



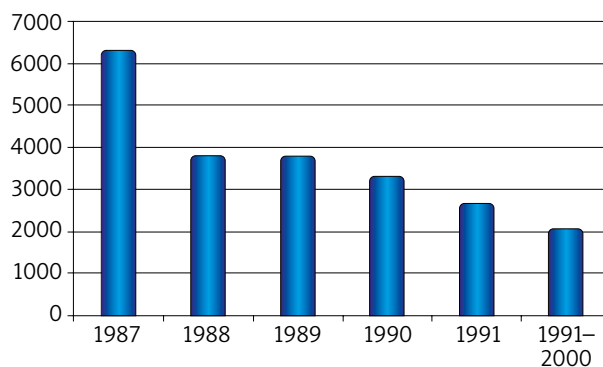
Fot. gettyimages.com/Fanaic Studio

# Luka pokoleniowa? Nie, gigantyczna dziura

W związku z wyzwaniami stojącymi przed polskim systemem ochrony zdrowia pisaliśmy i mówiliśmy enigmatycznie o luce pokoleniowej w zakresie kadr medycznych. Pozwalam sobie przedstawić opinię, że już od dawna określenie „luka pokoleniowa” jest nieadekwatne do sytuacji. Mamy do czynienia z utrwalonym niedoborem kadr medycznych, który stawia nas w ognie Europy, na równi z takimi krajami jak Rumunia.

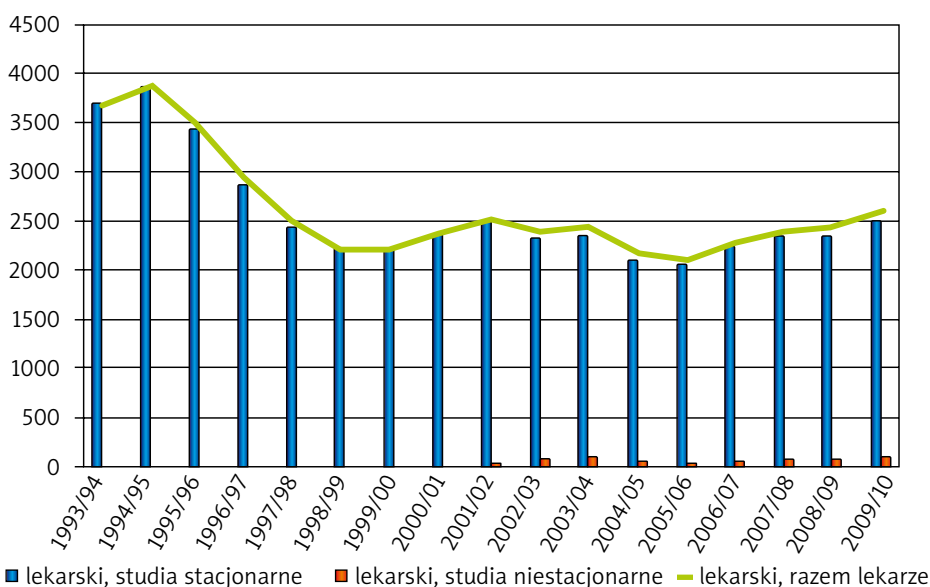
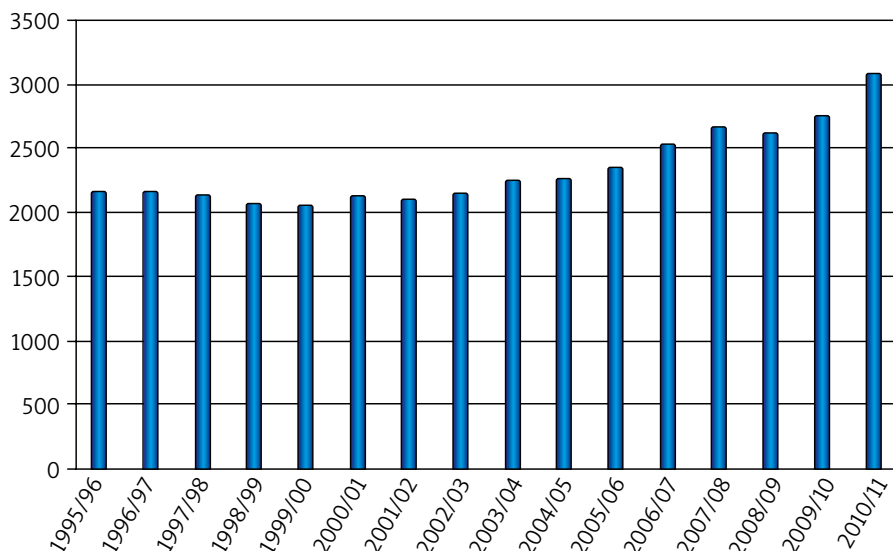
Jak doszło do takiej sytuacji, skoro w latach 80. dochodziliśmy już do liczby 2,5 lekarza na 1000 mieszkańców? Co się stało, że nagle nabór na studia medyczne zmniejszono z ponad 6000 w roku 1987 do niewiele ponad 2000 w latach 1994–2000?

Przyczyna tkwi jak zwykle w polityce. Otóż grupa prominentnych polityków „nowego” zaczęła lansować tezę, że kształcimy lekarzy na potrzeby Układu Warszawskiego. Natychmiast podjęto odpowiednie działania. Jaki był efekt, widać na wykresach (ryc. 1 i 2). Dopiero pod koniec pierwszej dekady naszego wieku zauważono, że drastycznie zmniejszyła się liczba lekarzy. W latach 2009/2010 doszliśmy do liczby 2500 studentów przyjmowanych na wydziały lekarskie. Zniszczyć łatwo, zbudować trudniej. Uruchamiając nowe wydziały lekarskie, z trudem osiągnęliśmy 3500 studentów przyjętych w tym roku na medycynę.

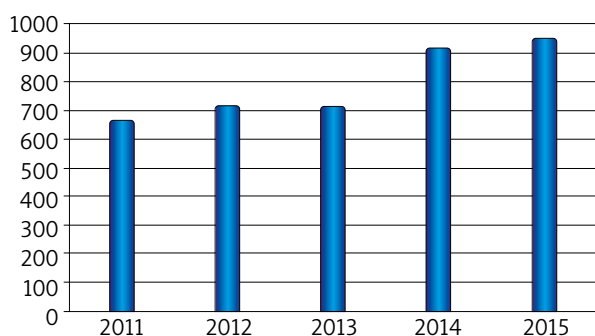


Rycina 1. Limity przyjęć na studia medyczne w poszczególnych latach

A zatem nie wyjazdy do pracy za granicę, ale drastyczne obniżenie liczby kształconych lekarzy jest główną przyczyną niedoboru lekarzy w Polsce, co wyraźnie pokazują liczby.



Rycina 2. Liczba absolwentów wydziałów lekarskich w latach 1993–2011



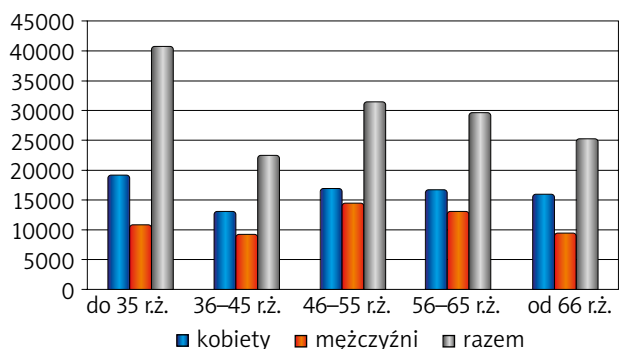
Rycina 3. Liczba pobranych dokumentów potrzebnych do wyjazdu za granicę do pracy

Dane z Centralnego Rejestru Lekarzy NIL

Choć przedstawione poniżej dane dotyczące osób pobierających dokumenty potrzebne do pracy za granicą są niepokojące, zwłaszcza ze względu na wzrost ich liczby, to jednak nie są to ilości zagrażające systemowi opieki zdrowotnej w Polsce, szczególnie że wiele z tych osób nie decyduje się na wyjazd (ryc. 3). Owszem, lekarze wyjeżdżali, ale tylko przez moment było to zjawisko gwałtowne – po przyjęciu Polski do UE, kiedy po latach lekceważenia w 2004 r. zaczęto uznawać nasze dyplomy. Utrzymywanie takiego przekonania w społeczeństwie jest jednak wygodne dla wszystkich zainteresowanych.

Według danych Centralnego Rejestru Lekarzy NIL mamy w Polsce zarejestrowanych 148 000 lekarzy, w tym 128 000 posiadających pełne prawo wykonywania zawodu. Liczba ta jest jednak zwodnicza. Mam wątpliwości, czy lekarza emeryta, pracującego na ułamek etatu, możemy liczyć jako pełnowartościowego lekarza (przepraszam, jeżeli kogoś tym sformułowaniem uraziłem). W tej liczbie jest też wielu lekarzy, którzy posiadając pełne prawo wykonywania zawodu, *de facto* od dawna nie leczą, a także ci, którzy posiadając prawo wykonywania zawodu na terenie Polski, od dawna mieszkają i pracują za granicą.

Spółeczeństwa się starzeją. Dotyczy to także lekarzy. Pomiędzy 1995 a 2000 r. liczba lekarzy poniżej 45. roku życia w całej Europie spadła o 20%, podczas gdy liczba tych, którzy mają ponad 45 lat, wzrosła o ponad 50%.



Rycina 4. Liczba lekarzy wykonujących zawód w poszczególnych przedziałach wiekowych

Dane z Centralnego Rejestru Lekarzy NIL, październik 2017

Jak wynika z wykresu na rycinie 4, nie należy się spodziewać znaczącego wzrostu liczby lekarzy w ciągu najbliższych lat. Optymistycznie wygląda wprawdzie wzrost liczby lekarzy w najmłodszym przedziale wiekowym, ale trzeba zwrócić uwagę, że aby poprawić wskaźnik liczby lekarzy na 1000 mieszkańców o 0,1, musi przybyć w liczbach bezwzględnych 4000 lekarzy, a aby przekroczyć magiczną barierę 3 lekarzy na 1000 Polaków, musi ich przybyć 40 000. Kiedy możemy to osiągnąć?

W tej sytuacji gospodarka kadrami lekarskimi jest szczególnie ważna. Tymczasem trudno się oprzeć wrażeniu, że od wielu lat działania w tym zakresie są odwrotne od pożądaných.

Dwukrotnie został zmieniony system specjalizacji. Po raz pierwszy wprowadzono w miejsce dotychczasowego systemu specjalizacje jednostopniowe, co połączono z ograniczeniem dostępu do nich. To wówczas po raz pierwszy pojawiły się braki w poszczególnych specjalizacjach. Ograniczanie liczby miejsc specjalizacyjnych, komisje przyznające miejsca, decyzje ministerialne o przyznaniu miejsca do specjalizacji w szpitalu powiatowym – taka jest dzisiejsza rzeczywistość. Nie ma racjonalnego uzasadnienia dla tych działań, często spowodowanych widzimisię osób decydujących o przyznaniu miejsc. W jednej ze specjalizacji stomatologicznych specjalista krajowy stwierdził, że specjalistów jest dość i więcej nie trzeba. W innej postawiono warunek posiadania biblioteki medycznej (w dobie powszechnego dostępu do Internetu), jeszcze w innej posiadania aparatu, który mają tylko dwie kliniki w Polsce. Takie działania, akceptowane przez resort, pogłębiają niedobory kadrowe. Czy rzeczywiście musimy ograniczać miejsca specjalizacyjne? Czy kierownik oddziału odpowiedzialny za zdrowie i życie pacjentów nie jest na tyle rozsądny, żeby wiedzieć, czy jest w stanie specjalizować lekarzy i ilu może ich być? Czy do tego potrzebna jest decyzja „centrali”? Zwłaszcza w sytuacji, kiedy połowę czasu specjalizacji lekarz spędza poza macierzystym oddziałem – na kursach i stażach? Próba bezkrytycznego przeniesienia na polski grunt systemu rezydencyjnego moim zdaniem zakończyła się klęską. W sytuacji niedoboru kadr medycznych, kiedy jedynym racjonalnym rozwiązaniem byłoby ograniczenie liczby specjalizacji, ta liczba się zwiększyła. Po decyzjach ministra Arłukowicza o wprowadzeniu 11 nowych specjalizacji mamy ich obecnie 88 lekarskich i 11 stomatologicznych. W tym specjalizacje od jednej choroby. W Unii Europejskiej, którą tak chętnie zasłaniają się reformatorzy systemu, obowiązuje do dzisiaj pięćdziesiąt kilka specjalizacji i poziom leczenia na tym nie cierpi. Mamy za mało lekarzy, którzy kończą studia medyczne, aby zapewnić kadry dla takiej liczby specjalizacji. Jeszcze większą klęską jest wprowadzenie kilka lat temu tzw. systemu modułowego specjalizacji. Zniknęło pojęcie specjalizacji podstawowych i szczegółowych, które były

realizowane po uzyskaniu specjalizacji podstawowej. Wynikiem jest zrównanie w czasie stażu specjalizacyjnego np. z chorób wewnętrznych z hipertensjologią czy nefrologii dziecięcej z pediatrią.

Na skutki tych decyzji nie będzie trzeba długo czekać, ponieważ już w tej chwili brakuje specjalistów i chętnych do zdobywania specjalizacji tzw. szerokich, takich jak interna czy pediatria, na rzecz specjalizacji wąskich. Zresztą dla lekarzy mających specjalizację z interny i pediatrii już teraz brakuje miejsca w systemie ochrony zdrowia. Miejsce dla nich jest na oddziałach szpitalnych lub w praktykach lekarzy rodzinnych – jako podwykonawców.

Wszystkie te zawirowania spowodowały, że specjalizacji, w których średnia wieku specjalistów wynosi poniżej 50 lat, jest zaledwie 15, przypominam: na 88 (według danych z Centralnego Rejestru Lekarzy NIL).

Skomentowanie tej sytuacji i odniesienie się do demografii poszczególnych specjalizacji przekracza ramy tego artykułu, jednak trudno nie zauważyć, że istnieją specjalizacje, którym ustawodawca zagwarantował uprzywilejowaną pozycję w systemie opieki zdrowotnej. Na czele tej listy niewątpliwie znajduje się medycyna rodzinna. Ustawodawca zapisał, że w zakresie POZ monopole w zasadzie mają specjaliści z medycyny rodzinnej lub lekarze specjalizujący się w medycynie rodzinnej. W Polsce mamy ok. 10 000 specjalistów z medycyny rodzinnej. Gdybyśmy mieli spełnić założenia, to licząc lekarza rodzinnego na 2000 pacjentów, brakuje nam ok. 10 000 specjalistów z tej gałęzi medycyny. Gdybyśmy rocznie kształcili 500 specjalistów, to przyjmując założenie, że wszyscy dotychczasowi pozostaną, warunki ustawy spełnimy za 20 lat. Zatem nie ma wyjścia: albo złagodźmy wymogi ustawy, albo będziemy kształcić na siłę specjalistów, aby im sprostać. Podobna sytuacja panuje w medycynie ratunkowej, gdzie mimo braku specjalistów i chętnych do tej specjalizacji wymogi ustawy i płatnika pozostają niezmiennione.

Podobno (wiem to z plotek) przygotowana jest kolejna reforma systemu kształcenia specjalizacyjnego. Jeżeli jednak, co wydaje się możliwe, będą ją przygotowywać ci sami ludzie co dwie poprzednie, to efekt można przewidzieć.

Nieliczenie się z realiami jest charakterystyczne dla tworzenia przez Ministerstwo Zdrowia wymogów kadrowych przy formułowaniu warunków udzielania świadczeń. Ale to zupełnie odrębny problem. Gdyby wymagania kadrowe dla oddziałów ratunkowych miały być rzeczywiście przestrzegane, musielibyśmy te oddziały zamykać.

Czy jest wyjście z tego impasu? Moim zdaniem tak. Aby poprawić sytuację, należałoby jak najprędzej:

- wstrzymać nabór na niektóre specjalizacje na rzecz specjalizacji szerszych. Z części specjalizacji, tworzonych pod naciskiem wąskich grup, można by bez

„Może należałoby chociaż czasowo wrócić do dwustopniowej specjalizacji?”

szkody dla pacjentów w ogóle zrezygnować. Pozwoliliby to na zapewnienie kadr dla specjalizacji niezbędnych dla pacjentów;

- część dotychczasowych specjalizacji zamienić na dodatkowe kwalifikacje, które mogłyby być uzyskiwane w trakcie specjalizacji podstawowej lub tuż po jej uzyskaniu;
- przy podejmowaniu decyzji nie kierować się życzeniami poszczególnych grup nacisku, jak to się stało w przypadku co najmniej kilku specjalizacji;
- przystąpić do prac nad racjonalnym kształceniem specjalizacyjnym, uwzględniającym nie tylko życzenia niektórych autorytetów, lecz także potrzeby pacjentów i systemu ochrony zdrowia. Jak najszybciej wycofać się z modułowego systemu kształcenia;
- dostosować wymagania stawiane przy kontraktowaniu świadczeń medycznych do faktycznych możliwości kadrowych;
- przede wszystkim zwiększyć nabór na studia medyczne i poszerzyć kompetencje zawodowe lekarzy stażystów i rezydentów.

Jeszcze nie tak dawno temu lekarze stażyści mieli niemal pełne uprawnienia zawodowe, a lekarze specjalizujący się uzyskiwali (w większości specjalizacji po dwóch latach) pierwszy stopień specjalizacji, zakończony egzaminem, który pozwalał im w dużej mierze na samodzielną pracę. Dopiero pierwsza fala „reformacji” w systemie kształcenia lekarzy pozbawiła ich tych możliwości i staż podyplomowy sprowadziła praktycznie do roli siódmego roku studiów. A nie uważam, żeby nasi młodszy koledzy byli głębsi od nas, kiedy kończyliśmy studia. Zrezygnowaliśmy też z pośrednich etapów kształcenia specjalistów. Dzisiaj wracamy w pewnym sensie do dawnego modelu, obsadzając lekarzami rezydentami dyżury na SOR-ach. Odbывается to jednak „na własne ryzyko”. A może należałoby to przemyśleć i chociaż czasowo wrócić do dwustopniowej specjalizacji?

Nad tym wszystkim ci, którzy decydują o ochronie zdrowia w Polsce, muszą się głęboko zastanowić i dostosować politykę zdrowotną do realiów, w których przyszło nam żyć.

Chcąc uniknąć powszechnych dzisiaj zarzutów o polityczność tego artykułu, zwracam uwagę, że żaden z rządów nie podszedł do problemów ochrony zdrowia i kadr medycznych z należytą powagą, a za obecny stan odpowiedzialność ponoszą wszyscy dotychczasowi ministrowie zdrowia i rządy. Nie zmienia to jednak faktu, że trzeba go wreszcie naprawić i postawić na nogi.

Jerzy Friediger