzeba by ich traktować przynajmniej partnersko.



Źródło: powstająca obecnie praca doktorska p. Joanny Witkoś pt. "Wiedza studentów kierunków madycznych nt. wysiłkowego NTM u kobiet", Zabrze 2009.