



Rozmowa
z Maciejem
Hamankiewiczem,
prezesem Naczelnej
Rady Lekarskiej

Fot. PAP/Jakub Kamiński

Aby lekarz był lekarzem

Czego pan, polski lekarz, zazdrości kolegom po fachu z krajów starej Unii Europejskiej?

Możliwości rozwoju, szkoleń, dobrych warunków specjalizowania się. W przeszłości zazdrościłem też bardzo dobrej organizacji. Zmieniłem zdanie w momencie, gdy pracę w Niemczech zaczęła moja córka. Dziś słówko „bardzo” z tego sformułowania bym wykreślił. Można im też pozazdrościć czasu pracy.

Czasu pracy? A nie zarobków?

Oczywiście na zachodzie Europy zarobki są wyższe. Ale nie to bym akcentował jako główny problem. W Pol-

sce zarobki lekarzy wynikają z ich przepracowania. Często nie mają oni możliwości obrony przed zbyt dużą liczbą dyżurów, które co prawda przynoszą pieniądze, ale zabierają szanse na poświęcanie czasu rodzinie czy doskonalenie zawodowe. A na dyżurach lekarze tracą czas przede wszystkim na wykonywanie obowiązków biurokratycznych.

Zachodni płatnicy też wprowadzają wymogi biurokratyczne. Często ostrzejsze niż polski NFZ.

Ale tam nie są one problemem wyłącznie dla lekarza. Tam lekarz może pozostawać lekarzem. Czyli leczyć.

W Polsce obowiązuje coś, co mógłbym określić słowami „kierat NFZ”. Lekarz traci w nim mnóstwo czasu na prowadzenie dokumentacji i wykonywanie czynności, które mogłyby wykonywać na przykład sekretarki medyczne. Gdyby lekarze otrzymywali wsparcie innych zawodów medycznych, deficyt i tak by został, ale więcej czasu mieliby dla pacjenta. Przywołałem swoimi słowami pielęgniarki. Tu też jest problem, podobny do tego, który dotyczy lekarzy. Pielęgniarki nie mają dostatecznego wsparcia innych zawodów medycznych – salowych, opiekunów. Do tego, by przewieźć pacjenta wózkiem na badanie RTG, nie jest potrzebne wykształcenie pielęgniarskie, tymczasem w polskich szpitalach taka jest praktyka.

Kogo ma pan na myśli, mówiąc o innych zawodach medycznych?

Oprócz wymienionych już sekretarek medycznych można by zatrudniać na przykład koderów i statystyków, czyli osoby zajmujące się statystyką medyczną. W polskich warunkach lekarze muszą przygotowywać sprawozdawczość dla NFZ, mieć w małym palcu obowiązującą i ciągle zmienianą listę leków refundowanych i taryfy wycen. Siłą rzeczy nauczyli się, że ostre zapalenie trzustki leczone na oddziale wewnętrznym przynosi szpitalowi zysk czterokrotnie mniejszy niż to samo schorzenie leczone na oddziale chirurgicznym. Ale zdobywanie tej wiedzy odciąga od powołania i najważniejszego zadania: leczenia. W krajach zachodnich też jest biurokracja, też są różne i nie zawsze rozsądne wymagania płatników, skomplikowane procedury. Ale w podobnych sprawach lekarzom pomagają koderzy i statystycy. Lekarz leczy i jego najważniejszym zadaniem jest troska o pacjenta, a nie buchalteria. W zachodnich szpitalach lekarz nagrywa epikryzę na dyktafon, bo ktoś zajmie się jej przesłuchaniem i spisaniem. Kolejna grupa, która mogłaby pomóc lekarzom, to aptekarze. To osoby po pięcioletnich studiach, potencjalnie mogące wyręczyć w leczeniu prostszych schorzeń czy przypadłości. Tyle że nie wyręczają, bo na przykład większości leków nie wolno im wydawać bez recepty, a akurat do tego, by wydać lek i sprawdzić, czy na receptce jest wypisana ta sama nazwa co na opakowaniu, kończenie pięcioletnich studiów jest niepotrzebne. Szkoda, że marnujemy potencjał wiedzy i umiejętności farmaceutów.

Kreśli pan wizję polskiego lekarza zapracowanego po uszy. Pańscy krytycy z kolei lekarza, któremu tak zależy na pieniądzach, że sam nakłada na siebie obowiązki ponad miarę.

Możliwe, że część kolegów postępuje tak, jak pan mówi, ale lwia część jest po prostu stawiana pod ścianą. Przez grafik dyżurów, który układany jest w sytuacji głębokiego deficytu lekarzy. Przez swego rodzaju

„W zachodnich szpitalach lekarz nagrywa epikryzę na dyktafon, bo może być pewny, że ktoś zajmie się jej spisaniem”

szantaż: jeżeli nie ty – to kto? Szantaż, że pacjenci zostaną pozbawieni opieki. Często w praktyce po prostu nie ma możliwości opierania się takiemu dyktatowi. I dzieje się to kosztem przede wszystkim mężczyzn.

Mężczyzn?

Tak. Pytał pan, czego polski lekarz może zazdrościć kolegom ze starej Unii. A ja dopowiem: nie tyle polski lekarz, ile polska lekarka. W Niemczech szanowane są i respektowane normy czasu pracy. Kobieta lekarz ma czas na życie rodzinne, wychowanie dzieci. Ma czas, by łączyć przyjmowanie pacjentów z rozwojem zawodowym, doskonaleniem. W Polsce, gdy lekarka postawi na swoim i będzie się starała o pogodzenie tych trzech fundamentalnych rzeczy ze sobą, skaże się na niskie zarobki. A „dyżurowa” praca stanie się udziałem mężczyzn, pracujących ponad miarę.

„Oddalibyśmy z chęcią część obowiązków fizjoterapeutom, aptekarzom, koderom. Ale nie te diagnostyczne, bo to groźne dla pacjenta”

A jak w fachu lekarskim rozkładają się proporcje płci?

Ponad 60 proc. lekarzy stanowią kobiety. Dysproporcja najprawdopodobniej się utrzyma, bo dziewczęta lepiej niż chłopcy zdają egzaminy maturalne, które są podstawą przyjęcia na studia medyczne.

A czy nie dzieje się tak przypadkiem na życzenie samych lekarzy? Bronicie państwo swoich kompetencji jak niepodległości, a potem narzekacie, że jesteście obciążeni biurokratycznymi obowiązkami. Byliście na przykład przeciw ustawie o zawodzie fizjoterapeutów, którzy chcieli wam trochę biurokratycznych zadań zdjąć z głowy.

Akurat ta ustawa nie tyle zdejmuje z lekarzy odpowiedzialność za obowiązki biurokratyczne, ile daje fizjote-



„Ponad 60 proc. lekarzy stanowią kobiety. Dysproporcja najprawdopodobniej się utrzyma, bo dziewczęta lepiej niż chłopcy zdają egzaminy maturalne, które są podstawą przyjęcia na studia medyczne”

rapeutom prawo do wykonywania diagnostyki, a tak nie powinno być. Odpowiem na przykładzie. W wypadku udaru mózgu leczenie na oddziale udarowym to trzy dni. Reszta jest kwestią rehabilitacji. Urazy po-udarowe to urazy wielonarządowe, trzeba kontrolować stan ogólny pacjenta. Nie może się to odbywać bez udziału lekarza. Będziemy zabiegać o pilną nowelizację ustawy. Oddalibyśmy z chęcią część obowiązków fizjoterapeutom, aptekarzom, koderom. Ale nie te diagnostyczne, bo to groźne dla pacjenta.

Inny potencjał marnowany jest na skutek nacisków lobby profesorskiego. Bez zgody szefa kliniki trudno w Polsce zrobić karierę. Kręcone są nawet filmy na ten temat, na przykład „Bogowie” o profesorze Relidze.

Dostrzegamy ten problem nie tylko w Polsce, ale w całej tzw. starej Europie. Cóż, na to pytanie chciałbym odpowiedzieć jak najbardziej dyplomatycznie. Nie ma w Polsce mechanizmów, które zapobiegałyby naturalnej chęci rodziców do ułożenia życia córkom i synom.

Lekarze, których prestiż zawodowy tradycyjnie jest wysoki, napotykają kolejny problem. Chodzi o potrzebę dostosowania się do internetu. Samorząd lekarski zgłosił do prokuratury sprawę opublikowania w sieci czarnej listy lekarzy.

Lekarze od wielu lat muszą stawiać czoło różnym próbom obniżenia ich prestiżu. Wspomnę choćby o tym, że wzorem radzieckim wprowadzono w Polsce jako obowiązujące słowo „lekarz”. Nie doktor, jak było wcześniej, a właśnie lekarz, wzorem rosyjskiego „wraz”. Do dziś w kontaktach z kolegami po fachu mamy problem z wyjaśnieniem, czym nasz zawodowy tytuł „lekarz” różni się od zachodniego określenia „doktor”. Bo choć przecież nie różni się niczym, jesteśmy w pierwszym odruchu podejrzewani o to, że nasze wykształcenie to „niepełny doktor”. A co do pomówień w internecie – można protestować, zgłaszać przypadki, tłumaczyć, wyjaśniać, reagować, ale problem łatwo nie zniknie. Jeżeli ktoś może anonimowo dokonać wpisu na lekarza, który nie jest w sieci anonimowy, trudno coś z tym zrobić. A przecież internetowe narzędzia komunikacji są potrzebne. Nie tylko pacjentom. Także lekarzom.

Rozmawiali: Kamilla Gębska i Bartłomiej Leśniewski