

Dziesiątki tysięcy lekarzy i pielęgniarek potrzebne od zaraz



Fot. 4x istockphoto.com

Narastający brak kadr medycznych należy do najpoważniejszych problemów naszego systemu ochrony zdrowia. Polska ma najmniejszą wśród krajów Unii Europejskiej liczbę lekarzy na 1000 mieszkańców – zaledwie 2,4, a unijna średnia to 3,6. Zbyt mało jest również pielęgniarek – zaledwie 5,2 na 1000 mieszkańców, a średnia unijna to 9,4. Dodatkowo trzeba brać pod uwagę, że w niedalekiej przyszłości odejdzie na emerytury ponad 10 proc. aktywnych zawodowo lekarzy i 30 proc. pielęgniarek. Wiele z tych osób już przekroczyło wiek emerytalny. To oznacza, że w następnych 3–4 latach będziemy potrzebować tylko na uzupełnianie ubytków od 10 tys. do 30 tys. nowych lekarzy i 70 tys. pielęgniarek.

Dane Naczelnej Rady Lekarskiej mówią o deficycie nawet 68 tys. lekarzy. Najbardziej brakuje specjalistów, a niedobory są szczególnie duże poza dużymi miastami oraz na wschód od Wisły. Jednocześnie z pełną odpowiedzialnością można stwierdzić, że nie ma teraz w Polsce ani jednego oddziału szpitalnego mającego pełną obsadę pielęgniarską. Od pewnego czasu pojawiają się również sygnały o postępującej zapaści w ratownictwie medycznym. Oprócz pogłębiającego się niedoboru kadry lekarskiej na szpitalnych oddziałach ratunkowych i w zespołach ratownictwa medycznego typu S coraz częściej słyszymy o pogarszającej się sytuacji kadrowej w grupie ratowników medycznych, o braku możliwości wypełnienia zespołów ratownictwa medycznego typu P fachowym personelem czy o obsadzaniu zespołów wyjazdowych ratownikami medycznymi o niewystarczającym stopniu wykształcenia zawodowego. Wszystkie te niedobory powiększa emigracja zarobkowa zawodów medycznych. Trzeba też pamiętać, że większość pielęgniarek i część lekarzy jest zatrudniona w dwóch lub w większej liczbie jednostek ochrony zdrowia. Z kolei ratownicy medyczni pracują przede wszystkim na podstawie kontraktów. Tylko dzięki temu system jeszcze działa. Decyzja personelu o pracy wyłącznie w jednej jednostce ochrony zdrowia i na jednym etacie bądź o odejściu z systemu opieki zdrowotnej (SOZ) będzie równoznaczna z jego katastrofą. Jest wiele przyczyn tak głębokiego kryzysu kadr medycznych. Wydaje się, że najważniejszymi z nich były gwałtownie zmniejszane limity przyjęć na studia medyczne (lekarze), likwidacja średnich szkół medycznych bez zapewnienia alternatywnej edukacji nowych kadr (pielęgniarki), powszechnie niskie płace oraz powiększająca się emigracja zarobkowa. Wszystkie te czynniki składają się na wspólny efekt, jakim jest luka pokoleniowa w zakresie kadr medycznych.

Rola uczelni medycznych

Za pojawienie się zjawiska tzw. zawodowej luki pokoleniowej odpowiadają wszyscy zarządzający ochroną zdrowia w ostatniej dekadzie poprzedniego wieku i w pierwszej wieku obecnego. W 1987 r. limit przyjęć na studia medyczne wynosił nieco ponad 6000 osób, a przez następne kilkanaście lat pozostawał na poziomie trzykrotnie niższym. Od kilku lat limity są sukcesywnie zwiększane. Efekty tych wzrostów, jeżeli w ogóle, zostaną zauważone za 8–10 lat. Dopiero w ubiegłym roku na kierunku lekarskim naukę rozpoczęła podobna liczba studentów jak w 1987 r. (6306). W tym roku akademickim jest ich o 36 więcej (6342). Dodatkowo każdego roku studia na kierunku lekarskim prowadzone w języku innym niż polski rozpoczyna niemal 2000 osób (w 2019 r. – 1864 cudzoziemców, w 2020 r. – 1967). Wspominając o obcokrajowcach, koniecznie trzeba zwrócić uwagę, że zajęcia dydaktyczne, w których uczestniczą, są prowadzone w zdecydowanie lep-



„ Nie ma w Polsce ani jednego oddziału szpitalnego mającego pełną obsadę pielęgniarską. Od pewnego czasu pojawiają się również sygnały o postępującej zapaści w ratownictwie medycznym ”

szych warunkach niż zajęcia dla polskich studentów, również tych niestacjonarnych, którzy jak studenci z innych krajów płacą za swoją naukę. W przypadku zajęć z przedmiotów klinicznych grupy ćwiczeniowe studentów polskich są na przykład dwukrotnie liczniejsze niż studiujących w języku innym niż polski, a różnic jest więcej. O ile niekończące się potrzeby kadrowe naszego systemu ochrony zdrowia uzasadniają coraz większe limity przyjęć na studia medyczne, o tyle tak liczna obecność studentów obcojęzycznych stwarza narastające problemy edukacyjne, które dotyczą przede wszystkim polskich studentów. Już w tej chwili nie ma gdzie prowadzić zajęć. Szpitalne oddziały i centra symulacji medycznej są przepełnione. Nie można zmieścić więcej grup w harmonogramach zajęć, więc istniejące, również ćwiczeniowe, stają się coraz liczniejsze.

W ostatnich kilku latach uruchomiono kierunki medyczne w nowych lokalizacjach w Polsce i powstają kolejne. W tym roku akademickim nabór pierwszych 50 studentów kierunku lekarskiego przeprowadziła Uczelnia Medyczna im. Marii Curie-Skłodowskiej w Warszawie. Tworzenie nowych miejsc szkolenia zawodowego i zwiększanie limitów przyjęć na wcześniej funkcjonujących jest skutecznym sposobem zwiększania liczby studentów medycyny i w efekcie lekarzy. Nie powinno być jednak przeprowadzane bez dokładnego audytu uczelni pod względem możliwości lokalowych i ludzkich. Nie znam warszawskich realiów, więc nie wiem, czy po stworzeniu kierunku lekarskiego w kolejnej lokalizacji wystarczy szpitali, klinik, oddzia-



„Dopiero w ubiegłym roku na kierunku lekarskim naukę rozpoczęła podobna liczba studentów jak w 1987 r. (6306). W tym roku akademickim jest ich o 36 więcej (6342)”

łów i ośrodków symulacji medycznej, żeby zapewnić wszystkim studentom wystarczające warunki do skutecznej nauki zawodu.

Ustawa 2.0

Wejście w życie tzw. Ustawy 2.0 ministra Jarosława Gowina zdecydowanie obniżyło rzeczywisty poziom finansowania dydaktyki. Uczelnie medyczne nie otrzymują teraz dotacji na studenta na poszczególne kierunki kształcenia. Dostają subwencje na utrzymanie i rozwój potencjału dydaktycznego i badawczego dla jednostek zaliczanych do sektora finansów publicznych w jednej kwocie na każdą uczelnię. Podziału subwencji dla uczelni medycznych dokonuje się według algorytmu i zasad zawartych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 21 czerwca 2019 roku w sprawie sposobu podziału środków finansowych dla uczelni medycznych nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia (Dz.U. z 2019 r. poz. 1201) oraz Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 22 stycznia 2019 roku w sprawie współczynnika kosztochłonności (Dz.U. z 2019 r. poz. 202). O wysokości przyznanej dotacji decydują teraz potencjał naukowy uczelni i tzw. wskaźnik umiędzynarodowienia. Innymi słowy, poprzez wskaźnik umiędzynarodowienia Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego niejako wymusza na uczelni przyjmowanie coraz większej liczby studentów obcojęzycznych. Na podstawie zapisów Ustawy 2.0 i wymienionych rozporządzeń towarzyszących można powiedzieć, że dla ministerstwa ważniejsze

od nauczania przed- i podyplomowego jest tworzenie *impact factorów* czy liczenie indeksu Hirscha. Nauczyciele akademicy zostali podzieleni na pożądaną przez uczelnię (tzw. N1 – ci, którzy piszą i publikują artykuły w czasopismach IF i punktacją MNiSW) i pozostałych (tzw. N0 – z zadaniami dydaktycznymi). Zakwalifikowanie nauczyciela akademickiego jako N0 jest równoznaczne z istotnym obniżeniem jego wynagrodzenia i jednocześnie podwyższeniem obowiązkowego rocznego pensum dydaktycznego (np. dla asystenta z 240 do 360 godzin) plus obowiązkowe nadpensum do 50 proc. (łącznie 540 obowiązkowych godzin dydaktycznych). O ile w zakładach teoretycznych jest to możliwe, o tyle w przedmiotach klinicznych już nie. Lekarz uczący na etacie klinicznym i dodatkowo zatrudniony do wykonywania świadczeń medycznych w szpitalu nie będzie w stanie połączyć tych obowiązków. Początkowo studenci zaczną przeszkadzać lekarzowi – nauczycielowi akademickiemu w realizacji zadań usługowych na rzecz szpitala. Będzie to skutkowało pogorszeniem wartości edukacyjnej zajęć, a sami studenci będą traktowani jako zło konieczne. Potem zmęczony nauczyciel akademicki z czegoś zrezygnuje, a dla lekarza praktyka wykonywanie zawodu może okazać się ważniejsze niż przekazywanie wiedzy studentom. Rozwiązaniem tego problemu nie jest zmniejszenie wymiaru zatrudnienia nauczyciela do pół etatu, bo to zwolni uczelnię z obowiązku płacenia za pracownika składek zdrowotnej i emerytalno-rentowej.

Według mnie system kształcenia nowych kadr dla SOZ nie jest w stanie dostarczać więcej absolwentów niż obecnie. Zwiększenie limitów przyjęć będzie skutkowało obniżeniem jakości edukacji z powodu coraz słabszego przygotowania młodych ludzi. Obserwacja wyników egzaminów maturalnych w kolejnych latach wskazuje, że wiedza nabyta na etapie szkolnictwa średniego z roku na rok niestety jest coraz gorsza. Co roku o przyjęciu na studia medyczne decyduje coraz niższa granica punktów zdobytych na egzaminach z wymaganych przedmiotów kierunkowych. Na uczelniach brakuje kadry akademickiej, która mogłaby zapewnić skuteczne nauczanie większej liczby studentów, a także miejsc, w których ta dydaktyka mogłaby być prowadzona. Praktycznie nie ma możliwości dalszego zwiększenia naboru na studia medyczne, gdyż to grozi znacznym pogorszeniem jakości kształcenia. Mamy więc wciąż zbyt mało studentów w stosunku do potrzeb, a w tym jeszcze jest spora liczba cudzoziemców. Nie liczyłbym na to, że nasi zagraniczni absolwenci odegrają szczególną rolę w przezwyciężeniu kryzysu kadrowego. Przecież prawie nikt z nich nie podejmuje pracy po studiach w Polsce. Dodatkowo każdego roku kilkuset polskich absolwentów bezpośrednio po ukończeniu studiów i zdaniu lekarskiego egzaminu końcowego wyjeżdża za granicę, szukając tam lepszych zarobków oraz możliwości szybkiego zrobienia specjalizacji. Wygląda

więc na to, że jeżeli nie dojdzie do gruntownej reformy systemu edukacji, w tym co najmniej nowelizacji Ustawy 2.0, w następnych latach napływ absolwentów studiów medycznych do SOZ będzie zapewniał zaledwie uzupełnianie naturalnych ubytków. W tej chwili warunkiem koniecznym zwiększenia możliwości edukacyjnych uczelni jest podjęcie decyzji o ograniczeniu limitu przyjęć na studia lekarskie prowadzone w języku innym niż polski. Tylko w taki sposób uwolnilibyśmy na uczelniach i w powiązanych z nimi szpitalach przestrzeń umożliwiającą przyjęcie kolejnych grup studentów. Tego rozwiązania oczywiście uczelnie nie chcą nawet rozważać, bo pieniądze przekazywane z budżetu nie wystarczają na ich podstawowe funkcjonowanie – i koło się zamyka.

Z zupełnie inną sytuacją mamy do czynienia w przypadku kierunku ratownictwo medyczne. Tu w kolejnych latach z coraz większym trudem realizowane są zaplanowane liczby przyjęć na rok I, nawet gdy wielkość limitu i tak została przez uczelnię zmniejszona. Dodatkowo obserwuje się praktykę polegającą na kontynuowaniu studiów przez licencjatów ratownictwa medycznego na kierunku pielęgniarstwo. Wynika to bezpośrednio z braku uregulowań zawodu ratownik medyczny, kilkusetzłotowych różnic w wysokości wynagrodzenia na korzyść pielęgniarek oraz sprzeciwu Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wobec otwarcia możliwości pracy w szpitalach (poza obszarem SOR) dla ratowników medycznych. W związku z problemem niedostatecznego naboru na studia na kierunku ratownictwo medyczne jeden z publicznych uniwersytetów medycznych podjął decyzję o wygaszeniu tego kierunku od przyszłego roku akademickiego. Decyzję tłumaczy wysokimi kosztami kształcenia ratowników medycznych przy coraz mniejszych funduszach przekazywanych uczelni na realizację zadań dydaktycznych. Po takiej informacji medialnej, jak można było się spodziewać, naboru na ten kierunek nie będzie już w tym roku akademickim. Opisane zjawisko, jako potencjalnie zaraźliwe, już niedługo będzie skutkowało dramatycznym kryzysem kadr w zintegrowanym systemie ratownictwa medycznego w całym kraju. Brak ratowników medycznych zagrazi bezpieczeństwu zdrowotnemu Polek i Polaków. Nie da się zastąpić ratowników medycznych w zespołach ratownictwa medycznego pielęgniarkami. To zupełnie inne zawody, zupełnie inna charakterystyka absolwenta, inna ekspresja i umiejętności podejmowania krytycznych decyzji oraz inne uprawnienia do samodzielnego wykonywania czynności medycznych i podawania leków. Zresztą z jakiegoś powodu Ministerstwo Zdrowia zdecydowało o zakończeniu naboru pielęgniarek na specjalizację z medycyny ratunkowej.

Zmiany w zasadach nauczania podyplomowego

Podchodząc do problemu niewystarczającej liczby lekarzy specjalistów systemowo, należałoby wprowadzić

„ Praktycznie nie ma szans, żeby narastające niedobory zatrudnienia w SOZ zostały szybko uzupełnione napływem krajowych i zagranicznych kadr ”

zasadnicze zmiany w zasadach procesu specjalizacyjnego i specjalizacjach w ogóle. Po pierwsze, konieczne jest zdecydowane zmniejszenie liczby specjalizacji lekarskich i rezygnacja z niektórych – szczegółowych. Ze względu na specjalizacyjne rozdrobnienie mamy coraz większą grupę lekarzy poruszających się w bardzo wąskim zakresie wiedzy medycznej, a to w trudnej sytuacji kadrowej polskiego SOZ jest marnotrawieniem potencjału ludzkiego i specjalistycznego. W prasie medycznej co pewien czas powraca dyskusja nad ustaleniem tematycznych specjalizacji podstawowych (pediatria, choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna), po których ukończeniu osoby chętne mogłyby uzupełnić swoje wykształcenie o specjalizacje wąskotematyczne. W ten sposób najpierw pozyskamy specjalistę np. pediatrii, a dopiero potem np. endokrynologii dziecięcej. Przy takiej organizacji procesu specjalizacyjnego endokrynolog dziecięcy będzie mógł pracować jednocześnie jako lekarz pediatra, co powinno zwiększyć jego skuteczność w przypadku większości zachorowań spoza zakresu endokrynologii dziecięcej. Szczególnie pożądanym efektem ubocznym tych zmian, oczekiwanym również – czy może przede wszystkim – przez pacjentów, będzie istotne zmniejszenie liczby konsultacji medycznych w ramach tej samej grupy wiekowej. Przyjęcie takiej propozycji z jednej strony skutkowałoby wydłużeniem procesu szkolenia zawodowego o 2, może 3 lata, z drugiej zaś gwarantowałyby szersze możliwości realizowania się zawodowego.

Ważnym działaniem pomagającym przezwyciężyć kryzys kadrowy jest uporządkowanie spraw liczby i dostępności specjalizacji prowadzonych w trybie rezydenckim i pozarezydenckim. Niewystarczająca w stosunku do potrzeb liczba rezydentur wynika z działań rządzących, od których powinniśmy oczekiwać jej zasadniczego zwiększenia, ale również wykreślenia z przepisów opcji realizowania specjalizacji w trybie pozarezydenckim w formie wolontariatu. Powinna zacząć obowiązywać zasada, że bez względu na tryb postępowania specjalizacyjnego (rezydencki lub pozarezydencki) miejsca specjalizacyjne są zajmowane przez lekarzy zainteresowanych, ale według kolejności punktacji lekarskiego egzaminu końcowego, który ma być jedynym parametrem kwalifikującym. Lista rekrutacyjna powinna pozostać listą wojewódzką bądź



”Zdarzają się niestety sytuacje, że zarządzający szpitalem i kierujący danym oddziałem wyrażają potrzebę zwiększenia liczby miejsc specjalizacyjnych, szpital i oddział spełniają wymagane kryteria, a zespół ekspertów podejmuje decyzję negatywną”

regionalną. Jeżeli dany oddział ma dwa wolne miejsca specjalizacyjne, powinien w procesie rekrutacyjnym uruchomić oba. Błędem jest pozostawienie możliwości wykorzystania jednego miejsca i pozostawienia drugiego na kolejny proces rekrutacyjny, bo to może rodzić sytuacje prawnie i moralnie wątpliwe. Jeżeli szpital będzie miał wolne miejsca specjalizacyjne i z jakiegoś powodu nie będzie chciał go uruchomić, powinien to miejsce stracić z prawem wystąpienia o jego przywrócenie lub przyznanie większej liczby miejsc po karencji trwającej minimum rok.

Pośród ważnych przyczyn niewystarczającej liczby lekarzy specjalistów trzeba wymienić ograniczenia w specjalizowaniu się spowodowane działaniami i zaniechaniami nadzorów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny. Liczba specjalizacji w systemie rezydenckim i pozarezydenckim w danym województwie pozostaje w bezpośrednim związku z wysyłanym do Ministerstwa Zdrowia zapotrzebowaniem na miejsca rezydenckie i pozarezydenckie. Autorami tych zapotrzebowań są konsultanci wojewódzcy dla konkretnych specjalizacji. Często właśnie oni, kierując się „regulującymi rynek” niezrozumiałymi ustaleniami, odpowiadają za brak lub zbyt małą liczbę specjalizacji w województwie. W środowisku młodych lekarzy mówi się nawet o sztucznym ograniczaniu dostępu do rynku specjalizacyjnego. Właśnie z tego powodu każdy konsultant wojewódzki raz w roku powinien składać raport dotyczący wydolności specjalizacyjnej województwa, działań podjętych w celu zwiększenia liczby lekarzy specjalistów i problemów, które to uniemożli-

wiły. Dla wojewody taki raport powinien być podstawowym dokumentem przy ocenie pracy konsultanta wojewódzkiego.

Kłopoty, kłopoty...

Kolejną możliwą przyczyną ograniczenia miejsc do prowadzenia specjalizacji są działające przy Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego zespoły ekspertów ds. akredytacji jednostek dla konkretnej dziedziny, które same lub na wniosek konsultanta wojewódzkiego podejmują decyzje o ograniczaniu lub o niezwiększaniu liczby miejsc specjalizacyjnych w poszczególnych szpitalach. Zdarzają się niestety sytuacje, że zarządzający szpitalem i kierujący danym oddziałem wyrażają potrzebę zwiększenia liczby miejsc specjalizacyjnych, szpital i oddział spełniają wymagane kryteria, a zespół ekspertów podejmuje decyzję negatywną. Jeżeli oddział będzie spełniał warunki w zakresie liczby kierowników specjalizacji i podstawowych dla danej dziedziny procedur wykonywanych w ciągu roku, po złożeniu odwołania odmowa powinna być automatycznie uchylana.

Czynnikiem skutecznie utrudniającym sam proces specjalizowania się jest forma zatrudnienia kierownika specjalizacji i innych osób w jednostce szkolącej. Wykonywaniu świadczeń medycznych na podstawie umowy cywilnoprawnej towarzyszy zmiana zasad odpowiedzialności karno-cywilnej za wszelkiego rodzaju zdarzenia niepożądane, do jakich doszło w związku z wykonywaniem świadczeń medycznych. Jeżeli osoba kierująca specjalizacją i każda inna w danym dniu

odpowiadająca za lekarza w trakcie specjalizacji ma odpowiadać karnie i finansowo własnym majątkiem za błędy popełnione przez podopiecznego, jest prawdopodobne, że nie wyrazi zgody na wykonanie przez niego danej czynności. Może się zatem zdarzyć, że lekarz szkolący się będzie miał istotne trudności w faktycznym i samodzielny wykonaniu wymaganej liczby skomplikowanych procedur medycznych. Zmieniony zapis art. 37a Kodeksu karnego w części dotyczącej odpowiedzialności karnej lekarzy za popełnienie nieumyślnego błędu medycznego, który został przemycyony w uchwalonej przez Sejm i Senat tzw. Tarczy antykryzysowej 4.0, będzie zapewne pogłębiał te trudności.

Potencjalnie skutecznym sposobem na poprawienie dostępności świadczeń medycznych dla chorych będzie przywrócenie dwustopniowej procedury specjalizacyjnej. Pewną formą realizacji tego pomysłu, niestety bez obietnicy stymulacji finansowej, jest zapis art. 16p pkt 7 Ustawy z 28 maja 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw: „Lekarz, który złożył z wynikiem pozytywnym PEM [Państwowy Egzamin Modułowy], jest upoważniony do samodzielnego udzielania świadczeń medycznych w zakresie wynikającym z programu właściwego modułu podstawowego lub określonej części modułu jednolitego”. Egzamin cząstkowy może być przeprowadzony po zakończeniu modułu podstawowego lub po 2 latach trwania specjalizacji.

Środowisko młodych lekarzy sygnalizuje problem z dostępem do uzyskania tytułu specjalisty na etapie bądź to części testowej, bądź ustno-praktycznej Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES). Różne mogą być tego przyczyny – od słabego przygotowania się zdających po nieprawidłowo układane pytania, a nawet nieprawidłowe prowadzenie egzaminu. Historycznie można wskazywać na korporacyjny hamulec w niektórych wąskich specjalizacjach, który polegał na regulowaniu liczby aktywnych specjalistów w danej dziedzinie. Zapotrzebowanie na lekarzy specjalistów w większości dziedzin medycyny jest ogromne. Przepisy regulujące proces specjalizowania się szczegółowo wskazują obowiązki lekarza kierującego przebiegiem specjalizacji. To konkretna jednostka odpowiada za skuteczne przygotowanie lekarza do samodzielnej pracy jako specjalisty w danej dziedzinie. Jeżeli w trakcie rezydentury lub specjalizacji w trybie pozarezydenckim lekarz wykonuje ściśle określony zestaw procedur właściwych dla danej specjalizacji i weryfikowany jest zakres i poziom przyswojonej wiedzy, fakt niezaliczenia egzaminu specjalizacyjnego nie musi świadczyć o specjalizacyjnej nieprzydatności takiego lekarza. Skoro jako kraj braliśmy pod uwagę możliwość szybkiego i łatwego przysposobienia do pracy w polskich szpitalach lekarzy innych narodowości, tym bardziej powinniśmy chcieć skorzystać z lekarzy, którzy proces specjalizacji zakończyli, a nie odnieśli sukcesu przy

„ Praktycznie nie ma możliwości dalszego zwiększenia naboru na studia medyczne, gdyż to grozi znacznym pogorszeniem jakości kształcenia ”

potwierdzaniu nabytych umiejętności w trakcie PES. Przecież część praktyczna PES w przypadku większości specjalizacji nie jest tożsama z zaprezentowaniem nabytych umiejętności. Wydaje mi się, że powinniśmy naprawdę poważnie rozważyć, czy lekarze, którzy w trakcie PES zaliczyli część testową, a nie zdali części ustno-praktycznej, a także ci, którzy nie zaliczyli również części testowej, mogliby uzyskiwać prawo pracy jako lekarz specjalista w jednym konkretnym szpitalu, którego zarządzający podpisze z nimi właściwą umowę. Po uzupełnieniu brakującej części PES w kolejnej sesji lekarz stawałby się pełnoprawnym specjalistą, który mógłby pozostać w dotychczasowym miejscu pracy lub dowolnie je zmienić.

Jeszcze jest szansa

Podsumowując – przezwyciężenie kryzysu kadrowego w SOZ jest niezwykle trudne, ale wciąż jeszcze możliwe. Obecnie praktycznie nie ma szans, żeby narastające niedobory zatrudnienia zostały szybko uzupełnione napływem krajowych i zagranicznych kadr czy poprzez wykorzystanie asystentów medycznych. Nie możemy też liczyć na szybkie efekty zwiększania naboru na studia medyczne. Pierwsze działanie, które trzeba w tej sprawie podjąć, to znaczne podwyższenie zarobków wszystkich pracowników tego sektora, również lekarzy stażystów. Podwyższenie zarobków będzie najważniejszym działaniem mającym na celu powstrzymanie narastania kryzysu zatrudnieniowego, obok radykalnego ograniczenia biurokracji i usprawnienia organizacji pracy. Realizacja tego zadania jest konieczna do powstrzymania odpływu kadr z systemu i zwiększenia naboru nowych. Wydatne podniesienie zarobków w ochronie zdrowia powinno mieć duży wpływ na zmniejszenie frustracji pracowników i ograniczenie ich skłonności do szukania pracy za granicą lub poza ochroną zdrowia. Może także skłonić do podjęcia aktywności w wyuczonym zawodzie wielu lekarzy, ratowników medycznych i wiele pielęgniarek pracujących poza systemem. Dopóki jednak zarobki w ochronie zdrowia pozostaną na niezmiennym poziomie, najważniejsze wydaje się uporządkowanie dostępu do specjalizacji prowadzonych w trybie rezydenckim i pozarezydenckim.

Cezary Pakulski