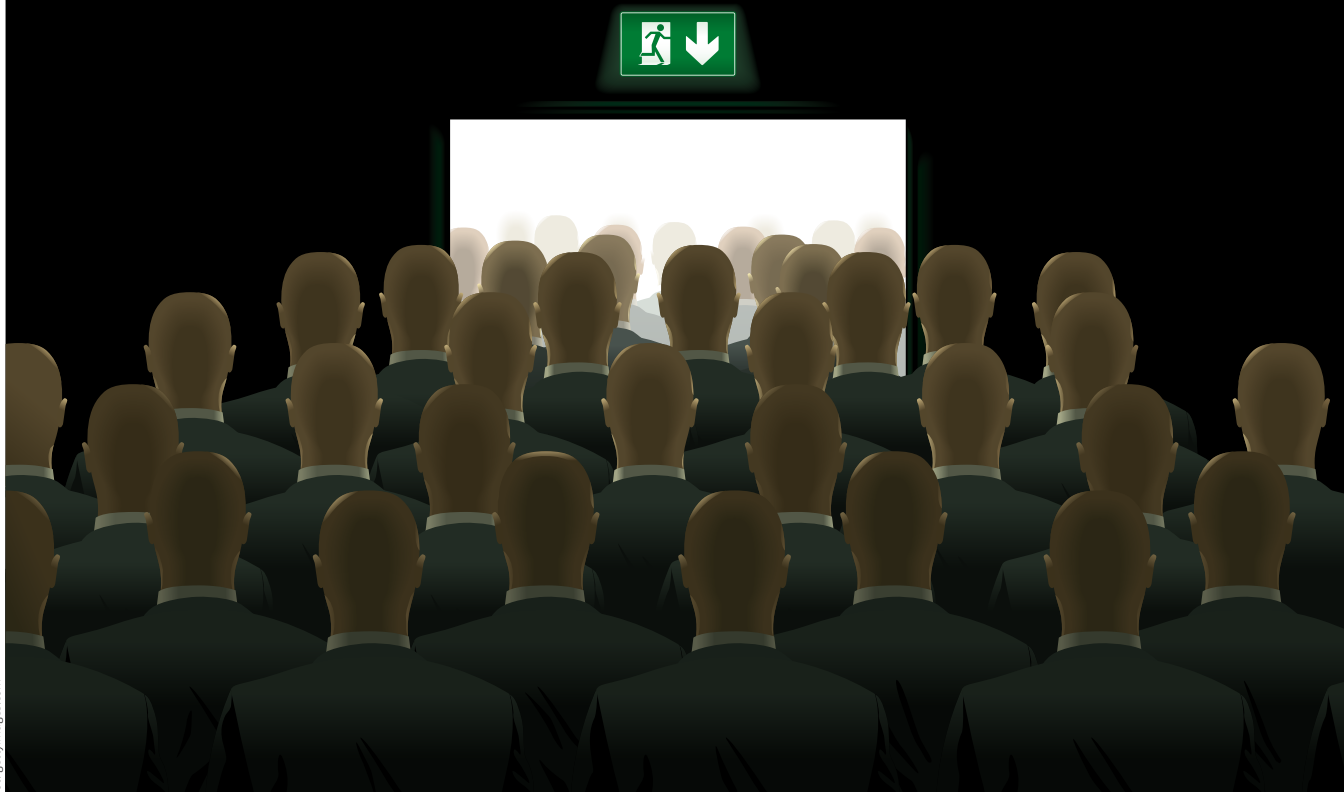


Jak zwiększyć liczbę lekarzy i pielęgniarek



Kryzys kadry medycznej

Zwiększanie liczby studentów kierunku lekarskiego, pomysł odpłatnych studiów medycznych, ostatni przydział miejsc rezydenckich – te działania, obok rzetelnych danych statystycznych, potwierdzają tezę, że cierpimy na ostry niedobór kadr medycznych. Za taki stan rzeczy często obwinia się emigrację. Jakie są fakty i jak możemy zapobiec załamaniu systemu z powodu niedoboru pracowników?

Według raportu Naczelnej Izby Lekarskiej na 30 listopada 2016 r. liczba lekarzy w Polsce wynosi ok. 146 tys., z czego niecałe 130 tys. posiada pełne prawo wykonywania zawodu. Wskaźnikiem, który cieszy się największą popularnością w związku z problemem niedoboru medyków, jest liczba lekarzy na 1000 mieszkańców wg raportu OECD. W 2014 r. dla Polski wynosił on 2,3 i był najniższy w krajach Unii Europejskiej (średnia 3,5). Brak kadry jest szczególnie widoczny, kiedy sprawdzimy dane dotyczące liczby przeprowadzonych konsultacji. Jeden polski lekarz w 2014 r. udzielił 3121 porad (trzeci najwyższy wynik), podczas

gdy średnia OECD wyniosła 2145. Warto też wspomnieć, że liczba konsultacji przypadających na jednego pacjenta w Polsce jest praktycznie taka sama jak średnia OECD (różnica wynosi 0,1). To bezpośrednio wskazuje, że przyczyną zwiększonego o 30% nakładu pracy naszych lekarzy jest konieczność nadrabiania niedoboru kadr.

W ogniu Europy

Liczba pielęgniarek i położnych w 2016 r. wyniosła 325 tys. Ze wspomnianego raportu OECD wynika, że w 2014 r. było 5,2 pielęgniarki na 1000 mieszkańców,

przy średniej wynoszącej 8,4. Jesteśmy więc w ogonie Europy. Według raportu wskaźnik liczby pielęgniarek przypadających na jednego lekarza jest porównywalny ze średnią OECD (2,3 dla Polski, średnia 2,5). To sugeruje, że kryzys w równym stopniu dotyka kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. Jednakże kraje, których system ochrony zdrowia przoduje w rankingach konsumenc- kich, cechuje wyższa wartość tego wskaźnika (m.in. 3,0 w Holandii, 3,2 w Niemczech).

Zjawisko starzenia się społeczeństwa jest proble- matyczne nie tylko w kontekście zwiększonego za- potrzebowania na świadczenia zdrowotne, lecz także z powodu starzenia się pracowników medycznych. Analiza struktury wiekowej lekarzy w statystykach NIL z 2015 r. wskazuje, że jedynie 19,6% ma mniej niż 35 lat, a połowa praktykujących lekarzy przekro- czyła 50. rok życia. Średni wiek lekarza specjalisty to 55 lat. Przyszłość nie zapowiada się lepiej: wg raportu GUS „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.” liczebność grupy lekarzy w wieku 35–44 lata zmniejsza się, a więc zastępowalność pokoleniowa jest w stanie realnego za- grożenia. Według analizy struktury wiekowej Naczel- nej Izby Pielęgniarek i Położnych sytuacja pielęgniarek jest jeszcze gorsza – jedynie 5,5% stanowią pielęgniar- ki przed 31. rokiem życia, a połowa z nich ma ponad 50 lat, w tym 17,2% powyżej 60 lat.

Musimy sobie zatem zadać pytanie, dlaczego sto- imy w obliczu kryzysu kadr w ochronie zdrowia i jakie działania naprawcze możemy podjąć.

Więcej studentów

Żeby zwiększyć liczbę lekarzy, musimy zwiększyć liczbę studentów. Po siedmiu latach od podjęcia takiej decyzji będziemy mieć nowych medyków – jeszcze nie specjalistów, ale już lekarzy z pełnym prawem wyko- nywania zawodu. Od 2006 r. do 2015 r. limit przyjęć na kierunek lekarski wzrósł o 100,5% i wyniósł 6188. Należy jednak zaznaczyć, że mniej więcej połowa nowo utworzonych miejsc była przeznaczona na kształcenie w języku innym niż polski (dokładnie 1551). Jeśli cho- dzi o kształcenie pielęgniarek, w latach 2006–2011 li- mity przyjęć zostały wykorzystane w 76%, co dawało 35 tys. absolwentów studiów I i II stopnia. Według da- nych OECD za 2014 r. liczba absolwentów kierunków lekarskich na 100 tys. mieszkańców wyniosła 9,7 i był to drugi najniższy wynik w Unii Europejskiej (średnia wynosi 12,3). Dla pielęgniarek wskaźnik ten wynosi 28,8 przy średniej 39,1.

Całkowicie słuszne wydaje się więc działanie mające na celu zwiększenie liczby miejsc na kierunku lekar- skim. Powstają również nowe miejsca edukacji me- dycznej – głośno było ostatnio o utworzeniu kierunku lekarskiego na Uniwersytecie Technologiczno-Huma- nistycznym w Radomiu. Jakość nauki prawdopodobnie będzie porównywalna na wszystkich, nawet nowych, uniwersytetach – każdy z nich musi spełnić restrykcji-

„Żeby zwiększyć liczbę lekarzy, musimy zwiększyć liczbę studentów. To proste”

ne warunki, aby otrzymać prawo kształcenia młodych lekarzy. Nie mówi się natomiast o jakości edukacji me- dycznej ogólnie, w całej Polsce. Niestety, pozostawia ona wiele do życzenia, i to zarówno w obszarze nowych technologii, jak i nauczania praktycznego w przepel- nionych grupach studenckich (do ośmiu osób na jed- nego asystenta). W związku z tym powstaje obawa, że zwiększanie liczby studentów bez znaczącej poprawy finansowania uczelni i zmian organizacyjnych odbije się na jakości edukacji.

Zmniejszyć emigrację

Możemy spróbować zwiększyć liczbę lekarzy w Pol- sce poprzez ograniczenie emigracji. Minister nauki i szkolnictwa wyższego Jarosław Gowin proponuje nawet tak daleko idące rozwiązania, jak płatne studia medyczne połączone ze stypendiami dla studentów, które musieliby oni odpracowywać w kraju. Proble- mem jest jednak nie tylko prawdopodobna niekon- stytucyjność tego pomysłu, na co zwraca uwagę sam minister, lecz także jego nieskuteczność. Według sza- cunków NIL na 2015 r. emigracja dotyczy ok. 7% le- karzy, z czego tylko niespełna 30% to osoby w wieku do 30 lat. Co więcej, są to szacunki na podstawie liczby zaświadczeń wydanych na potrzeby podjęcia pracy za granicą, co nie oznacza, że jest to realna liczba emi- grantów. W przypadku pielęgniarek Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych mówi o wydaniu 11 tys. ta- kich zaświadczeń w latach 2004–2015, natomiast Mi- nisterstwo Zdrowia wskazuje, że ponad 4 tys. polskich pielęgniarek uznano kwalifikacje w innych krajach UE w latach 2004–2014.

Emigracja niepodważalnie jest problemem, szcze- gólnie przy takich niedoborach kadry medycznej, ja- kie mamy obecnie. Przyczyny ucieczki specjalistów (nie tylko medycznych zresztą) za granicę to niewątpliwie jakość i warunki pracy, możliwości rozwoju oraz wy- sokość wynagrodzeń. Powinniśmy zatem skupić się na motywacji pozytywnej (a nie negatywnej) pracow- ników, rozpocząć realny dialog z zawodami medycznymi i wysłuchać propozycji zmian systemowych. Może się okazać, że nie wszystkie wymagają dużych nakładów finansowych, a są związane np. z reorganizacją.

Zwiększyć imigrację

Jest jeszcze druga strona medalu – imigracja. O niej jednak nie za dużo się mówi, gdyż Polska nie jest

”Efektywne zarządzanie ograniczonymi zasobami kadrowymi w medycynie ma podstawowe znaczenie”



Fot. iStockphoto.com

atrakcyjnym krajem dla zagranicznych lekarzy i pielęgniarek. Dane OECD z 2013 r. pokazują, że w takich krajach, jak Irlandia, Słowenia, Niemcy czy Węgry, obcokrajowcy stanowią od kilku do kilkudziesięciu procent lekarzy. W Polsce odsetek ten wynosi 1,8%. Według NIL w 2016 r. jedynie 418 lekarzy cudzoziemców otrzymało prawo wykonywania zawodu w Polsce, z czego 184 tymczasowo. Jeśli chodzi o pielęgniarki, w 2014 r. z zagranicy pochodziło 145 osób.

Są to dane mało optymistyczne. W całej Europie kraje konkurują o medyków z zagranicy. W Internecie możemy znaleźć mnóstwo ofert dla lekarzy, pielęgniarek, a nawet studentów kierunków medycznych, zachęcających do emigracji wysokimi standardami pracy i dobrym wynagrodzeniem. Być może Polska powinna bardziej zabiegać o medyków cudzoziemców, na przykład z krajów Europy Wschodniej.

Więcej specjalistów

Istnieje obecnie 81 specjalności lekarskich, a ok. 80% lekarzy posiada specjalizację. Liczba specjalistów w danych dziedzinach jest rozłożona nierównomiernie. Na przykład specjalistów chorób wewnętrznych jest prawie 29 tys., medycyny rodzinnej 11 tys., chirurgii ogólnej 9 tys., patomorfologii 700, a geriatрії 380. Absolwent kierunku lekarskiego może uzyskać specjalizację na trzy sposoby: zakwalifikować się na miejsce

rezydenckie, czyli opłacane przez Ministerstwo Zdrowia, zatrudnić się w szpitalu na etat lub „pracować” na zasadach wolontariatu. W praktyce bezpośrednie przełożenie na liczbę specjalistów ma więc liczba przyznaczonych rezydentur i chociaż zauważamy tendencję wzrostową, to jednak liczba i struktura miejsc rezydenckich wciąż pozostawiają wiele do życzenia. W postępowaniu wiosennym w 2017 r. przyznano na przykład aż 324 miejsca w medycynie rodzinnej, co stanowi ok. 20% wszystkich rezydentur lekarskich. Co więcej, w położnictwie i ginekologii nie przydzielono ani jednego miejsca, mimo że według map potrzeb zdrowotnych jest to specjalizacja wymagająca pilnego odmłodzenia. Przyznano natomiast aż dwie rezydentury w stomatologii dziecięcej (dotyczy lekarzy dentystów), choć średnia wieku lekarza tej specjalizacji to 57 lat.

Przede wszystkim brakuje dokładnych analiz, ilu lekarzy w jakich specjalnościach będzie potrzebnych, aby pokryć potrzeby zdrowotne społeczeństwa. Nie ma też długofalowego planu wyedukowania tych lekarzy w taki sposób, aby uniknąć zagrożenia związanego z luką pokoleniową – pamiętajmy, że proces ten trwa od czterech do sześciu lat.

Wreszcie warto wspomnieć, że 65% lekarzy ocenia warunki odbywania rezydentury jako złe lub bardzo złe („Problemy i bariery związane z kształceniem podyplomowym”, NIL, 2016 r.). Młodzi lekarze wskazują

na takie bariery, jak ograniczona liczba miejsc specjalizacyjnych, jakość szkolenia i niskie zarobki.

Nie pozostaje to bez wpływu na wskaźnik emigracji czy liczbę lekarzy niepodjęających pracy w zawodzie. Tych ostatnich w 2016 r. było ponad 12 tys. Jeśli chodzi o pielęgniarki, sytuacja jest jeszcze bardziej dramatyczna – jedynie 30% z nich odebrało zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu, co prawdopodobnie również wiąże się z niskimi zarobkami i warunkami pracy.

Efektywne zarządzanie zasobami ludzkimi

Ostatnią, ale jedną z najważniejszych kwestii jest efektywne wykorzystanie kadr medycznych. Polska jest krajem o dość wysokim wskaźniku liczby łóżek na 1000 mieszkańców – wynosi on 6,6 przy średniej OECD 5,2. Wiąże się to z większym zapotrzebowaniem na personel w placówkach zamkniętych, a więc utrzymywaniem kadry przez 24 godziny na dobę. Jednocześnie warto wspomnieć, że według różnych opracowań odsetek niezrealizowanych świadczeń w placówkach publicznych z powodu niepojawienia się pacjenta na wizycie sięga 20%. Jest to 20% zmarnowanego czasu lekarza czy pielęgniarki.

Dość powszechnie spotykamy się także z sytuacją, kiedy pielęgniarka pracuje jako sekretarka medyczna lub rejestratorka. Powinniśmy raczej zwiększyć uprawnienia pielęgniarek i umożliwić im przejście takich obowiązków, jak edukacja pacjentów, wystawianie recept (już wprowadzone) czy szerszy udział w diagnostyce i leczeniu. Dobrym rozwiązaniem byłoby osobne wyszkolenie osób, które pełniłyby funkcje administracyjne i odciążyły kadrę medyczną (zarówno pielęgniarską, jak i lekarską) poprzez przejście zadań związanych z rejestracją, dokumentacją i rozliczaniem procedur. Nie stać nas na marnotrawstwo w postaci delegowania pracowników medycznych do prac niemedycznych.

Efektywne zarządzanie ograniczonymi zasobami kadrowymi w medycynie ma podstawowe znaczenie, ponieważ jego skutki możemy zaobserwować dużo szybciej niż np. skutki zwiększenia liczby studentów (na wykształcenie lekarza musimy poczekać aż siedem lat).

Pod płaszczykiem szczytnych haseł

Aby zwiększyć liczbę lekarzy, musimy zwiększyć liczbę studentów przy jednoczesnej poprawie finansowania uczelni medycznych, umożliwić odbywanie rezydentur i poprawić ich warunki, planować zapotrzebowanie na specjalistów, zachęcać cudzoziemców do pracy w Polsce oraz – oczywiście – zwiększyć atrakcyjność zawodu lekarza przez zwiększenie wynagrodzeń i poprawę organizacji systemu ochrony zdrowia. Na zwiększenie liczby pielęgniarek będą miały wpływ – nawet większy niż w przypadku lekarzy – podniesienie wynagrodzeń oraz poprawa warunków pracy, a także



„Emigracja niepodważalnie jest problemem, szczególnie przy takich niedoborach kadry medycznej, jakie mamy obecnie”

Fot. gettyimages.com

zwiększenie samodzielności zawodowej. Chcąc natychmiast poprawić efektywność obecnych zasobów medycznych, musimy lepiej nimi zarządzać.

Część z wyżej wymienionych postulatów wydaje się nierealna przy obecnym poziomie finansowania ochrony zdrowia. Pogłębiający się kryzys kadr medycznych pokazuje, że nie można pod płaszczykiem takich haseł, jak służba, misja i powołanie, utrzymywać stanu permanentnego niedofinansowania ochrony zdrowia i kadry medycznej.

Ligia Kornowska

Autorka jest przewodniczącą zespołu Młodych Menedżerów Medycyny i dyrektorem zarządzającą Polskiej Federacji Szpitali.