

Armia nowego wzoru



Fot. iStockphoto.com

W poprzednim wydaniu „Menedżera Zdrowia” opublikowano mój artykuł dotyczący liczby pracujących lekarzy, skali ich niedoboru i wynikających z tego następstw. Tym razem proponuję, w jaki sposób edukować lekarzy, by zniwelować niedobory, jak wykształcić ich na odpowiednim poziomie, a potem właściwie wykorzystać.

MACIEJ BIARDZKI

Tytuł artykułu żartobliwie nawiązuje do głębokiej reformy armii dokonanej przez angielski parlament, a właściwie Olivera Cromwella, w XVII wieku. Radykalnie zmieniono wtedy niemal wszystko – struktury, osoby dowodzące, szkolenia, itd. Zreorganizowane wojsko odniosło spektakularny sukces, stając się w trakcie angielskiej wojny domowej siłą niezwykłą. Oczywiście nie wszystko będzie można porównywać, gdyż armia ta pozwoliła Cromwellowi osiągnąć dyktatorską władzę, między innymi przez rozwiązanie parlamentu, który ją utworzył, a kiedy przestała być potrzebna na „froncie wewnętrznym” – została rozwiązana.

Niemniej ta analogia jest związana z potrzebami, które musi zaspokoić polski system opieki zdrowotnej. Pierwsza dotyczy braków kadrowych obecnie oraz w prawdopodobnie przewidywalnej przyszłości. Druga – kształcenia odpowiedniej liczby przyszłych lekarzy, ale

też w określonych specjalnościach i miejscach zatrudnienia, aby uzyskać w sposób efektywny finansowo grupę jak najlepiej wykształconą w trakcie studiów i kształcenia podyplomowego. Dodajmy – grupę ludzi zadowolonych z przebiegu swojej edukacji i ze swojej pracy. Trzecia potrzeba to stworzenie takich mechanizmów kształcenia, aby lekarze podejmowali pracę w tych miejscach i dziedzinach, które są systemowi najbardziej potrzebne. To można osiągnąć, ale wymaga współpracy wielostronnej. Od organizatorów opieki zdrowotnej – mrówczej pracy organizacyjnej i znacznego, ale też przemyślanego wzrostu nakładów na edukację lekarzy. Od samych lekarzy zaakceptowania faktu, że nie każdy będzie kardiologiem czy okulistą, nie będzie można na koszt systemu kształcić się w wymarzonej specjalizacji w najbliższym szpitalu, jeżeli nie będzie się w grupie najlepszych, że wynagrodzenia mogą być zróżnicowane w trakcie kształcenia

podyplomowego w zależności od specjalizacji i miejsca kształcenia. Jeżeli chcemy mieć dobry system opieki zdrowotnej – powinniśmy utworzyć „armię nowego wzoru”, przy czym powinna się ona składać nie tylko z lekarzy, choć tekst właśnie ich dotyczy.

Problem pierwszy – w jaki sposób przyjmować na studia

Lekarzy brakuje nie tylko z przyczyn demograficznych, ale potencjał „poboru rekruta” jest z powodu niżu demograficznego mniejszy niż w latach ubiegłych. Dodatkowo poziom kształcenia w szkołach podstawowych i średnich, mierzony na podstawie choćby wymogów maturalnych, raczej się pogorszył niż poprawił. Z powyższych względów można domniemywać, że większą liczbę lekarzy będziemy chcieli wyszkolić spośród mniejszej liczby, nieco gorzej wykształconych ogólnie kandydatów. Dlatego dobór tych kandydatów powinien być jak najbardziej pieczołowity.

Należałoby przywrócić egzamin wstępny na studia medyczne. Tyle że egzamin ten powinien być zunifikowany dla wszystkich uczelni. Kto wie, czy CMKP nie powinno się pozbyć rozwinięcia „podyplomowego” bądź z uwagi na zastrzeżenia co do działalności CMKP – nie należałoby powołać nowego podmiotu zajmującego się całościowo kryteriami oceny lekarzy na każdym etapie ich kształcenia – przed podjęciem studiów, na ich zakończenie i rozpoczęcie kształcenia podyplomowego oraz na jego zakończenie. Tak czy owak – dobór kandydatów na przyszłych lekarzy, zwłaszcza wobec zwiększania ich liczby oraz liczby miejsc ich kształcenia o kontestowanej często ich potencjalnej jakości, powinien być jak najbardziej pieczołowity już na tym etapie.

Ci, którzy zdali egzamin z najlepszym wynikiem bądź – przy założeniu zastosowania wyniku hybrydowego (wynik egzaminu i punkty uzyskane w trakcie wyników maturalnych) – uzyskali najwyższą punktację łączną, mieliby prawo dokonywać wyboru uczelni. Gdyby szczecinianin lub szczecinianka chcieli studiować w Warszawie czy Krakowie, a nie na uczelni w miejscu zamieszkania – byłoby to ich prawo. Jeżeli następstwem tego byłby brak miejsc w Warszawie dla wszystkich chętnych warszawiaków – trudno, należało uzyskać lepszą punktację przy rekrutacji, bo teraz trzeba będzie podjąć studia np. w Białymstoku. Byłby to pierwszy mechanizm promujący jakość przyszłych kadr już w momencie ich naboru. Mechanizm całkowicie transparentny, prowadzący także do dość brutalnej oceny poziomu kształcenia naszych uczelni „nogami” przyszłych studentów.

Gdzie kształcić studentów, jak wykorzystać potencjał uczelni?

Potrzeba zwiększenia liczby studentów spowodowała podjęcie decyzji o zwiększeniu liczby uczelni, które mają ich edukować, ponieważ placówki zajmujące się tym do tej pory zgłosiły brak potencjału do przyjęcia

zwiększonej liczby osób. Odpowiedzią na to była decyzja o poszerzeniu listy uczelni o niemedyczne współpracujące np. ze szpitalami wojewódzkimi. Spowodowało to z kolei gwałtowną dyskusję o „felczyzacji” medycyny, ale wydaje się, że nikt nie chciał tak naprawdę dotknąć istoty problemu, czyli wyjaśnić, na czym polega brak potencjału, a następnie starać się ten problem rozwiązać.

Czy zatem chodzi o potencjał do prowadzenia zajęć teoretycznych, czy zajęć praktycznych? Czy chodzi o brak potencjału ludzkiego (wykładowców, osób prowadzących zajęcia praktyczne), czy potencjału materiałowego (brak sal wykładowych, oddziałów do kształcenia praktycznego)? Pojawiające się propozycje, aby w kształceniu praktycznym studentów lat młodszych współuczestniczyli studenci lat starszych świadczą o tym, że raczej chodzi o brak potencjału ludzkiego. Ale przecież przeniesienie kształcenia do uczelni niemedycznych tego potencjału nie zwiększy, a najwyżej rozproszy, jeżeli nowe uczelnie rozpoczną transfery kadr z dotychczasowych uczelni.

Wydaje się, że przyczyny są dość prozaiczne i jak najbardziej do rozwiązania. Jak mówi jedna z najstarszych prawd: jeśli nie wiadomo, o co chodzi, to chodzi o pieniądze. Zaczniemy więc dochodzenie.

Opublikowane w sierpniu 2022 r. rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia określiło liczbę miejsc na uczelniach wyższych dotyczących kształcenia studentów medycyny na wydziale lekarskim. Wyniosła ona dokładnie 9323 miejsca, o 276 więcej niż w roku 2021, czyli o nieoszałamiające 3 proc. Już tutaj nasuwa się pytanie, o co ta wojna. Ale trzeba spojrzeć głębiej.

Przede wszystkim te 9323 miejsca obejmują nie tylko typowe studia medyczne w formie stacjonarnej, ale też studia niestacjonarne (płatne) oraz stacjonarne i niestacjonarne prowadzone w języku innym niż polski. A miejsc na tych innych formach nauczania jest na tyle dużo, że całkowicie demolują dotychczasową dyskusję.

W przypadku studiów niestacjonarnych warto zapytać, czy ci, którzy szermują argumentami o „felczyzacji” nauczania na uczelniach innych niż medyczne, dopuszczają niestacjonarną metodę kształcenia lekarzy? W przypadku studiów w języku angielskim warto zapytać, czy stać nas na marnowanie potencjału na edukację studentów, którzy w znakomitej większości opuszczają nasz kraj i nie praktykują w Polsce. Spośród tych 9323 miejsc ogółem na studia niestacjonarne w języku polskim przeznaczono 1756 miejsc, a na stacjonarne i niestacjonarne w języku innym niż polski 1879 miejsc, czyli podział jest w stosunku mniej więcej 60 proc./20 proc./20 proc. I ten podział powtarza się od lat – na przykład w ostatnim roku rządów obecnej opozycji, tzn. w 2014 r., wynosił 3133 na studia stacjonarne, 1730 na studia niestacjo-

„Należałoby przywrócić egzamin wstępny na studia medyczne. Tyle że egzamin ten powinien być zunifikowany dla wszystkich uczelni”



Fot. Adobe Stock

narne w języku polskim i 1451 na studia stacjonarne i niestacjonarne w języku innym niż polski. W sumie 6314, czyli o 35 proc. mniej ogółem, z proporcją 50 proc. na studia stacjonarne w języku polskim, 27 proc. na studia niestacjonarne w języku polskim i 23 proc. na studia stacjonarne i niestacjonarne w języku innym niż polski. Warto zauważyć, że po wzroście liczby studentów ogółem o prawie 50 proc. liczba studentów kształconych stacjonarnie jest nadal mniejsza niż kształconych ogółem w roczniku 2014/2015. Czy zatem mamy rzeczywiście problem z potencjałem do edukacji?

Wydaje się, że nie, że problem jest po prostu z opłacalnością nauczania. I nie chodzi tu o prymitywną analizę kosztową, czy ono „się spina” po administracyjnie ustalonych kosztach. Wystarczy spojrzeć, ile wynosi chesne na płatnym wydziale lekarskim: od 29 500 zł za rok studiów na Uniwersytecie Zielonogórskim do 43 200 zł na Uniwersytecie Warszawskim. Jeszcze wyższe są na uczelniach dopiero wchodzących do systemu, bo wynoszą od 44 000 zł w Wyższej Szkole Technicznej w Katowicach do 63 000 zł na Uczelni Łazarskiego w Warszawie. To zresztą ujawnia drugie dno parcia uczelni niemedycznych na prowadzenie studiów medycznych.

Uczelnie te nie będą utrzymywały zakładów anatomii czy anatomii patologicznej, nie będą prowadziły często nierentownych oddziałów, nie będą utrzymywały wykładowców na etatach. Wystarczy im outsourcing pomieszczeń i zatrudnienie wykładowców na godziny potrzebne do realizacji programu zajęć. Wszyscy będą zadowoleni: ministerstwo, bo zrealizuje program kształcenia większej liczby lekarzy, wykładowcy, bo dostaną znacznie większe wynagrodzenie niż w macierzystych uczelniach, i nowe uczelnie, którym wejście do systemu jest niczym hasło: „Sezamie, otwórz się”. Przeżyją kształcenie zgodnie z dotacją resortu zdrowia, podwójnie zarobią na płatnym. Tylko czy naprawdę jest to optymalne rozwiązanie?

Wydaje się, że po pierwsze należy uznać za priorytetową edukację stacjonarną w języku polskim. W przypadku zgłaszania braku potencjału do zwiększenia liczby studentów przez uczelnie w każdym kolejnym roku należy dokonywać zmiany kwot

w obrębie posiadanych limitów, np. zwiększać liczbę kształconych stacjonarnie w języku polskim kosztem nauczania, powiedzmy sobie szczerze, eksportowego. Równocześnie trzeba zdecydowanie zwiększyć dotację, aby to właśnie kształcenie na potrzeby systemowe było opłacalne dla uczelni, zaś wynagrodzenie atrakcyjne dla wykładowców i prowadzących ćwiczenia. Obecne wynagrodzenia nauczycieli akademickich, nie tylko medycznych, są mocno niedoszacowane, więc nic dziwnego, że brak jest entuzjazmu do zwiększania obciążeń. Zatem kierunek powinien być prosty. Po pierwsze priorytet dla edukacji stacjonarnej w języku polskim. Po drugie kształcenie na uczelniach mających własne pełne zaplecze zarówno ludzkie, jak i materiałowe zamiast wpuszczania dodatkowych podmiotów korzystających z bazy obcej i kanibalizujących zasoby dotychczasowych uczelni. Po trzecie – zwiększenie finansowania nauczania tak, aby uczelnie (i zatrudnieni kształcący) były zainteresowane procesem kształcenia studentów finansowanym z budżetu państwa, zaś nie uciekali w chałturę rozpraszającą zasoby.

Kształcenie podyplomowe zapewniające zrównoważoną pracę systemu

W artykule pomijam temat stażu, o którego potrzebie mam dość sceptyczne zdanie. Z uwagi na objętość tego opracowania pozostawię sobie jego przedstawienie w innym terminie. Tak czy owak po 6, 7 latach pojawią się nowe roczniki absolwentów i będzie trzeba ich wykształcić na odpowiednich specjalistów. Ale nie wiemy dwóch podstawowych rzeczy: jakich specjalistów potrzebujemy i gdzie powinni być oni zatrudnieni. Zachowujemy się zaś w taki sposób, jakbyśmy potrzebowali lekarzy wszelkiej specjalności w każdym możliwym miejscu. A to wcale nie jest rozsądny model.

Ale żeby docelowy model, satysfakcjonujący wszystkich uczestników, zbudować, potrzebna byłaby ciężka praca organizatorów systemu. Bez zbudowania prawdziwej, choć wirtualnej, docelowej sieci miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych we wszystkich zakresach, od POZ po najbardziej wyrafinowane specjalności, a następnie analizy obecnego zatrudnienia w odniesieniu do wymaganego standardu zatrudnienia, wraz ze

strukturą wiekową obecnie pracujących, nie będziemy w stanie ocenić, ilu i jakich specjalistów będzie brakować w kolejnych latach. A tylko taka analiza powie nam, ilu specjalistów, jakich specjalności i w których miejscach brakuje dziś, będzie brakować za rok, za 5 czy za 15 lat.

Bądźmy jednak optymistami i przyjmijmy, że organizator opieki zdrowotnej, który do tej pory do czegośkolwiek się wziął, to spieprzył (od koszyka świadczeń zdrowotnych, przez sieć szpitali, wyceny świadczeń, po wynagrodzenia minimalne), tym razem taką niezbędną analizę rzetelnie przygotowuje. Co by ona przyniosła?

Ano to, że można by ustalić, że w roku X w województwie Y jest zapotrzebowanie na kształcenie tylu a tylu specjalistów, w takich to a takich dziedzinach, którzy to po zakończeniu specjalizacji podejmą zatrudnienie we wskazanych w umowie szpitalach i przychodniach. I to nie jest żadna abstrakcja, lecz odpowiedzialne, rzetelne gospodarowanie zasobami ludzkimi i finansowymi.

Obecnie liczbę specjalistów, których edukacja jest opłacana z pieniędzy publicznych, ustala się na podstawie rekomendacji konsultantów wojewódzkich właściwych dla danej specjalizacji, a następnie modyfikuje, biorąc pod uwagę dostępne fundusze, nie wiedząc, co się z tymi specjalistami stanie po zakończeniu kształcenia. A wielu z nich po zakończeniu programu specjalizacyjnego zostaje na lodzie i musi szukać pracy w innych miejscowościach, mimo że posiadają rodzinę, często dzieci, mieszkania. Mają do wyboru konieczność zmiany swojego dotychczasowego życia bądź zatrudnienia się gdziekolwiek, byle w rozsądnej odległości od miejsca zamieszkania. W tym czasie wiele niezbędnych miejsc, zwłaszcza poza metropoliami, rozpaczliwie i za wszelką cenę walczy o zatrudnienie, płacąc niemalże każdą cenę, niezależnie od możliwości finansowych.

Zaplanowanie kształcenia i miejsc późniejszego zatrudnienia dla rozpoczynającego specjalizację jest korzystne dla wszystkich. Dla organizatora systemu, który wie, że poza przypadkami losowymi (ich prawdopodobieństwo też można określić) jest w stanie zapewnić minimalną liczbę specjalistów niezbędną do zrównoważonego działania systemu. Dla przyszłych specjalistów, którzy z pełną świadomością wybrali miejsce pracy i mogą zaplanować życie (np. budowa domu w okolicy miejsca pracy, dyżury w przyszłym zakładzie bądź praca, jeżeli to on prowadzi specjalizację). Daje to także możliwości zróżnicowania wysokości wynagrodzenia w trakcie rezydentury w zależności od miejsca pracy docelowej, przyznania stypendium fundowanego przez przyszłego pracodawcę czy innych świadczeń rzeczowych korzystnych dla podejmującego decyzję o specjalizowaniu się w określonej dziedzinie z zobowiązaniem się podjęcia pracy w konkretnym miejscu.

Oczywiście kij ma dwa końce. Osobom mającym wątpliwości dotyczące podjętej decyzji o kierunku specjalizacji czy miejsca, gdzie będą chciały pracować, albo tym, które po prostu nie chcą podporządkować się żadnym rygorom, należy zostawić możliwość robienia specjalizacji, ale w trybie... pozarezydenckim. Państwo płaci, państwo wymaga. Rezydenci byłiby związani umowami lojalnościowymi zobowiązującymi do zwrotu wypłaconych świadczeń w razie zerwania umowy.

Podsumowanie

Proponowane rozwiązania są oczywiście autorskie. Mam jednak wrażenie, że pozwoliłyby one na przyjęcie na studia rzeczywiście najlepszych i wyedukowanie ich w wiodących ośrodkach, które rywalizowałyby o najlepszych studentów. Z kolei absolwenci uczelni mieliby możliwość podjęcia świadomych decyzji dotyczących kierunku specjalizacji i dalszej pracy w systemie. Dawałoby to możliwość maksymalizacji efektywności kształcenia i dostosowywania go do rzeczywistych potrzeb, ale...

Ale pytanie brzmi, czy jakkolwiek racjonalna propozycja ma szansę zaistnienia w sytuacji konfliktu interesów grupowych, sporów politycznych i zwyczajnego administracyjnego bałaganu. Uczelniom opłaca się obecny system kształcenia, także nauczycielom akademickim, rezydentom opłaca się praktyczny brak ograniczeń w doborze specjalizacji i możliwość jej zmiany, dużym szpitalom posiadanie znacznej liczby rezydentów – pracowników finansowanych z budżetu państwa. Organizator systemu jak zawsze woli gonić króliczka, zamiast rzeczywiście rozwiązać jakkolwiek problem.

Jednak może ktoś zastanowi się nad którąkolwiek ze złożonych tu propozycji.

Maciej Biardzki, publicysta i były menedżer opieki zdrowotnej

Jeśli chcesz ściągnąć poprzedni tekst Macieja Biardzkiego, o którym mowa na początku artykułu, pt. „Ilu jest, a ilu potrzeba lekarzy – i jak punkt widzenia zależy od miejsca siedzenia”, zeskanuj kod QR:

