

**SŁUŻBA
ZDROWIA?**

MAŁGORZATA
SOLECKA

SŁUŻBA ZDROWIA?

JAK POKONAĆ
CHORY
SYSTEM



Wydawnictwo WAM

© Wydawnictwo WAM, 2017

Opieka redakcyjna: Olaf Pietek
Redakcja: Ewa Buczek
Korekta: Klaudia Adamus
Projekt okładki: Izabella Marcinowska
Skład: Marianna Cielecka

ISBN 978-83-277-0680-5

WYDAWNICTWO WAM
ul. Kopernika 26 • 31-501 Kraków
tel. 12 62 93 200 • faks 12 42 95 003
e-mail: wam@wydawnictwowam.pl
www.wydawnictwowam.pl

DZIAŁ HANDLOWY
tel. 12 62 93 254-255 • faks 12 62 93 496
e-mail: handel@wydawnictwowam.pl

KSIĘGARNIA WYSYŁKOWA
tel. 12 62 93 260
e.wydawnictwowam.pl

druk: GRAFARTI • Łódź

Wstęp



– Potrzebujemy dziennikarza od zdrowia i spraw społecznych. Zna się pani na tym? – moja rozmowa z redaktorem Krzysztofem Gottesmanem, kierownikiem działu krajowego „Rzeczpospolitej”, w październiku 1998 roku była krótka i rzeczowa. Pokiwałam głową. Mówiąc szczerze, pewniej się czułam w tematach czysto społecznych, ale wiedziałam, że nie mam wyboru.

Do pracy przyszedłam 1 grudnia. I od tamtej pory, od osiemnastu lat, zajmuję się głównie służbą zdrowia.

Projekty ustaw i rozporządzeń, raporty międzynarodowe, posiedzenia komisji sejmowych i debaty w Sejmie i Senacie. Zjazdy samorządów lekarzy i pielęgniarek, wywiady z kolejnymi ministrami, tysiące tekstów, wskaźniki, które mogę recytować w środku nocy... Od osiemnastu lat te same hasła, wygłaszane w podobnych okolicznościach. Te same obietnice: „Zwiększymy nakłady na ochronę zdrowia, pracownicy służby zdrowia muszą zarabiać godnie, pacjenci nie mogą umierać w kolejkach do lekarzy...”.

Wydaje mi się, że o służbie zdrowia wiem wszystko.

Ale czy naprawdę?

Gdy Wydawnictwo WAM proponuje mi napisanie książki, popadam w zadumę. Czy kogoś w ogóle obchodzi to, dlaczego samochód nie jeździ? Oddaje się go do warsztatu, płaci i sprawdza, czy jedzie. Dlaczego ludzie mieliby chcieć się dowiedzieć, skąd się biorą kolejki do specjalistów i jak to możliwe, że podatnicy co miesiąc płacą składkę na ubezpieczenie zdrowotne,

a gdy przychodzi choroba, okazuje się, że na ich terapię nie ma pieniędzy?

Samochodowe skojarzenie nie jest przypadkowe. To jedna z tych figur retorycznych, w których lubują się politycy odpowiedzialni za system ochrony zdrowia. — Stać nas na poloneza, a chcielibyśmy jeździć mercedesem — mówią podczas wystąpień publicznych, uśmiechając się znacząco.

Dyrektor dużego szpitala publicznego, po wysłuchaniu kolejnego przemówienia ozdobionego metaforą motoryzacyjną, skomentował kiedyś krótko: — Zapomniał tylko minister dodać, że ten polonez, którym jeździmy, to rocznik 1988, trzy razy w roku zastawiany w lombardzie. Jak już się uda wykupić, to jeździmy tylko dlatego, że Zdzisiek albo Rychu zrobili odwiert w rurociągu Przyjaźń.



Przedostatnie miejsce. Trzydzieste czwarte na trzydzieści pięć ocenionych krajów.

Tak nasz system służby zdrowia wypada na tle Europy. Za Polską tylko niewielka i biedna Czarnogóra. Przed — Albania i Macedonia. Kraje, które bijemy na głowę pod względem rozwoju gospodarczego i zamożności.

Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia, publikowany cyklicznie na początku każdego roku, nie pozostawia wątpliwości: służba zdrowia nad Wisłą ma się źle, coraz gorzej. I choć urzędnicy lubią tłumaczyć, że rankingi konsumenckie nie są miarodajne, bo uwzględniają nie tylko obiektywne wskaźniki, ale też opinie obywateli. Że może nie jest dobrze, ale „aż tak” źle też nie jest.

Trudno podzielać ten optymizm tym, którzy z tego systemu korzystają. Zwłaszcza tym, którzy korzystać muszą często.

Są też inne rankingi, inne zestawienia, gdzie wskaźniki są bardziej obiektywne. Niestety, w większości z nich również

łądujemy pod koniec stawki. Największe problemy? Niskie nakłady publiczne na zdrowie. Braki kadrowe. Mało lekarzy, jeszcze mniej pielęgniarek. Gorsze niż w innych krajach rozwiniętych wskaźniki długości życia, a szczególnie – długości życia w dobrej formie. Nieistniejący system opieki nad seniorami. Zbyt wysokie dopłaty pacjentów do leków, co przekłada się na gorszą dostępność terapii. Gigantyczne opóźnienia, w stosunku do innych krajów, w stosowaniu nowoczesnych leków.

Nie we wszystkich zestawieniach przegrywamy. Gdy instytucje międzynarodowe badają efektywność systemów, Polska wypada stosunkowo nieźle. Za względnie małe pieniądze polska służba zdrowia potrafi zapewnić medycynę może nie na światowym, ale na pewno na wysokim poziomie.

Potrafi zresztą znacznie, znacznie więcej.



1 grudnia 2014 roku. W podkrakowskiej wsi trwają poszukiwania 2,5-letniego chłopca. Mały Adaś wyszedł w nocy z domu w samej koszulce. Od kilku godzin przebywa na mrozie. Sąsiad znajduje go w stanie skrajnego wychłodzenia. Chłopiec trafia do dziecięcego szpitala w Prokocimiu z temperaturą ciała 12 stopni Celsjusza.

Cała Polska zastanawia się, czy lekarzom uda się przywrócić dziecko do życia. Czy oszukają śmierć? Przecież nieprzekraczalna dla medycyny granica wyziębienia człowieka, którego uratowano z hipotermii, wynosi 13,7 stopnia Celsjusza. Mało kto ma odwagę mieć nadzieję.

Po kilku dniach już wiadomo. – Nie boję się mówić o cudzie! – mówi dziennikarzom prof. Janusz Skalski, kardiochirurg prowadzący leczenie małego pacjenta. – Dziecko, które było na drugim świecie, wróciło do nas, do świata ludzi. Jest z nami. Mam pełną odwagę mówić o cudzie i nikt mi tego nie zabierze. Dla mnie to jest cud.

O małym Adasiu i o cudotwórcach z krakowskich szpitali, bo w ratowaniu chłopca olbrzymi udział miał również zespół ze szpitala im. Jana Pawła II, dowiaduje się kilka miliardów ludzi. Gratulacje i wyrazy uznania płyną ze wszystkich kontynentów.

Po kilku tygodniach spędzonych w klinice Adaś wraca do domu. Zdrowy, sprawny. A więc – cud.

Można go rozumieć wprost.

Można również za cud uznać też to, że w tym konkretnym przypadku – małego chłopca z podkrakowskiej wsi, na każdym etapie akcji ratunkowej i potem w procesie leczenia nic nie zostało zaniedbane. Że nikt nie odpuścił. Że nikt nie miał gorszego dnia, nie zawahał się. Nie tylko niczego nie pominął, ale dał z siebie wszystko. Więcej, niż wymagają normy określone przez ministra. Więcej, niż przewiduje w kontraktach Narodowy Fundusz Zdrowia.

Można uznać za cud, że w polskim szpitalu udało się coś tak niezwykłego. Coś, czego nie dokonali profesorowie w najlepszych światowych klinikach. Można uznać za cud, że nie tylko znany z zaangażowania i charyzmy prof. Janusz Skalski, ale dosłownie wszyscy, przez których ręce przeszedł Adaś, zrobili wszystko i więcej, by żył.

To nie jest norma.



Luty 2013 roku. 2,5-letnia Dominika trafia do szpitala w Skiernewicach z objawami infekcji. Lekarze stwierdzają przeziębienie i odsyłają dziecko do domu. Gdy jednak w nocy pojawia się wysoka gorączka, ponad 41 stopni, rodzice nie mają wątpliwości: trzeba wezwać karetkę. Dyspozytor odmawia. Karetka przyjeżdża dopiero po drugim wezwaniu. Dziecko jest już praktycznie w agonii. W szpitalu specjalistycznym w Łodzi lekarze są bezradni. Walczą dwa dni o życie Dominiki. Przegrywają.

Zaledwie kilkanaście tygodni wcześniej lekarze w Białymstoku przegrali walkę o 13-miesięcznego Bolka. Lekarz w przychodni, zaniepokojony stanem dziecka, kierował rodziców do szpitala. Lekarze Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego nie widzieli potrzeby zajęcia się chłopcem. Nie wykonali nawet podstawowych badań. Bolek dwa razy trafił do szpitala i dwa razy był odsyłany do domu. Za trzecim razem okazało się, że jest w stanie krytycznym, a diagnoza była wyrokiem: białaczka szpikowa. Umarł w grudniu 2012 roku. – Dlaczego tak się stało? Dlaczego w jednym systemie jedni lekarze, jeden ośrodek zdrowia kieruje do szpitala nieustannie, kilkakrotnie, a drugi odsyła i dziecko umiera? – nie przestaje pytać ojciec chłopca, Grzegorz Kozikowski.



Na system ochrony zdrowia nie można patrzeć ani przez pryzmat cudów, ani przez pryzmat zaniedbań i tragedii, które często są ich efektem. Zarówno cuda, jak i zaniedbania nie zdarzają się przecieŜ często, biorąc pod uwagę, że co roku do szpitali trafia blisko siedem milionów pacjentów, a lekarze w przychodniach udzielają ponad ćwierć miliarda porad.

Lwia część pacjentów otrzymuje pomoc przynajmniej wystarczającą – co widać choćby w badaniach opinii publicznej, w których większość ankietowanych dobrze ocenia lekarzy, u których się leczy. Mniej zaufania mamy do lekarzy jako grupy zawodowej.

Znacznie gorzej oceniamy system. W ostatnich kilku latach niezadowolenie z jego funkcjonowania deklarowało w różnych badaniach od dwóch trzecich do ponad trzech czwartych badanych – żadnego z obszarów usług publicznych nie oceniamy aż tak krytycznie.

Na co najczęściej narzekają Polacy? Nie ma zaskoczenia – na kolejki do lekarzy specjalistów (85 procent Polaków jest

niezadowolonych z dostępności do specjalistów!) i do badań diagnostycznych (67 procent niezadowolonych), ale też na cały wachlarz sytuacji związanych z obsługą pacjenta. Na niemożność umówienia się na wizytę w konkretnym, dogodnym terminie, nieuprzejmość pracowników administracji placówek medycznych, nierówne traktowanie pacjentów.

A za co chwalimy naszą służbę zdrowia? Za dostępność podstawowej opieki zdrowotnej, do której praktycznie nie ma kolejek, kompetencje lekarzy i ich zaangażowanie w pracę (nie-mal 60 procent ocen pozytywnych!). Na przestrzeni ostatnich lat bardzo poprawiła się organizacja nocnej pomocy medycznej i warunki leczenia.

Paradoksalnie – choć krytycznie oceniamy system jako całość, jego poszczególne elementy zbierają oceny całkiem pozytywne. Co więcej – choć jesteśmy niezadowoleni, nie chcemy radykalnych zmian. To może tłumaczyć niechęć polityków do podejmowania odważnych decyzji dotyczących służby zdrowia. Polacy narzekają na kolejki do lekarzy, ale nie akceptują faktu, że bez zwiększenia nakładów na zdrowie one na pewno nie znikną. – Wystarczy lepiej dzielić pieniądze – odpowiada duża część z nas. – Będziemy uszczelniać system! – obiecują więc politycy wszystkich opcji.

Publiczne nakłady na zdrowie w Polsce wynoszą 4,8 procent Produktu Krajowego Brutto. Średni poziom tego wskaźnika dla krajów europejskich to ponad 6 procent. Czechy, które wśród krajów dawnego bloku wschodniego mają najlepszą służbę zdrowia, wydają niemal 6,5 procent. Nie możemy się porównywać z Niemcami (8,7 procent) czy Holandią (10,2 procent). Z Czechami – powinniśmy.

A jak to wygląda w przeliczeniu na konkretne pieniądze wydawane na jednego mieszkańca?

Liczy to co roku OECD – organizacja skupiająca najbardziej rozwinięte kraje świata.

Według raportu opublikowanego jesienią 2015 roku na jednego mieszkańca przypada niewiele ponad tysiąc (1081) dolarów z publicznych środków. Najwięcej wśród krajów Unii Europejskiej wydają Holendrzy (prawie 4,5 tysiąca dolarów). Nasi południowi sąsiedzi i w tych statystykach biją nas na głowę – Czesi wydają 1716 dolarów, a Słowacy – 1783 dolary.

– W polskim systemie brakuje około 35 miliardów złotych – przyznaje w lipcu 2016 roku minister zdrowia Konstanty Radziwiłł. Nie on pierwszy. O wielomiliardowym deficycie i permanentnym niedofinansowaniu od lat mówią eksperci zajmujący się służbą zdrowia. O tym, że bez większych pieniędzy na zdrowie system w końcu się załamie, przypominają jego pracownicy. Jak ponury żart odbierają złożoną przez ministra zdrowia obietnicę, że publiczne wydatki na zdrowie wzrosną do 6 procent PKB... w 2025 roku.



Latem 2016 roku napięcie w służbie zdrowia po raz kolejny wzrasta. Protest pielęgniarek w Centrum Zdrowia Dziecka, wielotysięczna manifestacja młodych lekarzy na ulicach Warszawy, zapowiedź wielkiego protestu ulicznego wszystkich pracowników służby zdrowia pod koniec września – nie biorą się znikąd.

Dlaczego dziewięć ogólnopolskich związków zawodowych działających w służbie zdrowia i inne organizacje pracowników podjęły decyzję o wspólnej manifestacji? Co połączyło techników medycznych, fizjoterapeutów, ratowników, diagnostów laboratoryjnych, pielęgniarki i lekarzy? Główny postulat to zwiększenie nakładów na służbę zdrowia do 6,8 procent PKB. Nie za dziesięć lat. Natychmiast. A co się stanie, jeśli postulat nie będzie spełniony? – To znaczy, że lekarze nadal będą wyjeżdżać do pracy za granicę, liczba pielęgniarek będzie spadać, choć brakuje ich już tyle, że zagrożone jest bezpieczeństwo chorych – grzmia liderzy środowiska medycznego.

Przesadzają?

Niekoniecznie. O zarobkach lekarzy krążą legendy (częściowo tylko znajdujące uzasadnienie w rzeczywistości). Ale o drugiej stronie medalu – czasie pracy – mało pamięta, mało kogo to obchodzi.

Jesień 2013 roku. W szpitalu specjalistycznym w Nowym Sączu dr Andrzej Fugiel, lekarz z trzema specjalizacjami (choroby wewnętrzne, nadciśnienie tętnicze, nefrologia), zastępca dyrektora szpitala, jest zmuszony do weekendowego dyżurowania na szpitalnym oddziale ratunkowym. Jest zmuszony, bo „posypał się grafik”. Zwykła rzecz w szpitalach. Po niemal dwóch dobach dyżuru i przyjęciu prawie stu pacjentów dr Fugiel zameldował się na oddziale kardiologii z podejrzeniem zawału.

Nie on pierwszy, nie ostatni. Nie zawsze kończy się jedynie na podejrzeniu zawału serca.

W 2015 roku Najwyższa Izba Kontroli sprawdziła, ile pracuje się w polskich szpitalach. Wnioski? Lekarze często pracują bez żadnej przerwy na odpoczynek 48 godzin. Rekordzista przepracował bez przerwy 168 godzin w jednym tygodniu.

Ile pomyłek w diagnozie, ile tragicznych zaniedbań wynika z przemęczenia?

Mogą nie pracować? Ci lekarze, którzy tak uważają, przechodzą do sektora prywatnego. Rozwijają własne praktyki. Przyjmują pacjentów poza NFZ. Albo wyjeżdżają za granicę, gdzie pracując dwa, trzy razy mniej, zarabiają kilka razy więcej.

Ci, którzy zostają w publicznej służbie zdrowia, muszą pracować więcej. Kierowcy mają tachografy, lekarze i pielęgniarki – nie. Kontrola czasu pracy jest fikcją.

Maj 2006 roku. Na ulicach Warszawy protestują lekarze i inni pracownicy służby zdrowia. – Wyzysk personelu medycznego przez państwo jest zaplanowanym elementem systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Bez tego wyzysku służba zdrowia w ogóle

nie mogłaby funkcjonować! — grzmi Krzysztof Bukiel, przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.

Od tamtej demonstracji mija dziesięć lat. W marcu 2016 roku, po spotkaniu przedstawicieli związków zawodowych, Bukiel mówi: — System opieki zdrowotnej w Polsce funkcjonuje tak naprawdę tylko dzięki temu, że pracownicy służby zdrowia są wykorzystywani, wyciskiwani ekonomicznie.

Pod koniec maja pielęgniarki w Centrum Zdrowia Dziecka podejmują decyzję o strajku i odejściu od łóżek pacjentów. Po raz pierwszy taka forma protestu dotyka szpitala pediatrycznego.

Na początku sierpnia w jednym ze szpitali powiatowych po stu godzinach dyżuru umiera lekarka. To nie pierwszy taki wypadek w Polsce, ale tym razem związki zawodowe żądają radykalnych zmian w systemie zatrudniania w szpitalach.

System ochrony zdrowia od dawna trzeszczy w szwach.
Właśnie zaczyna pękać?

Lekarze. Bogowie?



Nie są niezniszczalni.

Codziennie powtarzają pacjentom: – Człowiek nie jest niezniszczalny. Trzeba o siebie dbać. Zdrowo się odżywiać, spać odpowiednią liczbę godzin, odpoczywać, zadbać o ruch. Człowiek nie jest niezniszczalny.

Lekarz też.



9 sierpnia 2016 roku, wieczór. Miliony Polaków przed telewizorami śledzą zmagania siatkarki w Rio. Po dwóch wygranych setach przegrywamy trzeci, potem czwarty. Iran się rozpędza...

Wśród wiadomości z kraju – czy kogoś w takiej chwili mogą w ogóle zainteresować? – pojawia się informacja z Białogardu. W szpitalu powiatowym znaleziono w dyżurce ciało 44-letniej lekarki.

Zmarła w pracy. – Po czterech dobach dyżuru – informują media.

Szokujące?

Nie dla rzecznika prasowego spółki zarządzającej szpitalem. – Pani doktor nie była naszym pracownikiem. Prowadziła działalność gospodarczą, dlatego czas pracy organizowała sobie samodzielnie – mówi w Radiu Szczecin Witold Jajszczok.

Potem pojawi się pogłoska, że lekarka faktycznie dyżurowała nie cztery, a siedem dni. – Boję się tu być – mówi do kamer starsza pacjentka czekająca na operację.

Tabloidy publikują rodzinne zdjęcie zmarłej lekarki. W tle choinka, przed nią drobna brunetka w okularach, na kolanach młodsze dziecko, obok starsze. I mąż.



Szpital w Białogardzie od 2014 roku działa jako spółka. Samorząd oddał go w dzierżawę firmie ze Śląska. Centrum Dializa w kilku przejętych od samorządów szpitalach powiatowych zarządza tą samą metodą: drastyczne cięcia kosztów, zwolnienia i zmiana umów o pracę na kontrakty. To rozwiązanie dużo tańsze dla pracodawcy.

Jednak w szpitalach publicznych lekarze też biją rekordy, jeśli chodzi o przepracowaną w jednym ciągu liczbę godzin. 100 godzin pracy tygodniowo? 120? Najwyższa Izba Kontroli ujawniła, że w jednym ze skontrolowanych oddziałów ginekologiczno-położniczych lekarz był w pracy 150 godzin. Tydzień trwa 168 godzin.

W dzień normalna praca, a potem dyżur. Jeśli się uda, w międzyczasie kilka godzin odpoczynku albo po prostu życia.

Nie zawsze się udaje, bo niektórzy mają jeszcze prywatne gabinety. Albo pracują w poradniach. Publicznych, prywatnych. Albo, na przykład, tuż przed zejściem lekarza z oddziału, okazuje się, że pilny przypadek, operacja, nie ma kto zostać, trzeba. I z planów na „między pracą a dyżurem” nici. Albo zmiennik się spóźnia.

To nie problem, powie mediom Witold Jajszczok. Zapewnia, że w białogardzkim szpitalu dyżurująca lekarka miała dyżurkę, w niej wygodne łóżko, telewizor i internet. Pracowała po kilka godzin dziennie. Na pewno nie można powiedzieć, że była przepracowana.

Ten argument natychmiast podchwytuje internet: „Praca przez cztery doby to jawne oszustwo, musiała tam spać i odpo-

czywać w godzinach pracy” — anonimowy komentator na gazeta.pl nie ma złudzeń. Podobnych wpisów jest więcej. Wiele.

Lekarz na dyżurze może spać, czytać książkę, oglądać film, odpowiadać na maile albo patrzeć w sufit — jeśli akurat nie jest potrzebny swoim pacjentom. Albo pacjentom z innych oddziałów, którzy wymagają konsultacji.

Gdy lekarz rozpoczyna dyżur...



— Dyżur zaczynam od sprawdzenia, jakich mam pacjentów i czego mogę się spodziewać z innych oddziałów — opowiada X, anestezjolog, który pracuje w dwóch, czasami trzech szpitalach w środkowej Polsce. — Potem zwykle kładę się spać. Prawie zawsze. Lekarz ma to szczęście, że zasypia w ułamek sekundy, kwestia treningu i wiecznego niedospania.

Drzemka na początek dyżuru zwykle trwa godzinę, rzadko dwie. Potem X robi prywatny obchód pacjentów na oddziałach intensywnej opieki medycznej albo intensywnej terapii. Zasadniczo stan pacjentów kontrolują non stop pielęgniarki, ale dobrze jest raz na jakiś czas zajrzeć. X zagląda bez wezwań średnio co dwie godziny.

Czy dzieli dyżury na spokojne i niespokojne? Raczej na normalne i z piekła rodem. Normalnie jest, gdy w ciągu nocy trzeba stabilizować jednego, dwóch pacjentów w całym szpitalu. Znieczulić dwie rodzące. Do tego jedna reanimacja, jedno cesarskie cięcie na ostro, gdy naturalny poród się komplikuje. — To zawsze jest stres — mówi X. Jeśli na bloku operacyjnym jest się w nocy tylko raz, dyżur jest normalny. Jest czas na kubek herbaty. Dwie godziny snu.

Dyżur z piekła rodem? To samo, tylko razy trzy, rozłożone od wczesnego wieczora do samego rana. W szpitalu z oddziałem ra-tunkowym — ranni z wypadku. Albo wypadków. I świadomość,

że zaczyna się sobota, a dyżur, planowo, kończy się w poniedziałek rano. — Kiedyś brałem całe weekendy. Dziś unikam zwłaszcza dyżurów od piątku do niedzieli rano. Te dwie noce to największe ryzyko, że przywiozą nastolatków nie do odratowania. Z wypadków albo naćpanych.

X od kilku lat pracuje w tygodniu nie więcej niż 80-85 godzin. Pięć to rezerwa dla znajomych z prywatnych gabinetów. Stomatologów, chirurgów. — Dzwonią, proszą. No i płacą. A lekarze powinni sobie pomagać — mówi. Ile trwał jego najdłuższy „dzień pracy” w jednym szpitalu? Nie powie. Bo nie.

22

Nie musi. O trwających nie kilkadziesiąt, ale sto i więcej godzin lekarskich maratonach alarmowała już Państwowa Inspekcja Pracy, która w 2014 roku skontrolowała prawie trzysta szpitali. W co piątym były złamane przepisy prawa pracy — lekarze pracowali na etacie od 8.00 do 16.00, a potem zaczynali dyżurować. Na podstawie kontraktu. Już wtedy PIP odnotowała rekord: neurolog spędził w pracy ponad tydzień — 175 godzin. Trzymając się nomenklatury sportowej — ten rekord nie został uznany, bo lekarz dyżurował zarówno w szpitalu, jak i częściowo w domu, pod telefonem. Dyżury „pod telefonem” to też praca, choć inaczej rozliczana: lekarz zwykle dostaje pieniądze tylko za czas, który spędzi w szpitalu, jeśli zostanie do niego wezwany.

Rok później swój raport z kontroli w szpitalach opublikowała NIK. Liczne przypadki „ciąglego, długotrwałego świadczenia pracy przez personel medyczny zatrudniony na kontraktach” stwierdzono w blisko połowie placówek. Lekarz rekordzista pracował nieprzerwanie 130 godzin. „W ocenie NIK stan ten — choć prawnie dopuszczalny — może powodować, że fizyczne i psychiczne zmęczenie lekarzy będzie stwarzać ryzyko dla bezpieczeństwa pacjentów i samych lekarzy” — napisali kontrolerzy.



Kilkanaście godzin po informacji o tragedii w Białogardzie samorząd lekarski składa wyrazy współczucia rodzinie i najbliższym.

Minister zdrowia też ubolewa. I przypomina, że lekarzy obowiązuje Kodeks Etyki Lekarskiej, który stanowi, że lekarz powinien kierować się dobrem pacjenta. I że nie powinien podejmować decyzji zawodowych, które narażają pacjenta na niebezpieczeństwo.

Czyli: lekarz nie powinien pracować zbyt dużo, bo jego zmęczenie i przepracowanie zagraża pacjentom. Ale co zrobić, gdy inni lekarze odeszli ze szpitala, a pacjenci potrzebują pomocy specjalisty? Albo gdy podpisało się umowę, zgodnie z którą lekarz pełniący dyżur ma obowiązek zapewnić kontynuację opieki, nawet jeśli zmiennik nie przychodzi? Lekarz nie może po prostu zejść z dyżuru.

Lekarz nie powinien pracować zbyt dużo, ale... Zaledwie dwa miesiące wcześniej minister Radziwiłł twierdził coś zgoła innego. Nie powinni, lecz muszą. — Nie jest tylko tak, że lekarze zatrudnieni w publicznych placówkach po południu i nocami dorabiają w sektorze prywatnym. Częściej bywa, że pracują w kilku publicznych szpitalach czy przychodniach jednocześnie i zabezpieczają potrzeby zdrowotne obywateli — przekonywał na antenie TVP Info. — To jest wybór między lekarzem zmęczonym a żadnym lekarzem — stwierdził.

Ten bon mot uderza w Konstantego Radziwiłła jak bumerang.



— Macie wybór między lekarzem zmęczonym a martwym — Krzysztof Bukiel, przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, znany jest z ciętego i ostrego języka. I nie przebiera w słowach, komentując nie tylko tragedię z Białogardu, ale cały system zatrudniania lekarzy.

Minister zdrowia, szef OZZL i przedstawiciel spółki zarządzającej szpitalem w Białogardzie na pewno różnią się w ostatecznej ocenie tego, co się wydarzyło w szpitalu, ale mówią *de facto* to samo: w całej Polsce większość (albo przynajmniej duża część) lekarzy pracuje na takich samych zasadach. Etat w szpitalu, pół etatu w poradni, własna działalność gospodarcza, kontrakt. Niekiedy własny gabinet. Jedno, dwa lub kilka miejsc pracy. Źródeł dochodów.

W ocenie tego, dlaczego lekarze pracują nie 48 godzin w tygodniu (tyle powinni według dyrektywy Unii Europejskiej), ale nierzadko dwa razy dłużej, też jest w zasadzie zgodność.

Witold Jajszczok: — Lekarze niektórych specjalizacji są towarem bardzo deficytowym. Do tej grupy zaliczają się anesteziolodzy. Żeby spełniać wymagania NFZ, wszystkie szpitale posiłkują się lekarzami dochodzącymi.

Konstanty Radziwiłł: — Alternatywą dla obecnych regulacji dotyczących zatrudniania lekarzy jest brak odpowiedniej liczby specjalistów w systemie ochrony zdrowia.

Krzysztof Bukiel: — Nadmierna praca lekarzy jest po prostu rządzącym na rękę. Załatwia kilka problemów od razu: łagodzi wielki niedobór lekarzy w Polsce, zmniejsza presję na podniesienie pensji za normalny czas pracy, zajmuje lekarzy robotą, przez co nie mają sił ani czasu na np. domaganie się lepszych warunków pracy, a ostatecznie daje rządzącym możliwość zrzucania na lekarzy odpowiedzialności za wszelkie braki publicznej ochrony zdrowia.

W listopadzie, trzy miesiące po tragedii w Białogardzie, prokuratura umarza śledztwo. Uzasadnienie? Śmierć nie nastąpiła ani na skutek działania osób trzecich, ani w wyniku przepracowania. W organizmie zmarłej znaleziono duże stężenia substancji występujących w silnych lekach przeciwbólowych — biegli orzekli, że przyczyną śmierci było zatrucie.

Jednak decyzja prokuratury nie zmienia faktu, że lekarze pracują za dużo. O wiele za dużo.



Pracują po sto i więcej godzin, bo jest ich dramatycznie mało w stosunku do potrzeb społeczeństwa, co wykazały choćby dwa ostatnie raporty OECD poświęcone ochronie zdrowia. OECD to klub państw wysoko rozwiniętych, ale w obszarze służby zdrowia widać wyraźnie, że w tym klubie jest klasa „platinum”, „gold”, „silver” oraz Polska, Turcja i Meksyk. Dość powiedzieć, że praktycznie we wszystkich rankingach, na których opierają się raporty dotyczące służby zdrowia, Polska zajmuje jedno z trzech, czterech ostatnich miejsc. Poza jednym – liczbą łóżek szpitalnych. Tu należymy z kolei do ścisłej czołówki, co tylko świadczy o zacofaniu naszego systemu. I tłumaczy znaczną część jego problemów, w tym problemów kadrowych.

Nowoczesna medycyna nie wymaga, w większości przypadków, długich pobytów w szpitalu. Coraz więcej zabiegów może być wykonywanych w trybie jednodniowym, bez konieczności spędzania w placówce nawet jednej nocy. Pacjenci onkologiczni chemioterapię i radioterapię przechodzą – w znacznej części – w trybie ambulatoryjnym. Pacjenci operowani laparoskopowo również nie muszą przebywać w szpitalu dłużej niż dzień, dwa po zabiegu. Kraje rozwinięte ograniczają hospitalizacje do minimum, rozwijając przy tym alternatywne formy opieki nad pacjentami obłożnie chorymi. Ci jednak potrzebują przede wszystkim pielęgniarek i opiekunów medycznych, w mniejszym stopniu lekarzy, których praca jest najdroższa.

Funkcjonowanie szpitali jest drogie. W Polsce zabiera połowę budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia – a i tak szpitale permanentnie się zadłużają. Ponad połowę, niekiedy nawet 75–80 procent kontraktu szpitala stanowią wynagrodzenia...

Szpitalne są nie tylko kosztochłonne, ale i pracochłonne. Gdyby zmniejszyć liczbę oddziałów, liczbę łóżek szpitalnych, braki kadrowe nie byłyby aż tak palące.



Co nie znaczy, że nie byłoby ich w ogóle.

Jeden ze wskaźników, który obniża pozycję Polski w światowych i europejskich rankingach: liczba lekarzy na tysiąc mieszkańców – 2,2. Marnym pocieszeniem jest to, że gorszy wskaźnik mają takie kraje jak Chiny czy Indie. W Europie zamykamy stawkę. I wypadamy źle nie tylko na tle zamożnych krajów (Austria – 5,0, Niemcy – 4,1, Szwajcaria – 4,0), ale również wobec naszych sąsiadów.

Problemem jest nie tylko liczba, ale też wiek. Średni wiek lekarza wykonującego zawód w Polsce – 49,5 roku, lekarza specjalisty – 54,5 roku. Dużo. Z jednej strony – brakuje młodych. Z drugiej – starsi lekarze pracują tak długo, jak mogą. W 2014 roku „Głos Pomorza” donosił: „Najstarszy lekarz w Polsce nie będzie miał już dyżurów”. Władysław Przybył zrezygnował z pracy w pogotowiu ratunkowym w wieku... 94 lat.

Starsi lekarze pracują – może nie aż tak długo – bo ich emerytury, wypracowane w PRL i w pierwszych latach po 1989 roku, są po prostu głodowe. Ale też dlatego, że zwyczajnie są potrzebni. – Często to jest fikcja. Liczy się pieczętka lekarza i wykazanie w dokumentacji do NFZ, że szpital spełnia minimalne normy zatrudnienia lekarzy. Bywa, że seniorzy są dowożeni do szpitala czy poradni, siedzą w pokoju socjalnym albo u dyrektora – opowiada jeden z członków władz lekarskiego samorządu. A pracują rezydenci, za dwóch.

Lekarze od przynajmniej dekady alarmują, że grozi nam nie tyle luka, co wyrwa pokoleniowa. W niektórych specjalizacjach – na przykład pediatrii – stała się ona już faktem.



Pod koniec lat 90., przez bardzo krótki czas, wydawało się, że lekarzy mamy za dużo.

Uczelnie medyczne przez cały okres PRL kształciły ich na potrzeby Układu Warszawskiego. A konkretnie – z myślą o wielkiej wojnie, o natarciu sił konwencjonalnych, które miało ruszyć na Europę Zachodnią, by ponieść rewolucję komunistyczną uciśnionym masom.

Tak było. Polska miała być zapleczem medycznym, wielkim szpitalem dla Układu Warszawskiego i wojsk radzieckich. Budowano szpitale, do szpitali przygotowywano kadrę.

Na początku lat 90. zapadła decyzja o radykalnym zmniejszeniu liczby miejsc na wydziałach lekarskich. Decyzja rozumiała, również ze względu na problemy budżetu państwa. Gdyby po kilku latach liczbę tę zaczęto stopniowo zwiększać, dziś problem byłby znacznie mniejszy.

Ale nie jest. Zwłaszcza że zmniejszenie liczby adeptów medycyny nie było jedynym zjawiskiem mającym wpływ na to, ilu lekarzy w tej chwili pracuje w Polsce w publicznej służbie zdrowia.

Lata 90. to eksplozja koniunktury dla przemysłu farmaceutycznego, i to zarówno wielkich światowych koncernów, jak i rodzimych firm. Źle wynagradzani lekarze są najważniejszą grupą zawodową, wśród której firmy farmaceutyczne i producenci sprzętu medycznego rekrutują swoich pracowników.

Równolegle wielu lekarzy stawia na własną działalność. Sprzyja temu choćby zdrowotna ulga podatkowa, dzięki której część wydatków na leczenie można sobie odpisać od podatku. W latach 90. dokonuje się niemal stuprocentowa prywatyzacja usług stomatologicznych.

I rok 2004, wstąpienie Polski do Unii Europejskiej. Rynki pracy wszystkich krajów unijnych stoją przed lekarzami otworem. A kraje „starej Unii” potrzebują ich jak tlenu, zwłaszcza Wielka Brytania. Największą grupę tych, którzy pobrali z izb lekarskich

zaświadczenia umożliwiające podjęcie pracy za granicą, stanowią lekarze między 40. a 50. rokiem życia, specjaliści. Wyjeżdżać chcą też młodzi, nawet prosto po stażu.



Jest ich mało. Są przemęczeni.

— Na własne życzenie. Kto jej kazał tyle pracować? — Stoję w kolejce do kasy, dwie kobiety komentują śmierć lekarki w Białogardzie. — Pazerność, kasy jak lodu i ciągle mało.

To druga strona medalu.

W 2015 roku lekarze po raz pierwszy lądują na szczycie listy zarobkowej w badaniu „Diagnoza społeczna” — średnie zarobki netto w tej grupie to 5,5 tysiąca złotych. W ciągu czterech lat zarobki wzrosły o około tysiąc złotych.

To tylko średnia, w której są pensje stażystów i rezydentów (2–3 tysiące złotych) oraz zarobki najbardziej poszukiwanych na rynku specjalistów. W przypadku tych ostatnich pytanie o górną granicę zarobków można skwitować jedynie stwierdzeniem: *Sky is the limit*.

100 tysięcy złotych dla radioterapeuty, kilkadziesiąt tysięcy dla kardiologa inwazyjnego czy wybitnego kardiochirurga — takie kwoty płacą i publiczne, i prywatne placówki. Publiczne nawet częściej, bo to one mają największe kontrakty. To jednak absolutny top, na którym nie ma miejsca dla zbyt wielu lekarzy. Ale zarobki po 20–30 tysięcy złotych w jednym szpitalu — to już spotyka się znacznie częściej. Przy czym to są naprawdę wybitni specjaliści. Model pracy zwykle jest taki: szpital, z którym są związani, i własna praktyka lekarska albo przychodnia, której są właścicielami. Ewentualnie kilka godzin w miesiącu w sieciowych przychodniach. Oni dostają dobre pieniądze, sieć może zamieścić nazwisko profesora czy docenta na stronie internetowej.

— 10 tysięcy na rękę to minimum, które prawie każdy może wyciągnąć — przyznają sami lekarze.