

## Moim zdaniem...



**Krzysztof Kordel**  
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

...do decydentów i do mediów przebiła się wreszcie informacja, że w Polsce jest zbyt mała liczba lekarzy i że trzeba coś zrobić z tym problemem.

**S**zkopuł w tym, by na rynku pojawiło się wystarczająco do potrzeb (to znaczy tak naprawdę ilu?) lekarzy specjalistów, że trzeba co najmniej 12 lat przy założeniu podwojenia liczby przyjmowanych na studia medyczne. Jest oczywiste, że taka decyzja wiąże się z wydatkiem ze strony budżetu, a tego, jak wiadomo, w ustawie budżetowej nie przewidziano. Minister zapowiedział podniesienie limitu przyjęć na studia polskojęzyczne o około 15%. Na rynek wchodzi prywatne uczelnie oraz nowe uniwersytety z wydziałami lekarskimi. Za 6 lat będzie więcej lekarzy stażystów. Jeśli chcemy utrzymać system kształcenia rezydenckiego, to też trzeba zaplanować większe nakłady w budżecie.

Moim zdaniem takie działania są absolutnie niewystarczające. Patrząc na wskaźniki demograficzne, takie jak średnia wieku lekarza (także pielęgniarek) i umieralność większa niż przeciętna w tych grupach wiekowych, dobrze będzie, jak ta większa grupa uzupełni naturalne braki ludzkie w naszym zawodzie. Nie zapominajmy także o czyniącym spustoszenie w grupie lekarzy zespołu wypalenia zawodowego. Postawić tutaj należy retoryczne pytanie, jak dużo w ciągu doby, tygodnia, miesiąca czy też roku pracować może lekarz. A co z dyrektywą unijną w sprawie czasu pracy? Obeszliśmy ją przzerwaniem lekarzy na samozatrudnienie. Ta forma pracy wymaga samooceny co do możliwości zarówno intelektualnych, jak i fizycznych. Wygląda na to, że coraz mniej lekarzy w przyszłości będzie stypendystami ZUS, a coraz częściej będziemy mieli do czynienia z przypadkami odejścia na „wieczny dyżur” w miejscu i w czasie pracy. Jeśli był to dobry lekarz, to pacjenci będą towarzyszyć mu w ostatniej drodze i czasami, porównując z następcą, dobrze o nim powiedzą.

Jak to już kiedyś pisałem, lekarzy nie da się skłoniwać. Przy istniejącej sytuacji można natomiast pomyśleć, by lekarzy odciążać chociażby z narzucanej przez różnego rodzaju biurokrację coraz bardziej rozbudowanej administracji. Czasami zastanawiam się, kto jest dla kogo. Patrząc historycznie, zawsze administracja miała ciągoty, by swoimi zadaniami obarczyć innego, zwłaszcza kiedy można za coś przy byle okazji nie zapłacić. Miałem nadzieję, że doczekam się ja, a nie moje wnuki, sprawnie działających systemów informatycznych w ochronie – czy jak woli minister – w służbie zdrowia. Zawsze byłem zwolennikiem informatyki jako narzędzia ułatwiającego człowiekowi pracę. Dobrze działający system informacji medycznej zawierający niezbędne informacje o przeszłości chorobowej uwolniłby nas od dobrej chęci pacjenta, by o prawdziwej swojej przeszłości chorobowej czy dotychczasowym toku leczenia swojego lekarza poinformować. Elektroniczna recepta pozwoliłaby nam posiadać wiedzę na temat, jakie leki i kiedy pacjent zażywa, a elektroniczne zwolnienie też by ułatwiło życie. Gdyby było, a jak już jest, by działało sprawnie, a nie tak jak jest. Koń jaki jest, każdy widzi...

Robota zastępującego lekarza jeszcze nie wymyślono. Skoro tak, to może warto się zastanowić, czy może chociaż część tego, co lekarz dziś robi, nie warto scedować na inne zawody medyczne. Tak jest w wielu innych krajach, które potrafią wycenić czas pracy specjalisty. Problem w tym, że nie bardzo jest kim to zrobić. W niektórych czynnościach lekarza mogłyby zastąpić pielęgniarki. Są dobrze wykształcone, po studiach, mają specjalizację i pokończone kursy dające potrzebne im umiejętności, ale tak samo jak nas jest ich zbyt mało, a wypominanie wieku kobietom jest nieeleganckie. I jeszcze polska specyfika – dołożyć obowiązków w ramach tej samej pensji. Jakoś nie widać na to chętnych.

Skoro jest zbyt mało pielęgniarek, to pojawił się pomysł, by w ich miejsce wprowadzić na oddziały inne niż SOR ratowników medycznych. Pojawił się projekt stosownego rozporządzenia, z którego lektury dowiedziałem się, że ratownik będzie mógł samodzielnie wykonywać czynności pielęgnacyjne zgodnie z wykazem zawartym w załączniku. Przeczytałem załącznik, a w nim wymieniono wszystkie czynności, jakie wykonuje ratownik, ale nie ma tam żadnej pielęgnacyjnej. Kolejną niespodzianką jest fakt, że ratownik będzie to mógł robić po odpowiednim przeszkoleniu. Niestety, mimo że kilkakrotnie czytałem projekt rozporządzenia, nie znalazłem nigdzie wyjaśnienia, co to znaczy odpowiednie. Zarówno co do treści, jak i czasu tego kształcenia ani też wskazówki, kto ma je zrealizować. O stawkach wynagrodzenia też oczywiście nikt nie wspomina, bo gentelmani o kasie nie rozmawiają.

A może warto pomyśleć o powrocie do szpitali salowych, które powinny być pomocami pielęgniarskimi, a nie osobami sprzątającymi. I tu znowu trzeba pomyśleć o tym, że praca z człowiekiem chorym jest pracą specyficzną, wymagającą predyspozycji i nie powinna być opłacana na poziomie płacy najniższej.

Nasze społeczeństwo starzeje się i gabinety POZ i AOS będą coraz bardziej oblegane. Człowiek w wieku podeszłym ma swoje wymagania i potrzeba jest zwiększenia zatrudnienia o nowe grupy zawodowe, które ułatwią pracę lekarzom, np. opiekun osoby starszej niepełnosprawnej, pracownicy socjalni czy edukatorzy zdrowotni. Dobre rozwiązania są na Florydzie, ale wymagają one zwiększenia nakładów finansowych. W wielu krajach wymyślono odrębny podatek senioralny. Co się stało w Polsce z tą pulą pieniędzy, odsyłam koleżeństwo do bezcennych pokładów w miarę świeżej pamięci.

W tym miejscu chcę pogratulować elekcji nowemu rektorowi Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu panu profesorowi Andrzejowi Tykarskiemu, licząc na taką współpracę Izby z Jego Magnificencją, jaką mieliśmy z Rektorem Jackiem Wysockim.

Z okazji zbliżających się Świąt Wielkanocnych składam wszystkim najlepsze życzenia.