

WYWIAD

Rozmawiała Agata Misiurewicz-Gabi

Nigdy nie ufać politykom

Rozmowa z dr. n. med. Jarosławem Bilińskim, wiceprezesem Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

Trzy lata temu rezydenci walczyli o lepszą ochronę zdrowia. Czy ich postulaty zostały zrealizowane? Czy spełniono obietnice, które wtedy złożyli rządzący?

Zakończyliśmy nasz protest podpisaniem porozumienia z ministrem zdrowia. Czuliśmy wtedy, że rzeczywistość jest jakaś chęć poprawy systemu. Postanowiliśmy zmienić protest i wymuszanie zmian na próbę partnerskiego ich wprowadzania. Szybko przekonaliśmy się jednak, że w działaniu strony rządowej chodziło tylko o jedno – jak najszybsze wygaszenie protestu. Takie zadanie dostał minister Szumowski. Został zresztą bardzo dobrze dobrany, gdyż ma takie usposobienie, że wręcz brata się z oponentami. Najbardziej boli mnie sztuczka księgową, którą wobec nas zastosowano, a my w ferworze walki, w nerwach i stresie nie zauważyliśmy jej. Mowa tutaj o regule N-2, czyli liczeniu nakładów na ochronę zdrowia z PKB sprzed dwóch lat. Przez to do systemu nie wpłynęło już ponad 10 mld zł. Na szczęście szybko się uczymy. Morał jest taki – nigdy, ale to przenigdy nie ufać politykom. Mówię to młodszym kolegom, ale także tym starszym, którzy jeszcze nie walczyli na wysokich szczeblach. Nigdy nie ufać politykom, dążyć do swoich celów, jeżeli jesteście przekonani, że są one dobre dla społeczeństwa, że są ideowe.

W Polsce brakuje ok. 68 tys. lekarzy. Średnia wieku specjalistów jest coraz wyższa, np. w chirurgii ogólnej wynosi aż 58 lat. Kolejki są długie, a liczba wolnych miejsc na specjalizację bardzo mała. W 2020 r. lekarze będą mogli rozpocząć specjalizację w ramach 1946 miejsc rezydenckich. Najwięcej miejsc przyznano na specjalizację z chorób wewnętrznych – 162, medycyny ratunkowej – 104, a także neurologii – 103. Ponadto 72 lekarzy będzie mogło zrobić specjalizację z anestezyjologii i intensywnej terapii, 75 z psychiatrii, 4 miejsca są na alergologii, 4 na dermatologii, 6 na endokrynologii. Czy takie rozdysponowanie miejsc rezydenckich oddaje rzeczywiste potrzeby?

No właśnie – ilu w Polsce brakuje lekarzy? Raz liczymy, że 40 tys., raz, że 68 tys. Słyszałem ze strony rządowej, że nie brakuje – w systemie, gdzie wielu lekarzy wybiera sektor prywatny, a w sektorze publicznym lekarz jest od wszystkiego, np. klejenia historii choroby czy noszenia probówek do laboratorium – mówię szczerze, sam nosiłem w kryzysowym momencie braku pielęgniarek i salowych. To jest jeden z problemów, który nadal nie jest rozwiązany, bo nie ma jasnej wizji systemu, nie ma planów na rzetelną reformę. Powiem tak: brakuje 68 tys. lekarzy w obecnym systemie, ale przy dobrej reformie, przy zapewnieniu pomocników – sekretarek, asystentów, techników – ta liczba, którą mamy teraz, może okazać się wystarczają-



Fot. Archiwum prywatne

”

Niech ktoś wreszcie powie, do jakiego systemu dążymy, do jakiego modelu, ilu lekarzy realnie potrzebujemy, jakich specjalności

jąca. Tylko niech ktoś wreszcie się określi i powie, do jakiego systemu dążymy, do jakiego modelu. Niedługo wysyłamy zapytanie do Ministerstwa Zdrowia w tej sprawie. Co do miejsc rezydenckich – zawsze będzie rozdźwięk pomiędzy zapotrzebowaniem państwa na konkretnych specjalistów a oczekiwaniami samych lekarzy. Problem zawsze eskaluje w czasie rekrutacji. Eskaluje dlatego, że nie ma odważnych, a powinni nimi być ministrowie zdrowia, którzy powiedzą to, o czym mówiłem wcześniej – jakiego chcemy modelu ochrony zdrowia, ilu lekarzy realnie potrzebujemy, jakich specjalności, ilu specjalistów w danej dziedzinie. Wówczas lekarze będą mieli jasną sytuację: „widzimy, że polskie państwo w najbliższych latach będzie rozwijało specjalizacje X i Y, widzimy, że będą w tych dziedzinach ułatwienia, korzyści, że system się przekształca i będzie inaczej działał”. Wtedy wybiorą świadomie i może nawet zrozumieją, że nie każdy będzie okulistą, ginekologiem czy chirurgiem plastykiem. A teraz miejsca rezydenckie są „rzucane” jak pokarm dla ryb i urzędnicy patrzą, jak ryby – czyli lekarze – biją się o nie i kłócą ze sobą. To jest bez sensu.

Młody człowiek, który całe życie dąży do tego, by być okulistą, chirurgiem plastycznym, radiologiem, może nie mieć szans na realizację swojego marzenia. Zostaje lekarzem innej specjalizacji, choć mu to nie odpowiada. Niektórzy uważają, że praca lekarza to służba, a jego osobiste cele nie są istotne. Czy niespełnione marzenia nie powodują frustracji i rezygnacji z wykonywania zawodu?

Zdecydowanie należy mieć marzenia i dążyć do ich realizacji. Wiem z własnego doświadczenia, że jeżeli człowiekowi na czymś zależy, to w końcu to zrobi. Oczywiście szkoda, że polscy lekarze muszą wyjeżdżać do innych krajów, żeby zrobić jakąś specjalizację. Lepiej byłoby dać im tę możliwość w Polsce. Z drugiej strony nigdy podaż nie będzie równa popytowi, ale jeżeli mądrze podejdziesz się do diagnozy problemu, to można go będzie rozwiązać. Przesuwanie priorytetów, ułatwienia w specjalnościach deficytowych, zadbanie o tych lekarzy, zwiększenie im pensji, stworzenie cywilizowanych warunków pracy mogą sprawić, że zohydzone dziś specjalizacje będą chętnie wybierane przez lekarzy. Zachęta, a nie przymus!



”

Ktoś zrozumie, że dofinansowanie ochrony zdrowia do 6,8 proc. już i minimum 9 proc. docelowo jest niezbędne, jeżeli sam wejdzie w ten system (mało realne) albo zostanie do tego zmuszony jakąś formą masowego protestu

Mało jest chętnych, żeby zostać neurologami, onkologami. Dlatego te specjalizacje są dla państwa priorytetowe. Czy młodzi ludzie się ich boją?

Nie tyle się boją, co będąc na studiach czy na stażu widzą, jaka to ciężka robota, jak lekarze są w tych specjalnościach niedoceniani, z jakimi borykają się problemami – nie tylko egzystencjalnymi, ale przede wszystkim systemowymi, bzdurami urzędniczymi, biurokracją. Trudne specjalizacje, obciążone dużą śmiertelnością pacjentów, wymagają dobrego procesu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. W Polsce to nie funkcjonuje i czasem dochodzi do dramatów. Lekarze wpadają w nałogi, popełniają samobójstwa, stają się mumiarami z twarzami bez wyrazu. Nasz system jest opresyjny i nieludzki. Nie szanuje wysoko wykwalifikowanej kadry, nie widzi człowieka. Dlatego permanentnie jest w kryzysie.

Nie wszyscy młodzi ludzie decydują się zostać rezydentami, niektórzy z rezydentury rezygnują. Jakie mają możliwości pracy bez specjalizacji?

W dzisiejszych realiach niedoborów kadrowych mają całkiem niezłe możliwości, wręcz tworzą się nisze zarobkowe. Niektórzy obstawiają dyżury w miejscach, gdzie sytuacja jest dramatyczna – brakuje dyżurnego, zostało kilka godzin i nie ma obsady. Wtedy stawki szypują w górę. Są lekarze, którzy biorą dyżur raz w Rzeszowie, raz w Poznaniu. Mają ich dziesięć i przez resztę miesiąca nie pracują. Można pracować w wielu miejscach. To również ma związek z tym, o czym mówiłem wcześniej – brak wizji systemu i brak partnerskiej współpracy władzy ze środowiskiem.

Jak przekonać młodego lekarza, żeby został w Polsce i ukończył tu specjalizację, kiedy inne kraje wysyłają oferty i kuszą zarobkami i lepszymi warunkami pracy? Kto powinien to zrobić? Czy emigracja młodych lekarzy nadal ma tendencję zwykłą?

Tendencja jest taka sama od kilku lat – mniej więcej 10 proc. absolwentów kierunku lekarskiego wyjeżdża z kraju. Jak na nasze niedobory to dużo. Odpowiedź na pytanie, kto i jak ma przekonać lekarza do pozostania w kraju, jest prosta – decydenci muszą stworzyć przyjazne warunki pracy i dać wynagrodzenia co najmniej korespondujące z zachodnimi. Inaczej nie da się tego załatwić.

Czy projektowane przepisy zaostrzające odpowiedzialność karną lekarzy za tzw. błędy medyczne, ujęte w projekcie nowelizacji art. 37a Kodeksu karnego w ustawie z dnia 4 czerwca 2020 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych na zapewnienie płynności finansowej przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19 to pomysł, który w konsekwencji nie przyczyni się do jeszcze większej migracji lekarzy z kraju?

Oczywiście, że się przyczyni. Już to widzimy po pierwszych reakcjach lekarzy. Coraz częściej słyszymy, że powodem emigracji są nie tylko niskie pensje, ale także warunki pracy. Ktoś kto chociaż przez chwilę zobaczył inne systemy i warunki pracy w krajach na zachodzie, widzi kolosalną różnicę w podejściu przełożonych do lekarzy, w podejściu systemu do lekarzy, w rozwiązaniach biurokratycznych i teleinformatycznych, które ułatwiają pracę.



”

Tendencja jest taka sama od kilku lat – mniej więcej 10 proc. absolwentów kierunku lekarskiego wyjeżdża z kraju

PAP/Tomasz Gzell

Przypomnę, że w Niemczech średnio na 2–3 lekarzy przypada jedna sekretarka lub asystentka medyczna. U nas to jest marzenie. Dodatkowo wprowadzone teraz przepisy pośrednio zaostrzające kary za nieumyślne tzw. błędy medyczne przyczyniły się do jeszcze większego rozgoryczenia medyków. Wobec nas przepisy w Polsce są bardzo restrykcyjne, w żadnym wypadku nie służą budowaniu zaufania między władzą a lekarzami. To jest ciągle walka, wojna, przepychanka, zmuszanie. W taki sposób nigdy nie zbudujemy sektora medycznego, który będzie mógł spokojnie pracować, wiedząc, że przecież czynimy dobro, pełniemy misję dla państwa. Niepojęte.

Wynagrodzenie lekarzy w trakcie rezydentury kształtuje się w przedziale od 2800 do 3500 zł netto plus dodatek za pozostanie w Polsce wynoszący 600 lub 700 zł miesięcznie brutto, czyli niecałe 500 zł netto. Czy jest to suma adekwatna do ich wykształcenia i odpowiedzialności, która na nich spoczywa?

Zdecydowanie nie. Minimum godności dla lekarza bez specjalizacji to równowartość dwóch średnich krajowych. Wobec faktu, że nie pracujemy na wolnym rynku, bo zmonopolizowany NFZ zaniża realną wycenę świadczeń i kosztów pracy w systemie publicznym, takie minimalne wynagrodzenia przypisane do zawodu i fazy jego wykonywania są niezbędne. Dla lekarzy te minima to jedna, dwie i trzy średnie krajowe, odpowiednio dla stażysty, rezydenta i specjalisty.

Rezydent, aby otrzymać dodatkowe pieniądze, musi podpisać deklarację, że nie wyjedzie z kraju. Wiele osób nie chce brać na siebie takiego zobowiązania. Czy to dobry sposób, aby zatrzymać u nas młodych lekarzy?

To dobry sposób, takie systemy funkcjonują w wielu krajach. Tylko stawki za pozostanie w kraju muszą być dziesięciokrotnie wyższe niż obecnie. To jest swego rodzaju inwestycja – na wczesnym etapie kariery zarobisz więcej, całkiem sensownie, będziesz mógł poczuć się spokojny finansowo, ale zostaniesz w Polsce. Dzięki temu państwo ma spokój, że emigracja się nie nasili. Wszystko zostaje w rodzinie. U nas to jeszcze rączkuje, ale może ktoś zauważy, co trzeba teraz zrobić, żeby ten system realnie działał. Są jednak lekarze, którzy nigdy takiej lojalności nie podpiszą, bo wolność cenią sobie ponad wszystko.

Szpital nie zatrudnia etatowych pracowników, jeśli mają chętnych rezydentów, którzy są „darmowi”. Zgodnie z kodeksem za pracę należy się wynagrodzenie. Jak to jest w tym przypadku? Czy to się zmieni?

W zespole w Ministerstwie Zdrowia, któremu przewodziłem, *de facto* znieśliśmy wolontariat. Nie można pracować w Polsce za kwotę poniżej minimalnej krajowej i przynajmniej tyle musi zarabiać każdy, kto wykonuje pracę. Czekamy, aż ta ustawa wreszcie wejdzie w życie. To też jest temat na książkę – dobre ustawy leżą w szufladach dwa lata, złe są przepychane w dwie godziny.

Pandemia COVID-19 pokazała braki w wyposażeniu personelu medycznego, braki podstawowego sprzętu, braki kadrowe. Czy pana zdaniem coś się zmieni? Czy ktoś w końcu zrozumie, że dofinansowanie ochrony zdrowia jest konieczne, a praca lekarza jest nie tylko ciężka, lecz także niebezpieczna?

Dostaliśmy okłaski. Mógłbym na tym zakończyć odpowiedź na to pytanie. Ale dodam, że nie – nikt nie wyciąga wniosków tam, gdzie pieniędzy jest mało. W naszym systemie jest mizéria i pandemia ją odkryła, pokazała jak na dłoni. Ktoś zrozumie, że dofinansowanie ochrony zdrowia do 6,8 proc. już i minimum 9 proc. docelowo jest niezbędne, jeżeli sam wejdzie w ten system (mało realne) albo zostanie do tego zmuszony jakąś formą masowego protestu.

Wielu studentów medycyny szukających możliwości zarobku chętnie podjęłoby się pracy w szpitalu u boku doświadczonego lekarza. Czy w związku z brakiem pracowników nie powinniśmy pomyśleć o zreformowaniu studiów medycznych i umożliwieniu studentom pracy w charakterze asystentów medycznych?

Oczywiście, że tak! Sam niejednokrotnie to mówiłem. Ale jeżeli lekarz dostaje maksymalnie 6750 zł po wywalczonych przez nas dodatkach, a student musiałby dostać przynajmniej minimalną krajową, czyli prawie połowę tej kwoty, to szpital ma to gdzieś, nie zatrudni nikogo. Dyrektorzy szpitali kleją jak mogą, żeby się utrzymać. Najbardziej tną koszty pracy i infrastruktury. Dopóki nie skończymy z tą biedą i uciekaniem od rozwiązania problemu, to będzie, jak jest.