

ANDRZEJ  
MATYJA

# Nie traćmy już czasu

Dobra organizacja nie oznacza trzymania wszystkiego silną ręką.

**D**wanaście proc. lekarzy i lekarzy dentyistów nosi się z zamiarem odejścia z miejsca pracy, tyle samo rozważa wyjazd za granicę, 8 proc. myśli o rezygnacji z zawodu, a 34 proc. o ograniczeniu aktywności zawodowej\*. W świetle obecnej bardzo trudnej sytuacji kadrowej w ochronie zdrowia takie dane są kolejnym sygnałem ostrzegawczym i wezwaniem do szybkich i przemyślanych działań. Mogą one powstać tylko po partnerskim dialogu z reprezentatywnymi przedstawicielami środowiska lekarskiego.

Znalezienie konsensu jest w interesie pacjentów i medyków, o czym pisałem w artykule „Nie można tak lekceważyć lekarzy” w „Rzeczpospolitej” z 28 września.

## Inwestycja, a nie koszt

W czasie pandemii przekonaliśmy się, że gdy system zawiódł, gdy nie było odpowiedniego sprzętu, zabezpieczeń, procedur i wytycznych, medycy mogli liczyć tylko na siebie i stanęli na wysokości zadania. Polskie doświadczenia potwierdzają się w międzynarodowych badaniach. Nic więc dziwnego, że we wnioskach wynikających z projektu badawczego prowadzonego przez The World Economic Forum i London School of Economics na temat zrównoważonego i odpornego systemu ochrony zdrowia na czołowym miejscu znalazło się stwierdzenie, że warunkiem wstępnym stworzenia silnego i odpornego systemu ochrony zdrowia jest inwestowanie w kadry medyczne.

W krajach OECD „popandemiczne” dodatkowe inwestycje w ochronę zdrowia ocenia się na między 0,5 a 3,4 proc.

Wiele wniosków i recept powtarza się, a odczuwalnych zmian nie doświadczają ani pacjenci, ani medycy.

Warto więc może umówić się co do kilku punktów.

**1.** Ochrona zdrowia to specyficzna dziedzina usług profesjonalnych, usług świadczonych indywidualnie. Zasadnicze znaczenie dla niej ma więc personel, czyli „usługodawcy” – ich liczba oraz kompetencje. W tej dziedzinie nie można po prostu zwiększyć wydajności pracy, a możliwości automatyzacji, w przeciwieństwie do sfery produkcji, są ograniczone.

**2.** Procesy diagnostyczno-terapeutyczne, to nie tylko seria czynności medycznych, ale także bardzo ważny

**”** Powstają kolejne strategiczne dokumenty, a opieka zdrowotna coraz bardziej nam karleje

kontakt z pacjentem, wsparcie emocjonalne, dobre poinformowanie o stanie zdrowia, przekazanie wiedzy o sposobie postępowania. Ta część działań znacząco wpływa na ocenę systemu ochrony zdrowia przez pacjentów.

**3.** Liczba personelu nie przekłada się automatycznie na jakość systemu ochrony zdrowia, ale jego wysoka ocena jest częstsza w krajach, w których personel, szczególnie personelu średniego, jest więcej.

**4.** By system ochrony zdrowia dobrze działał, poza odpowiednią liczbą personelu potrzeba dobrej organizacji. Przy czym dobra organizacja nie oznacza „ręcznego sterowania” i „trzymania wszystkiego silną ręką”. Dobra organizacja oznacza, że uczestnicy systemu (podmioty, osoby)

muszą aktywnie wykorzystywać swoją profesjonalną wiedzę i aplikować ją do okoliczności, a przede wszystkim indywidualnych pacjentów. Tacy pracownicy, muszą być odpowiednio zmotywowani, posiadać wysoki poziom etyki zawodowej i etos pracy. Frustracja, spadek motywacji, upadek morale, bardzo silnie odbijają się na jakości pracy „pracowników wiedzy”.

**7.** Profesjonaliści medyczni jako „pracownicy wiedzy” powinni być dobrze i sprawiedliwie wynagradzani. Ich ścieżka zawodowa powinna być przewidywalna i zależeć od zaangażowania oraz zdolności. Atmosfera pracy, samodzielność decyzji, możliwość uzyskania rozpoznawalności

w środowisku i w oczach pacjentów to przykłady elementów, które motywują tę grupę pracowników i są niezbędne (obok wynagrodzeń) do właściwego wykorzystania ich potencjału.

**8.** Dla „pracowników wiedzy” ogromnym zagrożeniem jest wypalenie zawodowe. Należy za wszelką cenę zapobiegać mu, bo bardzo często dotyczy to osób wyjątkowo zaangażowanych w swoją pracę, w szczytach ich możliwości zawodowych, a skutkuje utratą tych osób z rynku pracy lub pracą poniżej możliwości i kompetencji.

**9.** Medycyna musi być oparta na dowodach naukowych, a nie na strachu przed prokuratorem, dlatego konieczne jest cofnięcie zmian w kodeksie karnym wymierzo-

nie mówiąc o konieczności urealnienia wyceny świadczeń, które nie nadążają za rosnącymi kosztami.

konkretnych decyzji, jeśli poważnie myśli się o wsparciu kadry medycznej i zdrowej przyszłości obywateli. Niektóre pomysły już próbuje się wprowadzać w życie, ale gdy okiem medyka przyjrzeć się szczegółom, pojawiają się poważne zastrzeżenia.

## Tak samo nie znaczy to samo

Okazuje się, że choć mówimy tak samo, nie znaczy, że mówimy to samo. Przykładem są propozycje „restrukturyzacji” kompetencji zawodów medycznych. To właściwy kierunek i jako samorząd lekarski popieramy go, ale z niepokojem obserwujemy, że słuszną ideę w praktyce może być wypaczona, prowadząc do „felczeryzacji” medycyny.

Nie jest np. dobrym rozwiązaniem wprowadzenie asystenta chirurga, który będzie dublował zadania rezydenta i uniemożliwił mu zdobywanie umiejętności praktycznych. Nie jest też właściwym kierunkiem dodawanie do zadań opiekuna medycznego kompetencji pielęgniarskich (na dodatek w przyspieszonym trybie nauczania) zamiast zadbać o pozyskanie odpowiedniej grupy osób do tego zawodu (także dzięki zachętom finansowym), aby pielęgniarki nie musiały poświęcać czasu na prace opiekuńcze, lecz mogły wykorzystać go na czynności strictly medyczne, też przejmowane od lekarzy.

Sformułowana już ponad dwa lata temu (i wpisana do rekomendacji projektu „Wspólnie dla zdrowia”, nad którym wiele miesięcy pracowała rzesza medyków i ekspertów) idea powołania asystenta medycznego czy też sekretarza medycznego/sekretarki medycznej, której wszyscy przyklasaliśmy, do tej pory nie

## To racja stanu

Rzeczywistości nie da się zaczarować. Potrzebne są pieniądze, decyzje organizacyjne na szczeblu rządowym (choćby koordynacja polityki zdrowotnej z polityką społeczną). Tracimy czas. Zanim na rynek pracy wejdą nowe roczniki absolwentów studiów medycznych, można by zadbać o „małe i szybkie zwycięstwa”. Brakuje konkretnych działań ustalonych w partnerskim dialogu z reprezentatywnymi przedstawicielami zawodów medycznych.

Powstają kolejne opasłe strategiczne dokumenty, w których powtarzane są te same tezy, a opieka zdrowotna coraz bardziej nam karleje, choć wiadomo, że zdrowie to nasza racja stanu. Cenne zasoby i fundament każdego systemu ochrony zdrowia, czyli kadry są spychane na drugi plan. Można odnieść wrażenie, że decydenci urzędu liby doskonałą ochronę zdrowia, gdyby nie „roszczeniowi” medycy. W naszym zawodzie, gdy w grę wchodzi ludzkie życie, poprzeczka kompetencji musi być wysoko ustawiona. Tego samego oczekujemy od rządzących. To też jest element budowy zaufania. Nie służy temu narzucanie rozwiązań, przepychanie ustaw, niedopuszczanie do wysłuchań publicznych podczas prac parlamentarnych, a gdy zmiany nie przynioszą oczekiwanych efektów, zrzucanie winy na tych „co na dole”, którzy nie chcą lub nie potrafią podjąć wyzwania.

Gdy rozwiązania są niedo-pracowane, wycinkowe, gdy brakuje na nie pieniędzy, to są jedynie odhaczonym punktem programów czy strategii. Rośnie niezadowolony pacjentów, których oczekiwania zwiększyły się pod wpływem zapowiedzi i obietnic polityków. Rośnie frustracja wśród medyków i jako kraj lokujemy się na zawstydzająco niskiej pozycji na tle Europy. To poniżej naszych możliwości i aspiracji. Oby się nie okazało, że polska kadra medyczna będzie realizować swoje ambicje zawodowe, ale za granicą. Bo coraz trudniej będzie medykowi postępować zgodnie z sumieniem i maksymą Hipokratesa: „Zdrowie chorego najwyższym prawem”, jeśli ciężar tej odpowiedzialności ma dźwigać tylko on, bez wsparcia całego systemu ochrony zdrowia, za który odpowiadają politycy. / ©

\*Badanie przeprowadził w lipcu 2021 r. zespół naukowców tj. prof. Beata Buchelt z Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, prof. Iwona Kowalska-Bobko z Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum oraz prof. Tomasz Masłyka z Akademii Górniczo-Hutniczej przy współpracy z Naczelną Izbą Lekarską. W badaniu wzięło udział 2144 lekarzy i lekarzy dentyistów.

Autor jest prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej