

**NAJWAŻNIEJSI**

**SĄ PACJENCI**

Rozmowa z wiceministrem zdrowia  
**Piotrem Bromberem**



Fot. PINUP\_STUDIO\_WAW

**Ilu powinno być w Polsce lekarzy, aby system ochrony zdrowia funkcjonował bez zarzutów?**

– Mówiąc o funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, musimy przede wszystkim analizować potrzeby pacjentów. Robimy wszystko, aby byli szybko zdiagnozowani i żeby im skutecznie pomagać. Dzisiaj to nie pieniądze ograniczają dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, ale liczba lekarzy i ogólnie personelu medycznego – i to chcemy zmienić. Ważne są przy tym również warunki pracy i płacy, które zmieniamy.

Ile razy „Menedżer Zdrowia” informował o zawieszeniu pracy oddziału szpitalnego z powodu braku personelu? Ile razy publikowaliście teksty na ten temat?

**Wielokrotnie o tym pisaliśmy.**

– No właśnie...

Z danych opublikowanych przez Główny Urząd Statystyczny wynika, że w 2019 r. wskaźnik liczby lekarzy na tysiąc mieszkańców wynosił ponad 3,3.

– W 2019 r. wskaźnik wyniósł 3,38, a w 2021 r. – 3,51. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej wzrosła liczba zarejestrowanych członków ze 145 tys. w 2016 r. do 156,8 tys. w 2022 r. Z analizy zastępowalności wynika, że lekarzy wchodzących na rynek pracy będzie więcej niż osiągających wiek emerytalny. Przy czym z pewnością nie można mówić, że kształcimy za dużo lekarzy, którzy nie znajdują zatrudnienia w Polsce.

**Nie zasugerowałem tego ani nie cytowałem nikogo, kto tak twierdzi.**

– Ale taka narracja się pojawia. Przypomnę, że w 2015 r. było piętnaście uczelni kształcących lekarzy. Aktualnie nauka na kierunku lekarskim odbywa się w 24 szkołach wyższych, a od października ich liczba zwiększy się co najmniej do 27. Wśród nich będzie Akademia Mazowiecka w Płocku, a także Katolicki Uniwersytet Lubelski. Na wydanie zgody czekają kolejne uczelnie – między innymi Uniwersytet Warszawski.

Równolegle dostosowujemy liczbę rezydentur do liczby absolwentów.

W bieżącym postępowaniu zwiększyliśmy dwukrotnie liczbę przyznanych rezydentur w stosunku do ubiegłorocznego postępowania kwalifikacyjnego, a w porównaniu z rokiem 2015 jest ponad 6,2 tys. więcej lekarzy rezydentów.

Poza tym, zainwestowaliśmy w infrastrukturę, w sprzęt, w nowe pogramy lekowe. Dzięki tym działaniom poprawiają się warunki pracy personelu medycznego oraz bezpieczeństwo pacjentów. Dzisiaj mówimy o miliardach złotych dofinansowania ochrony zdrowia. Mówimy o miliardach na onkologię, na kardiologię, na podwyżki dla medyków. Nie

**PILNOWAĆ TRZEBA JAKOŚCI**

**I STANDARDÓW KSZTAŁCENIA,**

**A NIE STATUSU CZY NAZWY SZKOŁY.**

**A MY TEJ JAKOŚCI PILNUJEMY**

o milionach, lecz o miliardach. Nigdy wcześniej takich nakładów nie było. Jednocześnie, zwiększając liczbę szkół kształcących lekarzy, inwestujemy w ludzi, w zawody medyczne, a docelowo w bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. To jest kluczowe. Innych argumentów nie potrzebujemy.



Fot. PINUP\_STUDIO\_WAW

Pojawiają się opinie, że skoro zwiększa się liczbę uczelni, w których można studiować na kierunku lekarskim, to na pewno jakość kształcenia się pogorszy.

– Wszystkie szkoły wyższe są kontrolowane przez Polską Komisję Akredytacyjną. A szkoły rozpoczyna-

jące kształcenie na kierunku lekarskim podlegają tej kontroli nawet częściej, bo już po pierwszym i trzecim roku kształcenia, a także po zakończeniu pełnego cyklu. Jeśli otrzymają ocenę warunkową, komisja sprawdza po dwóch latach, czy zrealizowano zalecenia. Nikt nie jest i nie będzie uprzywilejowany.



Samorząd lekarski poprosił Komisję Europejską o odpowiedź na pytanie, czy fakt, że zgodnie z unijnym prawem kształcenie lekarzy powinno odbywać się „na uniwersytecie lub pod jego nadzorem” nie sprawi, że dyplomy absolwentów polskich placówek, które uniwersytetami nie są, nie będą uznawane w UE. Część lekarzy od dawna apeluje, aby kształcenie przyszłych kadr medycznych odbywało się jedynie w warunkach uniwersyteckich, co jest ich zdaniem zgodne z regulacjami Unii Europejskiej.

– Odpowiedź KE jest zasadniczo zbieżna z wyjaśnieniami, których udzielił wcześniej minister edukacji i nauki. Główne tezy odpowiedzi to brak w dyrektywie definicji pojęcia „uniwersytet”. Kluczowe jest spełnienie przez szkołę wyższą określonych progowych warunków do prowadzenia studiów na kierunku lekarskim, a zatem co najmniej 5,5 tys. godzin kształcenia praktycznego i teoretycznego przynajmniej przez pięć lat nauki. W piśmie Komisji wskazane jest ponadto, i to co wydaje się kluczowe w dyskusji dotyczącej nadawania uprawnień do prowadzenia kształcenia na poszczególnych kierunkach, że zgodnie z art. 165 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej to państwa członkowskie są odpowiedzialne za organizację systemów kształcenia. Pilnować trzeba jakości i standardów kształcenia, a nie statusu czy nazwy szkoły. A my tej jakości pilnujemy. Zmieniamy standardy kształcenia, wprowadzamy obowiązkowy egzamin praktyczny z umiejętności.

W latach 2015–2022 przeznaczylimy na inwestycje w podległych nam uniwersytetach medycznych ok. 5,8 mld zł. Obecna subwencja na działalność dydaktyczną to prawie 2,2 mld zł. Łączna wysokość grantów otrzymanych przez uniwersytety medyczne z Agencji Badań Medycznych to prawie 900 mln zł.

Z Krajowego Programu Odbudowy na kolejne inwestycje w infrastrukturę dydaktyczną i kliniczną uczelni planujemy przeznaczyć 2,5 mld zł. Na system zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie trafi prawie 600 mln zł. To obrazuje skalę naszych działań.

**A Akademia Mazowiecka w Płocku, Akademia Kaliska im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego i Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu – czy te szkoły będą miały odpowiednią bazę i kadry?**

– Jeśli szkoła otrzymała lub otrzyma zgodę na kształcenie, to ma gwarantować odpowiedni poziom nauczania.

Nie podchodzimy do tego procesu bezkrytycznie. Jeśli mamy zastrzeżenia formalne, to je komunikujemy. Jeżeli mamy wątpliwości systemowe, to roz-

mawiamy ze środowiskiem. Na początku marca spotkaliśmy się z rektorami dziewięciu uniwersytetów medycznych oraz dyrektorami Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i Centrum Egzaminów Medycznych. Jestem na każdym posiedzeniu Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych. Nie mamy problemu, by pytać, dzielić się wątpliwościami i słuchać opinii innych.

**Wracając do opinii lekarzy – dlaczego zatem, pana zdaniem, część medyków obawia się i nie chce, żeby lekarze byli kształceni w innych ośrodkach?** – Powiem inaczej. Nie ignorujemy tych opinii. Nie chcemy konfliktów. Ale nie ukrywam, że podważanie możliwości kształcenia przyszłych lekarzy w szkołach, które nie mają statusu uniwersytetu, spowodowało wiele niepotrzebnych emocji, zwłaszcza wśród studentów. Nie można bezpodstawnie mówić, że absolwenci konkretnych szkół nie otrzymują prawa wykonywania zawodu.

**Kiedy będziemy mogli przestać się martwić, że lekarzy jest zbyt mało?**

Na pewno nie stanie się to od razu. To kwestia lat, żeby efekt przyniosły dziś podejmowane przez nas działania.

Tworzymy modele oceniające zapotrzebowanie na kadrę medyczną. Wykorzystujemy wiedzę i doświadczenie ekspertów. Dlatego zaprosiliśmy do współpracy przedstawicieli Głównego Urzędu Statystycznego, Narodowego Funduszu Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, a także Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych. Dodatkowo w pracach, na etapie konsultacji, mogą uczestniczyć przedstawiciele poszczególnych samorządów zawodowych oraz studentów. Zespołem kieruje dyrektor Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. To jest kolejny przykład, jak podchodzimy do rozwiązywania problemów.

**A jakie dane obecnie posiadamy?**

– Główna aplikacja kadrowa składa się z ośmiu zakładów. Po wejściu w każdą z nich możemy skorzystać ze statystyk w podziale na podmiot leczniczy, województwo, powiat, płeć i wiek, w tym wiek emerytalny. Analizy skupiają się głównie na personelu pracującym.

Inna aplikacja gromadzi dane dotyczące studentów i absolwentów wybranych kierunków medycznych w Polsce w różnych przekrojach. Narzędzie to pozwala na monitorowanie i kierowanie liczbą miejsc na studiach na kierunkach medycznych. Są tam informacje dotyczące liczby studentów i absolwentów, dzięki czemu wiemy, jaki będzie dopływ pracowników na rynek pracy. Aplikacja zawiera też bardziej zaawansowane analizy dotyczące ścieżki studentów i zatrudnienia, które pokazują nam, czy absolwenci podejmują pracę w zawodzie. Analizujemy też migracje. Sprawdzamy, czy studenci studiują w tym samym województwie, z którego pochodzą i gdzie podejmują zatrudnienie. Dzięki temu widzimy, w których regionach kształcą się najmniej absolwentów poszczególnych kierunków i gdzie najmniej z nich rozpoczyna pracę. Na podstawie tych danych podejmujemy decyzje dotyczące m.in. liczby szkół kształcących lekarzy.

**ZWIĘKSZAJĄC LICZBĘ SZKÓŁ,**

**W KTÓRYCH MOGĄ SIĘ KSZTAŁCIĆ LEKARZE,**

**INWESTUJEMY W LUDZI,**

**W ZAWODY MEDYCZNE, A DOCELOWO**

**W BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE**

**PACJENTÓW. TO JEST KLUCZOWE.**

**INNYCH ARGUMENTÓW NIE POTRZEBUJEMY**

**A czy podwyżki spowodują, że więcej potencjalnych lekarzy zdecyduje się na pracę w zawodzie?**

– Zaproponowane przez nas przepisy o stałym wzroście minimalnych wynagrodzeń w ochronie zdrowia dają wymierne korzyści. Już zlecieliśmy opracowanie nowej wyceny świadczeń uwzględniającej podwyżki pensji w podmiotach medycznych od 1 lipca 2023 r.

Gwarantowane kwoty najniższych wynagrodzeń zasadniczych pracowników

medycznych i niemedyycznych działalności podstawowej w podmiotach leczniczych wzrosną średnio o ponad 713 zł.

Od podwyższonych wynagrodzeń zasadniczych obliczane będą dodatki, na przykład stażowy i za pracę w nocy. Wynagrodzenie zasadnicze lekarza ze specjalizacją wzrośnie o 991 zł, bez specjalizacji – o 813 zł, zaś stażysty o 649 zł.

**A co z premiowaniem finansowym lekarzy decydujących się na pracę tylko w publicznym sektorze ochrony zdrowia? Czy są już konkretne plany? Kiedy takie rozwiązanie byłoby możliwe? Po wyborach parlamentarnych, w kolejnych latach?** – Prowadzimy rozmowy. Jeszcze za wcześnie na przedstawienie konkretnych rozwiązań.

Krystian Lurka