

Opinia do Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny (Projekt z dnia 05.04.2017 r.) MZ 529

I. Opis sytuacji problemowej - zakres i cel projektu regulacyjnego

Niniejsza opinia dotyczy projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny, stanowiącego wykonanie upoważnienia ustawowego, zawartego w art. 8 ust. 9 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1842, z późn. zm.)

W przeciągu ostatnich lat widoczne jest zapotrzebowanie wzrostu limitów przyjęć na kierunek lekarski i lekarsko-dentystyczny. W Polsce nadal brak jest wystarczającej ilości lekarzy d, którzy byliby w stanie zająć się pacjentami ze specjalnymi potrzebami – specjalistów, którzy mają rzeczywistą wiedzę na z zakresu specjalistycznego leczenia oraz profilaktyki i są w stanie pomóc chorym, wymagającym ponadstandardowej opieki. Diametralna redukcja procesu kształcenia lekarzy w Polsce, która zakończyła się raptem parę lat temu a trwała od lat 90-tych poskutkowała dużym obniżeniem standardów leczenia w Polsce oraz doprowadziła do znacznych braków kadrowych. Wciąż wielu jest lekarzy emerytów, którzy, z oczywistych względów, nie są już w stanie wykonywać swojej pracy w sposób wymagający znacznego wysiłku i kondycji zdrowotnej. Przemęczenie fizyczne i psychiczne lekarzy często doprowadza do zaburzeń snu, zaburzeń lękowych, uzależnień – wszystkie te czynniki doprowadzają do przedwczesnego wypalenia zawodowego lekarzy, którzy w normalnych warunkach prawdopodobnie by tego nie doświadczyli. Często muszą oni zmieniać miejsce i godziny pracy bądź z niej częściowo zrezygnować by móc dalej normalnie funkcjonować. Dzieje się to wszystko ponieważ liczba praktykujących lekarzy w relacji do liczby mieszkańców jest w Polsce najniższa wśród wszystkich krajów członkowskich Unii Europejskiej – na 1000 mieszkańców naszego kraju przypada 2,3 lekarza¹, podczas gdy średnia europejska wynosi 3,5 lekarza na 1000 mieszkańców. Warto zaznaczyć, że wartość ta wzrosła w ciągu ostatnich 10 lat w niemalże wszystkich państwach europejskich o średnio 20% - niestety nie w Polsce. U nas mamy do czynienia z paradoksem, w którym liczba studentów kierunków lekarskich wzrasta lecz lekarzy wciąż nie przybywa. Utrzymywanie się takiej tendencji doprowadzi do poważnego kryzysu w służbie zdrowia, gdyż w najbliższej przyszłości czeka nas duży spadek liczby specjalistów. Ponadto należy podkreślić, że obecna średnia wieku lekarzy specjalistów wynosi około 54 lata. Wynikiem takiego stanu rzeczy jest drastyczny spadek liczby osób przyjmowanych na studia medyczne między rokiem 1995 a

1

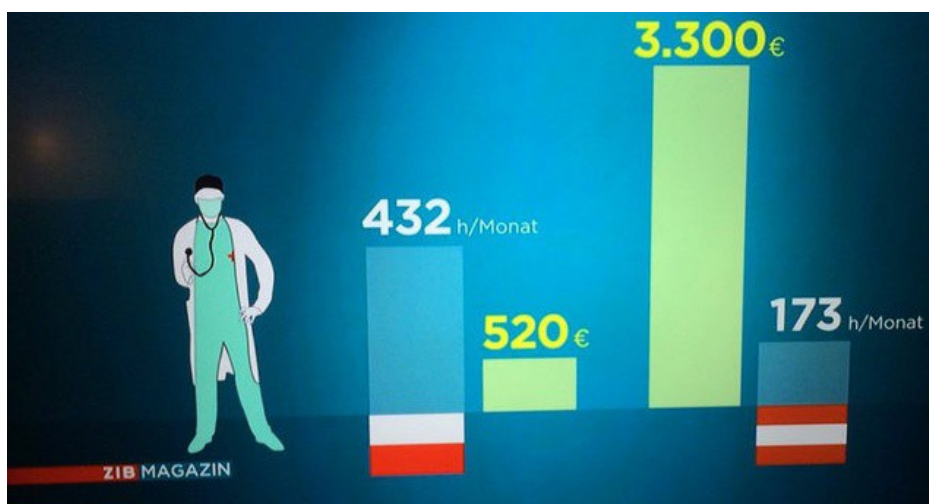
Dane z raportu: „Health at a Glance: Europe 2016”

2008. Uważano wtedy, że mamy „nadprodukcję” lekarzy – teraz polskim priorytetem powinno być znowu osiągnięcie takiego, a nawet lepszego wyniku jaki jest europejskim standardem w sferze kształcenia zawodowego lekarzy specjalistów. Ilość lekarzy w znacznym stopniu wpływa na czas oczekiwania w kolejkach – a w tej kategorii Polska wypada najgorzej spośród całej Unii Europejskiej. Gdyby lekarze rzeczywiście pracowali po 48 godzin tygodniowo, czyli zgodnie z normą unijną pacjenci mieli by ogromny problem z dostaniem się na jakąkolwiek wizytę. Zapotrzebowanie na lekarzy jest znaczące dlatego często dochodzi do sytuacji, w której pracują oni po 30 godzin z rzędu lub po ponad 300 godzin w skali miesiąca. Mimo takiego zaangażowania ze strony wielu lekarzy czas oczekiwania na gwarantowane świadczenie zdrowotne jest długi jak nigdy dotąd. Jak wynika z badań Watch Health Care² średni czas oczekiwania na wizytę to około 3 miesiące. Jest to oczywiście okres czasu jaki czekamy na pojedyncze świadczenia zdrowotne niezależnie od ich charakteru: diagnostyka bądź leczenie bez uwzględnienia kompleksowości i niezbędnej etapowości leczenia. Na wizytę u lekarza specjalisty przyjdzie nam czekać niekiedy dużo dłużej niż średnie 3 miesiące. Tak więc do ortodonta i endokrynologa czekamy średnio około 11 miesięcy, około 6 miesięcy do neurochirurga, hepatologa czy chirurga plastycznego, a w okolicach 5 miesięcy od daty zapisu możemy spodziewać się wizyty u kardiologa dziecięcego, immunologa, specjalisty do chorób zakaźnych czy urologa. Oczywiście są też specjaliści u których wizytę odbędziemy w ciągu 2 tygodni (pediatra, ginekolog, chirurg) lecz lista ta jest zdecydowanie krótsza. Dla sukcesu leczenia bardzo ważne jest również wykonanie niezbędnych badań i postawienie diagnozy, tak zwana diagnostyka. Niestety na świadczenia diagnostyczne w Polsce oczekiwania są również bardzo długie. Na artroskopie stawu biodrowego poczekamy średnio około 14 miesięcy, rezonans magnetyczny kręgosłupa (MRI) 10 miesięcy, a czas oczekiwania w kolejce na badanie elektrofizjologiczne serca czy badanie bezdechu śródsewnego zajmuje około 8 miesięcy. Lista ta ciągnie się w nieskończoność a wymienione przykłady mają za zadanie jedynie zobrazować skalę problemu jakim jest niedobór lekarzy w Polsce. Pacjenci spotykają się z sytuacją w której zmuszeni są czekać w kolejce po kilka miesięcy kiedy to stan ich zdrowia zdecydowanie nie dopuszcza takiej możliwości. Stres w połączeniu ze zmęczeniem, z którymi wielu lekarzy musi zmagać się na co dzień daje rezultat obniżenia standardów wykonywanej pracy, które to powinny być świadczone na najwyższym możliwym poziomie – standardzie, który nie odstaje od normy europejskiej. Te i wiele innych czynników poskutkowało obniżeniem statusu zawodu lekarza w Polsce w ciągu ostatnich kilku a nawet kilkunastu lat. Dodatkowym problemem, który poważnie determinuje obecny status quo jest poziom wynagrodzeń w służbie zdrowia i związane z tym zagadnienie „odpływu” kadry

2

Dane z barometru WHC: „Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce”

lekarskiej za granicę. Najlepiej dowodzi temu poniższe porównanie zestawiające miesięczne wynagrodzenie i czas pracy lekarza specjalisty w Polsce i Austrii



Mając na względzie powyższe czynniki dalsze poszerzenie limitów przyjęć na kierunek lekarski oraz lekarsko-dentystyczny a w rezultacie kształcenie coraz to większej ilości młodych, kompetentnych lekarzy jest jedyną możliwością na odbudowanie przepaści, która dzieli Polskę od standardów europejskich w dziedzinie leczenia jak i podniesienie jakości obecnie oferowanych świadczeń medycznych we wszystkich kategoriach. Oczywista jest również potrzeba poważnej korekty sfery ekonomicznej. Obecnie przygotowany sposób kształcenia kadr medycznych nie zapewniał przygotowania wystarczającej liczby specjalistów, dostosowanej do dynamicznie zmieniających się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Po raz wtóry należy podkreślić, że brak lekarzy wielu specjalizacji już teraz jest jedną z najistotniejszych systemowych przyczyn wydłużania się średniego czasu oczekiwania na świadczenia medyczne. Niestety w dalszym ciągu obserwujemy brak długookresowej strategii, uwzględniającej potrzeby zdrowotne społeczeństwa, która uzasadniałaby decyzje o liczbie kształconych lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych.

II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji

Przy przygotowaniu ekspertyzy głównymi metodami pozyskania informacji i danych były:

1. Analiza desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, ocen skutków regulacji, stron internetowych administracji zdrowotnej RP, portali tematycznych, wypowiedzi oraz materiałów tematycznych z obszaru ochrony zdrowia,
2. Ankietyzacji organizacji pacjenckich , m.in. poprzez Platformę Konsultacji stworzoną w ramach projektu „Wspólnie decydujemy - wsparcie konsultacji społecznych w ochronie zdrowia”, (rezultaty zostały przedstawione poniżej),

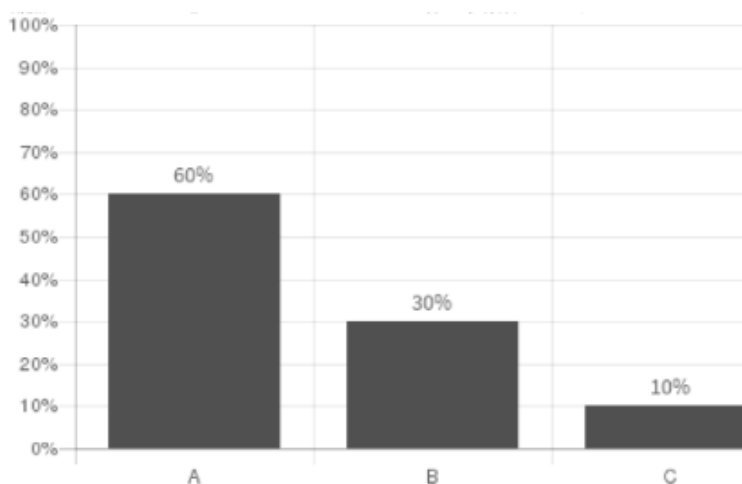
3. Wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami, przedstawicielami administracji publicznej oraz reprezentantami organizacji pacjenckich,
4. Spożytkowanie wiedzy i dorobku własnego.

III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich

Konsultacje w sprawie opiniowanego projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 05.04.2017 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny przeprowadzane były jako wywiady bezpośrednie lub telefoniczne z przedstawicielami wybranych organizacji pacjenckich z całego kraju (ze względu na ogólnokrajowy charakter regulacji). Konsultacje z przedstawicielami organizacji pacjenckich prowadzone były m.in. poprzez Platformę Konsultacji w postaci zestawu pytań (otwartych i zamkniętych). Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

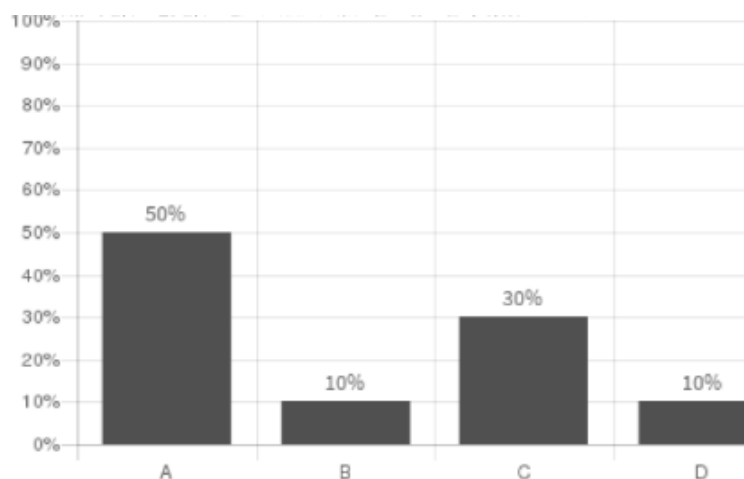
- 1) Czy Pan/Pani uważa, że zmiana limitów przyjęć na kierunki lekarski oraz lekarsko-dentystyczny rozwiąże problem niewystarczającej liczby lekarzy w Polsce?

- A. Tak
- B. Nie
- C. Nie mam zdania



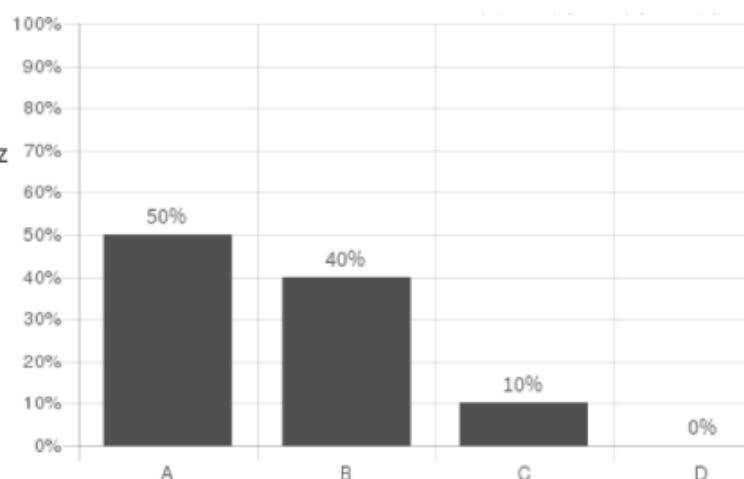
- 2) Czy Pan/Pani uważa, że poszerzenie limitów przyjęć na kierunki lekarski oraz lekarsko-dentystyczny pozytywnie wpłynie na czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne (zarówno leczenie jak i profilaktykę) w Polsce?

- A.** Tak, zmiana limitów przyjęć na kierunki lekarski oraz lekarsko-dentystyczny skróci czas oczekiwania na świadczenia medyczne w Polsce
- B.** Nie, zmiana limitów przyjęć na kierunki lekarski oraz lekarsko-dentystyczny nie skróci czasu oczekiwania na świadczenia medyczne w Polsce
- C.** Nie, zmiana limitów przyjęć na kierunki lekarski oraz lekarsko-dentystyczny nie skróci czasu oczekiwania na świadczenia medyczne w Polsce ale bez wątpienia jest jednym z kroków jakie należy podjąć by rozwiązać ten problem
- D.** Nie mam zdania

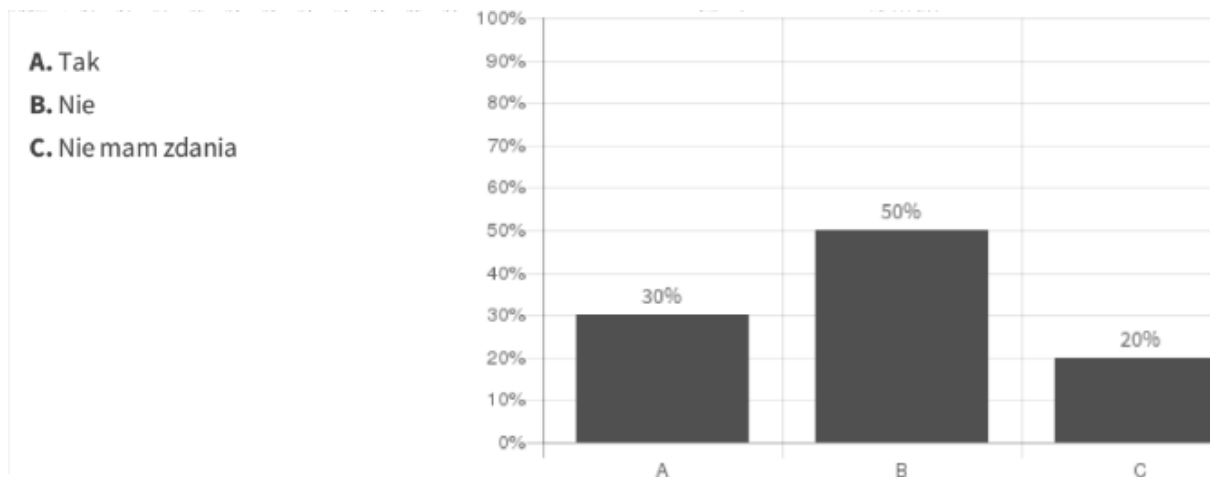


- 3) Czy Pan/Pani uważa, że kształcenie coraz to większej liczby lekarzy należy do podstawowych obowiązków współczesnego państwa i powinno być ono realizowane w jak największym stopniu nawet kosztem innych obszarów działalności państwa?

- A.** Zdecydowanie tak
- B.** Tak, ale z wykorzystaniem tylko środków przeznaczonych na ten cel, bez wpływu na inne obszary
- C.** Nie
- D.** Nie mam zdania



- 4) Czy Pana/Pani zdaniem limit przyjęć na kierunki lekarski oraz lekarsko-dentystyczny na uczelniach w Polsce powinien być poszerzony w przypadku studiów prowadzonych w języku innym niż polski?



Pytania otwarte

1. Czy Pan/Pani uważa, że projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.07.2017 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny pozwoli poprawić pozycję Polski w kategorii służby zdrowia na tle innych państw Unii Europejskiej?
2. Pan/Pani uważa, że lekarzy jakich specjalizacji najbardziej brakuje obecnie w Polsce i dlaczego?
3. Czy Pan/Pani jest za czy przeciw kierunkom lekarskim na uczelniach niemedycznych publicznych, jak i niepublicznych? Odpowiedz proszę krótko uzasadnić.

4. Czy Pan/Pani uważa że limity przyjęć proponowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26.07.2017 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny są właściwe, czy może należało by je zwiększyć/zmniejszyć?

5. Czy Pan/Pani uważa, że prowadzenie studiów lekarskich oraz lekarsko-dentystycznych w języku innym niż język polski wpłynie pozytywnie na liczbę lekarzy w naszym kraju, czy będzie miało to jedynie charakter „produkcji eksportowej”?

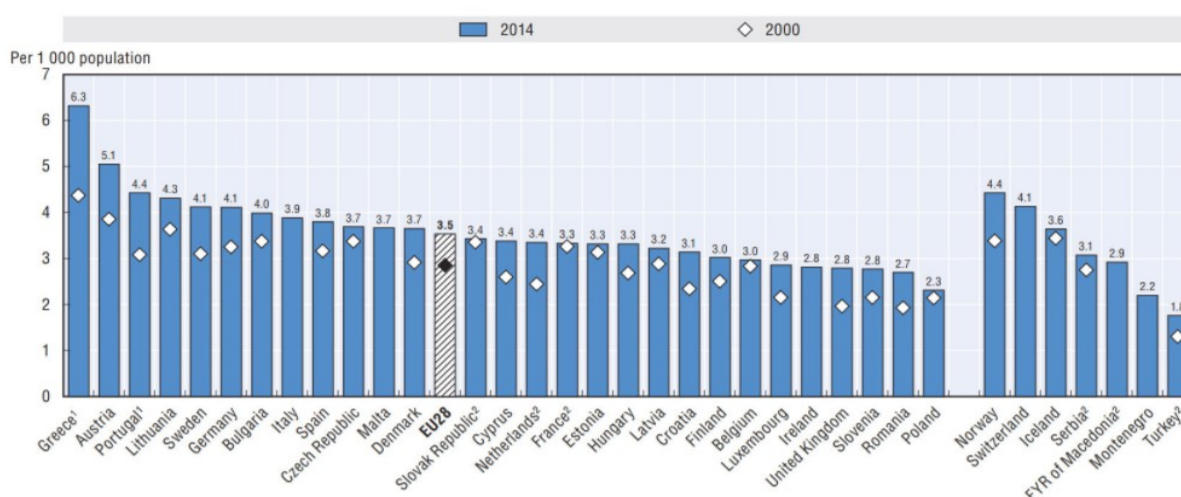
6. Jak ocenia Pan/Pani obecna sytuację w sprawie możliwości odbywania kursów i staży niezbędnych do realizacji programu szkoleniowego wybranej specjalizacji przez lekarzy? Czy ma to wpływ na dostępność i ilość lekarzy-specjalistów w Polsce?

7. Jak ocenia Pan/Pani projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.07.2017 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny? Czy chciał/a by Pan/Pani wnieść do niego jakieś poprawki czy zgłosić uwagi?

IV. Stanowisko eksperckie

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny z dnia 05.04.2017 bez wątpienia jest w stanie przynieść polskiej służbie zdrowia wiele pozytywów lecz wzbudza on również pewne kontrowersje. Wypełnienie braków kadrowych, które od wielu ostatnich lat są jedną z głównych bolączek polskiego systemu zdrowia powinny być w tym momencie kwestią nadrzędną. Proces redukcji kształcenia lekarzy zapoczątkowany we wczesnych latach dziewięćdziesiątych spowodował obecną zapaść w naszej służbie zdrowia i pozostawia na niej swoje piętno aż po dzień dzisiejszy, powodując obecne spięcia społeczne na linii rezydenci- rząd. Najbardziej cierpią z tego powodu jednak pacjenci. Priorytetem Ministra Zdrowia w kwestii zmian limitów przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny powinna być myśl o wyspecjalizowaniu jak największej liczby lekarzy, którzy będą mogli przeprowadzać

świadczenia medyczne na bardzo wysokim poziomie, na takim poziomie na jakim realizowane są one w innych krajach europejskich. Kolejną kwestią jaką należało by się kierować jest znaczące zmniejszenie czasu oczekiwania na te świadczenia – niestety na tle Unii Europejskiej Polska w tej kategorii wypada zdecydowanie najgorzej. Konieczność zwiększenia liczby studentów wynika również z dynamicznie rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne polskich obywateli – problem związany ze starzejącym się społeczeństwem. Ludzie nie chcą żyć w dyskomforcie spowodowanym swoimi wielorakimi schorzeniami, a państwo powinno zapewnić im możliwość szybkiej i skutecznej pomocy medycznej. Mowa tutaj zarówno o leczeniu samym w sobie jak profesjonalnej diagnostyce. Są to podstawowe potrzeby każdego człowieka. Niestety na obecną chwilę Polska nie jest w stanie zagwarantować swoim obywatelom dostępności do tych przywilejów w stopniu chociażby zadowalającym.



Liczba praktykujących lekarzy na 1000 mieszkańców „Health at a Glance: Europe 2016”

Jednym z ważniejszych pytań w sprawie limitów przyjęć na kierunku lekarski i lekarsko-dentystyczny bez wątplenia pozostaje, czy limity proponowane w rozporządzeniu zostały właściwie zmienione? Niestety w większości przypadków limity na kierunku lekarskim nie zmieniły się, lub zmieniły w nieznacznym stopniu. Odnośnie kierunku lekarsko-dentystycznego należy zauważyć, że wszystkie uniwersytety prowadzące studia na tym kierunku zmniejszyły ilość dostępnych miejsc – powinno to wzbudzać zaniepokojenie, tym bardziej, że wiele uczelni ma możliwości by przyjmować większą ilość studentów a absolwenci tego kierunku z powodzeniem znajdują pracę w zawodzie w naszym kraju. Tak więc limit w przypadku kierunku lekarskiego w skali całego kraju zamyka się liczbą 7517 miejsc, a lekarsko-dentystycznego 1348. Nie sposób nie zgodzić się ze stwierdzeniem, że

proponowane zmiany ilości miejsc kształcenia nie rozwiążą problemu braku kadr medycznych w zadowalającym stopniu. Warto też zwrócić uwagę, że w dużej mierze miejsca na uczelniach są poszerzane w przypadku studiów prowadzonych w języku innym niż język polski, w konsekwencji czego spotykamy się z sytuacją kiedy duża część lekarzy kształcąca się w Polsce po ukończeniu nauki wyjeżdża z granice i tam podejmuje prace w zawodzie. Powoduje to okoliczności, w których Polska po części na swój koszt kształci lekarzy dla innych Państw, które tym samym oszczędzając na kosztach kształcenia są w stanie wypłacać większe pieniądze już wykształconym i gotowym do pracy lekarzom. Tym samym osoby te odbierają miejsca tym, którzy chcą uczyć się w języku polskim i po ukończeniu studiów tutaj pracować. Jest to wynik braku długodystansowej strategii co do kształcenia przyszłych lekarzy. Taką strategię niewątpliwie należy niezwłocznie opracować, w oparciu o analizę potrzeb zdrowotnych naszego społeczeństwa. Tak więc wzrost limitów miejsc na studia na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym prowadzonych w języku innym niż język polski nie może być podstawą aby twierdzić, że absolwenci tych kierunków przyczynią się do poszerzenia kadry lekarskiej w Polsce. Utworzenie planowanego systemu monitorowania kształcenia pracowników medycznych to pomysł i zalecenie NIK³, który pomógł by określić realne zapotrzebowanie na studentów kierunków lekarskich ale również wspomógł zarządzanie systemem kształcenia. Warto by też było zacząć prowadzić raporty w sprawie skali emigracji personelu medycznego. Dysponując takimi danymi również można by było bliżej określić rzeczywiste zapotrzebowanie na studentów i na tej podstawie ustalać przyszłe limity przyjęć.

Niepokojącym pozostaje również fakt, że limity przyjęć na kierunek lekarski oraz lekarsko-dentystyczny ostatnimi laty były ogłaszane już po rozpoczęciu rekrutacji, a progi punktowe decydujące o zakwalifikowaniu na studia ustalano bez wiedzy o limicie przyjęć określonym na dany rok. Działo się tak ponieważ to Minister Zdrowia powinien ustalać limity miejsc i przyjęć na studia, w rzeczywistości jednak odchodził on od tej roli i jedynie akceptował propozycje nadsyłane przez polskie uczelnie medyczne. Te limity ustalane były na podstawie własnych analiz zapotrzebowania na absolwentów danego kierunku oraz pod względem swoich możliwości dydaktycznych. Jak alarmuje NIK w teorii jednak limity te były ustalane głównie pod względem finansowym – wpływy z opłat za studia stanowią istotne przychody uczelni. Dlatego w przeciągu ostatniego czasu mogliśmy zaobserwować duży wzrost limitów na studia niestacjonarne oraz studia prowadzone w języku innym niż język polski (obie formy studiów są odpłatne), które w przypadku studiów niestacjonarnych stały się odpłatną formą

3

Dane z raportu NIK: „Kształcenie i przygotowywanie zawodowe kadr medycznych w Polsce”

studiów dziennych. Mało tego, często zdarzało się, że uczelnie przyjmowały na studia prowadzone z języku innym niż polski więcej studentów niż pozwalały na to limity. Doprowadzało to do sytuacji, w której kadra dydaktyczna była wykorzystywana przez studentów obcojęzycznych w stopniu takim, że wpływało to na jej dostępność dla reszty studentów. Jasno określone limity miejsc i przyjęć na studia, opracowane na podstawie rzeczywistego zapotrzebowania na lekarzy w Polsce na pewno rozwiązałyby ten problem oraz pomogły usystematyzować rozwój przyszłych absolwentów kierunków lekarskich.

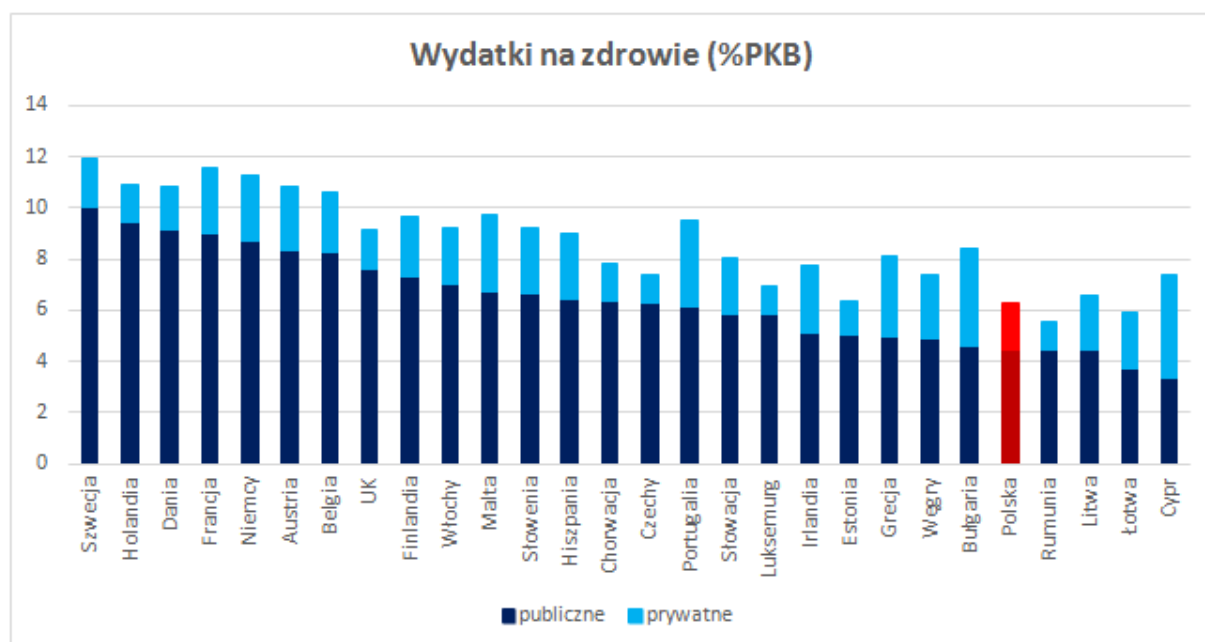
Coraz większa liczba lekarzy skarży się na brak możliwości odbycia kursu oraz stażu kierunkowego niezbędnego do realizacji programu szkoleniowego. Ich szefowie czyli ordynatorzy i kierownicy klinik zwyczajnie odmawiają im zgody na ich odbycie. Prowadzi to do blokowania miejsc szkoleniowych oraz wydłużania czasu specjalizacji wśród lekarzy, którzy mimo wielkich chęci nie są w stanie jej ukończyć. Absurdalnie prowadzi to do działania na szkodę pacjentom, którym zwyczajnie ogranicza się dostęp do lekarzy – specjalistów. Jednym z powodów takiego stanu rzeczy są znaczące braki kadrowe. Lekarze nie dostają pozwolenia na odbycie kursu bądź stażu, gdyż zwyczajnie nie ma wystarczającej ilości ludzi do pracy. O ile w przypadku stażu kierunkowego termin można przesunąć i nie jest to większym problemem, o tyle obowiązkowe kursy do specjalizacji często dobiegają się tylko raz do roku i lekarz, który nie odstanie pozwolenia od swojego przełożonego na jego odbycie będzie skazany czekać cały rok aby zakończyć program specjalizacji. Dyskusyjne jest czy uda mu się na taki kurs dostać, ponieważ liczba miejsc jest ograniczona. Rezultatem tego jest sytuacja, w której wielu lekarzy musi czekać nawet 2-3 lata aby ukończyć swoją specjalizację, blokując tym samym miejsce pozostałym chętnym kandydatom. Często nawet kiedy lekarze dostaną już pozwolenie na kurs czy staż w innej klinice mają oni nakaz przychodzenia do swojego stałego miejsca pracy a takie sytuacje należy na bieżąco zgłaszać odpowiednio do dyrekcji szpitali bądź bezpośrednio do Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia. Lekarze starzyści często zarabiają mniej niż wynosi płaca minimalna, albo odbywają staż w formie wolontariatu. W 2016 roku liczba miejsc rezydentckich wynosiła 6 tysięcy, natomiast w 2017 rząd już zaplanował jej zmniejszenie o 3 tysiące, trudno więc się nie dziwić że takie sytuacje mają miejsce. Dla kontrastu Niemcy chętnie przyjmą około 5 tysięcy lekarzy z Polski. Z dostaniem się w tym kraju na rezydenturę polski lekarz nie ma większego problemu. Będzie zarabiał powyżej 2400 euro miesięcznie pracując w normalnym systemie zmianowym, bez konieczności pracy w kilku miejscach od rana do nocy nie martwiąc się o to czy uda mu się zarobić na utrzymanie własne i rodziny. Taki stan rzeczy jest niepokojący i bez wątpienia należy podjąć kroki by usprawnić proces kształcenia specjalistów

i dać im szansę rozwoju w Polsce. Ten problem pokazuje, że braki kadrowe nie są tylko problemem pacjentów, ale również samych lekarzy, którzy z powodu braku zastępstwa czekać muszą długie miesiące czy nawet lata na ukończenie specjalizacji. Problem migracji zawodowej najlepiej obrazuje poniższa mapa zestawiająca odpływ kadry medycznej (lekarze i pielęgniarki) z państw, które borykają się z podobnymi problemami jak Polska (kolory czerwono-różowe) do państw gdzie wydatki na ochronę zdrowia per capita odpowiadają poziomowi wzrostu gospodarczego (kolory niebieskie).



Wciąż z dużą kontrowersją spotyka się kwestia tego, czy prywatne uczelnie powinny kształcić lekarzy. Obecnie mamy w Polsce 2 uczelnie prywatne, które oferują studia medyczne. Sa nimi Krakowska Akademia imienia Andrzeja Frycza Modrzewskiego, w której studenci rozpocząć naukę mogli już w roku szkolnym 2016/2017, oraz Warszawska Uczelnia Łazarskiego, w której studenci naukę rozpoczną z początkiem roku szkolnego 2017/2018. Rektorom uczelni medycznych zdecydowanie nie podoba się pomysł wprowadzenia studiów medycznych na uczelniach prywatnych, ponieważ uczelnie niemedyczne będą występowały o dotacje na kształcenie lekarzy i zmniejszą w ten sposób środki, które mogłyby być przyznane państwowym uczelniom medycznym. Z jednej strony, pewnie właśnie tak to będzie wyglądać, ale z drugiej strony przyszli lekarze dostaną nowe miejsca rozwoju, gdzie szkolić się będą mogli na wysokim poziomie. Zapewnienie dobrych warunków rozwoju zawodowego wymaga niestety znacznego zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia. Wraz ze wzrostem ilości studentów zwiększy się również ilość osób przystępująca do Lekarskiego Egzaminu Końcowego (LEK) oraz Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (LDEK) co wygeneruje

większe koszty ponoszone przez Centrum Egzaminów Medycznych. Wszystkie kroki, które należy podjąć mając na celu dobro Polskich świadczeń medycznych generują koszty - Polska musi natomiast szkolić dużo więcej lekarzy niż obecnie i powinno być to priorytetem na którym nie można oszczędzać. Wydatki na służbę zdrowia są w Polsce stanowczo za niskie. Dostrzegła to Konferencja Prezesów Towarzystw Lekarskich, która w połowie 2017 roku zaapelowała do rządu, polityków, administratorów ochrony zdrowia i wszystkich osób odpowiedzialnych za kształtowanie polityki zdrowotnej o szybkie zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia do ponad 6% PKB, wskazując iż powinno to nastąpić w ciągu paru lat i musi być kontynuowane w kolejnych latach ponieważ już w kilkuletniej perspektywie czasowej nakłady na poziomie 6% będą niewystarczające.



Rzut oka na dane pokazuje, że obecna sytuacja nie jest najlepsza. Na publiczną służbę zdrowia w Polsce przeznaczana się zaledwie 4,5 proc. dochodu narodowego. To piąty najgorszy wynik w Unii Europejskiej. Gorsze od nas są tylko Rumunia, Litwa, Łotwa i Cypr. Rządowy projekt zwiększający nakłady na ochronę zdrowia do 6 proc. PKB do końca 2025 r. „betonuje” jedynie obecną dramatyczną sytuację.

Kolejnym problemem, który jest istotny w świetle problematyki kształcenia lekarzy jest zagadnienie demograficzno-socjologiczne związane z wydłużaniem się okresu życia i starzeniem społeczeństwa. Od ponad 20 lat obserwujemy w Polsce spadek liczby urodzeń⁴,

4

Dane z raportu Biura Analiz i Dokumentacji: „Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki”

który prowadzi do zmniejszenia udziału najmłodszych grup wiekowych, proporcjonalnego wzrostu udziału roczników najstarszych, a tym samym do podwyższenia średniego wieku ludności. Podnosi się też wiek, w którym kobiety decydują się na urodzenie pierwszego dziecka. Czynniki te wpływają na to, że Polska jest obecnie społeczeństwem starzejącym się. Proces starzenia się ma nie tylko wymiar demograficzny, ale także ekonomiczny i społeczny. Wyrazem tego są zmiany struktury konsumpcji, wzrost zapotrzebowania na niektóre usługi – głównie w dziedzinie ochrony zdrowia i opieki społecznej. Społeczne skutki procesu starzenia się to nie tylko problem rosnących kosztów zabezpieczenia społecznego, lecz również opieki zdrowotnej oraz tak zwanej opieki długoterminowej. W związku ze starzeniem się społeczeństwa wzrośnie zapotrzebowanie na lekarzy geriatrów. Dziś jest ich w Polsce ok. 300, co w proporcji do liczby ludności stanowi około jednej czwartej średniej europejskiej. Osoba starsza potrzebuje większego zakresu opieki medycznej niż ludzie młodzi. Faktem jest iż seniorów przybywa a lekarzy geriatrów jest nadal stanowczo za mało. – Nie można dopuścić do sytuacji, w której seniorzy nie będą mieli się gdzie leczyć z powodu braku specjalistów bądź z powodu kolejek, często wykraczających w przypadku starszych osób poza horyzont czasowy przeżywalności. Jest to kolejny argument, który przemawia za tym aby nieustannie poszerzać limity przyjęć na kierunku lekarski i postarać się zażegnać problem niedostatku kadry medycznej.

Konsultacje przeprowadzone w sprawie opiniowanego projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 05.04.2017 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny, przeprowadzane były jako wywiady bezpośrednie lub telefoniczne z przedstawicielami wybranych organizacji pacjenckich z całego kraju. Ich wyniki obrazują nam odczucia osób trzecich na omawiany projekt rozporządzenia. Wyraźnie widać że wzbudza on niepewności, a w niektórych przypadkach nawet zaniepokojenie. 60% respondentów zgadza się ze stwierdzeniem, że zmiana limitów przyjęć rozwiąże problem niedoboru kadry lekarskiej w Polsce. 50% osób które wzięły udział w badaniu twierdzi, że poszerzenie limitów miejsc na kierunku lekarski oraz lekarsko-dentystyczny pozytywnie wpłynie na czas oczekiwania na świadczenia medyczne w Polsce, natomiast 30% uważa, że jest to jedynie jeden z kroków jakie należy podjąć by usprawnić ten proces. 90% badanych uważa, że kształcenie coraz to większej liczby lekarzy należy do podstawowych obowiązków współczesnego państwa, w tym 50% ogółu twierdzi że powinno być ono realizowane w jak największym stopniu nawet kosztem innych obszarów działalności państwa. Z istotnym problemem spotykamy się również przy pytaniu o to czy limit przyjęć na kierunki lekarski oraz lekarsko-dentystyczny na uczelniach w Polsce powinien być poszerzany w przypadku

studiów prowadzonych w języku innym niż polski? Połowa badanych osób odpowiedziała, że nie, co jeszcze raz pokazuje zaniepokojenie wywołane bardzo dużą ilością lekarzy kształconych w języku innym niż polski – oczywiste obawy o to, że po ukończeniu nauki wyjadą oni pracować za granice i nie zasilą Polskiej kadry medycznej są jak najbardziej uzasadnione. Wyniki badań ukazują obawy oraz niedopatrzenia w projekcie rozporządzenia, czego skutkiem jest brak długotrwałej strategii i planowania w sprawie edukacji medycznej w Polsce.

Podsumowując projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.07.2017 w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny w ogólnej ocenie nie spełnia oczekiwań społecznych i medycznych. Z największym zaniepokojeniem spotyka się stosunek liczby miejsc przewidzianych dla studentów podejmujących studia w innym języku niż polski do liczby miejsc dla studentów podejmujących studia w języku polskim. Polskie uczelnie rozszerzają ilość miejsc szkoleniowych, ale w znacznej większości dla kształcenia w języku obcym. Proporcja ta powinna być zmieniona, gdyż nie można twierdzić, że studenci uczący się w języku innym niż polski zostaną pracować w Polsce. Zgodnie z powyższym zabierają oni miejsca studentom, którzy po ukończeniu studiów chcą tutaj żyć i pracować. Kolejną niepokojącą kwestią jest spadek ilości miejsc przyznawanych na studia na kierunku lekarsko-dentystycznym. Niestety by spełnić oczekiwania pacjentów, wypełnić braki kadrowe i doprowadzić do sytuacji, w której Polska nie będzie odstawać od reszty krajów Europejskich w dziedzinie systemu zdrowia, należy znacząco zwiększyć nakłady przyznawane na ten cel. Kształcenie przyszłych lekarzy, tych którzy po ukończeniu nauki chcą zostać i pracować w Polsce oraz zapewnienie im dobrych, uczciwych i godnych warunków ekonomicznych, powinno być na ten moment priorytetem dla Ministra Zdrowia, ponieważ ich niedostatek kształtuje całą lawinę problemów, które odbijają się na jakości oferowanych świadczeń medycznych w Polsce we wszystkich specjalizacjach medycznych.

Opracował: Mirosław Zieliński

Ekspert Projektu