

Dziura czy luka pokoleniowa?

Czasem bieżące wydarzenia splatają się z rytmem pór roku. Wrzesień stał się miesiącem juniorów w łódzkiej Okręgowej Izbie Lekarskiej, dzięki włączeniu do środowiska lekarskiego prawie 500 absolwentów łódzkiego Uniwersytetu Medycznego, którzy uzyskali prawo wykonywania zawodu lekarza. Otwiera to przed nimi roczny okres nazywany niegdyś czeladniczym. Warto życzyć im, aby w tym czasie, a także podczas późniejszej specjalizacji, mieli okazję pracować z mistrzami lekarskiej profesji. To może odegrać kluczową rolę w wyborze dalszej ścieżki zawodowej oraz w kształtowaniu postawy lekarskiej. Oczywiście, równie istotny był okres studiów medycznych, zwieńczony otrzymaniem dyplomu ukończenia uczelni. Relacje między uczniem, czeladnikiem a mistrzem zostały odpowiednio opisane w artykule 62, rozdziale V Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Następny miesiąc przynosi natomiast kilka dni poświęconych seniorom. W czasach ich młodości luka pokoleniowa rozumiana była przede wszystkim jako różnica opinii i poglądów między generacjami. Mogły one dotyczyć przekonań politycznych, stosunku do pracy, światopoglądów, a także kwestii obyczajowych. Zrozumienie, że rozwój technologiczny i społeczny wpływa na inne postrzeganie rzeczywistości przez kolejne pokolenia, i że niekoniecznie utrudnia to międzypokoleniową wymianę doświadczeń, wymagało, jak każda ewolucja, pewnego czasu.

W kontekście wzrostu liczby lekarzy, o czym 19 września poinformowały łódzka i wojskowa Izba Lekarska, media obwieściły zahamowanie pogłębiającej się luki pokoleniowej wśród lekarzy. Jednak luka ta w ochronie zdrowia ma złożony charakter. W wielu przypadkach wydaje się być nieodwracalna i dotyczy szerokiego zakresu zawodów medycznych, poczynając od pielęgniarek. Aby ocenić jej przyczyny, konieczny jest rzetelny audyt Ministerstwa Zdrowia. Zwiększenie liczby kształconych lekarzy o 120 procent w porównaniu do stanu sprzed 25 lat spotkało się z krytyką Naczelnej Izby Lekarskiej. Naczelna Izba słusznie określiła ten proces w niektórych quasi-uczelniach jako „produkcję” lekarzy, a brak akredytacji dla kilku z nich uznała za krok we właściwym kierunku. Warto jednak zauważyć, że w tej „produkcji” uczestniczyli także członkowie naszej korporacji, bez których byłaby ona niemożliwa, a ich postawa nie została odpowiednio oceniona przez komisje etyki lekarskiej w odpowiednich okręgowych izbach lekarskich.

Pojawia się zatem zasadne pytanie, czy komisje etyki lekarskiej ożywią się po wejściu w życie nowo uchwalonego Kodeksu Etyki. Aby luka pokoleniowa nie przerodziła się w dziurę, trzeba nazywać rzeczy po imieniu. Uzupełnianie braków kadrowych w zawodzie

lekarza nie może ograniczać się wyłącznie do kontrowersyjnego zwiększania liczby absolwentów, lecz musi zostać poprzedzone analizą zasobów ludzkich, którymi dysponujemy. Zarządzanie tymi zasobami – wbrew powszechnym opiniom – nie jest największym problemem. Głównym wyzwaniem jest struktura wiekowa, która – choć nieco lepsza niż wśród pielęgniarek – nadal jest niepokojąca. Czas oczekiwania na wizytę u lekarza w Polsce często przekracza 3,6 miesiąca, co ma oczywiste konsekwencje w postaci opóźnionej diagnozy. W ciągu najbliższych sześciu lat wiek emerytalny osiągnie 16 800 lekarzy, a co roku specjalizację uzyskuje jedynie około 3 500. Łatwo policzyć, że w ciągu sześciu lat liczba ta wyniesie zaledwie 21 000 specjalistów. Tempo to jest zbyt wolne, a potrzeby rosną – społeczeństwo się starzeje. Nie można więc nazywać zasypywania dziury zapewnianiem luki pokoleniowej.

Audyt zasobów lekarskich wraz z analizą wyboru specjalizacji, dokonany przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy z samorządem lekarskim, jest natychmiast potrzebny. Dopiero po postawieniu diagnozy i analizie kierunków specjalizacji można sensownie wydatkować pieniądze – nasze budżetowe, nie rządowe – na ten cel. Należy też zakończyć szkodliwą retorykę, sugerującą, że istnieją osobne pieniądze rządowe, NFZ-owskie czy samorządowe na ochronę zdrowia. Nie mówmy o zadłużeniu ochrony zdrowia, lecz o tym, ile i jakich środków solidarnie pozyskanych, jak składka zdrowotna czy budżet, przeznaczamy na ochronę naszego zdrowia. Poradzimy sobie z luką pokoleniową, o ile brak twórczego myślenia nie doprowadzi do dziury, bo kryzys ochrony zdrowia już ją zwiastuje.

Na zakończenie warto przytoczyć cytaty z Antoniego Słonimskiego, który dobrze byłoby umieścić na stałe nad siedzibą Ministerstwa Zdrowia przy ul. Miodowej w Warszawie. Brzmi on: „Świat nie jest piłką futbolową. Świat się podbija głową, głową, głową”. Podkreślenie roli głowy – w której, jak wiemy, znajduje się mózg – nie jest przypadkowe, zwłaszcza w obliczu współczesnej współpracy ludzkiego umysłu ze sztuczną inteligencją.

Panaceum 10/2024