Image not found or type unknown

System ochrony zdrowia wymaga pilnej transformacji – 4. śniadanie prasowe NIL

Poniższa analiza i w ślad za nią idące wnioski zaprezentowane podczas śniadania prasowego zostały przygotowane przez Krzysztofa Zdobylaka - ówczesnego przewodniczącego zespołu ds. transformacji systemu ochrony zdrowia w Polsce w odpowiedzi na niekontrolowane zwiększanie naboru do szkół medycznych od roku 2020r. Analiza ta nie stanowi stanowiska NRL w sprawie kształcenia kadr medycznych w Polsce. Formalne stanowiska NRL są dostępne w zakładce Dokumenty Naczelnej Rady Lekarskiej - NIL - Naczelnej Rady Lekarskiej

Polityka zdrowotna w Polsce wymaga nowej jakości. W odpowiedzi na obecny stan systemu ochrony zdrowia oraz potrzebę jego ciągłego usprawniania samorząd lekarski chce proaktywnie wypracowywać propozycje rozwiązań systemowych, wdrażać je pilotażowo, a następnie opracowywać plan ich pełnoskalowej implementacji. W tym celu od początku roku przy Naczelnej Radzie Lekarskiej działa, wraz z zespołem analitycznym, Komitet Sterujący ds. transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia. Wyniki pierwszych prac zostały przedstawione 6 maja podczas 4. śniadania prasowego w Naczelnej Izbie Lekarskiej, w którym wzięli udział prezes NRL Łukasz Jankowski, rzecznik prasowy NIL Jakub Kosikowski oraz ekspert NRL ds. transformacji w ochronie zdrowia Krzysztof Zdobylak.

- Rozpoczęliśmy od solidnej diagnozy. Danych nie poddaliśmy polityczno-środowiskowej obróbce, zespół analityków porównał dane dot. polskich lekarzy do międzynarodowego benchmarku. Przy takim systemie, który jest dzisiaj, czyli przy tym, co my dzisiaj robimy jako lekarze, rzeczywiście jest nas za mało, a pielęgniarek jest jeszcze mniej. Kształcić lekarzy i pielęgniarki potrzeba, ale naszym zdaniem, w porównaniu do benchmarku i w stosunku do potrzeb systemu, wykształciliśmy już za dużo – powiedział prezes NRL.

Bezpośrednie odnoszenie się do benchmarku liczby lekarzy na 1000 obywateli wymaga założenia, że system w Polsce w 2048 roku będzie równie efektywny jak systemy w innych krajach, uzupełniony zasobami kapitałowymi i osobowymi w innych zawodach medycznych, wykazywał dystrybucję geograficzną lekarzy jak w benchmarku, technologicznie na równi z krajami rozwiniętymi.

Dlatego eksperci NRL podkreślają, że nie należy koncentrować się na samej liczbie lekarzy.

- Trzeba zrobić dwa kroki wstecz, czyli po pierwsze spojrzeć na inne zawody, bo w nich niedobory są dużo istotniejsze, dużo większe. Po drugie trzeba spojrzeć na całą organizację systemu, bo jeśli tylko będziemy oddziaływać na liczbie lekarzy, to możemy wydać każde pieniądze, wykształcić każdą liczbę lekarzy, a wyników dalej nie będziemy osiągać – stwierdził Krzysztof Zdobylak.

W trakcie spotkania poruszono także tematy dotyczące emigracji lekarzy i lekarzy dentystów, ich kształcenia podyplomowego oraz potencjału oddelegowania niektórych obowiązków lekarzy – z grupy administracji i procesów wewnętrznych, jak i wstępnego wywiadu z pacjentem – innym profesjonalistom medycznym. Wstępna estymacja NRL sugeruje, że przekazanie tych zadań pozwoliłoby uzyskać w samej ambulatoryjnej opiece specjalistycznej podobną oszczędność efektywnościową, jak wykształcenie ok. 5 tys. dodatkowych lekarzy.

- W Polsce utarło się, że jeżeli rozmawiamy o oddawaniu kompetencji medycznych lekarzy to zazwyczaj pierwsze o kim się myśli to pielęgniarki i ratownicy. Problem polega na tym, że kryzys kadrowy pielęgniarek jest jeszcze większy niż lekarzy. W liczbach bezwzględnych doszliśmy do

takiego momentu, że w grupie wiekowej lekarzy do 45 r.ż. i pielęgniarek do 45 r.ż. mamy w Polsce więcej lekarzy niż pielęgniarek, gdzie ten stosunek w dobrze funkcjonujących systemach powinien być, że na jednego lekarza powinno przypadać ok. 3 pielęgniarek – wyjaśnił rzecznik prasowy NIL.
W wynikach analizy zespołu wskazano również cztery główne bolączki ochrony zdrowia w Polsce:

1. Niedostateczna koncentracja na satysfakcji pacjenta (oraz świadczeniodawcy i zarządzającego, które wzajemnie się napędzają w ramach „pętli satysfakcji").
2. Niedostateczny konsensus odnośnie priorytetów w reformie systemu (a w efekcie brak realnych działań naprawczych).
3. Niedostateczne wdrożenie operacyjne zmian legislacyjnych (zmienianie systemu ustawą, a nie (współ-)pracą u podstaw).
4. Niedostateczny przepływ informacji w systemie (na niemal każdej płaszczyźnie, generujący liczne nieefektywności, multiplikacje raportowania i brak realnej informacji zarządczej).

- *My patrzymy na rzeczy, które dzieją się teraz i które względnie w krótkim horyzoncie czasowym trzeba zaadresować. Natomiast, realizując te krótkoterminowe optymalizacje i odbudowując zaufanie interesariuszy, że zmiana w systemie ochrony zdrowia jest możliwa, trzeba zmaksymalizować potencjał tego obecnego systemu, a w długim okresie otworzyć dyskusję o jego holistycznej reformie, ponieważ systemy w krajach, do których się porównujemy, różnią się nie tylko liczbą lekarzy, nie tylko liczbą pielęgniarek, ale całościowym funkcjonowaniem, a przede wszystkim skalą nakładów. I od tej dyskusji długoterminowo też nie uciekniemy i myślę, że nie będziemy uciekać* – ocenił na zakończenie ekspert NRL.