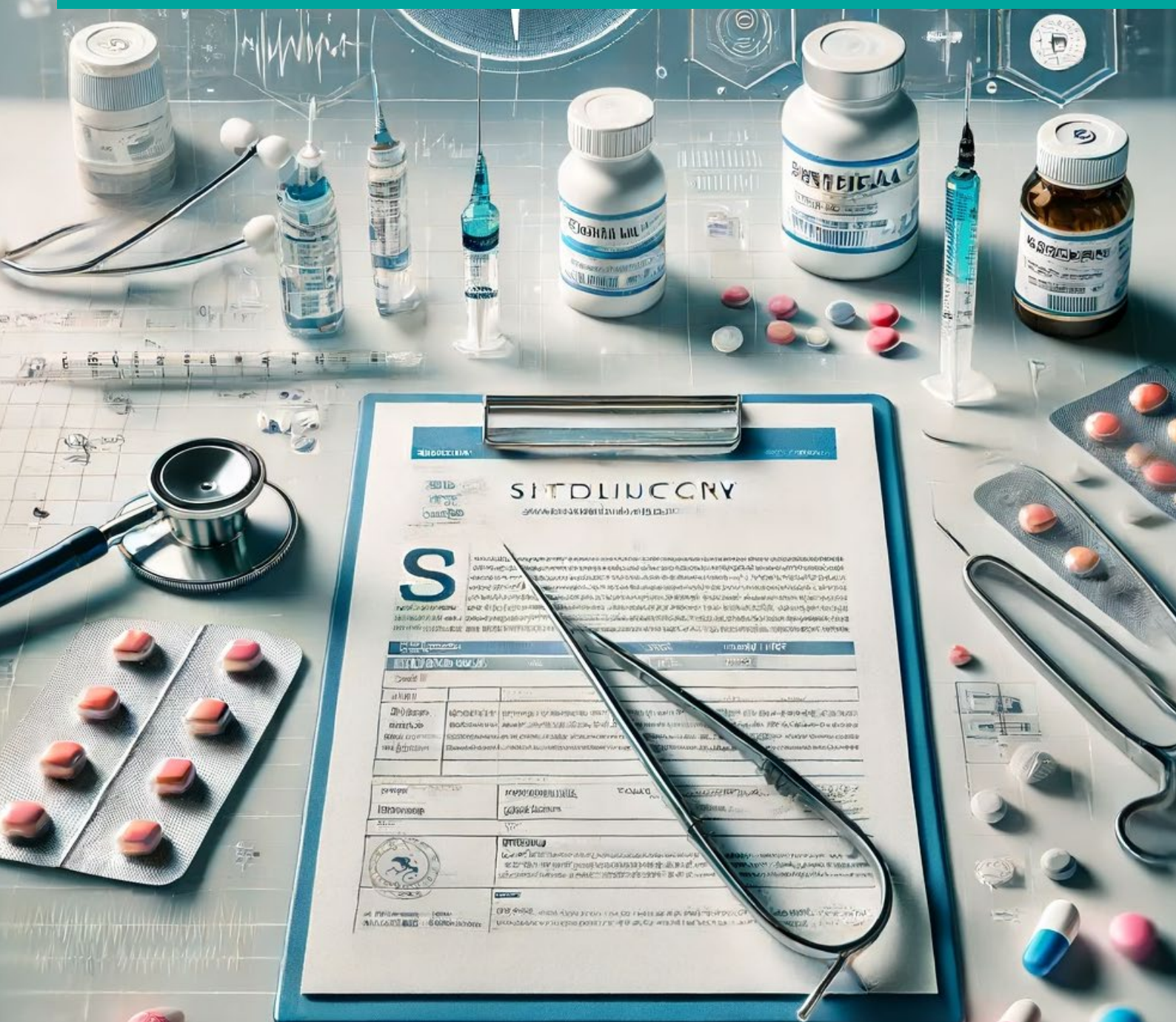


Matej Bárta

PROCES VÝBERU ŠPECIALIZAČNÉHO ŠTÚDIA SLOVENSKÝMI ŠTUDENTMI A ŠTUDENTKAMI MEDICÍNY



PROCES VÝBERU ŠPECIALIZAČNÉHO ŠTÚDIA SLOVENSKÝMI ŠTUDENTMI A ŠTUDENTKAMI

Autor: Matej Bárta

INESS, Bratislava, 2024

Úvodný obrázok: DALL-E

Obsah

SUMÁR	4
ÚVOD	5
1. METODIKA	5
2. ANALÝZA	5
2.1 Charakteristiky rozhodovacieho procesu	5
2.2 Informačné kanály	6
2.3 Ako vzniká rozhodnutie o špecializácii	7
2.3.1 Dynamické faktory	7
2.3.1.1 Rola skúseností	7
2.3.1.2 Externé faktory	8
2.3.1.3 Interné faktory	9
2.3.1.4 Interpersonálne faktory	9
2.3.2 Statické faktory	9
2.3.2.1 Charakteristiky špecializácie	10
2.3.2.2 Balans medzi pracovným a osobným životom	10
2.3.2.3 Kariérne otázky	10
2.3.2.4 Iné faktory	11
3. OPATRENIA	12
Úpravy štúdia	12
Úpravy v lekárskom povolání	13
Aktivity týkajúce sa študentov	13
Audity a analýzy	14
Zmeny v medicínskom prostredí	16
Iné opatrenia	17

SUMÁR

Slovenské zdravotníctvo dlhodobo trpí nízkym počtom lekárov a lekárrok. Personálny nedostatok v jednotlivých špecializáciách však nie je vždy vysvetliteľný výlučne celkovým nedostatkom, vstupujú doň aj meniace sa preferencie medikov a medičiek. Tu prezentovaný kvalitatívny výskum prostredníctvom semi-štruktúrovaných rozhovorov skúma mechanizmy výberu špecializácií medikmi a medičkami v piatom a šiestom ročníku štúdia na slovenských lekárskejších fakultách. V prvej časti identifikuje kanály, cez ktoré získavajú informácie o špecializáciách - tie sa pohybujú od akademického vzdelávania cez neformálne osobné siete až po internetové zdroje. Výskum zároveň ukazuje, že rozhodnutie o výbere špecializácie sa rodí často až ku koncu všeobecného štúdia, nie výnimočne za (vnímanej) nedostatočnej informovanosti. Rozhodnutie zároveň vzniká na základe rôznych vplyvov, pričom medzi dôležité patrí napríklad kvalita praktickej výučby, vplyv personálu a prítomnosť sexistického správania zo strany lekárov a pedagógov. Medici a medičky zároveň zohľadňujú charakteristiky špecializácie, napríklad jej pestrosť, potenciál (napríklad či sa rozvíja, či rastie populácia pacientov), náročnosť (fyzická aj psychická), možnosť otvoriť si v budúcnosti vlastnú ambulanciu, a životný štýl. nezasahovať.

ÚVOD

Množstvo zdravotnej starostlivosti, ktoré budú lekári a lekárnice v najbližších rokoch musieť vyprodukovať, sa bude v dôsledku demografickej zmeny zvyšovať. Nedostatok lekárov z pohľadu medicínskej špecializácie však nie je rovnomerný a trendy v záujme medikov o jednotlivé špecializácie sa menia. Celkový nedostatok lekárov tak vysvetľuje len časť personálneho nedostatku v niektorých špecializáciách, významným faktorom je aj zmena preferencií pri výbere špecializácie.

V INESS sme preto pripravili výskumnú štúdiu, ktorá sa zameriava na pochopenie mechanizmov výberu špecializácie pri medikoch. Práve čítate jej skrátenú verziu, určenú pre odbornú aj širšiu verejnosť. Prinášame v nej aj sadu našich odporúčaní pre verejnú politiku. Plná verzia štúdie s detailnejšími popismi je dostupná na stránke iness.sk.

Štúdia je rozdelená do 3 častí: **(i) stručný popis použitej metodiky, (ii) analýza zozbieraných dát** rozdelená do 3 častí - a) charakteristiky rozhodovacieho procesu, b) informačné kanály na získavanie informácií a c) proces vzniku rozhodnutia o špecializácii, **(iii) opatrenia, ktoré na základe analýzy odporúčame presadiť**.

1. METODIKA

Výskum bol vykonaný na **15 študentoch a študentkách medicíny**, ktorí boli v školskom roku 2022/23 v **5. alebo 6. ročníku** lekárskech fakúlt. Výber respondentov a respondentiek bol realizovaný v spolupráci so Slovenskou asociáciou študentov medicíny (Slovak Medical Students' Association - SloMSA). Finálnu vzorku tvorilo 8 respondentov a respondentiek z Lekárskej fakulty Univerzity Komenského (LF UK) v Bratislave, 2 z LF Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 3 z Jesseniovej LF UK v Martine a 2 zo Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave. Vzorku tvorilo 7 žien a 8 mužov.

S respondentmi a respondentkami boli uskutočnené **semi-štruktúrované kvalitatívne rozhovory**, ktoré boli nahrávané a následne prepísané do textovej podoby. Vytvorený text bol v ďalšom kroku analyzovaný pomocou **kódovania** a **tematickej analýzy**. Detailný popis metodiky nájdete v plnej verzii štúdie.

2. ANALÝZA

Cieľom analýzy bolo identifikovať a popísať proces rozhodovania medikov o ich špecializácii. Konkrétne sme identifikovali **charakteristiky** rozhodovania, **informačné kanály** medikov a **faktory**, na základe ktorých sa medici rozhodujú. Citácie, ktoré v texte uvádzame, pochádzajú z kvalitatívnych rozhovorov s medikmi.

2.1 Charakteristiky rozhodovacieho procesu

Napriek individuálnosti procesu rozhodovania a širokému spektru jeho podôb v rozhovoroch bolo identifikovaných niekoľko tém/vzorcov.

Respondenti a respondentky konštatovali, že im „*štúdium [...] neposkytlo dostatočný rozhľad*“ (Rozhovor 8),

že „ako študent človek fakt nemá takú tú predstavu, že do čoho proste [...] ide“ (R.11), a že výber špecializácie je „vždy [...] tak trocha mačka vo vreci“ (R.13). Dokonalá informovanosť je nedosiahnuteľná, lekári a lekárnice však viackrát hodnotili ich **informovanosť o špecializáciách ako nedostatočnú pre kvalifikovaný výber**.

Niektorí lekári a lekárnice vnímajú **6-ročné štúdium ako cestu ku „vysnenej“ práci** (špecializácii). Niekedy ide o konkrétnu špecializáciu („všeobecné lekárstvo som chcela zatiaľ stále“ (R.1)), inokedy „len“ o istý smer („to, že to bude chirurgický smer, som vedel viac menej od začiatku školy“ (R.4)). Častejšie však lekári a lekárnice na začiatku štúdia preferenciu pre špecializáciu nemajú („ľudia, ktorí idú na medicínu, že niečo bude a uvidíme čo“ (R.5)). Z nich sa časť rozhodne v priebehu štúdia, a časť ostáva výber až na poslednú posledný rok až rok a pol štúdia.

Prelom 5. a 6. ročníka štúdia je podľa rozhovorov **jedným z najčastejších časov výberu špecializácie** („myslím si, že to lámanie chleba [...] prišlo po tom piatom ročníku“ (R.12)). Často to však **nie je výsledkom dostatočného množstva vedomostí a prevládajú pragmatické a praktické dôvody**, predovšetkým časový tlak na začatie hľadania práce.

Respondenti a respondentky ako príklady uviedli napríklad aj zvažovanie „kde sú voľné obory a v ktorých mestách“ (R.4) alebo pravdepodobnosť úspešnosti prihlášky („[na niektoré miesta] môžeme podať reálne tú žiadosť, ale dopredu už vieme, že nám ju odmietnu. Ja keby som si podal na dermatovenerológiu, tak ma odmietnu, že neberú lekárov“ (R.7)). V **niektorých prípadoch** sa rozhodovanie podobá skôr na **vylučovací proces** než na hľadanie najpreferovanejšej možnosti.

2.2 Informačné kanály

Lekári a lekárnice získavajú informácie o následnom štúdiu viacerými kanálmi. V rozhovoroch figurovalo najmä:

Akademické vzdelávanie: je rozdeliteľné na **teoretické** a **praktické**. Výpovede naznačujú, že väčšiu (aj keď stále nedostatočnú) úlohu zohráva praktická časť výučby: „z tých prednášok by som asi reálne nevedela, že do čoho idem. [...] Takže ja som vlastne reálne chcela prakticky vidieť, že ako prebieha vyšetrenie toho pacienta“ (R.14).

Kvalita praktickej výučby sa pomerne výrazne líši v závislosti od lekára alebo lekárnice, ktorí ju vedú, oddelenia, alebo od nemocnice („sú oddelenia lepšie, kde Ťa reálne zapoja. [...] Potom sú oddelenia [kde] sa nám absolútne nevenovali. Prakticky my sme tam podopierali steny ešte viac pomaly ako počas bežnej výučby“ (R.8)). Praktická časť poskytuje lepšiu predstavu o špecializácii, stále je však vnímaná ako nedostatočná: „mne aj určite ostatným by pomohlo, kebyže na tých samotných pracoviskách [...] viac vidíme, ešte viac ak by sa dalo.“ (R.6).

Respondenti a respondentky vnímajú priestor na rozšírenie rozsahu praktického štúdia, a to ako z pohľadu času, tak aj z pohľadu úkonov, ktoré počas neho lekári a lekárnice absolvujú: „tá praktická časť nám podľa mňa dosť chýbala, [...] ja si myslím, že my by sme mali vedieť v šiestom ročníku aspoň základy toho chirurgického šitia, ale nám to reálne v tej škole nikto neukázal“ (R.15).

Peer networks: informácie pohybujúce sa po dvoch osiach – medzi lekármi a lekárnici („my sme vlastne hlavne tu v Bratislave na stážach, tak my vieme viac-menej o každej nemocnici niečo“ (R.9)), aj od lekárov a

lekárov k medikom a medičkám („som sa aj bavila s takým kamarátom, ktorý tam už pracuje už dlhšie“ (R.3)).

Propagácia lekármi/pedagógmi: Informácie medici a medičky čerpajú aj od lekárov a lekároek, s ktorými prichádzajú do kontaktu, a ktorí propagujú „ich“ oddelenie, prípadne špecializáciu celkovo. Z výpovedí respondentov a respondentiek vyplýva, že nejde o nátlakové presvedčanie, propagácia sa skôr podobá na akýsi „nábor“ a zvýšený záujem o študentov a študentky.

Extrakurikulárne aktivity: primárne dva typy udalostí – **dobrovoľné stáže** a **mimoškolské prednášky a workshopy**. Dobrovoľné praxe sú kvalitatívne rozdielne oproti praktickej výučbe v učebných osnovách: „bolo to potom viac individuálne, viac toho prístupu teda tam bolo zo strany kliniky, oddelenia“ (R.9). Absolvovanie dobrovoľných praxí tak môže byť významným zdrojom informácií.

Na kongresoch a prednáškach sa postavenie medikov a medičiek viac vyrovnáva s postavením lekárov a lekároek, slúžia ako nadstavba k informáciám získaným v škole, ale sú „slabšie propagované“ (R.8). Mierne v úzadí sú workshopy, ktorých frekvencia je však pomerne nízka, a ktoré majú obmedzenú kapacitu.

Online zdroje: výskum identifikoval **tri hlavné typy** online zdrojov. Prvým sú **informácie na stránkach univerzít** (napr. doba špecializačného štúdia, povinné výkony, trvanie cirkulácií, a pod.). Vo všeobecnosti bol tento zdroj považovaný za dostatočný na poskytnutie základných parametrov odboru.

Druhým typom je **obsah produkovaný internetovými tvorcami** (napr. podcasty, video rozhovory, video blogy). Jeden respondent napríklad spomenul YouTube „kanál, ktorý hovorí o tom ako vyzerá práca v jednotlivých špecializáciách“ (R.6).

Tretím typom online zdrojov sú **formáty „prenesené“ z reálneho sveta** (napr. nahrávky (zahraničných) prednášok alebo online prenosy z kongresov). Výhody spočívajú hlavne v znížení nákladov (čas, financie na dopravu a ubytovanie).

2.3 Ako vzniká rozhodnutie o špecializácii

Posledným dielom do skladačky rozhodovania medikov patria faktory, ktoré v rozhodovacom procese ovplyvnia samotný výber špecializácie. Rozdelili sme ich na dynamické a statické.

2.3.1 Dynamické faktory

Analyzované dynamické faktory sú rozdelené do štyroch podkategórií – rola skúseností, externé faktory, interné faktory, interpersonálne faktory.

2.3.1.1 Rola skúseností

Rozhodovanie medikov je postupný proces rozložený v čase, počas ktorého sú vytvárané skúsenosti, ktoré majú silný vplyv na výsledné rozhodnutie.

K budovaniu vzťahu so špecializáciou dochádza aj keď daná **udalosť súvisí skôr s fungovaním oddelenia alebo nemocnice** a nie so samotnou špecializáciou. Napr. skúsenosť s organizáciou oddelenia počas praktickej výučby v istej špecializácii, môže byť asociovaná priamo so špecializáciou. Navyše, aj skúsenosť vnímaná ako asociovaná výlučne s oddelením alebo nemocnicou môže mať negatívne následky, predovšetkým u menej rozšírených špecializácií (nepraktizujú sa v mnohých zariadeniach). Negatívna skúsenosť znižujúca záujem o dané oddelenie znižuje aj atraktivitu špecializácie, keďže ubúda jedno z limitovaných miest, kde ju je možné vykonávať.

Naopak, viacerí respondenti a respondentky identifikovali **konkrétnu pozitívnu skúsenosť** so špecializáciou ako **počiatkový bod záujmu** o daný odbor: „*po niektorých stážach [sme odišli] z niektorých oddelení s tým že, wau, že viem si predstaviť toto aj robiť*“ (R.5). Pozitívna skúsenosť nemusí automaticky viesť k voľbe špecializácie, tento scenár však nie je vylúčený.

Negatívne skúsenosti môžu, naopak, spôsobiť, že si študent alebo študentka danú špecializáciu nevyberie. Navyše niekedy môže takýto zážitok odrádzať aj od špecializácie, nad ktorou medik alebo medička pôvodne rozmýšľal/a („*ešte sme len začali s tou chirurgiou v škole a už som hneď vedela, že to jednoducho robiť nechcem, lebo u nás je hrozne zle nastavené štúdium chirurgie*“ (R.3)).

Praktická časť výučby je najdôležitejší zdroj skúseností. Teoretická výučba je považovaná za nedostatočnú pre výber špecializácie („*keď proste človek, keď absolvuje [predmet] viac-menej teoreticky, tak aj odbor, ktorý je extrémne zaujímavý, mu môže sa zdať ako nezaujímavý*“ (R.5); „*z tých prednášok by som asi reálne nevedela [...] do čoho ídem*“ (R.14)). Medici a medičky (s výnimkou respondentiek z LF SZU) navyše vnímajú štúdium ako majúce pomerne silný teoretický element („*ja si všímam, že nás [štúdium] veľmi ako nenúti ísť k pacientom a byť v nemocnici*“ (R.2)).

Faktory ovplyvňujúce kvalitu skúsenosti s praxou zahŕňajú **organizačné aspekty** („*je to povinná stáž [ale] častokrát sa stane aj to, že nikto tam po nás nepríde, že tam proste čakáme na chodbe*“ (R.9), „*za pätnásť minút ťa púšťali domov, alebo proste ťa rovno pustili domov, lebo zabudli, že majú dneska učiť*“ (R.1)), zapájanie do procesov („*na tých praxiach myslím, že to nebolo také, že by nás chceli nejako extra zapájať a že nám chceli strašne ukazovať*“ (R.8)), materiálne vybavenie („*[vie to] časom človeka demotivovať, aby sa pre daný odbor rozhodol, pretože keď sa človek prezlieka, dajme tomu v šatniach, ktoré v ktorých sa prezliekali ešte jeho rodič, [od] čias sa tam nič nezmenilo za 35 rokov*“ (R.10)), a komunikácia („*mali sme ísť, ja neviem, do ambulancie, tak zaklopem, 'Dobrý deň, prišli sme proste, máme stáž,' tak tá sestra alebo doktorka už prevrátila oči, 'jooj zase medici. No tak pod'te...'*“ (R.11)).

2.3.1.2 Externé faktory

Záujem lekárov/lekárook o zamestnanie medikov: „*ak chcete u nás robiť, momentálne máme voľno, môžete nám podať žiadosť, prípadne môžete sa prísť, hoci vo voľnom čase, k nám zaučiť do nočných služieb a takto [...] tie pracoviská boli naozaj také milé*“ (R.7). Dochádza k budovaniu vzťahu so špecializáciou a informovaniu o personálnom stave na danom oddelení. V niektorých prípadoch môže takáto informácia podporiť záujem o danú špecializáciu, niekedy však predstavuje „odstrašujúci“ element (obavy z nedostatku ľudí, ktorí by im po nástupe do práce pomáhali).

Reputácia oddelenia: záleží od „interných“ neformálnych informácií od (starších) spolužiakov a spolužiačok a mladých lekárov a lekárook: „*niekde [sa] traduje, že mladý lekár sa bude prvé tri roky hádať so sestrami, lebo ho nebudú brať vážne, budú ho opravovať, budú ho strápať pred pacientami tak to sú také veci, ktoré si*

vieme zistiť“ (R.5). Ďalší identifikovaný dôvod zlej reputácie je nepotizmus (rodinkárstvo), ktorý sa môže týkať ako oddelenia, tak špecializácie.

2.3.1.3 Interné faktory

Aspekty osobného života: 3 motívy sa objavovali naprieč rozhovormi: vplyv rodiny respondentov („[špecializácia], [...] už dávnejšie alebo teda viac som k tomu tak inklinovala, pretože aj moja mamka, ona je tiež [špecializácia], aj sestra“ (R.2)), osobná skúsenosť so špecializáciou z pozície pacienta („mal som viacero vlastných úrazov a stretol som sa s lekárom, ktorý ma operoval a teda viackrát, tak jeho prístup bol natoľko zaujímavý, [...] bol ochotný si so mnou prejsť všetko“ (R.4)) a zázemie („mám veľmi veľa spolužiakov, u ktorých to [bolo tak, že] ak mali partnerov a obaja sa sťahovali, tak aby ich zobrali do jednej nemocnice“ (R.5)), „možno ešte nejaké to obdobie ostanem s našimi bývať a teda nebudem musieť teda investovať minimálne do toho bývania“ (R.13)).

Pohlavie: tento motív sa objavil v 6 zo 7 rozhovorov vedených s respondentkami; v rozhovoroch s respondentmi sa neobjavil. Tento motív je možné ďalej rozdeliť do 3 mechanizmov: **sexistické správanie zo strany vyučujúcich a lekárov** („spolužiačka [...] sa stretla s tým, že nechceli umožniť dievčatám ísť na operačku, kvôli tomu, že sú dievčatá“ (R.3)), výber špecializácie podľa **zastúpenia žien** („to ma určite bude zaujímať, že [...] aký je tam možno aj pomer, že muži, ženy a tak ďalej“ (R.1)) a **(ne)prispôsobenie pracovných podmienok lekárkam-matkám s menšími deťmi** („keby niekto mi povie, že napríklad v Bystrici, v nemocnici si môžeš dať od jedného roka dieťa tam do jasli, do škôlky. No tak to by bolo super, asi sa chcem hlásiť do Bystrice“ (R.3)).

2.3.1.4 Interpersonálne faktory

V kontexte tejto analýzy ide primárne o interakciu medikov a mediciek s pedagógmi a zdravotným personálom, s ktorým prichádzajú do kontaktu počas praktickej výučby.

Spolupráca s personálom: líši sa naprieč pracoviskami: „je to veľmi podľa mňa individuálne od pracoviska, aj od toho samotného lekára, učiteľa, že či on sám chce nám niečo ukázať alebo nás naučiť“ (R.7). Skúsenosť formujú aj interakcie so zdravotnými sestrami („niekde sa traduje, že proste mladý lekár sa bude prvé tri roky hádať so sestrami, lebo ho nebudú brať vážne, budú ho opravovať, budú ho strápanovať pred pacientami“ (R.5)).

Proaktívne správanie: konanie nad rámec toho, na čo sú študenti a študentky zo strany lekárov a lekároek zvyknutí.

Vplyv kolektívu: rovnocennejšie, menej hierarchické vzťahy. Do rozhodovania vstupuje len čiastočne prostredníctvom zažitia medikmi, významná časť informácií sa k medikom a medicikám dostáva z ich okolia.

Vzťahy „radových“ lekárov a lekároek s tými na vedúcich pozíciách: vertikálne vzťahy. Ako žiaduce bolo spomínané predovšetkým vedenie, ktoré sa svojich zamestnancov a zamestnankyň dokáže zastať, resp. sa k nim správa s rešpektom, a ktoré im zabezpečí podmienky pre profesionálny rozvoj.

2.3.2 Statické faktory

Analyzované statické faktory vplyvajúce na rozhodovanie sú rozdelené do štyroch kategórií – charakteristiky

špecializácie, balans medzi pracovným a osobným životom, kariérne otázky a iné faktory.

2.3.2.1 Charakteristiky špecializácie

Časť rozhodnutí pochádza z čisto subjektívnej preferencie (t. j. zdôvodnenie sa obmedzuje na „zaujalo ma,“ „bavilo ma,“ „páčilo sa mi,“ a pod.). Avšak v mnohých prípadoch boli identifikované atraktívne/odrádzajúce charakteristiky odborov.

Pestrosť špecializácie: spočíva hlavne v **úkonoch** („napríklad pľúcne lekárstvo [...] je niečo na prelome internej medicíny, čiže áno, vyšetrujeme si pacienta, zapisujeme to do počítača, posielame ho na vyšetrenia, čiže také niečo, dajme tomu že trochu nudnejšie, z pohľadu mladého medika, ale robí sa tam aj veľa inštrumentálnych výkonov, hlavne tie bronchoskopie, teda zobrazovanie dýchacích ciest“ (R.8)) a **rozsahu diagnóz/pacientov** („interná preto asi, [...] že tam je taký veľký záber, že toho čo máš vedieť a s čím sa stretávaš. Lebo veľmi nemám rada takú tú stereotypnú prácu“ (R.2)).

Rozvíjajúci sa odbor/s potenciálom do budúcnosti: medikov a medičky priťahujú inovatívne metódy, napredujúci výskum a pocit, že vykonávajú dôležitú prácu. Znak **vývoja odboru** môže byť napr. **rozvoj používaných technológií a metód:** „tie bronchoskopické metódy momentálne zažívajú strašne boom, kedy sa už aj na Slovensku dajú používať moderné technológie, kvalitné prístroje“ (R.8). Potenciál môže byť vnímaný skrz jej **potrebnosť pre spoločnosť** (rozšírenosť problému, ktorý adresuje): „je v tom veľmi veľa vlastne výskumov, pretože tak tých nádorových ochorení u populácie stále stúpa. Čiže naozaj nezanikne ten odbor nijak, že u nás aj to napreduje“ (R.3).

„Pokojné“ špecializácie: istá časť respondentov a respondentiek identifikoval záujem o „pokoj na oddeľni“ (R.13), prípadne „lôžkovú, [...] zdĺhavejšiu robotu“ (R.5), pričom takúto prácu stavali do protikladu so „stresujúcim“ (R.4) výkonom práce „JlSkového typu“ (R.5). Záujem nemusí vyplývať len z odmietania stresu, ale aj z túžby po špecializáciách, pri ktorých „sa nad tou diagnózou [lekári a lekárky môžu] dlhšie zamyslieť“ (R.13). V niektorých prípadoch je záujem podmienený aj pragmatickými faktormi - niektoré respondentky vnímali odbory s pokojnejším výkonom práce ako umožňujúce im založenie rodiny a následnú starostlivosť o ňu.

2.3.2.2 Balans medzi pracovným a osobným životom

Identifikované boli 2 rôzne aspekty pracovnej doby, ktoré zvažujú - čas z dňa, v ktorom sa špecializácia vykonáva, ako aj jej celkové trvanie.

Čas z dňa: ide predovšetkým o nočné služby („Například to, že v noci celkom rád spím, takže by som moc nechcel robiť tie nočné služby“ (R.6)). Medici a medičky vnímajú dva rozmery - dĺžku a frekvenciu, pričom vo všeobecnosti preferujú nižšiu dĺžku aj frekvenciu.

Celkové trvanie: nadčasy a časová (ne)flexibilita odboru („ked' sú chirurgické [špecializácie] tak [...] aj ked' je tam tá pracovná doba, ja neviem, do štvrtej, tak tam človek musí byť aj dlhšie, možno [kým] neukončí tie operácie“ (R.11)). Niektoré respondentky časté a dlhé služby vnímali ako prekážky k založeniu rodiny.

2.3.2.3 Kariérne otázky

Dĺžka atestácie: dĺžka atestačného štúdia je medikmi a medičkami analyzovaná na 2 úrovniach: (i) oficiálna dĺžka atestácie, (ii) reálna dĺžka atestácie, ktorá sa môže výrazne líšiť od tej oficiálne uvedenej: „hoci na papieri

to je, že to robíte päť rokov alebo štyri roky, tak reálne to robíte šesť, sedem, niekde aj desať rokov, napríklad keď chcete robiť hematológiu" (R.7). Neatraktivita dlhej atestácie spočíva v nižšom plate a menšom rozsahu výkonov.

Plat: dôležitý aspekt - zvýšenie platu po atestácii („po tej atestácii je ten plat skoro dvojnásobný" (R.1)), vnímaná finančná atraktivita práce v ambulancii („je to oveľa lepšie finančne ohodnotené ako práca potom v nemocnici, aspoň čo viem" (R.2)), prípadne v súkromnom sektore. Plat môže predstavovať motiváciu k výberu špecializácie, dlhodobá regulácia však spôsobuje, že tento nástroj ostáva nevyužitý a ani výraznejšie nefiguruje medzi zvažovanými faktormi („nedá sa podľa mňa ani baviť o nejakej výške platu, lebo ono je to aj tak, že všetci máme rovnaký" (R.3)); „veril by som tomu, že v budúcnosti sú peniaze veľký faktor [...] Ale zase nemám pocit, že by sa to nejako extra finančne líšilo, minimálne tej, v tej štátnej sfére" (R.13)).

Vzdelávanie sa: spomínané boli predovšetkým konferencie/kongresy. Dnes podľa výskumu nie je bežné, že zamestnávateľ umožňuje, resp. prepláca, ich navštevovanie („nepúšťajú napríklad [...] ani na kongresy. Napríklad že nemocnica neprepláca tieto kongresy, že je to potom všetko na vlastnú päsť toho doktora" (R.9)).

Materiálne benefity iné ako plat: napr. dodatočné dni dovolenky, náborové a relokačné príspevky, umožnenie zamestnania sa na čiastočný úväzok.

Vlastná ambulancia: Pre niektorých medikov a medičky ide o kľúčový aspekt („čím skôr by som si chcela otvoriť tú vlastnú ambulanciu" (R.2)), pre iných o potenciálne zaujímavú možnosť v budúcnosti („[je to] jedna z možností, otvorené pre budúcnosť, že prečo nie, uvidíme" (R.11)). Niektorí vnímajú ambulanciu ako možnosť diverzifikácie práce rozdelenie medzi nemocnicu a ambulanciu.

Atraktivita ambulancie spôsobená 3 hlavnými faktormi: **sloboda**, ktorú ambulantná prax obnáša („keď budem ambulantná, tak tam som sama sebe pani" (R.1), „ja by som si radšej zobral menej pacientov, nejakých 1 000 až 1 500, ktorí by vedeli užiť mňa aj sestričku, aj nájom, teoreticky a by sme robili možno tie šesty, ako keby som mal 2 500 až 3 000 pacientov" (R.7)), **finančné ohodnotenie** („myslím, že [je] väčší finančný zárobok potom aj na súkromnej ambulancii" (R.6)) a **charakter práce** („mať svoj vlastný režim [...] so svojimi pacientami, ktorých už teda budem poznať, keď už s nimi budem pracovať nejaký rok" (R.12)).

2.3.2.4 Iné faktory

Faktory relevantné v rozhodovaní medikov a medičiek, avšak s rôznymi dopadmi v rôznych prípadoch - ten istý faktor mohol pre niekoho špecializáciu zatriktívniť, zatiaľ čo pre iného môže atraktivitu znížiť.

Veľkosť nemocnice: veľké nemocnice (resp. oddelenia) sú atraktívne kvôli **rozmanitosti** (širšie spektrum pacientov, technické vybavenie, a pod.). **Menšie nemocnice** zatriktívňuje **rýchlejší prístup k vykonávaniu zložitejších úkonov** („v tých menších nemocniciach sa hlavne pri týchto chirurgických a operačných výkonoch ten mladý lekár k tomu dostane skôr" (R.4)).

Geografia: v niektorých prípadoch hrá geografia minimálnu úlohu („vždycky som si tak nejako veril, [...] že ak už to raz skončíš, tak nebudeš mať problém sa zamestnať" (R.4)), inokedy sú medici a medičky nútení pôsobiť na istom mieste z osobných alebo rodinných dôvodov, pre niektorých zas rolu hrá predchádzajúce spojenie s miestom (či už rodisko, bydlisko, miesto kde študovali, a pod.).

Podstatná je existencia interakcie medzi voľbou špecializácie a geografiou. Silná preferencia ohľadom geo-

grafického pôsobiska môže vyústiť do zmeny špecializácie: „[respondentovi spolužiaci] po ukončení štúdia sa nedostali k tej špecializácii, ktorú chceli robiť, lebo dajme tomu [...] v mieste ich bydliska neboli voľné miesta na danom oddelení, tak museli skrz toho zmeniť tú špecializáciu“ (R.10).

3. OPATRENIA

Zistenia z výskumu umožňujú formuláciu konkrétnych opatrení s cieľom vytvoriť zdravotnícky ekosystém, v ktorom nebudú vybrané špecializácie čeliť neopodstatneným bariéram vytvárajúcim konkurenčnú nevýhodu¹, a ktorý bude pružnejšie reagovať na budúci vývoj a nedostatky v personálnom stave špecialistov.

Pri každom návrhu sú uvedené inštitúcie, ktoré by mali umožniť/iniciovať zmenu. Tento zoznam nie je detailným návodom na reformu, skôr komplexným zásobníkom nápadov. Niektoré z návrhov smerujú skôr k „mäkkým“ manažérskym a strategickým rozhodnutiam aktérov ohľadom komunikácie a vnútornej kultúry, než ku „tvrdej“ legislatívnej zmene. Konkrétne prevedenie do praxe jednotlivých bodov je otázkou na diskusiu pre relevantné inštitúcie. Niektoré z týchto návrhov už momentálne sú v rôznom stave zmeny, najmä čo sa týka praktickej výučby a atestačného procesu.

Úpravy štúdia

- **Umožnenie praktickej výučby medikov a mediciek mimo sídiel lekárskeho fakúlt**

Zistenia výskumu upozorňujú na nedostatky praktickej výučby – na jedného lekára alebo lekárku často pripadá príliš veľa medikov a mediciek, tí nedostávajú dostatočnú pozornosť, nie sú zapájaní do procesov, a podobne.

Praktická výučba aj mimo sídiel lekárskeho fakúlt by rozšírila „ponuku,“ tzn. viac pracovísk a medicínskeho personálu, ktorý sa medikom a medicikám môže venovať, následne lepšie budovanie vzťahu medikov a mediciek nielen so špecializáciami, ale aj konkrétnymi nemocnicami a oddeleniami. Pozitívne skúsenosti sú jedným z najdôležitejších elementov v rozhodovaní medikov a mediciek o ich pôsobení po ukončení štúdia všeobecného lekárstva.

Aktéri: Ministerstvo zdravotníctva, Ministerstvo školstva, výskumu, vývoja a mládeže

- **Úprava pravidiel prerušenia a zmeny špecializačného štúdia, podporovanie celoživotného vzdelávania**

Špecializačné štúdium musí neatestovaným lekárom a lekárkam poskytovať čo najväčšiu flexibilitu. Jednoduchšia zmena špecializácie (t. j. rýchlejšie dokončenie druhej alebo ďalšej špecializácie) môže spolu s ďalšími opatreniami zvýšiť schopnosť systému reagovať na aktuálne potreby v jednotlivých špecializáciách. Úprava pravidiel taktiež môže emancipovať mediciky a lekárky pri ich výbere, predovšetkým v zladení kariérnych a osobných ambícií.

Aktéri: Ministerstvo zdravotníctva, Ministerstvo školstva, výskumu, vývoja a mládeže

- **Transformácia rezidentského štúdia na systémový nástroj**

¹ O jednom takomto prípade píše napríklad Mihoková (2024) v článku „Na stáž môžete nastúpiť až v roku 2027.“ Dôvody, prečo máme alarmujúco málo krčných lekárov.“

Rezidentské štúdium v súčasnej forme predstavuje pokus MZ centrálnym plánovaním v stúpajúcom počte špecializácii zabezpečiť dostatok lekárov a lekárk. Program však trpí častými zmenami a podľa dvoch tematických analýz Najvyššieho kontrolného úradu (NKÚ) sa míňa účinku.

MZ by preto malo transformovať rezidentský program na súčasť vzdelávania medikov a medičiek a ich prechodu do zamestnania. Náklady programu by sa mali stať súčasťou celosystémových nákladov, s ktorými príslušné inštitúcie kalkulujú pri napĺňaní siete poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Aktéri: Ministerstvo zdravotníctva, Zdravotné poisťovne

Úpravy v lekárskom povolání

- **Prijatie opatrení na zníženie pracovnej záťaže lekárov pre kontrolovateľnejší životný štýl**

Kontrolovateľný životný štýl je atraktívny pre mnohých medikov a medičky. Naopak, zo strachu pred prílišným pracovným zaťažením mnohí nechcú pôsobiť v špecializáciách s personálnym nedostatkom. Navyše, starnúca populácia bude v najbližších rokoch znamenať ďalšie zvyšovanie pracovnej záťaže medicínskeho personálu.

Potrebné sú preto opatrenia znižujúce pracovnú záťaž. Môže ísť napríklad o presunutie časti kompetencií z lekárov na zdravotné sestry alebo administratívnych pracovníkov alebo manažment dopytu pacienta (napr. prostredníctvom spoluúčasti alebo zavedenia poplatkov).

Aktéri: Ministerstvo zdravotníctva, Nemocnice

Aktivity týkajúce sa študentov

- **Kariérne poradenstvo pre lepšiu informovanosť medikov**

Výskum ukazuje, že medici a medičky sa necítia dostatočne informovaní o jednotlivých špecializáciách, resp. o tom, čo obnášajú. Niekoľko respondentov a respondentiek vyjadrilo záujem o výraznejšie kariérne poradenstvo zo strany lekárskeho fakúlt. Zavedenie alebo posilnenie takýchto aktivít (napr. vo forme informačných udalostí, kariérnych poradcov/poradkýň) môže medikom a medičkám pomôcť s informovanejším výberom špecializačného štúdia.

Aktéri: Lekárske fakulty

- **Organizovanie a lepšia propagácia extrakurikulárnych aktivít**

Medici a medičky vo výskume opakovane uviedli, že extrakurikulárne aktivity (napr. kongresy, prednášky, workshopy) predstavujú užitočný doplnok k učebným osnovám. Študenti a študentky však o podobných udalostiach často nevedia a problém predstavuje aj ich obmedzená kapacita. LF by za cieľom lepšej informovanosti mali organizovať alebo podporovať viac extrakurikulárnych aktivít poskytujúcich vhlad do rôznych špecializácií (napr. aj v spolupráci so študentskými organizáciami), prípadne informovať o konaní podobných udalostí organizovaných inými inštitúciami.

Aktéri: Lekárske fakulty

Audity a analýzy

- **Prehodnotenie prijímacích skúšok za cieľom zistenia či neznevýhodňujú istý typ uchádzačov a uchádzačiek**

Nastavenie prijímacích skúšok môže ovplyvňovať zloženie kohorty prijatých študentov a študentiek aj na základe iných kritérií, než samotná úroveň relevantných znalostí a schopností. Napríklad schopnosť nadobudnúť rozsiahle faktografické vedomosti nemusí byť spojená s kreatívnym riešením problémov alebo kritickým myslením. Rozdielne vlastnosti pritom môžu byť dôležité v rozdielnych odboroch a vynikanie v nich môže študentov a študentky ovplyvňovať pri výbere špecializácií. Je preto potrebné, aby prijímací proces zohľadňoval čo najširšie spektrum relevantných schopností uchádzačov a uchádzačiek o štúdium. LF by mali preskúmať (alebo aspoň zohľadniť možnosť) či neexistuje súvis medzi nastavením prijímacích pohovorov a špecializáciami, ktoré si lekári a lekárnice volia.

Aktéri: Lekárske fakulty

- **Vykonanie auditu dĺžky špecializačných štúdií**

Dlhé špecializačné štúdium je pre lekárov a lekárnice bariérou znižujúcou atraktivitu špecializácie. MZ by malo vypracovať analýzu skúmajúcu dva rôzne ukazovatele v oblasti dĺžky a priebehu špecializačného štúdia.

Prvým z nich sú oficiálne predpísané dĺžky vo všetkých odboroch. V tomto prípade by malo dôjsť k porovnaniu s ich zahraničnými ekvivalentmi. Dĺžky špecializačného štúdia by mali byť prispôsobené medzinárodným štandardom.

Druhým z nich je audit skutočného trvania a priebehu špecializačných štúdií v jednotlivých inštitúciách. Lekári a lekárnice vo výskume opakovane poukazovali na nedodržavanie predpísanej dĺžky špecializačného štúdia, čo pôsobilo ako odrádzajúci faktor pri výbere špecializácie. Mal by preto byť vykonaný audit skutočného trvania a priebehu² špecializačného štúdia v rôznych odboroch a zabezpečená náprava v prípadoch, keď špecializačné štúdium systematicky presahuje predpísanú dĺžku.

Aktéri: Nemocnice, Ministerstvo zdravotníctva

- **Audit byrokratických povinností lekárov a lekároek, vytvorenie priestoru pre administratívnych zamestnancov a zamestnankyne**

Limitovanie administratívnych povinností³ pre lekárov a lekárnice môže, o. i., prispieť k dodržiavaniu predpísaných dĺžok špecializačného štúdia. Menšia záťaž lekárov a lekároek bude znamenať menšiu motiváciu využívať neatestovaných lekárov a lekárnice na vykonávanie rôznych administratívnych úkonov.

Aktéri: Nemocnice, Ministerstvo zdravotníctva

² Nerealizovanie špecializačného štúdia podľa oficiálnych predpisov môže viesť nielen k výberu inej špecializácie, ale aj k odchodu zo Slovenska (napríklad do susednej Českej republiky) za cieľom kvalitnejšej prípravy v danej špecializácii.

³ V niektorých krajinách napríklad lekári a lekárnice nálezy nahrávajú na „diktafóny“ a spracovanie nahrávky do textovej podoby pre lekársku správu je v kompetencii iného pracovníka alebo pracovníčky. Týmto spôsobom lekár alebo lekárnica získava čas, ktorý môže venovať ďalším pacientom a pacientkam.

- **Analýza správania zahraničných absolventov a absolventiek slovenských lekárskeých fakúlt v zdravotníckom systéme a vytvorenie podmienok pre ich zotrvanie na Slovensku**

Zahraniční absolventi a absolventky slovenských LF predstavujú významnú skupinu potenciálnych zamestnancov a zamestnankýň slovenského zdravotníctva. Tento potenciál je však dnes značne nevyužitý, keďže väčšina týchto medikov a medičiek po ukončení štúdia zo Slovenska odchádzajú.

MZ (a prípadne MŠVVaM) by preto mali vypracovať analýzu správania zahraničných medikov a medičiek po ukončení štúdia (aká časť ostáva na Slovensku? Do akých krajín odchádzajú?), ako aj ich motívácií (prečo sa rozhodnú ostať/odísť? Čo by mohlo zmeniť ich rozhodnutie?) a následne zaviesť zmeny za cieľom udržania vyššieho počtu týchto študentov a študentiek na Slovensku.

Aktéri: Ministerstvo zdravotníctva, Ministerstvo školstva, výskumu, vývoja a mládeže

- **Analýza administratívnych prekážok v založení a prevádzkovaní ambulantnej praxe**

Administratívne úkony môžu pri ambulantnej praxi predstavovať nezanedbateľné prekážky, predovšetkým pri zakladaní novej ambulancie. Potrebná je preto analýza administratívnej záťaže a následne opatrenia na jej znižovanie, prípadne mechanizmy uľahčujúce zakladanie nových ambulancií (napríklad asistencia zo strany regiónov).

Aktéri: Ministerstvo zdravotníctva, Zdravotné poisťovne, Regióny

- **Preskúmanie ďalších bariér pri zakladaní ambulantnej praxe**

Je potrebné preskúmať bariéry iné ako komplexná byrokracia brániace v zakladaní nových ambulantlych praxí a to predovšetkým v regiónoch, kde je tento typ poskytovania zdravotnej starostlivosti najnedostatkovejší. Potenciálne bariéry môžu zahŕňať napríklad zložitosť financovania a nedostatočnú informovanosť o rôznych modeloch financovania a preberania ambulancií.

Aktéri: Ministerstvo zdravotníctva, Zdravotné poisťovne, Regióny

- **Príprava detailnejších dátových prehľadov o stavoch lekárov a lekárk**

V súčasnosti Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI) v štatistických výkazoch lekárov a lekárky rozdeľuje len na kategórie „lekári“ a „zubní lekári“ a až na výnimky verejne neposkytuje detailnejšie informácie o personálnom stave v jednotlivých špecializáciách. Sprístupnenie takýchto údajov by pomohlo lepšie poznať problém dnešného a budúceho nedostatku lekárov na Slovensku, keďže dnes používané argumenty sú často len anekdotické.

NCZI by preto malo zverejňovať prinajmenšom informácie o počte lekárov a lekárk, ktorí vykonávajú istú špecializáciu na Slovensku (v ideálnom prípade aj ich vekové zloženie). Ďalšie relevantné údaje však zahŕňajú napríklad aj počet lekárov a lekárk atestovaných v istej špecializácii a ich správanie po ukončení špecializačného štúdia, napríklad počet lekárov a lekárk odídených do zahraničia (neodchádzajú niektorí špecialisti a špecialistky viac ako iní?), počet lekárov a lekárk, ktorí zmenia špecializáciu (či už počas štúdia alebo dorobením si ďalšej špecializácie) a podobne.

Zmeny v medicínskom prostredí

- **Prijatie a uplatňovanie stratégie na predchádzanie nevhodnému správaniu zo strany zamestnancov a zamestnankýň lekárskeho fakúlt a nemocníc, resp. vyvodzovanie dôsledkov**

Predovšetkým ženské respondentky vo výskume opakovane uvádzali, že sa stretli s nevhodným správaním zo strany zamestnancov a zamestnankýň. Takéto správanie je nanajvýš problematické a navyše odrádza medicíny (ale potenciálne aj medikov) od vybudovania vzťahu s danou špecializáciou alebo inštitúciou.

Je preto kľúčové, aby LF mali a využívali stratégie a procesy na adresovanie takéhoto správania (napr. pozícia ombudsmana/ky). Taktiež je však potrebné aby študenti a študentky boli o svojich možnostiach informovaní a nebáli sa ich využiť.

Tieto stratégie a procesy musia vychádzať z úprimnej vôle a snahy príslušných autorít. To znamená, že všetky nahlásené prípady musia byť citlivo a dôsledne vyšetrené a v prípade zistenia nevhodného správania zamestnanca alebo zamestnankyne musia byť vyhovené vhodné následky. V opačnom prípade bude problém riešený len formálne a nedôjde k zlepšeniu situácie.

Aktéri: Lekárske fakulty

- **Kultúrna zmena medzi zamestnancami a zamestnankyňami lekárskeho fakúlt a nemocníc**

Často citovanou bariérou k výberu istej špecializácie (resp. k vybudovaniu si vzťahu s ňou) bola negatívna skúsenosť s komunikáciou a postojom personálu (pedagógmi aj zdravotným personálom). LF a nemocnice by sa preto mali snažiť o budovanie kultúry nápomocnosti, ochoty, a spolupráce medzi svojimi zamestnancami a zamestnankyňami a posilňovať ich „soft skills“ v komunikácii nielen s pacientmi, ale aj s medikmi a medicínkami.

Aktéri: Lekárske fakulty, nemocnice

- **Tlak na profesionalizáciu výberových procesov v slovenských nemocniciach**

Medikov a medicíny od výberu niektorých špecializácií a/alebo inštitúcií môže podľa zistení výskumu odrádzať reputácia pretrvávajúceho rodinkárstva. Pre pacienta alebo pacientku spôsobuje rodinkárstvo problém pri absencii konkurenčného boja, keď vedie k nižšej kvalite poskytovanej starostlivosti. Negatívne dopady sa však neobmedzujú na nedostatočnú kvalitu zdravotnej starostlivosti. Ide o neférovú a neetickú praktiku, ktorá môžu negatívne ovplyvniť morálku iných zamestnancov a zamestnankýň nemocnice.

Riadenie ľudských zdrojov by malo byť inštitucionálnym a transparentným procesom s jasnými vopred nastavenými kritériami, pri ktorom každý uchádzač a uchádzačka dostane zrozumiteľné informácie a spätnú väzbu. Pri absencii takéhoto systému a riadení ľudských zdrojov založenom na rozhodovaní konkrétnych jednotlivcov totiž môže dochádzať k rôznym negatívnym efektom. Nemocnice by zároveň mali analyzovať výkon jednotlivých oddelení prostredníctvom kvantitatívnych aj kvalitatívnych ukazovateľov (pomôcť môže aj už pripravované monitorovanie čakacích dób).

Aktéri: Nemocnice

Iné opatrenia

- **Diskusia o úlohe regiónov v zabezpečení ambulantnej zdravotnej starostlivosti**

Výskum ukazuje, že lekári a lekárnice pri výbere špecializácie zohľadňujú možnosť otvorenia vlastnej ambulancie, čo naznačuje záujem o takýto typ práce. Predovšetkým v regiónoch, v ktorých ambulancie v súčasnosti chýbajú, by preto mladí lekári a lekárnice mali byť systematicky podporovaní v otváraní ambulancií, napríklad odstraňovaním bariér (t. j. zjednodušením procesu otvárania ambulancie, prípadne asistenciu pri ňom) a poskytovaním incentív za cieľom presvedčiť/prilákať lekárov a lekárnice.

Regióny, ktoré evidujú nedostatok ambulantných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, najlepšie poznajú detaily situácie. Mali by preto byť v centre diskusie o možnostiach podpory mladých lekárov a lekárníc pri otváraní ambulancie, prípadne ich motivovaní k takémuto kroku.

Aktéri: Ministerstvo zdravotníctva, Regióny, Zdravotné poisťovne

O autorovi



Matej Bárta vyštudoval politológiu na University of Amsterdam, špecializoval sa na verejnú politiku. S INESS spolupracoval už počas štúdia, po jeho ukončení nastúpil ako nový člen. Venuje sa predovšetkým zdravotnej politike, pracuje však aj na projektoch z iných oblastí. Popri práci v INESS sa dlhodobo angažuje aj v Slovenskej Debatnej Asociácii.

Vydal: INESS - Institute of Economic and Social Studies
www.iness.sk

Autori: Matej Bárta

Grafický dizajn: Katarína Ševčíková, INESS

Rok vydania: 2024

ISBN: 978-80-89820-13-9

Kontakt:

Matej Bárta

matej.barta@iness.sk

Pozrite si naše ďalšie zdravotnícke publikácie



Tieto a aj všetky ostatné publikácie nájdete vo formáte PDF na webe iness.sk v sekcii Publikácie.

www.iness.sk