

# Ocalmy spuściznę Hipokratesa

**D**o napisania tych słów skłoniły mnie spotykane w ostatnich tygodniach – czy to w publikowanych artykułach, czy w bezpośrednich rozmowach – stwierdzenia sugerujące, że my – lekarze – jesteśmy najsłabszym ogniwem systemu ochrony zdrowia.

Jeśli tak sądzą przedstawiciele zawodów okołomedycznych, także zajmujący się zarządzaniem, to wcale nie powinniśmy być zaskoczeni. Może drażnić pewna samodzielność wynikająca z naszych działań: wolny zawód. W naszej medycznej misji tkwi przecież pewien istotny pierwiastek nieprzewidywalności wynikający z osobowego aktu podejmowania decyzji lekarskich. Ich nie uda się do końca opisać i zaszeregować. Są one naszymi największymi wyzwaniem, choć nieraz obarczają nas nie tylko odpowiedzialnością, lecz także ciężarem.

Czarę goryczy przelał jeden ze znajomych lekarzy zajmujący się zarządzaniem. Okazuje się, że nie ma na nas „żadnego logicznego przełożenia”. Jesteśmy nieprzewidywalnym źródłem kosztów.

Także zajmujący się systemami akredytacyjnymi w wypadku niepowodzeń ich wprowadzenia winą obarczają zazwyczaj nas, tzw. czynnik medyczny (można w tym języku usłyszeć słowo przeciwnicy, a – w najlepszym razie – partnerzy). Nawet lekarze działający w tym zakresie – ku mojemu zdziwieniu – podzielają tezy o konieczności odebrania nam prerogatyw wolności podejmowanych decyzji, akceptując formy algorytmowania działań w naszych szpitalach. Jeden z nich zapytał mnie, czy rzeczywiście lekarze w naszym szpitalu są tacy dobrzy, że nie wymagają procedury leczenia zapalenia płuc.

Jest jeden niebezpieczny aspekt związany z wymiarem finansowym naszych działań, który może stać się kluczowy w przyjmowaniu rozwiązań związanych z wykonywaniem naszego zawodu

w przyszłości. W obliczu stosowania drogiej terapii i wykonywania drogich procedur nie możemy zapomnieć (a niestety obserwuję to nieraz) o ograniczonym zasobie funduszy, którymi dysponujemy. Dlatego odpowiedzialnością naszego środowiska jest zachowanie rozsądnego umiaru, udowadniającego, że mamy na względzie dobro pacjenta – ujęte w kontekście dobra wspólnego, także naszych szpitali i całego systemu opieki zdrowotnej.

Dziwią w takim ujęciu postawy, gdy chociażby niespodziewanie kontestujemy leki generyczne, nawet jeśli są one dziesięciokrotnie tańsze niż oryginalne. Trochę mi wstyd, że w ten sposób podważamy kanony naszej medycyny – kwestionujemy wypracowane przez lata zasady, a tym gorzej, gdy zaczynamy w tym zakresie wypowiadać się językiem konkurującego we własnym obrębie przemysłu farmaceutycznego.

Czy nie zauważamy, że stosunkowo łatwo zmieniono diagnostykę i leczenie na „usługi medyczne”? Oddano je często pod zarządek menadżerów – nielekarzy. Czy się na to godzimy? Pierwsze, co owi menadżerowie często czynią, to eliminują z naszego obszaru „język” i „metodę” nauk medycznych. Potem już idzie gładko. Na kanwie tych samych (rzekomo) celów – bezpieczeństwa chorych – wskazuje się na nas jako najsłabszy element systemu, bo przecież wszechobecny jest błąd ludzki, który z racji ludzkich ograniczeń trzeba zaakceptować. Wskazuje się jedyne narzędzie jakościowe – standardy. Język i metoda nauk medycznych zostają zastąpione językiem i metodą zarządzania, tzw. jakością. Doszło do zawłaszczenia tego słowa przez tę metodologię. Pozwala to na formalny i w pewnym zakresie merytoryczny nadzór nad lekarzami i innymi zawodami medycznymi.

Czy to zauważamy? Czy nie dostrzegamy, że w ostatnich latach i miesiącach toczy się niezwykle intensywna batalia – z podtekstami głęboko ideologicznymi – o przyszłość naszego zawodu, ale także o oblicze naszych szpitali. Czyżby istniało ryzyko, że przestaniemy być kiedyś uczniami Hipokratesa? I czy nie ma jakiegoś ratunku – tkwiącego w istocie naszego powołania? Może potrafimy to, co najistotniejsze, ocalić.

SZCZEPAN COFTA