

Reakcja na wypowiedź prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej

Nie tracić z oczu horyzontu i patrzeć pod nogi

Przemysław Daroszewski: Piszę jako lekarz, członek Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, delegat na zjazd WIL, a jednocześnie dyrektor szpitala i prezes Związku Pracodawców Służby Zdrowia MSW. Felieton mojego autorstwa, będący reakcją na wypowiedź prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Macieja Hermankiewicza w „Gazecie Lekarskiej” 2/2013, jednocześnie jest głosem w ogólnej dyskusji dotyczącej systemu polskiej opieki zdrowotnej.

Umiejętność dochodzenia do własnego zdania jest w dzisiejszych czasach cechą deficytową. Jak każdy z nas wie, tematy, które na pierwszy rzut oka wydają się bulwersujące, wręcz skandaliczne, przyciągają media jak magnes. To tym historiom odbiorcy poświęcają największą uwagę, wcielając się podczas śniadania czy przerwy w pracy w rolę sędziów, którzy zwykle kształtują swe subiektywne wyroki w ciągu minut bądź nawet sekund. Część z głośnych historii faktycznie zasługuje na potępienie, lecz z przykrością należy stwierdzić, że w zależności od tego, jak dany temat zostanie przedstawiony, ciekawy odbiorca zwykle przyjmuje tezę przewijającą się przez większość reportażu czy artykułu, uznając ją za zgodną z jego własnym poglądem, a co gorsza – przekazuje ją dalej.

Nie inaczej rzecz ma się w kwestiach działania rodzimej służby zdrowia. O ile prezentowany od dłuższego czasu poziom rzetelności dziennikarskiej przestał już dziwić, o tyle za niepokojące należy uznać serwowanie przez osoby wywodzące się ze środowiska lekarskiego informacji nieprawdziwych i tworzących w nim podziały. Za przykład niech posłuży kwestia zarządzania szpitalami, gdzie nie wszyscy zdają się racjonalnie ważyć słowa. Zarzuty padające głównie pod adresem dyrektorów szpitali, którzy rzekomo mają odmawiać przyjmowania chorych wymagających natychmiastowego leczenia, wysługując się przy tym lekarzami pracującymi w szpitalach, uznać należy za kompletnie oderwane od rzeczywistości. Ubieranie przy tym argumentów w zasady etyki lekarskiej (a konkretnie ich braku) wskazuje, nie-

stety, na przejmowanie retoryki szukających sensacji mediów. Osoby, o których mowa, zdają się nie rozumieć, że szpital nie jest podmiotem rządzącym się typowymi zasadami rynku. Podstawowym zadaniem publicznego szpitala, jako podmiotu realizującego świadczenia zdrowotne, nie jest zarabianie, lecz wypełnianie misji, jaką jest leczenie pacjentów. Nie oznacza to oczywiście, że szpital nie jest w stanie na siebie zarabiać, jednak należy mieć na uwadze, że jego prawidłowe funkcjonowanie zależy przede wszystkim od finansowania świadczeń z funduszy publicznych, czym zajmuje się Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

Bez względu na charakter świadczeń należy mieć na uwadze fakt, że aby pacjenci mogli być leczeni w sposób najefektywniejszy, równy oraz możliwie sprawiedliwy, świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej powinny być udzielane według kolejności zgłoszenia¹. W sytuacji zaś ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych pacjent ma prawo do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń². Owe kryteria również nie podlegają arbitralnej ocenie lekarza, lecz wynikają z przepisów prawa, a są nimi stan zdrowia chorego, rokowania co do dalszego rozwoju choroby, choroby współistniejące mające wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie, oraz zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności³. Poza wszelkimi kolejkami świadczenia zdrowotne udzielane są osobom, które

potrzebują natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Wynika to z szeregu przepisów pochodzących z różnych aktów prawnych, jak art. 15 ustawy o działalności leczniczej, art. 71 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta czy art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Ostatni z nich najbardziej szczegółowo określa przedmiotowy stan, stanowiąc, że lekarz ma obowiązek udzielić pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, a także w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. W sytuacjach takich nie budzi żadnych wątpliwości obowiązek NFZ do pokrycia udzielonych świadczeń również osobom niemającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego⁴.

Należy podkreślić, że obowiązkiem lekarza jest prawidłowe zdiagnozowanie, czy stan zagrożenia życia faktycznie istnieje. Pomocne jest w tym orzecznictwo Sądu Najwyższego, który w wielu wyrokach prezentuje jednolitą linię orzeczniczą. Za przykład posłużyć może orzeczenie Sądu Najwyższego z 4 stycznia 2007 r., w którym podniesiono, że: *Świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w art. 7 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1991 r. Nr 91 poz. 408 ze zm.) i w art. 30 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tj. Dz.U. z 2005 r. Nr 226 poz. 1943 ze zm.) objęte zostały w zasadzie stany nagłe i niespodziewane, których nie można przewidzieć (np. pacjenci z udarem mózgu, zawalem serca, poszkodowani*

w wypadkach drogowych). Nie są nimi zabiegi, które wprawdzie ratują życie, jednak stosowane są u chorych leczonych przewlekłe, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym⁵. Wyrok ten w sposób jasny przeczy wysuwany niekiedy argumentom, że wszyscy chorzy poddawani np. zabiegom onkologicznym powinni być uważani za spełniających powyższą przesłankę. Fakt ten jest o tyle istotny, że dyrektor zarządzający w szczególności podmiotem leczniczym udzielającym takich świadczeń musi mieć na uwadze dobro zarówno wszystkich pacjentów, jak i personelu medycznego oraz ogromne nakłady finansowe, na których pokrycie musi znaleźć pieniądze. Zarzuty sprowadzające się do przytaczania haseł wywodzonych z Kodeksu etyki lekarskiej należy uznać w tym przedmiocie za dalece rozmijające się z ich właściwym sensem. Należy bowiem wskazać, że jakkolwiek najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego, to niczym nieskrępowane w tym zakresie postępowanie prowadzi ostatecznie do zagrożenia dobru pozostałych chorych w sytuacji, gdy szpital znajduje się na skraju bankructwa i jedyną możliwością pozostaje jego likwidacja lub przekształcenie w spółkę prawa handlowego, która rządzi się zupełnie innymi prawami, niekoniecznie przekładającymi się na korzyść pacjenta. Za takim stanowiskiem również odpowiedział się Sąd Najwyższy, który w wyroku z 21 grudnia 2004 r. podniósł, że: *Zamknięta pula pieniędzy określona przez ustawodawcę wysokością składki wyznacza poziom bezpieczeństwa zdrowotnego. Żaden podmiot działający w sferze ochrony zdrowia nie może wykroczać poza środki przyznane na ten cel*⁶. Konkretyzacją powyższego stanowiska był zaś wyrok Sądu Najwyższego z 9 lutego 2005 r., w którym sąd powiedział, że: *Zadania w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych realizuje Narodowy Fundusz Zdrowia i on określa zasady dostępności do świadczeń zdrowotnych, natomiast zakłady opieki zdrowotnej są tylko podmiotami, przy pomocy których oddziały NFZ wypełniają nałożone na nich obowiązki ustawowe*⁷.

Zarzuty kierowane pod adresem dyrektorów szpitali powinny być w gruncie

rzeczy skierowane do osób, od których naprawdę zależy finansowanie służby zdrowia. Jeśli działania ustawodawcy nie pozwalają na efektywne finansowanie szpitali, zasady demokratycznego państwa prawa przewidują możliwość sygnalizowania mu tego, a jeśli czynności te nie przynoszą skutku, to odpowiednia okazja do zmian pojawia się przy okazji wyborów.

Od dyrektora szpitala, tym bardziej gdy jest on lekarzem, wymagać należy podejmowania działań, które są skupione nie tylko na „tu i teraz”, lecz pozwolą także na udzielanie pomocy chorym, którzy potrzebować będą jej w przyszłości. Mottem każdego dyrektora powinny być zatem słowa Gustava Flauberta, który słusznie radził, iż: *Trzeba jednocześnie nie tracić z oczu horyzontu i patrzeć pod nogi. Szczegół jest rzeczą okrutną, zwłaszcza jeśli się kocha szczegół tak jak ja. Z pereł powstaje naszyjnik, ale to nitka tworzy naszyjnik: otóż nizać pereł, nie gubiąc ani jednej, i wciąż trzymać swoją nitkę drugą ręką to jest sztuka*.

LEK. MED. PRZEMYSŁAW DAROSZEWSKI

¹ Artykuł 20 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z funduszy publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.).

² Artykuł 6 ust. 2 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2008 r. Nr 159 z późn. zm.).

³ Rozporządzenie ministra zdrowia z 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinien kierować się świadczeniodawca, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r. Nr 200, poz. 1661).

⁴ Tak orzekł Sąd Najwyższy w wyroku z 8 sierpnia 2007 r., sygn. akt I CSK 125/07, LEX nr 333608.

⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z 4 stycznia 2007 r., sygn. akt V CSK 396/2006, LexPolonica nr 1394730.

⁶ Wyrok Sądu Najwyższego z 21 grudnia 2004 r., sygn. akt I CK 320/04, LexPolonica nr 371600.

⁷ Wyrok Sądu Najwyższego z 9 lutego 2005 r., sygn. akt III CK 345/04, LexPolonica nr 1935496.