

Co z nami będzie?

medexpress.pl | 26.11.2013 | Strona: 0 | Temat: Prasa ogólnopolska - Naczelna Izba Lekarska

Jeżeli w krótkim czasie nie rozpoczniemy kształcenia profesjonalistów medycznych na znacznie większą skalę, niż to robimy obecnie, za kilkanaście lat będziemy skazani na sprowadzanie wykwalifikowanej kadry z innych krajów. Obecne problemy są tylko uwerturą do prawdziwych kłopotów w przyszłości.

Nasze uczelnie medyczne kształcą niewystarczającą liczbę lekarzy. Taki był wniosek wypływający z artykułu sprzed 3 lat. Czy coś się istotnie zmieniło w tym okresie? Wtedy twierdziłem i teraz to podtrzymuję, że liczba kształconych lekarzy powinna wynikać z potrzeb państwa. Wobec powyższego trzeba odpowiedzieć na podstawowe pytanie: czy będziemy kształcić ich na nieodpłatnych studiach stacjonarnych, czy też ich liczba będzie wynikać z gry rynkowej, czyli liczby chętnych realizujących studia odpłatne, liczących na to, że przyszłe profity pokryją koszty nauki. Jeżeli przyjęlibyśmy odpowiedź drugą, to powinniśmy zrezygnować w całości z nieodpłatnych studiów stacjonarnych. Wtedy musielibyśmy też postąpić identycznie w przypadku innych kierunków studiów, co z powodów politycznych jest zupełnie niemożliwe. Skoro jednak upieramy się przy istnieniu nieodpłatnych studiów finansowanych z budżetu państwa, to może zaczęlibyśmy w taki sposób kształcić większą liczbę lekarzy zamiast już przysłowiowych politologów czy socjologów, którzy po ukończeniu studiów w znakomitej większości lądują na bezrobociu. Wysoce prawdopodobne jednak jest to, że państwo, które nie posiada żadnej strategii nie tylko w ochronie zdrowia, ale też w edukacji i szkolnictwie wyższym, będzie z uporem maniaka konserwować te kierunki, aby utrzymać miejsca pracy dla dotychczasowej kadry pracowników wyższych uczelni.

Przeczytałem niedawno na jednym z portali medycznych, że jesteśmy „medyczną potęgą” w kształceniu obcokrajowców. Jasne, że artykuł sprawiał wrażenie ewidentnie sponsorowanego, ale mimo wszystko pokazywał, jak dużą część swoich zasobów uczelnie przeznaczają na komercyjne kształcenie zamiast na podstawową działalność, czyli kształcenie lekarzy w liczbie pozwalającej na zastępowalność pokoleń. Sformułujmy zatem pierwszy postulat: Niech państwo zwiększy dotację budżetową przeznaczoną na studia stacjonarne do takiej wysokości, aby w tej formie kształcono przyszłych lekarzy w liczbie, w jakiej obecnie kształci się ich we wszystkich formach, w odpowiedni

sposób ustalając limity przyjęć na rok 2014/2015. Kształcenie w formach innych będą mogły uczelnie oczywiście prowadzić, pod warunkiem posiadania odpowiednich zasobów. Realizacja tego postulatu zwiększyłaby liczbę lekarzy wchodzących do systemu o ok. 50 proc. Środki potrzebne do wcielenia w życie tej propozycji znajdują się w Ministerstwie Szkolnictwa Wyższego w postaci dotacji budżetowych przekazywanych na te kierunki studiów, gdzie liczba chętnych oscyluje w granicach jednego na miejsce, zaś możliwości zatrudnienia po ukończeniu tychże studiów są iluzoryczne.

Rozrzutne kształcenie podyplomowe

Kolejnym etapem wprowadzania lekarzy do systemu jest ich kształcenie podyplomowe. Nie będę tu dywagował o reformie przenoszącej staż lekarski do uczelni medycznych. Chociaż uważam to za słuszne, to nie sposób ocenić przewidywanych efektów, z uwagi na to, że jeszcze żaden rocznik nie realizował stażu w ten sposób. Natomiast problemem niezwykle ważnym jest sposób uzyskiwania specjalizacji przez lekarzy.

Wprowadziliśmy niezwykle skomplikowany sposób kształcenia, który powoduje, że lekarz staje się całkowicie formalnie uprawniony do wykonywania większości czynności przypisanych do zawodu dopiero po ukończeniu specjalizacji. Do tego czasu jest „prawie studentem”, wykorzystywanym do dyżurów na SOR-ach czy w nocnej pomocy zdrowotnej. Powoduje to, że rzeczywisty czas kształcenia lekarza wynosi nie sześć lat plus rok stażu, ale dodatkowo pięć lat specjalizacji. Specjalizacje lekarskie prowadzone są w ramach rezydentur i w trybach pozarezydentur. Te ostatnie są już jednak incydentalne, bo jaki szpital zgodzi się płacić nie w pełni wykwalifikowanemu lekarzowi, który na dodatek w ciągu pięciu lat będzie przebywał przez połowę czasu na obowiązkowych stażach, nie licząc np. urlopu. Sam jednak system rezydentur ma sporo poważnych wad, ale po kolei. Trudno się czepiać samej liczby przyznawanych rezydentur. W roku 2013 przyznano ich w dwóch turach w sumie 3000 (536 na wiosnę i 2464 jesienią). Jeśli przyjmiemy hipotetyczną liczbę kończących studia, wynikającą z rejestrów **NIL**, w wysokości ok. 2500 osób na rok, oznacza to, że rezydentur przyznano nieco więcej, niż jest absolwentów. Chciałbym być optymistą i liczyć, że tak będzie we wszystkich kolejnych latach. Inaczej kształciłibyśmy całe grupy lekarzy z ograniczonymi prawami do leczenia.

Rezydentury powinny być finansowane w liczbie i miejscach, dla których można określić obiektywną potrzebę. Gdyby wszyscy pracodawcy, niezależnie od natury – publiczny czy prywatny – składali do instytucji upoważnionej do rozdziału miejsc rezydentur wnioski o ich przydzielenie wraz z uzasadnieniem, można byłoby określić jasną mapę potrzeb. Wprowadzając obiektywne kryteria,

ustalane wraz z przedstawicielami uczelni **medycznej, Izby Lekarskiej, samorządami** terytorialnymi, można by było z kolei ustalić wybrane przez województwo priorytety oraz transparentne rankingi składających zapotrzebowanie. Stworzenie takiej mapy potrzeb mogłoby wykazać, że dotychczasowe podziały miejsc nie znajdują żadnego uzasadnienia.

Krokiem drugim byłoby przyznawanie miejsc rezydenckich nie lekarzom, ale właśnie podmiotom leczniczym. Lekarze, zdając egzamin kwalifikacyjny, mogliby według uzyskanego rankingu dokonywać wyboru miejsc. Kto wie, może w którymś roku okazałoby się, że można robić specjalizację np. z laryngologii, ale nie ma żadnego miejsca w szpitalu uniwersyteckim. A może w którymś roku, albo nawet przez dwa kolejne, nie byłoby miejsc rezydenckich np. dla przyszłych urologów. Rodzaj specjalizacji, liczbę miejsc i same konkretne miejsca warunkowałyby potrzeby, a nie administracyjne decyzje i lobbingi.

Co takie rozwiązanie miałoby zmienić na lepsze? Po pierwsze, przyszli lekarze trafialiby tam, gdzie są rzeczywiste potrzeby. I to nie na podstawie nakazów pracy, ale świadomego wyboru. Specjalizacja trwa pięć lat, więc najprawdopodobniej znakomita większość spośród tych lekarzy zakotwiczyłaby w wybranych szpitalach i miejscowościach. Kupiliby domy, założyli rodziny. Niepotrzebne byłyby żadne lojalki; co najwyżej ci spośród ubiegających się o specjalizację, dla których głównym celem jest jej zrobienie i wyjazd – wyjechaliby pięć lat wcześniej. Pewnie byłby to tylko wąski margines. Ewentualne sankcje można by było wymierzyć podmiotom leczniczym, które ubiegały się o miejsca rezydenckie, ale nie chciałyby podpisać z lekarzem umowy po zakończeniu rezydentury. Czy byłaby to konieczność zwrotu kosztów wypłacanego wynagrodzenia rezydenckiego, czy karencja w ubieganiu się o kolejne miejsca – rzecz jest do dyskusji. Oczywiście należałoby dopracować możliwość rezygnacji przez szpital czy przychodnię z lekarza, który po prostu nie spełniałby oczekiwań, aby całego ryzyka nie przerzucać na jedną stronę umowy. Sformułujmy więc drugi postulat. Miejsca rezydenckie nie dla lekarzy, ale dla podmiotów leczniczych, spośród których lekarze będą wybierać w zależności od uzyskanego miejsca na egzaminie kwalifikacyjnym. Na dziś nie potrzeba więcej rezydentur, do czasu, aż zwiększona liczba lekarzy kształconych przez uczelnie ukończy staże. Będzie to z pewnością bardziej ergonomiczny model kształcenia. Ci lekarze, którzy chcą koniecznie specjalizować się w ośrodkach akademickich, mogą to zawsze robić w innych trybach.