

Kadrowa katastrofa

Pięć lat bez lekarzy



Mamy pokolenie dziadków i wnuków – rodziców brak. O czym mowa? Dotyka nas luka pokoleniowa wśród lekarzy. W latach 90. XX wieku przez 5 lat sztucznie ograniczono nabór na studia medyczne. Efektem tego limitowania liczby studentów jest dzisiejszy niedobór wykwalifikowanej kadry medycznej, szczególnie tej w średnim wieku. Czekają nas 5 lat poważnych kłopotów i braków.

Problem zauważyło nawet Ministerstwo Zdrowia. Niestety, kolejne ekipy chowały głowę w piasek. – *Już w 2006 r. w zakładach opieki zdrowotnej brakowało ponad 4 tys. lekarzy* – dowiadujemy się z dokumentu ministerstwa dotyczącego analizy sytuacji kadrowej w ochronie zdrowia. – *Deficytu tego nie da się zlikwidować w krótkim czasie, gdyż czas kształcenia lekarza jest niezwykle długi, a możliwości uczelni w zakresie kształcenia ograniczone* – czytamy dalej.

Rozbrajająca szczerłość

Ostatni dzwonek, by coś zaradzić powszechnemu niedoborowi kadry lekarskiej, rozległ się w 2003 r., kiedy Najwyższa Izba Kontroli alarmowała w swoim raporcie (z kontroli przeprowadzonej rok wcześniej), że nie ma ustawowej regulacji zapewniającej systemowi opieki zdrowotnej kadre medyczną, że decyzje o szkoleniach specjalizacyjnych podejmowane są niemal z *kapelusza*, bo bez analiz zapotrzebowania zarówno w województwach, jak i w kraju, zarządzający zaś uważają, że na rynku znajduje się wielu specjalistów. Pięć lat temu inna była jednak sytuacja demograficzna, dopiero od niedawna działał nowy system szkoleń specjalizacyjnych i nie byliśmy w Unii Europejskiej.

Groźne liczby

Z najnowszych danych OECD wynika, że w Polsce na tysiąc mieszkańców przypada przeciętnie dwóch lekarzy. Dla porównania: w Hiszpanii ten wskaźnik wynosi 4, a w Grecji 5. Ale nie tylko o liczbę lekarzy chodzi. Tym, co powinno wszystkim spędzać sen z powiek, jest problem demograficzny w tej grupie zawodowej.

Mamy bowiem do czynienia z luką pokoleniową. Przewodniczący Krakowskiej Izby Lekarskiej Jerzy Friedigier przedstawia bezlitosne dane: zarejestrowanych lekarzy specjalistów jest ok. 78 tys., przy czym wiek emerytalny przekroczyło ponad 18 tys. z nich! Część emerytów na szczęście nadal pracuje. Pytanie – jak długo? W kolejnym przedziale wiekowym – między 55. a 60. rokiem życia jest ok. 8 tys. specjalistów. Tych, którzy nie ukończyli 40. roku życia, jest niespełna 14,5 tys.

Kto nas będzie leczył? Zwłaszcza że popyt na usługi lekarskie wraz ze starzeniem się i bogaceniem ludności rośnie!

Niemożność znalezienia pracownika blokuje już rozwój nowych oddziałów i przychodni. W szpitalu dziecięcym przy ul. Kopernika w Warszawie przeszło rok nie można otworzyć oddziału neonatologicznego. Powód? Brak neonatologów i pediatrów, którzy mogliby pracować na ośmiostanowiskowym oddziale. Średni wiek pediatry w Polsce to 58 lat!

Jeszcze 4 lata temu na brak kadry medycznej narzekały placówki publiczne, które nie były w stanie konkurować płacami z niepublicznymi. Teraz i te dru-



foto: Marian Zubrycki/Fotorepo

Lekarze potrzebni od zaraz

anestezjologia	– 578
diabetologia	– 1000
endokrynologia	– 867 endokrynologów to, zdaniem konsultanta krajowego, wystarczająca liczba, jednak problemem jest to, iż większość z nich pracuje w dużych miastach, zwłaszcza akademickich
kardiologia	– 1100
onkologia kliniczna	– 200
patomorfologia	– 200–250
pediatria	– 500 lekarzy w najbliższym czasie; do 2000 za 5 lat
psychiatria	– 1855

Materiał źródłowy: Ministerstwo Zdrowia

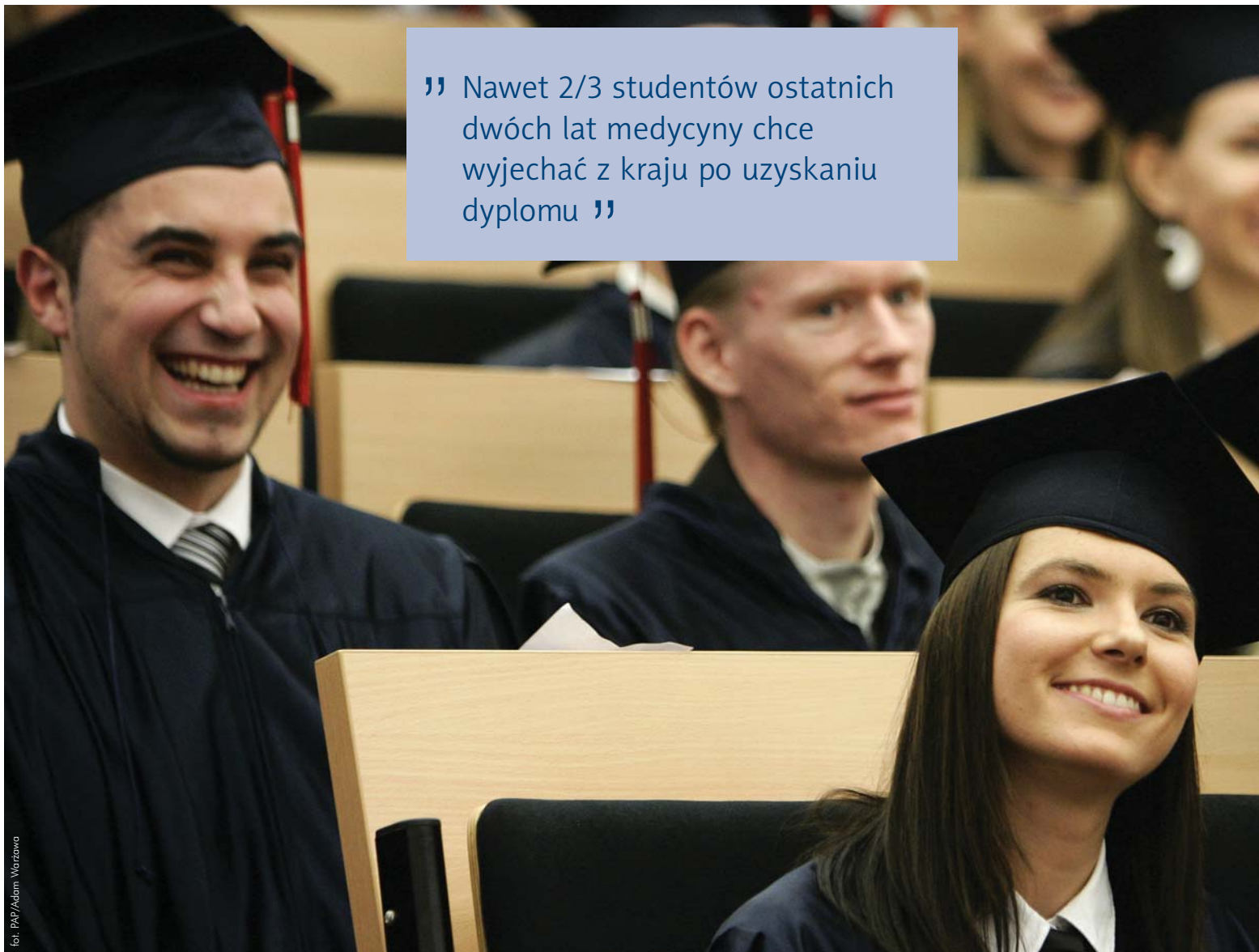
gie mają kłopot, a pacjenci, liczący na szybkie przyjęcie do specjalisty w prywatnej przychodni czekają w kilkutygodniowych kolejkach. Bo i niepubliczne placówki zaczęły mieć problem kadrowy. – *Przez kilka miesięcy w Warszawie szukałem pediatry* – mówi właściciel jednej z takich placówek. – *Oferowałem pensję podstawową w wysokości 7 tys. zł. Nie znalazłem chętnego.*

Mityczna migracja

Często powtarza się, że deficyt lekarzy to pokłosie migracji do krajów Unii Europejskiej. To mit, choć na pewno migracja ma znaczenie w przypadku absolwentów uczelni medycznych. Szacuje się, że nawet 2/3 studentów ostatnich dwóch lat medycyny chce wyjechać z kraju po uzyskaniu dyplomu.

Niewystarczająca liczba specjalistów to przede wszystkim wynik błędnych decyzji Ministerstwa Zdrowia podejmowanych w ostatnich 15 latach. Były minister zdrowia Marek Balicki przyznaje, że w pew-

„ Nawet 2/3 studentów ostatnich dwóch lat medycyny chce wyjechać z kraju po uzyskaniu dyplomu ”



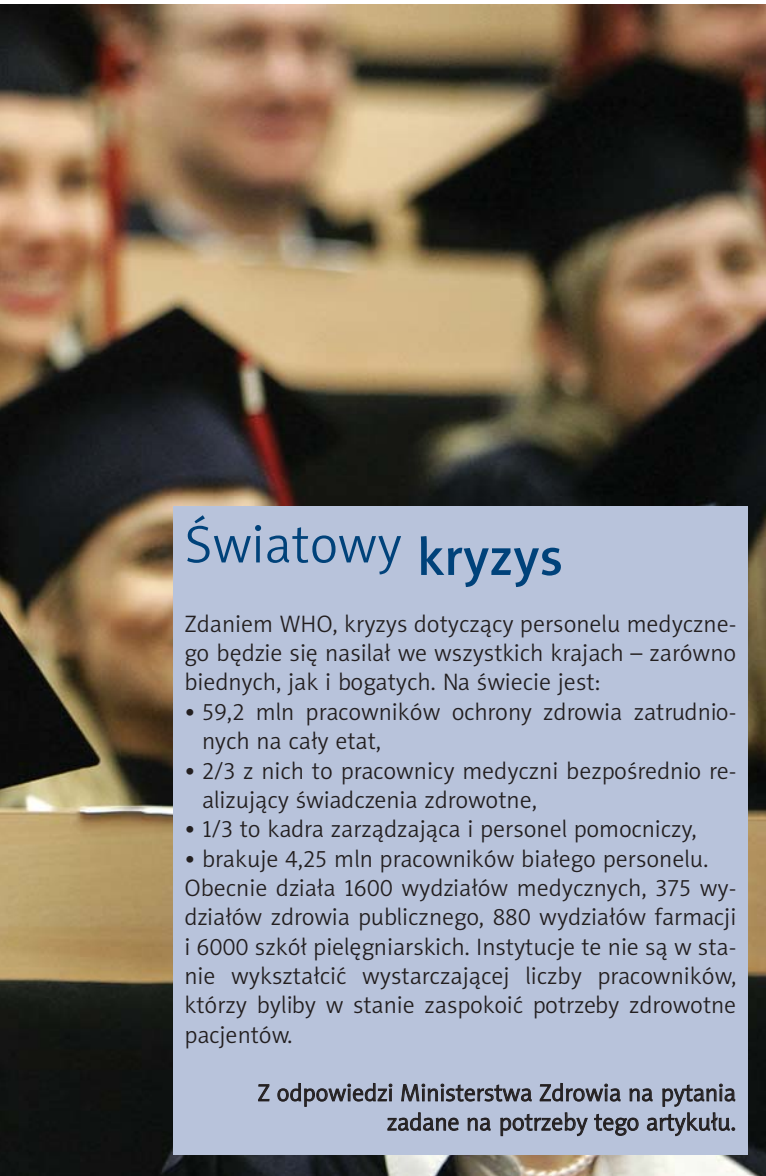
fot. PAP/Adam Wórzawa

prof. Witold Lukas,
konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej

W podstawowej opiece zdrowotnej w porównaniu z innymi dziedzinami sytuacja jest w miarę dobra. Nie ma większych problemów z obsadzeniem miejsc pracy w tym sektorze. Dyplom specjalisty medycyny rodzinnej ma 9,8 tys. lekarzy. Choć specjalistów medycyny rodzinnej potrzeba nam ok. 20 tys., to nie ma dramatu, bo tę lukę uzupełnia wielu lekarzy internistów i pediatrów. Co roku wielu lekarzy podejmuje szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej i stopniowo będzie ich przybywało. Problem leży gdzie indziej. Aż co czwarty kierownik placówki POZ skarży się na braki kadrowe. Zapaści nie ma, bo nasi lekarze pracują po osiągnięciu wieku emerytalnego – to ok. 15 proc. kadry. Kolejny problem to zbyt duża liczba pacjentów na tzw. listach aktywnych – 2,5 tys. na lekarza. Niemcy, a także specjaliści w innych krajach, wyliczyli, biorąc pod uwagę czas wizyty, konieczność dbania o badania przesiewowe itp., że optymalnie na lekarza rodzinnego powinno przypadać 1200 pacjentów.

nym stopniu obecna zapaść kadrowa to konsekwencja decyzji z początku lat 90. XX wieku, kiedy władze uznały, że mamy za dużo kadry medycznej i za dużo jej kształcimy. W efekcie zmniejszono limity przyjęć na studia.

Następnie pod koniec lat 90. XX wieku zreformowano system szkolenia specjalizacyjnego, wskutek czego na poszczególne specjalizacje niechętnie przyjmowano nowych kolegów, ponieważ mogli oni stanowić zagrożenie dla establishmentu w danej dziedzinie. Najwyższa Izba Kontroli wytykała, że konsultanci krajowi i wojewódzcy *de facto* sterują szkoleniem podyplomowym, nie dysponując analizami dotyczącymi zapotrzebowania na danych specjalistów w kilkuletniej perspektywie. Nie ułatwiały sytuacji bariery administracyjne, które musieli pokonać lekarze zamierzający rozpocząć specjalizację. Nie mogli jej podjąć zatrudnieni na połowę etatu, chyba że opłacili ją z własnej kieszeni. Resztę *zalatwiły* dyrektywa o czasie pracy, uniemożliwiająca eksploataowanie lekarzy ponad określoną liczbę godzin oraz odpływ kadry za granicę



Światowy kryzys

Zdaniem WHO, kryzys dotyczący personelu medycznego będzie się nasilał we wszystkich krajach – zarówno biednych, jak i bogatych. Na świecie jest:

- 59,2 mln pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych na cały etat,
- 2/3 z nich to pracownicy medyczni bezpośrednio realizujący świadczenia zdrowotne,
- 1/3 to kadra zarządzająca i personel pomocniczy,
- brakuje 4,25 mln pracowników białego personelu.

Obecnie działa 1600 wydziałów medycznych, 375 wydziałów zdrowia publicznego, 880 wydziałów farmacji i 6000 szkół pielęgniarstwa. Instytucje te nie są w stanie wykształcić wystarczającej liczby pracowników, którzy byłiby w stanie zaspokoić potrzeby zdrowotne pacjentów.

Z odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia na pytania zadane na potrzeby tego artykułu.

i do pracy w prężnie rozwijającym się sektorze farmaceutycznym.

Od czasu do czasu politycy przebąkują, że do nas też będą migrować lekarze, np. z państw wschodnich. Nie łudźmy się – to także mit.

Kiedy za czasów rządów PiS wybuchały strajki personelu medycznego, politycy tej partii nieśmiało zaczęli przebąkiwać o sprowadzaniu lekarzy z Białorusi i Ukrainy. Szybko jednak zapanowała cisza na ten temat. Ówczesny wiceminister pracy Kazimierz Kuberka przyznał, że województwa południowe zgłosiły taką chęć, a rząd nawet zaczął się zajmować tym problemem. – *Rozmawialiśmy ze stroną ukraińską i okazuje się, że choć oficjalnie lekarze zarabiają tam mniej, w sumie dochód mają większy niż lekarze w Polsce. Może ewentualnie pielęgniarki chciałyby przyjechać* – ocenił skutki analizy.

Ponadto ukraińska organizacja lekarska przysłała oświadczenie, że jej członkowie nie są zainteresowani podjęciem pracy w Polsce. Zresztą, nawet jeśli znalazłby się chętny, czeka go droga przez mękę, trwają-



foto: PAP/Rodek Pleuska

Zbigniew Teter,
zastępca prezesa NFZ ds. służb mundurowych

Z punktu widzenia płatnika, lekarzy brakuje co najmniej w kilku miejscach systemu opieki zdrowotnej. Po pierwsze, problem z zatrudnieniem kadry lekarskiej ma NFZ, ponieważ warunki płacowe, jakie możemy zaoferować, są o wiele gorsze niż proponowane przez szpitale. W takiej sytuacji dla większości kandydatów do pracy wybór jest prosty – idą tam, gdzie płacą zdecydowanie więcej. Sytuacja ta nie zmieni się, dopóki pieniądze na obsługę systemu ubezpieczeniowego będą wynosiły średnio procent budżetu NFZ. Po drugie, niedobór kadry dotyczy ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Wiele poradni nie jest w stanie realizować umów z NFZ, bo nie ma na rynku odpowiedniej liczby specjalistów. Ponadto poradnie nie są w stanie zaoferować lekarzom tak atrakcyjnych warunków finansowych, jak szpitale. Płatnik dostrzega ten problem. Pracujemy nad zmianą finansowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, co spowoduje większe finansowanie tych świadczeń. Wprowadzenie jednorodnych grup pacjentów w opiece specjalistycznej planowane jest na połowę 2009 r.



foto: Jakub Ostrowski/Falczepa

prof. Krzysztof Strojek,
konsultant krajowy ds. diabetologii

Potrzebujemy 1500 diabetologów, obecnie jest ich 500. Wyliczyliśmy to, biorąc pod uwagę takie czynniki, jak m.in. czas wizyty, odsetek pacjentów z cukrzycą i odsetek pacjentów, którzy muszą być pod stałą opieką diabetologa (40 proc. chorych). Niedobór ten stale się zmniejsza, bowiem wciąż szkolimy nowych specjalistów. Rocznie przybywa ich 80–100. Problemem jest geograficzne rozmieszczenie specjalistów. Na Śląsku jest np. kilkudziesięciu diabetologów, podczas gdy w kilku innych województwach – zaledwie paru. Emigracja specjalistów nie jest dotkliwym problemem, ponieważ nie we wszystkich krajach jest taka specjalizacja. Aby zapobiec niedoborom, należałoby jednak zwiększyć liczbę rezydentur.

Liczba osób przyjętych na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny w latach 1995 do 2009

rok akadem.	lekarski		lekarsko-dentystyczny	
	studia stacjonarne	studia niestacjonarne	studia stacjonarne	studia niestacjonarne
1995/96	2177	142	760	11
1996/97	2171	342	745	175
1997/98	2145	467	748	221
1998/99	2077	494	718	227
1999/00	2059	403	697	202
2000/01	2142	306	794	231
2001/02	2107	392	730	216
2002/03	2159	570	738	262
2003/04	2261	645	733	260
2004/05	2272	675	717	320
2005/06	2373	486	714	221
2006/07	2540	568	711	190
2007/08	2674	627	710	179
2008/09	2628	697	711	190

prof. Włodzimierz Olszewski,
konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii

Znaczny niedobór patomorfologów może być dużym zagrożeniem dla systemu opieki zdrowotnej. Jaka jest sytuacja? W izbach lekarskich zarejestrowanych jest 700 specjalistów z tej dziedziny, a czynnych zawodowo zaledwie 420. Potrzeby są zaś bardzo duże – brakuje co najmniej 600 specjalistów. Co gorsza, jest olbrzymia luka pokoleniowa. Specjalizację z patomorfologii rocznie rozpoczyna ok. 20 osób. W ubiegłym roku zmarło 8 kolegów, a za granicę wyjechało 15. W tej dziedzinie, jak w mało której, odczuwamy odpływ kadr medycznych za granicę. Patomorfolog nie otworzy prywatnej praktyki; bazuje na tym, co zarobi w szpitalu. Moja pensja profesorska to 5 tys. zł, ale specjalista bez tytułu zarabia średnio 3 tys. zł. Tymczasem w Wielkiej Brytanii młody patomorfolog od razu dostaje 50 funtów za godzinę, a profesor – 150 funtów. Zwiększenie liczby specjalizujących się w tej dziedzinie lekarzy nie zatłwi problemu niedoborów, dopóki nie będą mieli oni możliwości dobrego zarobkowania w Polsce. Sytuację pogarsza też to, że wzrosły ostatnio wymagania. Kiedyś diagnozowało się, czy guz jest operacyjny, czy nieoperacyjny. Teraz, w związku z coraz powszechniejszym stosowaniem terapii celowanych, trzeba dokładnie obliczyć liczbę genów czy chromosomów. Nie należy się dziwić, że w wielu przypadkach na wynik badania histopatologicznego czeka się miesiąc. Przyczyną jest to, że często patomorfolog jest w danym ośrodku zaledwie raz na tydzień, tymczasem pracy jest mnóstwo.

ca nawet półtora roku. O ile lekarz absolwent polskiej uczelni medycznej z polskim obywatelstwem musi złożyć w odpowiedniej izbie lekarskiej siedem dokumentów, o tyle cudzoziemiec co najmniej dwa razy tyle. I jest to dopiero półmetek.

„ O ile absolwent polskiej uczelni medycznej z polskim obywatelstwem musi złożyć w izbie lekarskiej siedem dokumentów, o tyle cudzoziemiec co najmniej dwa razy tyle ”

Źródło: Image Source/Corbis

Środki zaradcze

Ministerstwo pracuje nad zmianą szkolenia specjalizacyjnego. Staż podyplomowy ma być zlikwidowany, a wszyscy absolwenci medycyny będą mogli podejmować specjalizację na podstawie tzw. umowy rezydentur. Ma to spowodować wcześniejsze wejście lekarzy w życie zawodowe, zapewniając przy tym szybszy dopływ kadry do systemu ochrony zdrowia. Planuje się zlikwidowanie podziału specjalizacji na podstawowe i szczegółowe. Wyselekcjonowano specjalizacje priorytetowe (np. pediatrię), na których rezydent dostanie pensję wyższą o ok. 500 zł niż kolega specjalizujący się w dziedzinie niepriorytetowej. Ministerstwo Zdrowia zauważyło, że w absurdalny sposób wyśrubowano normy akredytacyjne dla ośrodków szkolących lekarzy specjalistów i zamierza je poluzować. Być może dzięki temu zwiększy się liczba miejsc dla lekarzy, którzy chcą zdobyć specjalizację.



fot. STOMOZ

Danuta Tarka,
prezes Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej
STOMOZ

Niedobory kadry medycznej odczuwamy już teraz, a niestety, będą się one pogłębiały. Przyczyną było wprowadzenie dyrektywy unijnej o czasie pracy. Nałożył się na to problem wyjazdów lekarzy za granicę, którego podłożem były olbrzymie dysproporcje między zarobkami w kraju i w państwach starej Piętnastki. W niektórych specjalnościach – np. związanych z radiologią – na niedobór kadry rzutuje znacznie mniejszy wymiar czasu pracy. Na dodatek w większości przypadków nie jest to podyktowane kwestiami szczególnych zagrożeń w pracowniach radiodiagnostycznych, wyposażonych w nowoczesny i bezpieczny sprzęt. Te uwarunkowania prawne bardzo nam – pracodawcom – utrudniają działanie. Jeśli chodzi o pielęgniarki, to zbyt mało osób podejmuje studia na wydziałach pielęgniarstwa. Jednocześnie nie szkolimy pomocy pielęgniarstwu i pomocy położnych, które mogłyby przejąć typowo pielęgnacyjne obowiązki przy chorym. Niewątpliwie powinniśmy kształcić więcej kadr medycznych.

Tymczasem...

Menedżerowie radzą sobie, jak mogą. Jeśli im się udaje, podkupują zespoły konkurencji. Zamykają oddziały. Fundują pracownikom szkolenia i urlopy szkoleniowe. Naginają przepisy prawa pracy i prawa dotyczącego dyżurów medycznych. Państwowa Inspekcja Pracy po kontroli w 140 zakładach opieki zdrowotnej, w których pracuje 50 tys. osób, stwierdziła zatrudnianie powyżej maksymalnych norm czasu pracy, naruszanie prawa do odpoczynku czy dodatkowe zatrudnianie bez pisemnej zgody pracowników medycznych. Zdaniem PIP, staje się to powszechną praktyką, a przyczyną jest zbyt mała liczba zatrudnionych. – *Pracodawcy, chcąc sprostać potrzebie zapewniania całodobowej opieki, sięgają do metod będących próbą omijania przepisów o czasie pracy, tj. zatrudniania własnych pracowników na podstawie umów cywilnoprawnych przez podmioty zewnętrzne* – napisano

w komunikacie PIP, która te praktyki określa jako *niedopuszczalne*.

Jakieś jeszcze pomysły na zaradzenie problemowi?

Justyna Wojteczek