Image not found or type unknown

Polska na drodze do marnowania miliarda złotych rocznie na kształcenie nadmiarowych lekarzy

Zespół Naczelnej Izby Lekarskiej ds. transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia publikuje kolejne wyniki swoich prac.

Poniższa analiza została przygotowana 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

Działający od niemal pół roku zespół opracował model kadrowy lekarzy do 2048 roku (perspektywa 25-letnia). Publikowane już wcześniej analizy (benchmark do 10 efektywnych systemów ochrony zdrowia) wskazują, że potrzebujemy aktualnie ok. 4,1 lekarza na 1000 mieszkańców. Tymczasem poziom ten wynosi (szacunki za 2023 rok) 3,4-3,6 (zależnie od przyjętej liczby osób zamieszkujących Polskę, w tym uchodźców) – luka sięga zatem około 15%.

Najnowsze analizy pokazują jednak, że do osiągnięcia tego poziomu wystarczy, aby studia na kierunku lekarskim ukończyli wyłącznie studenci, którzy już są na studiach.

Z ubolewaniem odnotowujemy, że w dyskusji publicznej funkcjonuje spłycająca narracja „są kolejki do lekarzy, więc brakuje nam lekarzy". Tymczasem, jak pokazują analizy Zespołu, kolejki są wynikiem nieefektywności systemu, w którym lekarze spędzają ponad połowę czasu na biurokracji i dokumentacji, zamiast pomoc pacjentom. Pacjenci potrzebują obudowania stosownym ekosystememem(np. wspomagającymi terapię asystentami zdrowienia, dedykowanymi rejestratorami, sekretarkami medycznymi) odpowiadającym na zmieniające się potrzeby społeczeństwa – chodzi tu o innych profesjonalistów medycznych oraz odpowiednie rozwiązania technologiczne.

- podkreśla Łukasz Jankowski, Prezes NRL

Nawet uwzględniając ciągle rosnące zapotrzebowanie na lekarzy, powodowane zmianami demograficznymi (starzejące się, ale równocześnie kurczące się społeczeństwo) i rosnącymi oczekiwaniami oraz świadomością zdrowotną społeczeństwa, zmierzamy w kierunku istotnego nadmiaru lekarzy. Zgodnie z analizami Zespołu ds. transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia działającym w NIL w 2048 roku będziemy potrzebować ok. 5,14 lekarza na 1000 mieszkańców – jednak przy utrzymaniu obecnie proponowanych limitów kształcenia osiągniemy poziom 6,3 lekarza w 2048 roku – a Ministerstwo Zdrowia zapowiada możliwość ich dalszego zwiększania!

Według modelu kadrowego (popytowo-podażowego) lekarzy opracowanego w Naczelnej Izbie Lekarskiej, aby kształcić liczbę lekarzy pozwalającą na zbilansowanie podaży i popytu Ministerstwo Zdrowia powinno:

OPCJA A:

- Utrzymać kształcenie na poziomie zgodnie z aktualnym projektem

rozporządzenia (7797 miejsc na studiach w języku polskim), aby jak najszybciej dojść do zbilansowania popytu i podaży na pracę lekarzy, a następnie od 2027 roku **obciąć liczbę miejsc skokowo o niemal połowę**, **do ~4100 miejsc rocznie**

OPCJA B

- Stopniowo zmniejszać liczbę miejsc **co roku o ok. 9%** (już od tego roku vs aktualny projekt rozporządzenia) do osiągniecia około 4200 miejsc rocznie (od roku 2030)

OPCJA C – mix obu rozwiązań, np.

- **Zmniejszyć** liczbę miejsc na kierunku lekarskim **o 1500 już od 2024 roku** (vs obecny projekt rozporządzenia, tj. do ok. 6300 osób)
- Stopniowo **zmniejszać** liczbę miejsc **o 4% każdego roku od 2026 do 2034** – do osiągnięcia poziomu ok. 4200 miejsc rocznie
- Następnie **utrzymywać stałą liczbę miejsc** i monitorować sytuację w oparciu o aktualne dane i regularnie aktualizowane modele kadrowe, w tym modele wielo-zawodowe

Utrzymanie aktualnie proponowanych limitów kształcenia (ok. 7800 miejsc na studiach w języku polskim) w kolejnych latach spowoduje marnotrawstwo w okresie prognozy nawet 15 mld zł (~1 mld rocznie, poczynając częściowo już od 2026 roku, kiedy studia rozpoczną pierwsi „nadpopytowi" lekarze). Środki te zostaną wydane na kształcenie lekarzy „na eksport" lub do wykonywania pracy brakujących pielęgniarek, opiekunów, asystentów i sekretarzy równocześnie. Jest to tym bardziej szokujące, że model podażowy Ministerstwa Zdrowia pokazuje zbieżne wnioski co do liczby lekarzy w przyszłości, jednak w żaden sposób liczby te nie zostały skonfrontowane z estymacją zapotrzebowania, której Ministerstwo Zdrowia wydaje się po prostu nie posiadać.
- mówi Krzysztof Zdobylak, ekspert NRL ds. transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce

Utrzymanie obecnych limitów (lub co gorsza ich dalsze podnoszenie) będzie jedynie powodowało tzw. „efekt yo-yo" obserwowany już w wielu krajach, które podejmowały decyzje o limitach przyjęć na kierunek lekarski bez stosownych, poprzedzających analiz. Odwlekanie decyzji o zmniejszeniu liczby miejsc spowoduje tylko coraz większe odchylenia od pożądanego poziomu, które następnie będą wymagały jeszcze mocniejszej reakcji. Z drugiej strony, aby uniknąć wychylenia „yo-yo" w drugą stronę, decydenci powinni, zdaniem ekspertów NRL, opracować długoterminowy plan, określający liczbę miejsc na kierunku lekarskim na 5-10 lat do przodu, tak aby umożliwić uczelniom odpowiednie planowanie i poprawić transparencję systemu kształcenia lekarzy.

Trajektoria przyjęta obecnie przez MZ doprowadzi do sytuacji, że w Polsce w 2048 roku będzie 6,3 lekarza na 1000 mieszkańców (ok. 20% powyżej zapotrzebowania) – przynajmniej teoretycznie, bo z pewnością wielu z nich zdecyduje się na emigrację przez problemy ze znalezieniem pracy. Oszacowane bowiem przez Zespół ds. transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia NIL zapotrzebowanie wynosi ok. 5,1 lekarza na 1000 w 2048 roku (ze względu na długi okres prognozy o wielu zmiennych, najbardziej prawdopodobny przedział został zdefiniowany pomiędzy 4,8, a 5,4 lekarzy na 1000 – z większym prawdopodobieństwem finalnego zapotrzebowania w dolnej części przedziału)

Dla odczuwalnej poprawy systemu ochrony zdrowia niezbędne są czasami trudne decyzje, oparte o dane i analizy, podejmowane tu i teraz. Jesteśmy otwarci na dialog i wsparcie Minister Zdrowia w transformacji systemu ochrony zdrowia – zwłaszcza teraz, gdy kampania wyborcza się zakończyła i konieczne jest przejście do konkretnych działań. Decydenci muszą spojrzeć na system jako całość i zacząć rozwiązywać realne problemy, przede wszystkim niedobory wśród innych kadr medycznych, które są dużo większe niż wśród lekarzy oraz niwelować nieefektywności systemu, poczynając od nadmiernych obowiązków biurokratyczno-administracyjnych, jak chociażby wymóg określania każdorazowo poziomu refundacji przez lekarza.

- mówi Łukasz Jankowski, Prezes NRL

W toku prac przeanalizowano kilkanaście wzorcowych zagranicznych modeli kadrowych przede wszystkim państw o efektywnych systemach ochrony zdrowia, uwzględniono zmianę czynników demograficznych, technologicznych, chorobowości oraz świadomości społecznej i rozwoju gospodarczego. Na tej podstawie określono docelowy, pożądany poziom kształcenia przeddyplomowego lekarzy (rekomendowane limity miejsc na studiach na kierunku lekarskim).

Jak już wielokrotnie zaznaczaliśmy – naszym celem jest podniesienie ogólnego poziomu dyskusji o polityce zdrowotnej państwa. Opracowanie pierwszego w skali Polski modelu kadrowego, który w rzetelny sposób, w oparciu o dane szacuje popyt i podaż lekarzy w perspektywie 25 lat (vs ~12 lat kompletnej ścieżki kształcenia lekarza) to nowa jakość w tym dyskursie. W tym momencie możemy zacząć prowadzić dialog na temat przyjętych założeń (które różnią się wrażliwością oraz podatnością na zmianę w czasie), mechaniki modelu, a nie tylko rozmawiać o przekonaniach i wierze poszczególnych decydentów.

- konkluduje Krzysztof Zdobylak, ekspert NRL ds. transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Image not found or type unknown

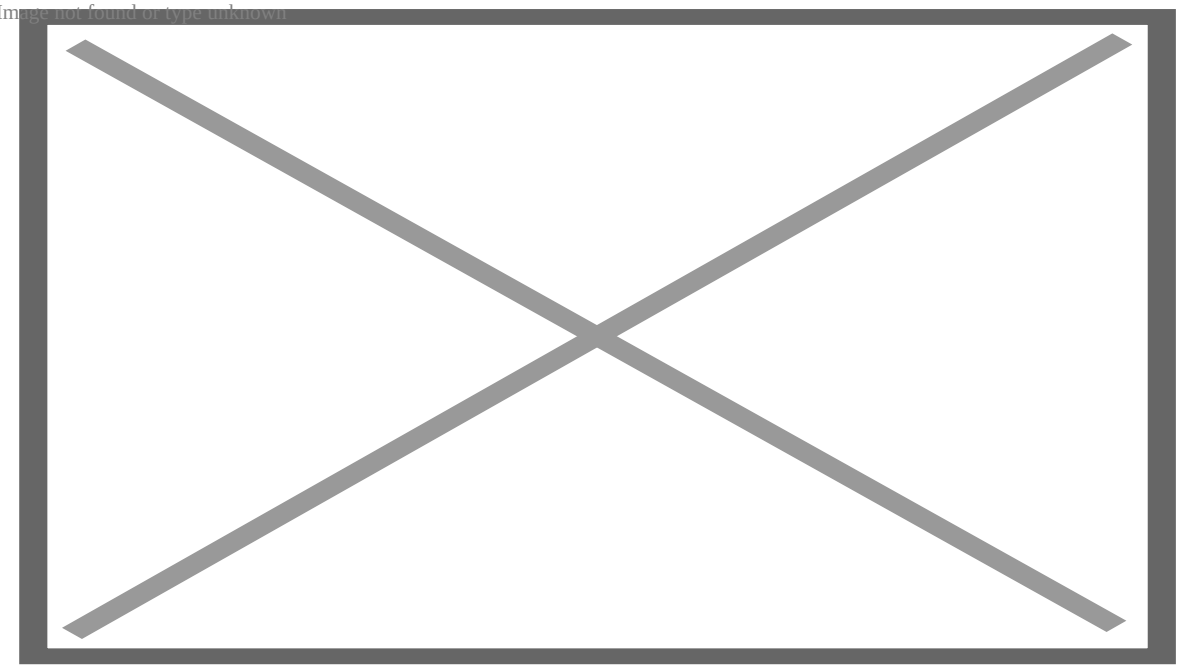


Image not found or type unknown

