LOKALNIE · OPINIA

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA POTRZEBUJE RÓŻNYCH ZAWODÓW MEDYCZNYCH

Krzysztof Głowacki · 28 grudnia 2021

Już po raz kolejny do boju o wyższe wynagrodzenia i lepsze warunki pracy stanęli przedstawiciele zawodów medycznych. Pod budynkiem Kancelarii Premiera powstało „Białe Miasteczko 2.0", nawiązujące nazwą do protestu pielęgniarek z 2007 roku, który miał być jednym z katalizatorów upadku pierwszego rządu PiS-u. Choć strajki grup zawodowych związanych z ochroną zdrowia odbywają się stosunkowo często, tym razem wydawało się, że mamy do czynienia z sytuacją wyjątkową, gdyż pod wspólnymi sztandarami zebrali się jednocześnie przedstawiciele izb i związków zrzeszających większość zawodów medycznych.

Od początku protestu było widać wyjątkową zawziętość strajkujących środowisk, objawiającą się chociażby deklaracją chęci rozmów wyłącznie z premierem. Wraz z mijającym czasem i konsekwencją rządu w bagatelizowaniu strajku i ignorowaniu jego postulatów, protest zszedł z pierwszych stron gazet i przestał budzić centralne zainteresowanie opinii publicznej. Z początkiem grudnia przedstawiciele strajku ogłosili „zmianę formuły" i zwinięcie białego miasteczka, co ciężko odebrać inaczej aniżeli porażkę, choć próby walki z pewnością będą jeszcze podejmowane. Władzy udało się ograniczyć zagadnienie ogółu reform systemu opieki zdrowotnej do podwyżek dla części protestujących branż, a rozmowy w tej sprawie odbyły się za plecami decydentów i szefów izb. Wobec skutecznego zmarginalizowania przez rząd tematu reformy ochrony zdrowia warto pokusić się o refleksję na temat obowiązującego modelu leczenia pacjenta oraz kondycji różnych profesji medycznych w Polsce.

Archaiczny model lekarza-wyroczni

Już w XVIII wieku słynny szkocki ekonomista Adam Smith wysnuł twierdzenie, jakoby wydajność pracy zależała od skutecznego jej podziału. Analizując proces powstawania szpilki, pokazał, iż do jej wykonania potrzebnych jest aż 18 różnych czynności. Im mniej rodzajów procesów produkcyjnych zmuszony był w manufakturze wykonywać pojedynczy robotnik i im bardziej mógł się wyspecjalizować w konkretnym zadaniu, tym większa stawała się sumaryczna skuteczność zakładu pracy w produkcji szpilek. Choć z góry należy zastrzec, iż nadmierne przywiązanie do analogii pomiędzy procesem przemysłowym a leczeniem człowieka może prowadzić do zbyt daleko idących wniosków, to takie spojrzenie na kwestię systemu ochrony zdrowia może skłonić do ciekawych refleksji. U zarania nowoczesnej medycyny jedynymi osobami mającymi profesjonalną wiedzę na temat zdrowia byli nieliczni lekarze wykonujący swoją profesję jako zajęcie daleko bardziej elitarne niż ma to miejsce w XXI w. Tak jak dla nas dziś oczywiste jest, że z kłopotami zdrowotnymi możemy udać się do lekarza, tak jeszcze przed stu laty większość prostych ludzi takich możliwości nie miała. Właśnie z braku dostępu do opieki specjalistów wzięła się popularność wiejskich znachorów – osób, które bez teoretycznych podstaw, próbowały na podstawie praktycznych doświad-

czeń, z różnym skutkiem leczyć ludzkie dolegliwości. Skutkowało to traktowaniem lekarza jako kogoś spoza horyzontu myślowego przeciętnego człowieka. Był on rodzajem wyroczni, a z wyroczniami już tak bywa, że część ludzi wierzy im bezgranicznie, ale część uważa ich za oszustów. Dziś, mimo powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej i daleko posuniętego rozwoju nauki, często stykamy się z podobną sytuacją.

> W Polsce, tak jak prawdopodobnie w wielu innych krajach na świecie, mamy wciąż do czynienia ze swoistym kultem doktora, przekładającym się na nadmierną centralizację procesu leczenia. Człowiek wymagający konsultacji z lekarzem-specjalistą musi niejednokrotnie czekać na swoją wizytę przez wiele miesięcy, lecząc się w międzyczasie na własną rękę. Trudno wobec tego się dziwić, że niemal 25% wszystkich emitowanych w telewizji reklam to reklamy leków i suplementów. Przeciętny Polak jest w większym stopniu leczony przez panią z telewizji bądź sąsiadkę z piętra wyżej niż przez lekarza z kierunkowym wykształceniem.

Człowiek, który chce dbać o swoje zdrowie w ramach NFZ, przypomina postać Józefa K. z powieści Franza Kafki. Doprawdy, wiedząc, że czeka nas przedpołudnie w przychodnianej poczekalni, warto uzbroić się w „Proces" i poszukać w sobie i w ludziach wokół podobieństw do postaci literackich oczekujących w powieści w sądowej poczekalni. Stojąc godzinami w kolejkach i wisząc na słuchawce telefonu, pacjent błaga system o możliwość choćby bycia wysłuchanym, a gdy już się doczeka to, jak pokazują statystyki, trzecią część swojej wizyty spędzi patrząc w ścianę w oczekiwaniu aż lekarz wypełni dokumentację. Oczywiście chory może mieć wówczas nieszczęście trafić na specjalistę, który właśnie zszedł z nocnego dyżuru na SOR i nie ma siły lub ochoty wystarczająco wnikliwie go zbadać. Zresztą w międzyczasie i tak może biodro przestało już boleć.

Nieciężko w takich warunkach nie zacząć postrzegać osoby, do której usiłujemy się dostać, w kategoriach guru i taka reakcja u części ludzi, szczególnie starszych, następuje. Równie często występuje wówczas zjawisko odwrotne: człowiek, którego wygórowanych oczekiwań nie spełnił długo wyczekiwany lekarz, odnajdzie swoje względnie dobre samopoczucie w „Ukrytych terapiach" doktora Zięby, paramedycznych czasopismach, na portalach lub w poradach kolegi, którego też kiedyś bolało biodro. Tymczasem, jakby na przekór utrwalonemu wzorcowi lekarza-wyroczni, któremu jedni nie ufają w ogóle a inni bezgranicznie, współczesna medycyna zakłada opiekę nad pacjentem w zespołach interdyscyplinarnych, uwzględniających przedstawicieli różnych profesji medycznych, których rola jest niedoceniana przez system ochrony zdrowia. Tak jak robotnicy wykonujący mniejsze bądź większe prace w procesie tworzenia szpilki, tak każdy z pracowników służby zdrowia dorzuca swój kamyk, a często ogromny kamień do ogródka dobrostanu pacjenta.

Pacjent do skutecznego procesu leczenia, oprócz trafnej diagnozy i leczenia przez lekarza, potrzebuje także szybkiej i profesjonalnej interwencji w razie zdarzenia nagłego, sprawnej i skutecznej rehabilitacji oraz kompleksowej opieki, dającej mu psychiczny i fizyczny komfort regeneracji. Rozwiązanie problemu braku odpowiednich proporcji pomiędzy różnymi profesjami medycznymi nie rozwiąże wszystkich systemowych bolączek związanych ze zdrowiem Polaków. Może natomiast znacznie poprawić skuteczność leczenia pacjentów i zwiększyć słusznie nadszarpnięte zaufanie społeczeństwa do medyków. Kogo stara

się nie widzieć system ochrony zdrowia?

CZYTAJ TAKŻE: Bitwa o polskie zdrowie w cieniu epidemii

Ratujący życie bez formalnego zrzeszenia

Ratownicy medyczni – grupa będąca katalizatorem tegorocznego protestu – wciąż nie doczekali się w Polsce możliwości stworzenia własnego samorządu zawodowego. O tym, jak jednolita, zapisana w ustawie izba jest niezbędna przy forsowaniu swoich postulatów, środowisko medyczne przekonało się podczas trwającego w tym roku strajku. Spośród istniejących kilkunastu organizacji, towarzystw i związków zawodowych skupiających ratowników medycznych, na ugodę z rządem poszedł jeden z nich – Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych, zrzeszający ok. 2 tysięcy członków z szacowanych od 15 do 20 tysięcy przedstawicieli tego zawodu w Polsce (nie ma dokładnych danych, ponieważ nikt ich nie zbiera). Wydarzenie zostało skrupulatnie odnotowane i ogłoszone światu przez prorządowe media jako porozumienie władzy ze środowiskiem, nie zważając oczywiście na to, iż konsensus podpisał człowiek reprezentatywny jedynie dla części ratowników, oraz że zostało one zawarte znienacka, pomimo trwających negocjacji nieświadomych przedstawicieli białego miasteczka z przedstawicielami ministerstwa. To nie brak wewnętrznej jedności jest jednak największą bolączką branży, choć z pewnością jest kluczowym czynnikiem hamującym zmiany.

> Przeciętna pensja ratownika, niezależnie od źródła, znajduje się poniżej średniej krajowej. Ponadto ratownicy są masowo zatrudniani przez szpitale na kontraktach, które nie gwarantują im przywilejów wynikających z Kodeksu Pracy, co oznacza m.in. brak płatnych urlopów. Skutkuje to zmniejszającą się liczbą chętnych w rekrutacjach na studia z ratownictwa medycznego.

Absolwenci tego kierunku zaś często wybierają pracę w sektorze prywatnym, trudniąc się bardziej opłacalnym transportem medycznym lub wykonując *de facto* pracę pielęgniarek, jak wykonywanie nakłuć i podstawowych badań zlecanych przez lekarzy. Często ciężko im się dziwić, zamiast obciążającej psychicznie i fizycznie pracy, codziennego obcowania ze śmiercią i poważnymi wypadkami, mają możliwość podjęcia spokojnej pracy w przychodni, gdzie otrzymają w ramach wynagrodzenia taką samą lub podobną stawkę. Warto przy tym zadać sobie pytanie: czy jako społeczeństwo możemy i chcemy sobie pozwolić na to, aby wykształconemu kierunkowo ratownikowi bardziej opłacało się mierzyć temperaturę i podłączać EKG niż ratować nasze życie, gdy znajduje się w stanie zagrożenia?

Fizjoterapia jak stomatologia?

W odróżnieniu od ratowników medycznych, fizjoterapeuci w 2015 roku, po latach starań i przezwyciężeniu oporu izb lekarskich, doczekali się uregulowania swojego zawodu odpowiednią ustawą, powołującą Krajową Izbę Fizjoterapeutów. Tym bardziej kuriozalny jest fakt, że w trakcie trwających protestów strona rządowa prowadzi rozmowy z niewielką częścią środowiska, reprezentowaną przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Fizjoterapii, a nie z ich ustawowym reprezentantem. I choć w ostatnim czasie nastąpiła podwyżka minimalnej pensji fizjoterapeuty (obecnie wynosi ona dla magistra 4 186 zł brutto i zapowiadane są kolejne podwyżki), to szacuje się, że dotknęła ona zaledwie 1/3 zatrudnionych w ośrodkach finansowanych ze środków publicznych, co wynika z powszechnego zatrud-

niania na umowach cywilno-prawnych bądź kontraktach.

Z punktu widzenia dobra pacjenta największym problemem jest jednak stopniowa prywatyzacja fizjoterapii w Polsce, przypominająca to, co niegdyś stało się ze stomatologią. Już teraz aż 90% młodych fizjoterapeutów, wchodząc na rynek pracy, nie zatrudnia się w systemie refundowanym przez państwo, zaś średnia wieku fizjoterapeutów w szpitalach przekracza 50 lat. Nie wynika to bynajmniej z celowego niedopuszczania młodych adeptów zawodu do pracy na pierwszej linii frontu przez starszych kolegów, lecz z najniższych możliwych zarobków, bez żadnej perspektywy na podwyżkę pensji. Głównym powodem tego stanu rzeczy jest brak odpowiednich i adekwatnych wycen świadczeń przez NFZ powodujących, że poza systemem państwowym za taką samą pracę terapeuta jest w stanie zarobić często kilka razy więcej. Fizjoterapeuta ma płacone od wykonanej procedury, nie zaś od czasu pracy z pacjentem. Efektem tego jest to, że człowiek szkolący się w samodzielnym badaniu i planowaniu terapii na pięcioletnich jednolitych studiach zakończonych egzaminem państwowym, w istocie zwykle wykonuje zlecenia archaicznej specjalizacji lekarza rehabilitacji, który sam nie prowadząc rehabilitacji, najczęściej posiada mniejsze kompetencje w kwestii tego, jakiej formy fizjoterapii dokładnie potrzebuje chory.

I choć dla wielu, szczególnie młodych, fizjoterapeutów przejście branży do sektora prywatnego może okazać się korzystne finansowo, to najbardziej poszkodowani okażą się pacjenci, których niestety będzie przybywać. W przypadku wizyt u stomatologa wielu Polaków jest w stanie raz na jakiś czas wydać na prywatną wizytę nawet sporą sumę pieniędzy. Niestety nie może sobie na to pozwolić ogromna i nieprzerwanie rosnąca liczba ludzi wymagających stałej fizjoterapii. Mowa tu o osobach starszych, leżących, pacjentach po zawałach serca i udarach mózgu czy rzesza ludzi z chorobami przewlekłymi, dla których często jedyną rzeczą umożliwiającą ich funkcjonowanie jest codzienna rehabilitacja. A na tę już teraz wielu nie może sobie pozwolić.

Pielęgniarki od roboty papierkowej

> Średnia wieku polskich pielęgniarek co roku rośnie i obecnie wynosi 53 lata, choć jeszcze 10 lat temu było to 45 lat. Najwięcej pielęgniarek jest w przedziale wiekowym 51-60 lat (35,8% wszystkich) i ponad 27% przedstawicielek tego zawodu pracuje pomimo osiągnięcia uprawnień emerytalnych. Fakt ten nieco śrubuje i tak tragiczną statystykę średniej liczby pielęgniarek na tysiąc mieszkańców. W Polsce stosunek ten wynosi 5,2 przy średniej unijnej 9,4 i stanowi jeden z najniższych w Europie. Nie napawa optymizmem także to, że pielęgniarki w wieku 21-30 lat stanowią zaledwie 5,2% środowiska.

Tymczasem zapotrzebowanie na ich usługi rośnie wraz ze starzeniem się społeczeństwa. Szczególnie w zachodniej części kraju, gdzie praca na oddziale jest już często do dostania od ręki. Wydawałoby się, że do tak ciekawego i ważnego zawodu, przy jednoczesnych ogromnych brakach kadrowych, powinno ustawiać się wielu chętnych. Główny powód takiego stanu rzeczy jest łatwy do przewidzenia – nieproporcjonalność pensji w stosunku do trudu i obciążeń, jakie niesie za sobą wykonywanie zawodu. Najniższe wynagrodzenie pielęgniarki z tytułem magistra obecnie wynosi 4 186 zł brutto. Niestety najczęściej wynagrodzenie minimalne oznacza stałe wynagrodzenie, niezależnie od stażu pracy i doświadczenia. Nietrud-

no się dziwić pokusie emigracji.

W gronie najpopularniejszych kierunków, do których za pracą udają się nasze pielęgniarki, znajdują się kraje skandynawskie, Niemcy i Francja. Tam czekają na nie lepsze warunki pracy: niższa liczba pacjentów na pielęgniarkę (przykładowo w norweskim szpitalu przeciętna liczba pacjentów na pielęgniarkę wynosi 10, w polskim – 30), mniejsza liczba godzin spędzonych przy łóżku, dłuższy czas odpoczynku oraz perspektywy rozwoju związane ze wzrostem zarobków wraz z nabywaniem doświadczenia. Poza tym w żadnym innym zawodzie medycznym nie widać tak bardzo, jak ogromnym problemem systemu ochrony zdrowia jest przerost biurokracji. Z raportu NIK wynika, że w około 91% placówek zdrowotnych personelowi powierzano obowiązki administracyjne polegające m.in. na sporządzaniu sprawozdań statystycznych oraz dotyczących realizacji umów o udzielanie świadczeń zawartych z NFZ. W większości przypadków za te czynności były odpowiedzialne pielęgniarki. Podobnie jak w kwestii ratowników medycznych, warto zadać sobie pytanie: czy powinniśmy pozwalać, aby szkoleni do opieki i pielęgnacji pacjenta pracownicy medyczni, wyjeżdżali do zamożnych krajów Europy Zachodniej albo zajmowali się wypełnianiem urzędniczych tabelek?

CZYTAJ TAKŻE: Wyrok Trybunału Konstytucyjnego nie ma tu nic do rzeczy...

Brak prostych recept na naprawę systemu

Trudno w obrębie kilku akapitów silić się na ułożenie recepty na naprawę systemu opieki zdrowotnej i nie było to celem autora. Przedstawienie trzech najbardziej spektakularnych przykładów profesji medycznych, które przez brak odpowiedniego docenienia ze strony państwa albo zupełnie się sprywatyzują, albo dojdzie do tego, że tylko nieliczni będą chcieli je wykonywać, ma skłonić do refleksji nad traktowaniem „po macoszemu" problemów zdrowotnych, których szybko starzejące się społeczeństwo będzie doświadczać coraz więcej. Choć mogą cieszyć obiecane niedawno podwyżki płac dla części medyków, to obserwując reakcje i pomysły rządzących na poradzenie sobie z tym problemem, trudno nie mieć wrażenia, że nadal nie jest to wystarczająco istotne dla partyjnych sondaży zagadnienie, aby podjąć się jego kompleksowej reformy. Brak dostępu do odpowiedniego leczenia nie dotknie wielkomiejskich elit, bo te będzie stać na usługi prywatne. Dotknie on biedniejszej prowincji, czyli tego elektoratu, na który najbardziej liczą ugrupowania prawicowe. Czy dbanie o swoich wyborców nie powinno objawiać się także dbałością o ich zdrowie? Widocznie, przynajmniej na razie, nie, skoro ciężko dopatrywać się światełka w tunelu w kwestii naprawy chociaż części elementów systemu ochrony zdrowia, która potrzebuje różnych zawodów medycznych, ale niektórych zdaje się nie zauważać.

fot: pixabay

Oryginał: https://nlad-kopia1113.instawp.site/system-ochrony-zdrowia-potrzebuje-roznych-zawodow-medycznych/

DOBRA ANALIZA WYMAGA CZASU

Rzetelny tekst to dni pracy: źródła, dane, redakcja. Każda wpłata pozwala nam przygotować kolejny. Nawet niewielka kwota ma znaczenie.

WSPIERAM ANALIZY

wspieram.nlad.pl



Zeskanuj, aby wesprzeć