

# Kilka myśli po zburzeniu muru



SZCZEPAN COFTA

Nikt nie zaprzeczy, że ostatnie miesiące stały się czasem kluczowym dla uzyskania możliwości lepszego wynagradzania dużej części naszego lekarskiego grona. Choć nie została jeszcze dokończona rewolucja, to jednak wydaje się, że runął pewien mur niemożności i – choć trzeba będzie zachować nieco cierpliwości i powściągliwości – to jednak jawią się korzystne finansowe perspektywy dla większości spośród nas.

## **Prawna deregulacja – nieprawna regulacja**

Oczywiście mechanizmem wyzwalamującym były zmiany prawa regulujące (lub precyzyjniej określając: deregulujące) czas naszej pracy. Na marginesie trzeba wspomnieć, że przepisy dotyczą czasu pracy wykonywanej u jednego pracodawcy, a także tylko w części form jej wykonywania (nie dotyczą na przykład umowy kontraktowej). Ale to wystarczyło do wyzwolenia rewolucji, której jesteśmy uczestnikami. Można by śmiało określić, że prawodawcy bezwzględnie zabrakło wyobraźni, jakie skutki i zawirowania rodzi wprowadzone prawo. Zamieszanie interpretacyjne różnych niuansów nowych regulacji jest rzeczywistością niewyobrażalną. Zaistniała sytuacja potwierdza często dającą o sobie znać prawdę, że jako lekarze przesypiamy w obliczu tworzenia praw (patrz na przykład przepisy dotyczące innych medycznych zawodów), które powstają bez medycznej kompetencji i wyobraźni. Jest to pewnie po części skutek naszej bierności i wycofywania się z pól, na których powinniśmy być czynnie obecni.

## **Lekarze i administratorzy**

Ostatnie moje lata wiążą się z dzieleniem rutynowej pracy lekarskiej, która jest najważniejszym wątkiem mojego zawodowego życia, z dyrekcją

współodpowiedzialnością za szpital. Muszę przyznać, że minione miesiące były chyba najtrudniejsze spośród wszystkich, gdy starałem się godzić funkcje lekarskie z administracyjnymi. Przypuszczam, że podobne jest doświadczenie większości kolegów łączących podobne zadania. Stajemy przed wieloma podobnymi dylematami. Wymagały zachowania lekarskich dobrze pojętych interesów, a jednocześnie odpowiedzialności za organizacyjny i finansowy kształt szpitala. Sądzę, że najbliższe miesiące dopiero ukażą, w których spośród szpitali udało się odpowiedzialnie wyjść z zakrętu, jaki służba zdrowia przeżyła na przełomie roku.

Nie było zapewne łatwo zachować wiarygodność w oczach kolegów, stając w obliczu niejednoznacznych przepisów, pokrętnych i różnorodnych interpretacji prawnych, z ograniczeniami ciasnego gorsetu finansowego szpitali i konieczności zapewnienia ciągłości funkcjonowania szpitala dla dobra pacjentów. Wybrnięcie z tych trudnych sytuacji zasadniczo było ekwilibrystką, która zasadniczo trwa.

## **Wyzwolona desperacja**

Doświadczamy w ostatnich miesiącach olbrzymiej desperacji dużej części naszego lekarskiego szpitalnego grona. Choć wielu lekarzom w szpitalnej hierarchii było raczej dobrze i nie palili się do zmian, to jednak impuls do nich zainicjowali koledzy wykonujący – często szarą i rutynową – pracę w miejscach kluczowych dla systemu opieki zdrowotnej. Już teraz poznaliśmy cenę rynkową ich pracy: wiemy, jaka jest cena anestezjologa, radiologa czy innego spośród specjalistów wykonujących unikatowe lub niewdzięczne procedury, jaka jest cena pracy lekarza tam, gdzie jego brakuje (ale jeszcze brakuje nie wszędzie!).

Nauczyliśmy się także, że istnieje skandaliczna dysproporcja między specjalnościami w zakresie wyceny procedur, która pośrednio kształtować będzie niesprawiedliwości płacowe (gdyż na solidarność ponadspecjalizacyjną – jak

się boleśnie przekonujemy – nie ma co liczyć). W niektórych specjalnościach jeszcze nie wszyscy zdają sobie sprawę, jak niska jest „cena rynkowa”. Może to bolesne, ale nadal w wielu oddziałach, także klinicznych, każdego odchodzącego chciałoby zastąpić co najmniej kilku innych kolegów.

### **Naprawianie szpitali**

W ostatnich miesiącach próbując modyfikować sposoby lekarskiego zatrudnienia, które też przecież budzą wiele kontrowersji (czy praca kontraktowa to sposób docelowy czy przejściowa moda, oszustwo czy rozwiązanie modelowe?) podejmujemy próbę „naprawiania” szpitala. To znaczy takiego modyfikowania form organizacyjnych, które sprzyjałyby lepszemu jego funkcjonowaniu.

Na pewno jednym z ważnych elementów jest tworzenie motywacyjnego systemu wynagradzania. Jeszcze niektórzy spośród kolegów się z tą myślą nie oswoili, ale wydaje się, że nie stworzy się w najbliższym czasie innych niż zadaniowe satysfakcjonujących systemów pracy i zarobkowania. I – co bardzo ważne i nie dla wszystkich zrozumiałe – nie ma możliwości wynagradzania lekarzy w oderwaniu od kondycji finansowej i organizacyjnej szpitala czy oddziału. Finansowej, za którą – choćby pośrednio – jako lekarze jesteśmy odpowiedzialni, a także organizacyjnej, choć w wielu miejscach kształt związany z alogicznym zatrudnieniem jest cechą charakterystyczną tych oddziałów czy środowisk, które z samozadowoleniem utrzymują skostniałe i niewydolne struktury, czasami ze szczytnymi hasłami na ustach.

### **Nieugaszona frustracja**

Tak duża determinacja w dążeniu do wyższych wynagrodzeń dojrzała w obliczu dysproporcji zarobków między sektorem medycznym a innymi sektorami wymagającymi podobnie wysoko wykwalifikowanych pracowników. Wstydem dla medycznych trzydziestolatków jest oglądanie się na rodziców lub podejmowanie ponadprzeciętnych wysiłków zawodowych (które przecież jako nieco starsi zazwyczaj bez większego szemrania podejmowaliśmy). Oczekiwania poprawy wzrosły w ostatnich miesiącach tak znacząco, że nawet

proponowane podwyżki zwielokrotniające zarobki nie zmniejszają wśród wielu odruchów frustracji.

W wybranych sytuacjach oczekiwania zostaną zapewne spełnione, choć w wielu sfrustrowane emocje pewnie będą musiały odkryć realizm sytuacji w wielu specjalnościach czy miejscach pracy, w tym w niereformowalnych dinozaurach mających za nic prawidła ekonomii czy logiki. Nie będzie nigdzie zdecydowanej poprawy, jeśli nie znajdzie się gotowość i wola podjęcia często radykalnych zmian.

### **Samotność dyrektorów**

Dyrektorzy w ostatnich miesiącach zasadniczo w swych decyzjach pozostawali sami. Okazało się, że na ich barkach spoczywała zasadniczo większość ciężaru odpowiedzialności za decyzje ratujące funkcjonowanie szpitali i zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa. To może patetyczne stwierdzenie, ale w obliczu braku wyobraźni polityków i prawników (i rozmytej w tym względzie odpowiedzialności) jest ono tym bardziej słuszne. Oczywiście nie można zapomnieć o szlachetnych, skromnych i realnych postawach wielu spośród naszych kolegów, których postawy wychodzą naprzeciw trudnym rozstrzygnięciom i w sposób twórczy próbują znajdować optymalne rozwiązania, uwzględniające realizm sytuacji.

\*\*\*

Jawia się przed naszym lekarskim gremiem lepsze finansowe perspektywy. Jednak pozostaje pytanie, jak w obliczu dokonujących się zmian nie utracić ostrości przesłania naszego zawodu. By pacjent nie stał się klientem, by któryś z kolegów nie powtórzył, że niczego nie będzie (jako na przykład „specjalista z najwyższej półki”) robił za darmo. Byśmy nie zatracili rysów bezinteresownej gotowości i zostali ocenieni jako pozbawione skrupułów bezduszne grono posądzone o korporacyjny egoizm.

W momencie przewagi właśnie korporacyjnych partykularyzmów nad przejrzystością istoty naszego działania ryzykujemy utratę tego, co w naszym zawodzie jest najcenniejsze. Zachowanie naszych najszlachetniejszych rysów jest chyba najlepiej pojętym naszym lekarskim interesem.