

Przyszłość w kadrach, kadry dla przyszłości



## Pracownik jest sfrustrowany albo... go nie ma

Nikogo nie trzeba przekonywać, że to, w jaki sposób działa system opieki zdrowotnej zarówno na poziomie mikro, jak i makro, zależy przede wszystkim od ludzi. O ile na przykładzie wielu podmiotów leczniczych można zauważyć inicjatywy zmierzające do rozwoju w tym obszarze, o tyle nasz „system” w coraz większym stopniu zawodzi. W efekcie mamy pogłębiającą się frustrację pracowników i coraz większy, chociaż zróżnicowany wewnętrznie, niedobór kadr.

Porównywanie statystyk z innymi krajami oraz zmiany demograficzne nie pozostawiają złudzeń: jesteśmy w przededniu kryzysu, którego nawet skokowe zwiększenie finansowania sektora ochrony zdrowia – wciąż jedynie hipotetyczne – nie zdoła automatycznie rozwiązać. Żeby zarządzanie ludźmi przyniosło pozytywne efekty, potrzebny jest czas, jasno nakreślony cel i oczywiście niezbędne zasoby. Obecnie nie mamy żadnego z tych elementów.

### Nowe zadania, nowe problemy

Przez bardzo długi czas jedynymi zorganizowanymi w cechach profesjami medycznymi byli lekarze, aptekarze i chirurdzy. Dopiero rozwój technologii oraz samych podmiotów leczniczych wymusił znacznie większą specjalizację. Obecnie lista oficjalnych zawodów medycznych przekracza 30 pozycji, w ramach których dynamicznie rozwijają się jeszcze szczególne specjalizacje. Wiele z nich ma precyzyjne zapisy

„Obecnie lista oficjalnych zawodów medycznych przekracza 30 pozycji, w ramach których dynamicznie rozwijają się jeszcze szczegółowe specjalizacje”

w aktach prawnych dotyczące wymaganych kwalifikacji i trybu ich uzyskiwania oraz potwierdzania, prowadzenia samodzielnej praktyki i wykonywania pracy w ramach podmiotów leczniczych. Wymogi te są przenoszone (i twórczo rozwijane) do rozporządzeń koszykowych. W ten sposób zasoby kadrowe stają się nie tylko faktycznym, lecz także formalnym filarem funkcjonowania danego podmiotu w ramach środków publicznych.

Pojawiające się nowe wyzwania związane z rozwojem technologii powodują najpierw konieczność opanowania kompetencji przez osoby wykonujące do tej pory „tradycyjny” zawód medyczny. Przykładem stało się wyodrębnienie zawodu perfuzjonisty spośród osób do tej pory pracujących najczęściej w zawodzie pielęgniarki lub pielęgniarza. Z czasem dochodzi do emancypacji danej grupy, która w ramach zrozumiałego postulatu obrony swojej pozycji i uzyskania niezależności doprowadza do kolejnego pączkowania. Następną fazą, świadcząca o dojrzałości nowego zawodu medycznego, jest powołanie własnego samorządu zawodowego i wprowadzenie ustawy regulującej zasady jego wykonywania.

Podstawowe pytanie brzmi: czy taka formuła nie jest po prostu najlepszym, pragmatycznym rozwiązaniem? Urzędnicy przy niewielkich nakładach finansowych rejestrują nowe byty. Politycy wykazują swoją skuteczność, autoryzując takie decyzje. Rządziej dochodzi do prób torpedowania, ponieważ praktyka pokazuje, że jest ono nieskuteczne: urzędnika wymienić nie jest trudno, politycy zmieniają się zgodnie ze zmienną wolą wyborców, a wytrwałe zabiegi dobrze zorganizowanych lobby wygrywają.

Model ten jednak napędza maszynę biurokratyczną, doprowadzając do tego, że miarą jakości jest wypełnienie formalnych wymagań. Ponieważ przepisów przybywa, ich zmiana bywa technicznie trudna, ponieważ poprawianie i aktualizowanie rozwiązań nie przynosi takich politycznych i administracyjnej korzyści jak procedowanie nowych bytów. Aktualizowanie przepisów napotyka problemy także dlatego, że przeprowadzenie pogłębionych analiz wymaga odpowiedniego nakładu pracy, a na to mimo zwiększania się ogólnej liczby pracowników administracji centralnej po prostu nie starcza czasu.

Część przepisów funkcjonuje, ponieważ jest bezpośrednio związana z przepływem środków publicznych, część zaś pokrywa się coraz grubszą warstwą kurzu i powoli odchodzi w zapomnienie. Można obrazowo powiedzieć, że stają się one jak nieme DNA w genomie człowieka, które kiedyś spełniało ważne funkcje, ale zostało zepchnięte na dalszy plan przez innowacyjne rozwiązania zapisane w kodzie. Od czasu do czasu jednak te zakurzone regulacje ożywają, zazwyczaj w najmniej oczekiwanych momentach, i stanowią podstawę do narzekań na przerosty biurokratyczne.

### Lekarzu, ulecz się sam?

Osiową profesją w systemie ochrony zdrowia pozostanie, niezależnie od stosunku do tego faktu, zawód lekarza. Wynika to z prostego faktu: podejmowanie najbardziej odpowiedzialnych decyzji dotyczących diagnostyki i leczenia pacjentów musi pozostać w rękach osób mających jednocześnie szeroką wiedzę ogólnomedyczną i pogłębioną wiedzę w danej dziedzinie, w coraz bardziej rozproszonym systemie specjalizacyjnym.

Nie oznacza to jednak, że sami medycy i ich organizacje mogą spać spokojnie. Po pierwsze, presja wywołana oczekiwaniami społecznymi będzie rosła. Po wtóre, dzięki coraz łatwiejszemu dostępowi do wiedzy coraz trudniej będzie prowadzić dialog z zaangażowanymi pacjentami, tym bardziej że jakość tej wiedzy jest mocno zróżnicowana. Nierzadko wątpliwe „fakty”, o których można przeczytać, znajdują swoich wyznawców, a ruch antyszczepionkowy nie jest ani pierwszym, ani tym bardziej ostatnim przykładem.

Teoretycznie podejmowane są inicjatywy wspierające lekarzy w ich podstawowych funkcjach, trudno jednak nie zauważyć, że bez zinstytucjonalizowania tej pomocy w postaci środków i autorytetu władz publicznych będziemy świadkami kolejnych prób podważenia „tradycyjnej” medycyny przez ruchy protestów i sprzeciwu z jednej strony oraz czysto komercyjne przedsięwzięcia wciąż nie do końca odpowiedzialnego społecznie biznesu z drugiej. Jednym z fundamentów owego wsparcia powinna być szeroko rozumiana komunikacja, ponieważ liczy się nie tylko treść, lecz także sposób jej przekazywania, analizowania pytań i przygotowanie zrozumiałych i wiarygodnych odpowiedzi. Rzecz jasna – bez stuprocentowej gwarancji sukcesu.

Wyzwaniem dla lekarzy jest też słaby dostęp do nich samych. Oczywiście pierwszą przyczyną takiego stanu rzeczy jest fakt, że znajdujemy się w europejskim statystycznym ogonie odsetka osób wykonujących ten zawód. Problem jednak w tym, że jeśli nie zostanie podjęta realna decyzja o zwiększeniu nakładów na ochronę zdrowia w proporcji do całej gospodarki, to po prostu o zwiększeniu liczby aktywnych zawodowo lekarzy (a także pielęgniarek i wszystkich innych profesjonalistów) nie może być mowy.



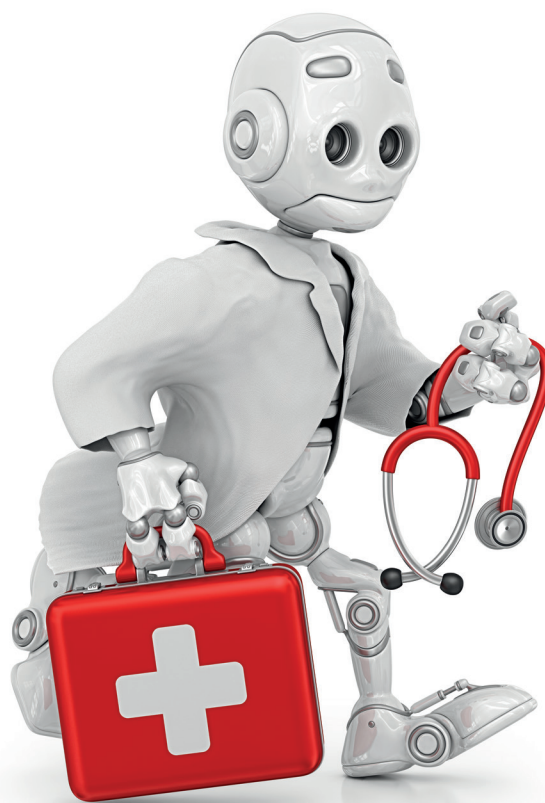
### Trzy możliwości poprawy sytuacji

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na trzy rodzaje działań, które mogą tę sytuację uczynić nieco bardziej znośną.

Pierwszym jest zaangażowanie innych profesji w realizację zadań oraz wspieranie codziennych aktywności. Do pewnego stopnia już jest to realizowane, choćby poprzez przyznanie pielęgniarkom ograniczonego uprawnienia do wypisywania leków. Nie rozwiąże to oczywiście wszystkich bolączek, ale z pewnością szersze zaangażowanie innych profesjonalistów może do pewnego stopnia złagodzić niedobory kadrowe przy jednoczesnej poprawie jakości pracy.

Drugim elementem są technologie. Na razie zawód lekarza nie jest (w przeciwieństwie np. do zawodowych kierowców) zagrożony przez proces automatyzacji, ale zaawansowane rozwiązania informatyczne mogą znacząco przyspieszyć i wesprzeć podejmowanie decyzji. Pragnę jednak podkreślić, że słów „na razie” nie użyłem bynajmniej w znaczeniu „przez kolejne pięć pokoleń”. Obserwacja innych sektorów gospodarczych i społecznych potwierdza, że właśnie do prac wymagających znacznego zaangażowania intelektualnego ekonomiczniej jest wykorzystać sztuczną inteligencję. Innymi słowy – dla podmiotu leczniczego przyszłości prawdopodobnie taniej będzie zatrudnić „doradcę pacjenta” i kupić superkomputer wspierający osobę diagnozowaną i leczoną w podejmowaniu decyzji o swojej ścieżce diagnostycznej i terapeutycznej niż zatrudnić wykwalifikowanego lekarza. Następna generacja robotów chirurgicznych będzie potrzebowała dużo mniejszego zaangażowania lekarza, a za dwie kolejne być może wystarczy tylko nadzór żywego chirurga, wyznaczenie celu i zatwierdzenie wykonania zabiegu. Na szczęście za życia większości czytających prawdopodobnie nie dojdziemy do tego etapu, a jedynie do zauważalnego zmniejszenia zapotrzebowania na pracę lekarzy, przynajmniej części specjalności.

Trzeci element jest związany z pierwszym i będzie polegał na szerszym włączeniu samych pacjentów w proces leczenia i diagnostyki. Dzieje się to już obecnie, chociaż dotyczy wciąż relatywnie niewielkiego odsetka chorych. Chciałbym zwrócić uwagę na dwie dyskusje. Pierwsza była związana z próbą wprowadzenia recepty na „pigułkę dzień po”. Drugą zapoczątkowała wypowiedź ministra zdrowia, że cięcia cesarskie nie mogą być wykonywane na życzenie. Jeśli w pierwszym przypadku zdejmujemy warstwę ideologiczną z tej wciąż gorącej dyskusji, to okaże się, że podejście przynajmniej części opinii publicznej wynika z silnego przeświadczenia, że stosowanie danych procedur medycznych to sprawa w pierwszej kolejności samych zainteresowanych. Natomiast w drugim przypadku to oczywisty błąd komunikacyjny. Można zrozumieć, że członek Rady Ministrów, kimkolwiek by był, chciałby mieć poczucie sprawczości. Co więcej, nie można nie zgodzić



„Dla podmiotu leczniczego przyszłości prawdopodobnie taniej będzie zatrudnić doradcę pacjenta i kupić superkomputer wspierający osobę diagnozowaną i leczoną w podejmowaniu decyzji niż zatrudnić wykwalifikowanego lekarza”

się z celem, który dr Konstanty Radziwiłł jako minister postawił: ograniczenie liczby cięć cesarskich. Temu celowi zresztą służyły także wcześniejsze działania. Jak zatem powinna wyglądać komunikacja z dążącym do coraz większej podmiotowości pacjentem? Na przykład w następujący sposób: „Przygotuję, w porozumieniu z lekarzami i położnymi, propozycję dalszych zmian w finansowaniu i organizacji świadczeń, aby zdecydowanie ograniczyć liczbę cięć cesarskich, które są czasami zbędną i niekorzystną dla zdrowia procedurą medyczną. Oczywiście nie ma mowy o odstępowaniu od stosowania tej metody w sytuacji ratowania życia i zdrowia matki i dziecka. Niemniej naszym lekarskim obowiązkiem jest uświadomienie każdej rodzącej wszystkich konsekwencji podejmowania takiej decyzji”.

„Czy gdybym trafił do szpitala jako pacjent, to chciałbym, aby zajmowali się mną lekarz spędzający w miejscu pracy średnio 65 godzin w tygodniu oraz pielęgniarka pracująca niewiele mniej?”

Taka mała podpowiedź, jak powinna wyglądać komunikacja na miarę XXI wieku.

### Pielęgniarki i potrzeba ciągłej opieki

O ile problem niedoboru lekarzy jest poważny, o tyle w przypadku zawodu pielęgniarek jesteśmy po prostu na krawędzi katastrofy. Pierwsze ciężkie objawy będzie widać już 1 października, gdy wejdzie w życie skrócony wiek emerytalny. Wiceminister Józefa Szczurek-Zelazko przyznała, że jedynym szybko dostępnym sposobem ograniczenia skali problemu jest szerszy rozwój zawodów, które nie tylko wesprą, lecz także częściowo zastąpią prace wykonywane przez pielęgniarki. To oczywiście dobra diagnoza i propozycja zmiany, ale nie jedyna możliwość, tym bardziej że asystenci pielęgniarscy i opiekunowie medyczni nie rozwiążą całego problemu. Odważnym rozwiązaniem, które jednak może spotkać się z olbrzymim oporem własnego środowiska, byłoby bowiem wykorzystanie przynajmniej w pewnym stopniu potencjału ratowników medycznych. To grupa bardzo dobrze wyszkolonych ludzi o relatywnie niskiej średniej wieku, dla których nabycie części umiejętności i uprawnień pielęgniarek nie byłoby trudne. Na pewno zaś mogłoby być szybsze niż wykształcenie od zera nowego pokolenia profesjonalistów. Co więcej, nie ma w zasadzie przeszkód, aby samorząd zawodowy dwóch głównych zawodów medycznych stał się izbą trzech lub nawet czterech profesji. Po kilku latach byłby już widoczny pozytywny efekt takiej synergii, co znacząco wzmocniłoby środowisko medyków (może dlatego nikt w Ministerstwie poważnie nie brał pod uwagę takiego rozwiązania?).

Także dla zawodów pielęgniarki, położnej, ratownika czy fizjoterapeuty wsparcie mogą stanowić rozwiązania technologiczne. W oczywisty jednak sposób nie będzie to miało szybko tak silnego wpływu na wykonywaną pracę jak w przypadku lekarzy. W związku z tym zarówno pozytywne, jak i negatywne efekty zmian technologicznych zabiorą więcej czasu.

Należy też zadać pytanie o potrzeby i oczekiwania pacjentów. Bez rozpoczęcia poważnej debaty (nie w znaczeniu rozmowy, ale przygotowania do działań)

nie może być mowy o właściwym przygotowaniu strategii. Tymczasem o ile frazesu o trosce nad pacjentem użyć nietrudno, o tyle przygotować zmiany, które uwzględnią możliwości poprawy opieki i zdefiniują realne ograniczenia w jej udzielaniu – to już zdecydowanie poważniejsze wyzwanie, tym trudniejsze, że realizowane pod rosnącą presją płacową zniecierpliwionych pracowników systemu.

Na zakończenie rozważań o przyszłości pracy pielęgniarek i położnych chciałbym poddać pod rozwagę jeszcze jeden, pozornie mały, ale tak naprawdę fundamentalny element. Warto bowiem zadać sobie pytanie, dlaczego – mimo że praca w tych zawodach i w Polsce, i za granicą jest łatwa do pozyskania, a bezrobocie (w perspektywie przynajmniej dwóch pokoleń) absolwentom przedmiotowych kierunków studiów nie grozi – nie widać tłumu potencjalnych adeptek i adeptów. Dlaczego zatem grozi nam dziura pokoleniowa? Trudno przyjąć argumenty, że jedyną przyczyną jest ciężka i odpowiedzialna praca przy nieadekwatnych zarobkach. Owszem, to prawda, ale jest to prawda w stosunku także do innych zawodów, które jednak na „dziurę pokoleniową” nie cierpią. Moją osobistą hipotezą jest wpływ małej popularności. Nie jest to miejsce na szersze rozwijanie tego wątku, więc wspomnę tylko, że wizerunek lekarzy, ratowników i rehabilitantów tworzony przez kulturę masową jest atrakcyjny. Nie uważam, że pielęgniarska wersja „Bogów” byłaby lekarstwem, chociaż oczywiście nie zaszkodziłaby. Moim zdaniem potrzebny jest narodowy program propagujący pracę w tych deficytowych zawodach i inspirujący do jej podjęcia, połączony z angażowaniem młodych ludzi, przed podjęciem decyzji o przyszłości, w opiekę nad osobami chorymi i starszymi. O ile bowiem wszyscy uważają taką pracę za szlachetną, o tyle tak naprawdę niewiele jest osób chętnych ją podjąć. Bez wątplenia brak wiedzy i doświadczeń jest w tym przypadku największym problemem.

### Na koniec długiej listy – postulat subsydiarności

Lista zawodów medycznych jest oczywiście dużo dłuższa od wymienianych powyżej przykładów. Technicy, asystenci, statystycy, rejestratorzy i inne osoby na co dzień pracujące w szpitalach i przychodniach nie stanowią jednak dużych i silnych grup, mających realny wpływ na medyczną rzeczywistość, chociaż często swoją pracą współdecydują o finalnym efekcie działania całego systemu.

Nie oznacza to, że nie należy spodziewać się problemów, wynikających choćby z narastającej konieczności konkurowania przez podmioty lecznicze z ogólnym rynkiem pracy. Osoby wykonujące powyższe zawody zarabiają obecnie niewiele ponad średnią krajową, dlatego należy się spodziewać przynajmniej przejściowych problemów.

Przy rozwiązywaniu problemów warto kierować się zasadą pomocniczości – rozwiązujemy problemy na naj-

niższym możliwym poziomie. Decyzje tak naprawdę są podejmowane nie w gabinetach ministrów czy salach sejmowych, ale każdego dnia przez sumy wyborów osób pracujących w systemie. Dlatego ryzykowne były i są decyzje o przeniesieniu choćby negocjacji ekonomicznych na poziom krajowy. Niestety, pokusa zarówno dla organizacji pracowników, jak i „decydentów”, aby przeprowadzić strajki i demonstracje na poziomie krajowym, jest zbyt silna, zapewne z tego prostego powodu, że argument siły pozostaje mocniejszy od siły argumentu i uzyskanie nawet niewielkiego wzrostu wydatków na zdrowie jest poza zasięgiem większości ministrów zdrowia. Prawdopodobnie dlatego, że służy dobrze obydwu stronom, chociaż problemy rozwiązuje co najwyżej doraźnie.

### Pieniądze a szczęście i zdrowie

Ostatnią kwestią, którą pokrótce przedstawię, jest jeden z najsilniejszych ludzkich motywatorów, czyli pieniądze. Zanim jednak do nich przejdziemy, warto zadać sobie retoryczne pytanie: czy gdybym trafił do szpitala jako pacjent, to chciałbym, aby moim leczeniem i opieką zajmowali się lekarz spędzający w miejscu pracy średnio 65 godzin w tygodniu oraz pielęgniarka pracująca niewiele mniej?

System, który stworzono reformą powołującą kasy chorych, polega w dużym skrócie na tym, żeby motywować do pracy za pomocą bodźców ekonomicznych. Teoretycznie wyjątkiem pozostała POZ, jednak w praktyce również były próby motywowania lekarzy „zadaniowo”. Obecna sieć szpitali, a w zasadzie zmieniony kształt kontraktów wymuszony przez tę zmianę, wycofuje się z tego typu rozwiązań finansowych jedynie o ćwierć kroku. Wpływ, jaki ten system ma na jego uczestników, jest nie do przecenienia.

Nie neguję, że system zadaniowy miał szereg zalet. Poprawił dostępność świadczeń, a nawet do pewnego stopnia wniósł elementy wewnętrznej konkurencji. W praktyce wprowadził jednak specyficzny wyścig zbrojeń, w którym kryterium sukcesu stało się wykonywanie procedur, a nie ich efekt. Dla wykonywania zawodów medycznych miało i ma to poważne konsekwencje.

Zatrudnienie kontraktowe, które jest korzystne podatkowo i pozwala osiągnąć zdecydowanie większe przychody netto, zaczęło mocno oddziaływać na mentalność zarówno pracodawców, jak i pracowników, chociaż poziom tych zmian jest zróżnicowany w poszczególnych szpitalach i przychodniach. Jeśli bowiem pracodawcy ograniczyli motywację swoich zmian do samej optymalizacji podatkowej, ten wpływ pozostał ograniczony. Jeśli natomiast ulegli pokusie mocnego zwiększenia konkurencyjności pomiędzy pracownikami, to oczywiście uzyskali efekty elastycznego zarządzania finansami, jednak relacja pomiędzy szpitalem a lekarzem (w mniejszym stopniu dotyczy to innych zawo-



„ W praktyce system zadaniowy wprowadził specyficzny wyścig zbrojeń, w którym kryterium sukcesu stało się wykonywanie procedur, a nie ich efekt ”

dów) stała się mocno handlowa. Rozumiejąc systemowe uwarunkowania tej decyzji, to jest fakt, że tylko w niewielkim stopniu dyrektorzy i właściciele podmiotów leczniczych mieli całkiem swobodny wybór takiej właśnie ścieżki, warto chyba zauważyć, że zmiany te przebiegały w naszym medycznym świecie bezrefleksyjnie.

Żeby nie zostać źle zrozumianym: nie krytykuję samego zjawiska, jednak wpływ relacji biznesowych na wykonywanie zawodów medycznych istnieje i niekoniecznie zawsze jest pozytywny. Przykład Mayo Clinic, olbrzymiej (jak na polskie warunki) organizacji leczniczej, która zupełnie świadomie postawiła na lojalną politykę zwykłych umów o pracę w celu realizacji misji osiągnięcia najwyższego poziomu medycyny, wart jest przynajmniej głębszego przemyślenia.

Warto choćby zwrócić uwagę, że efektem ubocznym samozatrudnienia jest przekraczanie liczby godzin pracy medyków w pojedynczych przypadkach ponad granice rozsądku. Jeśli się bowiem zgodzimy, że jednym z celów zmian w zawodach medycznych powinno być rozsądne ograniczenie liczby przepracowanych w tygodniu godzin, to do osiągnięcia tego celu powinny być zaprzęgnięte w pierwszej kolejności narzędzia z zakresu inżynierii finansowej. Obecne bowiem działają synergistycznie z niedoborami kadr i nie tylko motywują do nie zawsze rozsądnego zwiększania aktywności, ale też realnie ograniczają możliwości podnoszenia jakości leczenia.

Tadeusz Jędrzejczyk  
Autor jest ekspertem organizacji ochrony zdrowia  
i byłym prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia.