



Zmęczeni bohaterowie

„Kadry decydują o wszystkim” – miał kiedyś stwierdzić Władimir Iljicz Uljanow, bardziej znany jako Lenin. Ten slogan, którym chętnie posługiwali się również inni komunistyczni przywódcy, cechuje z jednej strony ogromna prostota, a z drugiej głęboka mądrość, bo żadna organizacja ani system nie funkcjonują prawidłowo, gdy szwankuje w nich czynnik ludzki. Nie inaczej jest z publicznym systemem ochrony zdrowia w Polsce, który od wielu lat trapią liczne problemy.

MICHAŁ SEWERYN, JAKUB KOSIKOWSKI

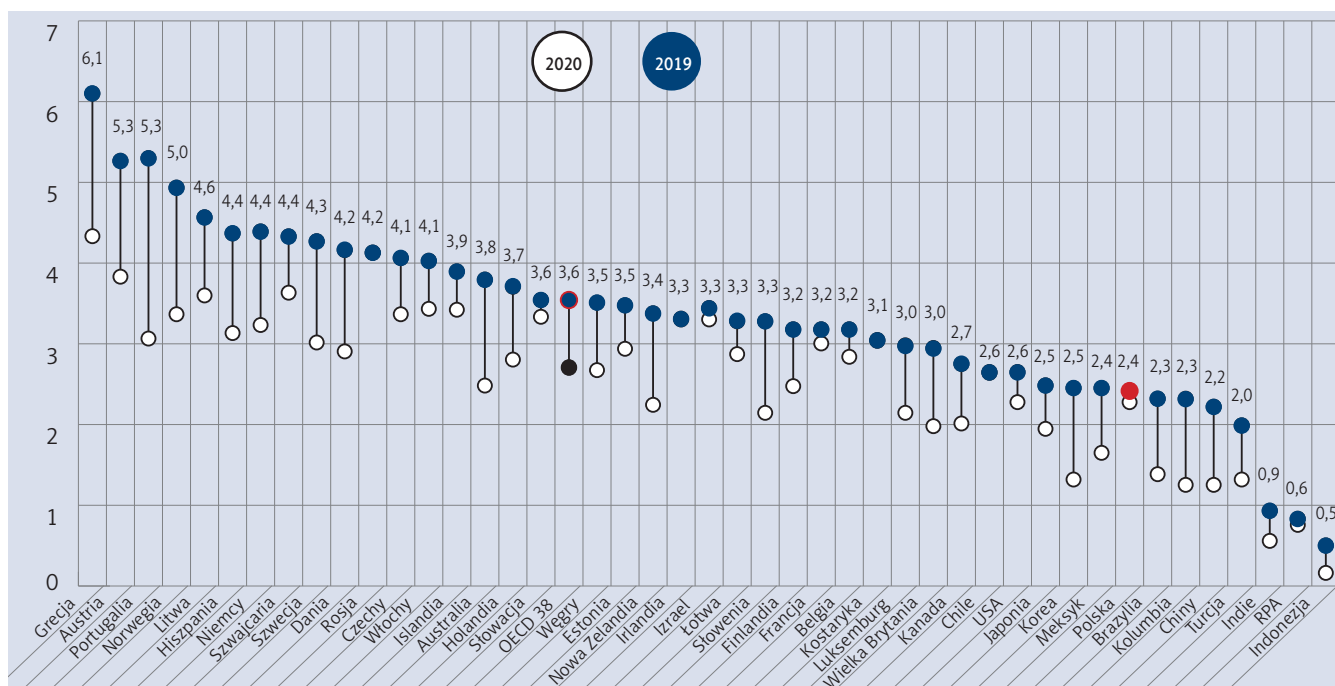
Za mało względem potrzeb

Niewątpliwie jednym z najpoważniejszych problemów jest po prostu zbyt mała liczba lekarzy i pielęgniarek w stosunku do potrzeb. Jak wynika z najnowszego raportu OECD Health et Glance 2021, w Polsce na 1000 mieszkańców przypada średnio 2,4 lekarza (ryc. 1), co plasuje nas na ostatnim miejscu w całej Unii Europejskiej.

Na domiar złego z najnowszych danych publikowanych przez Naczelną Izbę Lekarską wynika, że 25 proc. lekarzy wykonujących zawód w Polsce to osoby, które przekroczyły wiek emerytalny (61 lat i więcej w przypadku kobiet, 66 lat i więcej w przypadku mężczyzn), a 10 proc. czynnych zawodowo lekarzy to osoby powyżej 70. roku życia! Taka struktura demograficzna nie jest optymistycznym prognozą.

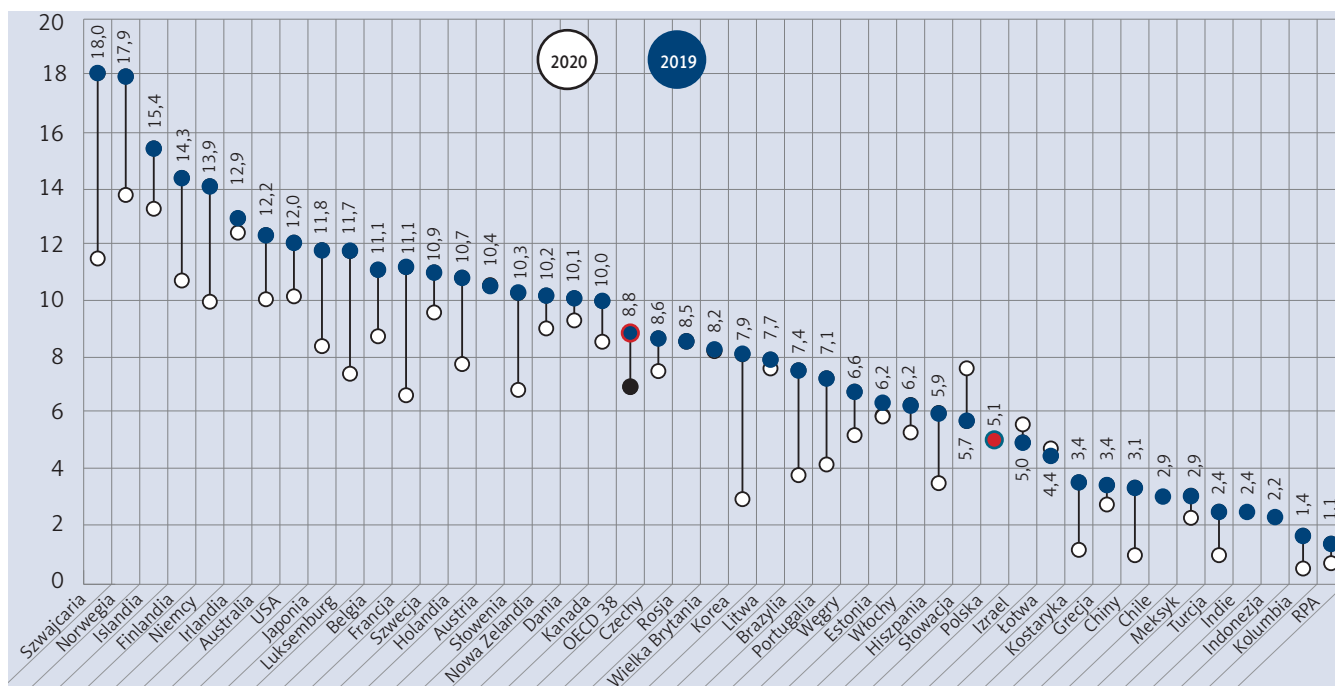
Niewiele lepiej wygląda sytuacja, jeżeli chodzi o pielęgniarki. Z tego samego raportu wynika, że Polska z liczbą czynnych zawodowo pielęgniarek średnio 5,1/1000 mieszkańców znajduje się na przedostatnim miejscu w Unii Europejskiej, wygrywając w tej konkurencji jedynie z Litwą. Dla porównania takie kraje, jak Szwajcaria czy Norwegia, mają średnio 18 pielęgniarek na 1000 mieszkańców (ryc. 2).

W tym kontekście obecne działania zmierzające do zwiększania limitów miejsc na studiach lekarskich wydają się – delikatnie mówiąc – nieco spóźnione. Podobnie jak propozycje likwidacji stażu podyplomowego czy rozpoczęcia kształcenia lekarzy na uczelniach zawodowych, mające w sobie więcej z desperacji i paniki niż konsekwentnie wdrażanej strategii. Nie jest bowiem trudno w pogoni za gwałtownym wzrostem ilości zatrić



Rycina 1. Liczba lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców w krajach OECD

Źródło: OECD Health Statistics 2021.



Rycina 2. Liczba pielęgniarek przypadających na 1000 mieszkańców w krajach OECD

Źródło: OECD Health Statistics 2021.

jakość. A chodzi przecież o to, aby kształcić kompetentne kadry medyczne, a nie „jakiegokolwiek” kadry medyczne.

Zmęczenie i biurokracja, czyli dobrze „zorganizowana” zaraza systemowa

Bardzo poważnym problemem polskich kadr medycznych, który został uwydatniony jeszcze bar-

dziej w okresie pandemii, jest przepracowanie. Coraz głośniejsze mówi się o tym, że kryzysu kadrowego polskiej ochrony zdrowia nie da się dłużej łączyć wieloletowością bądź nadgodzinami. Matthew P. Walker opublikował w 2018 r. w czasopiśmie „Lancet” artykuł pt. „A sleep prescription for medicine”, z którego wynika, że lekarze pracujący na 34-godzinnej zmianie

Tabela 1. Wykaz informacji prasowych dotyczących problemów kadrowych w ochronie zdrowia

Treść informacji prasowej	Źródło
Hematologia w Brzozowie na Podkarpaciu (ośrodek mający pod nadzorem 14 000 chorych) wkrótce może zostać bez personelu. Przez braki kadrowe, pozostałych 6 lekarzy złożyło wypowiedzenia	https://esanok.pl/2021/hematologia-w-brzozowie-za-2-miesiace-moze-przestac-istniec-ordynator-bijemy-na-alarm-00e4dm.html
SOR w SPSK4 w Lublinie nie działa. Brakuje lekarzy, pielęgniarek i ratowników	https://www.lublin112.pl/sor-w-spsk4-w-lublinie-nie-dziala-brakuje-lekarzy-pielengniarek-i-ratownikow/
Tymczasowo zamknięta poradnia hepatologiczna przy Szpitalu Wojewódzkim w Białymstoku. Jedyny lekarz przyjmujący w poradni został oddelegowany do pracy z pacjentami chorymi na COVID-19	https://www.radio.bialystok.pl/wiadomosci/index/id/206793
Lekarze z Lublina wydzwanają po oddziałach dziecięcych w całym regionie i szukają miejsca dla małych pacjentów, których Uniwersytecki Szpital Dziecięcy nie może już przyjąć z braku miejsc	https://www.dziennikwschodni.pl/magazyn/zapasc-nie-ma-gdzie-leczyc-dzieci-historie-lekarzy-z-lublina-i-regionu,n,1000297831.html
Zamojski Szpital Niepubliczny zawiesił działalność oddziału pediatrii i leczenie małych pacjentów od lipca. Po 1 stycznia pediatrii grozi formalna likwidacja	https://www.dziennikwschodni.pl/zamosc/500-to-za-malo-w-zamosciu-nie-ma-komu-leczyc-dzieci,n,1000297323.html

Źródło: Informacje prasowe z ostatnich dwóch miesięcy, o których informował w mediach społecznościowych Jakub Kosikowski.

popelniają o 460 proc. więcej błędów diagnostycznych niż wtedy, gdy są dobrze wypoczęci. Ci sami zmęczeni lekarze popelniają o 36 proc. więcej poważnych błędów medycznych niż ci, którzy pracują 16 godzin lub mniej. Z badania jasno wynika, że zmęczony lekarz myli się znacznie częściej.

Problem dostrzega Naczelna Rada Lekarska, która w swoim apelu do lekarzy z 22 października 2021 r. przypomina, że jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjentów zależą w dużej mierze od sił, koncentracji i staranności w działaniu lekarza i lekarza dentystry. Ich praca zawodowa w wymiarze przekraczającym 48 godzin w tygodniu może prowadzić do spadku wydolności, a tym samym do utraty zdrowia, zmniejszenia koncentracji i zwiększenia ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Rada wprost wskazuje, że przemęczony lekarz i lekarz dentyista nie jest rozwiązaniem problemów systemu ochrony zdrowia, a rządzący odpowiadają za zorganizowanie prawidłowej pracy systemu.

Od śmierci Ottona von Bismarcka minęły już ponad 123 lata, a mimo to kult biurokracji ma się w naszym kręgu kulturowym znakomicie i nie omija również

polskiego systemu ochrony zdrowia. Liczba ustaw, rozporządzeń i zarządzeń prezesa NFZ rośnie w tempie geometrycznym, a prawie każde z nich generuje dodatkowe obowiązki administracyjne, które ostatecznie ktoś musi wykonać, najczęściej pracownik medyczny. W tym kontekście nie dziwią głosy lekarzy z Porozumienia Rezydentów, którzy pokusili się o wyliczenie, że z 15-minutowej wizyty lekarskiej dla pacjentów pozostają 3 minuty, maksymalnie 4,5, gdyż resztę czasu pochłania tzw. papierologia. Nawet jeżeli wyliczenia te nie są poparte głębszymi badaniami, to odpowiadają subiektywnemu odczuciu wielu ludzi pracujących w systemie. Pracownicy szpitali wypełniają masę rozbudowanych statystyk płynących do Narodowego Funduszu Zdrowia. Ale o dane mogą również prosić (a właściwie ich żądać) Ministerstwo Zdrowia, Główny Urząd Statystyczny, stacje sanitarno-epidemiologiczne, wojewoda czy organy założycielskie. Z powodu tych statystycznych obowiązków lekarze i pielęgniarki nader często są odrywani od pacjentów. Nikt nie kwestionuje, że sprawozdawczość, statystyka czy prowadzenie rejestrów to rzeczy ważne, ale należy zadać sobie pytanie, czy na pewno system jest skonstruowany tak, aby optymalizować procesy w celu jak najlepszego wykorzystania kadr medycznych. Można mieć co do tego wiele wątpliwości.

Te i inne czynniki powodują, że placówki coraz częściej dotyczą mniejsze lub większe kryzysy kadrowe, które skutkują ograniczaniem bądź likwidacją komórek organizacyjnych (tab. 1).

Niewesołe wnioski

Nie jest tajemnicą, że system opieki zdrowotnej w Polsce, podobnie jak w innych krajach, stoi przed wyjątkowymi wyzwaniami związanymi z zarządzaniem ka-

„Powszechnym problemem jest traktowanie lekarzy stażystów jako darmowej siły roboczej, a rezydentów jako niemal darmowej siły roboczej”

„ Przedstawiciele władzy publicznej powinni zrozumieć, że skoncentrowanie się na kadrach medycznych i stworzenie im optymalnych warunków pracy to nie spełnianie fanaberii roszczeniowych grup zawodowych, tylko inwestycja w przyszłe zdrowie i dobrobyt mieszkańców naszego kraju ”



Fot. Adobe Stock

drami medycznymi. Sam charakter pracy personelu medycznego wiąże się z dużym stresem, który łatwiej niż w innych zawodach może prowadzić do wypalenia zawodowego. Tymczasem przed personelem medycznym stoi wiele innych wyzwań, między innymi: potrzeba ciągłej poprawy jakości opieki nad pacjentem, rosnąca presja w zakresie obniżania kosztów opieki medycznej, rozwój technologii IT w medycynie i potrzeba posiadania coraz wyższych kompetencji technologicznych lub przynajmniej umiejętności uczenia się tych kompetencji.

Poprawa sytuacji kadrowej w polskim systemie opieki zdrowotnej to warunek *sine qua non* jego reformy. Przez poprawę sytuacji należy rozumieć nie tylko zwiększenie liczebno kadr, lecz także skupienie się na poprawie organizacji, aby zaangażowanie pracowników medycznych mogło być w pełni skupione na pacjentach i opiece nad nimi.

Nigdy nie było i nie powinno być rolą lekarzy albo ratowników medycznych szukanie miejsca dla pacjenta, co jest praktycznie w naszym systemie codziennością. Nie powinno również być takich sytuacji, że lekarze wypełniają ogrom dokumentów służących rozliczeniu z płatnikiem w celu domniemanej „poprawy jakości świadczeń” (np. skala przeciwzakrzepowa pacjenta kładzonego na kilka godzin czy skala żywieniowa pacjenta objętego leczeniem żywieniowym).

Powszechnym problemem jest traktowanie lekarzy stażystów jako darmowej siły roboczej, a rezydentów jako niemal darmowej siły roboczej. Często kierownictwo szpitali w ten sposób postrzega lekarzy, za których płaci „państwo”. Zamiast lepszej organizacji pracy i odciążania medyków od obowiązków administracyjnych mamy do czynienia ze zjawiskiem przeciwnym. Okrada to de facto pacjentów z czasu, który powinni im poświęcić lekarze, a młodych lekarzy z czasu potrzebnego na szkolenie się i kontakt z pacjentem.

Paradoksem naszego systemu jest również fakt, że niezwykle często im wyższy jest poziom referencyjny szpitala, a tym samym trudniejsze i bardziej zaawansowane przypadki, którymi się zajmuje, tym gorsze są warunki pracy – zarówno płacowe, jak i pozapłacowe. Nie chodzi tu o porównywanie wartości pracy neurochirurga operującego najtrudniejsze tętniaki i glejaki oraz tego, który planowo prywatnie operuje przepukliny kręgosłupa, bo obaj są w systemie konieczni. Chodzi o to, że rozbieżność w płacy na niekorzyść lekarzy, którzy pracują w ośrodkach wysokospecjalistycznych, jest naprawdę rażąca. W tym kontekście nie dziwi, że często decydują się na odejście do sektora prywatnego czy poradni.

Utrzymywanie sytuacji, w której wszelkie niedostatki i dziury systemu są łatanie wysiłkiem lekarzy, będzie powodować ich trwały exodus z sektora publicznego. Dodatkowo na lekarzy i inny personel medyczny często przerzucana jest odpowiedzialność za niedostatki organizacyjne systemu i szpitali. Przykładowo, gdy w szpitalu nie ma radiologa na dyżurze, odpowiedzialność ponoszą de facto ci klinicyści, którzy zgodzili się dyżurować na innym oddziale, korzystającym bezpośrednio z pracy zakładu diagnostyki obrazowej. Niedostatki kadrowe jednego oddziału (SOR, radiologia, anestezjologia) mogą zdeorganizować pracę całego szpitala, ponieważ brak jednych specjalistów zaburza lub uniemożliwia prawidłową pracę innym.

Konkludując – przedstawiciele władzy publicznej powinni zrozumieć, że skoncentrowanie się na kadrach medycznych i stworzenie im optymalnych warunków pracy to nie spełnianie fanaberii roszczeniowych grup zawodowych, tylko inwestycja w przyszłe zdrowie i dobrobyt mieszkańców naszego kraju.

Michał Seweryn, specjalista zdrowia publicznego i epidemiologii, prezes zarządu EconMed Europe, były naczelnik Wydziału Gospodarki Lekami Narodowego Funduszu Zdrowia
Jakub Kosikowski, były przewodniczący Porozumienia Rezydentów