

W SZPONACH SYSTEMU



Krzysztof Bukiel, Ryszard Kijak, Zdzisław Szramik
przed słynną bramą Stoczni Gdańskiej
w drodze na spotkanie Platformy Oburzonych
Gdańsk, 16 marca 2013 r.

**KRZYSZTOF BUKIEL
RYSZARD KIJAK
ZDZISŁAW SZRAMIK**

W SZPONACH SYSTEMU

**XXV LAT
OGÓLNOPOLSKIEGO
ZWIĄZKU ZAWODOWEGO
LEKARZY**



**OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY LEKARZY
BYDGOSZCZ 2016**

XXV LAT OZZL – W SZPONACH SYSTEMU

© Copyright by Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy
Bydgoszcz 2016

Redakcja
Ryszard Kijak

Korekta
Ryszard Kijak

Łamanie
Aleksandra Szymańska

Projekt graficzny okładki
Firma Poligraficzno-Reklamowa „KRD”

Wydawca
Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy
ul. Gdańska 27, 85-005 Bydgoszcz
tel. 523 72 08 83, e-mail ozzl@ozzl.org.pl
<http://www.ozzl.org.pl/>

ISBN 978-83-931019-1-7

Druk i oprawa
Firma Poligraficzno-Reklamowa „KRD”
Nakład: 500

WSTĘP

To już dwadzieścia pięć lat! Jak napisaliśmy w wydanej w roku 2010 prawie tysięczstronicowej Kronice OZZL „Dzieje i Nadzieje”, najnowszą historię lekarskiego ruchu związkowego w Polsce, a jednocześnie całą historię Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy można liczyć od każdej z pięciu przełomowych dat:

* od 15 października 1990 r., kiedy to powstała grupa inicjatywna powołująca zrzeszający lekarzy województwa bydgoskiego: Związek Zawodowy Lekarzy Medycyny, który następnie zintegrował się z założonym nieco później OZZL;

* od 31 stycznia 1991 r., gdy ZZLM został wpisany do rejestru związków zawodowych;

* od 7 lutego 1991 r., kiedy to na zebraniu wyborczym do izb lekarskich w szpitalu w Stargardzie Szczecińskim padła propozycja założenia ogólnopolskiego związku zawodowego dla lekarzy;

* od 1 czerwca 1991 r., czyli od dnia uformowania się komitetu założycielskiego OZZL;

* od 18 października 1991 r., gdy OZZL został formalnie zarejestrowany w sądzie.

Niniejsza antologia to przekrój 25-letniej dziennikarskiej twórczości związkowej trzech najbardziej płodnych w tej materii działaczy OZZL a jednocześnie publicystów, opisujących bieżącą sytuację w ochronie zdrowia.

Artykułów i felietonów na ten temat napisaliśmy grubo ponad pół tysiąca, albo i więcej. Ponieważ każdy tekst odnosił się do jakiegoś istotnego wydarzenia czy problemu, wybór materiału do tej książki był niezwykle trudny. Jest to zaledwie drobna część całego dorobku dzienni-

karsko-publicystycznego stworzonego przez wszystkich autorów OZZL, nie tylko przez nas.

Do zbioru włączyliśmy też wyjątkowo artykuł dziennikarki Elżbiety Cichockiej (ona pierwsza poinformowała ogół społeczeństwa o powołaniu naszej organizacji związkowej), bardzo ważną treść oświadczeń parlamentarzystów: Zofii Kuratowskiej, Olgi Krzyżanowskiej i Zbigniewa Religi, a także niezwykle tekst założyciela Ruchu na rzecz Jednomandatowych Okręgów Wyborczych, Jerzego Przystawy, odnoszący się do naszego Związku.

Znajdziecie tu echa spraw, którymi żyło środowisko lekarskie w ostatnim ćwierćwieczu. Publikacje te ukazywały się początkowo w Biuletynie Informacyjnym OZZL i w jego następcy – wydawanym przez OZZL do roku 2003 miesięczniku Lekarz Polski. Z czasem znalazło się dla nas miejsce także w innych ogólnopolskich czasopismach medycznych, jak: Służba Zdrowia, Menedżer Zdrowia, Ogólnopolski Przegląd Medyczny, w organach samorządu lekarskiego – Gazecie Lekarskiej i biuletynach niektórych okręgowych izb lekarskich, oraz w prasie popularnej o zasięgu ogólnokrajowym: Gazeta Prawna, Dziennik Gazeta Prawna, Polska, Angora, Newsweek.

Niekiedy spotykaliśmy się z odmową druku, głównie z powodów politycznych. Na szczęście, zawsze pozostaje do dyspozycji ogólnodostępny internetowy serwis informacyjny Związku: Aktualności OZZL (www.ozzl.org.pl).

Mamy nadzieję, że za następne 25 lat będziemy mogli Wam zaprezentować wybór kolejnych naszych utworów, w książce wydanej z okazji 50-lecia OZZL.

Ryszard Kijak
Krzysztof Bukiel
Zdzisław Szramik

SPIS TREŚCI

Wstęp: To już dwadzieścia pięć lat	5
1991-1996	
Lekarze chcą rynku, pacjenci milczą – E. Cichocka, lipiec 1991	13
Lekarz: zawód w Polsce nieopłacalny – R. Kijak, październik 1991	17
U Zmartwychwstańców – R. Kijak, sierpień 1992	22
Czarnobylski deser – R. Kijak, kwiecień 1994	26
Jak podważałem zasady ustrojowe państwa – K. Bukiel, wrzesień 1995	31
1996-2001	
Dialektycy – K. Bukiel, maj 1996	37
Parlamentarzyści są z nami – oświadczenia..., kwiecień 1997	40
Kolejny szwindel Ministerstwa Zdrowia – R. Kijak, październik 1997 ...	43
Dyktat – K. Bukiel, listopad 1997	45
Lojalka w przemysławce – R. Kijak, styczeń 1998	47
Po Wielkim Czwartku przychodzi... – K. Bukiel, kwiecień 1998	50
Czego się boi wolna prasa – K. Bukiel, sierpień 2000	53
Kartki na agonię – R. Kijak, listopad 2000	56
2001-2006	
Powtórne fiasko – R. Kijak, październik 2001	61
Sponsora poszukuję! – K. Bukiel, luty 2002	63
Ostatni występ didżeja Łapy – R. Kijak, luty 2003	66
Czarne dziury, czarne chmury – K. Bukiel, październik 2003	73
Bolesny zgon dyżuru medycznego – R. Kijak, kwiecień 2004	76
Doktor Olga – R. Kijak, maj 2004	81

Przydzielać opał dobrej jakości... – K. Bukiel, sierpień 2005	87
Towarzystwo kanapowo-kanapkowe – R. Kijak, listopad 2005	89

2006-2011

Bajki dla lekarzy – R. Kijak, czerwiec 2006	97
Chrześcijańska pochwała prywaciarza – K. Bukiel, czerwiec 2006	100
Hipokrates nie dla frajerów – R. Kijak, lipiec 2006	102
Jak wygrać konkurs na ministra zdrowia – K. Bukiel, listopad 2006	107
Perwersyjne kacapały – R. Kijak, luty 2007	109
Na ołtarzu socjalizmu – K. Bukiel, czerwiec 2007	111
Dopłata albo śmierć – R. Kijak, październik 2007	113
Kopacz za, Kopacz przeciw – R. Kijak, listopad 2007	118
Destrukcyjna dyktatura... demokracji – K. Bukiel, kwiecień 2008	120
Lekarz kontraktowy a unijna idea – R. Kijak, wrzesień 2008	122
Rynek jak młotek – K. Bukiel, październik 2008	125
Zmęczony lekarz = martwy pacjent – R. Kijak, luty 2009	126
Reforma po polsku – Z. Szramik, kwiecień 2009	130
Chicken – K. Bukiel, czerwiec 2009	133
Kolejka partokratycznie kontrolowana – R. Kijak, październik 2009	135
Prawdziwa misja polskich szpitali – K. Bukiel, grudzień 2009	139
Klawisze za półdarmo – K. Bukiel, luty 2010	141
Protokółantka może zarabiać więcej... – R. Kijak, marzec 2010	143
Leczenie biegunki papierem toaletowym – Z. Szramik, maj 2010	147
Blondynka i samochód – K. Bukiel, październik 2010	150
Prywatyzacja dobra i zła – Z. Szramik, listopad 2010	152

2011-2016

Emerytura i zdrowie – Z. Szramik, styczeń 2011	157
Odpady a „sprawa polska” – Z. Szramik, marzec 2011	162
O wyższości Wielkiejnocy... – Z. Szramik, sierpień 2011	165
Kłopotliwe prawo pacjenta – K. Bukiel, wrzesień 2011	170
Lekarz polski – obywatel – J. Przystawa, październik 2011	172
Karta Wyszegradzka – R. Kijak, listopad 2011	176

Obiecanki cacanki premiera Tuska – R. Kijak, listopad 2011	180
Wojna, mości panowie, wojna – Z. Szramik, listopad 2011	183
Sukces czy porażka? – Z. Szramik, luty 2012	187
Bezprawne prawo – Z. Szramik, lipiec 2012	196
Perpetuum mobile i kamień filozoficzny – K. Bukiel, sierpień 2012	201
Zrozumiałość i arogancja – R. Kijak, wrzesień 2012	203
Gospodarstwa pomocnicze – Reaktywacja – K. Bukiel, listopad 2012 ...	206
Zwis męski ozdobny ministra Arłukowicza – R. Kijak, listopad 2012 ...	208
Rozporządzenie ze zdarzeniem krytycznym – R. Kijak, styczeń 2013 ...	212
Godność skazańca – K. Bukiel, luty 2013	222
Republika Janosika – Z. Szramik, luty 2013	224
Tusk wynagradza lekarzy gorzej niż... – K. Bukiel, kwiecień 2013	229
Rezydent – niechciany element systemu? – Z. Szramik, wrzesień 2013	231
Dosypać lekarzom – R. Kijak, czerwiec 2014	233
Psychologia – R. Kijak, sierpień 2014	236
Dlaczego lekarze nie powinni strajkować – Z. Szramik, wrzesień 2013 ..	239
Trybunał do trybunału – R. Kijak, wrzesień 2014	243
Zdrada z zejściem po dyżurach – R. Kijak, listopad 2014	248
Superpakiet – Z. Szramik, marzec 2015	257
Posel szuka pana – K. Bukiel, kwiecień 2015	261
Jak dobrze być... lekarzem! – Z. Szramik, wrzesień 2015	263
Realia – K. Bukiel, październik 2015	267
Fatalne zauroczenie – K. Bukiel, marzec 2016	269
2011-2016	
Kalendarium	271
1991-2016	
Refleksje osobiste przewodniczącego... – K. Bukiel, lipiec 2016	291

1991-1996

LEKARZE CHCĄ RYNKU, PACJENCI MILCZĄ

Elżbieta Cichocka

Gazeta Wyborcza, lipiec 1991

Lekarz I – stomatolog. Pracuje w sobotę, gdzie leczy 1600 dzieci. Od paru miesięcy leczy je tylko teoretycznie. Żeby wypełnić ubytek w zębie, trzeba mieć czym. Zoz nie daje materiałów stomatologicznych, bo nie ma pieniędzy. Szkoła też nie ma pieniędzy. Pani Doktor ze swojej pensji (1 mln 300 tys.) ich nie kupi. Obliczyła sobie, że gdyby wszyscy rodzice zrzucili się po 20 tys. zł rocznie, to materiałów by starczyło. Dziury w zębach się powiększają, pani doktor siedzi w pustym gabinecie i zamiast się cieszyć, że bierze pieniądze za nic, ma już tego wszystkiego dosyć.

Lekarz II – okulista. Pracuje w poradni kolejowej i w szpitalu, żeby nie tracić kontaktu z nowoczesną terapią. Zastanawia się co ma teraz mówić swoim pacjentom, babciom leczącym się na jaskrę? Że na resztę życia oślepną, bo zoz nie ma pieniędzy na leki i musi nastąpić przerwa w kuracji?

Lekarz III – ortopeda. Niecierpliwi go, kiedy profesory i doktorzy mówią o powołaniu, służbie, poświęceniu. Uważa, że jego zawód to czyste rzemiosło. Chłubi się tym, że jest dobrym rzemieślnikiem. Lepszym niż jego znajomy hydraulik, tyle że hydraulik o niebo lepiej zarabia.

Lekarze IV, V... i XXX, którzy przyjechali do Stargardu Szczecińskiego na zebranie założycielskie związku zawodowego lekarzy mają podobne doświadczenia. Prześcigają się w krytyce obecnego systemu.

To system jest winien, że służba zdrowia w tej chwili nie ma gospodarza. Dyrektor zoz, nawet gdyby chciał, nic nie zmieni, bo w ramach obecnych przepisów nic się zmienić nie da.

System jest też nadopiekuńczy. Pacjent nie dba o siebie, bo mu się należy bezpłatna opieka medyczna. Lekarz dostaje pensję za przyście do pracy, a nie za to, co robi. Tyle samo dostają ci, którzy piją kawę i ci, którzy „śmigają” podczas morderczego dyżuru. Płace są marne, bo to spadek po starym, komunistycznym założeniu, że lekarz i tak sobie dorobi.

Przy tym systemie żaden lekarz nie jest zainteresowany, by leczyć pacjenta. Ze stłuczeniem palca chory przychodzi pięć razy, a 90 procent pacjentów z rejonu jest odsyłanych od jednego specjalisty do drugiego. Na pierwsze badania w szpitalu pacjent czeka trzy dni, w tym czasie funduje mu się bezpłatne utrzymanie i nikogo to nie obchodzi (...).

Zaprosił ich do Stargardu dr Krzysztof Bukiel, młody internista, który postanowił utworzyć Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy. W ulotce programowej napisał: „wzywamy wszystkich lekarzy do zakładania lokalnych ogniw związku. Na zebraniach wybiercie reprezentację terenową i zgłóście ją do Komisji Założycielskiej.” Przyjechali głównie młodzi.

Program związku głósi:

- każdy dorosły człowiek sam odpowiada za swoje zdrowie i zdrowie swoich dzieci;
- istnieje wolny rynek usług medycznych;
- opłaty za usługi medyczne pokrywa pacjent samodzielnie lub korzystając ze swojej polisy ubezpieczeniowej;
- istnieje wolny rynek usług ubezpieczeniowych w zakresie ochrony zdrowia.

Tylko taki system – napisano w programie – zapewnia stałe zabezpieczenie materialne dla działalności służby zdrowia, umożliwia jej sprawne, skuteczne i oszczędne działanie, ciągły rozwój nadążający za rozwojem nauki!

Tylko taki system – twierdzą autorzy – zapewnia lekarzowi osiągnięcie pozycji materialnej odpowiadającej prestiżowi społecznemu zawodu, zapewnia ściśle powiązanie osiągniętych korzyści materialnych z wykonywaną przez niego pracą, prezentowanym poziomem wiedzy, biegłością w zawodzie i spełnianiem oczekiwań pacjentów.

Na zjazd założycielski zaproszono telewizję i prasę. Kilkudziesięciu uczestników zatwierdziło statut, zebrało też 1,1 mln złotych na zaliczkę

dla prawnika, który ma się zająć rejestracją związku. Po rejestracji odbędzie się Walny Zjazd i wybór władz.

Z całej zaproszonej prasy przyjechała tylko dziennikarka Gazety Wyborczej, ale raczej nie w roli sprawozdawcy z imprezy, lecz przestraszonej pacjentki.

To takie – wydawałoby się – proste. Jak powiedział w przemówieniu programowym dr Bukiel, należy tylko „zmienić konstytucyjny zapis o bezpłatności służby zdrowia, zrównać w prawach wszystkie sektory służby zdrowia, pozwolić na swobodne wejście na rynek polski towarzystw ubezpieczeniowych i spowodować, by pieniądze, które teraz trafiają do budżetu państwa i przeznaczone są na ochronę zdrowia, trafiły do kieszeni obywateli, aby ci mogli wykupić sobie indywidualnie polisy ubezpieczeniowe w zakresie ochrony zdrowia”.

Lekarze chcą być klasą średnią

Wolny rynek spowoduje, że zaczniemy liczyć pieniądze – mówi dr Bukiel. – Ubezpieczenie musi być indywidualne i dobrowolne, by mogło kreować odpowiedzialność człowieka za jego zdrowie.

Ta prosta recepta na ciężką chorobę ma jednak pewien mankament: zamiast wyleczyć chorą służbę zdrowia, może ją równie skutecznie dobić.

– Społeczeństwu proponuje się terapię szokową – mówię.

– To społeczeństwo już zostało poddane szokowi – słyszę w odpowiedzi – Za każdym miesiącem szok będzie narastał. Ja jako lekarz też jestem poddana terapii szokowej, bo zarabiam 1,3 mln, a sprzątaczką z firmy polonijnej dostaje 2 mln.

– Zmiana systemu może spowodować ofiary – oponuję, bo całych grup społecznych nie będzie stać ani na ubezpieczenie, ani na leczenie.

– A pani nie widzi, ile teraz osób umiera, bo nie ma np. sztucznych nerek? – odpowiadają młodzi lekarze.

Dlatego, że są babcie, które miesiącami odpoczywają w szpitalu, umrze dziewczynka, której nie robi się przeszczepu szpiku kostnego.

– Społeczeństwo nie zaakceptuje nagle płacenia za coś, co dotychczas było za darmo – twierdzę.

– To dlaczego teraz ludzie chodzą prywatnie do lekarza? Skąd pani wie, czego chce społeczeństwo?

Trudno jest znaleźć dobre argumenty za czy przeciw rynkowi w medycynie operując tylko ogólnikami. Program głoszony przez założycieli związku nie jest nowy. Pod takimi hasłami odbywał się już protest lekarzy w Gorzowie, podobne żądania słyhać z ust niektórych posłów i przedstawicieli Izb Lekarskich. Pod takimi hasłami protestują warszawskie zoz-y. Lekarze ze wszystkich stron Polski domagają się rynku, który ma być panaceum na wszystkie słabości służby zdrowia. W gruncie rzeczy chodzi tu o obronę interesów jednej grupy zawodowej – lekarzy. Obrony słusznej z punktu widzenia lekarza, a pacjenta chyba też. Przemiany gospodarcze różnicują społeczeństwo materialnie. Obecny kształt organizacyjny służby zdrowia skazuje lekarzy na pozostawanie po tej gorszej stronie. Chcą zatem uciec z tego systemu. Dramat w tym, że wybrali niezwykle ryzykowną drogę ucieczki (...).

Ze strachem myślę o tym, że nacisk i polityczna presja stosowana teraz może doprowadzić do nieprzemyślanych decyzji. Żadne ze środowisk domagających się wolnego rynku nie policzyło realnych zysków i strat ewentualnej rewolucji w systemie opieki zdrowotnej. Nad warszawskimi szpitalami powiewają czarne flagi. Akcja ma trwać do 15 lipca, a potem protest ma być zaostrzony. Hasła tej akcji są hasłami pracowników służby zdrowia. Kto wypowie głośno interesy pacjentów? Na razie ich nie słyhać.

LEKARZ: ZAWÓD W POLSCE NIEOPŁACALNY POSZUKIWANY... OPIEKUN!

Ryszard Kijak

*Dziennik Chicagowski, październik 1991**

Rzecz niewiarygodna! Już od tygodnia szukamy opiekuna dla mieszkającego w Chicago zniedołężniałego dziadka Davida, i nie możemy znaleźć. Siostry delikwenta życzą sobie, aby był to lekarz – taki, który nie zrobił jeszcze w Stanach nostryfikacji dyplomu. Bo to i fachową opiekę taki zapewni, i pieniędzy dużo za to nie będzie mógł wziąć. Poprzedni opiekun, Walter, musiał wracać do Polski aby odebrać zieloną kartę. Chciał zachować się fair, więc informując rodzinę podopiecznego o rezygnacji, obiecał że znajdzie odpowiedniego następcę.

– Praca jest niezła – wyjaśniał mi Walter, który w Polsce miał specjalizację z neurologii – chociaż wymaga dużej odporności nerwowej. Davida trzeba niańczyć dwanaście godzin dziennie, przez siedem dni w tygodniu. Problem w tym, że dziadek ma dwie wredne siostrzyczki. Te staruchy potrafią niezłe zaleźć za skórę.

Wymagania są niewielkie: przynajmniej rozumienie angielskiego, oraz prawo jazdy i ewentualnie samochód aby zawieźć kogoś z rodziny na zakupy lub do lekarza. Oraz to wykształcenie medyczne. A zarobki – bardzo dobre: tygodniowo 500 dolców.

– Masz chyba jakichś znajomych, popytaj – ciągnął dalej. – Podejmując tę pracę, zapłaciłem odstępną, więc oddam ją również za tę samą kwotę. Mogę też odsprzedać samochód. Niezbyt wprawdzie nowy, ale cały czas na chodzie.

Pomyślałem natychmiast: „Józek, czyli Joe, chirurg. Siedzi prawie rok na domku (czyli mieszka u pacjenta, którym się opiekuje), ma już

serdecznie dość tej izolacji. Dochodząca praca na pewno mu się spodoba. Poza tym – zarobi więcej”. Zadzwoiłem.

– No tak, propozycja jest niezła, ale... dostałem ostatnio podwyżkę, a przy tym chodzę do szkoły i nie chcę przerwać nauki. Musiałbym z niej zrezygnować, gdybym pracował od dziesiątej rano do dziesiątej wieczór. Dziękuję ci bardzo za pamięć...

Proszę bardzo! Następny na liście jest Terry, internista. Terencjusz. (Trzeba pamiętać, że jesteśmy w Ameryce i tubylcom o wiele łatwiej wymówić „Chester” niż „Czesław”, albo „Chris” zamiast „Krzyś”). Terry pracuje u kontraktora (w firmie budowlanej), ale słyszałem, że poszukuje innej pracy.

– Wiesz, chyba się zdecyduję! – był wyraźnie zadowolony. Gdy jednak skontaktowaliśmy się ponownie, jego zainteresowanie mocno opadło.

– Jestem tu od niedawna, nie mam zbyt wiele oszczędności. Nie czuję się ponadto zbyt pewnie w angielskim. Jeśli odkupię pracę i samochód, pochłonie to cały mój majątek. Czy możesz mi zagwarantować, że delikwent nie umrze w najbliższym czasie, albo że jego rodzina nie wyrzuci mnie z roboty, albo że samochód się nie zepsuje?

– Tego ci nikt nie zagwarantuje – odpowiedziałem. – Twoje ryzyko. O ile wiem, w Ameryce, żeby coś mieć, trzeba trochę zainwestować. Staruszek owszem, może zejść, ale twój kontraktor też może się rozpląnąć w sianej mgłę. Stuprocentowej pewności nikt w tych sprawach nie ma.

Do poszukiwań zmobilizowałem Mariolkę. Skierowała do mnie aż dwóch reflektantów. Każdemu przedstawiłem sytuację.

– Chętnie bym się najął – zastanawiał się Louis, internista. Po naszymu Ludwik. W Stanach jest z rodziną. Szczęśliwiec. – Ale wiesz, ten angielski... U mnie w domu żona spika biegle, córeczka też, a ja najwyżej po niemiecku. Obawiam się, że chyba nie zrozumiałbym, co ci ludzie do mnie mówią. Zdaje się że Mariolka przeceniła moje umiejętności lingwistyczne, choć ogromnie żałuję tej szansy, bo to, czym obecnie się zajmuję, naprawdę mi nie odpowiada.

Przesłałem mu wobec tego pocztą spis wszystkich znanych mi agencji pracy. Może znajdzie jakieś ciekawsze zajęcie. Trudno. Kolejnym był Norbert, anestezjolog.

– Bardzo mnie to zainteresowało! Pracuję u jednego okropnego dziadka za 330 baksów, więc czemu miałbym nie zmienić na innego okropnego za 500? Muszę jednak to wszystko spokojnie przemyśleć i przekalkulować. Zatelefonuję do ciebie jutro, jeśli można.

Można, czekam. Treść następnej rozmowy z Norbertem była prawie taka sama, jak jednego z poprzedników. Przebywa tu od niedawna i nie chce rzucać całych swych oszczędności na jedną kartę. Dziwne. Praca za około pół tysiąca tygodniowo, żarcie na miejscu. Trzeba mieć tylko swoje mieszkanie, samochód i angielski.

Może więc George? Jurek ma duży krąg znajomych, powinien słyszeć o kimś, kto by się nadawał. Nie zastałem go w domu, więc zostawiłem mu wiadomość.

Zadzwońłem też do zaprzyjaźnionej agencji pracy. Janina znalazła mi ortopedę. Dobra, niech będzie ortopeda, w końcu nie ma żadnej różnicy, czy tylek staruszkowi będzie wycierał laryngolog, czy okulista. Ta branża, to jedna z polskich specjalności w Chicago, a pracują w niej weterynarze, a nawet osoby w ogóle nie mające do czynienia z medycyną.

– Doskonała propozycja! – ocenił Wład, znaczy się Władek, ortopeda. – Tylko że ja już znalazłem coś innego prawdopodobnie. Wyobraź sobie, po powrocie z agencji Janiny do domu, zadzwonił do mnie kolega i zaoferował pracę na noc, jako jego zmiennik. Choć płacą mniej, bardziej mi to odpowiada, niż praca w dzień, gdyż dodatkowo będę mógł wziąć „part-time” i w sumie wyciągnę lepiej. Poza tym nie pasuje mi ciąg siedmiodniowy, bo nie będzie szansy na odpoczynek. A w Northbrook będę miał tylko po sześć nocy na tydzień.

Coś mi zaczęło świtać. Chyba znałem sprawę.

– W Northbrook, na noc? Czy może to niejaki George do ciebie dzwonił?

– Zgadza się!

– Tak. Tam faktycznie zarobisz mniej, ale będziesz mógł za to pospać kilka godzin. No i uzyskasz możliwość dodatkowej pracy między ósmą rano a szóstą wieczór. Tylko pamiętaj, żebyś zawsze na noc zamykał kota w sypialni Alberta! – poinstruowałem go.

– Skąd to wszystko wiesz? – spytał zaskoczony Wład.

Wiedziałem. Chicago to mała wioska. W pewnym sensie oczywiście. Wład miał dla mnie jeszcze jedną niespodziankę.

– Niedawno przyjechało tutaj dwóch moich kumpli z kraju, z tego samego szpitala, co ja. Jeden już pracuje, drugi jeszcze szuka. Ginekolog. Porozmawiam z nim jutro i któryś z nas da ci znać, czy by się pisał na to.

– Rozumie po angielsku?

– Owszem, uczył się w Polsce, z tym, że wiesz, brak tego szlif.

– Jasna sprawa. A tak w ogóle, to gdzie w Polsce pracowaliście?

– W Biskupcu. Województwo olsztyńskie.

– Acha! To wy jesteście od Lestera z Indiany! – odkryłem. Mój kolega, Lester, czyli Leszek, pracuje obecnie w knajpie w Indianie, a w kraju był zatrudniony w tym samym szpitalu co Vlad i jego obydwaj nowo-przybyli znajomi. Zresztą, jest ich tu więcej: prawie jedna trzecia personelu lekarskiego z tej placówki trafiła do Stanów, głównie do Chicago.

Na moim biurku zaczęła się piętrzyć hałda zapisanych notatkami, adresami i różnymi numerami kartek, a telefon rozgrzał się od używania prawie do czerwoności. Pomieszczenie przypominało małą agencję pośrednictwa pracy. Rezultatów nadal nie było. To dziwne zjawisko przeczyło wszelkim teoriom na temat tabunów ludzi oczekujących na jakąkolwiek pracę.

Żeby oderwać się na chwilę od tej ciuciubabki, postanowiłem w celach dziennikarskich odwiedzić człowieka, którego podobno chicagowska policja próbowała trzy razy okraść. Tak się złożyło, że zamiast wysłuchać jego historii, opowiedziałem swoją – o poszukiwaniach zastępstwa dla kolegi. Na to odezwał się obecny przy rozmowie Stanley, nauczyciel. Znaczy się Stasiak.

– Może tak ja bym zaryzykował?

Stan okazał się pierwszym, który rozmawiał bezpośrednio z Walterem, dowiedział się szczegółów o pracy i obejrzał samochód. Okazał gotowość podjęcia tej pracy od zaraz. Nalepianie piastrow to nie filozofia, a kilku innych czynności można się nauczyć. Małpa by pojęta. Walter ciągle jednak zwleka z zarekomendowaniem go jako następcy. Nadal szuka lekarza. Do końca tego tygodnia chciałby mieć sprawę z głowy. Kto chętny?

POST SCRIPTUM

Ostatecznie to właśnie Stanley (nauczyciel fizyki i chemii zresztą) wziął tę robotę. Za moją namową przedstawił się siostrze pacjenta jako

lekarz, został zatrudniony i opiekował się starszym panem w dzień, bez większych problemów.

Ja zaś niańczyłem dziadka Davida na zmianach nocnych. Od dziesiątej w nocy do dziesiątej rano. Siedem dni w tygodniu. A co, pięćset dolarów tygodniowo piechotą nie chodzi! Ale po pół roku zacząłem ostro świrować. I wtedy się zwolniłem. W tym samym czasie Walter wrócił z Polski do USA z zieloną kartą, więc mogłem mu z ulgą oddać swoje stanowisko.

Reportaż ten faktycznie ukazał się *24 maja 1990 r. pod tytułem „Poszukiwany... opiekun” w Dzienniku Chicagowskim wydawanym w Chicago, USA. Pracowałem tam wówczas (oraz w tygodniku Relax u tego samego wydawcy) jako dziennikarz, felietonista, reporter, fotoreporter i redaktor. Po uwolnieniu się od dziadka Davida i jego wieźm, przeszedłem do pracy w tym wydawnictwie na pełny etat. Obsługiwałem m.in. wizytę prezydenta Polski Lecha Wałęsy w USA.

Stanleya natomiast namówiłem, aby zaczął pisać do Dziennika Chicagowskiego recenzje filmowe, bo tym się pasjonował. I w ten oto sposób wypromowałem znanego obecnie podróżnika, dziennikarza, fotografa i krytyka filmowego.

Nie wiedziałem wtedy, że po powrocie do kraju zostanę działaczem OZZL – związku, którego celem było i jest, aby tacy doktorzy jak Walter, George czy Vlad nie musieli wyjeżdżać z Polski, porzucając swój zawód. Nie przypuszczałem też, że o polskim systemie opieki zdrowotnej napiszę do różnych gazet jeszcze jakieś czterysta artykułów.

U ZMARTWYCHWSTAŃCÓW

Ryszard Kijak

*Kurier Podlaski (Białystok, Łomża, Suwałki, New York, Chicago),
sierpień 1992*

Dziennik Chicagowski, sierpień 1991

Szlaban przy bramie wjazdowej nie opuszcza się. Znaczy to, że automat do wydawania kart wjazdowych znów jest zepsuty. Mimo to, Amerykanie zatrzymują się przy nim i dłuższą chwilę oczekują na papierek, który powinien wysunąć się ze szpary. Co bardziej aktywni wychylają się i okładają urządzenie pięścią. Bezskutecznie. Popędzani klaksonami z tyłu, ruszają wreszcie bez biletu wstępu. Trąbiący podjeżdża do automatu i robi dokładnie to samo, co jego poprzednik. Chyba, że jest to Polak. Ten widząc podniesiony szlaban, nie guzdrze się przy aparacie. Prawie nie zwalnia, a gdy znajdzie się na placu, stara się ustawić samochód jak najbliżej zepsutego wjazdu. Kiedy bowiem przychodzi pora opuszczenia parkingu, Polak wraca tą samą drogą, pod prąd, wykorzystując lukę między wjeżdżającymi pojazdami. Oszczędza w ten sposób co najmniej półtora dolara. Gdyby skierował się w stronę bramy wjazdowej, natknąłby się parkingowego, który – wiedząc, że automat wjazdowy jest uszkodzony, ręcznie pobrałby zaległą opłatę.

Centrum Medyczne Zmartwychwstańców,

czyli Resurrection Medical Center, znajduje się w północno-zachodniej części Chicago, w pobliżu skrzyżowania Harlem Avenue i West Talcott Road. Do zespołu należy szpital, przychodnie, domy mieszkalne dla osób starszych i niedołączonych, kaplica, stołówka. Elewację tego kompleksu, zapewne przypadkowo, wykonano w barwach biało-czerwonych. Ale polskich akcentów można tu znaleźć więcej. Przede

wszystkim – Centrum zostało założone i jest prowadzone przez siostry Zakonu Zmartwychwstania, które do Chicago przyjechały z Polski jeszcze przed wojną. Fragmenty deklaracji misyjnej: *„Wzmocnieni wiarą w Chrystusa, krzewimy w środowisku świadomość nieprzemijającej miłości Boga. Fachową pomoc wspomagamy modlitwami i wykorzystujemy wszelkie dostępne możliwości w celu poprawy zdrowia naszej społeczności.”* Należy wyjaśnić, iż szpital ten bynajmniej nie leczy za darmo. Przeciwnie – jest jednym z droższych w mieście.

Tego dnia na piątym piętrze,

wśród innych salowych, pracowały: Gege, Estelle i Jane. Wszystkie – Polki, co zresztą łatwo było rozpoznać po ich „czysto słowiańskich” imionach.

– Śmieć ci ludzie okropnie, a już najgorsi są palacze – Jane z śmiechem zagaiła Waltera, który wpadł do „lobby” na papierosa. Jane jest nieźle zbudowaną blondynką. Mieszka w Stanach 17 lat.

– To dobrze, że śmieć. Inaczej pracy byście nie miały i trzeba by było szukać innego zajęcia. A tak – ciepło, dach nad głową, stroje służbowe w różowym kolorze...

Jane podchwytuje temat stroju służbowego. Rozmowa toczy się po polsku.

– Wie pan, kiedyś pielęgniarka poplamiała swój kostium. No i co? Na śmieci chciała wyrzucić. „Garbec” – powiedziała. A ja wiedziałam, czym to trzeba odepruć. Przetarłam, plama znikła. To wszystkie pielęgniarki się zeszyły, mityng zrobiły. Wydierały sobie kostium z rąk, żeby się przekonać, że po brudzie nie ma śladu. Nic te Amerykany nie wiedzą: że trzeba nieboszczyka rozebrać, obmyć, ręce ułożyć, szczękę podwiązać. Dziwią się: „Skąd ty o wiesz?”

– Dziwią się, bo przeważnie mają nas za prostaków i durniów. Pokazują gdzie jest papier toaletowy i sedes, żebyś przypadkiem się z niego wody nie napiła – dodaje ironicznie Gege, niewysoka, korpulentna brunetka, która jest w USA 14 lat.

Do grupy dołącza Estelle. Też Polka. 25 lat w Ameryce.

– A sami nawet liczyć nie umieją – wtrąca swoje „trzy grosze”. – Kasjerka w sklepie się pomyliła, a ja przy niej wykryłam błąd i kazałam liczyć na nowo. „Ach, ty Polka jesteś, to ty umiesz liczyć” – rzekła. Nasze

dzieci zawsze lepiej się uczą od amerykańskich. Tamte – tylko kalkulatory, komputery. Zepsuje się – nic nie wie.

– Czego tutaj można się nauczyć, to szacunku do pracy – Estelle chce być obiektywna. – W Polsce mówi się: żadna praca nie hańbi”, ale wielu rzeczy ludzie wstydzą się robić. Tutaj, jeśli pracujesz uczciwie, to nie jest ważne, co robisz. Nie masz się czego wstydzić. Jesteś szanowany. A tam – jedziesz pociągiem – to słyszysz bez przerwy „panie magistrze”, „panie prezesie”, a robić nie ma komu. Ja w Polsce wstydziłam się wyjść na ulicę z kubelkiem albo w papilotach. Tutaj to normalne.

– W tym szpitalu jest dużo Polaków – mówi Jane, wskazując wąsacza pchającego wózek wyładowany po brzegi sprzętem medycznym. – Jest dużo personelu polskiego na różnych stanowiskach. Pracują w laboratoriach, w diagnostyce rentgenowskiej, w zespołach sprzątających, a także jako nurski, czyli pielęgniarki.

Również są lekarze z Polski

– uzupełnia wąsacz, który usłyszawszy ostatnie zdanie Jane, przyłącza się do rozmowy. Ma na imię Dick, medycynę ukończył nad Wisłą. – Niektórzy nie przyznają się, że są Polakami i nie chcą mówić po polsku, ale my ich łatwo rozszyfrowujemy. Część z nich to rezydenci, czyli stażyści. Na przykład Voytek. Przyjechał trzy lata temu, świeżo po studiach, bez znajomości angielskiego. W dwa lata nauczył się medycyny po angielsku, zdał egzaminy nostryfikacyjne i już rozpoczął rezydenturę. Wyjątkowy talent. Chodzi w czerwonych spodniach.

Dick przemierza oddziały z wózkiem obciążonym aparaturą medyczną. Pracuje w departamencie respiratorów. Instaluje, konserwuje i wymienia aparaty do oddechu wspomaganego i kontrolowanego, defibrylatory, aparaty tlenowe, reduktory, przepływomierze, butle z tlenem, maski tlenowe, dozowniki leków, itd.

– W naszym departamencie sami odpowiadamy za wykonanie zlecenia. W tym akurat szpitalu, zadania departamentu respiratorów są ograniczone. W innych amerykańskich szpitalach do pracowników takich samych departamentów należy też intubowanie, pobieranie gazometrii, wykonywanie przyłożkowego EKG. W Resurrection te czynności wykonują lekarze anestezjologicy.

Anestezjolog nie występuje w USA anonimowo, tak jak to dzieje się w Polsce. Każda jego czynność ma określoną i niemałą wartość w cenniku.

– A ty, czym się zajmujesz? – Dick spogląda na Waltera.

– W Polsce byłem lekarzem anestezjologiem, a tutaj jestem opiekunem takiego jednego dziadka. Jego domowy lekarz, Pakistańczyk, skierował go do tego szpitala, ponieważ stwierdził, że dziadkowi pogorszył się stan zdrowia. Osobiście uważam, że dziadek jest w porządku, a pogorszenie nastąpiło jedynie w portfelu doktora. W szpitalu, moim podopiecznym zajmuje się przecież ten sam lekarz, który go tu skierował, ale ponieważ jego aktywność w tym czasie znacznie wzrasta, będzie mógł wystawić pacjentowi o wiele większy rachunek niż za leczenie domowe.

Mimo że dziadek trafił do szpitala, Walter nie otrzymał na ten czas urlopu. Pracuje nadal, jako dodatkowy, prywatny opiekun. Pierwszego dnia pobytu zabrał się za odsysanie gęstej wydzieliny zalegającej choremu w okolicy krtani, co sprawiło starcowi wielką ulgę, zaczął głębiej oddychać, ale na tej czynności nakryła go superwajzerka – siostra oddziałowa, i opieprzyła go za to jak święty Michał diabła. Nic ją nie obchodziło, że w swojej dziesięcioletniej praktyce anestezjologicznej w Polsce Walter wykonywał tę czynność tysiące razy. W tym szpitalu nie ma do tego uprawnień, i basta. Od tej pory Walter godzinami przesiaduje na sali, dogląda chorego, a w razie potrzeby – wzywa kogo trzeba, ze stoickim spokojem wysłuchując rżęzenia swojego podopiecznego, które nie ustaje nawet po aspiracji wykonanej przez personel szpitalny.

– No, trzeba wracać do dziadka – Walter gasi papierosa.

– A nam jeszcze zostało do posprzątania parę sal dwuosobowych, tych tańszych, które kosztują pacjentów po 360 baksów na dobę za samo łóżko, oraz dwie jednoosobowe, po 460. Zabierajmy się do pracy, bo powiedzą, że my tylko mityngi robimy! – kończy Gege.

CZARNOBYLSKI DESER

Ryszard Kijak

Kurier Podlaski (Białystok, Łomża, Suwałki, New York, Chicago), kwiecień 1994

Awaria 4. bloku reaktora jądrowego w Czarnobylu na Ukrainie wydarzyła się 26 kwietnia 1986 roku o godzinie 1:24 w nocy. Promieniowanie, jakie uwolniło się w wyniku pożaru, 30-40-krotnie przewyższyło promieniowanie bomby atomowej zrzuconej na Hiroszimę. Z zagrożonego rejonu ewakuowano łącznie 135 tysięcy osób. W roku 1991 Sowieci ogłosili, iż liczba ofiar katastrofy sięga 10 tysięcy, a 4 miliony ludzi zostało dotkniętych jej skutkami. W lipcu 1987 roku trzech byłych dyrektorów elektrowni atomowej w Czarnobylu skazano na 10 lat obozu pracy...

Z Kaukazu na Ukrainę

Tamtej pamiętnej wiosny, Sasza był na piątym roku studiów kijowskiego Instytutu Medycznego. Pochodzi z północnego Kaukazu, z autonomicznej republiki Kabardyjsko-Bałkarskiej. Szczupły, średniego wzrostu, żyłasty. Na twarzy wyraz powagi. Na studia wybrał się do Kijowa, gdzie miał rodzinę. Kijowski Instytut Medyczny pod względem poziomu nauczania uważany był za trzeci w kraju. Pod koniec studiów na każdego absolwenta czeka już wyznaczone odgórnie miejsce, gdzie zostanie skierowany do pracy. Nakaz obowiązuje trzy lata.

„Mała awaria”

Gdyby nie dwa wydarzenia, Sasza do dzisiaj pracowałby zapewne w szpitalu rejonowym oddalonym od Kijowa o 80 km w Boryszewce, położonej nieopodal szosy prowadzącej do Połtawy i Charkowa. Pierw-

szym było poznanie dziewczyny z Polski, studiującej w tym samym instytucie w ramach wymiany międzynarodowej. Drugim wydarzeniem stała się awaria w Czarnobylu.

Była piękna, słoneczna wiosna. Nagle, 28 kwietnia TASS podał komunikat, że w Czarnobylu nastąpiła niewielka awaria elektrowni atomowej. Żadnego niebezpieczeństwa nie ma, a wszystkie okoliczności wyjaśnia specjalnie w tym celu powołana komisja państwowa. Jednak kiedy w dzień czy dwa później z krajów skandynawskich nadeszły alarmujące wieści o wzmożonym promieniowaniu i sprawa zrobiła się głośna, przyznano iż wypadek jest poważniejszy, niż początkowo sądzono. Podano, że było kilka ofiar, że uszkodzony jest jeden reaktor. Do tego czasu w Kijowie nie prowadzono żadnej akcji profilaktycznej czy też ratowniczej. A przecież stolica Ukrainy leży zaledwie 90 kilometrów od Czarnobyla w linii prostej! Dopiero trzeciego lub czwartego dnia po nadaniu pierwszego komunikatu, a szóstego dnia – licząc od chwili awarii – zaczęto organizować brygady ewakuacyjne. Przez ten czas, ludność znajdującą się w rejonie największej katastrofy w dziejach wykorzystywania energii jądrowej, pozostawała praktycznie bez pomocy i bez świadomości zagrożenia. Efekt był taki, że w ciągu trzech pierwszych miesięcy zmarło 28 osób, a ponad 200 trafiło do szpitali z objawami choroby popromiennej. Chorych było znacznie więcej, ale statystyki fałszowano.

Dobra pamięć „partorga”

– Na początku maja zgromadzono wszystkich studentów piątego roku – opowiada Sasza. – Prorektor instytutu w towarzystwie „partorga” (przewodniczącego uczelnianej organizacji partyjnej) zawiadomił nas, że organizowane są brygady przeznaczone do pomocy w ewakuacji ludności i do likwidacji skutków awarii. Brygady miały działać w promieniu 30 km od Czarnobyla. Kobiety zwolniono z uczestnictwa, a mężczyznom nieoficjalnie dano do zrozumienia co prawda udział w akcji jest dobrowolny, ale brak chęci będzie niemile widziany.

Znalazło się kilku studentów, którzy się wyłamali i nie przedstawili przekonywujących usprawiedliwień. Byli za to później szykanowani, a gdy wreszcie udało się im ukończyć studia, otrzymali nakazy pracy w okolicach przylegających do zamkniętej strefy Czarnobyla. Tylko jednemu udało się wywinąć z opresji, bo ożenił się z dziewczyną mieszkają-

cą w Kijowie i w ten sposób automatycznie otrzymał stałe zameldowanie w tym mieście, co zwalniało go z przymusu pracy w terenie. Kijowianie mieli taki właśnie przywilej.

Brygada Saszy

W skład każdej brygady ewakuacyjnej wchodził student, felczer, lekarz, laborantka, sanitariusz, dozymetrysta i kierowca. Każda brygada kierowana była do innej wsi, do znajdującego się tam ośrodka zdrowia i korzystała z miejscowego środka transportu. Z Kijowa rozwożeni byli autobusami.

– Jechaliśmy szosą prowadzącą na północ, w kierunku miejscowości Prypeć. Byliśmy pełni obaw, ogarniało nas przerażenie. W przeciwną stronę ciągnęły kolumny autobusów i ciężarówek wypełnione ewakuowaną ludnością. Większość stanowiły kobiety i dzieci. Wokół roilo się od wojska i milicji. Panował niesamowity bałagan. Pobocza dróg oszpecone były wrakami porozbijanych, wywróconych kołami do góry samochodów.

Brygada Saszy dotarła do celu swojej podróży – wioski Krasnosiel-skoje. Jej zadaniem było sprawdzenie stopnia napromieniowania mieszkańców, udzielanie odpowiednich instrukcji, aplikowanie wapna jodowanego. O ile miksturę ludzie przyjmowali bez protestu, to polecenie niszczenia napromieniowanej odzieży wykonywali bardzo niechętnie lub wcale.

Pijesz... dłużej żyjesz

– Jako strój ochronny, otrzymaliśmy kombinezony robocze i maski, ale nikt tego nie używał. Było gorąco, duszno, wilgotno, bez wiatru i w całym tym rynsztunku człowiek zaraz stawał się mokry jak kura.

Ale naród i tak znalazł zaraz broń przeciwko niewidzialnemu wrogowi. Ktoś puścił pogłoskę, że najlepszym środkiem blokującym działanie promieniowania na organizm jest... czerwone wino. I koniecznie deserowe. Toteż wszyscy przypuścili szturm na sklepy. Co prawda czerwonego wina deserowego nie znaleźli, lecz wykupili za to wszelkie inne rodzaje alkoholu. Raczone się wódką, samogonem i czym się tylko dało. Władze tak dalece poszły społeczeństwu na rękę, że zwiększyły dostawy

alkoholu do punktów sprzedaży, a ludność przyjęła ten gest z wdzięcznością i zadowoleniem.

– Chociaż ani dla wojska czy milicji, ani dla nas nie przewidziano oficjalnych przydziałów wódki, lecz każdy załatwiał to we własnym zakresie. Większość ratowanych i ratujących była ciągle „na gazie”. Stąd tak duża ilość wypadków samochodowych i tak duża liczba zatruć alkoholem. Przed naszym samochodem cysterna zderzyła się z ciężarówką. Kierowcę wyniesiono do rowu, gdzie leżał ze złamaną nogą, niczym się nie przejmując: był kompletnie zamroczony wódką. Wokół panowała niemal euforia, ludzie byli weseli, żartowali. Nie wpadli w panikę nawet wówczas, gdy cysterna zaczęła się palić. Ten nastrój dziwnie kontrastował z dramatem, który przecież rozgrywał się wokół nas.

„Odczyn” popromienny

Po akcji Sasza wrócił na uczelnię. Minęło kilka dni, po czym znów zarządzono wyjazd. Tym razem trafił do Okręgu Czernihowskiego. Działał tam ze swoją brygadą prawie tydzień.

– Kiedy to wszystko wreszcie się skończyło, laborantka z mojej grupy oraz jej koleżanka, poddały się badaniom. We krwi wykryto u nich zmiany. Kilku kolegów z akademika również wyładowało na oddziałach hematologicznych. Będąc na stażu, spotkałem jeszcze wiele osób (nie tylko ratowników, ale i mieszkańców tamtych terenów), które ucierpiały w wyniku promieniowania. W rozpoznaniach nie wolno było używać terminu „choroba popromienna”. Ten stan określano jedynie jako: „odczyn” lub „reakcję” popromienną. Z tego powodu większość ofiar nie otrzymała później żadnego odszkodowania, a statystyki o nich milczą.

Każdemu ze studentów, biorących udział w akcji, wręczono po 200 rubli wynagrodzenia. Był to majątek, zważywszy, że średnie stypendium wynosiło wówczas 40-45 rubli miesięcznie...

Igła w kieszeni

Sasza ożenił się jeszcze na piątym roku ze swoją polską koleżanką studentką, skończył studia, w Kijowie zrobił specjalizację z anestezjologii. Oboje przyjechali do Polski i podjęli pracę w jednym z miast na północnym wschodzie. Jego specjalizacja nie została u nas uznana. Musiał ją tu robić od nowa.

– W programie teoretycznym dużych różnic nie ma, ale jeśli chodzi o umiejętności praktyczne, to tutaj mogłem nauczyć się doży więcej – podsumowuje Sasza. – W Kijowie nie było nowoczesnej aparatury, środków anestetycznych, sprzętu. Brakowało nawet igieł do znieczulenia podpajęcznego lub zewnątrzoponowego. Taką igłę trzeba było sobie załatwić i nosić ją ze sobą, tak samo jak laryngoskop. Żeby ktoś nie zabrał. Gdyby nie te i inne braki, na pewno udałoby się uratować wiele ofiar katastrofy czarnobylskiej...

JAK PODWAŻAŁEM ZASADY USTROJOWE PAŃSTWA

Krzysztof Bukiel

Biuletyn OZZL, wrzesień 1995

Najwyższy Czas, wrzesień 1995

21 sierpnia br. odbyło się pierwsze posiedzenie tzw. Trójstronnej Komisji ds. Społeczno-Gospodarczych, poświęcone ustaleniu globalnych kwot środków przeznaczonych na wynagrodzenia w państwowej sferze budżetowej, limitów tych wynagrodzeń oraz międzydziałowych relacji. (...)

W posiedzeniu wzięły udział członkowie komisji trójstronnej oraz zaproszeni goście – przedstawiciele tych ogólnokrajowych organizacji związkowych skupiających pracowników sfery budżetowej, które nie należą do komisji. Program spotkania przewidywał prezentację przez poszczególne związki zawodowego swojego stanowiska wobec propozycji rządowej (...).

Wystąpienia związkowców były takie, jakich można się było spodziewać. Wszyscy wskazywali na dyskryminację pracowników sfery budżetowej względem sektora przedsiębiorstw, podkreślano szczególnie duży odsetek pracowników z wyższym wykształceniem w tej sferze, co jeszcze bardziej uwydatnia dysproporcje w wynagrodzeniach. (...). Zdecydowanie domagano się radykalnych działań na rzecz poprawy sytuacji materialnej pracowników sfery budżetowej. Związkowcy byli tak zdeterminowani, że wydawało się niedorzecznością oczekiwać konsensusu w tej sprawie. Trzeba bowiem przypomnieć, że decyzje Komisji Trójstronnej zapadają na zasadzie zgody wszystkich partnerów, przy czym po jednym głosie mają: Rząd, Pracodawcy, OPZZ, Solidarność. Pozostałe związki zawodowe należące do Komisji dysponują w sumie jednym głosem, który ustalają na zasadzie większości.

Uczestniczyłem w omawianym posiedzeniu jako zaproszony gość, z prawem do przedstawienia stanowiska Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy w omawianej sprawie. Rozpocząłem od przedstawienia wątpliwości naszego Związku, co do prawa Komisji Trójstronnej do ustalania wielkości wynagrodzenia dla lekarzy. Głównym zarzutem, jaki przedstawiłem ustawie o kształtowaniu środków na wynagrodzenia w państwowej sferze budżetowej, jest fakt, że koliduje ona z prawem pracy (ustawą o związkach zawodowych, ustawą o rozwiązywaniu sporów zbiorowych, kodeksem pracy).

Prawo pracy przewiduje bowiem, że wynagrodzenie pracownika jest wynikiem negocjacji dwóch stron: pracownika (lub reprezentującego jego interesy związku zawodowego) i pracodawcy. Przewiduje się także odpowiedni tryb tych negocjacji ze szczególną formą, jaką jest spór zbiorowy. Prawo pracy przewiduje równouprawnienie stron negocjacji, jeśli chodzi o aprobatę lub odrzucenie propozycji strony przeciwnej. Inaczej sprawy te traktuje Ustawa o kształtowaniu środków na wynagrodzenia w państwowej sferze budżetowej. Prawo do negocjacji wynagrodzeń pracowników tej sfery ustawa oddaje tzw. Komisji Trójstronnej, tj. kilku stronom, mianowicie: Rządowi – czyli pracodawcy sfery budżetowej, tzw. Pracodawcom – czyli przedstawicielom przedsiębiorstw nie zatrudniających pracowników, dla których negocjowane są wynagrodzenia, związkom zawodowym skupiającym pracowników sfery budżetowej, związkom zawodowym nie reprezentującym budżetówki.

Strony negocjujące NIE są sobie równe. Obowiązuje zasada zgody wszystkich członków Komisji wg omówionego wyżej trybu. Jeśli zgoda nie zapadnie – przyjmowana jest propozycja rządowa. Realizacja omawianej ustawy prowadzi do absurdalnych efektów. Porozumienie w sprawie płac lekarzy w 1995 r. podpisał między innymi Związek Zawodowy Górników Kadra z producentami „majtek i skarpetek”. W negocjacjach nie uczestniczył, bo nie miał do tego prawa, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, jedyny uznany sądownie za reprezentatywny dla zawodu lekarza. (...). Wątpliwe pod względem prawnym jest również samo powstanie Komisji Trójstronnej, jej regulamin i skład.

Niestety, nie zdążyłem podzielić się tymi wątpliwościami z uczestnikami posiedzenia. Przewodniczący zebrania (...) zarzucił mi, że nie jestem merytoryczny i **podważam zasady ustrojowe państwa**, wobec tego

jest zmuszony odebrać mi głos. Stwierdził przy tym, że jest to nie tylko jego zdanie, ale i pozostałych członków Komisji Trójstronnej, po czym zarządził głosowanie i – rzeczywiście – przy 1 głosie wstrzymującym (Solidarność) członkowie Komisji Trójstronnej ustalili, że nie chcą już słuchać o naszych wątpliwościach. Moje pozostawanie na tym zebraniu (...) stało się bezsensowne. Po kilku dniach ze zdziwieniem dowiedziałem się o konsensusie, jaki został zawarty przez Komisję Trójstronną w sprawie płac budżetówki. Rząd „ugiął się” pod naciskiem związków zawodowych, dołożył 1 proc. ponad inflację. Udowodnił w ten sposób, że liczy się z głosem pracowników sfery budżetowej, jest wrażliwy na ich los, skłonny do negocjacji i ustępstw. Działacze związkowi mieli także powód do dumy (...) Zdała egzamin Komisja Trójstronna, sprawdziła się w praktyce Ustawa o kształtowaniu środków na wynagrodzenia w państwowej sferze budżetowej. Wszyscy wydawali się zadowoleni. (...)

1996-2001

DIALEKTYCY

Krzysztof Bukiel

Lekarz Polski, maj 1996

Nigdy nie mogłem zrozumieć co to znaczy dialektyka marksistowska. Aż któregoś dnia poznałem oryginalną i zaskakująco trafną definicję podaną przez Czesława Miłosza: „Dialektyka owa to sposób rozumienia i tłumaczenia świata, polegający na tym, że najpierw stawia się jakąś tezę, którą ogłasza się za słuszną, a następnie stwarza się takie warunki, które z natury rzeczy muszą spowodować, że postawiona teza się potwierdzi.”

Tak rozumiana dialektyka była – co naturalne – powszechnie stosowana w okresie PRL. Nietrudno podać wiele przykładów z tego okresu, jak chociażby następujące niżej.

Teza brzmi: przedsiębiorstwo prywatne produkuje wyroby złej jakości, a w dodatku drogie. Następnie, w warunkach gospodarki nakazowo-rozdzielczej, uniemożliwia się takiemu przedsiębiorstwu nabywanie odpowiednich surowców, zmuszając do korzystania z faktycznych odpadów, a ceny na wyroby z państwowych fabryk ustalane są administracyjnie, bez uwzględniania rzeczywistych kosztów. Przedsiębiorca prywatny musi uwzględnić w cenie pełne koszty produkcji i jeszcze mieć z tego zysk. I rzeczywiście – jego produkty są kiepskiej jakości, za to droższe od tych, wyprodukowanych w zakładach państwowych. Tak stworzono pojęcie „prywaciarza”, które tkwi w naszej świadomości (a może już podświadomości) do dzisiaj.

Inna teza: do partii (PZPR) zapisują się najlepsi: przodujący uczniowie i studenci, wybitni specjaliści, kierownicy, dyrektorzy. Później stwarza się odpowiednie warunki: partyjnych „prymusów” typuje się na studia, lub wysyła na zagraniczne praktyki, a wszystkie kierownicze stanowiska wymagają akceptacji „Przewodniej siły Narodu”. Teza sprawdza

się ponownie. Prawie nie było bezpartyjnych dyrektorów, kierowników, a nawet majstrów, podobnie jak docentów czy profesorów.

W Polsce marksizm nie jest już obowiązującą, „państwową” ideologią. Jednak dialektyka marksistowska „trzyma się mocno”. Przykłady? Proszę bardzo. Teza brzmi: służba zdrowia musi być państwowa/bezpłatna, bo ludzi nie stać aby się mogli sami leczyć. Następnie stwarza się obciążenia podatkowe sięgające 80% dochodów, i rzeczywiście kogo stać dzisiaj, z tej 20% resztki na leczenie w prywatnym szpitalu lub dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne?

Inna teza: Lekarze nie mogą więcej zarabiać, bo społeczeństwo nie jest w stanie wydać więcej na służbę zdrowia niż obecnie. Następnie „w imieniu społeczeństwa” politycy ustalają w budżecie państwa dopłaty do banków, państwowych przedsiębiorstw, przywileje dla „kombatantów”, dla branż i zawodów, dopłaty dla agencji i fundacji, do cen nawozów i biletów, a jeszcze dla wydawnictw „kulturalnych”, barów mlecznych i dłużników ZUS-u, trochę zwolnień podatkowych dopłat mieszkaniowych, „na restrukturyzację”. I co się okazuje? Na służbę zdrowia już społeczeństwa nie stać. Teza znowu się sprawdziła.

Twórczy wkład w rozwój tak rozumianej dialektyki mają również autorzy rządowego projektu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Oni również postawili kilka „słusznych tez”. Na przykład taką: Ubezpieczenia zdrowotne nie zdołają być samowystarczalne, wymagają dopłat z budżetu państwa. Następnie przewiduje się, że wysokość składki na ubezpieczenie ustalać będą nie kasy ubezpieczenia zdrowotnego, ale politycy (ci sami, którzy postawili powyższą tezę).

Dodatkowo stworzono politykom możliwość przesuwania części pieniędzy z ubezpieczeń do budżetu – przez zmniejszenie stopnia kompensacji składki w corocznej ustawie podatkowej. Pozostaje pytanie retoryczne – w jakiej wysokości politycy ustalą składkę na ubezpieczenie zdrowotne (pamiętając o przedstawionych wyżej „niezbędnych” wydatkach budżetowych)!

Inna teza: nie można sprywatyzować całej służby zdrowia, bo kogo stać będzie na to, żeby utrzymać szpital, zarobić na nim i skutecznie konkurować z państwowym. Następnie przewiduje się dofinansowanie do państwowych szpitali w postaci zakupów inwestycyjnych (sprzęt, remonty, budowa nowych obiektów). Oczywiście szpitale będą musiały ze

sobą konkurować, a kasa ubezpieczenia zdrowotnego wybierze te, które zaproponują najniższe ceny za usługi.

Pytanie retoryczne: kto będzie miał niższe ceny – ten, który musi uwzględnić w nich tylko wynagrodzenie dla wykonawcy i ewentualne drobne dodatkowe koszty (szpital państwowy), czy ten, kto musi wziąć pod uwagę także koszty zakupu aparatury, jej amortyzacji oraz budowy i remontów budynków (szpital prywatny). Teza z pewnością się sprawdzi.

Cóż, marksistów już w Polsce prawie nie ma, ale marksizm-leninizm wiecznie żywy.

PARLAMENTARZYŚCI SA Z NAMI

Zofia Kuratowska (wicemarszałek Senatu)

Olga Krzyżanowska (wicemarszałek Sejmu)

Zbigniew Religa (senator)

Sejm i Senat RP, kwiecień 1997

Włodzimierz Cimoszewicz, Prezes Rady Ministrów

Szanowny Panie Premierze

Od wielu miesięcy trwają protesty środowisk lekarskich z powodu złego stanu opieki zdrowotnej i trudnej sytuacji materialnej większości pracowników służby zdrowia. Konflikt między rządem a protestującymi lekarzami zaostrza się. Ofiarą tego konfliktu jest polskie społeczeństwo.

Jako osoby związane ze służbą zdrowia oraz jako wicemarszałkowie Sejmu i Senatu zwracamy się do Pana Premiera z apelem o przystąpienie do rozmów z reprezentantami protestujących lekarzy. Sytuacja w służbie zdrowia wymaga naprawy. Nie da się jej osiągnąć bez porozumienia rządu z protestującymi. Cierpią bowiem przede wszystkim pacjenci i ich rodziny. Ze swojej strony zgłaszamy gotowość mediacji pomiędzy Panem a reprezentantami środowiska lekarzy.

Z poważaniem,

Zofia Kuratowska, Olga Krzyżanowska

Warszawa, 24 kwietnia 1997 r.

Oświadczenie senatora Rzeczypospolitej Polskiej

Zbigniewa Religi

W dniu wczorajszym miała miejsce manifestacja lekarzy w Warszawie. Wiele tysięcy moich kolegów wzięło w niej udział. Wśród nich byli również samodzielni pracownicy nauki, kierownicy oddziałów, klinik i zakładów.

Byli młodzi i starsi doświadczeni lekarze. Reprezentowane więc było całe środowisko lekarskie.

Protest lekarzy trwa już wiele miesięcy. Przybiera coraz ostrzejsze formy. W kilku miejscach Polski prowadzony jest strajk anestezjologów. Kilku lekarzy zdecydowało się na dramatyczną formę protestu, przystępując do strajku głodowego. Chciałbym wyrazić głębokie ubolewania, że przedstawione wydarzenia mają miejsce. Jestem przekonany, że można było im zapobiec, gdyby rząd przystąpił wcześniej do rozmów z przedstawicielami środowiska lekarskiego.

Z uznaniem należy przyjąć decyzję Premiera o spotkaniu z reprezentacją Izb Lekarskich w przyszłym tygodniu. Zwracam się jednak do Pana Premiera, aby w tym spotkaniu wzięli również udział przedstawiciele Związku Zawodowego Lekarzy i Związku Zawodowego Anestezjologów.

Myślę, że wiele osób nie zdaje sobie sprawy z rzeczywistych przyczyn trwającego już od roku protestu lekarzy. Jestem lekarzem 35 lat i przeszedłem wszystkie stopnie rozwoju zawodowego i naukowego. W związku z tym problemy Służby Zdrowia nie tylko są mi bliskie, ale i doskonale znane. To właśnie zobowiązuje mnie do zajęcia stanowiska wobec powstałej sytuacji.

Opublikowane ostatnio wyniki kontroli NIK przeprowadzone w Zakładach Opieki Zdrowotnej wykazują, że większość badanych szpitali powinna być zamknięta z powodu fatalnych warunków sanitarno-epidemiologicznych. Dla nas lekarzy to nic nowego. My o tym wiemy od dawna. Wiemy również, że wiele szpitali nie ma sprzętu niezbędnego do ratowania życia ludzkiego w poważnych stanach chorobowych. W wielu szpitalach brak jest podstawowych narzędzi i leków. Ta sytuacja nie powstała jednak ostatnio. Ma ona miejsce już od kilkudziesięciu lat. Należy wyraźnie powiedzieć, że ochrona zdrowia była zawsze niedoinwestowana, a jej struktura organizacyjna sprzyjała marnotrawstwu przeznaczonych na nią skromnych finansów. Pensje lekarzy i pielęgniarek były i są poniżająca niskie. Musi więc budzić rozgorzczenie i oburzenie stwierdzenie rzecznika prasowego rządu o rzekomo wysokich zarobkach lekarzy. Zwracam się do Pani Minister o publiczne wyjaśnienie swojej wypowiedzi.

Zarówno dla mnie, jak i dla wielu lekarzy jest oczywistą rzeczą, że nakłady na ochronę zdrowia są pochodną stanu ekonomicznego państwa. Nikt nie oczekuje rzeczy niemożliwych. Nie oczekujemy natychmiastowego rozwiązania wszystkich naszych problemów. Mamy jednak prawo żądać, aby został przedstawiony długoterminowy plan naprawy dotychczasowych zaniedbań.

Restrukturyzacja Służby Zdrowia i oparcie jej działania na zasadach rynkowych jest obecnie podstawową i być może najważniejszą rzeczą. Popieram zasadnicze kierunki proponowanych reform. Nie widzę natomiast żadnego uzasadnionego powodu dla niezwykle powolnego tempa jej wdrażania. W moim przekonaniu, niczym nie jest to usprawiedliwione. Aby zmienić tę sytuację, proszę Pana Premiera o jak najszybsze powołanie komitetu do spraw reformy, którego przewodniczącym byłby pański przedstawiciel w randze ministra.

Przedstawianie Służby Zdrowia jedynie w tragicznym świetle jest oczywistą nieprawdą. Zbudowano wiele nowoczesnych ośrodków i są budowane następne.

Wprowadzono wiele nowoczesnych i bardzo drogich technologii medycznych. Polska medycyna może również poszczycić się wieloma sukcesami. U podstaw tych dokonań leży ogromne zaangażowanie, a często i poświęcenie szerokiej rzeszy lekarzy i pielęgniarek. Kryje się za tym olbrzymia praca, która nie była i nie jest doceniana. W każdym razie nie znajduje to odbicia w postaci wynagrodzeń za włożony trud i poświęcony czas. Tym bardziej należy się im szacunek. Aby tak się stało, proszę Pana Premiera o osobiste zaangażowanie się w rozwiązanie obecnego konfliktu.

Zbigniew Religa

KOLEJNY SZWINDEL MINISTERSTWA ZDROWIA

Ryszard Kijak

Lekarz Polski, październik 1997

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej dokonało kolejnego szwindlu. Tym razem chodzi o tzw. prawo do nieodpłatnego nabycia świadectw rekompensacyjnych za brak podwyżki wynagrodzeń w sferze budżetowej w okresie od 1 lipca 1991 r. do 30 czerwca 1992 r. Lekarzom, którzy pełnili w ww. okresie dyżury w macierzystej placówce, odebrano prawo do świadectw rekompensacyjnych z tego tytułu, mimo że posiadali wówczas osobną umowę o pracę na pełnienie dyżurów.

W opinii MZiOS, podpisanej przez... Krajowego Inspektora Farmaceutycznego (sic!) Wojciecha Kuźmierkiewicza, rozesłanej do wszystkich zakładów opieki zdrowotnej pełniących dyżury, autor prezentuje pogląd, iż prawo do świadectw posiadają lekarze z tytułu zasadniczej umowy o pracę, oraz z tytułu pracy na dyżurach, ale pełnionych wyłącznie w placówkach innych niż macierzysta (!).

Jeżeli lekarz pracował np. w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym, a dyżury (oczywiście na zasadzie osobnej umowy o pracę) pełnił powiedzmy w Sokółce, to otrzymywał świadectwa zarówno z tytułu pracy zasadniczej w WSZZ, jak i z tytułu dyżurowania w Sokółce.

Gdyby ten sam lekarz, pracujący we wspomnianym szpitalu, nie jeździł do Sokółki, a pełnił dyżury tylko w swojej jednostce, to podstawą do przyznania świadectw będzie tylko jego wynagrodzenie zasadnicze. Wynagrodzenie dyżurowe już nie...

To samo dotyczy nauczycieli akademickich. Otrzymają oni świadectwa rekompensacyjne zarówno z AM, jak i z PSK, gdzie pełnią dyżury.

Z kolei lekarze zatrudnieni w PSK dostaną jedynie świadectwa liczone od wynagrodzenia zasadniczego. Wynagrodzenie dyżurowe nie wchodzi w rachubę.

Krajowy Inspektor Farmaceutyczny motywuje swój pogląd tym, że lekarzy dyżurujących w zakładzie macierzystym wiąże jeden stosunek pracy. Taki sposób różnicowania, to nie tylko schizofrenia, ale przede wszystkim zwykłe kłamstwo.

Otóż do 2 lipca 1992 r. lekarze dyżurujący w swoich zakładach pracy musieli z pracodawcą podpisywać dwie umowy o pracę: pierwszą dotyczącą etatu, drugą dotyczącą pracy dyżurowej. Łączyły ich zatem z pracodawcą dwa stosunki pracy. Prawo do bezpłatnego nabycia świadectw rekompensacyjnych istnieje więc z obydwu tytułów.

Rozumowanie zaprezentowane przez MZiOS, a podpisane przez Krajowego Inspektora Farmaceutycznego, zawierające jeszcze kilka innych „nieścisłości”, urąga prawu i logice. Pismo nie powinno być honorowane przez dyrekcje placówek opieki zdrowotnej, ponieważ nie posiada żadnej mocy prawnej, jest tylko „prezentacją poglądu”.

Jest też jednym z wielu przejawów niekompetencji MZiOS oraz dyskryminacji wielotysięcznej rzeszy lekarzy. To nic innego, jak kolejna próba dokonania oszczędności kosztem ograniczenia praw grupy obywateli.

DYKTAT

Krzysztof Bukiel

Lekarz Polski, listopad 1997

„Dyktat” to słowo, które raczej źle się kojarzy. Nie pasuje do dzisiejszych czasów powszechnej tolerancji, dialogu, kompromisu. Zarzucić komuś publicznie dyktat, to prosty sposób aby zdyskredytować go w oczach opinii publicznej. Gdy zarzut ten dotyczy przeciwnika np. politycznego to zysk jest podwójny. Nie tylko kompromituje się jego, ale jednocześnie poprawia własny wizerunek. No bo jeśli walczy się z dyktatorem...

Obecny protest środowiska lekarskiego trwa od ponad roku i co jakiś czas przybiera różne, nowe formy. Najwyraźniej rządzący nie spodziewali się takiej determinacji i takiego uporu. Początkowo zdawali się zachowywać spokój. Demonstrowali swoje lekceważenie wobec protestujących, próbowali marginalizować problem. Podkreślali, że dotyczy on tylko „garstki zacietrzewionych działaczy”. Im bliżej było jednak do daty wyborów, tym reakcje przedstawicieli rządzących stawały się bardziej nerwowe.

Pierwszy nie wytrzymał premier Cimoszewicz. „To jest dyktat wobec sejmu!” – stwierdził publicznie w odpowiedzi na nasz nieustępliwy sprzeciw wobec rządowego projektu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Drugi raz sprawa „dyktatu” wróciła przy okazji grupowego wypowiedzenia umowy o pracę przez lekarzy pogotowia ratunkowego i anesteziologów województwa opolskiego. Tym razem zdenerwował się minister Kuszewski. „To jest dyktat wobec pracodawcy” oburzył się pan minister, nie zauważając – o paradoksie! – że z podobnym dyktatem mamy do czynienia od blisko 50 lat. Z tą różnicą, że sprawującym dyktat jest właśnie ów państwowy pracodawca, a poddanymi – lekarze zatrud-

nieni w zakładach publicznej służby zdrowia, którzy muszą zaakceptować przedstawione im warunki pracy i płacy lub zrezygnować z zawodu.

Kolejny raz o dyktat zostali oskarżeni głodujący anestezjolodzy z Warszawy, Katowic i innych miast. Najwyraźniej słowo to spodobało się przedstawicielom ustępującej koalicji, bo w tym mniej więcej czasie zarzucono dyktat (tym razem polityczny) Akcji Wyborczej Solidarność, której posłowie zawiesili krzyż w sali obrad Sejmu i zmienili regulamin pracy parlamentu.

Być oskarżonym o dyktat na pewno nie jest przyjemnie. W Polsce to słowo szczególnie źle się kojarzy. Wciąż mamy w pamięci dyktaturę ludzi owładniętych obłądną ideologią, a efektów tej dyktatury długo jeszcze nie będziemy mogli przewyciężyć – nie tylko w sferze gospodarczej. A jednak jest coś, co sprawia, że z pewną satysfakcją przyjmuję fakt oskarżania nas o dyktat. Paradoksalnie bowiem, oskarżyć kogoś o dyktat, to jednocześnie wyrazić się z uznaniem o jego pozycji i sile. Trudno przecież przypisywać komuś zapędy dyktatorskie, kto jest słaby i nic nie znaczy. Zatem... bądźmy dobrej myśli.

LOJALKA W PRZEMYSŁÓWCE

Ryszard Kijak

Lekarz Polski, styczeń 1998

Lekarze przemysłowi, tak jak lekarze wielu innych specjalności, prowadzi praktyki prywatne. Pacjenci mają wybór: mogą się zgłosić do Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy, albo wybrać prywatny gabinet specjalistyczny. Ostatnio jednak dyrekcja białostockiego WOMP postanowiła skończyć z tą anarchią i zmonopolizować rynek usług.

Dyrektor ośrodka swoim etatowym lekarzom przedstawiła ultimatum: albo zaprzestaną konkurencyjnej działalności, podpiszą lojalkę i zamkną gabinety prywatne, albo mają się wynosić z pracy. Ale nawet gdyby się zwolnili, to i tak będą przez WOMP ścigani jako przestępcy, ponieważ według pani dyrektor, zakaz konkurencji dotyczy również pracowników zatrudnianych w przeszłości.

Do namysłu lekarzom zostawiono zaledwie 4 dni. Jeżeli nie podpiszą umowy o zaprzestaniu konkurencji, to – zgodnie z pismem skierowanym do lekarzy – „*odmowa ze strony pracownika zawarcia ww. umów może być poczytana przez pracodawcę za przejaw nielojalności i uznana za ważną przyczynę wypowiedzenia umowy o pracę*”. Jako podstawę owej kuriozalnej decyzji dyrekcja podała artykuł 101¹ kodeksu pracy – o zakazie konkurencji.

W czasach, gdy w Polsce rozwija się wolny rynek usług medycznych, kiedy reforma opieki zdrowotnej nieuchronnie zmierza właśnie w kierunku zwiększenia konkurencyjności i urynkowienia tych świadczeń, gdy powstają prywatne gabinety i prywatne zakłady opieki zdrowotnej, które w celu zdobycia pacjenta muszą doskonalić jakość udzielanych świadczeń, postępowanie dyrekcji WOMP jest ewenementem w skali krajowej, powrotem do teorii wysnutych przez towarzyszy Marksa, Engelsa, Lenina i Stalina. Dyrekcja WOMP najwidoczniej uznała swój za-

kład za fabrykę czołgów, w której nie tylko obowiązuje ścisła tajemnica w zakresie spraw dotyczących produkcji, ale też trwa walka z wywiadem wojskowym i gospodarczym oraz prowadzona jest nieustannie ochrona technologii i know-how.

W medycynie jest odwrotnie. Doświadczenie i wiedza medyczna lekarza powinna być właśnie jak najszerzej udostępniana społeczeństwu w trosce o zdrowie pacjenta. Ani dyplomy lekarzy, ani ich stopnie specjalizacji, ani stosowane w WOMP procedury medyczne i rodzaje świadczeń, wiedza i doświadczenie zawodowe lekarzy nie są własnością tego jednego zakładu ani żadnego innego. Są własnością społeczną. W przeciwnym razie należałoby zlikwidować prywatną klinikę położniczo-ginekologiczną, gdzie zatrudnieni są lekarze pracujący etatowo gdzie indziej, gdyż stanowi ona konkurencję dla klinik i oddziałów ginekologiczno-położniczych szpitala klinicznego i wojewódzkiego.

Należałoby zlikwidować prywatny ośrodek kardiologiczny, który prowadzi lekarze etatowo zatrudnieni w AM, gdyż stanowi on konkurencję dla kliniki AM i oddziału kardiologicznego szpitala wojewódzkiego. Należałoby zlikwidować spółdzielnię „Eskulap”, gdzie są zatrudnieni lekarze pracujący etatowo w różnych placówkach, gdyż dla innych placówek stanowi ona konkurencję. W ogóle najlepiej byłoby zlikwidować wszystkie prywatne praktyki lekarskie i stomatologiczne prowadzone przez tych lekarzy, którzy na pełnym etacie są zatrudnieni w państwowych placówkach ochrony zdrowia, a praktyki prywatne uprawiają po godzinach normalnej pracy.

Należałoby też, oczywiście, wypowiedzieć wszystkie umowy o dzierżawę pomieszczeń w szpitalach i przychodniach, gdzie popołudniami wre krecia, konkurencyjna robota, gdyż jest to właśnie konkurencja dla zakładu macierzystego i to jeszcze prowadzona wrednie pod jego własnym dachem. Skąd my to znamy? Realizacja tej idei doprowadziłaby do ponownej monopolizacji usług medycznych i cofnęłaby system opieki zdrowotnej w Polsce do epoki stalinizmu.

W komentarzu do kodeksu pracy, napisanym przez sędziów Sądu Najwyższego J. Iwulskiego i W. Sanetrę, wyraźnie i bez cienia wątpliwości stwierdza się co następuje: *„Możliwe są bowiem sytuacje, gdy nawet prowadzenie identycznej działalności nie będzie mogło być potraktowane jako działalność konkurencyjna. Na przykład prowadzenie prywatnej*

praktyki przez lekarza nie będzie mogło być uznane za działalność konkurencyjną dla publicznego zakładu opieki zdrowotnej”. I tyle.

W administracji ciągle jeszcze funkcjonują osoby, które bez względu na nieodwracalność toczących się przemian ustrojowych i bez względu na zwykły zdrowy rozsądek, wciąż jeszcze tęsknią za państwowym monopolem i systemem nakazowo-rozdzielczym rodem z minionej epoki. Zamiast konkurować na rynku poprawą organizacji pracy i jakością świadczonych usług, usiłują „kosić” uzależnioną od siebie konkurencję poprzez wywieranie na pracowników bezprawnych działań. Zjawisko to dotyczy zresztą nie tylko Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Białymstoku.

PO WIELKIM CZWARTKU PRZYCHODZI W KOŃCU WIELKA NIEDZIELA

Krzysztof Bukiel

Biuletyn Informacyjny OZZL, kwiecień 1998

Z czym może kojarzyć się Wielki Czwartek? Z ostatnią wieczerzą, z ustanowieniem Eucharystii i sakramentu kapłaństwa, oraz... ze zdradą. Do niedawna – ze zdradą Judasza. 9 kwietnia, w Wielki Czwartek, odbyło się posiedzenie Rady Ministrów. Było to już któreś z kolei posiedzenie, na którym miał się zdecydować ostateczny kształt rządowego projektu nowelizacji ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Wszystkie poprzednie kończyły się bez rozstrzygnięć w tej sprawie (...). Tym razem decyzje zapadły. Ogłoszono „historyczny” kompromis między ministrem zdrowia a ministrem finansów, a właściwie między UW a AWS.

Powstał wspólny, rządowy projekt nowelizacji ustawy uchwalonej w lutym 1997 r. przez koalicję SLD-PSL. Wszyscy pamiętamy, jak wielkie nadzieje z tą nowelizacją wiązali lekarze. Premier Buzek wielokrotnie powtarzał (...), że jego rząd zrealizuje przedwyborcze zapowiedzi i wprowadzi program zmian w służbie zdrowia przygotowany przez AWS (...).

Po pierwsze: składka na ubezpieczenie wynosić będzie nie 10 procent, jak chciało SLD, ale 11 procent.

Po drugie: kasy chorych będą zarządzane bez udziału przedstawicieli administracji rządowej lub samorządowej, a tylko przez reprezentantów ubezpieczonych.

Po trzecie: wysokość składki i zakres współpłacenia mogą być zmienione samodzielnie przez kasę.

Po czwarte: powstanie Zrzeszenie Lekarzy Kas Chorych, z którym kasa, na drodze równoprawnych negocjacji, uzgodni cennik za usługi lekarskie.

Po piąte: wszyscy ubezpieczeni będą mieli jednakowe prawo do refundacji kosztów lekarstw, bez względu na to czy leczą się u lekarza „kontraktowego”, czy takiego, który nie ma podpisanej umowy z kasą chorych.

Takie były przedwyborcze zapowiedzi, a jaka ich realizacja? 9 kwietnia, w Wielki Czwartek, rząd koalicji AWS-UW ustalił:

Po pierwsze: składka na ubezpieczenie nie będzie wynosić 11 procent, ani nawet 10 procent, ale 7,5 procent.

Po drugie: kasy będą współzarządzane przez przedstawicieli władz samorządowych.

Po trzecie: wysokość składki przez pierwsze 3 lata będzie stała, po tym czasie będzie mogła ulec zmianie w wyniku referendum mieszkańców.

Po czwarte: nie będzie Zrzeszenia Lekarzy Kas Chorych ani żadnych negocjacji w sprawie lekarskich (i innych) wynagrodzeń. Ceny maksymalne za usługi lekarskie podyktuje kasa, a lekarze będą mogli co najwyżej licytować się kto zechce zarabiać mniej.

Po piąte: lekarze, którzy nie zgodzą się na warunki kontraktów dyktowanych przez kasy, nie będą mieli prawa wypisywania „ulgowych” recept.

W Wielki Piątek dziennikarz spytał mnie, jak oceniam osiągnięty przez rząd kompromis. Kompromis? To jest kompromitacja, nie kompromis. Kompromitacja AWS, która sprzeniewierzyła się własnemu programowi i zrezygnowała ze wszystkich zapisów różnicujących jej projekt od ustawy SLD-PSL (obniżając dodatkowo ilość pieniędzy przeznaczonych na leczenie). Kompromitacja premiera Buzka, który okazuje się być premierem „malowanym”. Skompromitował się też „liberał” Balcerowicz. Chociaż obiecywał zmniejszenie podatków, nie zgodził się oddać obywatelom 10 procent ich dochodów, a zamiast zapowiadanej likwidacji szarej strefy w służbie zdrowia – stworzył trwałe podstawy do jej stałego rozszerzania w warunkach zaplanowanego deficytu środków przeznaczonych na leczenie. Żał było patrzeć na ministra Maksymowicza i minister Kamińską, jak „wili” się podczas konferencji prasowej,

robiąc dobrą minę do złej gry i używając tych samych argumentów, które tak niedawno krytykowali, gdy padały one z ust przedstawicieli SLD.

Zapowiadany „rząd przełomu” – dla nas – lekarzy i dla całej służby zdrowia okazał się „rządem kontynuacji”, a jego decyzja z 9 kwietnia br. jeszcze jednym zawodem. Co nam pozostaje teraz? (...). Zostaliśmy zepchnięci na pozycje wyłącznie roszczeniowe (...). Musi się nam udać! Przecież po Wielkim Czwartku przyjdzie w końcu Wielka Niedziela.

CZEGO SIĘ BOI WOLNA PRASA

Krzysztof Bukiel

Lekarz Polski, sierpień 2000

Zgodnie z wcześniej podjętą decyzją, OZZL rozpoczął akcję informacyjno-propagandową, której celem jest uświadomienie jak najszerszym kręgom społeczeństwa zagrożeń, jakie stwarzają niektóre elementy wprowadzanej właśnie reformy ochrony zdrowia.

Chcemy wskazać na te elementy nowego systemu, które uniemożliwiają nam normalne leczenie, zgodne z kanonami wiedzy medycznej i z rzeczywistymi potrzebami chorych. Mamy na myśli przede wszystkim całkowite uzależnienie systemu od polityków: oni decydują o tym, jak wiele pieniędzy przeznacza się na ochronę zdrowia, a w ich hierarchii wartości zdrowie pojedynczego człowieka ma bardzo słabą pozycję. Ważniejsze są takie cele jak utrzymanie ciągle rozrastającej się biurokracji, dopłaty do wielkich państwowych przedsiębiorstw, skierowanie strumienia pieniędzy publicznych do pozostających niemal bez kontroli różnych funduszy i agencji. W takim systemie ochrony zdrowia lekarz jest ubezwłasnowolniony (podobnie zresztą jak i pacjent) i pozostaje na usługach systemu, a nie chorego.

Dlatego OZZL postuluje od lat odpolitycznienie ochrony zdrowia. Finansowaniem lecznictwa powinny się zająć konkurujące ze sobą firmy ubezpieczenia zdrowotnego, które same powinny ustalać warunki ubezpieczenia, w tym i wysokość składki – tak, aby system nie był (jak obecnie i jak przed reformą) deficytowy. Odpowiednie zmniejszenie podatków ma być warunkiem umożliwiającym wszystkim obywatelom wykupienie składki ubezpieczeniowej. Tym, którzy tego nie będą w stanie uczynić – nie ze swojej winy – powinno pomóc państwo.

Taki w skrócie jest program OZZL, głoszony przez nas publicznie nie od dzisiaj. Taką mniej więcej treść zawierał „List do pacjenta”, opra-

cowany przez nas we współpracy ze Stowarzyszeniem Internistów Polskich. List ten chcieliśmy zamieścić w formie płatnego ogłoszenia, które miało ukazywać się przez trzy dni 29, 30, 31 sierpnia br. w dzienniku Rzeczpospolita. Właśnie formę płatnych ogłoszeń, zamieszczonych przez trzy wspomniane wyżej dni w najbardziej poczytnych centralnych gazetach codziennych wybraliśmy jako pierwszy etap naszej akcji propagandowo-informacyjnej. Wybrane przez nas gazety to: Rzeczpospolita, Gazeta Wyborcza, Nasz Dziennik, Trybuna, Super Express, Życie. Treść ogłoszeń w poszczególnych gazetach nieco różni się od siebie, tak aby przekazać możliwie dużo informacji. Wybraliśmy taką formę akcji nie tylko dlatego, żeby dotrzeć do stosunkowo szerokiego kręgu obywateli (łączny nakład powyższych gazet przekracza grubo 1 mln egzemplarzy). Chcieliśmy również, aby ta niespotykana dotychczas forma związkowej demonstracji zwróciła ponownie większą uwagę mediów i polityków (w gorącym okresie przedwyborczym) na poruszane przez nas sprawy.

Nie spodziewaliśmy się, że wybierając ten sposób zwrócenia się do obywateli możemy napotkać na jakiegokolwiek przeszkody. Przecież za treść płatnych ogłoszeń odpowiada – zgodnie z prawem – autor ogłoszeń. Czy można było przypuścić, że jakakolwiek gazeta w takiej sytuacji odmówi nam publikacji ogłoszeń? Tym bardziej, że 90 proc. ich treści, to były fakty. Okazało się jednak, że ogłoszenia nasze wywołały wiele zamieszania w redakcjach gazet, do których się zwróciliśmy. Wszędzie trafiały na najwyższy szczebel decyzyjny i niestety w części zostały odrzucone.

Między innymi wspomniana wcześniej Rzeczpospolita odmówiła zamieszczenia „Listu do pacjenta”. Dlaczego? Oficjalnie z powodu „niezgodności treści ogłoszeń z linią programową gazety”. To oficjalne stanowisko to oczywiście żart, albo pretekst. Czy to jest możliwe, aby redaktorzy Rzeczpospolitej chcieli powiedzieć, że przytaczanie faktów jest sprzeczne z linią programową ich gazety? W nieoficjalnej rozmowie przyznano, że chodzi o politykę. Gazeta nie chce po prostu narażać się! No właśnie, komu nie chce narażać się wolna prasa w Polsce? Niestety, podobne stanowisko przyjął Nasz Dziennik. Tutaj oficjalnej odpowiedzi, nie otrzymaliśmy, nieoficjalnie poinformowano mnie, że ogłoszenie może być zamieszczone po wyborach prezydenckich (jest już zatem pewna wskazówka, kogo lub czego boi się wolna prasa). Gazeta Wybor-

cza próbowała wykręcić się sianem, twierdząc, że nie może publikować ogłoszeń, bo nie podaliśmy źródeł naszych informacji zamieszczanych w ogłoszeniach (nieoficjalnie znowu przyznano, że „sprawa jest polityczna”). Gdy jednak źródła podałem, treść ogłoszeń znowu wróciła „na najwyższy szczebel decyzyjny” i do dzisiaj (27 sierpnia) odpowiedzi nie ma. Nie wiem zatem, czy ogłoszenia w Wyborczej ukażą się czy nie.

Cały ten incydent, bo trudno znaleźć lepsze określenie na powyższe zdarzenia, musi budzić niesmak. Najbardziej cenione, pierwszorzędne polskie gazety codzienne potraktowały lekarzy i ich poglądy jako coś niepożądanego na swoich łamach, coś, co narazi ich na utratę wiarygodności i niezależności (jak to określił jeden z moich rozmówców). Czy to nie jest znak czasu? Kiedyś w demokratycznych krajach redakcje gazet wstydziły się zamieszczać ogłoszenia o treściach nieobyczajnych, wulgarnych, niegrzecznych, dzisiaj obawiają się treści, które noszą znamię politycznej niepoprawności.

KARTKI NA AGONIĘ

Ryszard Kijak

Lekarz Polski, listopad 2000

Przez prawie pół wieku pacjenci byli przyzwyczajeni do tego, że przychodnie i szpitale stały dla nich otworem, bo społeczeństwu się to słusznie należało. Jeszcze nie rozumieją, iż czasy się zmieniły. Nie zdają też sobie sprawy, że tragedie pod drzwiami szpitali i przychodni będą się zdarzać coraz częściej. Pod drzwiami, które zatrząskują przed nimi strażnicy „budżetu”, nie tyle nawet reglamentując liczbę świadczeń, ile limitując ich finansowanie, co w rezultacie na jedno wychodzi.

W okresie „błędów i wypaczeń” były przydziały na podróże zagraniczne, książki, benzynę, wódkę, papierosy, samochody, masło, wędliny, pralki, telewizory, odzież, banany, zachodnią muzykę i diabli wiedzą co jeszcze. Nie reglamentowano jedynie przyjaźni polsko-radzieckiej, octu i chorób.

Teraz odwrotnie. Przyjaźni nie uświadczysz ani na lekarstwo, nie tylko od narodu „radzieckiego”, ale nawet od swojego własnego. Banany są tańsze od jabłek i gniją na straganach. Ale najważniejszym novum okazało się reglamentowanie chorób, ustanawianie limitów na leczenie i tworzenie kolejek po świadczenia zdrowotne.

Sprzedam kartkę na poród. Emeryt.

Tam, gdzie są limity, tam muszą być kartki. I kartki już są. Przecież koncesja, kontyngent albo na przykład taka promesa z kasy chorych, to nic innego jak kartka. Ochrona zdrowia w Polsce wyraźnie zmierza do wprowadzenia systemu kartkowego.

Może już niedługo w prasie będziemy czytać takie na przykład ogłoszenia:

„Dwie kartki na łupież zamienię na rolkę papy. Łysy.”

„Pilnie zamienię kartkę na zawał na kartkę na wyrostek. Optymista.”

„Sprzedam kartkę na koklusz. Kombatant.”

„Poszukuję litościwego, który odda mi kartkę na trepanację czaszki. Jajogłowy.”

„Z powodu wyjazdu za Odrę sprzedam kartkę na odrę. Turystka z dzieckiem.”

„Kartkę na kiłę sprzedam, najchętniej kierowcy. Pracownica drogową.”

„Po teściowej, która nie doczekała, sprzedam kartkę na endoprotezę stawu biodrowego lub zamienię na komplet protez zębowych. Nieutulony w żalu zięć.”

Na słupach ogłoszeniowych znajdziemy afisze o treści:

„Chaziajska Regionalna Kasa Chorych ogłasza przetarg nieograniczony na pięć kartek na ostrą trzustkę. Przetarg odbędzie się za dwa lata. Chętni winni są wpłacić do ChRKCh wadium w wysokości 10 tysięcy złotych. Przetarg może zostać unieważniony w każdej chwili bez podania przyczyn i bez zwrotu wadium.”

„Przyjdź z dziećmi w niedzielę do parku na festyn! Weź udział w loterii i wygraj kartkę na cewnikowanie pęcherza moczowego. Przynieś ze sobą od razu worek na mocz! Jeśli nie masz worka, przyjdź z reklamówką.”

A w telewizji obejrzymy takie reklamy:

„Wielka promocja! Do każdego swojego produktu firma Glumbumdrum gratisowo dołącza kartkę na obcięcie nogi. Dzięki nam nigdy nie spocą się Wam skarpety! Kupujcie tylko nasze wyroby!”

„W każdej paczce kawy Cipo znajdziesz kartkę na wyrwanie zęba! Będziesz mogła pić kawę przez słomkę! Tylko kawa Cipo urody Ci doda!”

2001-2006

POWTÓRNE FIASKO

Ryszard Kijak

Gazeta Prawna, październik 2001

Nie wszystkie związki zawodowe uczestniczące w rokowaniach podpisały ponadzakładowy układ zbiorowy pracy dla pracowników zakładów budżetowych opieki zdrowotnej. Tym samym, układ ten nie będzie mógł wejść w życie.

Spośród pięciu związków, które przystąpiły do drugiej tury rokowań, podpis pod zaproponowanym tekstem w dniu 4 października br. złożyły: Niezależny Samorządny Związek Zawodowy „Solidarność”, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych i Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia. Nie podpisały układu: Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy.

Pierwsza tura zakończyła się fiaskiem we wrześniu 1999 r., ponieważ OZZPiP i OZZL odmówiły podpisania ze względu na niemożność wynegocjowania satysfakcjonujących zapisów dotyczących wynagrodzeń.

Druga tura rozmów rozpoczęła się 14 marca 2001 r. z inicjatywy FZZPOZ. Układ bezpośrednio miał dotyczyć 29 budżetowych jednostek pozostających w gestii MZ. Ale, zgodnie z par. 1. art. 241¹⁸ ustawy Kodeksu pracy, minister właściwy do spraw pracy mógłby rozszerzyć (zgeneralizować) jego stosowanie (w całości lub części) na pracowników zatrudnionych u pracodawcy nie objętego żadnym układem ponadzakładowym, prowadzącego taką samą lub zbliżoną działalność. Wówczas postanowienia układu, gromadzącego i doprecyzowującego różnorodne przepisy dotyczące relacji pomiędzy pracodawcą a pracownikiem, rozrzucone dotychczas w wielu przeróżnych aktach prawnych, objęłyby (poza ok. ośmiu tysiącami pracowników budżetowych) również kilkaset tysięcy osób zatrudnionych w samodzielnych zoz-ach.

Na pierwszym spotkaniu drugiej tury przedstawiciele OZZPiP i OZZL zgodnie oświadczyli, iż przede wszystkim należy skoncentrować się na kwestiach płacowych, bo reszta jest znacznie łatwiejsza do negocjacji. OZZL żądał powiązania wynagrodzenia lekarzy ze średnią krajową i ustalenia (a przynajmniej zbliżenia) płacy do poziomu 1,5 średniej dla lekarza bez specjalizacji, 2,5 średniej dla lekarza z pierwszym stopniem, a 3,5 – z drugim, i tego stanowiska konsekwentnie trzymał się do końca. OZZPiP z kolei domagał się ok. 1,5 średniej krajowej dla pielęgniarek.

W zaproponowanej ostatecznie treści układu płace zostały jednak oparte na znanej od lat tabeli miesięcznych stawek wynagrodzenia zasadniczego dla danej kategorii zaszeregowania. Nie uwzględnione też zostały m.in. zastrzeżenia dotyczące zbyt dużej liczby dyżurów, do których zakład może zobowiązać pracownika.

W przeciwieństwie do stanowiska Komisji Krajowej NSZZ „S” oraz Prezydium OPZZ i Rady Krajowej FZZPOZ, przedstawiciel Zarządu Krajowego OZZL oświadczył 4 października, iż *„w przedstawionym projekcie nie znalazło się nic aż tak atrakcyjnego i bardziej korzystnego niż w obowiązujących przepisach, co mogłoby zachęcić OZZL do jego podpisania”*. Natomiast Zarząd Krajowy OZZPiP przysłał faks, w którym poinformował MZ, że *„po zapoznaniu się z nowym projektem ponadzakładowego układu zbiorowego pracy Zarząd Krajowy stwierdza, iż nie podpisze układu”*. W kilku punktach wytknął też projektowi sprzeczność z obowiązującym prawem.

Mimo to, sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Tomasz Grottel stwierdził: *„Dobrze jest, iż nawet zapisy, które niewiele zmieniają w stosunku do tych zapisów, które dzisiaj obowiązują a są ustawowo regulowane, znajdują się w układzie zbiorowym pracy, ponieważ będzie to gwarancja, iż w momencie, kiedy te zapisy staną się mniej korzystne w ustawach, będą dalej obowiązywały w układzie”*.

OZZL uznał jednak, że skoro projekt układu nie różni się w istotny sposób od obowiązujących aktów prawnych, jego podpisanie byłoby wyrazem akceptacji obecnych warunków pracy, a zwłaszcza płacy. Związek nie podzielił poglądu, że z obawy przed tym iż może być gorzej, należy się zgodzić z tym co jest.

SPONSORA POSZUKUJĘ!

Krzysztof Bukiel

Służba Zdrowia, luty 2002

Takie ogłoszenia ukazują się od czasu do czasu w gazetach. Zwykle jednak nie w dziale „biznes” lub podobnym ale w ogłoszeniach „towarzystw”. Trzeba bowiem przyznać, że autorzy, a właściwie autorki, tych ogłoszeń są uczciwi. Nie ukrywają, że owe starania o „sponsora” mają w istocie charakter (auto)stręczycielstwa, a relacje między sponsorowaną a „sponsorem” są analogiczne jak między prostytutką i jej klientem.

Takiej uczciwości nie mają jednak osoby odpowiedzialne od lat za kształt polskiej służby zdrowia. Głoszą one – i realizują w praktyce – doktrynę, że zakłady opieki zdrowotnej, finansowane ze środków publicznych, w tej liczbie szpitale, indywidualne praktyki lekarskie oraz – głośno ostatnio – pogotowie ratunkowe nie mogą zarabiać na leczeniu ludzi. Jest to bowiem, w myśl owej doktryny, nieetyczne i niehumanitarne, uniemożliwiające powszechny dostęp do świadczeń zdrowotnych. Pozostając w zgodzie z tą doktryną, politycy decydujący o rozdziale publicznych pieniędzy, nie przejmują się zbytnio, że ilość środków przeznaczanych na służbę zdrowia jest dalece niewystarczająca w stosunku do potrzeb.

Dyrektorów placówek medycznych, którzy narzekają na niedostatek pieniędzy pouczają: *pieniędzy z pewnością więcej nie będzie i zachęcają: musicie sobie radzić w inny sposób, szukajcie sponsorów!* Jak bardzo ta idea „sponsorowania” służby zdrowia przesiąkała umysły wielu naszych polityków i decydentów niech świadczy fakt, że kilka lat temu tytuł „menedżera roku” w moim województwie przyznano dyrektorowi publicznego ZOZ-u, właśnie za szczególną umiejętność pozyskiwania „sponsorów” dla swojego szpitala, którą nazwano eufemistycznie: „niekonwencjonalnym sposobem zarządzania”. Innym przykładem może

być epizod z naszego ostatniego spotkania z posłami klubu parlamentarnego SLD. Na nasz postulat aby urynkować świadczenia zdrowotne, usłyszeliśmy, mniej więcej takie słowa: „*nigdzie na świecie szpitale nie utrzymują się z samego leczenia, muszą być sponsorowane*”.

Kadra zarządzająca zakładami opieki zdrowotnej w naszym kraju jest pojętna i potrafi dostosować się do istniejących warunków. Dlatego w ostatnich 10 latach ilość firm wspomagających placówki publicznej służby zdrowia wzrastała bardzo szybko, a w poszukiwanie „sponsorów” wprzęgnięto również ordynatorów, pielęgniarki oddziałowe, „ustosunkowanych” lekarzy i innych pracowników. Wszyscy, a zwłaszcza władze publiczne różnego szczebla były zadowolone z tej „przedsiębiorczości”, która pomimo skrajnego niedofinansowania służby zdrowia pozwalała na zakup nowego sprzętu, drobne remonty, wyposażenie sal chorych czy chociażby poprawę warunków socjalnych pracowników.

Jednak sponsoring nie jest działalnością charytatywną i bezinteresowną. Mieści się raczej w katalogu zachowań handlowych i marketingowych. Naczelną zasadą sponsoringu jest korzyść obopólna. Nic więc dziwnego, że firmy sponsorujące placówki służby zdrowia oczekiwały korzyści dla siebie. Jeśli był to producent sprzętu diagnostycznego, chciał aby sponsorowany szpital kupował odczynniki tylko u niego; firmy farmaceutyczne liczyły na zwiększenie sprzedaży swoich leków, a firmy budowlane na zamówienia na remonty.

Czy można się dziwić, że również właściciele firm pogrzebowych, którzy sponsorowali szpitale i pogotowia ratunkowe, liczyli na zwiększenie swoich obrotów. Niektórzy uzyskiwali niepisaną wyłączność na pochówek osób zmarłych w danym szpitalu, inni szli krok dalej – „sponsorując” pracowników służby zdrowia w zamian za informację o zgonach – czyli pomoc w zwiększaniu obrotów danej firmy. Było to tym prostsze, iż wspomniana wcześniej doktryna, że zarabianie na leczeniu w placówkach publicznej służby zdrowia jest nieetyczne odnosi się również do personelu medycznego, który także *powinien sobie jakoś poradzić*.

Trudno przypuścić, aby rządzący naszym krajem politycy, zachęcający dyrektorów i pracowników służby zdrowia do „radzenia sobie” w trudnych warunkach, i nagradzający „niekonwencjonalne sposoby zarządzania” nie wiedzieli co to jest sponsoring i jaką cenę trzeba za

niego zapłacić. Nawet autorki przytoczonych na wstępie ogłoszeń mają tę świadomość. Dlatego nie wierzę w szczerą zdziwienie, oburzenia czy żalu, wyrażanego przez osoby rządzące naszym krajem i ochroną zdrowia przy okazji „ujawniania” kolejnych patologii: przekupywania lekarzy czy „naukowców” przez firmy farmaceutyczne, opłacania pracowników służby zdrowia za informacje o zgonach, „sterowania” przetargami na sprzęt lub remonty dokonywane w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Również ostatnie działania ministra zdrowia, podjęte w wyniku tzw. afery łódzkiej zdają się potwierdzać moje przekonanie. Zapowiedziany przez ministra bezpośredni jego nadzór nad pogotowiem ratunkowym i sądami lekarskimi stanowi jedynie walkę z objawami patologii, a nie z jej przyczynami. Nie słyszymy natomiast zapowiedzi takich działań, jak: wprowadzenie normalnych ubezpieczeń zdrowotnych, które zbilansowałyby ilość pieniędzy przeznaczanych na leczenie z ilością świadczeń, prywatyzacja służby zdrowia, istnienie wolnej konkurencji między szpitalami, lekarzami i innymi zakładami opieki zdrowotnej, urynkowanie płac w ochronie zdrowia, wprowadzenie prawdziwie wolnego wyboru lekarza, szpitala i innej placówki medycznej.

OSTATNI WYSTĘP DIDŻEJA ŁAPY

Ryszard Kijak

Lekarz Polski, luty 2003

Czy jest możliwe, żeby kasa chorych zakamuflowała na swoim koncie bankowym jakąś kwotę i opóźniła jej uruchomienie? Owszem, jest. Czy jest możliwe, aby wszystkie kasy chorych w kraju „przytrzymały” w pierwszym kwartale roku 2003 miliard zł? Owszem, jest.

Przez trzy kwartały roku 2001 Podlaskiej Regionalnej Kasie Chorych udało się w bardzo prosty sposób zaoszczędzić 80 mln zł. Pierwszych wypłat za świadczenia medyczne kasa dokonała dopiero w marcu 2001 r. Żyjąc przez trzy miesiące na kredyt, świadczeniodawcy wpadli w spiralę zadłużenia, z której nie wygrzebali się do dziś i długo jeszcze potrwa, zanim się wygrzebią, o ile w ogóle do tego dojdzie. Gdy kasa zaczęła wreszcie płacić, należne kwoty przekazywała z dużym opóźnieniem. Nie uruchamiała też kolejnych środków, które do niej przychodziły, lecz gromadziła je na swoich rachunkach bankowych. Kontrakty, oczywiście, były zaniżone.

W ten sposób, kosztem placówek medycznych, do września r. 2001 PRKCh „zaoszczędziła” ok. 80 mln. Nieprawidłowości te zostały potwierdzone przez prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych Piotra Gryzę, oraz przez jego następcę, Michała Żemojdę, wskutek czego dyrektor PRKCh Jerzy Florys i wicedyrektor ds. finansowych Bożena Grotowicz stracili pracę. Ale co tam kasa podlaska. Śląskiej Regionalnej Kasie Chorych udało się na pewien czas odłożyć pół miliarda!

Miliard w rozumie

Skoro taki ruch był możliwy w kilku kasach, to czy nie można hipotetycznie założyć, że ktoś zechciałby go powtórzyć w skali całego kraju?

Takie pytanie zadał Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy na zorganizowanej w Warszawie 13 stycznia br. konferencji prasowej.

Na zasadzie opisanego wyżej manewru, można by było w pierwszym kwartale roku 2003 schować w ogólnopolskim budżecie opieki zdrowotnej „zaskórniaka” w wysokości, bagatela, jednego miliarda złotych! Po co? A po to, by wyciągnąć go wtedy, gdy ruszy Narodowy Fundusz Zdrowia, i by powiedzieć wówczas: „Patrzcie, jak działa Fundusz! Ledwo zaczął funkcjonować, a już znalazły się pieniądze!”

Uprawdopodobnieniem takiego scenariusza jest fakt, iż – mimo zaprzeczeń ministerstwa zdrowia – większość kas chorych początkowo zaproponowała świadczeniodawcom kontrakty o 7-30 procent niższe, niż w takim samym okresie roku ubiegłego. Zmniejszyłoby to wydatki kas chorych w I kwartale br. o ok. pół miliarda zł. Następne ćwierć miliarda kwartalnych „oszczędności” można dokonać, „zapominając” uwzględnić niemal miliardowe zwiększenie budżetu kas chorych z tytułu podwyższenia składki o 0,25 procent.

Kolejne ćwierć miliarda dołożymy z różnicy pomiędzy zakładaną ściągalsnością składek a faktyczną. A gdyby jeszcze dodać oszczędności na lekach, wynoszące – zdaniem ministerstwa zdrowia – 600 mln zł, wówczas „zaskórniak” w I kwartale grubo przekroczyłby miliard. Ale powiedzmy, że ta ostatnia kwota poszłaby na zbilansowanie ujemnego salda kas. Jeśli więc nawet ją się pominie, to i tak, w sumie, w pierwszych trzech miesiącach roku 2003 możliwe jest czasowe zatrzymanie w systemie co najmniej miliarda zł.

Jeżeli wynoszący 600 mln zł deficyt kas bilansuje się z nadwyżką wypracowaną na lekach, to pieniądze dołożone do systemu wskutek zwiększenia składki (a właściwie z wprowadzenia nowego podatku) z 7,75 do 8 procent, powinny stanowić czysty „zysk” i musiałyby przełożyć się na zwiększenie wartości kontraktów. Tymczasem kontrakty są co najwyżej równe, a częściej – niższe, niż w roku ubiegłym. Coś tu jest nie tak.

Więcej znaczy mniej

Częściowym wytłumaczeniem tego, że – pomimo nominalnego wzrostu składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne – faktyczna ilość pieniędzy przeznaczanych na poszczególne świadczenia ze środków publicznych maleje, może być fakt, iż na kasy chorych przerzucono

dodatkowe zadania bez adekwatnego zwiększenia ilości środków pozostających w ich dyspozycji (procedury wysokospecjalistyczne jak np. koronarografia i koronarpłastyka, pogotowie ratunkowe, ratownictwo medyczne). Zadania te były wcześniej finansowane z budżetu państwa.

Ponadto, kasy zostały bardziej obciążone z powodu zwiększenia zakresu bezpłatnych świadczeń stomatologicznych dla ciężarnych i dzieci, a także zmniejszenia podstawy obliczania wysokości składki płaconej przez budżet państwa za część ubezpieczonych. Kolejne takie zmniejszenie zapisano w ustawie o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Nie przekazanie kasom środków wydawanych na te cele oznaczają oszczędność dla budżetu państwa, a dla kas oznaczają zwiększenie wydatków.

Ta pobieżna analiza sytuacji finansowej w ochronie zdrowia wykazuje, że nie ma żadnych podstaw do twierdzenia, iż po wprowadzeniu NFZ sytuacja materialna placówek opieki zdrowotnej się poprawi. Może być nawet gorsza, niż dotychczas. Obiecane przez byłego ministra zdrowia Mariusza Łapińskiego ujednoczenie stawek za poszczególne świadczenia zdrowotne oznacza – po prostu – zrównanie ich do najmniejszych w kraju. Świadczyć może o tym proponowana przez kasy chorych w całej Polsce cena za 1 punkt, wynosząca 10 zł i 10 gr., podczas gdy w najbiedniejszej kasie (podlaskiej) w roku ubiegłym 1 punkt wart był 11 zł, a w II kwartale nawet 14 zł. Założona na rok 2003 cena punktu wynosząca 10 zł 10 gr jest więc niższa od najniższej obowiązującej w kraju w roku 2002, czyli nie jest to nawet średnia cena krajowa.

OZZL nie wyklucza, że minister Łapiński, który przejął kontrolę nad kasami chorych, zaniżając stawki na świadczenia zdrowotne w roku 2003, chciał „uzbierać” pieniądze (w kwocie ponad czterech mld w skali roku, czyli ponad jednego mld w I kwartale) na sfinansowanie swojej reformy służby zdrowia. Celowo mógł zasugerować kasom zmniejszenie stawek, aby – po wprowadzeniu NFZ – w kolejnych kwartałach bieżącego roku przywrócić stawki z roku 2002 i ogłosić to jako poprawę sytuacji i sukces dopiero co wprowadzonego Funduszu. Praktyczną możliwość zastosowania takiej strategii obrazują podane na wstępie przykłady Podlaskiej i Śląskiej Regionalnej Kasy Chorych.

Ostatni gwóźdź do trumny

Konferencja prasowa OZZL z 13 stycznia 2003 r. była bardzo udana. Z liczących się na rynku mediów nie pojawiła się chyba tylko Rzeczpospolita i Polsat. Wypowiedzi przedstawicieli Zarządu Krajowego OZZL: Krzysztofa Bukieła, Marii Balcerzak, Ryszarda Kijaka, Włodzimierza Kasierskiego, Dariusza Ratajczaka, i członka OZZL Piotra Watoły (na konferencję nie zdążył dotrzeć Andrzej Sokołowski, który utkwiał w zatorze spowodowanym wypadkiem samochodowym), były cytowane przez TVP1 (Wiadomości), TVP2 (Panoramę), TVP3, TVN (Fakty) i TVN24, oraz przez większość ogólnopolskich i lokalnych stacji radiowych. W dniu konferencji TVN24 nadała 20-minutową rozmowę „na żywo” z R. Kijakiem.

Pytanie zadane przez OZZL powtórzyła 14 stycznia prasa (m.in. Gazeta Wyborcza i Nasz Dziennik).

TVP1 nagrała z M. Balcerzak obszerny materiał, który został wyemitowany 16 stycznia wieczorem, jako wprowadzenie do „Tygodnika politycznego Jedyńki”, poświęconego sytuacji w opiece zdrowotnej. A już następnego dnia, 17 stycznia, o godz. 13³⁰ premier Leszek Miller ogłosił odwołanie M. Łapińskiego z funkcji ministra zdrowia.

Siedząc 16 godzin wcześniej w studiu TVP1 i słuchając przedstawianych przez M. Balcerzak zarzutów OZZL, ani minister M. Łapiński, ani wiceminister E. Kralkowska, ani obecni tam posłowie i senatorowie, nie sprawiali wrażenia, że wiedzą, na co się zanoszą. Minister Łapiński krytykował domniemania OZZL jako absurdalne (przemilczając skrętnie „doświadczenia” kasy śląskiej i podlaskiej w tym zakresie), narzekał na opóźnienia legislacyjne związane z ustawą o ubezpieczeniu w NFZ, i obiecywał, że wejście w życie tej ustawy umożliwi mu nareszcie prawdziwe zreformowanie reformy.

A po 16 godzinach – już go nie było... Okazało się, iż był to ostatni występ „DJ-a Łapy” (jak określiła Łapińskiego jedna z gazet w związku z wydaniem przez niego CD-romu z reklamą Funduszu). Decyzja o odwołaniu, o której dowiedział się zapewne 17 stycznia przed południem, musiała spaść na niego jak grom z jasnego nieba, i chyba przeżył ją bardzo ciężko.

Gruszki na spalonej wierzbie

Piętnaście miesięcy kadencji ministra Łapińskiego można ocenić wyłącznie negatywnie. Czas ten Łapiński poświęcił prawie w całości na niszczenie raczkującego systemu kas chorych i na dobiecie niedokończonego przecież eksperymentu związanego z realizacją ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Dotychczasowy system uległ kompletnej degeneracji a następnie destrukcji, a w jego miejsce nie pojawił się jeszcze nowy. Tym samym Łapiński doprowadził do kompletnego chaosu i zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa. Destabilizację pogłębiła jego walka ze środowiskiem medycznym, głównie – lekarskim, ale też i pielęgniarskim.

Jego pozostałe działania były chaotyczne, niespójne i niezgodne z prawem, a wiele obietnic pozostało niezrealizowanych. Samo podjęcie się rozwiązywania różnych trudnych problemów nie jest żadną zasługą Łapińskiego, gdyż jest to normalny obowiązek służbowy każdego ministra. Jakakolwiek inna osoba będąca na tym stanowisku musiałaby się też zabrać za te wszystkie kwestie, i zrobić to jeśli nie lepiej, to przynajmniej tak samo źle. Bo gorzej już byłoby naprawdę trudno.

Normą postępowania Łapińskiego było publiczne ogłaszanie jakiejś decyzji, a dopiero potem dorabianie do niej prawa. Lista konsultantów krajowych, powołanych kilka miesięcy wcześniej na pięcioletnią kadencję przez ministra Grzegorza Opalę, została przerobiona zanim zmianie uległo rozporządzenie w sprawie konsultantów. Ogłoszenie zniesienia opłat za wezwanie karetki pogotowia nastąpiło również bez wcześniejszej zmiany odpowiedniego rozporządzenia. Z kolei rozporządzenie wydane w sprawie wyrównania finansowego między kasami, preferujące kasy bogatsze a dyskryminujące biedniejsze, zostało zmienione dopiero po kilku miesiącach uporczywych protestów pokrzywdzonych kas. Ostatnie „osiągnięcie” Łapińskiego to bezprawne zwrócenie się do rządu o umorzenie pożyczki, której udzielił kasom w roku 2000 budżet państwa.

Wcześniej – wejście w życie ustawy o ratownictwie medycznym przesunięto o dwa lata. Nie oddano do Sejmu projektu nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Wyprodukowany w ministerstwie zdrowia projekt ustawy o przekazywaniu części składki OC na pokrycie kosztów leczenia ofiar wypadków drogowych został kilka miesięcy temu

cofnięty przez posłów do zaopiniowania przez konstytucjonalistów, gdyż okazało się, iż w wielu punktach może on być niezgodny z Konstytucją RP. Za to wniesiony do Sejmu projekt ustawy o ubezpieczeniu w NFZ posiadał wiele braków i niedoróbek, a narzucone tempo procedowania i sztywne stanowisko ministerstwa zdrowia oraz niektórych posłów nie pozwoliło na ich usunięcie.

Zmiana polityki lekowej miała przynieść 900 mln oszczędności; ostatnio ministerstwo zdrowia podawało kwotę 600 mln, choć z wyliczeń firm farmaceutycznych wynika, że jest to zaledwie 120 mln, a większość tych pieniędzy została wyciągnięta z kieszeni pacjentów. „Leki za złotówkę” i „leki dla seniora” okazały się fikcją i zabiegiem czysto propagandowym. Obiecano, że od jesieni 2002 r. zacznie być wdrażany Rejestr Usług Medycznych, który powinien przynieść duże oszczędności, jednak nic nie zapowiada, aby RUM ruszył. Nie został opracowany „koszyk świadczeń gwarantowanych”. Nie została zorganizowana sieć szpitali. Nie rozpoczęła się sekurytyzacja zadłużenia placówek ochrony zdrowia, ani emisja obligacji skarbu państwa. Itd., itp.

A nawet z ulgą

Dla całości obrazu należy jeszcze dodać apodyktyczny i arogancki sposób zachowania Łapińskiego, oraz brak autentycznych konsultacji ze środowiskiem pracowników opieki zdrowotnej i stwarzanie tylko pozorów takich konsultacji: bez rozpatrywania i nadawania dalszego biegu wnioskowi odbiegającym od przyjętych przez ministra założeń.

Biorąc więc pod uwagę lekceważenie prawa przez Łapińskiego, nieudolne działania legislacyjne, niedotrzymywanie obietnic danych społeczeństwu, jego specyficzne cechy charakterologiczne, ignorowanie przez niego opinii środowiska, oraz wejście w otwarty konflikt z OZZL, z samorządem lekarskim i z innymi organizacjami działającymi w opiece zdrowotnej, nic dziwnego, że środowisko medyczne pożegnało się z nim bez żalu, a nawet z ulgą.

Jego następcą, Marek Balicki, już teraz przewiduje kłopoty z Narodowym Funduszem Zdrowia. „*Po kilku lub kilkunastu miesiącach od wejścia w życie ustawy o ubezpieczeniu w NFZ okaże się, które elementy wymagają zmiany*” – uważa. Wynika z tego, że wraz z nadejściem Funduszu wcale nie wkroczymy na drogę stabilizacji i rozwoju systemu

ochrony zdrowia, jak obiecywał Łapiński, lecz będziemy poddawani następnemu eksperymentowi i wynikającym z niego kolejnym zmianom. Potwierdza się czarny scenariusz, przewidywany nie tylko przez OZZL.

Spadek po Łapińskim będzie się mścił. I to jest najbardziej irytujące. Polityczni maniacy, zamiast tylko poprawić w dotychczasowej reformie to, co było w niej złe, zerwali z nią całkowicie i na siłę wcisnęli coś zupełnie innego, aby tylko nie przyznać się do tego, że w czasie kampanii wyborczej pochopnie i całkiem niepotrzebnie obiecali ludziom likwidację kas.

Minister Balicki zaś przyrzeka, że jego polityką będzie dialog, rozmowa z ludźmi. Zobaczymy. W razie czego, OZZL zawsze może zorganizować jakąś następną, atrakcyjną dla mediów konferencję prasową.

CZARNE DZIURY, CZARNE CHMURY

Krzysztof Bukiel

Służba Zdrowia, październik 2003

W czasie konferencji w sprawie funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce, jaka odbyła się 24 września br. w siedzibie Ministerstwa Gospodarki, szef tego resortu i wicepremier RP Jerzy Hausner stwierdził, iż jego zdaniem służba zdrowia, PKP i górnictwo stanowią „czarne dziury” dla budżetu państwa. Wymowa tego barwnego porównania jest jasna: Wszystkie wymienione dziedziny są skrajnie nieefektywne, potrzebują stale pomocy państwa aby funkcjonować, a pieniądze podatników marnują.

Jednak mimo swojej atrakcyjności, porównanie pana premiera stanowi karygodne nadużycie. Nie można służby zdrowia umieszczać – w omawianym kontekście – obok kolejnictwa i górnictwa. Jest bowiem między nimi zasadnicza różnica. PKP i kopalnie nie rozdają obywatelom swoich produktów bezpłatnie, ale sprzedają je po cenach wolnorynkowych. Nikt nie narzuca kolei i kopalniom tych cen, nikt nie ustala administracyjnych limitów ilości sprzedanych biletów lub ton węgla. Nikt nie zmusza obu przedsiębiorstw, aby po wyczerpaniu przyznanych limitów, bilety lub węgiel rozdawać za darmo. Jeżeli budżet państwa dopłaca do kopalń lub do kolei, to jest to – z ekonomicznego punktu widzenia – coś nienormalnego i stanowi dodatek do normalnych przychodów. W tym przypadku obywatele mogą faktycznie narzekać, że ich pieniądze z podatków wydawane są w sposób nieuzasadniony.

Z publiczną służbą zdrowia jest inaczej. Jej przychodami są wyłącznie środki publiczne, przyznane przez rząd. Nie może ustalać własnych, wolnorynkowych cen na świadczenia, jakie oferuje. Musi liczyć się z limitami narzuconymi przez urzędników. Musi zapewnić świadczenia nawet wtedy, gdy nikt za nie nie zapłaci. Jeżeli budżet państwa dopłaca

do służby zdrowia, to wykonuje jedynie swoje obowiązki wobec niej. Dodać należy, że są to obowiązki, które państwo samo (głosami swoich przywódców, w tym i premiera Hausnera) na siebie wzięło. Czyżby pan premier o tym nie wiedział? Wątpię. Prawdopodobniej wygodniej jest mu przyjąć taką tezę, jaką przedstawił.

Zapewne też nieprzypadkowo, wymieniając „czarne dziury” budżetu państwa, pan premier nie wymienił dziury „najczarniejszej”, która rodzi inne „czarne dziury”. Jest nią rząd, albo ujmując nieco szerzej – cała administracja publiczna. Tutaj pieniądze podatników rzeczywiście wpadają nie tylko w wielkich ilościach, ale z wielkim impetem, co powoduje, że ginie ich tam coraz więcej i więcej. Wystarczy spojrzeć na dane w ustawach budżetowych albo na raporty NIK. Przypomnijmy o kilku tylko faktach.:

Ilość urzędników administracji centralnej zwiększyła się po tzw. transformacji ustrojowej niemal dwukrotnie.

Tylko ostatnia reforma administracji publicznej spowodowało zwiększenie ilości urzędników o ok. 50 tysięcy (tymczasem trudno znaleźć rozsądne uzasadnienie dla istnienia powiatów i samorządowych województw – na przykład powiaty 97 procent swoich budżetów rozdysonowują zgodnie ze zleceniem „z góry”).

W związku z przyłączeniem Polski do UE planowane jest dalsze zwiększenie ilości urzędników o ok. 30 procent.

Płace urzędnicze są chronione ustawowo i wynoszą krotność przeciętnej płacy w gospodarce (najczęściej wielokrotność).

Już same te fakty są znamienne. Jednak dużo ważniejsze i bardziej brzemiennie (negatywnych) skutkach dla kieszeni obywateli jest istnienie całej „sieci” różnych dziwacznych instytucji, finansowanych z pieniędzy podatników: fundacji (restrukturyzacji..., edukacji..., modernizacji...), agencji (wspierania..., przedsiębiorczości..., współpracy...), funduszy (promocji..., nauki..., rozwoju...), dzieł (na rzecz..., pomocy..., integracji...), biur... itp. itd. Z reguły ich celem ma być minimalizacja „negatywnych cech wolnego rynku” i „budowanie otwartego społeczeństwa obywatelskiego”.

W praktyce jest to tylko pretekst do tworzenia ogromnej ilości nikomu nie potrzebnych, za to znakomicie opłacanych posad dla zasłużonych towarzyszy partyjnych, a w wielu przypadkach również sposób

transferu publicznych pieniędzy do prywatnych kieszeni. Wymownym przykładem były ostatnie afery ze znikającym zbożem. Przypomnijmy: dzięki działaniu rządowej agencji podatnicy polscy najpierw dopłacili do kupna zboża po cenach wyższych niż rynkowe, później dopłacili za przechowywanie tego zboża, następnie dopłacili do eksportu, z kolei do jego importu, kiedy okazało się, że rządowa agencja wyeksportowała zboże niepotrzebnie. Na koniec – (niektórzy) prywatni właściciele elewatorów ukradli kupione za publiczne pieniądze zboże i sprzedali je, przelewając środki już na swój rachunek.

Można się jedynie domyśleć, że inne rządowe agencje (fundacje, fundusze, biura...) działają całkiem podobnie. W jednym z raportów NIK można przeczytać, że w kilku skontrolowanych Funduszach na cele statutowe wydano zaledwie kilkanaście procent kwoty, pozostającej w dyspozycji Funduszy. Reszta poszła na ich utrzymanie i różne dziwne transakcje, na przykład na spekulację akcjami i innymi papierami wartościowymi.

Jakby tego było mało są jeszcze osławione spółki prawa handlowego z decydującym udziałem skarbu państwa lub samorządu terytorialnego. Zarządy tych spółek i rady nadzorcze to również łup polityczny dla zwycięskiego w wyborach ugrupowania. Mniejsza o te wynagrodzenia dla „menedżerów” (zwykle niebotycznie wywindowane), gorszą sprawą jest, że tak „zarządzane” przedsiębiorstwa z reguły nie mogą utrzymać się na rynku i wymagają kolejnych pieniędzy z budżetu (jakże nie wespół państwowej firmy). Czyż można się później dziwić, że PKP albo kopalnie trudno zrestrukturyzować?

Jeśli „nasi ukochani przywódcy”, przedstawiając coraz to nowe pomysły na uzdrowienie gospodarki i budżetu państwa nie zauważą, że główna przyczyna choroby tkwi w nich samych i że to od nich powinna zacząć się likwidacja „czarnych dziur”, to czarno widzę naszą przyszłość. Nawet kasy fiskalne w taksówkach, rikszach i na szyi lekarza domowego nie pomogą.

BOLESNY ZGON DYŻURU MEDYCZNEGO

Ryszard Kijak

Gazeta Prawna, kwiecień 2004

Wejście Polski do Unii Europejskiej spowoduje konieczność dostosowania czasu pracy pracowników ochrony zdrowia do norm europejskich. Nowelizacja Kodeksu pracy nie pociągnęła bowiem za sobą zmian w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, w której czas pracy regulowany jest inaczej, niż w pozostałych branżach.

Konsekwencje czterech lat letargu

Administracja rządowa i ustawodawca zapomnieli, że z chwilą wejścia Polski do UE, regulacja dotycząca dyżuru medycznego stanie się nielegalna. A było to wiadomo już od początku. Cztery lata temu ostrzegął o tym ówczesny poseł Marian Jaszewski – sprawozdawca nowelizacji ustawy o zoz-ach w zakresie dyżuru medycznego.

Z letargu obudziła polskie władze dopiero Komisja Europejska, która zażądała niedawno od rządu RP przedstawienia stanowiska odnośnie kwestii dyżurów lekarskich. Ministerstwo Zdrowia rozesłało gorączkowo (bo termin odpowiedzi naglił) do SP ZOZ-ów prośby o przekazanie informacji na temat przewidywanej liczby lekarzy, których zatrudnienie byłoby konieczne, aby spełnić normy europejskie, o określenie, jakie są możliwości „pozyskiwania dodatkowych kadr lekarzy na rynku pracy”, oraz o oszacowanie „skutków finansowych w skali szpitali, związanych z przeprowadzeniem ww. zmian”.

Jednocześnie Ministerstwo poinformowało, iż „zgłoszony problem” może zostać zrealizowany poprzez przyjęcie jednego ze sposobów: wliczenia całości czasu pełnienia dyżuru medycznego do standardowego czasu pracy, albo zaliczenia do czasu pracy 30, 50 lub 60 proc. czasu peł-

nienia dyżuru. „Analizie – pisze Ministerstwo – należy poddać również możliwość całkowitego odejścia od aktualnego uregulowania dyżurów, poprzez wprowadzenie: pracy zmianowej, lub równoważnego systemu czasu pracy.”

Szpitali nie stać na wprowadzenie pracy zmianowej lekarzy, albo równoważnego czasu ich pracy. System pracy zmianowej, ten archaiczny wymysł rodem z XIX wieku, wymaga zaangażowania dużej liczby pracowników. A nie po to przecież sp zoz-y w ciągu całego dramatycznego okresu reform pozbyły się prawie dwustu tysięcy pracowników, aby teraz zacząć przyjmować ich z powrotem.

Dla przykładu, w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, aby wprowadzić pracę zmianową lekarzy, należałoby zwiększyć ich zatrudnienie o 170 osób, co kosztowałoby szpital dodatkowo 2,2 mln zł rocznie, przy ponad trzydziestomilionowym zadłużeniu. No a poza tym – skąd tu nagle – do jednej tylko placówki – znaleźć 170 wykwalifikowanych lekarzy, gotowych z miejsca przystąpić do pracy?

Po słynnej ustawie „203 i 110”, po raz kolejny wiele sp zoz-ów (a zwłaszcza szpitali) nie ze swojej winy może wpaść w jeszcze większe zadłużenie, niż to, które ma teraz. Stracą jednak tylko te jednostki, które nie wprowadziły kontraktów i utrzymały regulowane ustawą o ZOZ-ach dyżury medyczne, a teraz zastosują np. pracę zmianową.

W zmianach traci i pacjent i lekarz

Pomijając względy administracyjno-ekonomiczne, praca zmianowa lekarzy wiąże się z jeszcze innym aspektem, chyba nawet najważniejszym. System ten jest skrajnie niekorzystny dla pacjenta. Zagraża wręcz jego zdrowiu, a nawet życiu. Stosując 12-godzinne zmiany, w ciągu 2-3 dni pacjentem „opiekowałoby się” 5-6 lekarzy, za każdym razem kto inny. W wariancie aktywnym – pacjent stałby się przedmiotem, przekazywanym co kilkanaście godzin komuś innemu, i za każdym razem obracany w inną stronę. W wariancie pasywnym – nikt by się pacjentem w ogóle dogłębnie nie interesował. Chory nie miałby swojego lekarza prowadzącego, a nawet gdyby go miał, widziałby go najwyżej co drugi – co trzeci dzień.

Nie jest możliwe, aby lekarz, przychodząc na swoją 12-godzinną (albo – co gorsza – 8-godzinną) zmianę, był w stanie zapoznać się z ob-

serwacjami i zleceniami wszystkich 30 pacjentów leżących na oddziale, prześledzić wszelkie objawy, jakie zaistniały u nich od jego ostatniego (przed-przedwczorajszego) dyżuru, zlecić każdemu niezbędne badania, wyciągnąć właściwe wnioski z wyników, i odpowiednio ustawić terapię, a jednocześnie – zająć się jeszcze pacjentami nowoprzyjętymi.

Aby z tego wybrnąć, można by wprowadzić – uruchamiając system zmianowy – pozostawić równocześnie na oddziałach niezbędne zespoły lekarzy „dziennych”, tylko że wtedy zatrudnienie trzeba by było jeszcze bardziej zwiększyć, co szpitalom już w ogóle się nie opłaca.

Należy jednocześnie pamiętać, że z chwilą zastosowania pracy zmianowej, lekarzom etatowym pozostanie jedynie „goła” pensja, bez możliwości „dorobienia” na dyżurach, bo te ulegną likwidacji. Tym samym, ich – i tak niewspółmiernie niskie – dochody spadną jeszcze prawie o połowę. Jeden z lekarzy, zapytany, czy „poszedłby w zmiany”, odpowiedział tak: „Jeśli do wynagrodzenia wliczą mi moją dotychczasową średnią za dyżury, to – bardzo chętnie, a nawet z zapalem!”. Ale raczej średniej za dyżury mu nie wliczą, i dlatego – w razie prób wprowadzania pracy zmianowej – należy się spodziewać bardzo stanowczej fali protestów ze strony tego środowiska.

Konieczność unormowania kontraktów dyżurowych

Z dziwnych przyczyn, Ministerstwo Zdrowia nie wspomniało w swoim piśmie o możliwości zwierania z lekarzami kontraktów – czyli umów cywilnoprawnych – całościowych lub dyżurowych.

Kontrakty całościowe (obejmujące czynności wykonywane zarówno w dzień, jak i te na dyżurze) nie dają lekarzom poczucia stabilizacji i pewności pracy. Tę psychologiczną barierę dałoby się przełamać odpowiednio wysokimi stawkami, wynoszącymi co najmniej 50-40 zł za godzinę, ale z reguły pracodawcy nie dysponują takimi środkami finansowymi.

Dlatego częstszym rozwiązaniem jest wprowadzanie kontraktów dyżurowych (na pełnienie dyżurów przez lekarzy zatrudnionych w tej samej – najczęściej – jednostce i wykonujących swoje „dziennie” obowiązki na podstawie umowy o pracę), które, mimo pewnych wątpliwości prawnych, w praktyce sprawdziły się dość dobrze. Rozwiązały ręce dyrektorom sp zoz-ów, umożliwiły znaczną redukcję etatów, zdjęły po-

ważne kwoty z funduszków osobowych, zaoszczędziły działom płac połowę roboty. Z kolei lekarze przekonali się, że diabeł nie taki straszny, da się z nim żyć, i to – w wielu przypadkach – zupełnie nieźle.

Wadą dyżurów kontraktowych jest ich kontrowersyjna sytuacja prawna. Rząd i ustawodawca zmarnowali cztery lata, które powinni byli poświęcić na przeanalizowanie kilkuletnich, bogatych doświadczeń, wynikających ze stosowania tej formy w wielu placówkach, i na pełne jej zalegalizowanie.

Przed wszystkim należało zdefiniować czynności wykonywane przez lekarza na dyżurze kontraktowym, w taki sposób, aby nie było konfliktu z przepisem zabraniającym pracodawcy zawierania umowy cywilnoprawnej z tym samym pracownikiem, na te same czynności, które wykonuje on w ramach posiadanego w tej samej placówce etatu. Albo można było tak zmodyfikować tę ostatnią zasadę, aby uwzględniała ona wyjątkową specyfikę branży zdrowotnej, polegającą na konieczności zapewnienia pacjentom opieki medycznej przez całą dobę.

Trzeba też było pozytywnie rozwiązać takie problemy, jak rejestrowanie niektórych praktyk lekarskich pod adresem szpitalnym, oraz użytkowanie pomieszczeń i sprzętu szpitalnego przez prywatną co prawda praktykę, ale działającą przeciw na rzecz szpitala.

Obecnie sprawy te regulowane są „oddolnie”, w zapisach poszczególnych umów cywilnoprawnych, ale wciąż istnieje obawa, że ktoś może je zakwestionować, uznając, iż doszło do ominięcia obowiązującego prawa. Choć – jak dotychczas – żaden z dyrektorów nie został jeszcze pociągnięty do odpowiedzialności za sam fakt zawierania tego rodzaju umów.

Ciasne ramy europejskie

Skoro więc system zmianowy i równoważny jest niemożliwy do udźwignięcia przez pracodawców, a kontrakty całościowe – zbyt ryzykowne dla lekarzy i dlatego niechętnie przez nich widziane, nie ma innego wyjścia, niż podszlifowanie od strony prawnej instytucji kontraktu dyżurowego (będącego najmniej złym wyjściem ze wszystkich), i zalecenie jego stosowania, tak jak ostatnio stało się to w Wielkiej Brytanii.

Od 1 maja br. będzie nas obowiązywać dyrektywa Unii Europejskiej 93/104/EC z 23 listopada 1993 r., w myśl której dobowy wymiar czasu

pracy wynosi 8 godzin, maksymalny tygodniowy – 48 godzin, każdy pracownik jest uprawniony do minimalnego okresu dziennego wypoczynku w wymiarze 11 nieprzerwanych godzin, a w każdym tygodniu – 24 nieprzerwanych godzin. Wykładni tego przepisu dokonał Trybunał Sprawiedliwości w Luksemburgu, w sprawie C-151/02. Trybunał uznał, że dyżury, w trakcie których pracownik tylko częściowo wykonuje swoje obowiązki, nawet jeśli ma możliwość odpoczynku, należy traktować w całości jako czas pracy (czyli także i ten okres, w którym pracownik nie pracuje).

Prawnik Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Jacek Marczak w swej ekspertyzie stwierdził: „Z dniem przystąpienia Polski do Unii Europejskiej Polska będzie zobowiązana do stosowania się do powyższej wykładni. W razie dojścia do procesu, będą ją stosować polskie sądy”.

Organizacja pracy w sp zoz-ach będzie więc musiała uwzględnić prawo pracowników do 11-godzinnego odpoczynku dobowego i 24-godzinnego tygodniowego, co przy włączeniu dyżurów medycznych do czasu pracy, wykluczy je zupełnie z możliwości dalszego stosowania. I wtedy dopiero okaże się, jak krótka jest kadrowa kołdra. A pracodawcy nie otrzymali dotychczas od ustawodawcy porządných narzędzi prawnych do uporania się z tym problemem.

Naciąganie kołdry kadrowej bynajmniej nie jest kłopotem lekarzy, lecz kierowników placówek medycznych. Dlatego lekarze nie powinni poddawać się żadnej presji i atmosferze niepewności. Nie powinni pod wpływem chwili zgadzać się na zawieranie kontraktów na niekorzystnych dla siebie warunkach. To dyrektorzy muszą zapewnić pacjentom ciągłość opieki lekarskiej. A będą to mogli zrobić wyłącznie na zasadzie umowy ukształtowanej wolą obu stron, a nie dyktatem jednej z nich.

DOKTOR OLGA

Ryszard Kijak

Służba Zdrowia, maj 2004

Angora, lipiec 2004

Olga mówi ładną, płynną polszczyzną, ale z wyraźnym, śpiewnym akcentem rosyjskim. Przyjechała z białoruskich Baranowicz, prawie 200-tysięcznego miasta, oddalonego od granicy polskiej o 150 km.

– Cała moja rodzina, zarówno ze strony mamy jak i taty, pochodzi z Baranowicz i okolic – wspomina. – A ich rodzice i dziadkowie wywodzą się spod Grodna i Mińska. Wszyscy uważali się za Polaków. Na Białorusi obywatele innej narodowości nie mieli z tego powodu większych problemów. Ja przynajmniej tego nie odczułam. Ale zawsze, kiedy trzeba było podać narodowość, brzmiało to trochę dziwnie. Na przykład w szkole, w dzienniku klasowym: „Białorusin, Białorusin, Białorusin, Polak...”. Przed przyjazdem do Polski mówiłam przeważnie po rosyjsku, a trochę po białorusku. Po polsku rozmawiałam z babcią. Wszyscy jesteśmy katolikami. W Baranowiczach był jeden kościół, teraz wybudowano jeszcze dwa. Ale w czasach komunizmu lepiej było się nie przyznawać, że ktoś chodzi do kościoła czy do cerkwi. Mama mówiła nam, żeby nikomu nie opowiadać, że w domu wiszą święte obrazy.

Cztery podejścia

Do połowy lat 90-tych w Baranowiczach nie było żadnej wyższej uczelni. Powstały one dopiero później. Większość z nich to szkoły prywatne. Ola, jeszcze będąc w przedszkolu, postanowiła zostać lekarzem. I dopięła swego, choć nie wybrała najłatwiejszej drogi. Tuż przed skończeniem szkoły podstawowo-średniej pojechała do polskiej ambasady

w Mińsku i tam próbowała zdać egzaminy na medycynę w Polsce. Za pierwszym razem się nie udało.

– Byłam pewna, że egzaminy te będą tłumaczone na rosyjski. Okazało się, że nie. Były po polsku, a ja wówczas niezbyt dobrze miałam opanowany ten język. Dlatego oblałam. I wtedy pewna nauczycielka, która przyjeżdżała do Baranowicz z Warszawy, zabrała mnie ze sobą i pomogła znaleźć pracę. Przez cztery miesiące opiekowałam się starszą panią. Za zarobione pieniądze kupiłam sobie polskie książki i w wolnym czasie uczyłam się. I to była moja najbardziej intensywna nauka języka polskiego. Z Warszawy wróciłam w swoje strony i za drugim razem zdałam egzaminy bez żadnego problemu.

A konkurencja była duża, bo na jedno miejsce, które Białoruś dostała w przydziale (i to nie na medycynę, lecz na farmację) zgłosiło się 20 kandydatów. I mimo, że Ola okazała się najlepsza, na ostateczną decyzję czekała prawie pięć miesięcy. Od maja do września 1995 r.

– Bardzo długo nie wiedziałam, czy na pewno będę mogła jechać, i gdzie pojedę. Byłam przekonana, że wyślą mnie do Łodzi albo do Lublina, bo tam są prowadzone kursy przygotowawcze dla obcokrajowców. Ostatecznie trafił mi się Białystok, gdzie rok wcześniej też uruchomiono taki kurs. No i dobrze, zawsze to bliżej rodziny. Studiując na pierwszym roku, jeździłam do domu co trzy tygodnie. Na kursie przygotowawczym udało mi się nawet zmienić kierunek, z farmaceutycznego na lekarski. Wystarczyło napisać podanie. Kurs kończył się egzaminem. Wszyscy zdali. Ale co z tego? W miesiąc później zrobiono nam jeszcze jeden egzamin, tym razem w Łodzi, oparty na całkiem innym programie, niż ten, który realizowany był w Białymstoku. I wtedy trzy osoby odpadły. Dwie z nich to koleżanki z Kazachstanu. Jedna skończyła później pielęgniarstwo w Lublinie, a druga pedagogikę we Wrocławiu. Tak że w sumie egzaminy na medycynę zdawałam cztery razy. A kurs w Białymstoku nigdy więcej już się nie odbył. Podobno fundacja, która się tym zajmowała, została rozwiązana.

Po lepsze papiery

Kurs przygotowawczy okazał się na tyle skuteczny, że w czasie studiów Ola nie miała kłopotu ze zrozumieniem wykładów i ćwiczeń.

– Natomiast jeśli chodzi o inne, niemedyczne zagadnienia, to nie zawsze jestem pewna, czy potrafię to dobrze wyrazić po polsku – mówię z rozbawieniem. – Na przykład wydaje mi się, że do tej pory nie umiem dokładnie określić, jakie studia skończyli moi rodzice i jakie mają zawody. Mama jest absolwentką wydziału żywienia „technologiczskowo instytutu” w Doniecku na Ukrainie i jest inżynierem od żywności, a tato jest po politechnice w Mińsku i ukończył wydział budowy maszyn. To jak to będzie: „inżynier budowy maszyn”?

Po studiach Ola postanowiła odbyć w Polsce staż podyplomowy i zrobić tu specjalizację. Miałyby wtedy lepsze „papiery”, niż białoruskie.

– Białoruska specjalizacja nie będzie nigdzie uznawana, bo jest ona połączona ze stażem podyplomowym i trwa tylko półtora roku. W półtora roku po studiach jesteś już specjalistą. Tak samo jest w Rosji. Tego żadne zachodnie kraje nie uznają. Dlatego wolałam zostać w Polsce, choć nie było to takie łatwe, i właściwie nie spodziewałam się, że mi się to uda. Wszystko trzeba było załatwić w Ministerstwie Zdrowia. Ale najpierw musiałam zalegalizować pobyt w Polsce. Każdy, kto się stara tutaj o pobyt, musi spełnić trzy warunki: udokumentować zabezpieczenie utrzymania, przedstawić motywację pobytu i umowę o wynajęciu mieszkania. Po stażu otrzymałam zgodę ze Szpitala Klinicznego i z Akademii Medycznej w Białymstoku na specjalizację (wybrałam anesteziologię) i na tej podstawie dostałam zezwolenie pobytu na dwa lata. Moja koleżanka, polska lekarka, zobowiązała się, że zapewni mi utrzymanie.

Równi i równiejsi

Tak że na razie Ola może przebywać w Polsce dwa lata, choć specjalizacja trwa pięć lat. W międzyczasie złożyła podanie o nadanie jej obywatelstwa polskiego. Liczy na to, że otrzyma je niebawem, i wtedy kwestia przedłużania zezwolenia na pobyt zniknie, a wraz z nią zniknie też problem braku zezwolenia na pracę.

– Gdybym złożyła wniosek o specjalizację i jednocześnie o stypendium, to nie dostałabym zgody na specjalizację. Bo za dużo bym chciała, a na to nie ma pieniędzy. Wolałam więc nie ubiegać się o pomoc finansową, co i tak jest korzystne, bo przynajmniej nie muszę płacić za to, że się specjalizuję. A znam takich, którzy faktycznie płacą. Ale o stypendium można pisać podanie co rok, więc chyba jednak teraz spróbuję.

Staralam się też o przyjęcie na studium doktoranckie. Ustawa o szkolnictwie wyższym w tym zakresie gwarantuje obcokrajowcom takie same prawa, jak obywatelom polskim. Ale to tylko teoria. W praktyce, każda uczelnia stawia inne warunki. Mnie kazano zapłacić za studium trzy tysiące euro. Nie miałam skąd wziąć tak ogromnych pieniędzy, więc sobie odpuściłam. Niektórym udało się lepiej. Za przyjęcie na studium nie zapłacili nic. A mój kolega w Gdańsku trafił całkiem super. Nie dosyć, że zakwalifikowali go bez żadnego problemu, to jeszcze dali tysiąc złotych miesięcznego stypendium.

Oszczędności i sprzątanie

Specjalizacja specjalizacją, ale za coś trzeba żyć. Trochę nie wypada korzystać ciągle z pomocy koleżanki. Z medycyny doktor Olga nie może się utrzymywać, bo wprawdzie dostała prawo wykonywania zawodu, lecz z adnotacją, że dotyczy to tylko placówki, w której robi specjalizację, i tylko dla celów szkoleniowych, a nie zarobkowych.

– W tym momencie jako lekarz w Polsce zarobkować nie mogę. A jako nie-lekarz, też muszę mieć zezwolenie na pracę. Najpierw powinnam znaleźć pracodawcę, który chciałby zatrudnić obcokrajowca. Następnie urząd pracy musiałby stwierdzić, że na to miejsce w ciągu dwóch tygodni od wpłynięcia wniosku nie zgłosił się żaden obywatel polski. Potem pracodawca powinien wystąpić do wojewody o pozwolenie na pracę dla mnie. Raz spróbowałam tej drogi, i nic z tego nie wyszło. A poza tym, nie mam ubezpieczenia zdrowotnego. Kiedyś zgłosiłam się do Kasy Chorych. Chciałam sama opłacać swoje składki zdrowotne. Powiedzieli, że się zgodzą, ale pod warunkiem, że wniosę przedpłatę w wysokości czterech tysięcy zł. Takim majątkiem nie dysponowałam, i na tym temat się skończył.

Z czego więc żyje pani doktor? Może to wydaje się niewiarygodne, ale Ola twierdzi, że co miesiąc potrafiła zaoszczędzić prawie połowę z pięćsetzłotowego stypendium, otrzymywanego w czasie studiów. Akademik miała nieodpłatnie, część pieniędzy szła na wyżywienie, miesięcznie mogła więc zostawić sobie około dwieście, dwieście pięćdziesiąt zł. A już z pieniędzy za staż (tysiąc zł miesięcznie!) udało się jej zaoszczędzić jeszcze więcej, choć trzeba było płacić za mieszkanie. Ale same oszczędności nie wystarczą, Ola pracuje więc dorywczo. Na przykład,

dwa razy w miesiącu pani doktor sprząta koleżdze mieszkanie. Opiekuje się też dzieckiem koleżanki. Za wynajęty w bloku pokój płaci 160 zł. Pokój był nieumeblowany. Przez kilka miesięcy doktor Ola spała na podłodze. Potem znalazło się łóżko polowe, a niedawno – prawdziwe łóżko. Kolega, który wyjechał do Anglii, pożyczył jej biurko.

– A teraz jest jeszcze półeczka na książki. Taka fajna, duża. Od kolegi. Ale nie od tego, który wyjechał do Anglii, tylko od innego. No a utrzymanie? W sumie, jak zarobię czterysta zł na miesiąc, to się bardzo cieszę.

Żadna korzyść dla Polski

O zgodę na specjalizację Ola ubiegała się w Ministerstwie Zdrowia dwa razy. Zgodę otrzymała za pierwszym razem, ale wniosek musiała skompletować po raz drugi, ponieważ w międzyczasie jej wszystkie dokumenty zginęły. Ot tak, po prostu. Przepadło wszystko. Cała teczka.

– Starając się o stypendium, będę musiała dostarczyć jeszcze i inne dokumenty. Między innymi – zaświadczenie o pochodzeniu polskim, oraz o mojej aktywności w zakresie działalności polonijnej. Trochę się przysłużyłam. Do polskiej biblioteki w Baranowiczach przywiozłam wiele polskich książek, które przekazał mi docent Tadeusz Moniuszko z Akademii Medycznej w Białymstoku.

Co Olę najbardziej wkurzyło w Polsce? Nie chamstwo niektórych osób, bo to jest wszędzie.

– Kiedyś, na egzaminie, usiadłam na taborecie i oparłam ręce o kolana. I wtedy pani profesor powiedziała, że nie jestem na zebraniu partyjnym, i w Polsce się tak nie siedzi. To mnie bardziej zbulwersowało, niż jakieś tam różne opinie ludzi złośliwych. A innym razem, w jednym z urzędów było tak, że zapytałam panią, czy mogę się starać o stały pobyt. Bo mając stały pobyt, nie trzeba mieć zezwolenia na pracę. Można pracować. I pani stwierdziła, że ja w ogóle nie mam podstaw do ubiegania się o kartę pobytu czasowego, już nie mówiąc o pobycie stałym. A to, że jestem po roku kursu przygotowawczego, że skończyłam studia, i że jestem po stażu, to czysto nieważne, bo nie przynoszę żadnej korzyści dla Polski. Ewidentnie się wkurzyła, i gdy wychodząc powiedziałam „do widzenia”, to pożegnała mnie oświadczeniem, że wcale nie muszę robić specjalizacji w Polsce. Kiedy więc składałam dokumenty na przedłuże-

nie ważności karty czasowego pobytu, to już nie poszłam do niej, tylko do jej kierownika. Okazał się bardzo miłym człowiekiem, wszystko dobrze wytłumaczył, jestem mu bardzo wdzięczna. Zapewnił, że nie ma żadnych przeszkód, aby przedłużyć mi pobyt czasowy. W sumie, nie jest najgorzej. Bardzo się cieszę, że spełniają się moje plany. W Polsce spotkałam wielu miłych i życzliwych ludzi, którzy ogromnie mi pomogli. A czterysta zł, które udaje mi się czasem zarobić, to bardzo dużo pieniędzy. Naprawdę da się przeżyć za taką sumę – kończy optymistycznie doktor Olga.

Do Europy na darowanym łóżku

Ten ostatni pogląd z całą pewnością dzielają polscy pracodawcy, którzy uważają, że lekarze i tak zarabiają za dużo. Po co im pieniądze na porządny wypoczynek po odpowiedzialnej i stresującej pracy, po co pieniądze na literaturę naukową, na kursy, szkolenia i na konferencje naukowe. Po co mają utrzymywać rodziny i finansować wykształcenie swoich dzieci. Na co im własne mieszkanie, albo nawet dom. No i po co im samochód. Na wezwanie do szpitala mogą przecież pojechać rowerem, albo się przebiec dla zdrowia. Mogą żyć tak, jak doktor Olga. Na darowanym łóżku i z pożyczonym biurkiem, po pracy sprzątając mieszkania kapitalistów, i niańcząc cudze dzieci.

Właśnie weszliśmy do Europy.

POST SCRIPTUM

Doktor Olga zrobiła specjalizację, pozostała w Polsce i pracuje tu nadal.

PRZYDZIELAĆ OPAŁ DOBREJ JAKOŚCI DLA SZPITALI I ŻŁOBKÓW

REFLEKSJE NA 25-LECIE „SOLIDARNOŚCI”
SŁUŻBY ZDROWIA

Krzysztof Bukiel

Aktualności OZZL.org.pl, sierpień 2005

Dzięki uprzejmości organizatorów miałem okazję i zaszczyt brać udział w uroczystościach z okazji 25-lecia powołania NSZZ Solidarność Służby Zdrowia. Znaczącą część uroczystości zajęły wspomnienia z okresu tworzenia Związku, w tym zwłaszcza z pamiętnego Sierpnia oraz z listopada '80, gdy w siedzibie Urzędu Wojewódzkiego w Gdańsku grupa pierwszych solidarnościowych działaczy prowadziła strajk okupacyjny o spełnienie przez rządzących, dopiero co złożonych, obietnic.

Nie mogło zabraknąć w tych wspomnieniach odniesienia do słynnych postulatów sierpniowych, w tym zwłaszcza do 16.: „*Poprawić warunki pracy Służby Zdrowia, co zapewni pełną opiekę medyczną osobom pracującym*”. Nieco później postulat ten uszczegółowiono, dołączając do niego załącznik z kolejnymi 30 punktami. Część z nich brzmi dzisiaj archaicznie i może wywoływać uśmiech lub zdumienie, jak chociażby cytowany przeze mnie w tytule: „*przydzielać opał dobrej jakości dla szpitali i żłobków*” Jak słusznie zauważyła jedna z uczestniczek tamtych wydarzeń, zmiana ustroju gospodarczego spowodowała, że wiele problemów, które wtedy wydawały się istotne i dokuczliwe, rozwiązało się jakoś samo.

Warto pamiętać o tym w przededniu wyborów i kolejnych decyzji dotyczących kierunku dalszego reformowania opieki zdrowotnej w Polsce. Ludzie Solidarności, a rozumiem przez to nie tylko dzisiejszych członków NSZZ Solidarność, ale i tych, którzy uczestniczyli w tym

ruchu społecznym wcześniej i nadal czują się związani z ideałami Sierpnia 80, doświadczają dzisiaj często moralnej rozterki. Z jednej strony nie mogą zapomnieć – i nie chcą się wyrzec – tego wspaniałego okresu, gdy wszyscy wkoło byli tak bezinteresowni, złączeni tymi samymi ideałami, gotowi do poświęceń dla dobra wspólnego, że przypominało to nieomal pierwsze chrześcijańskie wspólnoty. Z drugiej jednak dobrze zdają sobie sprawę, iż zorganizowanie wielu dziedzin życia codziennego jest niemożliwe w oparciu wyłącznie o te uniesienia i najlepsze ludzkie odruchy.

Stąd zapewne bierze się ich ambiwalentny stosunek do rozwiązań rynkowych w opiece zdrowotnej. Z jednej strony wiadomo, że: konkurencja, działanie dla zysku, prywatyzacja to najskuteczniejsze środki aby wymusić oszczędność i efektywność leczenia, odpowiednią jakość świadczeń i podmiotowe traktowanie pacjenta, z drugiej jednak – żal, że tych wszystkich efektów nie można by osiągnąć opierając się li tylko na bezinteresowności, wspólnych ideałach, poświęceniu dla tak pięknego dobra, jakim jest ludzkie życie.

Każdy oczywiście sam musi sobie poradzić z tymi rozterkami. (Wbrew pozorom, nie są od nich wolni także ci, którzy uchodzą za zdecydowanych zwolenników rynku w ochronie zdrowia.) Może w decyzji tej pomocny będzie los cytowanego postulatu, domagającego się opału dobrej jakości dla szpitali i dla żłobków. Nie zrealizowano go drogą strajków, nie podpisano w tej sprawie porozumienia z Rządem, nie powołano żadnej komisji, nikt nie podejmował szlachetnych zobowiązań w tej sprawie, a jednak... opał dobrej jakości jest dostarczany do szpitali i do żłobków. Do tych pierwszych nieraz nawet „na kredyt”. Stało się to dzięki mechanizmom rynkowym w gospodarce, konkurencji między przedsiębiorstwami i działaniem „dla zysku” wielu ludzi, ale beneficjentem tego są chorzy i małe dzieci. Na tym polega „chytrość” rynku, że potrafi skłonić do realizacji szlachetnych celów nawet te osoby, które niekoniecznie są szlachetne.

Należałoby się nad tym zastanowić na chłodno.

TOWARZYSTWO KANAPOWO-KANAPKOWE

Ryszard Kijak

Gazeta Lekarska, listopad 2005

(tekst bez skrótów redakcyjnych)

Gdy doktor publicznej służby zdrowia zasiądzie w dyżurce na kanapie i zacznie spożywać kanapkę na drugie śniadanie, to jest to doktor nikogo się nie bojący. A jak jeszcze popije kanapkę kawą, to jest to doktor wszystkowiedzący. Wie, kto jest winien temu całemu syfowi, i wie, jak to wszystko poprawić, żeby było dobrze zarówno jemu samemu, jak i pacjentowi. Niech no jednak do takiej dyżurki wejdzie nagle kierownik przychodni, albo ordynator oddziału, czy też nawet sam Pan Dyrektor Zakładu, uczony wywód urywa się w pół słowa, kanapka natychmiast wypada z dłoni kanapowca, a w jej miejsce, jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki, pojawia się dyżurny stoik z wazeliną.

Zaś doktor sprywatyzowany klnie Narodowy Fundusz Zdrowia w żywy kamień, życzy, aby go jak najprędzej szlag trafił, ale robi to tak, aby nikt tego przypadkiem nie usłyszał. Do siedziby Funduszu wchodzi w pozycji kolankowo-łokciowej, i tak samo z niej wychodzi. W swoim zakontraktowanym gabinecie zasuwa jak mały samochódzik, choć ledwo mu starcza na paliwo, a silnik grozi zatarciem, gdyż kierowcy brak gotówki na wymianę przepalonego oleju. Tylko tłumik musi działać bez zarzutu. Przynajmniej tak było do niedawna, czyli do chwili powołania Porozumienia Zielonogórskiego.

Filozofia kanapowego kanapkowca

No więc kto – według naszego kanapowego kanapkowca – jest winien temu całemu bałaganowi? To proste. Wszyscy. Partie rządzące, posłowie, premier, minister zdrowia, wojewoda, marszałek sejmiku,

starosta powiatu, dyrektor zakładu, ordynator. Oraz Narodowy Fundusz Zdrowia (a przedtem – kasa chorych). I oczywiście – izby lekarskie. A jak zrobić, żeby było dobrze? Też proste. Izby lekarskie natychmiast zlikwidować, a całą resztę wyrzucić na zbitą mordę, i powymieniać. A kto miałby to zrobić? – No, jak to kto? Oni! – odpowiada wszytkowiedzący bez chwili zastanowienia.

Wszystkowiedzącemu kanapowemu kanapkowcowi nawet na myśl nie przyjdzie, że wiele spraw potoczyłoby się w znacznie korzystniejszym kierunku, gdyby – zamiast zwałać na innych – on sam, osobiście, wraz ze swoimi koleżankami i kolegami, zabrał się za zmienianie ponurej rzeczywistości. No ale jakże miałby się zająć taką działalnością, skoro jego odwaga kończy się w progu drzwi dyżurki? Przecież w pojedynkę nie wystartuje, gdyż nie jest samobójcą, do związku zawodowego się nie zapisze, bo może dyrektor weźmie go za to na muszkę, w izbie lekarskiej też się nie będzie udzielał, albowiem izba jest to pasożyt na zdrowym ciele lekarskiej braci.

Trzy ciężkie kule

Kanapowiec, tak jak i zresztą wszyscy inni lekarze (oraz pozostali przedstawiciele tzw. białego personelu), ma u nogi ciężką kulę, a nawet trzy. Są nimi: etyka, misja i powołanie. Przez cały prawie pięćdziesięcioletni tzw. okres błędów i wypaczeń wmawiano społeczeństwu, że lekarz nie pracuje, tylko pełni misję, odżywia się powołaniem, i jeździ etyką (nie mylić z lektyką). Wszyscy w to uwierzyli, łącznie z pracownikami służby zdrowia, i ta wiara przetrwała do dziś. Dla wielu kanapowców jest to bardzo wygodny pretekst do nie podejmowania żadnej aktywności w zakresie działalności na rzecz środowiska. W każdej akcji znajdują bowiem coś niezgodnego z etyką, albo z misją, albo z powołaniem. Coś, co usprawiedliwi ich bierność, a jednocześnie pozwoli na to, aby narzekać na innych, że nic nie robią.

We wspomnianych przeze mnie wyżej czasach, wartość etyki, misji i powołania została wyceniona na kwotę poniżej średniej krajowej, i tak już zostało. Dlatego postawa kanapowo-kanapkowa wynagradzana jest obecnie zarobkami rządu średnio 1400 zł miesięcznie netto, i nic nie zapowiada, aby ten stan uległ jakiegóś istotnej zmianie w najbliższym dziesięcioleciu. Chyba, że myślenie kanapowo-kanapkowe ulegnie transformacji i przeistoczy się w konkretne działanie. Bo przecież decydenci,

nawet ci najgłupszy, nie są ani ślepi, ani głusi. Doskonale zdają sobie sprawę z naszej słabości i cynicznie ją wykorzystują. Wiedzą doskonale, że lekarze nie zrobią pod Sejmem zadymy, i nie będą kamieniami, śrubami i styliskami kilofów bić się z policją. Dzięki temu, w skali priorytetów pozostaną zawsze na szarym końcu. Bo mają swoją etykę, misję i powołanie, co oczywiście brzmi dumnie, ale do gara włożyć się nie da.

Są inne sposoby

Ale – oprócz zadymy – jest jeszcze kilka innych sposobów na skłonienie władzy do tego, aby poważniej podeszła do tematu. Zanim o tych sposobach wspomnę, chcę tylko zadać pytanie, a nawet dwa, na które nie wiem, czy znam odpowiedź. Pytania owe brzmią: czy etykę posiadają tylko lekarze polscy, czy też zagraniczni również? I czy etyka lekarska jest w zasadzie jedna, czy też różni się w zależności od kraju?

Bo na przykład lekarze w Izraelu kilka lat temu przerwali na tydzień pracę, i to wystarczyło, aby tamtejszy rząd zaczął ich traktować serio. Z kolei belgijscy lekarze – prawie wszyscy – wyjechali sobie pewnego razu na dłuższy weekend za granicę, i to też wystarczyło. Nie musieli wybijać okien w swoim urzędzie rady ministrów, ani tłuc się z policją. Nie wiem tylko, jak udało się im pogodzić te akcje z etyką. Ale chyba się udało, bo jakoś dają sobie radę, a ich pacjenci – również.

Gremialna wycieczka na Wschód

Zastanawiam się, co by powiedziało towarzystwo kanapowo-kanapkowe, gdyby Naczelna Rada Lekarska wraz z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy zorganizowała – powiedzmy na wiosnę przyszłego roku – jednoczesny wyjazd kilkudziesięciu tysięcy lekarzy polskich za granicę. Na Ukrainę, Litwę i Białoruś, bo tam najbliżej i najtaniej. I tam właśnie wszyscy naraz moglibyśmy się prawdopodobnie zmieścić jeszcze przed otwarciem sezonu turystycznego. Do weekendu każdy lekarz dołożyłby swoje przysługujące mu w każdej chwili ustawowe dwa dni wolne (na czwartek i piątek), ale powrót niekoniecznie musiałby nastąpić w poniedziałek rano. Bo przecież w takiej podróży można się przeziębnić, można dostać biegunki po spożyciu lokalnych specjałów, można też zatruć się tanim alkoholem miejscowego pochodzenia...

A wyleczyć by nas mogły z tych niespodziewanych dolegliwości jedynie konkretne, natychmiastowe decyzje, podjęte na najwyższym szczeblu.

Planowanie takiej akcji może wydawać się śmieszne albo naiwne, ale nie dlatego, że jest ona niemożliwa do zrealizowania, tylko dlatego, iż coś takiego nie mieści się w większości lekarskich głów, wychowanych w socjalistycznym reżimie, w którym podobna rzecz byłaby nawet nie do pomyślenia. Ale przypominam, że czasy się zmieniły, warunki też, a machanie chorągiewkami pod Sejmem przestało już robić na decydentach jakiegokolwiek wrażenie. Nie robią też na nich żadnego wrażenia wystąpienia przedstawicieli NRL czy innych organizacji działających w ochronie zdrowia, ich opinie, pisemne i uliczne protesty, itd. Pożywkę mają tylko malkontenci, którzy narzekają, że izby lekarskie i OZZL nic nie robią. Owszem, robią, tylko że to nie przekłada się na wyniki. A nie przekłada się m.in. dlatego, iż stosowane dotychczas metody spowszedniały do tego stopnia, że najzwyczajniej w świecie są po prostu ignorowane.

Kwękanie jest bezpieczniejsze

O ile środowisko lekarskie chce coś wywalczyć (bo nikt sam z siebie nic nam przecież nie da!), to powinno zdać sobie sprawę z tego, że najwyższa pora, aby zastosować nowe narzędzia. Ale do tego potrzebna jest powszechna mobilizacja. Inaczej, kanapowcy, którzy nie potrafią nawet zdobyć się na złożenie podpisu pod opracowanym przez samorząd lekarski obywatelskim projektem ustawy o zasadach finansowania doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków, albo nie pofatygują się na samorządowe zebranie wyborcze, znów dostaną padlinę na żer. Izba nic nie robi, zlikwidować izbę. Związki zawodowe nic nie robią, zlikwidować związki. A co to jest izba, jeśli nie ty, człowieku? A co to jest związek zawodowy, jeśli nie ty, człowieku? A może byś tak sam, koleś, spróbował coś zrobić, skoro jesteś taki mądry? Przecież szkoda, żeby ta twoja mądrość wypaliła się w czterech ścianach dyżurki lekarskiej, nieprawdaż? Wejdź do akcji, podziałaj, i dopiero wtedy oceń, co wyszło z twoich planów, a co nie wyszło, i dlaczego. I dlaczego.

Kanapowcy wolą jednak poprzestać na kwękaniu. Wolą zarabiać swoje marne 1400 zł, albo nawet oddać jeszcze z tego jedną trzecią, aby

tylko nie stracić pracy. Uginają się pod presją pracodawcy (np. w Poznaniu), który ich szantażuje, że albo się na to zgodzą, albo 30 proc. towarzystwa wylatuje na bruk. I niby tę jedną trzecią zarobków oddajesz na rzecz koleżanki lub kolegi, ale nigdy nie masz pewności, czy to akurat nie ty miałeś (miałaś) być na liście przeznaczonych do odstrzału. Silni w gębie, ale podatni na naciski, kanapowcy boją się, żeby czasem komuś nie podpaść, a ich główne zajęcie to obserwacja drzwi: czy czasem nie wchodzi jakiś szpieg.

Naród w dupę dostać lubiący

Jeśli kanapowcy ze strachu nie przeciwstawiają się temu dyktatowi, to niech przynajmniej siedzą cicho i nie narzekają, że jakiś inny lekarz, który – w przeciwieństwie do nich – pełni akurat funkcję społeczną, nie chce im wygarniać (tak energicznie, jakby tego sobie życzyli) gorących kartofli z ogniska, w które sami boją się wsadzić swoje delikatne rączki. Mogą przecież powiedzieć, że jeśli tylko dyrektor ośmieli się wyrzucić z pracy część ich koleżanek i kolegów, to odejdzie cały zespół. Na zasadzie: albo wszyscy, albo nikt. Nie widzę powodu, dla którego na szantaż nie można by było odpowiedzieć takim samym szantażem. Ale to wymaga stanowczości i solidarności. Czy kanapowców stać na taki gest?

W jednej z polskich komedii pokazano napad rekieterów na rosyjski autobus. Nasza policja usiłowała namówić Rosjan do złożenia zeznań, ale nikt się nie zgodził. Polski policjant skomentował postępowanie Rosjan następująco: „Bo wy to jesteście naród w dupę dostać lubiący!”. A ja to skomentuję tak: cudze „chwalicie”, swego nie znacie...

(Bardzo proszę redaktora naczelnego Gazety Lekarskiej Marka Stankiewicza o nie wykreślanie i o nie skracanie cytatu, chyba że podlega on ustawie o pornografii, o ile ktoś udowodni, że „dostawanie w dupę” jest to narząd w ruchu, bo tego rzeczona ustawa zakazuje. Ale skoro poszło to nawet w polskim filmie fabularnym, to czemu nie miałyby pójść w polskim miesięczniku medycznym?)

Widzę teraz oczyma wyobraźni, jak czytający ten artykuł nasz uczony kanapowy kanapkowiec już-już otwiera usta, aby wygłosić kolejną złotą myśl, ale w tym momencie wchodzi ordynator, myśl się urywa w połowie, a zamiast niej wytryska kolejna porcja wazeliny... Uwaga na drzwi!!!

2006-2011

BAJKI DLA LEKARZY

Ryszard Kijak

Newsweek, czerwiec 2006

Tabloidy nazywają nas terrorystami, a minister Dorn grozi likwidacją szpitala MSW w Łodzi. Jesteśmy podobno pazerni, bo żądamy podwyżek – 30 procent w tym roku, 100 procent – w przyszłym.

Przed wejściem do Unii Europejskiej Czesi i Węgrzy podwyższyli swoim lekarzom wynagrodzenia do takiego poziomu, że emigracja zarobkowa przestała się im opłacać. W Polsce zapomniano o tym, więc coraz więcej lekarzy wyjeżdża. I coraz więcej ma dość finansowej dyskryminacji. Dlatego gdy okazało się, że perswazja nie wywiera na rządzie wrażenia, strajki objęły również oddziały dziecięce i onkologiczne. W poprzednich latach były one wyłączane z tych akcji, choć pediatrzy i onkolodzy są równie paskudnie opłacani jak inni lekarze.

Ale w poprzednich latach związki zawodowe lekarzy robiły wiele więcej, niż nakazywałyby im rozsądek. Choćby to, że same podsuwały projekty systemowych zmian, bombardowały nimi media i polityków. Apelowały o reformy, przestrzegając przed nadciągającym kryzysem. Niestety, ta gra toczy się od lat, zmieniają się tylko nazwiska premierów i ministrów zdrowia.

To nie lekarze uniemożliwili zbudowanie sensownego systemu służby zdrowia. Nadzieje na taki system pojawiły się tylko raz – w 1999 roku, kiedy to rząd AWS-Unii Wolności wprowadził ubezpieczeniowy system ochrony zdrowia, oparty na kasach chorych. Niestety, z systemu wycięto wiele racjonalnych mechanizmów, na przykład Krajowy Związek Kas Chorych, który miał unifikować na skalę krajową rozwiązania wypracowane w poszczególnych kasach, oraz skreślono (na wniosek UW) słynny art. 4a, przewidujący możliwość realizacji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez instytucje komercyjne.

Te wszystkie wady chciał poprawić Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, pisząc projekt zmiany ustawy i po zebraniu stu tysięcy podpisów wnosząc go do Sejmu jako projekt obywatelski. Niestety, zamiast poprawiać system kas chorych, partie polityczne poddały go podczas kampanii wyborczej w 2001 roku totalnej populistycznej krytyce. Wbrew logice zarznięto eksperyment tuż po jego narodzinach. Egzekutorem stał się SLD. Obywatelski projekt nie wszedł nawet pod obrady, ponieważ w tym samym czasie sejmowa komisja zdrowia kończyła już prace nad projektem ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia autorstwa ministra Mariusza Łapińskiego. I ten właśnie model destrukcyjnego i niekonstytucyjnego gniotą wciśnięto społeczeństwu.

Utworzony został NFZ, z ręcznym sterowaniem, ubezwłasnowolnieniem oddziałów wojewódzkich i związaną z tym niechęcią do kreatywnych działań, przy chronicznym deficycie nakładów i braku dopływu środków dodatkowych. Koncepcja ta zupełnie się nie sprawdziła. Ba, generuje wydłużające się kolejki pacjentów, ogranicza zastosowanie nowych technologii medycznych, powoduje notoryczne zadłużanie się zakładów opieki zdrowotnej i blokuje możliwość wzrostu wynagrodzeń.

W działalności NFZ nie można się dopatrzeć innej logiki niż chęci partyjnego manipulowania ogromnymi (rzędu 36 miliardów złotych) środkami, czego nie da się wykluczyć przy tak dziś rozwiniętej księgowości kreatywnej. Hipotetycznie wystarczy przecież opóźnić przekazanie do wojewódzkich oddziałów NFZ kolejnych dwóch czy trzech miliardów złotych o kilkanaście dni, żeby wygenerować dodatkowe dochody, które można przeznaczyć na różne pokątne cele, chociażby partyjne.

Już pod rządami niefortunnej reformy Łapińskiego OZZL przygotował własny projekt racjonalnego systemu opieki zdrowotnej. Oprócz zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia do 6 procent produktu krajowego brutto projekt przewiduje przede wszystkim demonopolizację płatnika (czyli utworzenie kilku konkurujących ze sobą instytucji ubezpieczeniowych), stworzenie koszyka świadczeń medycznych (określającego, jakie świadczenia obywatel ma zagwarantowane, a za jakie powinien dopłacić lub zapłacić), konkurencję między świadczeniodawcami oraz współpłacenie pacjenta za część świadczeń, z którego wyłączeni byłiby pacjenci najubożsi.

Przekonywaliśmy do niego polityków wszystkich opcji, organizowaliśmy spotkania i konferencje prasowe. Przesyłaliśmy nasz projekt rządowi, ministrowi zdrowia, posłom. I znów nic. Co najwyżej odpowiedź, że system będzie zreformowany w ciągu siedmiu lat. Ale w jakim kierunku? Nie wiadomo.

Kiedy przegraliśmy walkę o zmiany systemowe, podjęliśmy prosty bój o płace. Warto bowiem przypomnieć o jeszcze jednej prawdzie: nie będzie bezpiecznego systemu opieki zdrowotnej dla obywateli, a jednocześnie godnego wynagrodzenia dla kilkuset tysięcy rzeszy pracowników, bez zwiększenia wydatków na ochronę zdrowia.

Projekt naprawy finansów służby zdrowia, który przyjął rząd, zakłada m.in. zwiększenie środków na opiekę zdrowotną o 15 mld zł w ciągu trzech najbliższych lat. Jak to ma być jednak zrobione? Premier Marcinkiewicz mówi o 5 miliardach złotych w pierwszym roku, wicepremier Gilowska wspomina o 6 miliardach, ale nikt nie podaje konkretnych źródeł finansowania tego wzrostu. *„To jest porównywalne z obietnicami wybudowania trzech milionów mieszkań w ciągu czterech lat”* – uważa przewodniczący OZZL Krzysztof Bukiel. I w obecnej chwili ma niestety rację.

CHRZEŚCIJAŃSKA POCHWAŁA PRYWACIARZA

Krzysztof Bukiel

Aktualności OZZL.org.pl, czerwiec 2006

13 czerwca br., pośród wielu innych informacji, ukazała się i taka: „Premier oświadczył, że rząd nie zgodzi się na prywatyzację placówek opieki zdrowotnej”.

Gdybyśmy nie wiedzieli, co to za premier i na czele jakiego rządu stoi, pewnie byśmy pomyśleli, że w Polsce znowu „czerwoni” wygrali wybory. Jednak ten premier przedstawia się jako człowiek prawicy, a jego rząd, jako chrześcijański, prawicowy, antykomunistyczny. Co zatem sprawia, że w odniesieniu do prywatyzacji służby zdrowia, tak bardzo przypomina swoich – wydawałoby się – ideologicznych przeciwników?

Wygląda na to, że w spojrzeniu na prywatną własność (w gospodarce) obecny rząd przyjął głównie jedną „optykę”, charakterystyczną dla ugrupowań lewicowych. Zgodnie z nią, „prywaciarz” to cwaniak i wyzyskiwacz, dla którego zysk (najlepiej szybki, łatwy i duży) jest jedynym wyznacznikiem działania. Zgodnie z tą koncepcją, zysk jest moralnie naganny, bo musi wiązać się ze szkodą dla innych. Nic więc dziwnego, że prywatyzacja i służba zdrowia to dwa „byty”, których nie da się ze sobą pogodzić.

Na prywatną własność można jednak spojrzeć również inaczej. To drugie spojrzenie obecnemu premierowi nie powinno być obce. Jeśli nie zna go z innych źródeł, mógł je poznać w kościele. Kilka tygodni temu obchodziliśmy niedzielę *Dobrego Pasterza*. Właśnie do niego porównywał się Pan Jezus, mówiąc: „*Ja jestem dobrym pasterzem. Dobry pasterz daje życie swoje za owce.*” A kimże był ten „dobry pasterz”? Jeśli spojrzeć na to od strony gospodarczej – był prywatnym przedsiębiorcą, właścicielem stada. Gdyby ktoś miał wątpliwości, że jest inaczej, kolejne

słowa cytowanej ewangelii rozwiewają je: „*Najemnik zaś i ten, kto nie jest pasterzem, do którego owce nie należą, widząc nadchodzącego wilka, opuszcza owce i ucieka, a wilk je porywa i rozprasza. Najemnik ucieka dlatego, że jest najemnikiem i nie zależy mu na owcach*”.

Pan Jezus, nauczając, często posługiwał się przypowieściami i przykładami wziętymi z życia. Przywołując prawdy powszechnie znane – łatwiej przekazywał ogólne prawy moralne. Taką powszechnie znaną prawdą jest i to, że właściciel dba o swoją własność, troszczy się o nią, a nawet gotów jest się dla niej poświęcić, inaczej niż najemnik. Nie robi tego oczywiście bezinteresownie. Dbą o swój dobrze pojęty zysk. Tak było przed 2 tysiącami lat i tak jest obecnie. Dlatego prywatne przedsiębiorstwo jest z reguły lepiej zarządzane, bardziej zadbane, nie pozostawione same sobie. Prywatny przedsiębiorca gotów jest nawet – w chwilach kryzysu – dołożyć do interesu, aby tylko nie dopuścić do zniszczenia swojej własności.

Tej cechy prywatnej przedsiębiorczości obecny premier i jego rząd jakby nie zauważali. Stracili zupełnie „optykę” chrześcijańską i prawnicową, poddając się całkowicie lewicowym uprzedzeniom. Czyżby nie chodzili do kościoła? A może nie uważają na mszy?

HIPOKRATES NIE DLA FRAJERÓW

Ryszard Kijak

Gazeta Lekarska, lipiec 2006

(tekst bez skrótów redakcyjnych)

Jeżeli jakiś wredny politruk (tu wyjaśnienia dla najmłodszych: 1. „politruk” to skrót rosyjskich słów „politiczeskij rukawaditel”, po polsku – „nadzorca polityczny”, 2. „wredny”, po polsku – „zryty łeb”), więc – jeśli ów wredny politruk chce pogrozić lekarzom pięścią i zagnać ich z powrotem na właściwe miejsce, czyli na drzewo, to natychmiast wypomina im przysięgę Hipokratesa.

Ale w tym samym momencie wyłazi z niego totalny dyletant i kompletny bałwan. Bo jeśli się coś mówi, to jeszcze trzeba wiedzieć, o czym się mówi. Dlatego niezbędne jest tutaj przypomnienie treści owej sławetnej przysięgi, większości znanej ze słyszenia, a niewielu – z faktycznej treści.

Umowa z premierem Apollinem

„Przysięgam Apollinowi lekarzowi, Eskulapowi, Hygiei i Panakei, wszystkim bogom i boginiom, biorąc ich na świadków, jako przysięgi tej i zobowiązań następujących dochowam ściśle według sił moich.

Mojego nauczyciela w sztuce lekarskiej na równi z rodzicem moim szanować będę, moje mienie z nim podzielać, a w przypadku, czegokolwiek zapotrzebuje, z wdzięcznym sercem dostarczać mu będę; dzieci jego za rodzonych braci uważać, a na żądanie uczyć je będę sztuki lekarskiej bez wynagrodzenia i bez jakiegokolwiek z ich strony zobowiązania.

Prawidła sztuki, wykład jej ustny i całą naukę właściwą wygłaszać będę moim synom, mojego nauczyciela synom i innym przysięgą lekarską związanym uczniom: oprócz tych nikomu więcej.

Sposób życia urządzić będę chorym dla ich dobra podług sił moich i zdolności, dalekim będąc od wszelkiego uszkodzenia i krzywdy wszelkiej. Nigdy nikomu, ani na żądanie, ani na prośby niczyje, nie podam trucizny, ani też nigdy takiego sam nie poweźmę zamiaru, jak również nie udzielię żadnej niewieście środka poronnego. W czystości i niewinności świętej zachowam życie moje i sztukę moją.

Do czyjegokolwiek domu wniknę, celem wejścia mojego będzie jedynie dobro chorego, jako nigdy kierować mną nie będzie rozmyślnie bezprawie, ani występki, ani chęć lubieżna, bądź względem niewiasty, bądź względem mężczyzny, ani wolnych, ani niewolników.

Cokolwiek podczas pełnienia obowiązków zawodu mojego, a nawet poza obrębem czynności lekarskich, w życiu ludzkim zobaczyłbym lub posłyszał co rozgłaszane być nie potrzebuje, przechowam w milczeniu, nigdy nikomu nie wydając tego.

Jeżeli przysięgi tej dotrzymam w świętości i w niczym jej nie naruszę, oby mi wolno było w szczęśliwości i poważaniu wszystkich ludzi wieść życie po wsze czasy i błogich owoców sztuki mojej używać w obfitości; jeżeli naruszę przysięgę tę i stanę się wiarołomny, przeciwnie niech doznam doli.”

Hipokrates z Kos (460-377 p.n.e.), „Historia medycyny” pod red. prof. dr. hab. med. Tadeusza Brzezińskiego, PZWL, Warszawa 1988, s. 57).

Błogie owoce w obfitości-

A zatem, w opracowanej przez siebie treści ślubowania, prof. dr hab. med. Hipokrates z Kos wyraźnie mówi o stosunku do nauczycieli, o zasadach dydaktyki, sztuki medycznej i etyki, o zachowaniu tajemnicy lekarskiej i wreszcie o wynagrodzeniu (lub jego braku) za taką czy inną postawę. Ani słowem nie wspomina zaś o jakiejś służbie, powołaniu, misji, albo o innych dyrdymałach, które zostały stworzone znacznie później, w celu wymuszenia na lekarzach (albo wyłudzenia od nich) bezpłatnego lub też półdarmowego udzielania świadczeń medycznych.

Treść przysięgi wcale nie obliguje lekarza do wykonywania zawodu za ochłap, czy wręcz za darmo (nawet Hipokrates nie odważył się na taki wygłup). Mówi natomiast o tym, że w zamian za dochowanie tych wszystkich, niemal zakonnych, zobowiązań, których medyk się podjął, ma on „w szczęśliwości wieść życie i błogich owoców sztuki swojej używać

w *obfitości*”. I to jest właśnie pełny sens umowy, zawartej pomiędzy premierem Apollinem, reprezentowanym na Ziemi przez ministra zdrowia Hipokratesa z Kos, a świadczeniodawcą – medicusem, wykonującym usługi zdrowotne. W zamian za rzetelne wypełnianie obowiązków służbowych, minister zapewnia lekarzowi sowite wynagrodzenie: życie w szczęśliwości i używanie błogich owoców w obfitości.

Nie można więc rozumować jak wspomniany na wstępie tępy PRL-owski politruk, i domagać się realizacji tylko pierwszej części umowy („jedynie dobro chorego”), ignorując jej drugą część („błogie owoce w obfitości”). A tak się niestety w Polsce dzieje już ponad sześćdziesiąt lat, przynajmniej w odniesieniu do zawodu lekarza. I tak jest zakłamywana przysięga Hipokratesa.

W kamaszach z kałaszem

O ile jednak człowiek PRL-u był uwiązany na łańcuchu, to teraz się trochę zmieniło, bo jesteśmy już w Unii Europejskiej. A to powoduje m.in., że nasze uczelnie medyczne za kolosalne pieniądze kształcą fachowców, którzy natychmiast po zrobieniu specjalizacji, bez najmniejszych trudności wyjadą z kraju i z łatwością znajdą pracę gdzie indziej. Jeśli zarobki lekarzy w Polsce nie ulegną radykalnej poprawie, zjawisko to będzie się nasilać. Czy biedną Polskę stać na to, aby fundować bogatej Europie specjalistyczne kadry? Bo jeśli nie, to trzeba będzie zamknąć parę akademii medycznych, gdyż ich działanie straci uzasadnienie z punktu widzenia ekonomii państwa.

Z kolei ci, którzy nie wyjadą, ciągle będą siać niepokój społeczny. Nawet w kamaszach. Zwłaszcza, gdy będąc już w kamaszach, dostaną do ręki kałasza. Bo lekarze nigdy nie pogodzą się z upadlającym ich poziomem wynagrodzeń. I ciągle będą wysuwać postulaty płacowe. A jakiego wynagrodzenia powinni żądać? Odpowiedniego? Godziwego? Adekwatnego? Właściwego? Satysfakcjonującego? Genialny Hipokrates podpowiada: „Obfitego”! I takiego sformułowania należy się właśnie trzymać: **„Zgodnie z przysięgą Hipokratesa, lekarze żądają obfitego wynagrodzenia i życia po wsze czasy w szczęśliwości i poważaniu.”**

Zezwolenie na strajk

Natomiast za darmo, również zgodnie z omawianym, wiekopomnym dziełem – lekarze mogą jedynie nauczać synów swojego nauczyciela, co jest postawione jasno i bez możliwości innej interpretacji. Od córek trzeba już brać kasę, bo o nich w tekście nie ma ani słowa. A tym bardziej od ludzi obcych.

Przysięga Hipokratesa jest bardzo humanitarna nie tylko w stosunku do świadczeniobiorców (pacjentów), ale również w odniesieniu do podmiotów świadczących usługi medyczne: lekarze mają dochować przysięgi „ściśle według sił”. Jeżeli zatem sił braknie, wskutek np. ostrego niedoboru przewidzianych przez Ojca Medycyny „błogich owoców” i związanego z tym braku „szczęśliwości”, czyli po prostu z prozaicznego deficytu środków na utrzymanie, albo z przemęczenia ciągłą walką na kilku frontach, to śmiało można złożyć wymówienie z pracy. Tak uważał Hipokrates.

Określenie „ściśle według sił” oznacza przecież, iż nie jest to przysięga niewolnika. Nie przywiązuje chłopą do roli. Daje doktorowi prawo do oceny własnych możliwości w danym momencie. Tym samym, przewidując Hipokrates upoważnił lekarzy do składania wypowiedzeń.

„Sposób życia urządzić będę chorym dla ich dobra podług sił moich i zdolności, dalekim będąc od wszelkiego uszkodzenia i krzywdy wszelkiej.” W tym zdaniu mądry Grek, uzależniając udzielanie usług medycznych od zasobu energii świadczeniodawcy („podług sił moich”!), znów daje furtkę tym, którzy opadli z sił: jako ludzie przemęczeni, lekarze powinni trzymać się z daleka od „wszelkiego uszkodzenia”!

Zatem autor dodatkowo przewidział tu (w pewnych warunkach) możliwość oddalenia się od pacjenta, dla dobra tego ostatniego. Równa się to upoważnieniu do stosowania innych (oprócz rozwiązania umowy z pracodawcą) form protestu, z regularnym strajkiem polegającym na przerwaniu pracy włącznie. Dlatego Hipokratesa mogą potraktować jako pierwszego w historii ideologa lekarskich związków zawodowych.

Wręcz przeciwna dola

Znakomita większość lekarzy polskich „przysięgi tej dotrzymuje w świętości i w niczym jej nie narusza” i choć za to powinna „w szczęśli-

wości wieść życie i błogich owoców swej sztuki używać w obfitości”, niestety, całkiem niezasłużenie „wręcz przeciwnej doznaje doli”.

Żeby zebrać owoce, trzeba zasiać ziarno i spulchnić glebę, inaczej owoc nie wyrośnie. Gleba jest zaniedbana od wielu lat. Zgodnie z duchem doktryny Hipokratesa, lekarze zabrali się wreszcie za spulchnianie tej gleby w celu wyhodowania błogich owoców w obfitości. Pokrzepieni owymi owocami, urządzają pacjentom sposób życia dla ich dobra podług sił oraz zdolności i wówczas zrealizowana zostanie pełna treść przysięgi Hipokratesa, a nie tylko jej niektóre (te nieocenzurowane przez PRL i III RP) fragmenty.

A wszystko dla satysfakcji Apollina lekarza, Eskulapa, Hygiei, Panakei oraz pozostałych bogów i bogiń, w tym oczywiście – wszystkich pacjentek i pacjentów.

JAK WYGRAĆ KONKURS NA MINISTRA ZDROWIA

Krzysztof Bukiel

Służba Zdrowia, listopad 2006

Czy można wybrać najlepszego pływaka w kraju, organizując turniej bokserski? Z pewnością nie, nawet wtedy, gdy w turnieju wezmą udział tylko sportowcy trenujący pływanie. Podobnie nie znajdziemy najlepszego matematyka na drodze konkursu ortograficznego. Jest to tak oczywiste, że dziwić może tylko stawianie takich pytań. A jednak są dziedziny życia w naszym kraju, gdzie „konkurs” na określone stanowiska dokonuje się na takich – mniej więcej zasadach.

Weźmy taką służbę zdrowia. Wiadomym jest, od czasu tzw. transformacji ustrojowej, że wymaga ona istotnych zmian, aby stała się wydajna, nieskorumpowana, racjonalna, wydolna. Osobą, która – w naszych warunkach – odpowiada za kształt opieki zdrowotnej w Kraju i jej ewentualną reformę jest minister zdrowia. Można by więc przypuszczać, że ministrem zostanie ktoś, kto wygra „eliminacje” na najlepszy program zmian, a następnie program ten zrealizuje. Nasze doświadczenia są jednak zupełnie inne. Jaki „konkurs” trzeba wygrać aby zostać ministrem zdrowia? Jeden z poprzednich ministrów objął to stanowisko, bo akurat był jedynym lekarzem-posłem w partii, której „z klucza” przypadł ten resort. O innym mówiono, że zyskał wielkie zaufanie szefa swojego ugrupowania, bo skutecznie zatamował mu kiedyś krwawienie z nosa. Jeszcze inny wygrał, bo był nielekarzem i miał „zdolności menedżerskie”, a akurat „menedżeryzm” w służbie zdrowia był modny.

Niezależnie od wszelkich innych cech, najważniejszym „atutem” kandydata na ministra zdrowia wydaje się być umiejętność znalezienia się w kręgach zbliżonych do partii rządzącej i „elastyczność” w dopasowaniu się do politycznych realiów. Pamiętamy ministra zdrowia, który przekonywał, że 7,5 procent jest więcej niż 10, a gdy raz publicznie w to

zwątpił, to nazajutrz uroczyście odwołał. Pamiętamy wypowiedzi wielu innych ministrów (z obecnym włącznie), którzy, gdy tylko wyrazili pogląd o konieczności wprowadzenia dopłat do leczenia, natychmiast się z tego wycofywali. Podobnie zresztą było z opinią o prywatyzacji. Jednoznaczny program kandydata na ministra może być w takiej sytuacji jedynie przeszkodą w zdobyciu stanowiska. Nic więc dziwnego, że takie konkretne programy pojawiały się bardzo rzadko, a jeżeli już, to dotyczyły spraw drugorzędnych (np. 17 kas chorych regionalnych, czy jedna ogólnopolska pod nazwą NFZ, a może znowu 5 nowych).

Jeśli zatem ktoś się jeszcze dziwi, że nie można znaleźć w Polsce choć jednego odważnego i zdecydowanego ministra zdrowia, to niech się już przestanie dziwić. Nie znajdzie się taki minister, bo w „eliminacjach” na to stanowisko odwaga, zdecydowanie, własne zdanie i konsekwencja są bardzo nisko punktowane. Wyżej jest koniunkturalizm, uległość wobec politycznych „realiów” i wierność wobec partii, która decyduje o obsadzie ministerialnego stołka.

Gdy spojrzeć na losy służby zdrowia w Polsce po roku 89., przychodzi na myśl dryfujący okręt, rzucany od czasu do czasu na boki niepokojami społecznymi lub doraźnymi pomysłami. Wśród tego chaosu niezachwiane pozostają tylko dwa trwałe elementy: bezpłatność leczenia i skąpość środków publicznych, przeznaczonych na służbę zdrowia. Każdy minister, który zachowa jednocześnie te dwie „podstawy ustrojowe” polskiej służby zdrowia będzie dobry. Może robić co chce: eksperymentować z „koszykiem”, ustalać „kolejki oczekujących”, tworzyć „sieci” szpitali, proponować „sup-y”, wprowadzać koordynowaną opiekę zdrowotną albo rozdzielać ambulatoryjne leczenie od szpitalnego, przekształcać pogotowie ratunkowe, likwidować kasy chorych lub je łączyć itd. itp.

Dla rządzących to nawet lepiej, że się coś dzieje. Ludzie widzą, że reforma postępuje, a politycy „przywiązują wielką wagę do spraw związanych z ochroną zdrowia” (jak się wyraził w liście do OZZL przedstawiciel premiera). Złym ministrem będzie ten, kto zechce naruszyć fundamenty obecnego ustroju. Nawet, gdyby miało się to okazać zbawienne dla służby zdrowia, w konkursie na stanowisko ministra przegra w przedbiegach.

PERWERSYJNE KACAPĄŁY

WALKA Z KORUPCJĄ W SŁUŻBIE ZDROWIA

Ryszard Kijak

Służba Zdrowia, luty 2007

Nie da się już dalej słuchać i czytać urągających zdrowemu rozsądkowi głupot na temat skali szarej strefy w ochronie zdrowia. Gazety brukowe wymyśliły, że lekarze biorą rocznie „na lewo” 5-7 miliardów zł. Niektórzy „wynalazcy” idą znacznie dalej i oceniają tę wielkość nawet na 10-16 miliardów! (np. Wprost nr 11 z 19 marca 2006: „Kasa za zabieg”).

Ową kretyńską kwotę bezmyślnie powielają poważne media, oraz uprawiający tani populizm politycy. Nawet minister zdrowia Zbigniew Religa dał się nabrać i bez zastanowienia powtarza totalne bzdury, nie zadając sobie bynajmniej trudu, aby je zweryfikować. A przecież wystarczyłoby tylko przeprowadzić prosty rachunek.

Zastanówmy się więc wpierw, ilu doktorów może potencjalnie „brać w łapę”. Ze 120-tysięcznej rzeszy przedstawicieli tego zawodu odejmijmy wszystkich pracujących na własny rachunek, czyli stomatologów, lekarzy pierwszego kontaktu i innych sprywatyzowanych, zatem – prowadzących działalność gospodarczą, bo oni przecież nie podlegają temu zjawisku. Pozostanie nam jakieś 60 tysięcy podejrzanych, zatrudnionych w publicznej opiece zdrowotnej. Spośród nich, mówi się, że „bierze” prawie połowa. Niech to będzie 30 tysięcy.

Podzielmy teraz 7 miliardów zł przez te 30 tysięcy nominalnych łapowników (każdy w swoim komputerze ma kalkulator i może łatwo sprawdzić) – i ile nam wychodzi? Rocznie 233 tysiące na łebka! Miesięcznie – 19 tysięcy!

Nawet gdyby wszyscy lekarze pracujący w publicznej opiece zdrowotnej byli skorumpowani, to na jednego medyka-źłodzieja przy-

padałoby po 116 tysięcy „lewych” dochodów w roku, a na miesiąc – po 10 tysięcy. Ale na przykład z drugiej strony, jeśli nie „bierze” każdy, ani co drugi, lecz tylko co czwarty, to na głowę rocznie wypada prawie po pół miliona, czyli miesięcznie po niecałe 40 tysięcy. Już się boję liczyć, ile to by wyniosło, gdyby „brał” jedynie co ósmy, albo co szesnasty...

No, takich pieniędzy nie dałoby się ukryć. Kto, zarabiając tyle „pod stołem”, walczyłby wtedy o jakieś durne dwie czy trzy średnie krajowe!? Kto uczestniczyłby w strajkach!? Profesora K. z Bydgoszczy osądzono za głupie 50 tysięcy, docent H. z Białegostoku niesłusznie odsiedział w areszcie za wciśnięte mu w ramach prowokacji nędzne 5 tysięcy, a 30-tysięczna banda malwersantów, wyłudzających rocznie od pacjentów średnio po 233 tysiące każdy – chodzi jeszcze na wolności!? Gdzie jest policja i prokurator? Gdzie my jesteśmy!? I gdzie jest logika ludzi, którzy wymyślili i propagują takie kacapały!?

Kilka lat temu Fundacja Batorego przeprowadziła badania, z których wynikało, iż tylko 8 proc. ankietowanych w ciągu dziesięciu(!) lat wręczyło lekarzom prezenty lub pieniądze za przeprowadzenie operacji. Fundacja zresztą co roku zamawia w CBOS-ie badanie „Barometru korupcji”. Do faktu dania komukolwiek łapówki przyznaje się z reguły mniej więcej 15 proc. respondentów, z czego 68 procent dało łapówkę służbie zdrowia. Ta grupa stanowiła więc w roku 2005 tylko (albo aż) ok. 10 proc. ogółu badanych. Czyli prywatną kieszeń publicznego lekarza wzbogacił co dziesiąty obywatel RP. A o ile wzbogacił? Elżbieta Cichocka (Gazeta Wyborcza z 29 sierpnia 2005 r.) podaje za GUS-em, że w r. 2003 pacjenci zostawili w szpitalach jako „dowody wdzięczności” (koperty, prezenty, kwiaty) „zaledwie” 60 milionów zł.

Choć jest to dużo, to i tak 100-300 razy mniej, niż sugerują media oraz polityczni populiści i demagodzy, szacujący tę strefę na 5-16 miliardów zł rocznie (!), wliczając do niej albo tylko same łapówki, albo też i wpłaty pacjentów na rzecz przeróżnych fundacji oraz pozostałe dopłaty.

Przesada jest kosmiczna. Jeżeli więc mówimy o zjawisku szarej strefy w ochronie zdrowia, i słusznie je potępiamy, to jednak powinniśmy wiedzieć, jaka jest jego prawdziwa, a nie wydumana skala.

A tak przy okazji: dwieście tysięcy piechotą nie chodzi... Kto do cholery przejął moją działkę!?

NA OŁTARZU SOCJALIZMU

Krzysztof Bukiel

Menedżer Zdrowia, czerwiec 2007

Kilka dni temu premier Jarosław Kaczyński zdecydowanie potwierdził, że nie będzie żadnego „współpłacenia” przez pacjentów za świadczenia zdrowotne. Ta zasada jest „w stu procentach sprzeczna z linią tego rządu” – oświadczył. W ten sposób pan premier chciał upiec dwie pieczenie na jednym ogniu. Po pierwsze chciał pokazać jak wrażliwy na ludzką krzywdę jest rząd oraz jak niegodziwi są lekarze, którzy domagają się wprowadzenia dopłat do leczenia. Pewnie wielu ludzi, nie obeznanych szczegółowo z problematyką opieki zdrowotnej dało się na tę sztuczkę nabrać. Zdziwiliby się oni jednak, gdyby wiedzieli jakie skutki praktyczne owa niezgoda premiera na współpłacenie powoduje.

Pan premier wyrażając swój sprzeciw wobec dopłat do leczenia z kieszeni pacjenta przyjmuje idealistyczne, utopijne założenie, że za ograniczoną (i dodatkowo niewielką) ilość pieniędzy można sfinansować nieograniczoną ilość świadczeń. Zdaniem pana premiera jest zatem taka alternatywa: albo wszystko będzie za darmo dla wszystkich w nieograniczonym zakresie, albo tylko część będzie za darmo, a część będzie za dopłatą. Wobec takiego wyboru tylko ludzie niespełna rozumu wybraliby drugą możliwość.

W praktyce jednak alternatywa jest inna: albo wszystko będzie za darmo, ale z koniecznością limitowania świadczeń (i wszystkiego co z niego wynika), albo tylko część za darmo, reszta za dopłatą, ale za to bez limitowania świadczeń. Teoretycznie możliwe byłoby trzecie wyjście: wszystko za darmo i bez limitowania, ale nakłady na opiekę zdrowotną ze środków publicznych musiałyby wtedy wynosić chyba 20 procent PKB, a nie 4 procenty, jak obecnie. Pan premier zresztą o tym trzecim wyjściu nie myśli, bo sprzeciwia się stanowczo nie tylko

współpłaceniu ale i istotnemu wzrostowi nakładów na ochronę zdrowia ze środków publicznych.

A co to jest limitowanie świadczeń zdrowotnych? To jest administracyjne ograniczenie dostępu do leczenia, czyli jest tak: pierwszy, drugi, trzeci pacjent – do leczenia, czwarty, piąty – do... oficjalnie nazywa się to kolejką, w praktyce, w przypadku wielu chorób jest to wyrok skazujący. Prezes Polskiej Unii Onkologii kilka miesięcy temu w liście do posłów apelował: *„Każdego roku ponad 130.000 obywateli w Polsce zachorowuje i ponad 85.000 umiera z powodu chorób nowotworowych. W krajach, w których przeznaczają się odpowiednie środki na diagnozowanie i leczenie – można uratować połowę pacjentów. W Polsce zaś obecnie zaledwie jedną trzecią.”* Czyli rocznie w naszym kraju kilka – kilkanaście tysięcy ludzi umiera z powodu niedofinansowania służby zdrowia i limitowania świadczeń. Jeśli rządzący nie są w stanie zapewnić odpowiedniej ilości pieniędzy publicznych na to finansowanie, a jednocześnie – w imię wierności programowi swojej partii – nie chcą się zgodzić na dopłacanie do świadczeń, to znaczy, że na ołtarzu ideologii (socjalistycznej w tym przypadku) poświęcają tysiące istnień ludzkich rocznie.

Możliwe jest, że pan premier nie rozumie tych zależności. W końcu nie interesował się nigdy służbą zdrowia, a jego osobiste doświadczenia, jako premiera – pacjenta mogą go jedynie wprowadzić w błąd, co do dostępności świadczeń zdrowotnych w Polsce. Szkoda tylko, że nikt z doradców pana premiera zajmujących się służbą zdrowia nie wyprowadził swojego szefa z błędu (może się bali). Lepiej sprawę tę rozumieją zwykli obywatele. W badaniu opinii społecznej, przeprowadzonym w listopadzie roku 2005 przez Sopocką Pracownię Badań Społecznych, tylko 2 procenty badanych uznało, że – przy braku środków publicznych na leczenie – należy limitować leczenie chorych na nowotwór, 10 procent nie miało w tej sprawie zdania, a 88 procent było za wprowadzeniem współpłacenia za leczenie (w różnych formach), byle tylko każdy chory na raka mógł być leczony bez kolejki (omówienie badania dostępne jest na stronie internetowej OZZL).

Gdyby tak pan premier, zamiast okopywać się na swoich pozycjach i utwierdzać w przekonaniu, że OZZL chce obalić rząd, zechciał posłuchać co ludzie wkoło mają do powiedzenia.

DOPLATA ALBO ŚMIERĆ

Ryszard Kijak

Polska, październik 2007

*20 tysięcy Polaków rocznie umiera na raka.
Bo pacjentowi nie wolno dopłacić do kosztów leczenia,
nawet gdyby od tego zależało jego życie – pisze Ryszard Kijak.*

Niedawno aresztowano pewnego lekarza – za to, że wziął od pacjenta trzy kilo padliny, i za to, że od wdzięcznej pacjentki otrzymał 20 zł, gdyż przyjął ją przed godziną rozpoczęcia swojej pracy. Do tak kuriozalnej sytuacji by nie doszło, gdyby w Polsce obowiązywały dopłaty pacjentów do świadczeń medycznych, np. na wzór francuski, gdzie pacjent musi zapłacić w przychodni 21 euro, a ubezpieczalnia zwraca mu tylko 16. Pozostałe 5 euro stanowi właśnie dopłatę bezpośrednią. Eliminuje ona wymuszanie tzw. świadczeń zbędnych w lecznictwie otwartym i zmniejsza kolejki o ok. 20 proc. Niekoniecznie bowiem ma uzasadnienie kultywowana przez niektóre starsze panie tradycja: w niedzielę do kościoła, w poniedziałek do lekarza. Niekoniecznie też trzeba się meldować u doktora z banalnymi dolegliwościami.

Drzemiący potencjał

Dopłaty nie mogą być zbyt niskie, rzędu 2 zł, jak to zaproponował kiedyś w chwili zaćmienia umysłu wicepremier Jerzy Hausner (i z czego wycofał się następnego dnia, po otrzymaniu „opr” od swoich władz partyjnych), gdyż koszty zagospodarowania tych pieniędzy (pisanie pokwitowań, kasa, księgowość, bank, podatek) przewyższyłyby ich nominalną wartość. Nie mogą też być zbyt wysokie, aby nie okazały się barierą w powszechnym dostępie do świadczeń medycznych. Wydaje się, że kwota 7-10 zł za każdą wizytę w poz spełniałaby te warunki. Zresztą,

w uzasadnionych przypadkach lekarz mógłby przecież odstąpić od jej pobrania. Skoro przed wojną mógł leczyć ubogich za darmo, to nic nie stoi na przeszkodzie, aby mógł tak czynić i teraz. Znając swoich pacjentów, wie, komu się przelewa, a komu nie.

Podobna zasada powinna też obowiązywać w publicznych poradniach specjalistycznych, które – ze względu na narzucane przez Narodowy Fundusz Zdrowia limity – zamykane są po południu na głucho. A przecież w tym czasie można by przyjmować pacjentów, za dopłatą powiedzmy 20-30 zł. Ci, którzy skorzystaliby z takiej możliwości, przyszliby po 15:00, a czas oczekiwania dla pozostałych uległby odczuwalnej redukcji. Wszyscy byliby zadowoleni.

Wyrok za dobre chęci

Takie rozwiązanie zastosował były dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego w Białymstoku Jerzy Kamiński, ale niestety po dwóch dniach eksperymentu sprawa trafiła do sądu i skończyła się wyrokiem skazującym. Sąd uznał, że co prawda dyrektor naruszył przepisy prawa, ale ze względu na to, iż działał na korzyść pacjentów (sic!), odstąpił od wymierzenia kary. Do tego (bardzo oryginalnego zresztą) orzeczenia przyczyniły się zeznania świadków... oskarżenia – dwóch pacjentek, które zapłaciły, zostały przyjęte poza kolejką, i podczas rozprawy oświadczyły, że są bardzo wdzięczne dyrektorowi za stworzenie im takiej możliwości.

W efekcie, Kamiński odstąpił od swoich niecznych praktyk finansowych, i nawet, dla świętego spokoju, nie odwoływał się już od wyroku, choć zdaniem niektórych prawników miał dużą szansę na wygraną w sądzie wyższej instancji. A kto na tym stracił? Przede wszystkim pacjenci.

Bodziec konkurencyjny

Dopłaty należy również wprowadzić w szpitalach. Pomijając procedury ratujące życie i stosowane w stanach nagłych, oraz te najdroższe, pacjent (przy zwolnieniu z tego obowiązku osób najuboższych, których leczenie musi pokryć opieka społeczna) powinien dopłacać z własnej kieszeni (albo z dodatkowego ubezpieczenia) różnicę pomiędzy kwotą przekazywaną szpitalowi za daną procedurę przez NFZ a faktycznym kosztem jej wykonania w danej placówce.

Jeżeli za wycięcie pęcherzyka żółciowego NFZ płaci 2.000 zł, a rzeczywisty koszt wynosi 2.300, to dopłata powinna wynieść 300 zł. Ale w sąsiednim szpitalu koszt tego zabiegu może być niższy. Tym samym, dopłata również byłaby tam mniejsza. I wówczas pacjent wybierze ten drugi szpital. A pierwszy, aby utrzymać się na rynku i nie stracić pacjentów, zacznie redukować swoje koszty, poprawi jakość świadczeń. W ten sposób zrodzi się mechanizm konkurencyjności pomiędzy szpitalami, walka o pacjenta, przyciąganie go ceną dopłaty i poziomem usług. Oczywiście chodzi pacjenta przytomnego. Bo nieprzytomny nie ma wyboru. Ale też i nie dopłaca, jako stan nagły.

Skoro naszego państwa (jako instytucji) nie stać na radykalne zwiększenie dopływu środków publicznych do systemu ochrony zdrowia, skoro musimy utrzymać kompromitujące, ostatnie miejsce w Unii Europejskiej (4 procent produktu krajowego brutto, podczas gdy następne po nas Czechy przeznaczają na ten cel już 6 procent PKB), to, niestety, do zdrowia trzeba dołożyć z własnej kieszeni. Zamiast do łapy konowała-wydrwigrosza, pieniądze trafią do szpitalnej kasy, pozwalając na inwestycje w sprzęt, w infrastrukturę, i na lepsze wynagrodzenie pracowników. Innego wyjścia nie ma, chyba że chcemy mieć nadal gigantyczne (kilkuletnie nieraz) kolejki, poziom medycyny jak za króla Ćwieczka, oraz zbójów-lekarzy łapówkarzy.

Równy nie znaczy darmo

Wprowadzenie dopłat bynajmniej nie stoi w sprzeczności z Konstytucją RP. Konstytucja bowiem wcale nie gwarantuje obywatelom darmowego leczenia, jak sądzą niektórzy. Jest to fałszywa teza. Konstytucja obowiązuje już 10 lat, a w społeczeństwie wciąż egzystują jakieś mity. Jej art. 68 ust. 2 mówi tylko, że obywatelom władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Co to oznacza? Że w ramach finansowania publicznego, każdy ma prawo do takiego samego świadczenia. I tyle. Natomiast jeżeli oprócz publicznych, zostałyby wprowadzone środki prywatne, to tu już równy dostęp się kończy. Ci, którzy korzystają z nakładów publicznych, nadal mają równy dostęp, a ci, którzy zechcą dopłacić, mogą mieć dostęp lepszy, bo korzystają już także i ze środków własnych.

Były minister zdrowia Marek Balicki neguje możliwość pobierania opłat za świadczenia medyczne od ubezpieczonych w NFZ pacjentów (którzy za własne pieniądze chcieliby ominąć kolejkę i wykorzystać marnujące się w poradniach i szpitalach miejsca), powołując się na art. 34 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, który wymaga stworzenia odrębnych przepisów przewidujących odpłatność. Przy czym twierdzi, że przepisem odrębnym może być wyłącznie ustawa. Jednak nie wszyscy prawnicy są tego zdania: takim przepisem może być statut sejmiku województwa.

W szerszym rozumieniu, „przepisem odrębnym” mogłaby być więc też na przykład uchwała organu założycielskiego zakładu opieki zdrowotnej, czyli powiedzmy rady powiatu lub sejmiku województwa, a może i nawet po prostu zarządzenie dyrektora danego szpitala, ustanawiające możliwość dopłat pacjentów do świadczeń zdrowotnych.

Dałoby się zatem, moim zdaniem, wprowadzić dopłaty lokalnie, bez konieczności uchwalania specjalnej ustawy. Dlaczego zatem jeszcze nigdzie tak się nie stało? Przede wszystkim ze względów politycznych. Bo, jak wiadomo, populistycznym partiom wcale nie jest na rękę wprowadzanie rozwiązań, które co prawda miałyby swoje racjonalne uzasadnienie, ale nie byłyby popularne wśród wyborców. Łatwiej jest utrzymać status quo i zwać całą winę na swoich przeciwników, niż zdobyć się na odważne decyzje: my wam zafundujemy współpłacenie, a wy na nas głosujcie. Po co bezmyślnie tracić punkty w sondażach?

Ja se ne boim, ja mam raka!

Tymczasem sytuacja jest taka, że publiczne nakłady na opiekę zdrowotną rosą w ślimaczym tempie, nie wyrównują nawet wzrostu cen aparatury i wyrobów medycznych, ogólnie są niewystarczające, przez co np. umieralność na raka jest w Polsce dwukrotnie większa niż w Europie. Według raportu szwedzkiego Królewskiego Instytutu Karolinska, na leczenia raka Polska przeznaczona w przeliczeniu na jednego mieszkańca marne 30 euro, zajmując żenujące, ostatnie miejsce w UE, podczas gdy następnie – Węgry 49 euro, Czechy 50 euro, Portugalia 89 euro, a średnia w UE wynosi 125 euro. Powyżej tej średniej plasuje się Irlandia i wiele innych krajów. Polskie 30 euro to już nie tylko hańba, ale i zbrodnia.

A w dodatku, pacjent sam nie może oficjalnie dopłacić do kosztów swojego leczenia, nawet gdyby chciał. Dlatego 20 tysięcy Polaków rocz-

nie umiera na raka, nie otrzymawszy właściwego leczenia przeciwnowotworowego na miarę osiągnięć współczesnej medycyny. I nikt spośród tych 20 tysięcy chorych nie ma nawet szansy aby samemu zatroszczyć się o swoje zdrowie, poprzez wzięcie na siebie części kosztów. Bo prawo tego zabrania (lub tego nie przewiduje).

W Europie dopłaty są stosowane powszechnie. W Belgii pacjent płaci ryczałt za przyjęcie do szpitala oraz za pobyt i leki, w Estonii 25 koron za każdy dzień pobytu w szpitalu, w Niemczech przy każdej pierwszej wizycie kwartalnej lekarzowi rodzinnemu płaci się 10 euro, we Włoszech dopłaca się za podwyższony standard, itd. itp. Przykłady można mnożyć. W każdym kraju istnieje jakaś forma dopłat. Tylko nie w Polsce.

Ubóstwo do sproszkowania

Obecny minister zdrowia Zbigniew Religa utrzymuje, że strefa ubóstwa w Polsce jest zbyt duża, aby wprowadzać współpłacenie. Brzmi to bardzo szlachetnie, ale ma niewiele wspólnego z rzeczywistością. Z tą strefą ubóstwa nie jest już w Polsce tak źle. Mówi o tym „Diagnoza społeczna 2007” Janusza Czapińskiego. Jedynie 4,8 procent domowych gospodarstw jednoosobowych ma miesięczny dochód niższy niż 360 zł. Tzw. głębokość ubóstwa również jest niska. A poza tym: ubogich przecież można zwolnić z dopłat.

Mamy okres wyborczy, kandydaci na posłów i senatorów obrzucają się przeróżnymi inwektywami, ale problemy ochrony zdrowia omijają z daleka, jak śmierdzące jajo. Tymczasem ludzie umierają w kolejkach do specjalistów nie doczekawszy zbadania, giną z powodu niedostatecznych nakładów na ich leczenie, i nawet nie mogą sami sobie dopłacić do szansy na przeżycie.

I dobrze im tak. No bo pacjent – cóż to za wyborca!? Leży taki w łóżku, kwęka, stęka, wymiotuje, puszcza bąki, żaden z niego pożytek, nawet do urny nie pójdzie. Chyba że go tam zaniosą. Sproszkowanego. I dopiero w takiej postaci staje się przydatny, jako sposób na tanie państwo, bo przestaje pobierać emeryturę czy rentę, i dzięki temu nie doprowadza społeczeństwa do ruiny. Im szybciej wykorkuje, tym dla państwa lepiej.

KOPACZ ZA, KOPACZ PRZECIW

Ryszard Kijak

Służba Zdrowia, listopad 2007

Zanim jeszcze posłanka Platformy Obywatelskiej, pani doktor Ewa Kopacz, została ministrem zdrowia (ale wiedząc już o swojej kandydaturze na to stanowisko), w wypowiedzi dla Polskiej Agencji Prasowej oświadczyła, iż byłaby skłonna „pójść do piekła”, aby odwrócić ustawę o zmianie ustawy zakładach opieki zdrowotnej, dającą lekarzom m.in. prawo do nie wyrażenia zgody na pracę powyżej 48 godzin w tygodniu (tzw. „klauzula opt-out”), oraz do 11-godzinnego nieprzerwanego odpoczynku w każdej dobie.

Ewa Kopacz stwierdziła, że będzie zabiegać o opóźnienie wejścia w życie tych zasad, zaś do lekarzy, do medycznych związków zawodowych i do pracowników ochrony zdrowia zaapelowała o to, by dali jej czas i od 1 stycznia 2008 roku nie zostawili pacjentów. Zaznaczyła przy tym, iż zdaje sobie sprawę, że gros lekarzy nie będzie chciało zgodzić się na pracę zmianową ani na kontraktową. Przekonywała, że niczego dobrego nie da się zrobić w ciągu 48 godzin.

Komentując tę wypowiedź mogę powiedzieć, iż pani minister już na samym początku swojego urzędowania doznała rozdwojenia jaźni. Bo przecież to pod jej przewodnictwem, jako szefowej Komisji Zdrowia Sejmu RP V Kadencji, ustawa ta, zgłoszona jako projekt rządowy (koalicji PiS, LPR i Samoobrony), nabierała kształtu.

No, ale przewodnicząca mogła się nie zgadzać z treścią przedstawioną przez rząd i wypracowaną przez Komisję. Mogła mieć zdanie odrębne. Co wtedy powinna zrobić? Na posiedzeniu plenarnym Sejmu powinna wtedy głosować „przeciw”. Proste? Proste.

A co zrobiła Pani Ewa? Zagłosowała „za”. Zresztą, wszyscy posłowie zagłosowali „za”. Głosów przeciwnych było zero, wstrzymujących

się zero. Ustawa „o klauzuli opt-out” została więc przyjęta jednogłośnie, przez wszystkich 399 obecnych wówczas na sali posłów.

I – co teraz mówi PAP-owi Koleżanka Kopacz? Że poszłyby do piekła, aby to odwrócić? Że będzie zabiegać o opóźnienie wejścia w życie tych zasad? Że niczego dobrego nie da się zrobić w ciągu 48 godzin? Przepraszam bardzo, ale prace nad tą ustawą trwały co najmniej kilka miesięcy, a nie 48 godzin. To gdzie wtedy Pani Przewodnicząca Komisji Zdrowia Sejmu RP była, że spytam uprzejmie, aczkolwiek złośliwie?

W chwili obecnej sytuacja jest więc taka, że najpierw posłowie jednogłośnie wręczają lekarzom do ręki broń, a potem pani minister prosi, żeby z niej nie korzystali. Czy czasem nie należy takiego postępowania zakwalifikować jako kolejnego przykładu paranoi w naszej polityce? Owszem, przyznaję, iż PiS samo sobie strzeliło gola („nokaut przez opt-out”) i wszyscy to poparli, łącznie z PO, ale teraz, gdy się okazało, że gol wpadł do bramki PO, to lekarze są na spalonym? Przecież to nie lekarze są odpowiedzialni za zapewnienie społeczeństwu właściwej opieki zdrowotnej, tylko rząd i samorządy lokalne.

Przy czym zaznaczam, że ten gol musiał być strzelony. Jeżeli nie „z akcji” (Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy od lat walczył o uznanie czasu dyżuru lekarskiego jako czasu pracy), to przynajmniej „z rzutu karnego”. Bo nowelizacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, uwzględniająca ten aspekt, jest niczym innym, niż implementacją unijnego prawa pracy (dyrektywy 88/2003).

I rację ma tutaj słynny dr Czesław Miś (znany z tego, że wywalczył przed polskim sądem uznanie czasu dyżuru jako czasu pracy, z wszelkimi tego konsekwencjami, na zasadzie przepisów unijnych), twierdząc, iż dążenie do „odwrócenia” omawianej ustawy jest niczym innym, jak nawoływaniem do łamania prawa międzynarodowego oraz obowiązującej już w Polsce, podpisanej przez Prezydenta RP, ustawy. „Ojciec chrzestny w kiece?” – zapytuje krótko dr Miś, odnosząc się do wspomnianej wyżej wypowiedzi obecnej minister zdrowia Ewy Kopacz.

Jeżeli pani minister chce, aby środowisko medyczne traktowało ją poważnie, to niech będzie konsekwentna i niech nie wycofuje się rakiem z tego, co poparła sama i cała jej partia, myśląc, że tym paszтетem udławią PiS. Bowiem teraz, to PO i PSL muszą się nauczyć, jak z tym dalej żyć, i muszą się dogadać ze środowiskiem medycznym. Sami za tym głosowali. Inaczej tracą wiarygodność, zanim ją jeszcze uzyskali.

DESTRUKCYJNA DYKTATURA... DEMOKRACJI

Krzysztof Bukiel

Ogólnopolski Przegląd Medyczny, kwiecień 2008

Zakończył się „biały szczyt”. Jeszcze zanim podpisano końcowy dokument, zawierający rekomendacje dla rządzących, jak powinna być reformowana opieka zdrowotna, pan Premier Tusk, oświadczył że jego rząd na pewno nie wprowadzi tzw. współpłacenia za świadczenia zdrowotne. Na osłode zapowiedział wzrost składki na NFZ – za dwa lata o 1 procent.

W ten sposób z całej wielkiej reformy, zapowiadanej przez PO zostały dwa elementy: niewielki wzrost nakładów publicznych i – nieobowiązkowe – przekształcenie szpitali w spółki prawa handlowego. Dokładnie taką samą „reformę” mieliśmy przez ostatnich parę lat: składka na PUZ wzrastała stopniowo (od 7,5 do 9 procent) a pojedyncze szpitale – dobrowolnie przekształcały się w spółki handlowe. W międzyczasie realizowano kolejne akcje „restrukturyzacyjne” i „oddłużeniowe” publicznych szpitali (co również zapowiada obecny rząd). Co prawda i premier Tusk i minister Kopacz nadal chętnie szermują reformatorskimi hasłami: o uszczelnianiu systemu, o koszyku świadczeń, o rzetelnej wycenie procedur, o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych itp., ale każdy, kto choć trochę orientuje się w problematyce wie, że z prawdziwej reformy – nici. Podobne hasła głosili wszyscy poprzednicy minister Kopacz i nigdy ich nie zrealizowali.

Co jest przyczyną tej zadziwiającej niemocy polityków w reformowaniu opieki zdrowotnej? Demokracja. Dyktatura sondaży popularności i całkowite podporządkowanie się nim przez polityków.

Wiadomą bowiem rzeczą jest, że radykalna poprawa funkcjonowania opieki zdrowotnej może nastąpić tylko wówczas, gdy do finansowania świadczeń zdrowotnych – obok pieniędzy publicznych – zaangażuje

się, w sposób systemowy, pieniądze prywatne. Bez dopłat do leczenia nie będzie koszyka świadczeń gwarantowanych. Funkcją koszyka jest bowiem zrównoważenie wydatków na świadczenia zdrowotne z nakładami. Dlatego koszyk musi przewidywać taki zakres refundacji, na jaki pozwalają pieniądze publiczne. Gdy ich zabraknie trzeba sięgnąć po dopłaty od pacjentów.

Jeśli – jak premier Tusk – odżegnujemy się od dopłat, nie stworzymy prawdziwego koszyka. Możemy stworzyć co najwyżej jego atrapę. Wtedy zawartość „koszyka” będzie jak ekspozycja stała w sklepach za komuny: kupić nie można, ale można się zapisać do kolejki. Brak dopłat do leczenia oznacza zatem konieczność ich reglamentacji – limitowania. Limitowanie świadczeń to konieczność administracyjnego rozdziału pieniędzy przez NFZ, a zatem koniec konkurencji między szpitalami. Niezrównoważenie nakładów z wydatkami, to także konieczność zaniżania cen za świadczenia. Limitowanie świadczeń i zaniżanie cen (kwot refundacji) – to koniec idei szpitali jako spółek handlowych. Brak oficjalnych i powszechnych dopłat oznacza też brak dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Koło się zamyka. Nie ma pieniędzy prywatnych = nie ma wydolnego, efektywnego systemu opieki zdrowotnej.

A pieniądze prywatnych rząd nie przewiduje, bo notowania PO są dobre jak nigdy przedtem żadnej partii. Pan premier i jego partyjni koledzy pewnie się obawiają (i słusznie), że radykalna reforma opieki zdrowotnej musiałaby spowodować – przynajmniej na początku – obniżenie popularności partii. A po drodze mamy jeszcze wybory prezydenckie.

Są tylko dwie szanse na przerwanie tego błędnego koła. Albo trafi się nam wreszcie jakiś mąż stanu, albo sytuacja w ochronie zdrowia stanie się tak katastrofalna, że łatwiej będzie stracić poparcie w sondażach nie robiąc nic, niż podejmując najbardziej radykalne zmiany. Obie sytuacje są jednak mało prawdopodobne.

LEKARZ KONTRAKTOWY A UNIJNA IDEA

Ryszard Kijak

Służba Zdrowia, wrzesień 2008

W Sejmie prowadzone są prace nad całym pakietem ustaw dotyczących systemu opieki zdrowotnej. Wśród wielu pominiętych przez posłów kwestii wymagających regulacji, zwrócę uwagę tylko na jedną, dość ważną z punktu widzenia pacjenta i lekarza.

Otóż powodem implementacji do polskiego prawa obowiązku pracodawcy do udzielenia lekarzowi czasu wolnego po dyżurze była unijna idea, aby chorym zajmował się lekarz wypoczęty, zrelaksowany, będący w stanie pełnej gotowości i sprawności psychofizycznej. Chodziło o zagwarantowanie obu stronom (medykowi i pacjentowi) możliwości osiągnięcia odpowiedniego poziomu świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwa w czasie ich udzielania.

Kontraktowiec też się męczy

O ile generalnie udało się to w stosunku do lekarzy zatrudnionych na umowach o pracę, którzy muszą dostosować się do ust. 2 art. 32jb Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej („pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny okres odpoczynku, o którym mowa w ust. 1, powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego”), to w dalszym ciągu zasada ta nie dotyczy lekarzy kontraktowych, czyli udzielających świadczeń medycznych na bazie umowy cywilnoprawnej ze szpitalem, na jego rzecz, w ramach indywidualnych praktyk lekarskich.

W szpitalach świadczeniodawcy kontraktowi stanowią coraz licniejszą grupę. Wykonują analogiczne zadania co zatrudnieni na etatach, tak samo nie śpią nocami, i tak samo są rano zmęczeni. Ale podczas gdy etatowcy bezpośrednio po dyżurze opuszczają zakład pracy, kontraktowcy zajmują się pacjentami nadal. Nie ma to nic wspólnego

z realizacją idei bezpieczeństwa pacjenta, leczonego przez wypoczętego lekarza.

Gdzie to wsadzić?

Zdaję sobie sprawę, że w stosunku do lekarzy funkcjonujących w ramach działalności gospodarczej trudno jest wprowadzać jakiegokolwiek ograniczenia, ale w tym przypadku musi zostać ustanowiony priorytet: albo nieograniczona swoboda tej działalności, albo wygoda zarządzających szpitalami, albo dobro pacjentów. Unia wybrała to ostatnie.

Dodatkowy kłopot sprawia znalezienie odpowiedniego aktu prawnego, w którym dałoby się wpisać obowiązek wypoczynku kontraktowca po nocy spędzonej w szpitalu na udzielaniu świadczeń. Najlepiej by pasowała projektowana Ustawa o pracownikach zakładów opieki zdrowotnej, w ust. 2 art. 7, w brzmieniu np. następującym (wraz z treścią w nawiasach): „*pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny (oraz lekarzowi wykonującemu świadczenia odpowiadające dyżurowi medycznemu) okres odpoczynku, o którym mowa w ust. 1, powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego (po zakończeniu wykonywania świadczeń odpowiadających dyżurowi medycznemu)*”.

Ale ponieważ ustawa ta dotyczy pracowników, a lekarz udzielający świadczeń medycznych na zasadzie umowy cywilnoprawnej ze szpitalem w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej w rozumieniu Kodeksu pracy nie jest pracownikiem, zatem zapis ten nie za bardzo by tu się mieścił.

Psu na budę

Najlepszym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie omawianego obowiązku Ustawą o zakładach opieki zdrowotnej, lecz te zagadnienia akurat z niej wyjęto i włożono właśnie do Ustawy o pracownikach zakładów opieki zdrowotnej. Można by było walczyć o zawarcie go w Ustawie o zawodzie lekarza, aczkolwiek jest to droga trudna i wyboista.

Natomiast niezłym pomysłem byłoby – wzorem niektórych krajów UE – wprowadzenie tego wymogu do przepisów ubezpieczeniowych: lekarz (niezależnie od tego, na jakiej zasadzie wykonuje świadczenia) jest ubezpieczony tylko w zakresie określonego miesięcznego limitu go-

dzinowego. Jeśli go przekroczy, jest to wyłącznie jego ryzyko osobiste. Oby tylko firmy ubezpieczeniowe doceniły wagę tematu.

Tak czy inaczej, moim zdaniem problem ten musi znaleźć jakieś swoje umocowanie, gdyż jeśli lekarzy kontraktowych nie obejmie się ochroną przed przemęceniem, cała unijna doktryna o wypoczętym lekarzu i związanym z tym bezpieczeństwie pacjenta oraz o odpowiednim poziomie świadczeń okaże się w Polsce warta funta kłaków i nadal będzie fikcją.

RYNEK JAK MŁOTEK

Krzysztof Bukiel

Gazeta Prawna, październik 2008

Młotek, jak wszyscy wiemy, jest sprawdzonym, prostym, i najlepszym narzędziem do wbijania gwoździ. Ale wbijając gwoździe młotkiem można się nieraz uderzyć nim w palec, co jest bolesne. Na pewno nie jest bolesne, ani niebezpieczne uderzenie w palec miękką szmacianą piłką. Nikt jednak nie proponuje aby zamienić młotki na miękkie piłki przy wbijaniu gwoździ, bo wszyscy wiedzą, że takimi narzędziami gwoździ wbić by się nie dało.

Zupełnie podobnie jest z mechanizmami rynkowymi i prywatyzacją w ochronie zdrowia. Są to tylko narzędzia, które mają spowodować, że system opieki zdrowotnej będzie funkcjonował jak najefektywniej, udzielając przy tym pacjentom świadczeń najwyższej jakości. Jak każde narzędzia mogą być niebezpieczne, gdy posługujemy się nimi nieostrożnie. Nie oznacza to jednak, że trzeba je odrzucić. Trzeba tylko zidentyfikować te niebezpieczeństwa, opracować metody jak ich unikać i stosować się do nich. Oczywiście nawet wtedy nie można zagwarantować, że nie spotka nas jakaś krzywda. Generalnie jednak korzyści z używania tych narzędzi są znacznie większe niż ewentualne szkody.

Niestety przeciwnicy mechanizmów rynkowych w ochronie zdrowia traktują często rynek w sposób raczej ideologiczny, niemal go fetyszyzując i widząc w nim uosobienie zła. Podejrzewam, że tak właśnie myślał Pan Prezydent zapowiadając referendum w sprawie prywatyzacji służby zdrowia w Polsce. To nie jest dobry sposób na dyskusję o reformie opieki zdrowotnej.

ZMĘCZONY LEKARZ = MARTWY PACJENT

Ryszard Kijak

Gazeta Lekarska, luty 2009

Kierowcy ciężarówek mogą prowadzić pojazd maksymalnie przez 9 godzin na dobę, dwa razy w tygodniu przez maksimum 10 godzin. W połowie tego czasu muszą mieć blisko godzinną przerwę. Każdej doby przysługuje im prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku, który może być skrócony, ale nie mniej niż do 9 godzin, i nie częściej niż 3 razy w ciągu tygodnia. I to niezależnie od tego, czy pracują na etacie, czy w ramach swojej własnej działalności gospodarczej (czyli kontraktu).

Na krajowej „ósemce” pod Białymstokiem przyłapano w dzień wigilijny Łotyszkę, która prowadziła TIR-a z Holandii na Łotwę, i tak się spieszyła do domu na święta, że według wskazań tachografu siedziała za kierownicą bez wymaganych unijnymi przepisami przerw – na ostatnim odcinku przez 30 godzin, a przedtem dwa razy po 22 godziny. Kobiecie wlepiono mandat w wysokości 1 tysiąca zł, właściciela pojazdu ukarano kwotą 15 tys. zł. Łotyszka spędziła święta na parkingu w Żółtkach, a wyjechała z Polski dopiero, gdy przymusowo wykorzystywała swoje obowiązkowe godziny odpoczynku, i gdy opłacone zostały mandat i kara.

A czy ktoś słyszał, aby za przepracowanie 30 godzin pod rząd, a bezpośrednio przedtem – dwukrotnie po 22 godziny – jakiegoś lekarza (etatowego lub kontraktowego) odstawiono od świadczenia usług na parę dni i ukarano mandatem, a jego pracodawcę obłożono jeszcze wyższą karą finansową? Czym się różni zagrożenie wywołane przez przemęczonego kierowcę od niebezpieczeństwa stworzonego przez zmęczonego lekarza?

Rozmiękczenie gorsetu

W sferze ochrony zdrowia, w dyrektywie 2003/88/WE (poprzednio: 93/104/EC) w sprawie niektórych aspektów organizacji czasu pracy, chodzi m.in. o to, aby pacjentem zajmował się lekarz wypoczęty, zrelaksowany, będący w stanie pełnej gotowości i sprawności psychofizycznej, co zapewnia chorym właściwy poziom świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo w czasie ich udzielania.

Ze względu jednak na notowane w wielu krajach unijnych braki kadrowe w służbie zdrowia i ryzyko niemożności utrzymania ciągłości pracy szpitali, rządy państw unijnych dążą do zwiększenia i uelastyczenia możliwości wykorzystania czasu pracy pracowników przez pracodawców, widząc rozwiązanie swoich kłopotów w wydłużeniu czasu pracy lekarzy przy równoczesnym wyłączeniu z tego czasu części godzin dyżurowych uznanych arbitralnie za „nieaktywne”, co wiąże się oczywiście z okrojeniem wynagrodzenia za te godziny.

Reprezentacje rządów państw unijnych (Rada UE oraz Komisja Europejska – RUE i KE) robią od kilku lat wszystko, aby wprowadzić zmiany w dyrektywie o czasie pracy, zmierzające do rozluźnienia ciasnego gorsetu przepisów mających na celu zabezpieczenie pracowników (np. strażaków czy lekarzy) przed nadmiernym obciążaniem ich pracą i zapewnienie im odpowiedniego wymiaru czasu odpoczynku. Opcję tę przyjęły rządy takich krajów jak Polska, które starają się wydawać jak najmniej pieniędzy na ochronę zdrowia, i gdzie jednocześnie występuje niedobór wyspecjalizowanych kadr medycznych.

Edukacja europołów

Przeciwko zmianom idącym w tym kierunku zaprotestowały organizacje lekarskie i związkowe krajów unijnych, wysyłając do swoich eurodeputowanych (reprezentujących Parlament Europejski – PE, czyli ciało niezależne od RUE i KE) pisma i apele, uzasadniające szkodliwość proponowanych poprawek z punktu widzenia lekarzy i pacjentów. W Polsce taką akcją przeprowadziły Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy oraz Naczelna Izba Lekarska.

Podczas trwania w PE w Strasburgu debaty nad zaproponowanymi przez RUE zmianami dyrektywy o czasie pracy, prowadzonymi m.in. do utrwalenia funkcjonowania klauzuli opt-out pozwalającej (za zgodą pracownika) na pracę w wymiarze łącznym do 65 godzin tygodniowo,

do podziału czasu dyżuru na część aktywną i nieaktywną, i do nie wliczania tej ostatniej do czasu pracy, w poniedziałek 15 grudnia 2008 r. przed frontem strasburskiej siedziby PE zebrało się prawie pół tysiąca lekarzy z całej Europy, protestujących przeciwko tym poprawkom, w kilku- i kilkunastoosobowych delegacjach.

Demonstrację zorganizowała Europejska Federacja Związków Zawodowych Lekarzy Etatowych (FEMS), do której należy OZZL. Polska ekipa, skrzyknięta przez szefa Regionu Śląskiego OZZL Macieja Niwińskiego, była najliczniejsza (60 osób) i zdecydowanie wyróżniała się spośród innych. Ubrani w fartuchy chirurgiczne i maski operacyjne, zaopatrzeni w tablice na piersiach, proporce OZZL, flagi narodowe z godłem, transparenty, zrobiła ogromne wrażenie nie tylko na współuczestnikach, ale i na mediach oraz na samych europosłach.

Wywieszki informowały np.: „Je travaille plus de 300 heures par mois DANGER Maciej, traumatologue-orthopède, POLOGNE” („Pracuję ponad 300 godzin miesięcznie NIEBEZPIECZEŃSTWO Maciej, ortopeda traumatolog, POLSKA”), transparenty wieściły m.in.: „Ein Müder Arzt = Ein Toter Patient” („Zmęczony lekarz = martwy pacjent”) – w języku francuskim, angielskim i niemieckim.

Wycieczka i misja

Komentując wyjazd polskiej grupy, minister zdrowia Ewa Kopacz stwierdziła (wg PAP): *„Nie czas na podróż do Strasburga w tej chwili, tylko czas na solidną pracę przy łóżku pacjenta i do tego zachęcam; oczywiście minister zdrowia nie może zabronić przedstawicielom związków wycieczek do Strasburga, wycieczek pod Sejm, wycieczek pod kancelarię pana prezydenta; ja jednak mimo wszystko bardzo bym apelowała i prosiła wręcz o to, abyście państwo potraktowali swoją pracę w sposób szczególny, bo to jest szczególny zawód”.*

Ten lekceważący i ironiczny ton wypowiedzi utwierdził uczestników protestu w słuszności podjęcia decyzji o wyjeździe na demonstrację. Słowa pani minister można bowiem zrozumieć w ten sposób, że związkowcy powinni podwinąć pod siebie związkowe ogony, zamknąć się, siedzieć cicho, i pozwolić, by do Brukseli i Strasburga regularnie jeździli tylko parlamentarzyści i przedstawiciele rządu. Bo ich wyjazdy stanowią misję szczególną. Natomiast wyjazd związkowców w obronie praw pracowniczych to tylko jakaś fanaberia i dziwna „wycieczka”.

Zwycięstwo rozumu

Akcja wysyłania we wszystkich państwach pism do posłów europejskich, z wyjaśnieniami uzasadniającymi stanowisko lekarzy, rozmowy z nimi, oraz demonstracja – przyniosły pozytywny efekt. Przyjmując bezwzględnie większość głosów (wymaganą w drugim czytaniu) sprawozdanie posła sprawozdawcy PE ds. dyrektywy o czasie pracy Alejandro Cercasa (z zawartymi poprawkami do stanowiska RUE), PE nie zgodził się na propozycje rządów państw członkowskich zakładające utrzymanie klauzuli opt-out oraz nie zaliczanie dyżurów do czasu pracy. W głosowaniu 17 grudnia 2008 r. PE przyjął, iż ewentualne godziny nieaktywne dyżuru muszą być wliczane do czasu pracy, praca powyżej 48 godzin w tygodniu (za zgodą pracownika w postaci tzw. klauzuli opt-out) może być stosowana tylko przez najbliższe 3 lata od wejścia w życie nowelizacji (o ile wejdzie ona w życie), okres odpoczynku ma być udzielany bezpośrednio po dyżurze, a pracownikom zatrudnionym u kilku pracodawców czas pracy będzie sumowany.

„To jest sukces wszystkich grup politycznych w PE, sukces całego Parlamentu. To zwycięstwo dwóch milionów lekarzy i studentów medycyny w całej UE. Rada będzie teraz mieć okazję zająć się sprawami nurtującymi obywateli Unii Europejskiej i przystąpić do konstruktywnych negocjacji pojednawczych” – powiedział po głosowaniu Cercas.

Jest to zwycięstwo lekarzy europejskich, którzy otrzymali zabezpieczenie przed skutkami przemęczenia. Nie tylko przed tymi godzącymi bezpośrednio w ich zdrowie, ale też przed rzutującymi na poziom wykonywanych przez nich usług, co jest bezpośrednio odczuwalne przez pacjentów.

O ile RUE wyrazi zgodę na wersję przyjętą przez PE, stanie się ona obowiązującym prawem europejskim. Jeśli nie, temat ten będzie jeszcze negocjowany w ramach tzw. postępowania pojednawczego w łonie komisji liczącej po 27 osób ze strony RUE i PE. Osiągnięty ewentualnie kompromis stanie się prawem, zaś brak takowego będzie oznaczał, iż proponowane przez RUE niekorzystne dla pacjentów i lekarzy propozycje okażą się nieaktualne, tak samo zresztą jak i poprawki PE. Czyli – zostanie po staremu (...).

REFORMA PO POLSKU

Zdzisław Szramik

Biuletyn OIL w Rzeszowie, kwiecień 2009

Do zjawiska: kolejny rząd – kolejna reforma systemu opieki zdrowotnej, chyba zdążyliśmy się już przyzwyczaić. Od 1998 roku poszczególne ekipy parlamentarno-rządowe ochoczo naprawiają system, z którego wszyscy są niezadowoleni. Naprawiają, bo w kampanii wyborczej padły obietnice, których nie sposób nie dotrzymać. (...)

System, który wymyślili lub poprawili poprzednicy, jest zły z definicji, bo nie jest naszego autorstwa, a jednocześnie pozwala do woli obrzucać błotem politycznych przeciwników i zbić całkiem niezły polityczny kapitał. Zarówno pierwsza reforma, którą wprowadził rząd AWS w 1999 roku, jak i pozostałe, już tylko „retusze”, w 2001 i następnie w 2005-2006, oraz obecna próba firmowana przez PO, mają wspólny scenariusz, choć były reżyserowane przez zupełnie różnych reżyserów.

Etap I, kampania wyborcza – ofensywa propagandowa, nagłośnienie tematu; można, przy okazji nieźle „dołożyć” przeciwnikowi, bo z systemu wszyscy są niezadowoleni, często proponuje się nowe rozwiązanie, żeby tylko pokazać determinację do wprowadzenia zmian.

Etap II, już po zdobyciu władzy – zasłona dymna, mętnik pojęciowy, zamieszanie proceduralne – powstają pierwsze „zręby” nowej ustawy, tworzy się pozory konsultacji z partnerami społecznymi (np. biały szczyt), powołuje „ekspertów”; przy okazji widać, jak wielu polityków nie ma o ochronie zdrowia zielonego pojęcia, choć chętnie się wypowiadają w mediach; na tym etapie rezygnuje się z większości zmian.

Etap III. Po długich zawirowaniach i niejasnych procedurach legislacyjnych, powstaje produkt, który dla podopiecznych systemu jest zupełnie niejasny, podobnie zresztą, jak poprzedni, a dla tych, którzy na co dzień muszą borykać się z wieloma wadami i paradoksami, kolejny

bubel prawny, który już od początku nie budzi zaufania i jest daleki od oczekiwania.

I tak na kilka lat mamy spokój.

Obecnie, jak się zdaje, jesteśmy przy drugim etapie tego pseudoreformowania.

Zasłona dymna

Aby nie dopuścić do rzeczowej dyskusji, wystrzegamy się precyzyjnych definicji lub tworzymy nowe, które stosujemy na przemian, w różnym kontekście. Ewentualnym oponentom wytrąca to broń z rąk, bo jak tu krytykować, jeżeli nie wiadomo do końca o czym mówimy, a dla szerszej publiczności powstaje wrażenie, że tworzy się coś nowego, coś, czego jeszcze nie było, co musi wypalić. Pierwszym takim terminem jest „prywatyzacja” szpitali. Oczywiście ekonomistom kojarzy się to dobrze, gdyż zawsze własność prywatna jest lepiej, efektywniej zarządzana. Ale rząd nie chce, żeby szpitale były prywatne, bo wtedy nie będzie mógł nimi ręcznie sterować, zmuszając do podpisywania niekorzystnych kontraktów z NFZ.

Prywatyzacja, najogólniej rzecz biorąc, polega na odpłatnym przekazaniu części majątku publicznego w ręce prywatnych podmiotów, które angażując prywatne środki finansowe „kupują” prawo do decydowania o tym, jak ma funkcjonować sprywatyzowany zakład. Jeżeli ów podmiot będzie miał charakter spółki akcyjnej, to każdy udziałowiec będzie miał tyle władzy, ile pieniędzy zainwestuje w spółkę. Jest to zdrowy mechanizm, bo pozwala w pewnym stopniu rozporządzać swoją własnością i tak jej używać, żeby zainwestowane pieniądze najlepiej się zwracały.

Mechanizmem, który napędza ekonomię spółki jest zysk, bo nikt nie zainwestuje w coś, co z założenia ma nie przynosić zysku. Perspektywa osiągnięcia zysku jest najlepszą gwarancją prawidłowego działania spółki. Ale nie takich spółek chce rząd. Spółki będą własnością... samorządu i samorząd, jako właściciel cudownie sprawi, że teraz będą one działać sprawnie i w zgodzie z zasadami ekonomii, a nie tak jak działały sp zoz-y, należące do... samorządu. Majstersztyk! Nie ma prywatyzacji bez zaangażowania kapitału prywatnego!

Drugim terminem, który wywołuje sporo nieporozumień, jest spółka prawa handlowego. Jak już wspomniałem, podstawowym mechanizmem regulacyjnym w spółce prawa handlowego jest zysk. Spółkę zakłada się, żeby wytworzyć zysk. Można powiedzieć, że bez perspektywy zysku nikt nie zainwestuje pieniędzy i spółka nigdy nie powstanie. Jest to jednocześnie zdrowy regulator działania, który sprawia, że robi się rzeczy potrzebne komuś, tzn. takie, za które ten ktoś jest gotów zapłacić. (...)

Jest to również podstawowy mechanizm regulacyjny w gospodarce rynkowej, najlepsza gwarancja, że na rynku dostępne będzie to, co jest potrzebne konsumentowi, a nie tylko to, co w danej chwili może wytworzyć producent. Mechanizmy te działają od lat w rozwiniętych gospodarkach rynkowych. Ich efekty możemy zobaczyć podróżując po rozwiniętych krajach europejskich, i nie tylko. Nasz rząd proponuje spółkę prawa handlowego, ale non profit, czyli bez zysku. To tak, jakbyśmy przez cały dzień robili zakupy w sklepie, później kilka godzin gotowali posiłek i w efekcie usiedli do pustego stołu! (...)

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy od lat upomina się o wprowadzenie mechanizmów rynkowych i, związaną z tym, prywatyzację systemu opieki zdrowotnej. Własność prywatna jest lepiej i efektywniej zarządzana i nawet w warunkach pewnego niedoboru, funkcjonuje lepiej niż tzw. własność publiczna. Liczne tego przykłady możemy obserwować w naszym kraju, nie tylko w ochronie zdrowia. Ale to, co proponuje obecny rząd, nie jest prywatyzacją, nie jest też wprowadzeniem mechanizmów rynkowych do systemu ochrony zdrowia. Nie jest to też uczciwe, bo wszyscy wiemy, że wydajemy za mało pieniędzy na ochronę zdrowia, a rząd kurczowo trzyma się idei dziadostwa i prowizorek, przyświecającej wszystkim poprzednim ekipom, nie wyłączając komunistów. Od początku kadencji lansuje nośną społecznie tezę, że system ochrony zdrowia należy uszczelnić.

Owszem, zawsze można zrobić coś oszczędniej i prościej w każdym systemie, ale akurat ochrona zdrowia nie jest najlepszym obszarem, gdzie najpilniej należy szukać rezerw, bo ich po prostu nie ma. Cały system opiera się na niewolniczym wręcz wyzysku ekonomicznym pracowników i tylko dlatego jakoś pracuje. Do czasu! (...)

CHICKEN

Krzysztof Bukiel

Vox Medici – pismo OIL w Szczecinie, czerwiec 2009

W piątek 29 maja, tuż przed terminem, w którym upływał okres wypowiedzenia z pracy dla 107 lekarzy w szpitalu wojewódzkim w Ciechanowie, osiągnięto wreszcie porozumienie. Nowa dyrekcja spełniła praktycznie wszystkie postulaty lekarzy: Wycofała wypowiedzenie porozumienia kończącego spór zbiorowy z września 2007 r. i cofnęła decyzję o obniżce płac dla lekarzy o ok. 30 procent. W zamian zakładowy OZZL zgodził się na czasowe zawieszenie realizacji postanowień porozumienia z 2007 roku (które przewiduje stopniowy wzrost płac lekarskich do 3 średnich krajowych dla specjalisty) i wycofał pozew z sądu o uznanie za bezprawne działania dyrekcji szpitala w Ciechanowie. Związek wezwał też (skutecznie) lekarzy do wycofania indywidualnych pozwów przeciwko dyrekcji szpitala.

Tak więc jeszcze tym razem uniknęliśmy totalnej konfrontacji, jakim byłoby zrealizowanie wypowiedzeń z pracy lekarzy i konieczność zamknięcia szpitala od 1 czerwca 2009 r. Wielu ludzi podejrzewa, że głównym czynnikiem, który zdecydował o polubownym rozwiązaniu sporu była obawa polityków, że zamknięcie szpitala tuż przed wyborami do PE mogłoby mocno zaszkodzić partiom rządzącym.

Te wydarzenia w szpitalu w Ciechanowie przywodzą mi na myśl „zabawę” popularną w niektórych kręgach przestępczych, w Ameryce nazywaną „chicken”: dwa samochody jadą naprzeciw siebie i tuż przed zderzeniem jeden z nich robi unik. Wygrywa ten, który wytrzyma dłużej. Dla kierowców tych samochodów to raczej nie jest zabawa, ale walka niemal na śmierć i życie i sposób na zarabianie. Zabawą jest dla organizatorów tego spektaklu. To oni ustalają warunki „konkursu”, oni zatrudniają „zawodników”, oni – ostatecznie – są jedynymi wygranymi

w tych „zawodach”. Pilnie przyglądają się uczestnikom wyścigów – muszą przecież wybrać najlepszych, aby na nich właśnie postawić swoje pieniądze. Cieszy ich władza jaką posiadają i możliwość manipulowania ludzkim życiem Cieszy ich władza jaką posiadają i możliwość manipulowania ludzkim życiem.

Z podobną sytuacją mamy do czynienia – od pewnego czasu – w polskiej służbie zdrowia. Naprzeciwko siebie stają dwaj zawodnicy: dyrekcja szpitala i lekarze. Dyrektor chce zmusić lekarzy do jak najniższych wynagrodzeń, aby dostosować się do warunków narzuconych przez NFZ. Wie, że walczy „na śmierć i życie”, bo z NFZ nie ma dyskusji i jeśli ustąpi lekarzom – sam polegnie. Dlatego nie waha się sięgać po najbardziej drastyczne środki: jeśli trzeba – złamie prawo, zwolni lekarzy z pracy, ewakuuje pacjentów, zamknie szpital. Z drugiej stoją lekarze, zdecydowani bronić swoich płac. Też walczą „na śmierć i życie”. Wiedzą bowiem dobrze, że w tym systemie opieki zdrowotnej jeśli nie wyrwą coś na siłę – nie mają żadnych szans na godziwe płace.

Podstawą funkcjonowania publicznej służby zdrowia w Polsce jest bowiem zasada nieskrępowanego wyzysku „z góry w dół”: NFZ wyzyskuje szpitale, szpitale wyzyskują personel medyczny. Nie ma tutaj miejsca na normalne, pokojowe i merytoryczne negocjacje. Dopiero gwałtowny niepokój społeczny, jak strajk, protesty, „białe miasteczko” lub masowe zwolnienie się z pracy – daje jakąś szansę na podwyżki płac. Obie strony idą naprzeciw siebie zdecydowanie. Jeśli się zderzą – trzeba będzie zamknąć szpital. Katastrofa. Trudno powiedzieć dla kogo gorsza – dla zatrudnionych tam lekarzy, czy dla dyrekcji. Z pewnością najgorsza dla pacjentów. Na szczęście zawsze ktoś w końcu robi unik, a najczęściej obie strony trochę ustępują. „Zawodnicy” cieszą się, że znowu przeżyli.

A na to wszystko z góry patrzą organizatorzy „zawodów”, którzy decydują o tym, jak ma funkcjonować lecznictwo w Polsce. Analizują wszystkie elementy – chcą dobrze ocenić walory każdej ze stron, aby wiedzieć na kogo postawić. Od tego przecież zależy czy wygrają kolejne pieniądze, czy będą musieli wyłożyć „kasę”. Najgorzej nie lubią remisów. Takich, jak w Ciechanowie. Znowu nie wiedzą w którym kierunków pójść. Z niecierpliwością czekają na kolejne starcie. Niech w końcu wyłoni się zdecydowany zwycięzca.

KOLEJKA PARTIOKRATYCZNIE KONTROLOWANA

Ryszard Kijak

Służba Zdrowia, październik 2009

– Szóstego stycznia poszłam do przyszpitalnej poradni aby zapisać córkę do endokrynologa – opowiada mi pani Jenny, sympatyczna właścicielka dzielnicowego sklepiku, w którym zwykle kupuję piwo. – A ta cipa z rejestracji mówi mi, że na ten rok już nie ma limitu (choć był dopiero szósty stycznia!) i że młodą może co najwyżej zapisać na rok 2010. W końcu zaprowadziłam córkę na wizytę prywatną, zapłaciłam 130 złotych, ale w takim razie pytam, za co ja płacę miesięcznie 850 zł składki? Rozpierzdolić ten cały NFZ, i wtedy na pewno będzie lepiej!

Otóż nie będzie, droga pani Jenny. Kolejki to nie wina ani tej cipy z rejestracji, ani NFZ. Fundusz płaci tylko tyle, ile ma. Ani grosza więcej. A skoro ma zbyt mało by pokryć zapotrzebowanie społeczeństwa na świadczenia medyczne, to niestety, obywatele muszą ustawiać się w urzędowe, wnikliwie kontrolowane kolejki, i cierpliwie czekać, starając się w międzyczasie nie umrzeć. Społeczeństwo nie ma prawa dopłacić, żeby na przykład zostać przyjętym lub zoperowanym po południu, choć poradnie specjalistyczne i sale operacyjne zieją wtedy pustką. Nie ma prawa, bo jest to niezgodne z interesem partyjnym żadnego z ugrupowań, niezależnie czy będącego u steru, czy w opozycji.

Wygaszanie pod paleniskiem

Ani jednej partii nie wzruszył fakt, że gdy w pewność przerodziło się podejrzenie, iż w niektórych województwach NFZ nie zapłaci za nadwykonania za pierwsze półrocze br., publiczne szpitale i poradnie specjalistyczne zaczęły tam wygasać ogień pod paleniskiem, aby – fundując świadczenia pacjentom nadprogramowym na własny koszt – nie

popadać w jeszcze większe zadłużenie. Żaden dyrektor, gdy już wygrzeje sobie fotel, nie lubi, gdy organ założycielski zwalnia go za brak czułości nad finansami. Za brak czułości nad pacjentami przecież go nie zwolnią. Wybór jest zatem prosty.

Wskutek tego, obecnie w wielu szpitalach przyjmuje się głównie pacjentów w stanach ostrych i zaostrzonych. Od lipca liczba planowo hospitalizowanych chorych drastycznie spadła. W Białymstoku stało się tak m.in. w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym, w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym i w Szpitalu MSW. Odczuwam to na własnej skórze, w sposób bardzo przyjemny zresztą, bo od lipca mam niemal o połowę roboty mniej, zarówno w dzień, jak i na dyżurach.

Ale za to kolejki wydłużają się jeszcze bardziej. Zapisani na lipiec 2010, będą przyjęci być może dopiero w grudniu. Oczekujący pacjenci, których nie obchodzi ani system, ani budżet NFZ, winą za taki stan rzeczy obciążają lekarzy. Uważają, że to właśnie oni celowo utrudniają im dostęp do świadczeń z puli publicznej, aby skierować strumień chorych do ośrodków prywatnych. Władzy, która jest jak najdalej od szczerego wyznania, po czyjej stronie tak naprawdę leży wina, bardzo to pasuje, bo ma kozła ofiarnego. Zrzucanie przez rząd odpowiedzialności na lekarzy za swój brak chęci uczciwego załatwienia sprawy, jest ze strony polityków wielką bezczelnością i grubym nadużyciem.

Po co wzrok nieboszczykowi?

Czemu pacjenci nie buntują się przeciwko kolejkom, tego już całkiem nie rozumiem. Czemu nie buntuje się jeden z moich warszawskich przyjaciół, który potrzebuje endoprotezy stawu biodrowego i będzie na nią czekał aż trzy lata? Czemu nie buntuje się mój białostocki znajomy, Leszek, z zaćmą w obu oczach, ślepnący z dnia na dzień, którego w czerwcu br. zapisano do operacji na kwiecień roku 2010? Albo inny, Władek, z otosklerozą, coraz bardziej głuchnący, któremu w sierpniu wyznaczono kolejkę na lipiec 2010?

Ten ślepnący, Leszek, chyba już zresztą nie doczeka operacji okulistycznej, bo przy swoim nadciśnieniu i wielu innych chorobach kwalifikuje się raczej na oddział wewnętrzny, o ile nie od razu do trumny. Ostatnio zbrzękł „jak nitka czterdziestka” i oczy zeszyły na dalszy plan. Obawiam się, że w ślad za swoimi oczami, zejdzie również i ich właści-

ciel, gdyż z położeniem go na internę również są problemy. Władek, ten głuchnący, też może nie doczekać, ponieważ jest chory na serce i w oczekiwaniu na operację ucha udało mu się przeżyć zawał. Czy przeżyje następny, nikt mu nie daje gwarancji.

Tu odkrywam pewną logikę obowiązującego systemu. Bo czy warto takiemu jednemu lub drugiemu wrakowi ludzkiemu odnawiać wzrok albo słuch, skoro każdy z nich i tak zaraz może się przekręcić? Po co ich reperować? Po to, żeby lepiej widzieli albo lepiej słyszeli swoją rodzinę w momencie rychłego i nieuniknionego zejścia? Bez sensu. Chyba, żeby delikwenta, po oprawieniu na okulistyce czy laryngologii, poleczyć także i z pozostałych chorób, na zasadzie konsultacji lub przekazania na adekwatny oddział. Wówczas zdechłak miałby szansę nie tylko przejrzeć na oczy, albo usłyszeć otoczenie, ale i trochę dłużej pożyć. Lecz komu – w skali globalnej – tak naprawdę zależy na przedłużaniu życia jednostki? Zwłaszcza – chorobowej? I to jest właśnie logika systemu.

Albo dopłaty, albo kolejki

Ludzi w kolejkach po zdrowie są setki tysięcy, jeśli nie miliony. Owszem, buntują się oni prywatnie, po cichu, ale jakoś nie ma to odzwierciedlenia na zewnątrz. Czemu głośno nie zaczną żądać wprowadzenia legalnych dopłat? Czemu nie zablokują linii telefonicznych NFZ-owskich rzeczników praw pacjenta setkami tysięcy telefonów, czemu nie zaleją dziesiątkami tysięcy maili ich skrzynkę?

Chyba tylko dlatego, że stowarzyszenia pacjenckie są przeciwne dopłatom. Nie rozumieją, iż skoro budżet NFZ nie jest z gumy i nie da się go naciągnąć, to nie ma innego wyjścia. Paradoksalnie, przeciwstawiając się dopłatom, automatycznie popierają więc generowanie coraz dłuższych kolejek.

Dlaczego zatem nikt nie założył stowarzyszenia pacjenckiego domagającego się wprowadzenia dopłat do świadczeń finansowanych przez NFZ? Ci lepiej uposażeni dołożyliby do wizyty lub zabiegu kilkadziesiąt czy kilkaset zł, z ubezpieczenia dodatkowego czy z własnej kieszeni, a ubogim pomogłaby opieka społeczna, i wówczas skończyłyby się kolejki, łapówki, skończyłoby się też niesłychane marnotrawienie pomieszczeń, sprzętu oraz potencjału wielu szpitali i poradni.

Kup pan cegłę

Niektóre szpitale schytrzyły się i w zamian za jakieś tam lepsze warunki proponują pacjentom wykup „cegiełek”. Przytrafiło się to np. pewnej młodej damie, znanej mi osobiście (tak jak i wszystkie inne podawane tu w przykładach osoby), która w jednym z warszawskich szpitali postanowiła urodzić potomka. Sto zł za tolerowanie – w czasie porodu – obecności ojca (czy też osoby podającej się za takowego), oraz po stówie za każdy dzień pobytu w oddzielnej sali. Trzy dni: cztery setki od jednej klientki. Oczywiście bez faktury. I jakoś to leci.

Kiedyś cegiełki były w Polsce bardzo popularne. Ostatnimi jednak laty wielu dyrektorów zaniechało tego procederu, gdyż wątpliwości budzi jego legalność. No ale skoro w niektórych przypadkach funkcjonuje on z powodzeniem nadal, dlaczego nie rozpowszechnić go i nie objąć cegiełkami przyjęcia chorego w godzinach, w których normalnie poradnie są zamknięte na głucho, albo zoperowania pacjenta w czasie, gdy po salach zabiegowych, zamiast personelu, grasują karaluchy? Byłyby to cegiełki nie za świadczenie medyczne opłacane przez NFZ, a za sam fakt udzielenia go poza godzinami normalnej ordynacji zakładu. Co na to dyrektorzy? Skoro niektórym wolno, to dlaczego nie wam? Odwagi!

Bezsilność racjonalizmu

A może jednak pójść jeszcze dalej, i albo zwiększyć podatek na zdrowie, albo zalegalizować partycypację pacjenta w kosztach własnego leczenia? Wymagałoby to oczywiście decyzji politycznych. Można tu włączyć propagandową tubę i przekuć w sukces niepopularny wśród polityków ruch polegający na wprowadzeniu współpłacenia, udowadniając, że dzięki dopłacie, pacjent – zamiast za rok, dwa czy trzy – zostanie przyjęty przez specjalistę w ciągu paru dni, na endoprotezę poczeka co najwyżej parę miesięcy, a na operację oka czy ucha jedynie kilka tygodni. I nie będzie musiał dawać nikomu w łapę koperty albo cegły, co zawsze wychodzi drożej, niżby kosztowała oficjalna i legalna dopłata. Nie narazi też nikogo na podejrzenie o korupcję.

Byłoby w tym jakieś kłamstwo? Nie. Można tak to przedstawić? Można. Da się w ten sposób uniknąć porażki w najbliższych wyborach? Da się. Ale cóż. Racjonalny sposób myślenia przegrywa z partiokracją, a w systemie partiokratycznym nie ma miejsca na takie ryzyko.

PRAWDZIWA MISJA POLSKICH SZPITALI

Krzysztof Bukiel

Menedżer Zdrowia, grudzień 2009

Od pewnego czasu, w zarządzaniu, jak w życiu publicznym, obowiązuje coś na kształt politycznej poprawności: o pewnych rzeczach mówić nie wypada, o innych – przeciwnie – trzeba i to nie tylko mówić ale je robić – nawet jeżeli nie mają one większego sensu. Taką „nową świecką tradycją” stała się wszelkiego rodzaju certyfikacja. Od paru lat moda na certyfikację dopadła również polskie szpitale, także te – publiczne. Przyjmuje ona nieraz formę wręcz groteskową. Powstają oficjalne instrukcje postępowania i zachowań, personel uczy się pilnie na pamięć podyktowanych regułek, cały szpital oblepia się różnego rodzaju hasłami i naklejkami, a życie... jak toczyło się, tak toczy (...).

Jednym z wyróżników szpitali certyfikowanych jest określenie „misji zakładu”, czyli napisane w tonie wzniosłym, uroczystym, niekiedy wzruszającym – do czego szpital służy. „Misję” umieszcza się na stronie internetowej szpitala, na tablicy informacyjnej, na papierze firmowym, a nieraz nawet na wypisach ze szpitala, wręczanych pacjentom. Niektóre z nich są bardzo rozbudowane, inne hasłowe, wymyślone przez dyrekcję szpitala (?) np. *Zaufaj nam, jesteśmy tu, by Ci pomóc* albo stanowiące cytaty zapożyczony od jakiejś znanej osoby, np.: *„Wszystko co wielkie, jest wielkie przez serce” – Cyprian Kamil Norwid.*

Jakie jest praktyczne znaczenie „misji”? Żadne. I tak każdy człowiek wie, że szpital – z „misją” czy bez „misji” – służy do tego żeby leczyć ludzi. Trudno mówić też o jakimś znaczeniu artystycznym „misji” albo motywacyjnym, czy jakimkolwiek innym. Może to być jedynie dowód na zadziwiające i niezrozumiałe poddawanie się – rozsądnych przecieży ludzi, jakimi muszą być dyrektorzy szpitali – terrorowi mody czy politycznej poprawności w dziedzinie zarządzania. Na papierze wszystko

musi być ładne, wzniosłe, perfekcyjne. W istocie jest to sytuacja bliźniaczo podobna do tego, co już przeżywaliśmy „za komuny”. Są jednak pewne różnice: wtedy do pisania takich dyrdymałów zmuszała rządząca partia, a teraz dyrektorów do tego nikt nie zmusza. Wtedy – te wzniosłe hasła miały ukryć skrzeczącą rzeczywistość. Teraz – ?

Jak jest teraz pod tym względem uświadomiła nas niedawno minister zdrowia Ewa Kopacz. Przedtem próbowali to robić przedstawiciele NFZ, ale – wyraźnie – brakowało im pewności siebie. Nie wiedzieli, czy już można o tych sprawach mówić wprost. Pani minister wątpliwości nie miała. Zapytana jak skomentuje fakt, że szpitale – po wyczerpaniu limitów – odsyłają pacjentów „planowych” do domu i odmawiają im leczenia stwierdziła bez wahania: to wina dyrektorów, bo źle gospodarowali przyznanymi limitami. W ten oto sposób, bez ozdóbek i patosu minister zdrowia RP ujawniła wszystkim jaka jest główna misja polskich szpitali: ograniczanie dostępu do leczenia tak, aby ilość świadczeń zdrowotnych była dopasowana do ilości pieniędzy, jakie politycy zdecydowali łaskawie przeznaczyć na leczenie Polaków. Co ważne, ograniczanie ma być rozłożone równomiernie w ciągu roku, aby nie rzucało się nazbyt w oczy. Szpital dobry, to szpital, który ogranicza leczenie równomiernie, szpital zły, to taki, który nie potrafi „gospodarować limitami”. A „misje”: pełne patosu, wzniosłe i uroczyste, drukowane na papierze firmowym i tablicach ogłoszeń – czemu mają służyć? Ukryciu misji prawdziwej!

Przy okazji minister zdrowia zweryfikowała także parę innych „mitów”. Na przykład ten, że szpitale polskie są nieefektywne i trzeba najpierw „uszczelnąć system” zanim zwiększy się ilość pieniędzy przeznaczonych na lecnictwo. Co to za nieefektywność, skoro polskie szpitale w ciągu 10 miesięcy wykonują to, co rządzący chcieliby aby wykonywali przez rok? Co to za uszczelnianie systemu, które polega na tym, aby szpitale zmniejszyły swoją wydajność? (...)

KLAWISZE ZA PÓLDARMO

Krzysztof Bukiel

Aktualności OZZL.org.pl, luty 2010

Od niedawna mamy nową ustawę o izbach lekarskich (z 2 grudnia 2009 r.) Nie różni się ona niemal wcale od poprzedniej ustawy z roku 1989. Tym niemniej konieczne stało się wydanie na nowo wszystkich aktów wykonawczych do niej. W tej liczbie również rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie przekazywania izbom lekarskim środków finansowych na pokrycie kosztów czynności wykonywanych przez izby lekarskie. Projekt takiego rozporządzenia został właśnie przesłany różnym podmiotom do zaopiniowania (...).

Po utworzeniu izb lekarskich przekazano im wiele czynności o charakterze administracyjnym: prowadzenie rejestru lekarzy, przyznawanie prawa wykonywania zawodu, prowadzenie spraw z zakresu odpowiedzialności zawodowej itp. Przedtem były one wykonywane przez urzędników państwowych i finansowane z budżetu państwa, bo są to czynności prowadzone w interesie państwa. Wraz z przekazaniem tych obowiązków izbom, państwo zobowiązało się do przekazywania im odpowiednich kwot pieniędzy na ten cel. Wspomniane rozporządzenie reguluje sposób ustalania tych kwot. A trzeba dodać, że ich wielkość jest przedmiotem sporu między samorządem a państwem niemal od początku istnienia izb (...), bo w wielu izbach koszty faktycznie ponoszone na czynności administracyjne są nawet parę razy (2-3) większe niż kwoty otrzymywane od rządu.

Jak zatem Ministerstwo Zdrowia proponuje uregulować tę sprawę? Zgodnie z rozporządzeniem – wysokość kosztów poszczególnych zadań administracyjnych, jakie wykonują izby lekarskie „*jest ustalana corocznie w drodze negocjacji ministra właściwego do spraw zdrowia z okręgowymi izbami lekarskimi i z Naczelną Izbą Lekarską*”. Jest jednak istotne zastrze-

żenie: całkowita wynegocjowana kwota, jaką rząd przekaże samorządowi lekarskiemu nie może być wyższa niż kwota ustalona przez rząd.

Zatem „negocjacje” sprowadzają się wyłącznie do tego jak izby mają zaksięgować otrzymaną refundację: ile złotych za prowadzenie rejestru, ile za postępowanie sądowe, ile za pracę rzeczownika itp.. Najważniejsza rzecz – całkowita kwota refundacji nie podlega negocjacom i jest ustalana arbitralnie przez rząd. W uzasadnieniu do projektu rozporządzenia napisano, że *„wielkość dotacji w następnych latach nie powinna znacząco ulec zmianie”*, co oznacza wprost, że rządzący nie zamierzają urealnić tych kwot do kosztów rzeczywiście ponoszonych przez izby i za nic mają sobie stanowisko samorządu lekarskiego w tej sprawie.

Dlaczego tak się dzieje? Dlaczego rząd tak lekceważy lekarski samorząd?

Pewne światło na to rzuca przebieg dyskusji, jaka miała miejsce w czasie ostatniego Krajowego Zjazdu Lekarzy. Wywołał ją projekt uchwały zobowiązującej NRL do wniesienia pozwu sądowego przeciwko Ministrowi Zdrowia w związku z zaniżaniem kwot refundacji jakie państwo przekazuje izbom za czynności administracyjne przejęte od państwa. Okazało się, że część czołowych działaczy NRL (z ustępującym prezesem na czele) jest przeciwna takim krokom. Dali oni do zrozumienia (...), że pozew mógłby narazić samorząd na retorsje ze strony rządzących z groźbą likwidacji samorządu lub przynajmniej zniesienia obowiązkowej przynależności do niego. A są to wartości – jak zrozumiałem z ich wypowiedzi – na tyle istotne, że nie warto ich narażać dla tych pieniędzy, które można by uzyskać w wyniku procesu.

Najprawdopodobniej rządzący myślą podobnie: istnienie samorządu lekarskiego i obowiązkowa do niego przynależność jest tak istotna dla lekarzy (a przynajmniej dla tych działaczy izbowych, którzy reprezentują samorząd w kontaktach z rządem), że nie podejmą oni żadnych radykalnych działań w sprawie zaniżonej refundacji za działania administracyjne prowadzone przez izby. Po co zatem rząd ma płacić więcej, skoro może płacić mniej?

Podobno w USA w niektórych więzieniach wprowadza się tzw. samorząd więźniów. Ich przedstawiciele przejmują od administracji więziennej szereg zadań, łącznie z częściowym nadzorem nad skazanymi. Okazuje się przy tym, że łatwiej w ten sposób utrzymać dyscyplinę wśród więźniów. Wszyscy są zadowoleni. Więźniowie mają rozrywkę, a rząd – klawiszki za pół darmo.

PROTOKÓLANTKA MOŻE ZARABIAĆ WIĘCEJ NIŻ SĘDZIA

Ryszard Kijak

Dziennik Gazeta Prawna, marzec 2010

Już drugi z czterech pozwów wniesionych w listopadzie 2009 r. przez lekarzy-specjalistów przeciwko SP Psychiatrycznemu ZOZ w Choroszczy i Uniwersyteckiemu Szpitalowi Klinicznemu do Rejonowego Sądu Pracy w Białymstoku o odszkodowanie w wys. 30-40 tys. zł z tytułu zarzucanego pozwanym zakładom naruszenia zasady równego traktowania w zatrudnieniu i zasady niedyskryminacji przy ustalaniu wysokości wynagrodzenia poprzez wypłacanie im wynagrodzenia zasadniczego niższego od wynagrodzenia lekarza-rezydenta, podobnie jak pierwszy, zakończył się 5 marca br. oddaleniem powództwa.

Pierwszy pozew, złożony przez specjalistkę psychiatrii Iwonę Owsiejczuk, oddalony został 23 lutego 2010 r. Uzasadniając to orzeczenie (sygn. akt VI P 515/09), sędzia Maciej Łukaszewicz podał, iż sąd nie jest uprawniony do oceny różnicy ciężkości pracy pracowników, a więc nie może też korygować uzależnionego od tej ciężkości wynagrodzenia. Wyliczył, że suma składników wynagrodzenia powódki jest wyższa od rezydenckiego nawet po odliczeniu dyżurów, ale gdyby była niższa, to z punktu widzenia pracodawcy, różne traktowanie lekarzy-rezydentów i lekarzy-specjalistów jest racjonalne i usprawiedliwione warunkami, w jakich działa szpital.

Powódka nie zgodziła się z tym wyrokiem, ponieważ po pierwsze wszystkie składniki jej wynagrodzenia (oprócz dyżurów) dają kwotę miesięczną 3.303 zł brutto, przy wynagrodzeniu rezydenckim (po drugim roku) 3.458 zł, a więc mimo dziwnych wyliczeń sędziego są niższe od rezydenckiego, po drugie nie należy porównywać wszystkich skład-

ników wynagrodzenia bo wymóg ten dotyczy tylko stanowisk równorzędnych, a po trzecie nie przyjmuje tezy, iż sąd pracy nie ma kompetencji do oceny stopnia ciężkości pracy pracownika (!), bo w takim razie po jakie лихо powoływano by do życia odrębny byt jakim jest sąd pracy, i po jakie лихо postanawiano by w Kodeksie pracy, że „wynagrodzenie za pracę powinno być tak ustalone, aby odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy”. Uznając więc to uzasadnienie za absurdalne, dr Owsiejczuk złoży apelację do Sądu Okręgowego.

W przypadku specjalistki psychiatrii Marzanny Sołowiej, której pozew został oddalony 5 marca (sygn. akt 513/09), sędzia Karolina Szerel orzekła, iż pracodawca nie dopuścił się nierównego traktowania pracowników, ponieważ wynagrodzenie lekarza-rezydenta nie zależy od jego woli, tylko jest narzucone rozporządzeniem ministra zdrowia. Zatem to nie pracodawca różnicuje wysokość wynagrodzeń pomiędzy rezydentami a specjalistami.

Powódka nie przyjęła tej dziwacznej argumentacji, ponieważ wcale nie podważała ani wysokości wynagrodzenia rezydenta, ani faktu, że ustala je minister zdrowia. Nie kwestionując tego, iż pracodawca nie ma wpływu na wynagrodzenie rezydenckie, powódka zwraca uwagę, iż pracodawca ma za to wpływ na wynagrodzenie specjalistów, co sąd, odwróciwszy kota ogonem, zupełnie pominął w swoim uzasadnieniu ustnym, a o co głównie chodziło w powództwie. Wygląda na to, że sąd jakby w ogóle nie zrozumiał sensu powództwa. Po wysłuchaniu wyroku pełnomocnik powódki Ryszard Kijak zaznaczył na marginesie, iż orzeczenie sądu oznacza, że sędzia nie ma nic przeciwko temu, aby protokół-lantka sądowa zarabiała więcej niż sędzia.

– Gdyby uznać uzasadnienie sądu za prawidłowe, to należałoby również usprawiedliwić wszystkich tych pracodawców, którzy płacą swoim pracownikom mniej, niż ustalona urzędowo płaca minimalna, bo przecież ona też nie zależy od ich woli, tylko jest narzucona z góry – stwierdził w komentarzu do tego wyroku przewodniczący OZZL Krzysztof Bukiel.

Dr Sołowiej również złożyła apelację od tego orzeczenia. A ja, obserwując przez wiele lat różne wyroki sądu pracy, mogę przyznać, że o ile za

komuny ten sąd stawał z reguły po stronie pracowników, to teraz coraz częściej staje się rzecznikiem pracodawców. Tym samym, Kodeks pracy przeistacza się w fikcję. A orzekanie w sądzie rejonowym – na podanych wyżej przykładach (no wreszcie ktoś to musi powiedzieć) – jest wręcz żałosne i tchórzliwe, idące po najmniejszej linii oporu. Być może wyższe instancje będą bardziej ambitne. A jeśli nie, to po wyczerpaniu drogi krajowej, mamy jeszcze sądy europejskie. Te – na szczęście – nie liczą się z układami w poszczególnych państwach.

POST SCRIPTUM – Epilog

Oczywiście, pozew w tej sprawie złożyłem i ja. Inni zostali wycofani na bezpieczne pozycje. W kolejnych instancjach moje powództwo było oddalane. Wobec tego: apelacja, kasacja, Sąd Najwyższy. W wiele miesięcy po opublikowaniu powyższego tekstu doczekałem się ostatecznego wyroku (sygn. akt I PK 232/10). 7 kwietnia 2011 roku SN w składzie: przewodnicząca Teresa Flemming-Kulesza, sędziowie Małgorzata Gersdorf, Józef Iwulski oddalili moją skargę kasacyjną, podając w uzasadnieniu m.in. iż *„trzeba przyjąć, że pracodawca uzasadnił w sposób logiczny i jasny, powołując się na politykę zatrudnienia prowadzoną przez państwo wobec absolwentów uczelni medycznych, dlatego odmiennie wynagradza rezydentów (...). Sąd Najwyższy orzekający w niniejszej sprawie pragnie podkreślić, iż o dyskryminacji w wynagrodzeniu (które to pojęcie musi być rozumiane zgodnie z § 2 powołanego przepisu) możemy mówić dopiero wówczas, gdy wynagrodzenie to dostrzegalnie odbiega od wynagrodzenia innych osób wykonujących pracę jednakową lub pracę o jednakowej wartości. Przyjęcie odmiennego założenia, tj. uznanie że niewielkie, drobne różnice w wynagrodzeniu mogą być uznane za dyskryminację, jeśli tylko praca ma cechy, o których mowa w art. 183c § 1 k.p., prowadziłyby do sytuacji, w której de facto sądy kształtowałyby siatkę płac u pracodawców, co jest niedopuszczalne.”*

Na gorąco, w uzasadnieniu ustnym, sędzia Iwulski powiedział, że podziela moje poczucie dyskryminacji płacowej w stosunku do rezydentów, ale niestety pracodawca nie może obniżyć wynagrodzenia rezydentom, co sąd musi wziąć pod uwagę. Niestety, sąd nie chciał wziąć pod uwagę działania odwrotnego: że pracodawca może w zamian podwyższyć wynagrodzenie specjalistom.

Wcześniej, sąd okręgowy i sąd rejonowy również nie chciały przyjąć do wiadomości mojego argumentu, że istotnie pracodawca nie może obniżyć wynagrodzenia rezydentom, ale za to może je podwyższyć specjalistom. Takie rozumowanie nie mieściło się w głowach poszczególnych składów sędziowskich, głównie dlatego (jak się wygadał jeden z sędziów) że naraziłoby to szpitale na zbyt wielkie koszty, a tych po prostu na to nie stać.

Sąd Najwyższy nawypisywał też głupot na temat porównywalności pracy, bo nigdy w życiu nie zgodzę się z tym, że rezydenci wykonują pracę jednakową z moją i o jednakowej wartości. Jest to bzdura. To samo co do „niewielkich, drobnych różnic w wynagrodzeniu”. Różnice na niekorzyść specjalistów w moim szpitalu w wynagrodzeniu zasadniczym wynosiły osiemset złotych do tysiąca, ale Sąd Najwyższy nie uznał, że są to różnice „dostrzegalne”. Czysta kpina.

Poza tym SN wykluczył w mojej sprawie możliwość ingerencji sądowej w siatkę płac u pracodawców, ale jest to w sprzeczności z innym wyrokiem SN (I PK 27/10) uznającym, że co prawda art. 262 § 2 pkt 1 kodeksu pracy nie daje sądom prawa do narzucania stronom nowych warunków pracy i płacy, ale od tej zasady są wyjątki. Na tej podstawie podwyższył pielęgniarcę wynagrodzenie i nakazał pracodawcy wypłacić jej wyrównanie za sporny okres oraz odszkodowanie za utracone korzyści.

No i tu staje się jasne, na jakim gruncie stają sądy: na gruncie prawa, czy polityki. Pielęgniarka była jedna, więc jej można było sądowo podnieść wynagrodzenie. Dyskryminowanych płacowo lekarzy jest natomiast kilkanaście lub kilkadziesiąt tysięcy, i to całkowicie zmienia istotę rzeczy.

LECZENIE BIEGUNKI PAPIEREM TOALETOWYM

Zdzisław Szramik

Biuletyn OIL w Rzeszowie, maj 2010

W dniu 8 marca br., w gmachu Ministerstwa Zdrowia, odbyło się spotkanie przedstawicieli Zarządu Krajowego OZZL z ministrem, panią Ewą Kopacz. Po miłym, oficjalnym wstępie, połączonym z wręczeniem bukietu róż kobiecie nr 1 w ochronie zdrowia, przeszliśmy do meritum. Zapytaliśmy o plany, jeżeli takowe są, na najbliższą przyszłość i dalsze losy reformy, której to jakoby nie ma. Pani minister w długim monologu wyłuszczyła ambitne plany resortu, określając je jako „nowe otwarcie”, które można zebrać w następujących punktach:

- zintensyfikowanie przekształceń szpitali w spółki prawa handlowego
- lepszy nadzór nad wykorzystaniem zasobów szpitali poprzez kontrolę kolejek
- (sprawdzanie PESELI)
- umożliwienie szpitalom publicznym odpłatnego leczenia po wykorzystaniu limitów NFZ
- polepszenie wykształcenia kadr zarządzających szpitalami (kształcenie podyplomowe menedżerów)
- zróżnicowanie stawek płaconych przez NFZ szpitalom (szpitale „lepsze” i „gorsze” z punktu widzenia NFZ)
- zmniejszenie wyceny niektórych świadczeń (kardiologia interwencyjna, neurochirurgia, być może jeszcze inne)
- zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia (dopiero po wprowadzeniu w/w elementów „uszczelniających”), poprzez inne wyliczenie składki płaconej przez KRUS oraz wzrost składki o 1 punkt procentowy co rok przez 2 lata
- zmiany w sposobie refundacji leków (m.in. ujednoczenie marż)

- wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (prawdopodobnie bez ulg podatkowych dla ich posiadaczy)
- rozluźnienie wymagań dotyczących personelu medycznego formułowanych przez NFZ w kontraktach i ułatwienia w zdobywaniu specjalizacji przez lekarzy (brak szczegółów)
- wprowadzenie systemu tzw. koordynowanej opieki zdrowotnej (koz-a).

Już na pierwszy rzut oka widać, że plan jest ambitny i kompleksowy. Jeżeli to wszystko oczywiście wejdzie w życie, przeżyjemy prawdziwe trzęsienie ziemi. Już widzę, jak urzędnicy Funduszu dziarsko wychwytyją ogromne ilości procedur i niez mordowanie, w dzień i w nocy, przesuwają nadmiar środków akurat tam, gdzie brakuje (poprzednicy pani minister nazywali to alokacją).

Martwi mnie jedynie co zrobimy z pozostałą resztą pieniędzy. Może zasilą fundusze Ministerstwa Finansów (tam przecież też brakuje), a może zostaną przeznaczone po prostu dla pacjentów (być może w postaci premii za zachorowanie, bo na pewno nie na płace). Trudno byłoby odnieść się szczegółowo do każdego z tych punktów, ale kilka z nich wymaga komentarza.

Odnośnie przekształceń szpitali w spółki prawa handlowego nieuchronnie nasuwa się na myśl podobny zabieg, który wprowadzono w 1996 roku. Miał on również zrewolucjonizować finanse szpitali, a polegał na przekształceniu zoz-ów w sp zoz-y. Oczywiście sedno tej „reformy” sprowadzało się do zmiany nazwy i wielu pieczętek, a jaki był efekt widzimy do dzisiaj.

Nadzór nad funkcjonowaniem kolejek da nowe, ciepłe posadki urzędnicze i pewnie kilkanaście nowych formularzy do wypełniania przez administrację, a może i lekarzy szpitala.

Polepszenie wykształcenia menedżerów (czy to jeszcze możliwe?) jest śmieszne samo w sobie, bo zakłada, że wiedza ekonomiczna może mieć zastosowanie tam, gdzie nie działają zasady ekonomii.

Zróźnicowanie stawek dla „lepszych” i „gorszych” szpitali znowu będzie zaprzeczeniem zasad ekonomii, a kilkunastu osobom za biurkiem da możliwość nacisku na wykonawców, szczególnie tych „niepokornych”.

Zwiększenie nakładów poprzez inne liczenie składek płaconych przez KRUS tylko w niewielkim stopniu może wpłynąć na ilość pienięd-

dzy w systemie. O wiele bardziej sensowne byłoby wprowadzenie jednolitych zasad płacenia dla wszystkich i likwidacja KRUS-u, oraz płacenie składki za bezrobotnych nie od najniższej lecz od średniej płacy, w myśl zasady, że koszty leczenia nie zależą od statusu chorego. Ale o takich zmianach możemy tylko pomarzyć.

Wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w sytuacji, kiedy nie ma się od czego ubezpieczać (brak koszyka negatywnego), również jest fikcją i na pewno nie przyniesie oczekiwanej poprawy.

Jak więc widać, Ministerstwo Zdrowia uprawia w dalszym ciągu znaną i sprawdzoną taktykę gry na zwłokę. Wpatrywanie się w słupki poparcia w sondażach wyborczych i widmo możliwej klęski wyborczej, powodują, że prowadzi się pozorowane działania, odsuwając w daleką przyszłość niezbędne zmiany. Dominuje myślenie, że na rzeczach trudnych i niepopularnych powinien „wyłożyć” się przeciwnik polityczny. Tymczasem my dalej leczmy biegunkę papierem toaletowym. To działa!

BLONDYNKA I SAMOCHÓD

Krzysztof Bukiel

Menedżer Zdrowia, październik 2010

Ewa zawsze marzyła o wielkim samochodzie. Takim, żeby – jak się do niego wsiądzie – miało się poczucie ważności, potęgi i władzy. Niestety nie stać jej było na taki samochód – nowy. Musiała kupić stary, przechodzony z rdzą na karoserii i niespodziankami pod maską.

– Nie kupuj takiego auta – radzili Ewie znajomi i przyjaciele. – Nie dasz rady go utrzymać. Będziesz go tylko w kółko naprawiać, a na paliwo i olej stracisz majątek.

Ale Ewka nie słuchała.

– Dam sobie radę. Jestem „twarda baba”. Jak coś sobie postanowię, to doprowadzę do końca.

I kupiła. Auto zżerało paliwa jak smok, a oleju tyle, co normalny samochód benzyny. Ale jechało. Ewa się nie przejmowała. *Co tam, pomyślała, narzucę sobie limity – 3 kilometry dziennie i na benzynę na pewno mi starczy.* Jednak nie starczyło. Trudno było zmieścić się w tak drastycznych ograniczeniach. Jeździła więcej i szybko się zadłużyła. *Trzeba jednak go naprawić* – zdecydowała. I pojechała do warsztatu wymienić... lampy na „diody”. *Są oszczędniejsze niż tradycyjne, więc na pewno auto będzie mniej spalać* – pomyślała Ewa. *Poza tym – ten wygląd...* A że jest kobietą zdecydowaną – jak postanowiła, tak zrobiła. Niestety niewiele to pomogło. Samochód jeździł coraz gorzej, a w dodatku zaczęło coś w nim stukać. *To ma być komfort jazdy?!* – Zdenerwowała się Ewka. *Trzeba coś z tym zrobić.* I znowu pojechała do warsztatu. Tym razem kazała zmienić... fotele. Zmieniła ich kształt, dała skórę na obicie. Wreszcie można się było poczuć jak w prawdziwej limuzynie.

– A może jeszcze dołożymy aparaturę audio? – zasugerował grzecznie mechanik, widząc błysk w oczach Ewy. – To dopiero będzie kom-

fort! Poczuj się pani jak w sali koncertowej, tyle, że wygodniej – przekonywał.

– Racja – stwierdziła Ewa. – Prawa kierowcy są najważniejsze, a najważniejszym prawem kierowcy jest jego komfort.

Zapłaciła sporo, ale się opłaciło. Teraz rzeczywiście siedziało się wygodnie. A dźwięk... jak w raj. Tylko z jazdą były coraz gorzej. Od czasu do czasu samochód po prostu stawał i z trudem dawał się uruchomić. *No, koniec zabawy* – pomyślała Ewa. – *Tym razem trzeba się za niego wziąć porządnie. Przeprowadzę prawdziwą ofensywę i naprawię wszystko.* Samochód po raz kolejny znalazł się w warsztacie.

– Na początku go polakierujemy – niech wygląda jak nowy – zdecydowała Ewa. – Przykryjcie dobrze tę rdzę na karoserii – zagadnęła do mechanika. – Następnie wymyjcie silnik i podwozie. Znikną te zacieki od oleju i smarów, paskudne ślady po nieszczelnościach. Później wymieńcie wszystkie uszczelki – zmniejszy się zużycie paliwa. Na końcu cofnijcie licznik. Samochód z mniejszym przebiegiem musi przecież lepiej jeździć.

Ewa była z siebie zadowolona. Ale przyjaciele i znajomi zafrasowali się nie na żarty.

– Ewcia, nie tędy droga – przekonywali. – Ty naprawiasz wszystko, ale nie to, co potrzeba i nie w tej kolejności. Najpierw napraw silnik. To on jest główną przyczyną twoich problemów. Bez sprawnego silnika auto nie pojedzie.

Ewa jakby się troszkę zasmuciła:

– Naprawdę? Mówicie poważnie czy straszycie mnie tylko?

Po chwili jednak na jej twarzy pojawił się znowu uśmiech.

– A, to nic. Najwyżej podpicuje się brykę trochę i sprzeda.

PRYWATYZACJA DOBRA I ZŁA

Zdzisław Szramik

Biuletyn OIL w Rzeszowie, listopad 2010

Prywatyzacja dobra

Jesienna ofensywa legislacyjna rządu, a osobliwie ministerstwa zdrowia (i wszelkiej pomyślności) kojarzona jest (nie wiem dlaczego?) z prywatyzacją szpitali publicznych. Szeroko rozumiany proces prywatyzacji reklamowany jest jako jedyna recepta na uporządkowanie szpitalnych finansów i uniemożliwienie zadłużania się publicznych szpitali.

Obecnie samorządy terytorialne są organami prowadzącymi szpitale, a po przekształceniach własnościowych będą miały ich akcje, a przynajmniej większość. Nie wiem kto byłby tak nierozsądny, żeby zainwestować prywatne środki w taki interes (spółka non profit), więc praktycznie samorządy będą miały 100 procent akcji. Konia z rządem temu, kto potrafi to przełożyć na efekt ekonomiczny. Jeżeli obecny dyrektor nie potrafił tak zorganizować pracy i struktury organizacyjnej szpitala, żeby mógł się on zbilansować, to jak dokona tego jako prezes spółki? Czy może być prywatyzacja bez zaangażowania kapitału prywatnego? Na takie i wiele podobnych pytań twórcy „przełomu legislacyjnego” nie odpowiadają.

Prywatyzacja z „brzydką” twarzą

Jaki jest rzeczywisty stosunek władz do prywatyzacji w ochronie zdrowia pokazały wydarzenia ostatnich tygodni w Rzeszowie. 5. listopada uroczyście dokonano otwarcia nowo powstałego Oddziału Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej, a na koniec roku planowane jest otwarcie szpitala o profilu położniczo-ginekologiczno-urologicznym. Obie inwestycje wywołały trudne do ukrycia niezadowolenie wśród dy-

rektorów rzeszowskich szpitali. W mediach pojawiły się ich pełne żalu wypowiedzi, że zostali postawieni pod ścianą, że nie powiadomiono ich na czas, że będą zmuszeni likwidować niektóre oddziały itd.

Zupełnie kuriozalnie brzmią słowa o niewdzięczności za wykształcenie za szpitalne pieniądze, a także o osobistym długu dzisiejszych specjalistów w stosunku do ich wcześniejszych „mistrzów”, który miałby się sprowadzać do dożywotniej pracy za marne wynagrodzenie.

Władze województwa oficjalnie nie mogą sabotować powstawania nowych, prywatnych ośrodków medycznych, gdyż byłoby to niezgodne z oficjalną propagandą, ale jak powiedział jeden z pionierów rzeszowskiej prywatnej ochrony zdrowia, stanowisko oficjalne nijak się ma do rzeczywistości. Podobno odbyło się już spotkanie władz samorządowych województwa z dyrektorami szpitali publicznych, na którym zapadła decyzja o blokowaniu, przeszkadzaniu i innych tzw. obiektywnych trudnościach.

Efektywność

Podmioty prywatne mają takie same stawki za procedury, jak podmioty publiczne. Z tych pieniędzy muszą sfinansować czynsze, raty kredytowe, amortyzację sprzętu, a także prowadzić konieczne remonty i inwestycje. Z reguły lepiej też płacą pracującym tam lekarzom. Podmioty publiczne są beneficjentami tzw. pomocy publicznej, w postaci zakupów sprzętu i niezbędnych inwestycji. Mimo tego ciągle są niewypłacalne, a pokaźny dług jest najczęstszą wizytówką szpitala. Mimo rosnących kontraktów pracownicy nie mają udziału w zwiększających się dochodach. Są też traktowani per noga, no chyba, że... mają alternatywę zatrudnienia. Dlatego też władze, wbrew oficjalnym zapewnieniom, nie chcą więcej prywatnych podmiotów na rynku usług zdrowotnych, bo te drenują specjalistyczną kadrę lekarską, oferując znacznie lepsze warunki płacowe.

Ile wart jest naprawdę lekarz specjalista dowiadujemy się dopiero po jego odejściu z placówki publicznej. Wtedy padają duże kwoty strat, na które rzekomo został narażony szpital, dziesiątki osób, które przez jego odejście tracą pracę oraz generowane są sztucznie konflikty interpersonalne, zwłaszcza z personelem średnim. Wszystkich tych problemów można by uniknąć, należycie wynagradzając lekarzy, ale tego roz-

wiązania władze unikają jak ognia. Jest to, jak widzimy, filar ustrojowy obecnego systemu ochrony zdrowia i lansowana z uporem przez rząd pseudoreforma niczego tutaj nie zmienia.

Dlatego też OZZL jest gorącym zwolennikiem prywatyzacji, ale prawdziwej, uczciwej i rozumianej w sposób kompleksowy. Obecnie proponowane przez rząd zmiany legislacyjne nie mają nic wspólnego z prywatyzacją, nie dotyczą też żadnego prawdziwego problemu polskiej ochrony zdrowia. Nie spodziewajmy się więc żadnej poprawy w jej funkcjonowaniu, a tym bardziej lepszych warunków płacy i pracy.

Mimo wszystko życzę wszystkim Czytelnikom Wesołych Świąt Bożego Narodzenia i pomyślności w Nowym Roku.

2011-2016

EMERYTURY I ZDROWIE

Zdzisław Szramik

Biuletyn OIL w Rzeszowie, styczeń 2011

Pozornie to dwa odległe tematy, ale wydarzenia ostatnich tygodni pokazały, że, nie tak bardzo. Myślę nawet, że jest to nasz krajowy przykład z rodzaju „kwadratury koła”. Mamy to niewątpliwe szczęście żyć w tzw. ciekawych czasach, kiedy w myśl pewnych zasad dokonuje się zmian, zwanych czasem reformami, a po kilku latach wedle tych samych zasad dokonuje się zmian przeciwnych. Dobrym przykładem są kolejne reformy administracyjnego podziału kraju z lat 1976 i 1999, które prowadzono pod hasłami zwiększenia skuteczności działania administracji i sprawniejszego zarządzania w tzw. terenie, ale wdrożone zmiany miały zupełnie przeciwstawny charakter. W 1976 roku powołano 49 województw, a w roku 1999 powstało 16 nowych jednostek administracyjnych tego szczebla. Zarówno przy pierwszej jak i drugiej reformie cała armia urzędników wykazała się podziwu godną aktywnością i odwaliła kawał dobrej, nikomu niepotrzebnej roboty.

Osobnym tematem jest rola tzw. ekspertów, fachowców, których każda ekipa polityczna, nie wyłączając nieustannie rządzącej w PRL partii komunistycznej, miała pod dostatkiem. Rola tych fachowców sprowadzała się, i nadal się sprowadza, do nadawania działaniom władzy wiarygodności, pozorów fachowości, a niekiedy wręcz znamion jedynie słusznej nieomyślności, niepodważalnej, z którą nie wypada nawet polemizować, jeśli ktoś nie chce być uznany za prowincjusza, profana lub zwykły moherowy берет. (...) I tak to się kręci. Pytanie jest tylko jedno: kto płaci rachunki za taką zabawę? Odpowiedź nie powinna być trudna, dlatego pozostawię ją inteligencji Czytelników.

Emeryt Pan!

Ale wróćmy do związków emerytur i zdrowia. Zarówno składki na ubezpieczenie zdrowotne jak i na tzw. ubezpieczenie społeczne (emerytury i renty) są obowiązkowe i płacą je wszyscy pracujący i emeryci (ci ostatni – tylko składkę zdrowotną). Gdybyśmy nasze składki inwestowali wedle własnego uznania, w tej czy innej firmie, ponosilibyśmy również ryzyko niewypłacalności firmy, ale wtedy obligowałoby to nas do dokładnego rozeznania rynku ubezpieczeniowego i na pewno zażądalibyśmy od wybranej firmy gwarancji. W przypadku w/w ubezpieczeń tak być nie może, gdyż nie dysponujemy naszymi pieniędzmi i nie mamy wyboru. Wprawdzie wprowadzona reforma systemu emerytalnego w 1999 roku część pieniędzy (ok. 7,3 procent) zostawiała do naszej dyspozycji, ale tylko częściowo, bo nie mogliśmy wybrać, na przykład, firmy zagranicznej, tylko jeden z krajowych OFE (...)

Pamiętamy wszyscy spoty reklamowe (...). Oferowano nam raj na ziemi lub jeszcze lepiej – palmy, piasek, margarita lub tequila... To wszystko wyliczone przez ekspertów, a jakże, oraz gwarantowane aktem prawnym najwyższego rzędu-ustawą sejmową. Minęło nieco ponad 10 lat i okazuje się, że nie palmy, nie drinki z parasolkami, a tylko piasek, i to między zębami. Premier, do spółki z ministrem finansów, ogłosił, że „nasze” pieniądze w OFE są źle inwestowane i w trosce, jak zawsze, o „nasze” składki powinny one wrócić do ZUS (czytaj do budżetu).

Ten wiekopomny przełom w ekonomii, zasługujący bez wątpienia na nagrodę Nobla, ma, jak się okazuje, podnieść nasze świadczenia emerytalne z 32 do 33 procent, w wypadku mężczyzn, i z 23 na 24 procent ostatniej płacy w wypadku kobiet. Biorąc pod uwagę wysokość obecnych średnich zarobków – ok. 3.800 zł, będzie to odpowiednio 1.250 i 910 zł. Za takie pieniądze ciężko będzie dożyć do następnej wypłaty emerytury, a palmy będziemy mogli oglądać tylko w telewizji. (...). To, że akurat nasze pieniądze zmniejszą obecną dziurę budżetową jest już jakoś mniej nagłaśniane. Wszystko wskazuje na to, że nasze środki sfinansują palmy komuś zupełnie innemu, i to w majestacie prawa.

Druga strona medalu to fakt, że sporą część pieniędzy zgromadzonych na indywidualnych kontach emerytalnych zainwestowano w obligacje... rządowe. Za kilka lub kilkanaście lat przyjdzie czas ich wykupu. Nie trzeba być profesorem ekonomii, żeby wiedzieć, że środki na wykup

obligacji będą pochodziły z podatków, czyli od tych, którzy wcześniej płacili składki ubezpieczeniowe. Pola na stworzenie nowych podatków w naszym kraju nigdy nie brakowało, a nawet gdyby naszym „ekspertem” zabrakło inwencji, to wymyśli się jakiś nowy kryzys, choćby w stylu dziury Bautza. Tak więc na nasze emerytury będziemy się składać raz jeszcze. Majstersztyk! Po co reformować finanse publiczne! Obecny układ działa świetnie!

Jak dobrze być chorym!

System emerytur, nieodłącznie związany z systemem politycznym i przez niego ręcznie sterowany, działa podobnie jak system ochrony zdrowia. Tutaj także nie mamy wyboru i musimy być ubezpieczeni. Oczywiście, podobnie jak w reklamach OFE, mamy „pełne i kompleksowe” zabezpieczenie zdrowotne tak długo, jak... nie zachorujemy. Wtedy okazuje się, że nasz lekarz rodzinny ma 2-3 tys. podopiecznych, a nie 1-1,5 jak w normalnych krajach UE, i kolejka jest długa. Ponadto uzyskanie skierowania na badania laboratoryjne graniczy z cudem, bo system karze finansowo lekarza, który je zleca. Na zabieg w szpitalu możemy czekać od kilku miesięcy do nawet kilku lat. Są też bezsprzecznie luksusy – do gorączkującego 37,5 dziecka jedzie karetka, do przewlekłe chorych maszerują z wizytą lekarze, choć chorzy mogliby sami dojść do przychodni, do sanatoriów jeżdżą często emeryci i ludzie, których nie stać na urlop.

Czasem tylko tę sielankę przerywa przykra informacja, że nie można sfinansować operacji za 40 tys. zł za granicą, choć w kraju nie może być wykonana, lub terapia przeciwnowotworowa nie może być kontynuowana, bo właśnie prezes NFZ wydał nowe, epokowe, rozporządzenie. To, że ktoś z tego powodu może po prostu umrzeć lub w sposób znaczący zmniejszyć swoje szanse na odzyskanie zdrowia, jest zwykłym drobiazgiem. Globalnie system jest dobry i nie należy go zmieniać!

Co łączy te dwa, pozornie odległe systemy?

To, że są obowiązkowe, że są właściwie podatkiem, daniną na rzecz państwa, a dokładniej na rzecz aktualnej władzy, że nie można z nich zrezygnować i wybrać systemu alternatywnego. Konstytucja RP głosi, że obywatel powinien mieć zaufanie do Państwa. Ale czy takie systemy

stworzone i nadzorowane przez urzędników takiego Państwa zasługują na zaufanie?

Największą bolączką systemu ochrony zdrowia, a może nawet całej „naszej” demokracji, jest to, że ci, którzy podejmują decyzje, zupełnie za nie nie odpowiadają. System ochrony zdrowia, w ciągu ostatnich kilkunastu lat, był kilkakrotnie „reformowany”. Wydaliśmy dużo publicznych pieniędzy, a jaki osiągnięto efekt – wszyscy widzimy. Wszystkie te pseudoreformy były wprowadzone bez akceptacji środowiska lekarskiego, a często wręcz wbrew jego opiniom.

Żaden z poprzednich ministrów zdrowia czy premierów nie poniósł w związku z rażącą nieskutecznością i nieudolnością nawet symbolicznych konsekwencji. Dlatego też działania obecnej ekipy z ulicy Miodowej bardziej przypominają radosną twórczość literacką lub wręcz zwykłą grę na zwłokę, bo, jak uczy doświadczenie, będzie to zupełnie bezkarne. Obawiam się też, że takie pozorowane działania wykonywane są na zamówienie najwyższych centrów decyzyjnych w państwie, bo dają rocznie ok. 20 mld złotych „oszczędności”, a już za dużo mniejsze pieniądze na świecie robi się różne niegodziwości.

Etos „biedy”

Od wielu lat nasz kraj nie potrafi uporać się z, wydawałoby się, podstawowymi problemami. Kiepski i wielokrotnie zmieniany system oświatowy, niedofinansowanie wojska i policji, braki w kulturze, niskie zarobki, zwłaszcza w sektorze publicznym, szeroki krąg ubóstwa oraz prowizorki i skrajna bieda w ochronie zdrowia. Jak mawiał słynny Kisiel, w socjalizmie dzielnie walczyliśmy z problemami, których nie ma w innych krajach. W PRL-u tłumaczono niedostatki stratami w II wojnie światowej (choć byliśmy w gronie jej zwycięzców). Obecne władze znowu mają wygodny pretekst – kryzys światowy, i z lubością będą tłumaczyć nim wszystkie wpadki, zaniedbania a także nieudolność i zwykłą niefrasobliwość. Ale czy rzeczywiście jesteśmy tak biedni? Czy rzeczywiście nie może być inaczej?

Niedawno w telewizji publicznej podano informację, że na budowę dróg wydano w ostatnich latach 108 mld złotych. Za tę kwotę wybudowano 5.500 km dróg. Osobiście nie wierzę, że wybudowano de novo tyle kilometrów dróg, a w tej liczbie zawarte są również drogi remon-

towane. Ale zakładając, że nawet tyle wybudowano, to w tej liczbie może być tylko 200-300 km autostrad, czyli dróg o najwyższej kosztowności. Dzieliąc koszt poprzez ilość kilometrów otrzymamy wynik 19,6 mln zł/km, czyli bez mała 7 mln dolarów. W krajach powszechnie uznanych za cywilizowane, koszt budowy 1 km autostrady wynosi 4-6 mln dolarów.

Dlaczego biedny kraj buduje zwykłe drogi, czy też w znacznej części je remontuje, za kwotę większą niż budowa autostrady w krajach starej UE, pozostaje dla mnie niezgłębioną tajemnicą. Czy nie dlatego, że ktoś „musi” na tym niezłe zarobić?

Osobną sprawą jest wymiana kadry zarządzającej, nawet do podstawowego szczebla, po każdych wyborach parlamentarnych czy samorządowych. Odbywa się to pod pretekstem zatrudniania ludzi, do których politycy różnego szczebla mają „zaufanie”, niezależnie od wyników pracy ich poprzedników. Takie „namaszczenie” ma wszelkie znamiona poręczenia, ale przy ewentualnych wpadkach – niekompetencji, nieudolności czy wręcz nieuczciwości, osoby poręczające nie ponoszą żadnych konsekwencji. Jest to chory mechanizm, który daje olbrzymie straty dla kraju, ale jest przez polityków wszelkiej maści z lubością pielęgnowany i chroniony. Myślę, że jest to jeden z głównych powodów, dla których zmarnowaliśmy w znacznym stopniu 20 lat niepodległości i 7 lat członkostwa w Unii Europejskiej. Dlatego też ciągle słyszymy, że nie ma pieniędzy na ochronę zdrowia, choć wydajemy na nią, licząc od setkiem PKB, najmniej we Wspólnocie.

Jak więc widzimy, oba te systemy, ochrony zdrowia i emerytalny, nastawione są, wbrew oficjalnej propagandzie, na drenaż finansowy społeczeństwa i zapewniają wąskiej grupie ludzi z kręgu władzy praktycznie nieograniczone dochody. Dlatego władza w tym kraju tak smakuje!

ODPADY A „SPRAWA POLSKA”

Zdzisław Szramik

Biuletyn OIL w Rzeszowie, marzec 2011

W ostatnich tygodniach mieliśmy okazję przeżyć małe, „ekologiczne” trzęsienie ziemi. Wszystko za sprawą Ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. o odpadach, a zwłaszcza za sprawą jej nowelizacji z 22 stycznia 2010r. Było to kilka tygodni, które wstrząsnęły „światem”, zwłaszcza medycznym.

Odpad to przedmiot, rzecz, substancja, nikomu niepotrzebna, powstająca przy produkcji innych, potrzebnych produktów. Niby takie nic, ale w dobie dbałości o środowisko może mieć kluczowe znaczenie. Dlatego też kolejni ustawodawcy z troską pochylali się nad problemem. Sprawę załatwiono po polsku, tzn. kompleksowo i do końca. Odpady podzielono na zwykłe, komunalne i niebezpieczne, bez względu na rodzaj owego niebezpieczeństwa. Już sam fakt, że ilość odpadów mierzono w megagramach (...), niezależnie od ich kategorii, musi budzić szacunek. Jeszcze większy respekt budzi tryb wprowadzenia nowelizacji ustawy z dnia 22 stycznia ub. roku (Dz.U. z 2010 r. Nr 28, poz.14).

Dura lex, sed lex

Ogłoszenie wyżej wspomnianej nowelizacji nastąpiło 25 lutego 2010 r. (Dz. U. Z 2010 r. Nr 28 poz. 145), a jej wejście w życie 14 dni później, tj. 12 marca. Termin składania sprawozdań wyznaczono na 30 marca. W tak krótkim terminie nie można było opracować i złożyć w urzędzie rzetelnego sprawozdania, chyba, że nie o rzetelność tu chodziło.

Wprowadzeniu nowelizacji ustawy nie towarzyszyła kampania informacyjna, a wiele firm, zwłaszcza jednoosobowych, takich jak gabinety lekarskie, nie zatrudnia pracowników, śledzących na bieżąco ochoczą

twórczość legislacyjną naszego parlamentu. W bieżącym roku, po cichu, zmieniono termin na 15 marca, wedle najlepszych, urzędniczych tradycji.

Paragrafem na ośle

Ustawa ma wszelkie znamiona niekonstytucyjności, bowiem przewiduje jednolitą, sztywną karę za uchybienia różnego stopnia i kalibru. Karę 10 tys. zł zapłaci przedsiębiorca, który spóźni się, choćby o jeden dzień, ze złożeniem sprawozdania (art. 79c), jak i nieuczciwy przedsiębiorca, który wyrzuci do lasu lub do rzeki 5 czy 10 ton niebezpiecznych odpadów (art. 79b).

W przypadku gabinetów lekarskich nie miało żadnego znaczenia to, że prawidłowo utylizowano odpady (umowy na utylizację, kontrolowane do tej pory przez inspekcję sanitarną), ani to, że lekarz jest ponoć zawodem zaufania publicznego i, na dobrą sprawę, powinno wystarczyć oświadczenie o prawidłowym prowadzeniu gospodarki odpadami. Kary nałożono, a jakże, w trosce o środowisko naturalne i już!

Liczy się litera, bo ducha brak

Znamienne jest również to, że nawet władze samorządowe dostrzegają absurdalność przepisów ustawy o odpadach. W przyjętym stanowisku Konwentu Marszałków Województw RP z dnia 11 marca 2011 r. podkreślono restrykcyjność kary w wysokości 10 tys. zł oraz brak odzwierciedlenia stopnia szkodliwości czynu. Tym bardziej, że w opiniowanych przez marszałków województw założeniach projektu ustawy zmieniającej, przy ustalaniu wysokości kary pieniężnej miały być uwzględniane stopień szkodliwości czynu, zakres naruszenia, dotychczasową działalność podmiotu, a w szczególności masę odpadów.

Konwent zwracał się do Ministerstwa Środowiska o udzielenie informacji na temat przebiegu konsultacji społecznych projektu ustawy zmieniającej oraz przyczyn odstępstw od zapisów założeń ww. projektu. Odpowiedzi nie uzyskano.

To nie banalna infekcja, to poważna choroba

Sposób tworzenia prawa, tryb jego wprowadzania w życie oraz praktyka urzędnicza w Polsce, delikatnie mówiąc, pozostawiają wiele

do życzenia. Przedstawiony wyżej przykład ustawy o odpadach jest tego dobitnym przykładem. Sam fakt, że parlament „produkuje” taką ilość ustaw, jest dowodem na to, że to prawo jest złej jakości. Dobre prawo, oparte na prawidłowych fundamentach, dobrej woli i właściwej wiedzy ustawodawcy opiera się upływowi czasu. W Wielkiej Brytanii jeszcze niedawno obowiązywały ustawy z ponad stuletnim rodowodem. Świadczy to mądrości i przezorności ustawodawcy, ale także o jego naprawdę dobrej woli, by tworzone prawo służyło społeczeństwu, a nie odwrotnie.

Ponad dwadzieścia lat temu wprowadzono system polityczny, w którym tworzeniem prawa zajmuje się dwuizbowy parlament, a na straży całości systemu i jego zgodności z konstytucją stoi prezydent. Wydawałoby się, że w takim systemie nie może powstać złe prawo. Ale to tylko złudzenia. Mam nieodparte odczucie, że jest odwrotnie, że nie może powstać dobre. A szkoda!

O WYŻSZOŚCI ŚWIĄT WIELKANOCNYCH NAD ŚWIĘTAMI BOŻEGO NARODZENIA CZYLI ETAT CZY KONTRAKT?

Zdzisław Szramik

Biuletyn OIL w Rzeszowie, sierpień 2011

Za sprawą niedawnego zgonu lekarza anestezjologa na dyżurze, piątym z rzędu, powróciła, jak bumerang, sprawa kontraktów lekarskich. Temat jest bardzo skomplikowany, nie tylko ze względu na charakter wykonywanego zawodu, ale także w związku z tzw. „trudnościami obiektywnymi”, czyli ogólnie rzecz biorąc, sytuacją społeczno-polityczną i brakiem rozwiązań systemowych od 20, a może od 65 lat.

Wszyscy, z pracodawcą i kierownictwem ministerstwa zdrowia (i wszelkiej pomyślności) będą wylewać krokodyle łzy, uzalając się nad zmarłym, lub, co jest jeszcze bardziej prawdopodobne, wydadzą komunikat, że lekarz pracował na kontrakcie i nie wchodzi to w zakres kompetencji pracodawcy, bo nie było tzw. stosunku pracy, że był dorosły i wiedział, co robi itp. itd.

Oczywiście stało się nieszczęście i nic już tego nie zmieni, ale warto raz jeszcze przyjrzeć się problemowi i poszukać jego przyczyn, a nie tylko dyskutować o objawach.

Czym jest kontrakt?

Bez odpowiedzi na to pytanie trudno będzie prowadzić dyskusję na merytorycznym poziomie i dojść do sensownych konkluzji. Kontraktem, czyli umową cywilnoprawną, nazywamy zawarcie układu-transakcji handlowej, między dwoma podmiotami gospodarczymi, w naszym wypadku zakładem opieki zdrowotnej, czy jak kto woli – podmiotem prowadzącym działalność leczniczą, a gabinetem lekarskim, czyli jed-

noosobową (najczęściej) działalnością gospodarczą, w formie prywatnej praktyki, lub wg nowej ustawy o działalności leczniczej – z praktyką wykonywaną tylko na potrzeby kontraktu.

Umowa zawiera prawa i obowiązki obu stron i musi łączyć się ze współodpowiedzialnością za uzyskiwane wyniki. Podmiot przyjmujący zamówienie musi działać samodzielnie, bez nadzoru udzielającego zamówienie, oraz wykazać się polisą ubezpieczeniową sporej wartości. Przyjmujący zamówienie traci uprawnienia pracownika, wynikające z Kodeksu Pracy (np. urlop, ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, odprowadzanie zaliczek podatkowych), a także pewne przywileje, wynikające z uregulowań na szczeblu zakładu pracy (dodatek socjalny, dodatek stażowy, premia, nagrody jubileuszowe, odzież ochronna, obuwie, itp.).

Trudno ocenić kontrakt bez oceny jego konkretnych zapisów. Ogólnie rzecz biorąc, mogą być kontrakty lepsze, ale również gorsze, a nawet zdecydowanie złe.

Nieco historii (tej najnowszej)

W 2004 roku, po wejściu Polski do Unii Europejskiej, w niektórych szpitalach organizacje terenowe OZZL podjęły próby doraźnego podwyższenia wynagrodzeń za dyżury, poprzez zawieranie umów kontraktowych na dyżury. Nie obowiązywały jeszcze wtedy (zupełnie nie wiem dlaczego?) europejskie normy czasu pracy w ochronie zdrowia i pracodawcy mogli zmusić każdego lekarza do 8 dyżurów w miesiącu. Dlatego też pomysł ten spotkał się z oporem z ich strony. Twierdzili, że jest to niezgodne z istotą kontraktów, że to omijanie przepisów prawa pracy itd. Prawda jest taka, że wtedy jeszcze nie musieli się na to zgodzić, bo mogli nas zmusić do pracy.

Dopiero upór i determinacja, ale także spora wiedza prawnicza, konsekwencja oraz wytrwałość, szerzej nieznanego wtedy pediatry z Nowego Sącza, dr. Czesława Misia, doprowadziły do uzyskania wyroku Sądu Najwyższego, nakazującego dostosowanie przepisów o czasie pracy w ochronie zdrowia do norm unijnych. Wtedy zaobserwowaliśmy krucjatę wszystkich „postępowych, liberalnych, proeuropejskich” sił, z minister zdrowia na czele (słynne „poszłabym do piekła”), aby nie dopuścić do zmian.

Kiedy lekarze, po 3-miesięcznym strajku, zakończonym połowicznym sukcesem, odreagowywali stres i próbowali cieszyć się uzyskanymi podwyżkami, w ministerstwie zdrowia, a może i w kancelarii premiera, do późna paliły się światła – wybrańcy narodu knuli, jak zniweczyć efekt zmian w prawie pracy. Związek prowadził w tym czasie szeroko zakrojoną kampanię informacyjną, w przekonaniu, że nie może się nie udać.

Ale nie udało się. Rząd i pracodawcy do naszej akcji przygotowali się lepiej niż my! Wymyślono na nowo kontrakt, słowo-cud, bo cudu było trzeba, żeby w takich warunkach nie zawalił się system. Nagle okazało się, że nie tylko jest to zgodne z prawem pracy, ale wręcz jest to najlepsza forma dla pracy poza normalnymi godzinami funkcjonowania oddziału. Oczywiście, w naszych, polskich, realiach, słowo cud oznacza oszustwo, bo trzeba było oszukać tysiące dyżurujących lekarzy, by na nowo zmusić ich do pracy (tym razem ekonomicznie) i jeszcze przekonać ich, że teraz pracują za europejskie pieniądze.

Kontrakt „po polsku”

Umowa kontraktowa, jeżeli nie była wymuszona na pracodawcy przez grupę specjalistów, zazwyczaj sprowadza się do ubruttowienia ich wcześniejszych zarobków na etacie i nie ma nic wspólnego z rzeczywistymi kosztami wykonywania świadczeń zdrowotnych w nowych warunkach. Do kwoty netto, wypłacanej „na rękę” lekarzowi dodaje się kwotę podatku i składkę na ubezpieczenie społeczne i... kontrakt gotowy. Jeżeli szczęśliwiec nie ruszy głową, to sam zanieś zaliczkę na podatek dochodowy do urzędu skarbowego oraz należną składkę na ubezpieczenie społeczne do ZUS-u i... wyjdzie na zero.

Niekoniecznie! Bo trzeba jeszcze opłacić księgowego, który to wszystko wyliczy. A oni cenią swoją pracę znacznie wyżej niż my! Po co więc to wszystko?! Otóż sami pracodawcy usłużnie donoszą, że można płacić najniższą składkę na ubezpieczenie społeczne i to się opłaci! Zapominamy jednak, że jest to zwykłe „przejadanie” emerytury i w razie choroby przeżyjemy ekonomiczną katastrofę.

Jest jeszcze, jak zwykle u nas, druga, może jeszcze ciemniejsza, strona medalu. Analiza niektórych umów cywilno-prawnych, zwłaszcza tych zawieranych pod presją pracodawcy, pokazuje, że ma on w tym niezły interes, bo kwota, na którą opiewa kontrakt nie uwzględnia śred-

niej urlopowej, dodatku socjalnego, odzieży ochronnej czy obuwia. Na niewiedzy pracownika można jeszcze zarobić! Stawki kontraktowe w jednym ze szpitali rzeszowskich w roku 2008 były niższe, niż płace etatowe w innych, co nie przeszkadzało dyrektorowi zgarniać lukratywne premie i być prawdziwym pupilem samorządu.

A może jednak etat?

Pracując na kontrakcie stajemy się firmą, która nie może się zmęczyć, nie choruje, nie może być niedysponowana i funkcjonuje całą dobę. De facto, stajemy się niewolnikami własnego kontraktu, bo nie stać nas na nie pracowanie. Do tego dochodzi jeszcze odpowiedzialność za tzw. zdarzenia niepożądane, powikłania itp. Nie wiadomo, czy firma ubezpieczeniowa wypłaci odszkodowanie za błąd (faktyczny czy tylko za niezawiniony zbieg niekorzystnych okoliczności), który powstał w 2., 3. czy 5. dobie dyżuru. Czas szybko mija i niedługo już zaczniemy myśleć o emeryturze ze znacznie bliższą perspektywą. Czy uda się nam tak zabezpieczyć finansowo, by z pogardą spojrzeć na emeryturę ZUS-owską?

Póki pracujemy na podstawie umowy o pracę możemy chronić swoją podmiotowość jako pracownicy, możemy też w sposób zorganizowany wpływać na kształt i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia (strajki, zwolnienia). Po przejściu na kontrakt stajemy się, w ogromnej większości, maleńkim trybikiem w ogromnej maszynie, która nawet nie zauważy, jak się z niej wykruzamy.

Jeżeli już kontrakt, to nie byle jaki

Nie jestem przeciwnikiem kontraktów jako takich. Nie akceptuję kontraktów, zawieranych pod presją pracodawcy, bo są to oczywiste przykłady omijania prawa pracy i „skubania” lekarzy-kontraktobiorców. Może w przyszłości, kiedy zmieni się obecnie obowiązująca filozofia utrzymywania lekarzy w pracy szantażem moralnym i ekonomicznym, powstaną dobre warunki do rozważenia zalet kontraktu.

Jeżeli, mimo wszystko, już dzisiaj decydujemy się na taką formę wykonywania naszego zawodu, to pamiętajmy o szacunku dla naszego zawodu i nas samych, a także naszych pacjentów. Tylko w tym chorym systemie, w którym przyszło nam pracować, obowiązuje zasada: dobry lekarz = tani lekarz. Na całym cywilizowanym świecie jest inaczej: do-

bry lekarz – dobre wynagrodzenie. Uważam, podobnie jak wielu moich kolegów, że dobry kontrakt, pomijając kwestie prawne, zaczyna się od stawki 100 zł/godz., lub, w przypadku grupowych kontraktów lekarskich, od 40 procent wartości kontraktu z NFZ.

Dla wszystkich innych pozostaje etat i mozolna, wspólna walka o lepsze jutro, które znowu jakby się oddaliło.

KŁOPOTLIWE PRAWO PACJENTA

Krzysztof Bukiel

Menedżer Zdrowia, wrzesień 2011

Co pewien czas ukazują się w mediach doniesienia o tym, jak nietrzeźwy lekarz przyjmował pacjentów w przychodni albo zajmował się nimi w szpitalu. Taką postawą lekarza oburzeni są wszyscy: pacjenci, dyrektorzy szpitali, minister zdrowia. Nikt nawet nie próbuje używać argumentu, że lekarz, jak każdy obywatel ma swoje wolności i swoje prawa, a jednym z nich jest prawo do picia alkoholu. Jest bowiem oczywiste, że musi ono ustąpić w tym przypadku prawu pacjenta do uzyskania pomocy od lekarza, który jest trzeźwy i w pełni sprawny. To prawo „do wypicia” jest zresztą ograniczone nie tylko w przypadku lekarzy, ale – praktycznie – wszystkich pracowników, co znajduje swój wyraz w przepisach prawa pracy.

Jak wykazały liczne badania niewyspanie daje u człowieka podobne skutki dla koncentracji i sprawności psychoruchowej jak alkohol. W szczegółowej analizie z roku 2009 („New England Journal of Medicine”) stwierdzono iż u pacjentów operowanych przez chirurgów, którzy poprzedniej doby spali mniej niż 6 godzin, pojawiło się znacząco więcej komplikacji niż przeciętnie.

Powyższe fakty powinny wystarczyć, aby uznać, iż – obok prawa do trzeźwego lekarza – pacjent ma również prawo do lekarza wyspanego, a prawo lekarza do bycia niewyspanym w pracy musi ustąpić prawu pacjenta do pomocy specjalisty w pełni sprawnego psychoruchowo. Okazuje się jednak, że lekarze uzyskali w tym przypadku bardzo silnego obrońcę swoich praw, gotowego nawet na konfrontację z pacjentami. Jest nim Ministerstwo Zdrowia.

„Nie można ograniczyć prawa lekarzy do dodatkowej pracy na dyżurach, nawet jeśli prowadzi to do ich przepracowania, jeżeli lekarze ci są zatrudnieni na kontrakcie, bo byłoby to zaprzeczeniem wolności gospodarczej, która jest konstytucyjnie chroniona. Z tego samego powodu nie można zakazać lekarzom zatrudniania się w szpitalach na podstawie kontraktów”. Taką mniej więcej odpowiedź przedstawiła minister zdrowia na wniosek OZZL aby przepisami ograniczającymi tygodniowy czas pracy (do 48 godzin z nadgodzinami), objąć wszystkich lekarzy, również „kontraktowców”.

Umiłowanie wolności gospodarczej przez przedstawicieli rządu jest w tym przypadku tak wielkie, że nawet fakt, iż wolność ta ogranicza prawa pacjenta nie znajduje u nich posłuchu. Zadziwiające, że gdy OZZL upomina się o inne aspekty wolności gospodarczej w służbie zdrowia np. wolność ustalania cen na refundowane świadczenia zdrowotne, wolność udzielania refundowanych świadczeń bez zgody NFZ, nie mówią już o wolności nieubezpieczania się w NFZ – wówczas rządzący odmawiają, tłumacząc to właśnie zagrożeniem praw pacjenta.

Zgadzam się, że wolność gospodarcza powinna być chroniona, a przedsiębiorcom nie powinno się ograniczać prawnie czasu pracy. I nie domagałbym się tego dla lekarzy-kontraktowców, gdyby pracowali oni w systemie faktycznie wolnym, bo wtedy szpitale działające w warunkach rynkowych same by zadbały o to, aby pracujący u nich lekarze byli zawsze wypoczęci i sprawni i nie narażali pacjentów na dodatkowe ryzyko. Jednak my takiego systemu w Polsce nie mamy.

W tej sytuacji jedynym (w miarę) skutecznym sposobem zapewnienia prawa pacjenta do wyspanego lekarza jest prawne ograniczenie czasu pracy lekarzy niezależnie od sposobu ich zatrudnienia. Rząd nie zgadza się na to rozwiązanie nie z powodu umiłowania wolności gospodarczej ale wyłącznie z powodów finansowych. Dzięki prawu do pracy bez ograniczeń, lekarze mogą też bez ograniczeń dorabiać. Mogą zatem zrealizować swoje aspiracje finansowe, nie oglądając się na wysokość wynagrodzenia podstawowego. Zmniejsza się dzięki temu nacisk na podwyżki płac, zmniejszają koszty funkcjonowania służby zdrowia, a – dodatkowo – skrajny deficyt lekarzy staje się mniej widoczny.

LEKARZ POLSKI – OBYWATEL

NA XX-LECIE OZZL

Jerzy Przystawa

Aktualności JOW.pl, październik 2011

I w gwiazdę ludów wierzę wśród zawiei – Przeciw nadziei!
(Maria Konopnicka, 1887)

Czym jest inteligencja polska XXI wieku, kim są tworzący jej oficjalną czołówkę intelektualiści – to pytanie kołacze się nieustannie po głowach pogrobowców I i II Rzeczypospolitej. Czy wysiłek najeźdźców i okupantów, którzy za cel zasadniczy postawili sobie wyniszczenie i wykorzenienie tej warstwy społecznej, był tak skuteczny, że jeszcze dzisiaj, w 20 lat po tym, jak Armia Czerwona opuściła nasze terytorium, naród polski na próżno rozgląda się w poszukiwaniu sukcesorów tej warstwy społecznej, która tak chlubną rolę zapisała w odzyskaniu i budowaniu Niepodległej?

Czy to możliwe, żeby z tej pięknej tradycji pozostało tylko to, co mamy dzisiaj: oddziały inteligenckich najemników, rozglądających się jedynie za dodatkowym zarobkiem, który by umożliwił im żyć na stopie, jaką uważają za godną ich aspiracji? Czyżby ogromny wzrost liczby studentów szkół wyższych produkować miał jedynie wielusettyśięczne szeregi sfrustrowanych niedouczonej absolwentów, marzących jedynie o urządzeniu się gdzieś na Wyspach Brytyjskich, Ameryce, Kanadzie, Francji czy w innym kraju uchodzącym za odpowiedni do zrobienia finansowej kariery?

Ruch Obywatelski na rzecz Jednomandatowych Okręgów Wyborczych od lat zwraca uwagę, na podstawową wadę ustrojową III RP, jaką jest korupcjogenna, naruszająca podstawowe prawa obywatelskie, po-

wszechnie niezrozumiała i zniechęcająca do udziału w wyborach procedura wyborcza w wyborach do Izby Ustawodawczej. Uparcie przypominamy, że w tych wspomnianych, najważniejszych krajach tzw. Zachodu, parlamenty wybierane są zupełnie inaczej, że tam kandydować może każdy, że nie ma tych wszystkich komisji wyborczych, które potajemnie liczą głosy, że zasada wyboru jest równie prosta, jak proste jest publiczne liczenie głosów, a rezultatem tych wyborów są stabilne rządy, powstające na oczach wszystkich, bez partyjnych krętactw i przepychanek.

Cała ta elementarna wiedza o wyborach w UK czy USA została przed oczami polskich inteligentów starannie ukryta, a podręczniki politologii i innych nauk społecznych, przez dziesięciolecia karmiły studentów naszych uczelni kłamstwem i dezinformacją. I, niestety, nadal to robią, ponieważ ten błąd ustrojowy, który rujnuje nasze państwo i życie polityczne, jest wygodny dla ludzi, którzy prawem kaduka przypisali sobie prawo decydowania i rozstrzygania o wszystkich sprawach ustrojowych, w tym przede wszystkim o zasadach, na jakich obywatele mają ich dopuszczać do sprawowania urzędów publicznych.

I nie przeszkadza nic, że kolejne sondaże opinii publicznej pokazują, że większość Polaków nie życzy sobie takiego systemu wyborów, że chętnie widzieli by procedury, jakie od ponad 200 lat obowiązują gdzieś tam, na drugim końcu Europy i za Oceanem i nie przeszkadza nawet to, że zebrano prawie milion podpisów pod wnioskiem o przeprowadzenie referendum w tej sprawie... Nie ma popularnych publicystów, nie ma dziennikarzy telewizyjnych i radiowych, nie ma wybitnych analityków politycznych, nie ma profesorów prawa konstytucyjnego, politologii i socjologii, którzy na ten błąd ustrojowy zwracali by uwagę, polska inteligencja od tej sprawy odwraca się tyłem lub bokiem, sugerując, że ma ważniejsze sprawy na głowie.

Próby dotarcia do uznanych środowisk akademickich, do związków zawodowych, praktycznie do wszystkich organizacji politycznych i społecznych, jakie swoją pozycję zawdzięczają dobrym stosunkom z establishmentem politycznym nie przynoszą pozytywnego rezultatu. To, co oficjalnie przejęło spuściznę po wielkim Ruchu „Solidarność”, zapomniało, że „Solidarność” to był przede wszystkim ruch reformatorski, którego zasadniczym celem było przywrócenie podmiotowości obywatelowi, a nie wyszarpywanie kolejnych ochłapów z publicznej kasy.

W tym naszym wieloletnim pukaniu do inteligenckich polskich głów spotkała nas miła niespodzianka: 16 grudnia 2000 r. zostaliśmy zaproszeni na posiedzenie Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, który podjął uchwałę domagającą się wprowadzenia w Polsce JOW do Sejmu. Od tej pory, przez całe dziesięciolecie, lekarze polscy zrzeszeni w OZZL towarzyszą nam i wspierają przy wszystkich podejmowanych akcjach, uczestniczą w manifestacjach, konferencjach i zjazdach.

19 października 2011 r. zostałem zaproszony na uroczystość XX Lat OZZL. Przedstawiając historię Związku jego szef, dr Krzysztof Bukiel, wielokrotnie podkreślał ich zaangażowanie w tę wielką sprawę ustrojową, przypominał o wspólnych akcjach, zapewniał, że lekarze są świadomi wagi sprawy i nie zamierzają się wycofać. Krzysztof Bukiel i sekretarz generalny Związku dr Ryszard Kijak przygotowali piękną, prawie tysięczstronicową kronikę OZZL pod tytułem „Dzieje i nadzieje Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy” z mottem „Kropla drąży skałę, nie przez swoją siłę, ale przez wytrwałość”. W tej książce, opisującej dwie dekady ich walki, nie zabrakło miejsca dla Ruchu JOW.

Siedząc na sali i słuchając tych wszystkich budzących nadzieję wypowiedzi szukałem odpowiedzi na pytanie: dlaczego lekarze? Dlaczego nie nauczyciele, nie prawnicy, nie historycy, nie politolodzy i socjolog-dzy? Komuna wypracowała stereotyp lekarza: przekupnego, pazernego łapówkarza, któremu nie powinno się ufać i którego należy kontrolować na każdym kroku.

Do umocnienia tego stereotypu przyczynili się politycy III RP. „Pokaż lekarzu, co masz w garażu!” – wykrzykiwał z trybuny sejmowej marszałek Sejmu, a do szpitali i gabinetów lekarskich wkraczali chłopcy w kominiarkach demonstrując, w świetle telewizyjnych kamer, jak bardzo nieprzekupna jest władza, jak bardzo zdemoralizowane środowisko lekarskie. Jakich więc przywilejów i intrat poszukiwać mogą tysiące lekarzy w OZZL, angażując się w sprawę, która do dzisiaj pozostaje tabu i przed którą zamknięte są wszelkie salony, nie tylko polityczne, ale telewizyjne i dziennikarskie?

Krzysztof Bukiel i Ryszard Kijak, kiedy zadaję im to pytanie, uśmiechają się tylko nieśmiało i dają do zrozumienia, że pytanie jest głupie, że sprawa jest oczywista i nie ma o czym mówić. I słuchając ich przypomi-

na mi się inna uroczystość, w której miałem zaszczyt uczestniczyć kilka miesięcy temu na Wzgórzach Wuleckich we Lwowie. Zamordowano tam, strzałem w tył głowy, 40 profesorów Uniwersytetu Jana Kazimierza i Politechniki Lwowskiej. Wśród nich, dziwnym i trudnym do zrozumienia trafem, 14 nazwisk, a więc 35%, to profesoria medycyny: *Antoni Cieszyński*, chirurg, *Władysław Dobrzaniecki*, chirurg, *Jan Greg*, internista (zamordowany razem z żoną), *Jerzy Grzędzielski*, okulista, *Edward Hamerski*, prof. weterynarii, *Henryk Hilarowicz*, chirurg, *Witold Nowicki*, anatomopatolog i jego syn, także lekarz, *Jerzy Nowicki*, *Tadeusz Ostrowski*, chirurg (zamordowany razem z żoną), *Stanisław Progulski*, pediatra (zamordowany razem z synem), *Roman Rencki*, internista, *Stanisław Ruff*, chirurg (zamordowany razem z żoną i synem), *Włodzimierz Sieradzki*, profesor medycyny sądowej, *Adam Sołowij*, ginekolog (zamordowany razem z wnukiem), *Tadeusz Boy-Żeleński*, lekarz, poeta, tłumacz i pisarz. Prawie przy każdym z tych nazwisk znajdziemy adnotację: obrońca Lwowa 1918. A na środku Cmentarza Orłąt znajdujemy grób generała profesora Ludwika Rydygiera, chirurga sławy światowej, organizatora i dowódcy służby medycznej obrony Lwowa.

Czyżby, jakimś tajemniczym i cudownym zrządzeniem losu, ten gen patriotyczny i obywatelski – tępiony i wykorzeniany przez 70 lat – przetrwał właśnie w środowisku lekarzy? A jeśli tak, to może, któregoś dnia, obudzi się i odżyje w innych środowiskach: nauczycieli, profesorów, pisarzy i publicystów, prawników i historyków? *Contra spem spero*.

KARTA WYSZEGRADZKA

POROZUMIENIE O WSPÓŁPRACY LEKARSKICH ZWIĄZKÓW ZAWODOWYCH CZTERECH KRAJÓW

Ryszard Kijak

Aktualności OZZL.org.pl, listopad 2011

*(artykuł wysłany początkowo do Gazety Lekarskiej,
ale nie wydrukowany tamże)*

Spośród dziewięciu europejskich stowarzyszeń lekarskich zaliczanych do grupy tzw. European Medical Organizations (EMO), polscy lekarze pełnią najwyższe funkcje w trzech. Konstanty Radziwiłł jest prezesem Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME), skupiającego przedstawicieli izb lekarskich, Romuald Krajewski to prezes Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS). Trzecią organizacją jest utworzona już w roku 1964 Europejska Federacja Lekarzy Etatowych (FEMS), gdzie jako delegat Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, w roku 2009 zostałem wybrany na trzyletnią kadencję do sześcioposobowego prezydium na funkcję zastępcy sekretarza generalnego. Wraz ze mną OZZL reprezentuje w FEMS Stanisław Urban.

Protest z Sycylii

FEMS ma charakter międzynarodowej federacji autonomicznych związków zawodowych, zatem główną domeną jego zainteresowań są sprawy pracownicze. Spośród wielu tematów omawianych na ostatnim posiedzeniu plenarnym, zorganizowanym na Sycylii na przełomie września i października br., jeden dotyczył bezpośrednio lekarzy w Polsce. Otóż delegaci stanowczo zaprotestowali przeciwko stosowanym w naszym kraju nielegalnym praktykom, polegającym na zwalnianiu z pracy

lekarzy pełniących funkcje w OZZL, ubiegających się o poprawę warunków pracy i płacy w swoich zakładach. Proceder ten wystąpił ostatnimi czasy w większym nasileniu w woj. śląskim. *„Nie ma innej możliwości rozwiązywania istotnych problemów pracowniczych dotyczących lekarzy, niż dwustronne porozumienia zawierane pomiędzy pracodawcami (lub ministerstwem zdrowia) a związkiem zawodowym reprezentującym lekarzy”* – stwierdził m.in. FEMS w swoim oświadczeniu.

Poparcie od FEMS otrzymali także lekarze słowaccy, ze względu na panującą u nich krytyczną sytuację, gdyż w proteście przeciwko prywatyzacji wszystkich szpitali publicznych (przy utrzymanym deficycie środków publicznych przeznaczonych na służbę zdrowia) oraz przeciwko niskim zarobkom, wypowiedzenia z pracy złożyło już ponad 2 tysiące naszych kolegów po fachu.

Fatalna spuścizna

I właśnie podczas dyskusji, jaka odbywała się na sycylijskim posiedzeniu FEMS, delegaci ze Słowacji wpadli na pomysł, aby zorganizować osobne spotkanie, w gronie przedstawicieli lekarskich związków zawodowych tych krajów, w których akurat toczą się najbardziej bolesne reformy systemów opieki zdrowotnej. Podchwycili to Węgrzy i na miejsce obrad zaproponowali Wyszegrad, znany z regularnych konsultacji odbywanych na tamtejszym zamku przez premierów, prezydentów i przewodniczących parlamentów Węgier, Czech, Słowacji i Polski w nieformalnym zrzeszeniu o nazwie przejętej z języka czeskiego „Grupa Wyszegradzka”. Lekarscy związkowcy przyjęli natomiast bardziej uzasadnioną pisownię – węgierską (Visegrád), stąd V4 i Wyszegrad – czwórka Wyszegradzka, a nie Wyszehradzka.

W ten sposób doszło do związkowej narady polsko-węgiersko-słowacko-czeskiej, w której na zasadach gościa uczestniczył też prezes Węgierskiej Rady Lekarskiej István Éger. W jej wyniku 5 listopada 2011 roku podpisane zostało porozumienie o współpracy, nazwane Kartą Wyszegradzką.

Bazą porozumienia stały się analogiczne problemy nurtujące systemy opieki zdrowotnej reprezentowanych krajów, wynikające z postkomunistycznej spuścizny, kiedy to służba zdrowia traktowana była jako niedochodowa, czyli gorsza część gospodarki, co m.in. przekładało się

na niskie zarobki lekarzy. Polityka ta jest niestety kontynuowana obecnie przez rządy demokratyczne, które dokonują oszczędności w ochronie zdrowia, aby wydawać pieniądze na inne cele. Pojawiło się więc zjawisko emigracji zarobkowej lekarzy, uszczuplenie fachowych kadr, pogorszenie dostępu pacjentów do świadczeń medycznych. Władze próbują skłócić społeczeństwo z lekarzami, przerzucając na nich winę za złą sytuację w lecznictwie, i jednocześnie ograniczając uprawnienia lekarskich związków zawodowych.

Karta Wyszegradzka

Jak głosi Karta Wyszegradzka, wobec powyższych faktów, lekarskie związki zawodowe z Węgier, Czech, Słowacji i Polski zadeklarowały podjęcie współpracy i skoordynowanie działań, aby skuteczniej bronić praw i interesów lekarzy przed zakusami swoich rządów. Sygnatariusze Karty domagają się: ustalenia minimalnej płacy lekarza (bez specjalizacji, za jeden etat, bez dyżurów – w wysokości półtovej średniej krajowej, a specjaliści – trzykrotności średniej); unormowania zasad pracy w godzinach nadliczbowych (na dyżurach) w zgodności z przepisami europejskiej dyrektywy o czasie pracy; poszanowania praw związków zawodowych, opartych na konwencjach Międzynarodowej Organizacji Pracy; wprowadzenia powszechnie obowiązujących (również w prywatnych lecznicach) norm zatrudnienia lekarzy na poszczególnych oddziałach szpitalnych; refundowania przez publicznego płatnika pełnych kosztów świadczeń zdrowotnych.

Aby osiągnąć te cele, lekarskie związki zawodowe z wymienionych krajów będą ściśle współpracować i podejmować takie działania, jak: grupowe zwalnianie się z pracy – na wzór lekarzy czeskich z roku 2010; organizowanie „strajków włoskich”, czyli pracy zgodnie z wszystkimi, najbardziej szczegółowymi przepisami i regułami (np. bezwzględne ograniczenie przyjęć pacjentów do przyznaných limitów); prowadzenie strajków ostrodyżurowych; działania na polu prawnym.

W imieniu delegacji OZZL, w skład której wchodził także: sekretarz Zarządu Krajowego a zarazem delegat OZZL w FEMS Stanisław Urban i wiceprzewodniczący Zarządu Krajowego Zdzisław Szramik, podpis na Karcie złożył sekretarz Zarządu Krajowego i sekretarz FEMS Ryszard Kijak. Ze strony czeskiego LOK-SCL – przewodniczący Mar-

tin Engel, słowackiego LOZ – przewodniczący Marian Kollár, a węgierskiego MOSZ – przewodniczący János Bélteczki. Wydarzenie to zostało ogłoszone podczas konferencji prasowej. Było to pierwsze porozumienie międzynarodowe podpisane przez OZZL.

Kto i ile płaci

Uczestnicy konferencji wyszegradzkiej uchwalili też stanowisko popierające postulaty słowackiego związku zawodowego lekarzy, protestującego przeciw powszechnemu przekształceniu ich szpitali w spółki handlowe w sytuacji niedofinansowania służby zdrowia, co zmusi szpitale do nadmiernej oszczędności, nieracjonalnej redukcji personelu medycznego, zmniejszenia płac oraz ograniczenia zakresu świadczonych usług i ich jakości. Związki zawodowe lekarzy z Polski, Węgier i Czech wezwały władze Słowacji do podjęcia merytorycznego dialogu ze słowackim związkiem zawodowym lekarzy w celu rozwiązania ostrego konfliktu i kryzysu słowackiej służby zdrowia.

– Zagrożenia w tych krajach są podobne. Wszelkie zmiany w systemie ochrony zdrowia, włącznie z prywatyzacją szpitali i przychodni, nie mogą skutkować taką redukcją personelu medycznego, która zagraża bezpieczeństwu chorych – podsumowuje przewodniczący Zarządu Krajowego OZZL Krzysztof Bukiel. – Muszą być wprowadzone powszechnie obowiązujące minimalne normy zatrudnienia lekarzy na poszczególnych oddziałach szpitalnych. Niezależnie od formy własności, szpitale muszą być traktowane równoprawnie, tak w zakresie swoich praw, jak i obowiązków wobec: płatnika, pacjentów, personelu medycznego. Kwoty pieniędzy płacone przez publicznego płatnika za świadczenia zdrowotne szpitalom i innym zakładom leczniczym muszą odpowiadać rzeczywistym kosztom tych świadczeń, aby nie dochodziło do niezawinionych upadków szpitali, do nadmiernej redukcji zatrudnienia personelu medycznego i zaniżania ich wynagrodzeń.

OBIECANKI CACANKI PREMIERA TUSKA

Ryszard Kijak

*Biuletyn Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku,
listopad 2011*

W swoim expose w roku 2007 premier Donald Tusk złożył osiem obietnic dotyczących ochrony zdrowia. Po czterech latach, po kolejnych wyborach, można je podsumować. Z jak najbardziej subiektywnego, związkowego punktu widzenia OZZL, mogę powiedzieć, że wysunięte przez premiera tematy albo nie zostały zrealizowane wcale, albo zostały spaprane, czyli trafione jak kulą w płot. No to po kolei.

1. Ułatwienie i uproszczenie specjalizacji lekarskich. Nie ułatwiono, nie uproszczono, jedynie uściślono pewne warunki. Zamiast tego, likwiduje się staż podyplomowy, co jest nonsensem bez żadnego racjonalnego uzasadnienia. Totalna głupota.

2. Reforma polityki refundacji leków. Owszem, rozpoczęto taką reformę, ale ma ona charakter wręcz antyrynkowy i antylekarski. Antyrynkowy, bo zrównując ceny leków, likwiduje konkurencję pomiędzy aptekami. Antylekarski, bo jej skutki uderzają w lekarza, który zamiast poświęcić swój czas na leczenie pacjentów, będzie teraz zajmował się wypełnianiem dokumentów wyjaśniających czy pacjent jest ubezpieczony czy nie, do jakiej grupy trzeba go zakwalifikować, i ile procent refundacji mu się należy. A jeśli lekarz się pomyli, lub zostanie wprowadzony w błąd, to będzie musiał zwracać kwotę refundacji. Robienie z lekarzy policji zdrowotnej to chory pomysł. Tego, kto to wymyślił, należałoby leczyć psychiatrycznie. Jediną obroną lekarzy przed tym absurdem może być zdecydowany sprzeciw co do uczestniczenia w procesie refundacji.

3. Wprowadzenie koszyka świadczeń refundowanych. Koszyk taki rzeczywiście powstał, ale został wprowadzony tylko fikcyjnie, ponieważ NFZ i tak płaci za to samo, za co przedtem płacił bez koszyka. Dopiero gdyby wprowadzono współpłacenie niektórych pacjentów za niektóre świadczenia, koszyk ten miałby jakikolwiek sens.

4. Podział NFZ na konkurujące między sobą instytucje ubezpieczenia zdrowotnego. NFZ nie został podzielony, no i bardzo dobrze, no bo jakie byłoby uzasadnienie podziału, w świetle istniejących obowiązkowych konkursów ofert, limitowania świadczeń zdrowotnych, przymusowych kolejek pacjentów, zakazie pobierania przez szpitale publiczne pieniędzy od pacjentów za niektóre procedury, oraz braku współpłacenia. Sensu w tym nie byłoby żadnego.

5. Przekształcenie samorządowych zoz-ów w spółki. Przekształcenie nie nastąpiło, i też bardzo dobrze. Ale niebawem nastąpi, i to jest kolejny bezsens. Bo przy limitowaniu świadczeń, przy narzucaniu przez NFZ cen za te świadczenia, czyli przy ograniczaniu możliwości uzyskiwania przez te zoz-y przychodu, a praktycznie przy wyznaczaniu zoz-om rocznego budżety, zmiana formy prawnej funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej w spółki nic nie da i jest zaprzeczeniem samej idei funkcjonowania spółek. To kolejna bzdura.

6. Godziwe wynagrodzenia w służbie zdrowia. Kolejna fantazja wyszana z palca. Jedyne co się pojawiło, to kominy płacowe związane z rozwojem usług kontraktowych. Natomiast wynagrodzenie za pracę etatową nadal trzyma się dna. Zarobki w służbie zdrowia są nie tylko o wiele niższe niż w większości innych branż przemysłu i usług, ale także niższe niż średnio w całym sektorze publicznym.

7. Jednakowe traktowanie zoz-ów publicznych i prywatnych. Niestety, następna nie spełniona obietnica. Zoz-y prywatne mają większą możliwość kreowania swoich dochodów, NFZ nie narzuca im rocznego budżetu, mają prawo przyjmować od pacjentów pieniądze. A więc różnice nadal istnieją.

8. Projekt ustawy o ochronie zdrowia. No owszem, taki projekt powstał, ale co z tego, skoro zajmuje się on tylko utrudnianiem funkcjonowania zoz-ów, a unika rozwiązania fundamentalnych problemów, jak np. zwiększenia dopływu środków publicznych do wysokości przynajmniej siedem i pół procent PKB, bo takie minimum istnieje w innych

krajach europejskich, nie dopuszcza współpłacenia niektórych pacjentów za niektóre świadczenia, nie likwiduje konkursów ofert, limitowania świadczeń medycznych, ani nie likwiduje kolejek pacjentów do tych świadczeń.

Tak że żadnej obietnicy nie uważam za spełnioną w sposób satysfakcjonujący pacjentów i pracowników ochrony zdrowia. Żadnej.

WOJNA, MOŚCI PANOWIE, WOJNA!

Zdzisław Szramik

Biuletyn OIL w Rzeszowie, listopad 2011

Cztery lata temu, po zakończeniu strajków lekarskich, władze MZ, z pomocą administracji samorządowej jak i ogromnej większości dyrektorów placówek publicznej ochrony zdrowia, rozpoczęły demontaż zgody i porozumienia środowisk medycznych, osiągnięty niemałym trudem w czasie ogólnopolskiego protestu. W wielu placówkach wprowadzono na siłę kontrakty dyżurowe lub całościowe, eliminując opornych lub bardziej świadomych lekarzy, zwiększono stopniowo nakłady na lecnictwo otwarte, szczególnie POZ, zostawiając bez większych zmian poziom finansowania opieki zamkniętej. Po kilku latach udało się uzyskać dość wysoki poziom skonfliktowania interesów, może nawet wyższy niż przed strajkiem.

Tylko najbardziej doświadczeni działacze związkowi mieli nadzieję, słuszną, jak się okazało, że na nasz rząd można liczyć. Przy wprowadzaniu kolejnych bubli prawnych, made in MZ, niezasługujących na miano ustawy w państwie prawa (ustawa o działalności leczniczej, ustawa o prawach pacjenta) nie wydarzyło się nic szczególnego, choć te „akty prawne” były zdecydowanie nieudane i zwiastowały niemałe kłopoty dla środowiska lekarskiego. Dopiero ustawa refundacyjna z 12 maja 2011 roku, będąca szczególną emanacją buty i ostentacyjnego lekceważenia środowiska lekarskiego, wywołała oburzenie i ogólnopolską akcję sprzeciwu.

Im gorzej, tym lepiej

Ta stara zasada, obowiązująca jeszcze za czasów PRL-u, znowu okazała się aktualna. Takiej determinacji i poruszenia, obserwowanych

ostatnio w mailach i na forach internetowych, nie było od czasu strajku. Wszyscy lekarze – etatowcy i kontraktowicze, szpitalnicy i przedstawiciele POZ, jak jeden mąż zerwali się z oburzenia na władze MZ, które upiekły im taki pasztet.

Przyznać trzeba, że ww. ustawa, a także wynikające z niej rozporządzenie, którego projekt niedawno został rozesłany do tzw. konsultacji społecznych, nie powstały przypadkowo. Wpisują się one w cały ciąg aktów prawnych, zwanych dumnie przez MZ pakietem zdrowotnym, które oparte są na filozofii wyzysku lekarzy, pracujących w systemie publicznej ochrony zdrowia, choć nie tylko, ale także pewnego rodzaju zemsty, za to, co wydarzyło się przed kilkoma laty.

Kij ma dwa końce

Kreatorzy wielkiej polityki z ulicy Miodowej nie przewidzieli jednak tego, że cierpliwość lekarzy ma swoje granice. Już obecne zasady wystawiania recept refundowanych są wystarczająco drakońskie. Wielu naszych kolegów otrzymało wezwania NFZ do zwrotu niemałych kwot rzekomo nienależnych refundacji. Rekordzista z Mazowsza może pochwalić się kwotą opiewającą na ponad 759 tys. zł, ale sum rzędu kilkanaście czy kilkadziesiąt tysięcy złotych jest dużo więcej.

Zarówno te kwoty, jak i bezsprzeczna opresyjność nowej ustawy zmobilizowały i zjednoczyły środowisko lekarskie. A to pewnie ostatnia rzecz, której chcieliby autorzy tych żałosnych przepisów.

Jak zwykle, nie wiadomo o co chodzi

Wielu naszych kolegów, zapracowanych na co dzień, nawet nie zdaje sobie sprawy, jakie zagrożenia niosą nowe przepisy. Pojawiły się nowe obciążenia czynnościami administracyjnymi, które Bóg wie po co, mają być wykonywane przez lekarza (np. kod pocztowy w adresie), jak również takie, które nie mają nic wspólnego z wiedzą medyczną (np. 16 grup pacjentów, posiadających szczególne uprawnienia refundacyjne, numery paszportów lub dokumentów ubezpieczeniowych pacjentów zagranicznych, z krajów, z którymi łączą nas aktualne umowy dwustronne w sprawie refundacji) oraz takie, które mogą się zmieniać w czasie (stopień refundacji konkretnego leku w konkretnym schorze-

niu – listy refundacyjne, publikowane w dzienniku urzędowym MZ co 2 miesiące).

Role lekarza w takim systemie można porównać do konduktora pociągu, który pracuje bezpłatnie na rzecz przewoźnika, nie wie jak wygląda bilet na przejazd (bo może być wiele różnych wzorów), a jak okaże się, że ktoś jechał bez biletu, to konduktor płaci za niego karę, nawet jeśli zdarzyło się to pięć lat temu.

W jedności siła

Mimo oczywistej absurdalności przepisów, która w normalnym kraju nigdy nie powinna zaistnieć, protesty i sprzeciwy poszczególnych jednostek lub grup lekarzy nie odniosą oczekiwanego rezultatu. Dlatego też musimy się skonsolidować i zjednoczyć, aby osiągnąć właściwy cel. Zarząd Krajowy OZZL, na ostatnim posiedzeniu w dniu 18 listopada br. przyjął uchwałę o zaskarżeniu ww. ustawy do Trybunału Konstytucyjnego. W celu bieżącej ochrony interesów lekarzy podjęliśmy, wspólnie z samorządem lekarskim, działania zmierzające do zablokowania wejścia w życie ustawy refundacyjnej (spotkanie z nowym ministrem zdrowia Bartoszem Arłukowiczem) oraz prowadzimy szeroko zakrojoną akcję informacyjną, przestrzegającą lekarzy przed pochopnym podpisywaniem umów na wystawianie recept na leki refundowane, w gabinetach prywatnych, na nowych zasadach.

Nieco inaczej wygląda sytuacja w zakładach publicznych oraz nzo-ach, pracujących w oparciu o kontrakt z NFZ, który integralnie łączy leczenie z wystawianiem recept na leki refundowane wg przepisów ustawy. W dużych zakładach publicznych zbieramy podpisy lekarzy, którzy nie zgadzają się na wyzysk zapisany w ustawie refundacyjnej i nie będą od dnia 1 stycznia 2012 wystawiać recept na leki refundowane lecz na 100 procent z adnotacją „*refundacja do uznania przez NFZ*”. Jeżeli uzyskamy poparcie w granicach 80-90 procent, akcja będzie bezpieczna i jednocześnie skuteczna.

Na stronie internetowej Zarządu Krajowego zamieszczono wzór przykładowego pisma, informującego dyrektora szpitala czy przychodni o naszej akcji. Jeżeli nie zbieramy takiej ilości podpisów poparcia, akcja może być trudna do przeprowadzenia. Dlatego też musimy się zjednoczyć i poprzeć szeroko wspólną akcję.

Lekarze, którzy planują podpisać indywidualne kontrakty z NFZ lub właściciele nzo-ów, ubiegający się o kontrakty, muszą rozważyć, czy lepiej nie podpisać kontraktu na złych warunkach czy podpisać i narazić się na ogromne ryzyko kar, nakładanych przez kontrolerów Funduszu, praktycznie bez możliwości odwołania. Moim zdaniem lepiej trochę poczekać i podpisać bezpieczny kontrakt, niż pracować pod presją złego prawa, tym bardziej, że podpisanie kontraktów przez liczącą się grupę lekarzy, opóźni bądź uniemożliwi zmianę tegoż prawa.

Dlaczego tak się stało?

Od dłuższego czasu zadaję sobie pytania: w jakim kraju żyjemy? czy rzeczywiście zmierzamy w stronę starych demokracji europejskich? czy tu rzeczywiście jest Europa? Prawo, które fabrykuje nasz parlament, jak nie przymierzając, fabryka makaronu, nie pozwala odpowiedzieć twierdząco na żadne z tych pytań. W dziedzinie ochrony zdrowia jest szczególnie źle.

Ofensywa legislacyjna rządu, ze słynnym pakietem ustaw zdrowotnych, przypominają bardziej ofensywę czerwonarmistów w 1920 roku, niż zespół przemyślnych działań, mających na celu zbudowanie zdrowego, wydolnego i przyjaznego dla chorych systemu opieki zdrowotnej, opartego na trwałych i przejrzystych zasadach organizacyjnych oraz sensownym finansowaniu. Zamiast tego, kleci się bubel prawny, którego jedynym efektem będzie zamieszanie i bałagan oraz skonfliktowanie pacjentów i świadczeniodawców. Tak mógłby działać rząd okupacyjny, a nie wybrany w wolnych wyborach.

Musimy sobie uświadomić, że „nasze” ministerstwo, a może nawet rząd, wydało nam wojnę. Mimo, że nie wszyscy jeszcze o tym wiedzą, ta wojna trwa już od dłuższego czasu i przyniosła wiele ofiar wśród lekarzy, ale i wśród pacjentów. Dlatego też nie możemy dłużej zwlekać i udawać, że nic się nie stało. Trzeba pójść na tę wojnę, bo jeżeli nie pójdziemy, to ona się nigdy nie skończy! Szkoda, że kolejny raz zmarnujemy sporo czasu, pieniędzy i... zdrowia.

SUKCES CZY PORAZKA?

Zdzisław Szramik

Biuletyn OIL w Rzeszowie, luty 2012

Ostatnie dwa miesiące obfitowały w wydarzenia, które są bardzo istotne z punktu widzenia lekarzy czy pacjentów. Zwłaszcza dla tych drugich, były to dni, które wstrząsnęły światem, ich światem. Propagandowy balon, nadmuchany przez władze do granic wytrzymałości, obwieścił wszem i wobec, że leki będą tańsze.

Gdzieś tylko z boku, po cichu, pojawiła się wiadomość, że z listy refundacyjnej wycofano 847 leków, tj. ponad jedną czwartą całej listy, ale trąby propagandowe przebiły ją, ogłaszając niesamowity sukces nowej ustawy refundacyjnej.

Ustawa od samego początku była ulubionym dzieckiem MZ, oczkiem w głowie wręcz, bo miała przynieść ok. 1 mld złotych oszczędności (tylko dobrze poinformowani wiedzieli, że dla NFZ) Dlatego nie zważając na, początkowo nieśmiałe, głosy protestu, ogłoszono wprost, że ustawa jest „nie do ruszenia”.

Przebudzenie samorządu

Wśród lekarzy, którzy mimo zapracowania, znaleźli trochę czasu, żeby zapoznać się z rewelacjami nowych przepisów refundacyjnych, pojawiły się głosy, że trzeba szybko działać, bo paszтет, który nam upieczono, jest nie do spożycia. Samorząd Lekarski, który od lat pisał opinie na temat projektów aktów prawnych, których dziesiątki lub setki spływają z MZ, w ramach tzw. konsultacji społecznych, był oswojony z tym, że zwyczajowo lądują one w ministerialnym koszu. Tym razem stało się inaczej, być może i dlatego, że w/w ustawa była wyjątkowo antylekarska.

Trzeba oddać sprawiedliwość doktorowi Maciejowi Jędrzejowskiemu z Warszawy, bo to właśnie on najwięcej zrobił dla popularyzacji szkodliwych zapisów tego aktu prawnego. Ważne jest również, że problem dostrzeżono w Naczelnej Radzie Lekarskiej i Zarządzie Krajowym OZZL. Zwołane na 2 grudnia 2011 r. nadzwyczajne posiedzenie NRL, było swego rodzaju przełomem w działaniach ostatnich lat. Również posiedzenie Konwentu Prezesów ORL, które odbyło się dzień wcześniej, zwiastowało rewolucję. Otóż zarówno prezesi rad okręgowych, jak i dzień później wszyscy członkowie NRL zagłosowali za podjęciem protestu przez lekarzy przeciw wprowadzeniu w życie ustawy refundacyjnej z 11 maja 2011 r.

Na posiedzenie przybyli zaproszeni goście z Ministerstwa Zdrowia, centrali NFZ, posłowie z Komisji Zdrowia oraz koledzy z Porozumienia Zielonogórskiego, Konsylium 24 oraz OZZL. Muszę przyznać, że podjęcie uchwały, wzywającej wszystkich lekarzy do protestu, odbyło się w nieco napiętej, ale także podniosłej atmosferze. Napięcie wywołane było obecnością posłów i urzędników wysokiego (nie dość) szczebla, a także ich wypowiedziami, będącymi swoistą mieszanką niekompetencji, hipokryzji i nieodpowiedzialności. Na pytanie, zdane przez koleżankę z PZ, w jaki sposób lekarz może w sposób pewny zweryfikować status ubezpieczeniowy pacjenta, skoro często nie może tego potwierdzić przez telefon właściwy oddział wojewódzki NFZ, odpowiedziała urzędniczka z NFZ, w sposób znany z dowcipów o blondynkach: ZUS nie przesyła nam na bieżąco list osób płacących składki, więc my sami nie wiemy dokładnie, ale wiecie, państwo, jaki jest ZUS! W takich warunkach nie mogło być inaczej!

Wszyscy członkowie NRL zagłosowali za podjęciem akcji protestacyjnej i zarekomendowali ją wszystkim polskim lekarzom. Nie muszę dodawać, że chyba pierwszy raz w życiu byłem dumny z tego, że jestem członkiem tego samorządu. Konferencja prasowa po zakończeniu posiedzenia miała jeszcze jeden smaczek – pieczątki o treści: „*Refundacja do decyzji NFZ*”. Wszystkie stacje telewizyjne i reporterzy gazet i magazynów filmowali wielkie pudła, pełne pieczętek. Drobną rekwizyt stał się symbolem lekarskiego nieposłuszeństwa wobec „władzy”, ale także symbolem jedności środowiska. Zamówienie pieczętek było „strzałem

w dziesiątkę”. Właśnie tego potrzebowały media. To była nasza broń w walce ze złym prawem.

Pomysł członka Zarządu Krajowego i jednocześnie przewodniczącego Regionu Małopolskiego OZZL, Piotra Watoły, pokazał, że nie musimy się kłócić, że można działać razem i to działanie może być skuteczne. Oczywiście nie można zapomnieć o działaniach OZZL, który sprawie ustawy refundacyjnej poświęcił prawie w całości posiedzenie październikowe i listopadowe. Przyjęte tam ustalenia zostały w całości uwzględnione przez uchwałę NRL z 2 grudnia. Jako ostateczny cel ustalono zmiany w ustawie refundacyjnej i całkowite wyłączenie lekarzy z procesu refundacji.

Imperium kontratakuje!

Taki stan rzeczy był nie do zniesienia przez władze. Tyle lat ciężkiej pracy nad rozmontowaniem lekarskiej zgody i współpracy poszło na marne! Trzeba było pilnie „coś” z tym zrobić. No i zrobiono. Pan minister Arłukowicz, w szeroko udzielanych wywiadach, informował, że zmiana ustawy jest niemożliwa, ale liczy na porozumienie ze środowiskiem lekarskim. Co miało to oznaczać, przekonaliśmy się niebawem. Zwołane, tym razem w trybie planowym posiedzenie NRL, miało w swoim programie wystąpienie ministra zdrowia.

Pan minister przedstawił sporną ustawę jako wielkie osiągnięcie swojego resortu, a nawet całego rządu. Cierpliwie tłumaczył, że ma ona wiele zalet, że spadną ceny leków, że zwiększy się ich dostępność, a kary dla lekarzy będą *„o takie, malutkie, może nawet bez odsetek!”*.

To musiało wywołać przełom! Po wystąpieniu ministra rozpoczęła się dyskusja. Przeważał ton sceptyczny, były liczne wątpliwości, aż zabrał głos przedstawiciel „najbardziej etycznej” części Rady i powiedział, że pan minister go przekonał. W związku z tym zgłasza wniosek o zawieszenie uchwały z 2 grudnia. Kolejny etyk złożył formalny wniosek o zamknięcie dyskusji. Wniosek przegłosowano i dyskusję zamknięto, żeby nie powiedzieć jeszcze czegoś niemiłego wobec szacownego gościa. Następnie głosowano wniosek o zawieszenie uchwały sprzed dwóch tygodni.

Jak to się stało – nie wiem do dziś... Wniosek przeszedł tylko dwoma głosami, przy dziesięciu wstrzymujących się. Dłuższą chwilę nie ro-

zumiałem, jak mogło do tego dojść. Nawet próba reasumpcji głosowania okazała się nieskuteczna, a więc nie był to tylko przypadek! Teraz zrozumiałem właściwie słowa ministra, traktujące o porozumieniu ze środowiskiem lekarskim bez zmiany ustawy.

I teraz nie byłem już dumny.

Nie wszystko stracone!

W tej sytuacji lekarze z Porozumienia Zielonogórskiego, Kosylium24 i OZZL postanowili wziąć sprawę w swoje ręce. Po korespondencyjnej wymianie zdań i licznych ustaleniach telefonicznych zwołano wspólne posiedzenia zarządów ww. organizacji w dniu 30 grudnia, w Warszawie. Na konferencji prasowej, bezpośrednio po spotkaniu, poinformowano opinię publiczną, że zapisy ustawy są dla środowiska lekarskiego nie do przyjęcia, dlatego też, mając na względzie ochronę naszych kolegów, organizujemy akcję protestacyjną, polegającą na stempowaniu recept pieczętką o treści: „*Refundacja do decyzji NFZ*”. Krok ten był podyktowany również tym, by umożliwić pacjentom nabywanie leków ze zniżką, za które, zgodnie z nowymi przepisami, zapłaciłby cenę w 100 procentach. Po spotkaniu wystosowano list do premiera Rządu RP, z prośbą o spotkanie.

Rozwój wydarzeń przerósł chyba nawet oczekiwania organizatorów. Do biur Związku w całym kraju zgłaszali się lekarze z prośbą o pieczętki. Do akcji stopniowo dołączały się okręgowe rady lekarskie, wydając, na szczęście, uchwały niezależne od tej, podjętej 16 grudnia przez NRL. Niektóre izby okręgowe same zajęły się zamawianiem i dystrybucją pieczętek. Władze z niedowierzaniem patrzyły na konsolidację środowiska i masowość akcji. W niektórych województwach udział recept ze słynną pieczętką sięgał 80, w tych gorszych było tylko 50-60 procent. Tego też nie można było tolerować!

Jak zwykle, zamieszanie!

Władze początkowo nie wiedziały, jak się zachować. Gdyby problem dotyczył tylko grupki „oszołomów”, rozwiązanie byłoby proste. Kilkadziesiąt lat komunizmu oferowało wiele „rozwiązań” – od kampanii medialnej, zohydzającej „bandytów w białych fartuchach”, poprzez łąpówki kontrolowane i „kamasze”, do tymczasowych aresztowań. Do

tego „wybornego zestawu” można dołożyć „cywilizowane” kary finansowe od rzecznika praw pacjentów i NFZ. Ale nie można potraktować tak kilkudziesięciu tysięcy lekarzy! Pewnie zabrakłoby miejsc w więzieniach.

Dlatego wdrożono metody unikające otwartej konfrontacji. Na początek, w trosce o tzw. dobro chorego, a jakże, ogłoszono, że recepty ostemplowane słynną sentencją będą realizowane z refundacją. Tym samym publicznie ogłoszono, że system sam nie może weryfikować uprawnień ubezpieczeniowych i woli refundować nielicznym nieubezpieczonym pacjentom (poniżej 1 procenta) niż narazić się milionom ubezpieczonych. Aptekarzom dano uprawnienia uzupełniania informacji o fakcie ubezpieczenia jak i szczególnych uprawnieniach refundacyjnych czy stopniu refundacji.

Właściwie osiągnęliśmy to, o co nam chodziło. Nie byliśmy zaangażowani w proces refundacji w żadnym momencie, dlatego zwrot „nieależnej refundacji wraz z odsetkami”, zawarty w słynnym ust. 8 art. 48 ustawy, stał się przepisem martwym. W taki sposób dałoby się żyć!

Na „fali spolegliwości” władz doszło też do spotkania z premierem rządu RP. Na spotkanie zaproszono przedstawicieli zarządów organizacji – sygnatariuszy akcji pieczętkowej. Odbyło się ono w dniu 4 stycznia, w Kancelarii Premiera.

W czasie rozmów poruszono i wyjaśniono wiele problemów, związanych z nową ustawą. Pan premier cierpliwie wysłuchał „gorzkich żali”, a nawet, wydawałoby się, życzliwie odniósł do niektórych postulatów. Nie mniej ustawa nadal była „nie do ruszenia”. Trudno było ukryć, że po prostu tak jest najtaniej, aby ci, którzy recepty wystawiają, byli „materialnie zainteresowani” (tak najdelikatniej można nazwać system dotkliwych kar finansowych) i podlegali samoregulacji na zasadzie „sprzężenia zwrotnego” – im więcej piszesz, tym większe płacisz kary. Nie na darmo wprowadzono przypadki „nieuzasadnione medycznie”, bez sprecyzowania zasad, czy refundację według aktualnej rejestracji preparatu lekowego, żeby nie wykorzystać później tych zapisów do re-refundacji leku, przez samego lekarza.

Sprytnie uknuta przez autorów ustawy intryga zaczęła się sypać. Nie dość, że lekarze bezczelnie omijali jej przepisy, to jeszcze zaczęły pojawiać się informacje o wyjęciu z listy leków refundowanych 850

preparatów. To zdecydowanie mogło wpłynąć na wysokość „słupków poparcia” dla rządu, a to, jak wiemy, jest dla władzy najwyższym imperatywem.

Dlatego też, na następnym spotkaniu zespołu wydelegowanego przez NRL z ministrem zdrowia, które odbyło się w późnych godzinach popołudniowych, po rozmowach z premierem, atmosfera była już trochę inna. Próbowano, na „fali porozumienia” z premierem złagodzić trochę zapisy art. 48, ale pod warunkiem zakończenia protestu pieczętkowego. Po licznych „wzlotach i upadkach”, próbach przerywania rozmów i wyjścia z gmachu ministerstwa, doszło, około północy, w warunkach „zbliżonych do szantażu”, do podpisania komunikatu, w którym minister zobowiązał się do rozpoczęcia prac legislacyjnych ustawy, ale z zastrzeżeniem o przerywaniu protestu. Zapisano także, nigdy nie zrealizowaną, deklarację o niekaraniu lekarzy za niezawinione przez nich błędy na receptach, do czasu nowelizacji ustawy.

Fałszywe intencje władz wyszły na wierzch już następnego dnia rano. Ze zdumieniem oglądałem w TVP INFO, na pasku informacyjnym, wiadomość, że minister porozumiał się z... NRL i oczekuje, od dzisiaj, zakończenia protestu pieczętkowego. To dobrze ilustruje skuteczność akcji i stopień irytacji władz, związany z jej masowością i, wywołaną przez nią, integracją środowiska lekarskiego.

Lepsze jest wrogiem dobrego!

Władze postanowiły za wszelką cenę zdławić protest pieczętkowy. Szczególnie integracja środowiska była nie do przyjęcia. Wszelkie, nawet najbardziej niezyciowe i nieprzemyślane, pomysły udawało się wprowadzać dzięki działom środowiska, naturalnym lub, częściej, indukowanym. Metoda „dziel i rządź”, tak często do tej pory skuteczna, była poważnie zagrożona. Dlatego sięgnięto po sprawdzonych sojuszników – nas samych. Zawsze tak to się odbywało, że władza „załatwiała” nas naszymi rękami. Zawsze znalazł się ktoś, kto „pomógł”. Oczywiście nie miało to nigdy nic wspólnego z jakąś osobistą korzyścią (np. stanowiskiem ordynatora czy kierownika kliniki, wyjazdem na stypendium zagraniczne, czy uzyskaniem prominentnego tytułu naukowego, lub po prostu uniknięciem hipotetycznych nieprzyjemności czy kary), lecz

związane było, jak zawsze, z troską o dobro chorego, rozumiane w jak najszerszej postaci.

Z drugiej strony, po udzieleniu obietnicy „bezkarności” dla lekarzy, odmówiono jej aptekarzom. Spowodowało to wiadomy efekt – aptekarze zapowiedzieli, że nie zgodzą się na karanie ich za „błędy” lekarzy i odmówili realizacji recept z pieczętką. I o to właśnie chodziło! W środowisku lekarskim odezwały się natychmiast głosy, pojedyncze, ale dobrze nagłaśniane, żeby, niby w trosce o bezpieczeństwo lekarzy, ale także dla dobra pacjentów, przerwać protest pieczętkowy.

Pierwsza „jaskółka” pojawiła się, niestety, w szeregach OZZL. Portal Interia zamieścił wywiad, którego udzielił Radiu RMF przewodniczący Zarządu Krajowego OZZL, Krzysztof Bukiel, już 7 stycznia. W wywiadzie tym zostało zasygnalizowane zawieszenie protestu i „*pójście w kierunku oczekiwań rządowych*”. Wywiad ten wywołał sporo zamieszania, zwłaszcza w szeregach związkowców, ale też zdziwienie w samej koalicji, gdyż, jak na wypowiedź przewodniczącego Związku, był nadzwyczajnie nagłośniony. Tego nie było od czasów strajków z lat 2006-2007.

Wygrać wojnę przez... rozbrownienie

Na 13 stycznia, w Łodzi, zwołano kolejne, nadzwyczajne posiedzenie NRL. Protest rozwijał się dobrze i trzeba było zweryfikować stosunek samorządu do protestu. Wielu członków NRL jechało na posiedzenie z zamiarem naprawienia „błędu” z 16 grudnia, bo po licznych postach, zamieszczanych na medycznych portalach, wizerunek izby mocno ucierpiał. Poprzedniego dnia, również w Łodzi, odbyło się spotkanie prezydiów zarządów OZZL i Porozumienia Zielonogórskiego. Podsumowano dotychczasowy rozwój wspólnej akcji i postanowiono podtrzymać obecną formę protestu, dodając modyfikację z określaniem prawa pacjenta do leków o szczególnej refundacji, z listy chorób przewlekłych.

Nazajutrz, godzinę przed posiedzeniem nadzwyczajnym NRL, odbyły się równoległe dwa spotkania – posiedzenie Konwentu Prezesów ORL i drugie, koalicji organizującej protest. Na pierwszym spotkaniu uchwalono stanowisko akceptujące protest, uznające jego zasadność i potrzebę trwania do czasu osiągnięcia założonych, na posiedzeniu 2 grudnia, celów. Na drugim spotkaniu historia potoczyła się w prze-

ciwnym kierunku. Przewodniczący OZZL przedstawił własną, niekonsultowaną z Zarządem Krajowym propozycję, która zakładała zaprzestanie stosowania pieczętek, określanie statusu ubezpieczenia i uprawnień dodatkowych, oraz stosowanie nazw międzynarodowych leków, w celu ominięcia określania stopnia ich refundacji.

Wystąpienie to wywołało prawdziwą burzę wśród uczestników spotkania, oraz uczucie zawodu ze strony koalicjantów, bo zdanie przewodniczącego potraktowano jak zdanie całego Związku. Gwoli ścisłości, dodać należy, że przewodniczący nie był obecny na zebraniu koalicyjnym poprzedniego wieczoru, ale był poinformowany o dokonanych wspólnie ustaleniach. Dlatego też jego wystąpienie z prywatnym, niezgodnym wspólnie zdaniem, należy odebrać jako samowolne, nieuprawnione i szkodliwe. Szkodliwe tym bardziej, że zostało powtórzone za godzinę na forum NRL.

Część Rady, od lat wytrwale współpracująca z MZ, na każdym dosłownie polu, natychmiast to podchwyciła. I chociaż, przewodniczący podkreślił, że jest to jego prywatne zdanie, nie uzgodnione z Zarządem, odebrano je jako zdanie Związku, bo od lat osoba przewodniczącego jest ikoną organizacji. Miałem osobiste wrażenie, że to wystąpienie było jak sygnał, na który czekano. Niektórzy członkowie Rady, manifestujący wcześniej wielokrotnie otwartą niechęć do przewodniczącego i całego Związku, rozplywali się w zachwycie nad głębią przemyśleń i dalekowzrocznością zgłoszonego „pomysłu”.

Aplauz z jakim przyjęto „prywatną” propozycję szefa OZZL skutkowało ponownym posiedzeniem, w przerwie, Konwentu Prezesów. Poprzednie stanowisko „złagodzone” do „przyjęcia do wiadomości” trwania protestu. W takiej też formie przegłosowano stanowisko końcowe NRL. Prezes NRL, na konferencji prasowej, którą zaplanowano po zakończeniu obrad, miał niełatwe zadanie. Mówił z uznaniem o proteście, którego trwanie zostało zagrożone przez jednego z przywódców, nie wiedząc, że nawaliło najmocniejsze ogniwo łańcucha. Jego wystąpienie zostało też złośliwie skomentowane przez członków prorządowej frakcji Rady.

Tego samego dnia, wieczorem, portal Rynek Zdrowia zamieścił wywiad z przewodniczącym OZZL, w którym zapowiedział on, nie wiadomo dlaczego, możliwość zakończenia protestu pieczętkowego

od 16 stycznia. Na ten dzień zwołano pośpiesznie kolejne posiedzenie Zarządu Krajowego Związku, w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej. Na posiedzeniu tym, w dość dziwnych okolicznościach, uchwalono, większością głosów, zaprzestanie stosowania pieczętek, argumentując, że 2 dni wcześniej, taką decyzję podjęło Porozumienie Zielonogórskie.

Prawda jest taka, że to my – OZZL pierwsi wyłamaliśmy się z szeregu, bo szef Związku i jego ikona jednocześnie, wygłaszał publicznie poglądy, które potraktowano, tradycyjnie, jako poglądy Związku i odebrano jako niewiarygodność koalicyjną.

Pozostaje uczucie sporego zawodu i niedosytu, bo, tak naprawdę, załatwiliśmy niewiele. Kary dla lekarzy będą mogły być zapisane w indywidualnych umowach z NFZ, a obowiązek określania ubezpieczenia i dodatkowych uprawnień pacjentów oraz taksacji leków, o większym niż jeden poziomie refundacji, „wpasowano” nam do ustawy o zawodzie lekarza (!) Tak więc jeszcze raz sprawdziła się zasada, że słabego się nie szanuje, a jak się chce pokoju, to trzeba być przygotowanym na wojnę. Wydawało się, że byliśmy bardzo blisko, że wręcz osiągnęliśmy sukces, ale to było tylko złudzenie.

Teraz z obawą oczekiwać będziemy na rozporządzenia w sprawie recept, czy w sprawie ogólnych warunków umów, wisząc u „pańskiej kłamki”. Miało być pięknie, a wyszło jak zwykle. Niestety!

BEZPRAWNE PRAWO

Zdzisław Szramik

Biuletyn OIL w Rzeszowie, lipiec 2012

Historia prawa to historia cywilizacji, a ściślej to historia władzy i ludzi, nieodłącznie z nią związanych. W nowoczesnym ujęciu jest to zbiór skodyfikowanych zasad, regulujących zasady życia społecznego, oparty na czymś w rodzaju społecznej umowy. W ustroju demokratycznym właśnie ta umowa, zgoda społeczeństwa, jest źródłem prawa i jednocześnie jego mocą.

W ustrojach innych niż demokratyczne, np. monarchii czy oligarchii, źródłem praw jest przekonanie o wyjątkowej pozycji pewnej grupy osób (np. rodziny królewskiej, lub wąskiej warstwy posiadaczy cennych dóbr), co według nich daje im władzę nad innymi i możliwość ustanawiania zasad prawnych według własnego uznania (czyt. własnych korzyści). Reguły takiego prawa dzielą społeczeństwo na władców, mających możliwość kreowania prawa, oraz poddanych, których zasady tegoż prawa obowiązują, bez względu na ich akceptację.

Różnica między systemami demokratycznymi i niedemokratycznymi polega właśnie na odmiennym pochodzeniu władzy. Władza demokratyczna sprawuje rządy w imieniu społeczeństwa, bo to ono jest suwerenem, ono powołuje i odwołuje władzę. W ustrojach autokratycznych władza pochodzić może od istoty wyższej i podlega dziedziczeniu. Czymś pośrednim jest monarchia konstytucyjna, obecna w wielu europejskich krajach o ugruntowanej demokracji.

Wydaje się jednak, że nie źródło władzy, lecz ludzie ją sprawujący mają decydujące znaczenie dla systemu społecznego, bo to rządzący decydują o tym jakie będzie prawo i jak będzie egzekwowane. Jako chichot historii można traktować fakt, że stokroć lepiej być poddanym

Jej Królewskiej Mości w Wielkiej Brytanii, Danii czy Holandii, niż być obywatelem-współgospodarzem kraju, na Kubie czy Białorusi. To, jaki naprawdę jest dany kraj, najlepiej poznać po tym jakie ma prawo i jak funkcjonuje jego władza.

Do czego służy prawo?

W tzw. starych demokracjach prawo reguluje relacje między podmiotami, podlegającymi temu prawu, tylko w takim stopniu, w jakim jest to niezbędne. Wszystkie przepisy prawa wywodzone są z tzw. prawa naturalnego (równość wszystkich wobec prawa, prawo do życia, bezpieczeństwa, wolności, prawo własności, prawo do sprawiedliwego sądu) i nie komplikują normalnego życia społeczeństwa. Prawo tworzy ustawodawca, a aparat prawny zachowuje się jak arbiter – nie bierze udziału w grze, ale pilnuje przestrzegania ustalonych reguł. Taka doktryna prawna uważa, że każdy najlepiej potrafi zdefiniować i zadbać o swoje szczęście. Nie może być także mowy o tym, by system prawny reprezentował czyjeś interesy, bo wszyscy mają równe prawa.

Jedynym wyjątkiem są przepisy podatkowe, bo w każdym systemie są one stałym elementem, ale zakres ingerencji państwa w kieszenie podatników jest dobrym testem jakości systemu prawnego. W tzw. nowych demokracjach państwo opiekuje się obywatelem, czasem nawet wbrew jego woli. Tworzy się systemy, w których daje się obywatelom wiele praw, zupełnie na wyrost, jakby zapominając, że realizacja tych praw tworzy czyjś obowiązek, a także niemałe koszty, zmuszając do podniesienia podatków.

Opiekuńcze państwo, chcąc zapewnić obywatelom np. opiekę zdrowotną czy edukację, podnosi podatki płacone przez nich samych. Ponieważ część społeczeństwa jest biedna i płaci symboliczne kwoty, tworzy się progresywny system podatkowy – im więcej zarabiasz, tym więcej płacisz. Im więcej płacisz, tym jesteś biedniejszy. Państwo kocha biednych obywateli i z lubością ich... produkuje! Z jednej strony powoduje to spadek motywacji do pracy, do podnoszenia kwalifikacji i wzrostu wydajności pracy (po co się męczyć? I tak mi się należy!), z drugiej strony tworzy nieodpartą pokusę unikania absurdalnie wysokich podatków w tzw. szarej strefie.

Do zupełnej katastrofy dochodzi zwłaszcza wtedy, kiedy nie wykształciło się jeszcze społeczeństwo obywatelskie, a walka o władzę prowadzi się do licytacji populistycznych, nierealnych obietnic. Powstaje wtedy ustrój pseudodemokratyczny, a system prawny jest na usługach jego twórców i służy generalnie do utrwalenia zdobytej władzy.

Kadłubowe prawo

Jak tworzyć i jednocześnie omijać prawo możemy najlepiej zaobserwować w ochronie zdrowia. Art. 68 Konstytucji RP przewiduje równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej dla wszystkich obywateli, nie precyzując, co to oznacza w praktyce. Każdy, kto korzystał z publicznego systemu ochrony zdrowia, wie jak daleki jest on od doskonałości, jak wiele absurdów zawiera i ile trzeba mieć zdrowia, żeby móc pozwolić sobie na chorobę. Funkcjonujący równoległe system niepublicznej, prywatnej ochrony zdrowia, jest najlepszym dowodem, że oferta systemu publicznego jest daleka od oczekiwań pacjentów. Każdy, kto ma odpowiednie środki, może ominąć kolejkę w zakładzie publicznym. Rzecz, wydaje się, naturalna – płacę i mam to, czego potrzebuję, ale jak to się ma do konstytucyjnego „równego dostępu”? A jak do niego mają się kliniki i poradnie dla przedstawicieli władzy, nie tylko tej najwyższej? Czy członkowie rządu, kierownicy urzędów administracji państwowej czy samorządowej czekają w kolejkach tak samo, jak inni obywatele RP, którzy są im równi według konstytucji? To tylko jeden, choć bardzo znamienity, przykład prawa „na papierze”, które nijak się ma do prawdziwego życia.

Innym, nie mniej ciekawym, przykładem jest rola rzecznika praw pacjentów, który został powołany do życia na mocy ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Otóż tenże rzecznik nie reagował, kiedy w grudniu 2011 r. minister zdrowia wykreślił z listy leków refundowanych 850 preparatów (ok. jedną czwartą wszystkich leków), kiedy w marcu zabrakło leków onkologicznych, czy też w momencie wejścia w życie ustawy refundacyjnej, wprowadzającej 100-procentową odpłatność za leki, stosowane poza wskazaniami rejestracyjnymi (ok. 50-60 procent leków). Przebudzenie rzecznika nastąpiło tylko dwukrotnie: w styczniu, w czasie protestu pieczętkowego oraz w lipcu, w czasie protestu receptowego. Czy zatem taki rzecznik pilnuje interesów pacjentów,

czy może jest to kolejny rzecznik interesów rządu? Czy taka była rzeczywista intencja autorów inicjatywy ustawodawczej?

Komu „służy” prawo?

W tym roku kilkakrotnie samorząd lekarski składał wnioski do Trybunału Konstytucyjnego o sprawdzenie zgodności z Konstytucją ustawy refundacyjnej czy też nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza.

Zarząd Krajowy OZZL uzyskał opinie prawne profesorów prawa konstytucyjnego o niezgodności z konstytucją rozporządzenia w sprawie recept z 8 marca br., czy też rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów z 8 maja 2006 r. Złożyliśmy do prokuratury zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, polegającego na przekroczeniu uprawnień przez prezesa NFZ w zarządzeniu, określającym wzór umowy upoważniającej do wystawiania recept refundowanych z 30 kwietnia br. Stosując mętną argumentację prokuratura odmówiła wszczęcia postępowania wyjaśniającego. Również minister zdrowia odmówił wszczęcia postępowania sprawdzającego legalność ww. rozporządzenia, uzasadniając to... brakiem legitymacji prawnej Związku, choć sam kilkakrotnie wygłosił negatywną opinię o decyzji prezesa NFZ.

Powyższe przykłady nie wyczerpują całego katalogu niedoróbek i wpadek legislacyjnych Ministerstwa Zdrowia, a także parlamentu i Kancelarii Prezydenta. Pokazują jednocześnie, że wprowadzone zmiany nie były „przypadkowe”, lecz w pełni zaplanowane, i że ich cel daleki jest od oficjalnie ogłoszonego. Stanowione prawo ma tutaj wybitnie charakter instrumentalny, a jego zasady służą zapewnieniu korzyści nie całemu narodowi, lecz wyłącznie rządzącej oligarchii.

Czas na zmiany!

Od ubiegłego roku sukcesywnie wprowadzane są w życie ustawy, wchodzące w skład tzw. paki(e)tu zdrowotnego. Rozmiar szkód i zniszczeń w ochronie zdrowia, jakie one przyniosą, są dziś trudne do przewidzenia, choćby ze względu na licznie prowadzone nowelizacje. Już sam fakt, że te nowelizacje przeprowadza się w tak krótkim czasie, świadczy o tym, że nie było prawo dobrze przemyślane i służące całemu narodowi. Wypadałoby postawić pytanie jaki prawdziwy cel przyświecał projektodawcom i dlaczego ustawodawca, uchwalając takie prawo, nie umiał tego celu prawidłowo odczytać? Dlaczego wprowadzono zasady

prawne, których nie ma w innych krajach, i które antagonizują świadczeniodawców i pacjentów?

Aby prawidłowo odpowiedzieć na postawione pytania, należałoby sięgnąć do podstaw systemu, czyli do ustalenia prawdziwych przyczyn. Jeżeli państwo przeznacza na system ochrony zdrowia, finansowany ze środków publicznych, tylko ok. 4 procent PKB, a jednocześnie oferuje w nim niemal pełny zakres świadczeń zdrowotnych, to musi powstać ogromna luka, czyli niedobór środków finansowych. Ograniczenie kosztów tzw. świadczeń gwarantowanych przez państwo byłoby niezgodne z zasadą populizmu i, z politycznego punktu widzenia, szkodliwe dla rządzącej koalicji. Dlatego lepiej jest ukryć prawdziwy cel, jakim są „oszczędności” za wszelką cenę, w mętym, niespójnym prawie, zantagonizować pacjentów z lekarzami, żeby oddalić od siebie pretensje za złe funkcjonowanie systemu, a urzędnikom pozwolić rozdzielać „zaoszczędzone” pieniądze na premie i nagrody.

W świetle powyższych faktów, mocno ryzykownym staje się twierdzenie, że Polska jest państwem prawa, bo jego zasady, w rozumieniu uniwersalnym, są łamane, i to przez najwyższych urzędników. Państwo, w którym działa prawo w interesie warstwy rządzącej, nie jest państwem demokratycznym, a populizm jest tylko formą nowoczesnego oszustwa na wielką skalę, służącego zdobywaniu i utrzymywaniu władzy. W demokratycznym państwie prawa każdy obywatel powinien móc ufać wybranym przez siebie przedstawicielom, a także stanowionemu przez nich, w jego interesie, prawu. Strach pomyśleć, co mogłoby się stać, gdyby lekarze zajmowali się tylko leczeniem, nie patrząc władzy na ręce. A może warto zrobić coś, by mogli już tylko leczyć?

PERPETUUM MOBILE I KAMIEŃ FILOZOFICZNY

Krzysztof Bukiel

Menedżer Zdrowia, sierpień 2012

Życie nie jest łatwe. Aby żyć trzeba mieć co jeść, w co się ubrać, gdzie mieszkać. Dlatego ludzie muszą stale produkować nowe dobra, wytwarzać energię, świadczyć usługi. Najpewniejszym sposobem aby to wszystko zapewnić jest rzetelna praca i przestrzeganie prostych zasad, chociażby takich, żeby nie wydawać pieniędzy więcej niż się posiada, albo nie sprzedawać towaru taniej niż się kupiło lub wytworzyło.

Te proste reguły, chociaż prowadzą do dobrobytu pewniej niż wszelkie inne, mają jednak zasadniczą wadę – wymagają wysiłku, cierpliwości i czasu. Nic więc dziwnego, że znajdują się ludzie, którzy próbują iść na skróty. Jedni stosują nieuczciwe sposoby bogacenia się, inni liczą na szczęście w hazardzie lub spadek po wujku. Jest jeszcze trzecia grupa – tych, co wierzą, że są jakieś cudowne sposoby wytwarzania dóbr bez pracy i przestrzegania zasad. Symbolami tej ostatniej postawy stały się dwa pojęcia: kamień filozoficzny i perpetuum mobile. Kamień filozoficzny miał być substancją, za pomocą której metale nieszlachetne można by przekształcić w drogocenne złoto, a perpetuum mobile maszyną, która – raz uruchomiona – mogłaby pracować w nieskończoność bez potrzeby ciągłego dostarczania energii.

Wiele wieków temu, gdy prawa przyrody nie były jeszcze taką oczywistością jak obecnie, obie te idee mogły być traktowane z całą powagą, a ludzie, którzy trudnili się ich urzeczywistnieniem mogli uchodzić za naukowców i cieszyć się szacunkiem jako potencjalni dobrodzieje ludzkości. Dzisiaj poszukiwanie kamienia filozoficznego lub budowanie perpetuum mobile należy uznać jednak za dziwactwo lub żart. Mimo tego są jeszcze ludzie, którzy rzeczywiście się tym zajmują, poświęcając swój czas i pieniądze. Jeśli robią to jako osoby prywatne – pół biedy. Go-

rzej, gdy zajmują się tym również politycy i w ten sposób chcą rozwiązać poważne problemy gospodarcze lub społeczne swojego kraju.

Taki właśnie charakter mają działania, jakie podejmują już od wielu lat kolejne polskie rządy w dziedzinie publicznej ochrony zdrowia. Odrzucają oczywistą prawdę, że za ograniczoną ilość pieniędzy nie zapewni się nieograniczonej ilości świadczeń. Nie akceptują faktu, że za usługę w szpitalu trzeba zapłacić więcej niż kosztowało jej wytworzenie. Zamiast tego przedstawiają coraz to nowe pomysły na „reformę” służby zdrowia, wracając często do rozwiązań które dopiero co odrzucili. Mogą przy tym zawsze liczyć na szerokie grono ekspertów. Nic wszakże nie daje takiej pewności pracy, jak próba realizacji utopii.

Już za parę dni rozpocznie się kolejne forum ekonomiczne w Krynicy, a w jego ramach Forum Ochrony Zdrowia. Jak można przypuszczać rządzący przedstawią na nim szczegóły dotyczące swoich nowych pomysłów na perpetuum mobile i kamień filozoficzny w lecznictwie. Jednym z nich będzie zapewne zapowiadana przez ministra zdrowia zamiana sposobu płacenia za świadczenia zdrowotne: nie za sam fakt leczenia, ale za jego efekt. Innym – proponowana przez prezes Pachciarz decentralizacja NFZ i ponowne powołanie urzędu nadzoru nad ubezpieczeniami zdrowotnymi, czyli coś na kształt reaktywacji kas chorych.

O dopasowaniu koszyka świadczeń gwarantowanych do nakładów, o wprowadzeniu współpłacenia za niektóre świadczenia zdrowotne, o likwidacji limitowania świadczeń i o wolnej konkurencji między szpitalami nikt z rządu zapewne nie wspomni. To zbyt banalne, wręcz prymitywne rozwiązania.

ZAROZUMIAŁOŚĆ I AROGANCJA

Ryszard Kijak

Aktualności OZZL.org.pl, wrzesień 2012

(artykuł wysłany początkowo do rubryki Związku Zawodowego Lekarzy w Biuletynie OIL w Białymstoku, ale redaktor naczelny odmówił expose jego publikacji)

Zarozumiałość, nadmierna pewność siebie i arogancja elit rządzących staje się coraz większa, a tym samym ich skłonność do dialogu ze społeczeństwem – coraz mniejsza i zbliża się do zera. Za komuny nazywało się to okresem błędów i wypaczeń i skończyło się tak, jak się skończyło. Nie inaczej będzie i teraz. Jest tylko kwestią czasu, kiedy do któregoś z portów zawinie jakaś Aurora, wystrzeli z dział i da sygnał do rewolucji, której pierwszymi ofiarami będą urzędnicy państwowi i inni przedstawiciele władz. Dalszy scenariusz znamy, jeśli nie z autopsji to z historii.

Narastająca arogancja i zarozumiałość władzy publicznej jest wrzodem, że tak napiszę oględnie, okołodbytnicznym (w jednym z urzędowych języków Unii Europejskiej: pain in ass) dla wszystkich środowisk zawodowych w kraju, odczuwamy ją więc również i my, lekarze.

Zmodyfikowane przez szefową policji zdrowotnej, czyli prezes NFZ Agnieszkę Pachciarz, a wymyślone wcześniej przez jej poprzednika Jacka Paszkiewicza kary związane z wypisywaniem recept przez lekarzy, wbrew logice, wbrew wszelkiemu poczuciu sprawiedliwości, mimo negatywnych opinii wielu autorytetów prawnych, zostały utrzymane, a policja zdrowotna i ministerstwo zdrowia nie chcą na ten temat dyskutować. Mało tego. Oglupiają naród, rozsiewając kłamliwe informacje dotyczące lekarskich postulatów odnośnie kar. Jak pisze przewodniczący OZZL Krzysztof Bukiel, po fali protestów „pozornym ustępstwom rządu

towarzyszyło faktyczne zaostrzenie restrykcji wobec lekarzy i kolejna fala wrogiej propagandy.

I tak oto minister zdrowia Bartosz Arłukowicz w jednym z wywiadów stwierdził: „Trzeba uczciwie rozmawiać o niektórych oczekiwaniach lekarskich związków zawodowych, które dążyły do zniesienia jakiegokolwiek odpowiedzialności za decyzje mające wpływ na zdrowie i życie pacjenta. Jednym z postulatów było np. wykreślenie z ustawy zapisu, że NFZ nie może podpisać umowy z lekarzem skazanym prawomocnym wyrokiem.” Pod przykrywką „uczliwości” Arłukowicz nieuczciwie i bezczelnie przemycił perfidne kłamstwo, oszczerstwo nie znajdujące nigdzie potwierdzenia. Z kolei dowodząca policją zdrowotną pani Pachciarz, mówiąc, iż „nie można zgodzić się na bezkarność lekarzy”, sugeruje jakoby lekarze takiej bezkarności się domagali. Oboje wygadują totalne bzdury.

Spśród 11 kar przewidzianych w umowie pomiędzy NFZ a podmiotem świadczącym usługi zdrowotne, organizacje lekarskie akceptują aż dziewięć spośród nich, a nie chcą się zgodzić jedynie na dwie: „za nieprawidłowo wystawioną receptę” oraz „za ustalenie lub oznaczenie poziomu odpłatności niezgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami” (każda z tych kar wynosi 200 zł).

Przesłanki do nałożenia pierwszej z nich są zbyt ogólne, co daje nadmiernie szerokie pole do popisu złośliwym czy nadgorliwym kontrolerom policji zdrowotnej. Organizacje lekarskie zaproponowały zatem wpisanie do umowy następującego warunku: „kara za nieprawidłowo wystawioną receptę może być nałożona na lekarza, jeżeli ta nieprawidłowość spowodowała, iż recepta nie mogła być zrealizowana”.

Co do drugiej z kar, organizacje lekarskie nie zgadzają się z zasadą kwalifikowania leków do refundacji na podstawie wskazań zarejestrowanych przez producentów poszczególnych preparatów handlowych (charakterystyki produktu leczniczego – chpl). Z tym sposobem ustalania poziomu refundacji związanych jest mnóstwo implikacji, o których wielokrotnie była mowa. Czynność ta jest żmudna i czasochłonna, o pomyłkę bardzo łatwo. Organizacje lekarskie domagają się refundacji na podstawie wskazań medycznych dla substancji czynnej zawartej w tych preparatach. Lekarz na recepcie – obok wypisanego leku – wpisywałby kod ICD rozpoznania choroby, a aptekarz na podstawie nazwy leku i rozpoznania określałby czy lek jest refundowany w danej chorobie czy

nie (lub wybierałby ten preparat handlowy, który na pewno jest refundowany). Aptekarze i technicy farmacji mieliby obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Można by też wprowadzić zasadę, że jeżeli preparat został wpisany na listę leków refundowanych, to jest on refundowany w całym zakresie wskazań medycznych, a nie w zakresie wskazań zarejestrowanych przez producenta.

Niestety, obydwa pomysły zostały przez władze całkowicie zignorowane. Czemu? Patrz jak na wstępie: „zarozumiałość, pewność siebie i arogancja elit rządzących”... Brak dobrej woli rządu, brak dobrej woli Funduszu. OZZL podkreślał wielokrotnie, że lekarze powinni odpowiadać za wypisywane recepty, ale powinna to być odpowiedzialność merytoryczna, czyli właśnie taka, która dotyczy decyzji mających wpływ na zdrowie i życie pacjenta, a nie odpowiedzialność za błędy o charakterze administracyjnym, literowym, biurokratycznym, itp.

Od czasu, gdy w Polsce nastąpiła transformacja ustrojowa, nie doszło do prawdziwych i merytorycznych negocjacji między lekarzami a rządzącymi w sprawie wynagrodzeń lekarzy pracujących w publicznej służbie zdrowia. Nie ma takich uregulowań dotyczących lekarzy – pracowników. Nie ma też merytorycznych zasad wyceny świadczeń przez NFZ, które by uwzględniały koszt pracy lekarzy. Lekarze w Polsce jako grupa zawodowa są traktowani przez rządzących w sposób przedmiotowy. Stanowią cel ciągłych ataków ze strony przedstawicieli władzy, prowadzących do obniżenia prestiżu zawodu lekarza i jego pozycji w społeczeństwie. Płace lekarskie w publicznej służbie zdrowia wzrastają jedynie od strajku do strajku, a w okresie międzystrajkowym ponawiane są zakusy na ich obniżenie.

Z podobnymi problemami borykają się nie tylko polscy medycy. Podobnie jest na Węgrzech, w Czechach czy na Słowacji. W tych dwóch ostatnich krajach akcja grupowego zwalniania się z pracy lekarzy była na tyle powszechna, że doprowadziła do rozstrzygnięć na szczeblu ogólnokrajowym. Lekarskie związki zawodowe z Czech, Słowacji, Węgier i Polski konsolidują siły w ramach powołanej rok temu Grupy Wyszegradzkiej V4. Już niebawem, 20 listopada br. dojdzie do przeprowadzonej jednocześnie w tych czterech krajach akcji ostrzegawczej, której celem jest zwrócenie uwagi rządów tych państw na bezwzględną konieczność wprowadzenia racjonalnego systemu opieki zdrowotnej, w tym – uregulowania kwestii wynagradzania lekarzy.

GOSPODARSTWA POMOCNICZE – REAKTYWACJA

Krzysztof Bukiel

Menedżer Zdrowia, listopad 2012

Zadziwiające jest jak system opieki zdrowotnej w Polsce po „przełomie” roku 1999, powoli ale konsekwentnie wraca we wcześniejsze koleiny, wytyczone jeszcze w okresie PRL.

Gdy 26 lat temu zaczynałem pracę jako lekarz, szpital w którym się zatrudniłem, oprócz leczenia ludzi zajmował się też... hodowlą trzony chlewnej i uprawą roślin. Działalność ta należała do tzw. gospodarstwa pomocniczego, stanowiącego wydzieloną część szpitala. Tego rodzaju gospodarstwa tworzone były wówczas często przy jednostkach budżetowych, których zasadnicza działalność była finansowana z budżetu państwa i z założenia była niedochodowa. Cel gospodarstw pomocniczych był prosty: wzbogacić budżet jednostek z reguły niedofinansowanych, przez podejmowanie działalności komercyjnej. Szpitale, podobnie jak cała służba zdrowia należały wówczas do sfery budżetowej, a więc i one wymagały dodatkowego „wspomagania”.

Wprowadzenie kas chorych miało przynieść w tym zakresie istotny przełom. Służba zdrowia „wyszła” ze sfery budżetowej. Leczenie przestało być „darmowe”, bo pojawił się konkretny podmiot, który za nie płacił. Szpitale przestały otrzymywać pieniądze na swoją działalność, a zaczęły je zarabiać – za konkretne świadczenia. Ogłoszono zasadę, że „pieniądze idą za pacjentem” i kto będzie lepiej leczył lepiej też zarobi. Gospodarstwa pomocnicze w takim przypadku stały się anachronizmem. Po co szpital miał hodować świnię, jeśli mógł zarobić na leczeniu ludzi?

W międzyczasie, na mocy odpowiedniej ustawy, gospodarstwa pomocnicze w ogóle zlikwidowano. Najwyraźniej uznano, że lepiej jest,

gdy każdy zajmuje się tym do czego został powołany i na czym się zna, a sytuację finansową jednostek budżetowych trzeba poprawić przez ich lepsze finansowanie, a nie zaprzęganie ich do prowadzenia „biznesu”.

Z biegiem lat okazało się jednak, że „eksperyment” z przekształceniem szpitali w dochodowe podmioty nie udał się. Publiczny płatnik przymuszony brakiem środków na sfinansowanie „koszyka” świadczeń gwarantowanych zaczął limitować świadczenia zdrowotne i zaniżać ich ceny. Szpitale znowu, jak przed reformą, otrzymywały w istocie roczne budżety, do których musiały się dostosować, a nie sprawiedliwą zapłatę za wykonane świadczenia. Rychło okazało się też, że przy takim finansowaniu zbilansowanie szpitala nie jest możliwe, jeśli chce się utrzymać jego „misję”, czyli po prostu leczyć tych, którzy tego potrzebują. Szpitale w Polsce znowu zaczęły funkcjonować jak jednostki budżetowe i nie w tym względzie nie zmieni ich przekształcenie w spółki prawa handlowego, bo ich sposób finansowania pozostanie jak dotychczas.

Dobrze zdają sobie z tego sprawę dyrektorzy szpitali. Jak doniosła niedawno prasa, nowy dyrektor szpitala psychiatrycznego w Kobierzynie zapowiedział rewolucyjne zmiany, które mają wydzwignąć placówkę z zapaści i zapewnić jej trwały byt. Szpital zajmie się prowadzeniem: domu seniora, przedszkola i... ekologicznej uprawy warzyw. Ta dodatkowa, komercyjna działalność ma zapewnić dochody, które uzupełnią deficyt jaki przyniesie zasadnicza działalność szpitala, czyli leczenie ludzi. Czyż to nie „gospodarstwo pomocnicze” w czystej postaci?

Szczególnego znaczenia temu wydarzeniu nadaje fakt, że dyrektorem o tak „rewolucyjnym” podejściu do funkcjonowania szpitala jest człowiek bardzo bliski obecnej ekipie rządowej, były wojewoda małopolski z nadania premiera Tuska, pan Stanisław Kracik, znany ponadto ze swoich menedżerskich zdolności i gospodarskiego podejścia (choćby jako wieloletni burmistrz podkrakowskich Niepołomic). Skoro on już wie, że bez „gospodarstwa pomocniczego” szpital się nie utrzyma, to ile jest warte całe to rządowe „gadanie”, że gdy tylko szpitale staną się spółkami i będą dobrze zarządzane zaczną wreszcie przynosić zyski?

ZWIS MĘSKI OZDOBNY MINISTRA ARŁUKOWICZA

Ryszard Kijak

Aktualności OZZL.org.pl, listopad 2012

(artykuł wysłany początkowo do rubryki Związku Zawodowego Lekarzy w Biuletynie OIL w Białymstoku, ale redaktor naczelny odmówił jego publikacji)

Szef Ministerstwa Zdrowia Bartosz Arłukowicz przedstawił 22 października pięć planowanych przez resort kroków reorganizacji systemu świadczeń zdrowotnych, oraz inne pomysły dotyczące zmian w ochronie zdrowia. Likwidacja centrali NFZ, wzmocnienie roli oddziałów wojewódzkich NFZ, rezygnacja przez NFZ z wyceny leczenia (wraz z rozwiązaniem Agencji Oceny Technologii Medycznych oraz Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia wydającego szpitalom certyfikaty, a powołanie w ich miejsce nowej agencji oceniającej i wyceniającej leczenie), rejestrowanie się pacjentów tylko na podstawie dowodu osobistego (do czasu wprowadzenia elektronicznych kart ubezpieczenia zdrowotnego), uruchomienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Owe pięć kroków zwięźczy ustawa opisująca funkcjonowanie systemu. Mają też być inne usprawnienia: oddzielenie działalności naukowej instytutów od leczniczej, poprawa funkcjonowania instytucji konsultantów krajowych i wojewódzkich, utworzenie sieci szpitali strategicznych (z innym systemem kontraktowania leczenia) oraz sieci leczenia raka.

Plan Arłukowicza przypomina pomysły małego Kazia, który chce nareperować ciężarówkę: trzeba tylko wymienić koło kierownicy, tłumik, dać bajerancki szybkościomierz, przemalować budę, i nareszcie sobie pojeździmy! A tu – niestety. Niby to wszystko potrzebne, ale istoty sprawy nie poprawia. Bo co z paliwem, silnikiem, gaźnikiem, hamulcem, i pojemnością skrzyni ładunkowej? Zamiast wymiany garnituru, następuje zmiana krawata, czyli „zwisu męskiego ozdobnego”.

Do czego prowadzi likwidacja centrali, przekonaliśmy się już za czasów kas chorych, kiedy to najpierw skasowano Krajowy Związek Kas Chorych, a następnie Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. Powstał tak ogromny bałagan, że ówczesny minister zdrowia Mariusz Łapiński z łatwością doprowadził do likwidacji kas chorych. Zatem, choć sam pomysł oceniam jako głupi i szkodliwy, jeśli jednak miałyby on doprowadzić do procesu odwrotnego, czyli do upadku NFZ i powrotu kas chorych, to popieram go jak najbardziej. Zwłaszcza, gdyby nowe kasy chorych miały działać w zreformowanej postaci, po uwzględnieniu poprawek do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, zgłoszonych w projekcie obywatelskim przez zatwierdzony przez marszałka Sejmu 25 października 2002 r. Komitet Inicjatywy Ustawodawczej OZZL i NIL.

Rozwiązanie AOTM i CMJ oraz powołanie w to miejsce jakiejś innej agencji to z kolei zmiany typowo kosmetyczne. Bo co za różnica, czy dana jednostka nazywa się tak czy inaczej, ważne aby miała odpowiednie kompetencje oraz aby jej ocena była rzetelna i uczciwa. Wprowadzenie zaś elektronicznych kart ubezpieczenia zdrowotnego czeka na realizację od wielu lat, tak że nie jest to nic nowego. Działanie to ma charakter czysto techniczny i nie zdecyduje o zwiększeniu dostępności do leczenia, ani o poprawie jego jakości. Natomiast uruchomienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych to pomysł oderwany od rzeczywistości. Gdy w koszyku świadczeń gwarantowanych znajdują się praktycznie niemal wszystkie świadczenia, to niby od czego miałbym się doubezpieczać? O ile z koszyka nie zostanie wyodrębniona konkretna pula świadczeń podlegających współpłaceniu, dodatkowe ubezpieczenia będą strzałem kulą w płot.

Utworzenie sieci szpitali strategicznych to z kolei hasło podejmowane od dwudziestu lat przez co drugiego ministra zdrowia. Hasło, które brzmi ładnie, ale jest całkowitym zaprzeczeniem równości podmiotów w systemie rynkowym (zwłaszcza po docelowym przekształceniu szpitali w spółki prawa handlowego). Bo cóż to za równość, jeśli jedne placówki będą musiały się szarpać z rzucanymi im ochłapami, a inne otrzymują ekstra dodatkowe dotacje na utrzymanie.

W podpisanym przez przewodniczącego Zarządu Krajowego Krzysztofa Bukieła oświadczeniu, OZZL ocenia krytycznie przedsta-

wiony przez ministra zdrowia program reorganizacji systemu ochrony zdrowia. Nie zajmuje się on bowiem najistotniejszymi wadami tego systemu. Podstawowym problemem polskiej służby zdrowia jest dramatyczny niedobór środków publicznych przeznaczanych na leczenie w stosunku do deklarowanego zakresu świadczeń gwarantowanych. Stąd biorą się takie patologiczne zjawiska jak limitowanie świadczeń zdrowotnych i zaniżanie przez NFZ cen za świadczenia, co skutkuje kolejkami do leczenia, koniecznością ograniczania pracy placówek zdrowotnych oraz stałym zadłużaniem się szpitali.

Bez zrównoważenia nakładów publicznych z zakresem świadczeń gwarantowanych, żadne działania nie przyniosą zauważalnej poprawy. Jeżeli rząd chce utrzymać dotychczasowy zakres świadczeń gwarantowanych – powinien znacznie zwiększyć nakłady na ochronę zdrowia ze środków publicznych, a jeżeli nakłady te nie mogą być zwiększone, należy odpowiednio ograniczyć zakres świadczeń bezpłatnych. Inne postawienie sprawy jest zwyczajnym okłamywaniem społeczeństwa.

Jedynym pozytywnym wyjątkiem w zapowiedziach ministra jest obietnica podjęcia merytorycznej wyceny świadczeń finansowanych przez NFZ. Brak takiej wyceny, opartej na realnych, przeciętnych kosztach, uwzględniających także pracę personelu medycznego, jest dzisiaj podstawową przyczyną zadłużania się szpitali, zaniżania płac i zmniejszania liczby lekarzy i pielęgniarek w szpitalach, co stanowi zagrożenie dla bezpieczeństwa chorych. Jednak sama zapowiedź nie stanowi przełomu. Rzeczywistym sprawdzianem będzie wysokość tej wyceny. OZZL oczekuje, że rząd podejmie współpracę ze Związkiem w zakresie wyceny pracy lekarzy.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz w rozmowie w radiowej Jedynce stwierdził, że od tego, jak bardzo podzielimy NFZ, nie przybędzie nam ani złotówka. Polska jest wśród krajów najmniej poświęcających na ochronę zdrowia i daje coraz mniej, bo w r. 2009 to było 4,8 proc. PKB (licząc tylko nakłady ze środków publicznych – przyp. aut.), a w r. 2010 już tylko 4,7 proc. NRL uważa, że minimum pozwalające na egzystencję ochrony zdrowia to jest 6 proc. Nie jesteśmy w stanie za te pieniądze uczciwie pacjentów leczyć, i uczciwie opłacić personel lekarski. Jaki to my system w tej chwili mamy? Czy to jest system ubezpieczeniowy, czy to jest system parabudżetowy rozdawnictwa pieniędzy: więcej dla nas,

mniej dla nich, albo odwrotnie. Cechą systemu ubezpieczeniowego jest to, że zbieramy pieniądze, kiedy je mamy, a wydajemy wtenczas, kiedy wystąpi szkoda. Natomiast jeśli system budżetowy, to dlaczego dyrektor jakiegoś oddziału NFZ ma decydować o wydatkach, a nie starosta czy burmistrz jakiejś wsi czy miasta, jednostka samorządu terytorialnego?

– Niedawno – dodał Hamankiewicz – skończyło się zgromadzenie ogólne World Medical Association i tam przez trzy dni przedstawiciele wielu krajów całego świata: Afryki, Ameryki Północnej i Południowej, Azji, Australii i oczywiście Europy debatowali, czy lekarze mają prawo protestować nie tylko w obronie swoich pracowniczych interesów, ale również przeciwko złej organizacji ochrony zdrowia i tak naprawdę nie-szczęściu pacjentów, przez zły system finansowania, jaki jest stworzony. I takie stanowisko podjęto. I mnie było głęboko wstyd za to, że jako przykłady krajów, gdzie trzeba podnieść tego typu protesty, podawano Meksyk, Turcję i Polskę. Taka jest ocena świata. U nas jest dramatycznie zła sytuacja. I to trzeba sobie jasno powiedzieć.

ROZPORZĄDZENIE ZE ZDARZENIEM KRYTYCZNYM NOWA WERSJA STANDARDÓW ANESTEZJOLOGICZNYCH

Ryszard Kijak

*Aktualności OZZL.org.pl, styczeń 2013
(artykuł wysłany początkowo do Służby Zdrowia,
ale nie wydrukowany tamże)*

Kilkanaście lat temu środowisko anestezjologów postanowiło własnoręcznie założyć sobie pętlę na szyję. W wyniku tej dramatycznej decyzji, opracowano zasady wykonywania zawodu anestezjologa, nazwano je standardami, włożono do rozporządzenia i wprowadzono w życie. Nawiasem mówiąc, przedstawiciele innych specjalności lekarskich nie znaleźli w sobie tyle masochizmu ile anestezjolodzy, dzięki czemu do dziś doskonale obywają się bez rozporządzeń w sprawie swoich standardów, co zupełnie nie przeszkadza im w prawidłowej realizacji ich codziennych obowiązków zawodowych.

Fakt podpisania przez ówczesnego ministra zdrowia i opieki społecznej Wojciecha Maksymowicza rozporządzenia z 27 lutego 1998 roku w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii został publicznie i uroczyście ogłoszony już następnego dnia, 28 lutego, przez anestezjologa, wiceministra Jacka Wutzowa, w Białowieży, podczas konferencji „Anestezjologia i intensywna terapia w obliczu reformy ochrony zdrowia”, w której zresztą uczestniczyłem jako jeden ze współorganizatorów i prelegentów.

Rozporządzenie to porządkowało czynności anestezjologiczne i ich zakres oraz hierarchizowało obowiązki osób pracujących w anestezjologii i intensywnej terapii. Wymagało na przykład, że aby pacjent mógł być znieczulony do planowego zabiegu, musi zostać zakwalifikowany

przez anestezjologa na co najmniej 24 godziny przed operacją. Określało też m.in. kompetencje lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii (zwanego potocznie dwójkowiczem) oraz lekarza anestezjologa (posiadającego pierwszy stopień specjalizacji, czyli jedynkowicza).

Rozporządzenie o standardach anestezjologicznych działało sobie przez kilkanaście lat, wszyscy się do niego przyzwyczaili i dostosowali, nikt nie zgłaszał jakiegś specjalnej potrzeby zmian, aż w życie weszła ustawa z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Zgodnie z jej postanowieniem, wszystkie dotychczasowe rozporządzenia mogły zachować moc tylko do 30 czerwca 2012 roku. Po nowelizacji tej ustawy, termin ów przesunięto do 31 grudnia. Wymuszona ustawą okazała stworzyła nieodpartą pokusę, aby pomajstrować przy rozporządzeniu o standardach anestezjologicznych.

Zmiany wbrew ustaleniom

Pokusa była na tyle silna, że nie dało się jej oprzeć, i tak oto powstał projekt nowego rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów leczniczych prowadzących szpitale, datowany wstępnie na 30 maja 2012 roku, nadzorowany przez byłą już wice-minister zdrowia, a obecnie prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, Agnieszkę Pachciarz, nie wolny niestety od poważnych usterek.

Nieco wcześniej, bo w roku 2011, na spotkaniach Związku Zawodowego Anestezjologów z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia oraz z konsultantem krajowym, udało się uzgodnić wspólne stanowisko dotyczące opracowania nowego projektu standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Postanowiono, że dotychczas obowiązujące standardy zostaną zachowane, a rozporządzenie zostanie tylko poszerzone o zakres dotychczas nie ujęty. Tymczasem przedstawione zmiany znacznie wykroczyły poza określone ramy. Wbrew ustaleniom, obróbce poddano bowiem także dotychczasowe standardy.

Część nowych zapisów i modyfikacji starych miała racjonalne uzasadnienie. Między innymi, dostosowano terminologię do obowiązujących pojęć funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia i w medycynie. Zapis odnoszący się do standardów postępowania rozbudowano

o świadczenia zdrowotne z zakresu resuscytacji i sedacji. Określono zasady przygotowania pacjenta do znieczulenia, oraz zakres podstawowego świadczenia zdrowotnego w leczeniu bólu. Uszczegółowiono zapis, zgodnie z którym ustala się rodzaje czynności medycznych wykonywanych w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Zawarto wymóg utworzenia (tam, gdzie ich nie było) sal nadzoru poznieczuleniowego w obrębie bloku operacyjnego lub w jego bliskim sąsiedztwie. Ustalono, iż anestezjolog przeprowadza badanie pacjenta w celu zakwalifikowania go do znieczulenia nie później niż w dniu poprzedzającym planowany zabieg operacyjny.

Kuriozalne karty

Przechodząc do występujących w rozporządzeniu rozwiązań kontrowersyjnych, na początek należy wspomnieć o wprowadzeniu trzech poziomów referencyjnych dla oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii. Wobec braku poziomów referencyjnych odnoszących się do szpitali, takie rozwiązanie budzi duże wątpliwości (podział szpitali pod względem stopnia referencyjności został uchylony w roku 2003 w związku z wejściem w życie przepisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia).

Innym niedopracowanym pomysłem jest wymuszenie powołania (do 31 grudnia 2018 roku) odrębnych oddziałów anestezjologii dla dzieci, w szpitalach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne dla dorosłych i dla dzieci. Rozporządzenie nie przewidziało sytuacji wyjątkowych. Przykładem może być Uczelniany Szpital Kliniczny w Białymstoku, który będzie musiał – dla około stu przypadków rocznie – powołać odrębny oddział anestezjologii dziecięcej, bo choć jest szpitalem dla dorosłych, to w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej operowani są też nieletni: od kilkumiesięcznych berbeci z rozszczepami podniebienia i warg, po kilkunastoletków z przeróżnymi wadami. Trafiają się też dzieci z urazami twarzoczaszki. Do tego należy dodać kilkanaście przypadków niepełnoletnich dziewcząt, przyjmowanych na ginekologii, patologii ciąży i położnictwie. I tylko dla tych kilkudziesięciu przypadków rocznie, szpital będzie musiał zorganizować specjalny oddział anestezjologii dziecięcej, z odrębnym personelem i wszystkimi innymi

atrybutami. Taki oddział wykonywałby jedno znieczulenie co kilka dni. A co z rachunkiem ekonomicznym?

Pierwsza wersja projektu rozporządzenia, ta z 30 maja 2012 roku, zawierała też dwa załączniki. Wręcz kuriozalne. Wzór karty premedykacyjnej i wzór karty przebiegu znieczulenia. W karcie premedykacyjnej trzeba by było dublować dziesiątki danych, dotyczących badania podmiotowego i przedmiotowego, a także wyniki badań dodatkowych, znajdujących się w dokumentacji medycznej pacjenta, przede wszystkim w historii choroby, do której owa karta i tak by w końcu trafiła. Bezmyślna strata czasu. Tak zaprojektowana karta premedykacyjna stała się narzędziem dywersyjnym, mający na celu zbojkotowanie działalności zabiegowej podmiotu leczniczego. Wymagała wielu informacji zbędnych, niektórych niemożliwych do uzyskania, a samo jej wypełnianie często zajmowałoby godzinę. Zaś karta znieczulenia została źle skonstruowana i zawierała po prostu mnóstwo błędów. Była nieporęczna i niepraktyczna.

Zabić jedynkowicza

Najdziwniejszą jednak w całym tym rozporządzeniu zagadką stał się całkiem niespodziewany i niczym nie uzasadniony zamach na lekarzy anestezjologów, czyli jedynkowiczów. Zanim weszło w życie rozporządzenie MZiOS z 27 lutego 1998 roku, jedynkowicz od dwójkowicza różnił się tym, iż nie przysługiwał mu tytuł „specjalista anestezjologii i intensywnej terapii” tylko „lekarz anestezjolog” a stanowisko kierownicze w jednostce służby zdrowia mógł uzyskać jedynie wtedy, gdy wyraził na to zgodę specjalista wojewódzki.

Od czasu wprowadzeniu standardów z 27 lutego 1998 roku, lekarz anestezjolog nie może już pełnić funkcji kierowniczych, nie może być kierownikiem specjalizacji, nie może nadzorować pracy lekarzy szkolących się, ani żadnych innych, a na oddziale intensywnej terapii sam musi pracować pod nadzorem specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii. W szpitalnej tabeli zaszeregowania stanowisk pracy dwójkowicz figuruje na stanowisku starszego asystenta, a jedynkowicz na stanowisku asystenta, z odpowiednio niższym wynagrodzeniem. I te wszystkie różnice w wystarczającym stopniu odróżniają jedynkowicza od dwójkowicza (równoważnego ze specjalistą nowego trybu) w kompetencjach,

w wynagrodzeniu, a także w wystarczającym stopniu zabezpieczają interes pacjenta.

Najwidoczniej jednak zróżnicowanie to wydało się ministerialnemu prawodawcy zbyt małe, bo postanowił je ni stąd ni zowąd pogłębić. W projekcie z 30 maja 2012 roku zapisał zatem coś takiego: „*Lekarz anestezjolog może samodzielnie udzielać świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, o których mowa w ust. 1, w przypadku znieczulania chorych powyżej 3 roku życia, których stan ogólny według skali ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System) odpowiada stopniowi I, II, lub III.*”

Archaiczne źródło

Nagle więc okazało się, że mimo iż przez ostatnie co najmniej 14 lat (licząc od wydania ostatniego dyplomu pierwszego stopnia specjalizacji) lekarz anestezjolog z powodzeniem znieczulał pacjentów z IV i V stopniem w skali ASA, oraz dzieci w 3. roku życia i młodsze, teraz nagle nie będzie mógł już tego robić. Co stało się przyczyną tej nagłej utraty zaufania do lekarzy anestezjologów, akurat teraz? Na to pytanie, zadane przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, nie odpowiedział (w sposób jasny i przekonujący, poparty jakimiś konkretnymi dowodami) nikt, ani z Ministerstwa Zdrowia, ani spośród prominentnych przedstawicieli środowiska anestezjologów.

Nie istnieją żadne statystyki czy dowody naukowe dotyczące ostatnich lat, które podważyłyby wiedzę i umiejętności zawodowe jedynkowiczów, albo dowodziłyby, iż raptem stali się oni źródłem zwiększonego zagrożenia dla pacjentów. Zwłaszcza jeśli porówna się ich piętnastoletni i dłuższy staż pracy ze świeżo upieczonym specjalistą w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, pracującym zaledwie kilka lat od ukończenia studiów. Proponowany w projekcie zapis stał się więc tylko bezpodstawnym uszczupleniem uprawnień lekarza anestezjologa, nabytych przez niego z dniem uzyskania I stopnia specjalizacji.

Dwustopniowy system specjalizacji obowiązywał do roku 1999. Od tego czasu nowych jedynkowiczów nie przybywało, a dotychczasowi osiągają coraz większy staż pracy, coraz większą wiedzę i coraz większe doświadczenie zawodowe. Ograniczenie lekarzom anestezjologom za-

kresu wykonywanych świadczeń, a tym samym ich dyspozycyjności jest czymś zaskakującym, niezrozumiałym i nieuzasadnionym.

Jedynę źródło naukowe, na które potrafią powołać się zwolennicy dyskryminacji jedynkowiczów, to rozprawa habilitacyjna Przemysława Jałowieckiego pt. "Aktualny stan wiedzy bezpieczeństwa znieczulenia w Polsce", oparta m.in. na ankietach przeprowadzonych wśród specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii (dwójkowiczów), lekarzy anestezjologów (jedynkowiczów) i lekarzy w trakcie specjalizacji. Lekarze z II stopniem specjalizacji zgłosili brak tzw. zdarzeń krytycznych w 65,01 proc, natomiast lekarze z I stopniem – w 31,36 proc. „Anestezjologzy nie posiadający specjalizacji lub legitymujący się jedynie pierwszym stopniem specjalizacji przyznawali się do większej liczby tego rodzaju incydentów ($p < 0,05$).”

Zgoda. Tak mogło być, do tej pracy nie mam żadnych zastrzeżeń. Jest jednak pewien niezależny już od autora drobiazg, polegający na tym, iż opiera się ona na badaniach z roku... 1997, a opublikowana została w roku... 2000. Biorąc pod uwagę podjęte akurat w tym okresie zmiany w systemie specjalizacji, polegające na likwidacji systemu dwustopniowego, bazowanie na takim źródle teraz, zakrawa jedynie na żart. Powoływanie się na tę rozprawę miałoby uzasadnienie jedynie wówczas, gdyby do dnia dzisiejszego produkowano kolejnych jedynkowiczów. Nie można przecież zamrażać sytuacji z roku 1997 i wyciągać z niej konsekwencji w roku 2012 czy w 2013!

Gamonie wyeliminowani

Zadziwiające jest to, że skoro wyniki tej pracy były tak bulwersujące, to dlaczego od razu po jej ogłoszeniu, rozporządzenie MZiOS z 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej nie zostało natychmiast zmienione? Dlaczego już wtedy nie ukrócono kompetencji jedynkowiczom, skoro są takimi szkodnikami? Dlaczego nic w tej sprawie nie zrobili wszyscy ministrowie zdrowia, od Wojciecha Maksymowicza i Franciszki Cegielskiej poczynając, a na Zbigniewie Relidze i Ewie Kopacz kończąc?

Jak by nie było, obecna sytuacja, w porównaniu z rokiem 1997, jest radykalnie odmienna. Ponieważ, jak wspomniałem wcześniej, system dwustopniowy zniesiono w r. 1999, najkrótszy pospecializacyjny staż pracy jedynkowicza wynosi teraz 14 lat. Nie ma już świeżo upieczonych jedynkowiczów, którzy zawyżali statystyki zdarzeń krytycznych w roku 1997. Warunki wyjściowe uległy radykalnej zmianie. Jedynkowicz z roku 1997 a jedynkowicz z roku 2013 to całkiem inny jedynkowicz, bo starszy o co najmniej kilkanaście lat praktyki zawodowej. Co roku bogatszy o wiedzę i doświadczenie. Z nienaruszonym prawem wykonywania zawodu, a więc – bezpieczny dla pacjentów.

Z biegiem czasu, anestezjolodzy, którzy nie dawali sobie rady z newralgicznym zakresem procedur, zostali już dawno wyeliminowani. Nie wyobrażam sobie, aby dyrektorzy i ordynatorzy przez kilkanaście ubiegłych lat mogli tolerować wyczyny anestezjologów doprowadzających ustawicznie do zdarzeń krytycznych. Patrzyli na te zdarzenia przez palce? Nie wyciągali konsekwencji? Jako osoby nadzorujące, ryzykowali swoją karierą? Czekali na nowe rozporządzenie? Tak rozumując, wkramamy w krainę absurdu.

Z tego punktu widzenia, zapis dyskryminujący jedynkowiczów jest niczym innym jak wotum nieufności wobec ordynatorów i dyrektorów szpitali, traktowanych jak ludzi pozbawionych wyobraźni i poczucia odpowiedzialności. Jednocześnie eliminuje on z dyżurów ok. 30 procent anestezjologów, a w pracy codziennej ogranicza ich dyspozycyjność.

Nobilitacja za zasługi

Jeszcze niedawno działania ministra zdrowia szły w całkiem odwrotnym kierunku. 17 maja 2011 roku rozesłany został do konsultacji społecznych projekt rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków, wprowadzający par. 44a, umożliwiający lekarzom posiadającym specjalizację I stopnia oraz odpowiedni dorobek zawodowy i naukowy w danej dziedzinie medycyny, uznanie tego dorobku za równoważny z realizacją w całości programu specjalizacji i dopuszczenie tego lekarza do PES.

W uzasadnieniu, ówczesna minister zdrowia a obecnie marszałek sejmu Ewa Kopacz pisała: „*W związku z brakiem specjalistów takie rozwiązanie będzie sprzyjało zwiększeniu liczby specjalistów w systemie*

ochrony zdrowia i poprawieniu dostępności do świadczeń zdrowotnych.” Jak obiecywała Ewa Kopacz, prawdopodobnie już w jesiennej sesji egzaminacyjnej 2011 roku lekarze z I stopniem specjalizacji i długoletnią praktyką mieli jedynie po zdaniu egzaminu specjalizacyjnego uzyskać drugi stopień specjalizacji (a w zasadzie: tytuł specjalisty). To dowodzi, że specjaliści I stopnia bardziej zasłużyli sobie na zaufanie, niż na dyskredytację, jaką stało się unormowanie proponowane w nowym rozporządzeniu o standardach anestezyjologicznych.

Furtka do widzimisię

W fazie uzgodnień zewnętrznych (konsultacji społecznych), do projektu rozporządzenia zgłoszonych zostało wiele zastrzeżeń i poprawek. Cały ich pakiet przesłał Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy. Podobne uwagi znalazły się także w treści pism Naczelnej Rady Lekarskiej, Ogólnopolskiej Konfederacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, czy Związku Zawodowego Anestezjologów USK/UM w Białymstoku.

Okazało się, iż część proponowanych zapisów dało się poprawić, przynajmniej w jakimś stopniu. Ale też część innych dało się zepsuć. 11 lipca 2012 roku Ministerstwo Zdrowia opublikowało drugą wersję rozporządzenia.

W sprawie jedynkowiczów, wersja z 11 lipca, a zarazem ostateczna, jest taka sama jak była, ale dodano jej furtkę. Utrzymuje się co prawda restrykcje w stosunku do lekarzy anestezjologów, lecz jednocześnie podaje się wskazówkę, jak je należy legalnie obejść. *„Lekarz anestezjolog może samodzielnie udzielać świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, o których mowa w ust. 1, w przypadku znieczulania chorych powyżej 3 roku życia, których stan ogólny według skali ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System) odpowiada stopniowi I, II, lub III, a w pozostałych przypadkach lekarz anestezjolog może samodzielnie udzielać świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji za pisemną zgodą lekarza kierującego oddziałem”.*

Tym samym, decyzję o tym czy lekarz anestezjolog będzie miał prawo do wykonywania ograniczonego czy do nieograniczonego zakresu świadczeń z zakresu anestezji przesunięto ze sfery przepisów prawa do sfery widzimisię ordynatorów i innych lekarzy kierujących oddziałami.

Lekarze z pierwszym stopniem specjalizacji mogą więc teraz w dalszym ciągu, po uzyskaniu zgody ordynatora, pracować i dyżurować dokładnie tak, jak przez ostatnie 14 lat, czyli na bloku operacyjnym samodzielnie, a na intensywnej terapii – na „drugiego”, pod nadzorem specjalisty. Gdyby zapis pozostawiono bez zmian, w tej chwili doszłoby do paraliżu szpitali, gdyż na dyżurach nagle zabrakłoby ok. 30 procent anestezjologów.

Jednak w tym akurat miejscu każdy logicznie rozumujący człowiek ma prawo zadać pytanie: o co w tym wszystkim chodzi? Jedną ręką wydiera się komuś uprawnienia, drugą ręką mu się je wsadza z powrotem, a wszystko w jednym zdaniu tego samego rozporządzenia. Przypadek psychiatryczny?

Jałowa doba, pleonazm i redundancja

Znacznie lepiej niż z jedynkowiczami, poszło z wzorami karty premedykacyjnej i karty przebiegu znieczulenia. Znikły. W drugiej wersji projektu, oraz w treści podpisanej przez ministra, wzorów tych już nie ma. Pozostała tylko wskazówka dotycząca pożądanej zawartości karty znieczulenia.

Natomiast co udało się zepsuć? Na przykład to, że w pierwszej wersji projektu, tej z 30 maja 2012 roku, proponowano zapis, iż anestezjolog przeprowadza badanie pacjenta w celu zakwalifikowania go do znieczulenia nie później niż w dniu poprzedzającym planowany zabieg operacyjny. Ale już wersja druga, będąca jednocześnie ostateczną, przywróciła stary wymóg zbadania chorego do znieczulenia „*nie później niż 24 godziny przed zabiegiem w trybie planowym*”. Przy czym „zapomniano” określić, o jakie rodzaje zabiegów planowych chodzi.

Konsekwencje takiego zapisu są ogromne. Jeśli pacjent może być zbadany w dniu poprzedzającym zabieg planowy, da się to zrobić nawet wieczorem, a następnego dnia możliwa jest już operacja. A przy obowiązującym obecnie wymogu 24-godzinnym – tak się nie da. Aby pacjent był operowany następnego dnia, musiałby być zakwalifikowany przez anestezjologa we wczesnych godzinach porannych dnia poprzedniego, co w większości szpitali jest niemożliwe ze względów organizacyjnych. Chorego trzeba więc przyjąć i zbadać jeszcze jeden dzień wcześniej, a to

niepotrzebnie przedłuża jego pobyt w szpitalu i prowadzi do nieuzasadnionego generowania kosztów.

Z kolei przez brak sprecyzowania o jakiego rodzaju zabiegi w trybie planowym chodzi, otwarty został wór bez dna. Bo zabiegiem może być nie tylko transplantacja serca czy założenie implantu słuchowego, ale też i dezynfekcja naskórka, prosta iniekcja czy zimny okład (żeby powtórzyć za Wikipedią). Gastroskopia. Kolonoskopia. Pobranie wycinka skóry. Wymaz gardła. Itp. itd. Czy ministerialnemu ustawodawcy chodziło o to, aby każdym takim przypadkiem miał zająć się anestezjolog, i to na co najmniej 24 godziny przed zastosowaniem danej procedury? Dlaczego ustawodawca nie wyraził się jaśniej? Skąd ma być wiadomo, do jakich zabiegów planowych należy pacjentów kwalifikować na 24 godziny przed, a do jakich nie trzeba? Bo jeśli do wszystkich, to jest to czysta dywersja i sabotaż, narażanie wielu pacjentów na zbędną fatygę, niepotrzebne zajmowanie czasu anestezjologom, i znów – obciążanie szpitali dodatkowymi kosztami.

W rozporządzeniu z 27 lutego 1998 roku zastosowano określenie „planowany zabieg operacyjny”. Marcin Słojewski („Operacja czy zabieg – dylemat semantyczny”, *Przegląd Urologiczny* 2010/11/4 [62]) zwraca uwagę, że wyrażenie „zabieg operacyjny” uważane jest za tzw. pleonazm (z gr. *pleonasmos* = nadmiar), czyli błąd logiczno-językowy polegający na zastosowaniu tych samych treści – jak „masło maślane”. Stosując z kolei prawidłowe pod względem językowym wyrażenie „zabieg chirurgiczny”, można narazić się na zarzut niepotrzebnego nadmiaru słów (redundancji), gdyż w kontekście lekarskim oba te wyrażenia mają jednoznaczny wymowę. To samo dotyczy „operacji chirurgicznej”.

Gniot lub sabotaż

Być może ustawodawca ministerialny miał właśnie kłopoty semantyczne i wahał się pomiędzy pleonazmem a redundancją. Ale od czego głowa na karku? Jeśli się chce, każdy zbiór pojęć da się jakoś przystępnie opisać. A jeżeli się nie chce, wypuszcza się gniota. Lub jest się sabotażystą.

GODNOŚĆ SKAZAŃCA

Krzysztof Bukiel

Menedżer Zdrowia, luty 2013

Komisja Europejska zażądała ostatnio od polskiego rządu szybkiego uregulowania prawnego metody in vitro, grożąc, że w przeciwnym razie skieruje sprawę do odpowiedniego trybunału. Spowoduje to zapewne ponowne ożywienie publicznej dyskusji na ten temat. Warto w tym kontekście przywołać pewne przełomowe wydarzenie w... Chinach.

Na początek bieżącego roku zapowiedziano tam wprowadzenie nowego systemu pozyskiwania organów do przeszczepów – od dobrowolnych dawców. Ma on zastąpić dotychczasowy system oparty na organach pobranych od osób skazanych na karę śmierci, który zapewniał dwie trzecie przeszczepianych w tym kraju narządów. Władze chińskie zdecydowały się na taki krok, bo dotychczasowy system był powszechnie krytykowany, jako nieetyczny. Krytykowała go WHO, międzynarodowe i krajowe zrzeszenia lekarzy oraz organizacje broniące praw człowieka.

Cóż takiego nieetycznego było w fakcie, że osobie zmarłej wycięto jakiś organ? Nawet jeżeli zrobiono to bez jej zgody, to i tak żadnej fizycznej szkody jej nie wyrządzono, a uratowano dzięki temu życie wielu innym ludziom. Z praktycznego i naukowego punktu widzenia przeszczepianie narządów pobranych od skazańców to nowoczesna i skuteczna metoda lecznicza. Dlaczego zatem budziła powszechny sprzeciw?

Skazaniec jest osobą ubezwłasnowolnioną i całkowicie zależną od państwa, które może nim dowolnie dysponować. Wykorzystanie tego faktu w celu uzyskania narządów do przeszczepu, jest oczywistym uprzedmiotowieniem skazańca, czyli podeptaniem jego ludzkiej godności. A poszanowanie godności człowieka jest podstawą naszej cywilizacji, niezależnie od wyznawanej wiary lub jej braku. I właśnie to zdecydowało o negatywnej ocenie etycznej tego procederu, nawet jeżeli

pewną rolę odgrywały także inne czynniki, np. niebezpieczeństwo, że wyroki śmierci będą wydawane częściej aby zwiększyć ilość dostępnych narządów.

Metoda zapłodnienia pozaustrojowego „in vitro” też jest nowoczesną i skuteczną metodą leczniczą. Nie usuwa co prawda przyczyny choroby, ale w dużej mierze niweluje jej skutki, zupełnie podobnie jak przeszczepy. I podobnie jak w przypadku przeszczepiania narządów metoda ta potrzebuje – obok leków i zabiegów – udziału innych osób, bez których nie mogłaby w ogóle zaistnieć. W przypadku przeszczepów są to dawcy narządów, w przypadku in vitro – zarodki. Zarodki te są całkowicie ubezwłasnowolnione i zależne od tych, którzy nimi dysponują. Pod tym względem ich położenie przypomina położenie wspomnianych skazańców. Taka sytuacja musi zatem zrodzić pytanie: jak to jest, że buntujemy się przeciwko przedmiotowemu traktowaniu skazańców a pozwalamy na przedmiotowe traktowanie zarodków. Tym bardziej, że skazańcom – fizycznie – nie robimy żadnej krzywdy pobierając od nich narządy po ich śmierci, a zarodki – mroząc i ewentualnie wykorzystując je w kolejnych próbach – narażamy na śmierć. Co więcej, narządy skazańców ratują życie wielu ludzi, a zarodki – nie.

Jedynym wytłumaczeniem tej niekonsekwencji byłoby uznanie, iż zarodek nie jest człowiekiem. Wówczas pojawiłaby się jednak potrzeba ścisłego zdefiniowania kryteriów człowieczeństwa i problem – kto miałby to zrobić. Najprawdopodobniej byłby to rząd, ale pamiętamy jeszcze, jak w niedalekiej przeszłości demokratycznie wybrany przywódca cywilizowanego, środkowoeuropejskiego kraju uznał kilka milionów ludzi za niespełniających kryteriów człowieczeństwa. Może dlatego Europejski Trybunał Sprawiedliwości w dniu 18.11.2011 r. wydał orzeczenie, (w sprawie Brustle’a przeciw Greenpeace), że embrion ludzki od samego początku wymaga szacunku i ma swoją godność. Zupełnie, jak skazaniec.

REPUBLIKA JANOSIKA

Zdzisław Szramik

Biuletyn OIL w Rzeszowie, luty 2013

Ustrój demokratyczny, w największym uproszczeniu, to taki, w którym władzę sprawują przedstawiciele narodu – z jego wyboru i w jego imieniu. Na przestrzeni dziejów widzieliśmy różne odmiany, wersje, warianty i odcienie tego sposobu sprawowania władzy, ale zawsze trzon ustroju, tzn. demokratyczne wybory, były czynnikiem wyróżniającym i decydującym. (...) Oczywiście naiwnością byłoby stwierdzenie, że różnej maści oszuści i hochsztaplerzy nie próbowali na przestrzeni dziejów kombinować i ulepszać ustroju, oczywiście w interesie rządzonego społeczeństwa.

Ale do czasu, w którym powstał komunizm stosowany, można nazwać ich próby tylko zwykłą amatorszczyzną. Przełomem, jak się okazało, było wmówienie pewnemu narodowi, skądinąd cierpiącemu niedolę od wieków, że nowa władza, szeroko poparta przez masy, jest w stanie zapewnić wszystkim szczęście, prawdziwy raj na ziemi. Oczywiście, po zdefiniowaniu celu, nastąpiła identyfikacja przeszkód i ludzi, którzy byli utrudnieniem w realizacji ambitnych zamierzeń. Jak się to skończyło, wiemy wszyscy – 30 mln wymordowanych ludzi, całe narody przesiedlone o setki czy tysiące kilometrów, 10 do nawet 25 milionów ludzi, którzy przewinęli się przez obozy pracy gułagu, miliony sierot, głodujący ludzie w kraju, będącym niedawno spichlerzem Europy.

Krokiem milowym w „ulepszaniu” ustroju okazało się stwierdzenie przywódcy najszcześliwszego narodu na ziemi, że nie ważne, jak kto głosuje, ważne, kto liczy głosy. To wiekopomne stwierdzenie, godne, bez wątplenia, nagrody Nobla, było i jest podstawą tzw. demokracji sterowanej. Oczywiście w czasach obecnych nikt już do tego się nie przyznaje, tylko nieliczni, „prawdziwi” przywódcy, jak Łukaszenka, Chavez czy

Kim Dzong Il mogą sobie pozwolić na wybory, których wynik precyzyjnie zaplanowano w Komitecie Centralnym Jedynej Słusznej i Jedynej Partii, będącej wyłącznym przedstawicielem narodu.

Większość przywódców stosuje jednak bardziej wyrafinowane metody, żeby nie być posądzonym o prymitywizm. Dobrze skomponowana mieszanka populizmu i propagandy, zwanej z angielska „pijarem” (PR), może zapewnić w tej części Europy spory sukces, i to bez podejrzenia o manipulowanie przy urnach. Tłumaczy to doskonale zjadłość, z którą politycy walczą o tzw. niezależne media, wśród których telewizja odgrywa szczególną rolę, ponieważ serwuje papkę informacyjną, gotową do przełknięcia, niewymagającą żadnej refleksji i bardzo przekonującą. (...)

Nie o to chodzi, by złović króliczka, ale by gonić go...

Od wielu lat jesteśmy świadkami permanentnej reformy ochrony zdrowia. Zmieniono już właściwie wszystko..., z wyjątkiem tego, co powinno być zmienione i to w pierwszej kolejności. Liczne gremia jak Samorząd Lekarski, medyczne towarzystwa naukowe, związki zawodowe, działające w ochronie zdrowia, pracujący od wielu lat nad dziesiątkami i setkami różnej maści projektów „aktów prawnych”, są tylko listkiem figowym, mającym podeprzeć „demokratyczną” legitymację władzy. Nikt nie może zarzucić, że „władza” działa niedemokratycznie, że nie konsultuje się ze społeczeństwem. Ale o tym, czego społeczeństwo chce, władza wie lepiej od niego samego.

Czas na pierwsze podsumowania

Obecna formacja parlamentarno-rządowa sprawuje władzę już ponad pięć lat. To wystarczający czas, by zastosować ewangeliczną zasadę – „*po ich czynach ich poznacie*”. Szumnie zapowiadany przełom w ochronie zdrowia, czyli pakiet ustaw zdrowotnych (...) zaczął przynosić zatrute owoce. Ustawa o działalności leczniczej i wymuszona nią komercjalizacja (nie mylić z prywatyzacją) publicznej ochrony zdrowia, zdaje się przebiegać wg scenariusza, ujawnionego w sposób niezamierzony, przez byłą już posłankę Sawicką: komercjalizacja, zrujnowanie i „zbawczy” wykup przez właściwe osoby, za symboliczną złotówkę. Ten kierunek, w związku z ww. wpadką posłanki, pewnie trochę się opóź-

ni, ale rujnowanie zakładów i zastraszanie potencjalnych przeciwników „postępu” – działaczy samorządowych i związkowych już trwa. Obniżki pensji (Szpital Wojewódzki w Siedlcach – dwukrotnie: 6 i 15 procent), zwalnianie działaczy związkowych (Ruda Śląska, Rybnik, Tychy, Biłgoraj), nawet za cenę zniszczenia szpitala (Tychy), są dziś na porządku dziennym.

Trudno scedować to na psychopatyczne cechy niektórych dyrektorów, bo ich samodzielność, wbrew oświadczeniom władz, jest porównywalna z samodzielnością przedszkolaka. W Szpitalu Wojewódzkim w Tychach, z powodu jego zadłużenia sięgającego ok. 20 mln zł, wprowadzono dyrektora – reformatora, sprawdzonego towarzysza jeszcze z czasów PRL. W wyniku jego „reformatorskich” działań, polegających na zamykaniu oddziałów, powszechnym łamaniu prawa pracy, zwalnianiu lekarzy lub utrudnianiu im życia, skutkującym odejściami z własnej woli, dług szpitala wzrósł do... 60 mln (!). Trudno uwierzyć, że działalność owego reformatora była samodzielna i dokonała się bez wiedzy, a wręcz przyzwolenia śląskiego samorządu, wsławionego również prężnym „dowodzeniem” kolejami regionalnymi. Nie muszą również dodawać, że nikt z owej cudownej kuźni kadr PO nie poniósł konsekwencji służbowych, a wicemarszałek – spec od ochrony zdrowia, ma się znakomicie.

Ustawa antyrefundacyjna

Ten potworek legislacyjny, który nie ma na całym świecie odpowiednika, który wywrócił do góry nogami wykonywanie zawodu lekarza w Polsce, zasługuje z całą pewnością na szczególne potraktowanie. Już ponad rok temu, kiedy ustawa nieszczęśliwie zaczęła obowiązywać, słyszeliśmy z ust premiera, jak i ministra zdrowia, że ustawa jest nie do „ruszenia”. Dzisiaj już wiemy, co było powodem szczególnego hołubienia tego „bękarta legislacyjnego” i dlaczego politycy z pierwszych stron gazet położyli na szali swój honor (czy takie pojęcie funkcjonuje w polityce w tym rejonie Europy?) i odważyli się oszukać lekarzy, wprowadzając usunięte zapisy z refustawy do ustawy o zawodzie lekarza, a później także do zarządzenia prezesa NFZ w sprawie wzoru umowy, upoważniającej do wystawiania recept „refundowanych”.

Otóż tym powodem były... pieniądze, w ilości ok. 1,5-2 mld zł, które ci oszukani lekarze „wyjęli” z kieszeni chorych w blasku „ustawy”. No..., za takie pieniądze to można sfinansować różne rzeczy..., może nawet trzecią kadencję! Dlatego, wbrew oczywistym niedorzecznościom, oszukiwaniu ubezpieczonych, postawieniu na „oszczędności” kosztem bezpieczeństwa chorego, ta ustawa jest nie do ruszenia. Nie wiem tylko dlaczego, ci sami pacjenci, których nie stać, wg władz, na proponowane przez Związek dodatkowe ubezpieczenia, ochoczo dopłacają do leków najwięcej w Europie! Pewnie dlatego, że ci, którzy nie dopłacili już nie mają głosu, nie tylko wyborczego.

Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku tych praw

O tym zagadnieniu już kiedyś pisałem i nie chciałbym się powtarzać, ale należy z mocą podkreślić, że gdyby rząd przeznaczył adekwatne środki na leczenie, pani rzecznik zasilaby szeregi bezrobotnych. Wymienić należy również cudowny sposób przyznawania odszkodowań za tzw. niekorzystne zdarzenia medyczne, bez drogi sądowej, mający bardziej charakter socjalnego zasiłku, niż odszkodowania za rzeczywiste szkody. Jedynym efektem tego zapisu jest lawinowy wzrost cen polis ubezpieczeniowych dla szpitali, spowodowany, słusznie zresztą, wzrostem ryzyka ubezpieczeniowego, na które to polisy szpitali po prostu ... nie stać!

Najważniejsze, że jest dobrze!

Od czasu wielkiego przekreślenia medialno-politycznego, zwanego, nie wiem dlaczego, białym szczytem, rząd nie prowadzi ze środowiskiem lekarskim rozmów na temat kierunku oczekiwanych zmian. Rząd po prostu wie lepiej! Nawet organizacje zrzeszające pacjentów, dość skuteczne przy tropieniu rzeczywistych i rzekomych niepowodzeń lekarskich, jakoś blado protestują przeciw oczywistym manipulacjom i ciągłemu zwiększaniu i tak już wysokich kosztów leczenia. Jak kogoś nie przyjęto do szpitala, nie dość uniżenie załatwiono, wystawiono receptę na 100 procent – od razu uruchamia się urzędnicza nagonka i trwa polowanie na przestępcę w białym fartuchu. Jak ten sam lek wypada z listy leków refundowanych, jak fundusz nie płaci za tzw. nadwykonania (cudowny termin wymyślony przez biurokratów spod znaku NFZ) trwa

niezmiennie błoga cisza i jest... dobrze! Przynajmniej w pewnej telewizji z okrągłym logo na ekranie.

Co dalej?

To, że system publicznej ochrony zdrowia nie działa dobrze, jest najbardziej wyszukany eufemizm, na jaki potrafię się zdobyć. Opinie na jego temat, wygłaszane w długich kolejkach do lekarzy, zazwyczaj nie nadają się do powtórzenia. To, że 80 procent Polaków uważa obecnego ministra zdrowia za najgorszego, też nie robi na szefie rządu żadnego wrażenia, co tylko potwierdza obiegową opinię o symbolicznej roli ministra w kreowaniu zmian w ochronie zdrowia. Zreformowaliśmy, uszczelniliśmy, prezydent nie przeszkadzał, i... jest jeszcze gorzej.

Moim zdaniem jedyna droga, która daje nadzieję dla ochrony zdrowia, to głęboka przebudowa systemu politycznego, która radykalnie zmieni rekrutację elit politycznych i uczyni z nich rzeczywistych reprezentantów i rzeczników interesów nie tylko państwa, jako wspólnej organizacji, ale także, a może przede wszystkim, zwykłych ludzi.

Wszystkie obecne na obecnej scenie politycznej podmioty przez dłuższy lub krótszy czas rządziły i nie zrobiły nic lub prawie nic dla poprawy losów chorych i polepszenia sytuacji materialnej tych, którzy im pomagają. Dlatego trzeba powiedzieć im głośno **DZIĘKUJEMY!**

Wydaje się, że jedynym wyjściem z obecnej sytuacji jest zmiana ordynacji wyborczej na większościową i system jednomandatowych okręgów wyborczych, przed którymi to zmianami tak nerwowo bronią się aktorzy dzisiejszej sceny politycznej. Przykłady wielu krajów, w których ten system funkcjonuje, są jak najbardziej zachęcające. Dlatego warto wziąć sprawy w swoje ręce i poprzeć akcję Pawła Kukiza. W ten sposób możemy załatwić także inne sprawy, w obecnym systemie od lat uważane za niemożliwe.

TUSK WYNAGRADZA LEKARZY GORZEJ NIŻ CYRANKIEWICZ I GOMUŁKA!

Krzysztof Bukiel

Aktualności OZZL.org.pl, kwiecień 2013

Ukazał się właśnie projekt nowego rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej.

Kiedyś, „za komuny” oraz do czasu wprowadzenia kas chorych i tzw. samodzielnych, publicznych zakładów opieki zdrowotnej – takim rozporządzeniem ustalano „tabelę zaszeregowan” oraz skorelowaną z nią „siatkę płac” obowiązującą we wszystkich państwowych zakładach służby zdrowia. Dzisiaj rząd ustala wysokość płac jedynie w tych zakładach, które są prowadzone w formie jednostki budżetowej. Jest to zatem jedyny oficjalny dokument, który pokazuje ile – zdaniem Rządu RP – powinien zarabiać lekarz w Polsce!

Według przedstawionego projektu lekarz specjalista, tzw. starszy asystent (najlepiej uposażony „niefunkcyjny” lekarz) został zaszeregowany do XIX grupy i przyznano mu wynagrodzenie zasadnicze w kwocie od 1.860 zł do 3.950 zł (brutto).

Jeżeli wziąć pod uwagę, że „przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej” wyniosło w roku 2012 – zgodnie z danymi GUS – 3.521,67 zł, to oznacza, iż według Rządu RP płaca zasadnicza lekarza specjalisty powinna wynosić od 52 do 112 procent „średniej krajowej”.

W roku 1958, gdy premierem Polski był Józef Cyrankiewicz, a szefem partii rządzącej Władysław Gomułka, wysokość wynagrodzeń lekarzy zatrudnionych w „zakładach społecznych służby zdrowia” (czyli odpowiednikach dzisiejszych „podmiotów leczniczych działających

w formie jednostki budżetowej”) określało odpowiednie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 grudnia 1958 r. (Dz.U.1958.74.376). Odnosiło się ono jedynie do lekarzy i przewidywało 7 grup. Trzy najwyższe grupy to lekarze po 10 latach pracy, po 15 latach pracy i po 20 latach pracy. Z grubsza można je odnieść do dzisiejszych „specjalistów, starszych asystentów”. Ich pensja zasadnicza wynosiła odpowiednio: 1.900 zł, 2.150 zł i 2.400 zł. Dodatkowo jeżeli mieli oni specjalizację, obowiązywał dodatek odpowiednio: 290 złotych i 330 złotych (taki sam dla obu najwyższych grup).

Jeżeli wziąć pod uwagę, że „przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej” wyniosło w roku 1958 – zgodnie z danymi GUS – 1.348 zł, to oznacza, iż według ówczesnego, komunistycznego rządu płaca zasadnicza lekarza specjalisty powinna wynosić od 140 do 170 procent „średniej krajowej”.

Gdyby przenieść ówczesne wskaźniki na obecne warunki – pensja zasadnicza lekarza specjalisty powinna wynosić od 4.929 zł do 5.985 zł!

Zatem obecny demokratyczny Rząd RP gorzej wynagradza lekarzy niż rząd komunistyczny!

REZYDENT – NIECHCIANY ELEMENT SYSTEMU?

Zdzisław Szramik

Biuletyn OIL w Rzeszowie, wrzesień 2013

Przed kilkoma dniami wiceminister zdrowia Krzysztof Chlebus na łamach jednej z medycznych gazet oznajmił, że w Ministerstwie Zdrowia prowadzone są prace zmierzające do sformułowania nowej postaci rezydentury, która będzie oparta o nowy sposób finansowania w formie... kredytu. Kredyt ów byłby spłacany poprzez pracę w publicznych podmiotach leczniczych i umarzany po przepracowaniu tylu lat, ile trwała rezydentura.

Decyzję tę tłumaczył koniecznością zatrzymania świeżo upieczonych specjalistów w kraju, którzy do tej pory nie umieli docenić ogromu łaski, jaką otrzymali od naszego państwa i wyjeżdżali do pracy w innych krajach. Okazuje się, że młody lekarz robiący specjalizację w ramach tzw. rezydentury nie jest nikomu potrzebny, a na pewno nie Ministerstwu Zdrowia, że to państwo go uczy i robi z niego prawdziwego lekarza-specjalistę, za co powinien być głęboko wdzięczny, najlepiej dożywotnio.

Historia nie tak dawna

Pomysł ministerstwa zdrowia nie jest taki świeży i odkrywczy. Myślenie, rodem z minionej epoki, cechuje wielu decydentów w ochronie zdrowia, a ich największą inspiracją jest obawa o utratę tzw. stołka z jednej, a próby łatania beznadziejnego systemu za wszelką cenę z drugiej strony.

W jednym z rzeszowskich szpitali specjalizujący się lekarz otrzymywał jedną czwartą stawki godzinowej innych kolegów za dyżury. Pracodawca uzasadniał taką niską płacę tym, że ów lekarz ma możliwość

uczenia się i dlatego powinien być wdzięczny, że dostaje cokolwiek. Inny przykład to zabranie rezydentom dodatków do pensji, wywalczonych w czasie strajku w 2007 roku, pod groźbą wyrzucenia z pracy i przerwania specjalizacji – wszyscy rezydenci, w obawie przed utratą możliwości kontynuowania specjalizacji, „dobrowolnie” podpisali rezygnację z dodatków. Przykłady te pokazują, że owi pracodawcy, jak i wysocy urzędnicy ministerstwa zdrowia, chodzili do tej samej szkoły.

Tonący brzytwy się chwyta

Ten ostatni, jak i wiele poprzednich pomysłów, pokazują dobitnie, że nasze państwo zrobi wszystko, żeby w ochronie zdrowia nie było normalnie. Bodźcem do takich działań jest okrągła sumka 20 miliardów złotych, których na już brakuje w systemie publicznej ochrony zdrowia. To właśnie te pieniądze, które można „zaoszczędzić” powodują, że tworzy się bezsensowne, fasadowe twory typu rzecznik praw pacjenta, wymyśla się coraz bardziej skomplikowane i rygorystyczne ustawy (u. refundacyjna czy o działalności leczniczej), robi się wodę z mózgu zdezorientowanym pacjentom, a lekarzy bierze w kamasze lub zmusza do półdarmowej pracy „za przysięgę” lub „na kredyt”. To dobitny dowód bezsilności systemu, ale także zdeterminowania bliskich obłędu urzędników, zajmujących wysokie funkcje w rządzie.

Nie łudźmy się. Ten system sam się nie naprawi – w grę wchodzi zbyt duże pieniądze, które są najlepszym gwarantem trwania systemu i „pójścia w zaparte” jego urzędników. Musimy sami coś z tym zrobić!

DOSYPAC LEKARZOM

Ryszard Kijak

Aktualności OZZL.org.pl, czerwiec 2014

(artykuł wysłany początkowo do rubryki Związku Zawodowego Lekarzy w Biuletynie OIL w Białymstoku, ale redaktor naczelny odmówił jego publikacji)

„Nie będziemy skracać kolejek, dosypując więcej pieniędzy lekarzom”. Tylko kilka słów, a ileż w tym nienawiści do środowiska lekarskiego, ileż złośliwości, ileż manipulacji. Bo cóż oto sugeruje pan premier rządu Rzeczypospolitej Polskiej Donald Tusk, wygłaszając te słowa na konferencji prasowej przeprowadzonej w maju tego roku?

Otóż po pierwsze, premier dzieli się ze społeczeństwem informacją, że lekarze żądają pieniędzy. Po drugie, szef rządu daje do zrozumienia, że kolejki są zależne od lekarzy. Po trzecie, dygnitarz ten oznajmia wszem i wobec, że kolejki są przez lekarzy generowane sztucznie, jako szantaż mający na celu wyłudzenie kolejnych pieniędzy od państwa, z zamiarem wsypania ich do własnej kieszeni. Po czwarte, w tle wypowiedzi czuć wyraźnie sugestię na temat pazerności i zachłanności lekarzy. No i po piąte, premier stwierdza, że z tych zbrodniczych zakusów nic nie będzie, bo oszuści zostali przejrzeni na wylot, ich knowania legły w gruzach, i żadnego dosypywania kasy nie będzie. Użyte z premedytacją mało eleganckie określenie „dosypać” pełni tu niebagatelną rolę, bowiem cała ta fraza miała zapewne doprowadzić do skojarzenia z „dosypaniem świniom do koryta”.

Tyleż to właśnie treści udało się prezesowi Rady Ministrów zmieścić w jednym krótkim zdaniu. Udało mu się w nim wmówić społeczeństwu, że zakorkowanie drożności w służbie zdrowia to bynajmniej nie wina systemu, udało mu się zdemaskować „prawdziwych” winowajców, ujawnić ich publicznie, napiętnować, a jednocześnie podkreślić czuj-

ność i nieustępliwość rządu w dążeniu do utrzymania porządku i ładu społecznego. No nic, tylko pogratulować doskonałego opanowania socjotechniki, czyli sztuki zdobywania władzy nad umysłami. Według Wikipedii, ten wariant działań socjotechnicznych nosi nazwę „spin”. Jest to pejoratywne określenie w socjotechnice (public relations) mocno zniekształconego portretu rzeczywistości na czyjaś korzyść, w związku z jakimś wydarzeniem lub sytuacją, którego głównym celem jest uzyskanie subiektywnie najlepszego rezultatu. Technika „spin” często, lecz nie zawsze, zakłada pełną obłudę, zdradliwą oraz wysoce manipulatywną taktykę zdolną do pozbawienia ludzi zdroworozsądkowego myślenia.

Co pan premier powiedział, a co zmanipulował, zostało wyjaśnione już w kilka dni później, podczas zorganizowanej przez OZZL pod auspicjami FEMS (Europejskiej Federacji Związków Zawodowych Lekarzy) pikiety pod siedzibą Ministerstwa Zdrowia w dniu 15 maja. O godz. 12:00 jednocześnie w 16 krajach odbyły się demonstracje lub inne formy protestu przeciwko prowadzącym do pogarszania stanu publicznej ochrony zdrowia działaniom rządów poszczególnych państw.

W inwokacji skierowanej tamże do prezesa Rady Ministrów przypominałem wówczas z mównicy, że polski system służby zdrowia jest najgorszym w Europie, a polska opieka zdrowotna jest najslabiej finansowanym ze środków publicznych systemem. Jeśli więc mowa o dosypywaniu, to przede wszystkim dosypmy do systemu, bo inaczej się zawali. To nie lekarze blokują pacjentowi dostęp do świadczeń medycznych, tylko rząd, poprzez tolerowanie i rozwijanie fatalnej organizacji opieki zdrowotnej. To nie lekarze decydują o długości kolejek pacjentów, tylko niewydolność mechanizmów. Lekarzy stawia się w roli egzekutorów systemu, a nie podmiotów udzielających świadczeń medycznych. A zacytowane wyżej obcesowe stwierdzenie premiera, to nic innego, jak szczucie społeczeństwa przeciwko lekarzom, mające na celu zwalenie na nas całej winy za wady tej żalosalnej konstrukcji zwanej NFZ.

W dostarczonej przez przewodniczącego OZZL Krzysztofa Bukieła ministrowi zdrowia 15 maja petycji, OZZL zaznaczył, że podstawową przyczyną kryzysu w służbie zdrowia jest głęboka nierównowaga między publicznymi nakładami na leczenie a koszykiem bezpłatnych świadczeń zdrowotnych. Rząd, zamiast to zmienić, ucieka się do propagandowych działań, a winę za dysfunkcjonalność publicznej służby zdrowia zrzuca na lekarzy i innych pracowników medycznych. Przy-

kładem takiego działania jest zapowiedź likwidacji kolejek do lekarzy i zaprzestania limitowania leczenia onkologicznego – bez zwiększenia nakładów na ten cel, ale poprzez zmuszenie lekarzy „do bardziej intensywnej pracy za te same pieniądze” (jak stwierdził premier).

Obiecać obywatelom jak najwięcej, nie przeznaczyć na to odpowiednich środków, winę za niezrealizowane obietnice zrzucić na lekarzy, którym rzekomo nie chce się pracować. A przecież lekarze polscy i tak pracują bardzo ciężko, intensywnie i dużo. Jest nas najmniej wśród krajów UE w przeliczeniu na ilość mieszkańców (2/1000 mieszkańców przy średniej 3,4/1000). Jednak ilość udzielanych świadczeń, tak szpitalnych, jak i ambulatoryjnych nie odbiega od tej w innych krajach lub jest nawet większa. Jak pokazują raporty PIP, lekarze polscy pracują miesięcznie zwykle ok. 300 godzin, a rekordziści nawet 400. I co, mamy pracować jeszcze intensywniej!? Protestujemy przeciwko oszukiwaniu Polaków, że za 4,2% PKB można zapewnić nieograniczony zakres świadczeń bezpłatnych wszystkim obywatelom; przeciwko traktowaniu służby zdrowia jako elementu gry politycznej i prymitywnej walki propagandowej; przeciwko zrzucaniu winy za dysfunkcjonalność systemu publicznej opieki zdrowotnej na lekarzy i innych pracowników służby zdrowia; przeciwko skłócaniu pacjentów i lekarzy między sobą.

Słowa premiera zbulwersowały też prezesa NRL Macieja Hamankiewicza, który wystosował do premiera pismo, wypominając mu, iż nie reaguje on na ponawiane przez samorząd lekarski prośby o merytoryczne spotkanie poświęcone problemom ochrony zdrowia w Polsce. *„Ze względu na niezwykle rangę omawianych problemów i brak publikacji efektów konsultacji społecznych w zakresie tzw. pakietu kolejkowego, z niepokojem odebrałem publiczną wypowiedź Pana Premiera: ‘ten temat proszę traktować jako zamknięty’. Uważam, że w państwie demokratycznym zamykanie przez Szefa Rządu ust komukolwiek, kto chce wypowiadać się w tak ważnej dla wszystkich obywateli sprawie, jest niedopuszczalne. Konieczna jest stała dyskusja nad racjonalizacją wydatków na służbę zdrowia, w tym rozważenie ich wzrostu, o co od dawna apeluje samorząd lekarski. Niezrozumiałe jest twierdzenie Pana Premiera, że nie będzie Pan ‘dosypywał pieniędzy lekarzom’. Lekarze domagają się wzrostu środków na świadczenia, które powinny być zagwarantowane polskim obywatelom.”*

SPYCHOLOGIA

Ryszard Kijak

Biuletyn Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku, wrzesień 2014

Sytuacja jak z Mrożka. Tyle, że prawdziwa. Oto, do czego doprowadził nasz wspaniały system opieki zdrowotnej.

W pewien czwartek zadzwoniła do mnie zrozpaczona żona szwagra mojego zięcia, czy też szwagierka zięcia, a właściwie to nawet jego ciotka, czyli żona brata ojca zięcia, co ujawniam jedynie jako ciekawostkę, bo akurat dla tej opowieści stopień koligacji nie ma żadnego znaczenia.

– Rysiek, ratuj, nie wiemy co robić. Sławek złamał obojczyk i nikt mu nie chce wystawić zwolnienia lekarskiego, a ma pracę wymagającą wysiłku fizycznego.

– Jak to nikt nie chce mu dać zwolnienia? Może jest nieubezpieczony? Może pracuje na czarno?

– Ubezpieczony jest, pracuje legalnie, płaci ZUS, nie jest obcokrajowcem, nikomu nie naubliżał, a zwolnienia i tak nikt mu nie chce wystawić. Bez zwolnienia wyleją go z roboty!

– Boguśka, ja mu zwolnienia też nie wypiszę, bo z bloku operacyjnego się nie da.

– Wiem. Poradź tylko, co mamy robić, bo zaraz nas szlag trafi! Było tak. Sławek trafił do szpitala w środę gdzieś koło szóstej rano, na ostry dyżur. Ortopeda go zaopatrzył i dał mu skierowanie do poradni specjalistycznej. Sławek zadzwonił do pracy, że go nie będzie, więc kazali mu przynieść zwolnienie. Wrócił do szpitala, a że było już po ósmej, z dyżuru ostrego zrobił się tępy, i wygnali go. Że nie ma już tego ortopedy, który go załatwiał, a na tępym kto inny nie dyżuruje, i że w ogóle co on sobie wyobraża. Więc udał się do szpitala, który przejął ostry dyżur. Pognali, bo nie oni go załatwiali. Wybrał się na pogotowie. Tam również

się go pozbyli, bo już został przecież zaopatrzony. Zgłosił się zatem do rodzinnego. Rodziny powiedział, że mu nie wystawi zwolnienia, bo nie zna się na złamanych obojczykach, a w ogóle skoro Sławek ma skierowanie do specjalisty, to po co mu zawraca... głowę.

– No i co, był u specjalisty? – zadałem naiwne pytanie.

– Pewnie, że był. Poszedł nawet nie do jednej, a do kilku poradni. Wszędzie go spławili. Że mogą go co najwyżej zapisać w kolejkę, a przyjąć za kilka miesięcy.

– Ze świeżym złamaniem!? Odmówili konsultacji i wypisania zwolnienia!? Nie do wiary! Gdzie my jesteśmy, w Afryce? – nie mogłem wyjść z szoku.

– Nie, jesteśmy w Białymstoku, o ile mi wiadomo – odpowiedziała zdenerwowana Boguśka. – Czas płynie, zwolnienia szukamy już drugi dzień, na załatwienie został tylko piątek. Potem sobota i niedziela, poradnie zamknięte, i będzie kłops, gdyż wstecznie można wypisać jedynie trzy dni. Jeśli udałoby się to załatwić dopiero w poniedziałek, to powstanie luka w postaci dwóch dni nieusprawiedliwionej nieobecności, co Sławka bynajmniej nie urządzi.

– To jakiś absurd. Zgłosiłbym to do NFZ – poradziłem w przebiegu geniuszu.

– Zgłosił. Pognali. Skierowali do ZUS-u, bo zwolnienia lekarskie to nie ich działka.

– A co na to ZUS? – brnąłem w swej naiwności.

– Też nic. Też pognali. Poradnie ich nic nie obchodzi, nie ich działka. Na poradnie nie mają wpływu. Odesłali – zgadnij gdzie: do... gazety! Że tylko tam może iść na skargę. Ale gazeta nie da zwolnienia! Co tu robić do jasnej cholery!? Ratuj!

Skontaktowałem się z moją koleżanką, lekarzem rodzinnym. Opisałem jej ten niewiarygodnie absurdalny przypadek i poprosiłem o radę.

– Przede wszystkim, to od lekarza szpitalnego, który go załatwiał, należałoby oczekiwać wypisania zwolnienia. A jeśli tego z jakichś dziwnych względów nie zrobił, na skierowaniu powinien przynajmniej dopisać że pilne. Dopisał? – zapytała moja wspaniała konsultantka Ala.

– Niestety, nie dopisał.

– No to szkoda. Bo jeśli chodzi o lekarza rodzinnego, to w tych okolicznościach rzeczywiście nie ma on obowiązku zajęcia się takim przypadkiem.

– Ala, czyżbyś właśnie mówiła, że gość ma przechlapane? Że nie istnieje żaden cywilizowany sposób, aby to załatwić?

– Tego nie powiedziałam, sposób jest.

– A jaki?

– Jest to numer „na uparciucha”. Po prostu pacjent musi pójść do którejś z poradni ortopedycznych i oświadczyć, że tak długo stamtąd nie wyjdzie, aż zostanie załatwiony. I tyle.

I tak właśnie poradziłem Sławkowi. Dodałem, iż za cel ataku powinien sobie obrać nie szpital, bo tam nikt się nie przejmie kolejnym koczującym na korytarzu osobnikiem, lecz jakąś poradnię zamykaną na noc, gdzie groźba bezterminowej okupacji krzesła ma znacznie silniejszą wymowę.

Był to strzał w dziesiątkę. Sławek wybrał poradnię, którą mu powiedziałem, udał się do niej w czwartek po południu (bo do południa nie było tam żadnego ortopedy), rejestratorka próbowała go spławić, ale on usiadł na krzeselku i oświadczył, że tak długo stamtąd nie wyjdzie, aż zostanie załatwiony. Przeczekał wszystkich pacjentów i jako ostatni, około godziny osiemnastej, wszedł do gabinetu lekarskiego. Doktor zlitował się nad nim, został trochę dłużej w pracy, i Sławek wreszcie otrzymał tak upragnione zwolnienie lekarskie, a co więcej – również prawo do dalszych wizyt kontrolnych. Ufff!

Dziękuję Ci, moja niezawodna konsultantko Alu, za poradę. No i oczywiście dzięki wam: ZUS-ie, NFZ-cie, ministrowi zdrowia, premierze RP. Dziękuję wam wszystkim za tak wspinały system zdrowia, pełen idiotyzmów, z których ten wyżej opisany i tak nie jest największym, choć na taki wygląda.

DLACZEGO LEKARZE NIE POWINNI STRAJKOWAĆ

Zdzisław Szramik

Biuletyn OIL w Rzeszowie, wrzesień 2014

Od czasu masowych lekarskich protestów mija właśnie 7 lat. Po przejściowej euforii, spowodowanej, nie tak dużą, na jaką liczyliśmy, ale jednak największą w powojennej Polsce poprawą płac, mogliśmy obserwować stopniowy, ale jednocześnie stały i konsekwentny powrót do starych, sprawdzonych jeszcze w poprzednim systemie, praktyk. Pracodawcy, stosując naprzemiennie metodę kija i marchewki, zmusili sporą część lekarzy do przejścia na tzw. kontrakty, całościowe lub tylko dyżurowe.

Z ich punktu widzenia miało to dać złudny efekt większych dochodów po stronie medyków, a samym pracodawcom stworzyć pełną swobodę w zakresie czasu pracy i nieograniczoną wręcz możliwość wykorzystywania deficytowego towaru, jakim są u nas lekarze. Po cichu liczone przede wszystkim na formalne uwarunkowania kontraktu, czyli umowy cywilno-prawnej, mówiące o odpowiedzialności finansowej i karnej za wszelkie uchybienia w wykonywaniu umowy, co praktycznie wykluczało możliwość udziału lekarza w jakiegokolwiek formie protestu i skazywało go na pracę do końca okresu kontraktu na warunkach, jakie zostały mu narzucone.

Problemem było tylko zmasowanie działań dezinformacyjnych i umiejętne stosowanie szantażu moralnego i ekonomicznego tak, aby zdezorientowany „delikwent” podpisał umowę, w przekonaniu, że zrobił dobry interes. Pracodawcy dysponowali gotowymi wzorami umów, które pokazywano drugiej stronie w momencie ich podpisywania, a próby angażowania prawników do negocjacji warunków lub oceny poszczególnych zapisów były nerwowo odrzucane. Faktem jest, że wie-

lu naszych kolegów dało się nabrać i dzisiaj w wielu regionach kraju kontraktowicze stanowią więcej niż połowę praktykujących lekarzy. Złej oceny kontraktów nie zmieniają stosunkowo nieliczne dobre umowy, które zawierali lekarze najbardziej deficytowych specjalizacji, współpracując z dobrymi firmami prawniczymi.

W ogromnej większości przypadków przejście z etatu na kontrakt polegało na tzw. ubruttowieniu, czyli doliczeniu do etatowej płacy kosztów, które ponosił pracodawca. Było to więc dla pracodawcy neutralne ekonomicznie, choć wielu pracodawców jeszcze coś dla siebie „uszczeńęło”. Do umów wprowadzano wiele kuriozalnych zapisów o współodpowiedzialności za ewentualne szkody u pacjentów, bez rozgraniczenia roli i wpływu lekarza na powstanie tejże szkody, a także absurdalne zapisy o odpowiedzialności za sprzęt, czy o opłatach za wynajmem sal operacyjnych czy gabinetów lekarskich.

Lekarze kolejny raz dali się wciągnąć w pułapkę ekonomiczną, której skutki odległe trudno przewidzieć. Na dziś możemy już z pewnością obserwować wyraźny podział na „etatowych” i „kontraktowych” i zaplanowany efekt skłócenia środowiska. Ten zespół perfidnie zaplanowanych działań, mających na celu skłócenie i podzielenie środowiska lekarskiego, tak pięknie zjednoczonego i efektywnie współpracującego dla osiągnięcia wspólnego celu, nazwałem kiedyś „kontratakiem Imperium” i muszę przyznać, że nazwa ta nic nie straciła na swojej aktualności.

Reformy, które wyszły... bokiem

Po roku 2010, kiedy usunięta została ostatnia przeszkoda w procesie legislacyjnym (prezydent z nie swojego bloku politycznego), ekipa z ulicy Miodowej przeszła do kontrnatarcia. Ambitnym działaczom Platformy nie odpowiadała rola defensywnej formacji, oganiającej się od piesków opozycji i zadowolającej się ochłapami z budżetu. Wygłodniałe wilki potrzebowały sukcesu i dużych pieniędzy idących w ślad za nim. Ponieważ wszystkie inne resorty miały relatywnie mały budżet i stosunkowo niewielkie możliwości „skrojenia” większych funduszy bez pozostawienia niebezpiecznych śladów, wybór padł na ministerstwo zdrowia i wszelkiej pomyślności.

Nie wiem kim wspierała się ówczesna ekipa, ale efekty uzyskała isticie szatańskie. Przewrotność, z jaką skonstruowano zapisy ustawy: refundacyjnej, o prawach pacjenta i ich rzeczniku czy ustawy o działalności leczniczej świadczy najlepiej o pazerności i braku skrupułów autorów jak i tych, którzy złożyli takie zamówienie polityczne. Był to rzut na taśmę ekipy, która już widziała agonię systemu i dramatyczne spadki poparcia w sondażach.

Uczciwą reformę zastąpiono zmasowaną propagandą, która do reszty pomieszała w głowach zwyczajnych obywateli, a każdy przejaw niezadowolonia pacjentów kanalizowano na lekarzy. Nie muszę dodawać, że wiele usłużnych piór jak i całych tytułów prasowych położyło niemałe usługi na tym polu. Ale było warto! Już w pierwszym roku działania ustawy antyrefundacyjnej „zaoszczędzono” 1,5-2 mld zł! Tyle nie wykrojono by z żadnego innego resortu! To prawdziwy sukces! Będzie na premie, banery, spoty reklamowe, honoraria dla usłużnych piór a może i wystarczy na następną kadencję!

A może jednak strajk?

Stan obecny w ochronie zdrowia można nazwać najkrócej strajkiem państwa. Administracja, zwłaszcza ta centralna, rządowa, robi wszystko, by nie wywiązywać się ze swojego konstytucyjnego obowiązku, a wszelkie błędy i uciążliwości zrzuca na barki lekarzy. Idealną sytuacją dla naszych władz byłaby taka, że robimy tylko procedury, niezbędne dla zachowania spokoju społecznego, oszczędzamy „ich” pieniądze i ponosimy całą odpowiedzialność za ewentualne złe skutki. Gdybyśmy jeszcze pracowali za darmo, to byłby już szczyt marzeń!... Właśnie tak było w 2006 i 2007 roku, w czasie strajku! Wykonywaliśmy niezbędne minimum, nie otrzymywaliśmy wynagrodzenia i ponosiliśmy całą odpowiedzialność, a tuby propagandowe rządu każdego dnia zohydzały nas w oczach społeczeństwa.

Niektórzy członkowie OZZL pytają kiedy będzie strajk, dlaczego jesteście bierni, dlaczego przyzwalamy na taką mizериę ochrony zdrowia, dlaczego godzimy się na taki wyzysk? Właściwie wszystko przemawia za tym, by się znowu zbuntować. Umiemy to robić, mamy dobre doświadczenia.

Rząd bardzo by chciał, żebyśmy zastrajkowali! Nasz strajk jest potrzebny temu rządowi, bo pozwoliłby zdjąć z rządu odpowiedzialność za źle funkcjonujący system opieki zdrowotnej. Mam nawet nieoparte wrażenie, że poprzez system represji związany np. z refundacją leków, czy kontraktami z NFZ, rząd zachęca nas do strajku. Dlatego też nie powinniśmy strajkować, bo taki strajk nigdy by się nie skończył! W obecnej sytuacji tylko masowe, dobrze zorganizowane wypowiedzenia mogą być skuteczną formą wymuszenia korzystnych zmian w ochronie zdrowia. Ale muszą to zrozumieć wszyscy lekarze!

TRYBUNAŁ DO TRYBUNAŁU

Ryszard Kijak

Aktualności OZZL.org.pl, wrzesień 2014

(artykuł wysłany początkowo do rubryki Związku Zawodowego Lekarzy w Biuletynie OIL w Białymstoku, ale redaktor naczelny odmówił jego publikacji i definitywnie zlikwidował tę rubrykę)

Z powodu ustawicznego naruszania w stosunku do dużej grupy lekarzy zasady ochrony praw nabytych, gwarantowanej przez art. 2 Konstytucji RP, OZZL złożył do Trybunału Konstytucyjnego wniosek o stwierdzenie, że przepisy wskazanego przez Związek rozporządzenia ministra zdrowia są niezgodne z konstytucją.

Art. 2 Konstytucji RP stanowi, iż Rzeczpospolita Polska jest demokratycznym państwem prawnym, urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej. Trybunał Konstytucyjny zwracał już wielokrotnie uwagę, że w tym pojęciu mieści się szereg bardziej szczegółowych reguł i wartości, wynikających z istoty i aksjologii demokratycznego państwa prawnego. Wymienić tu należy m.in. ochronę zaufania obywatela do państwa i do stanowionego przez nie prawa, w tym – do poszanowania praw nabytych. Zaś u podstaw poszanowania praw nabytych znajduje się dążenie do zapewnienia jednostce bezpieczeństwa prawnego i umożliwienia jej racjonalnego planowania przyszłych działań. Brzmi to górnolotnie, ale ni czorta nie ma zastosowania w praktyce.

Złożony przez OZZL wniosek został bowiem przez Trybunał potraktowany negatywnie, bez analizy merytorycznej. Trybunał zarzucił Związkowi uchybienie formalne, polegające na tym, iż OZZL nie umieścił w swoim statucie zapisu, że ma prawo występować do Trybunału z wnioskami o stwierdzenie niezgodności z konstytucją różnych aktów prawnych.

Podana przez Trybunał przyczyna odrzucenia jest zwykłą bzdurą, ponieważ prawo związku zawodowego do występowania z podobnymi postulatami daje mu konstytucja, i to bezpośrednio. Zgodnie z jej art. 191 ust. 1 pkt 4, związek zawodowy jest podmiotem uprawnionym, posiadającym legitymację funkcjonalną dotyczącą aktów normatywnych pozostających w zakresie jego działania.

Negując kompetencję OZZL, Trybunał sam złamał konstytucję, oraz zaprzeczył hołdowanej przez siebie zasadzie ochrony praw nabytych, którą niby tak szanuje. Bowiem do tej pory, przez prawie ćwierć wieku istnienia naszego związku, Trybunał nigdy wcześniej nie kwestionował prawa OZZL do składania wniosków i nigdy nie kontestował naszych wystąpień z powodu braku takowego zapisu w statucie. Odbiło mu dopiero teraz.

Sprawa dotyczy obrony specjalistów z jedyneką. Do ich eksterminacji przystąpił NFZ, który obniżył punktację placówkom zatrudniającym lekarzy internistów, ginekologów, chirurgów i innych, legitymujących się pierwszym stopniem specjalizacji, co automatycznie eliminuje te podmioty z gry, albo – aby przeżyć – każe im wyrzucać ich na bruk. Natomiast anestezjologom z jedyneką minister zdrowia utrudnił możliwość wykonywania niektórych procedur, które dotychczas wykonywali bez żadnych przeszkód. W naszej skardze mogliśmy się oprzeć jedynie na anestezjologach, bo tylko oni mają swoje standardy uregulowane dającym się zaskarżyć do TK aktem prawnym, czyli rozporządzeniem ministra zdrowia.

Na tym przykładzie Związek chce stwierdzić, że istnieje szersze zjawisko nieposzanowania praw nabytych lekarzy. Dotyczy ono 47.009 spośród 161.356 lekarzy i dentystów wykonujących obecnie zawód, czyli niemal jednej trzeciej całej grupy zawodowej w Polsce (!). Według Centralnego Rejestru Lekarzy Naczelnej Izby Lekarskiej (dane z 30 czerwca 2014 r.) liczba lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji z chorób wewnętrznych wynosi 10.928 a specjalistów (z dwójką) 17.742, z chirurgii ogólnej odpowiednio 2.908 i 6.028, z okulistyki 1.073 i 3.391, z pediatrii 7.880 i 6.878, ze stomatologii jedynkowiczów jest 10.520 a dwójkowiczów 1.583. Z anestezjologii i intensywnej terapii: 1.377 z jedyneką i 4.956 specjalistów (z dwójką).

Prawie 50 tysięcy lekarzy straciło poczucie stabilizacji, bezpieczeństwa prawne i możliwość racjonalnego planowania przyszłych działań.

„Trybunał może być łakomym kąskiem dla polityków – pisze przewodniczący OZZL Krzysztof Bukiel. – Jego wyroki sprawiają bowiem wrażenie obiektywizmu i apolityczności, co może bardzo wzmocnić określone działania i decyzje rządzących mające charakter stricte polityczny. W ostatnich latach pojawiło się niemało wyroków TK, które mogą zaskądzić, a które wyraźnie ułatwiają i usprawiedliwiają decyzje rządu. Najbardziej chyba jaskrawym przykładem było uznanie składek do OFE za środki publiczne wbrew zapewnieniom składanym przez rząd przy ich tworzeniu. Pozwoliło to na dalsze manipulacje tymi środkami i – ostatecznie – przejęcie ich przez państwo, które zwróci je obywatelom na warunkach i w ilościach jakich zechce.”

Także na polu ochrony zdrowia Trybunał Konstytucyjny podejmował decyzje, które mogą zastanawiać. Przed laty OZZL zaskarżył do Trybunału tryb przeprowadzenia konkursu ofert przez kasy chorych (TK uznał wówczas, że OZZL ma do tego legitymację prawną!). Zaskarżaliśmy przepis, który stwierdzał, że kasa wybiera w konkursie „najlepszą ofertę”, nie określając w ogóle kryteriów tego wyboru, co – naszym zdaniem – łamało zasadę państwa prawnego. Trybunał uznał nasz wniosek za bezzasadny. Jednak parę lat później, gdy do Trybunału wpłynął wniosek grupy posłów PO podważający konstytucyjność ustawy o NFZ, Trybunał przychylił się do wniosku, uzasadniając to m.in. tym, że kryteria „konkursu ofert” były sprecyzowane niedostatecznie.

W pierwszym przypadku brak kryteriów nie był niekonstytucyjny, w drugim niekonstytucyjne było już nawet niedostateczne ich sprecyzowanie. Podobna rozbieżność zaszła przy ocenie przez Trybunał braku „koszyka świadczeń gwarantowanych”. Brak tego koszyka był jednym z powodów uznania za niekonstytucyjną ustawę o NFZ (z wniosku grupy posłów PO), ale już nie był, gdy podobny wniosek złożył OZZL w stosunku do uchwalonej w roku 2004 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która – w istocie – powieliała wszystkie główne wady ustawy o NFZ.

Nie przejmując się okazaną wyraźnie wrogością Trybunału Konstytucyjnego w stosunku do OZZL, na początku października OZZL na Krajowym Zjeździe Delegatów zdubluje w swoim statucie uprawnienia

wynikające z konstytucji, i znów wystąpi do trybunału z tym samym wnioskiem, w obronie praw nabytych lekarzy. Ciekawe, co wówczas trybunał wymyśli.

POST SCRIPTUM – ale nie epilog

Czytając teraz ponownie powyższy tekst, nie mogłem oprzeć się wrażeniu, że już na rok przed kryzysem rządowym związanym z Trybunałem Konstytucyjnym, udało mi się zdiagnozować paranoję, jaka opanowała tę instytucję. Choroba toczyła Trybunał znacznie wcześniej, niż doszło do trwającej do dziś (a jest wrzesień 2016 r.) przewlekłej obstrukcji TK spowodowanej konfliktem interesów i personaliów na linii rząd ustępujący (PO) / rząd następujący (PiS). Jednym z objawów tej paranoi było właśnie zarzucanie naszemu Związkowi braku zapisu statutowego dotyczącego uprawnienia, które należy się nam i tak z mocy konstytucji, zwłaszcza że przez wszystkie poprzednie lata OZZL z takim zarzutem ze strony TK się nie spotkał, a wszystkie nasze skargi były rozpatrywane.

Aby nie dać się Trybunałowi zbyć byle czym, na XIII Krajowym Zjeździe Delegatów OZZL w Wojanowie 3 października 2014 r. delegaci wpisali do statutu OZZL to, co się Związkowi i tak należało z mocy Konstytucji RP, czyli zapis, że ma on prawo występować do Trybunału z wnioskami o stwierdzenie niezgodności z konstytucją różnych aktów prawnych, po czym ponownie skierował wzmiankowany wyżej wniosek do TK.

I oto pismem datowanym na 20 października 2015 r., adresowanym do osób reprezentujących OZZL w tej sprawie, czyli do mnie i do naszego radcy prawnego Kajetana Komar-Komarowskiego, prezes TK Andrzej Rzepliński zawiadomił nas, iż *„na skutek wniosku Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego lekarzy z 22 maja 2015 r., któremu nadano bieg zgodnie z zarządzeniem sędziego TK z 8 października 2015 r., zostało wszczęte postępowanie przed Trybunałem Konstytucyjnym. Kopie wniosku zostały przesłane do uczestników postępowania w celu zajęcia stanowisk na piśmie. O tym, czy sprawa zostanie rozpoznana na rozprawie albo na posiedzeniu niejawnym zadecyduje skład orzekający, o czym uczestnicy postępowania zostaną powiadomieni odrębnym pismem.”*

W międzyczasie stanowiska zajęli inni uczestnicy postępowania. Rada Ministrów zawiadomiła, że nie zgłasza swojego udziału w sprawie

o sygn.. akt U 5/15. Rzecznik Praw Obywatelskich Adam Bodnar wystosował do TK wspaniały elaborat, w pełni popierający stanowisko OZZL.

Natomiast nie popisały się Ministerstwo Zdrowia i Prokuratura Generalna. Ta ostatnia, reprezentowana przez zastępcę prokuratora generalnego Roberta Hernanda, zbagatelizowała zakres zastosowanych ograniczeń, stwierdzając że są na tyle nieistotne, iż nie stanowią problemu, a wydanie wyroku w tej sprawie jest niedopuszczalne.

Z kolei minister zdrowia w osobie Konstantego Radziwiłła, uznając że wniosek OZZL nie zasługuje na uwzględnienie, stwierdził m.in., iż *„lekarz z pierwszym stopniem specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii nie gwarantuje udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi o jakości adekwatnej do aktualnej wiedzy medycznej, a tym samym istnieje potencjalne zagrożenie dla realizacji konstytucyjnie chronionego prawa pacjentów do ochrony zdrowia”*. (!!!)

Ta obrażająca lekarzy opinia oznacza, że Radziwiłł uznał 50 tysięcy jedynkowiczów za nieuków i szkodników, ciekawe więc dlaczego minister nadal pozwala im w ogóle pracować w zawodzie, bo jeśli rzeczywiście byłoby tak jak pisze, to mając tego świadomość, uczestniczyłyby w tolerowaniu masowych przestępstw przeciwko zdrowiu i życiu obywateli. Ciekawe też, na czym kolega Konstanty oparł tę opinię, bo żadne aktualne dane statystyczne ani opracowania naukowe na ten temat się nie wypowiadają.

W odpowiedzi na nasz stanowczy protest przeciwko takiemu postawieniu sprawy minister Radziwiłł odpisał, że zostaną podjęte konsultacje z właściwymi ekspertami. O ile jednak będą to ci sami eksperci, którzy brali udział w tworzeniu tych bezsensownych przepisów, to wynik takich konsultacji mogę przewidzieć z góry. Za który uprzejmie dziękuję.

Wreszcie 27 lipca 2016 r. Trybunał Konstytucyjny (w składzie: Stanisław Biernat – przewodniczący, Leon Kieres – sprawozdawca, Zbigniew Jędrzejewski) raczył coś postanowić w naszej sprawie. Otóż postanowił on... umorzyć postępowanie. I już.

ZDRADA Z ZEJŚCIEM PO DYŻURACH

Ryszard Kijak

Aktualności OZZL.org.pl, listopad 2014

Jest tak. Pracownicy medyczni zatrudnieni w podmiocie leczniczym mogą być zobowiązani do pełnienia dyżuru medycznego. Pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny, bezpośrednio po jego zakończeniu powinien być udzielony okres odpoczynku. Za nieobecność w pracy z tego tytułu (co ważne: realizowaną w godzinach normalnych, czyli etatowych) niektórzy pracodawcy redukują pracownikom wynagrodzenie zasadnicze. Inni zaś na konto nieobecności w godzinach normalnych potrącają pracownikom wynagrodzenie dyżurowe. A to już budzi silny sprzeciw, ponieważ ustawowy okres odpoczynku jest realizowany po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego. Po dyżurze, a nie w jego trakcie.

Godzin dyżurowych nie mieszać z etatowymi!

Ci, którzy nie zgadzali się na potrącanie im wynagrodzenia za godziny dyżurowe z tytułu przymusowego opuszczania godzin etatowych, występowali do sądów pracy z pozwami o zwrot uszczuplonego w ten sposób wynagrodzenia dyżurowego, i w znakomitej większości przypadków wygrywali te sprawy. W sądach rejonowych i okręgowych (np. w Rzeszowie, Krakowie, Łodzi czy w Białymstoku) zapadło wiele prawomocnych wyroków, uznających, iż brak jest podstaw do tego, aby godzinami dyżurów uzupełniać brakujące godziny pracy etatowej.

Taki też wyrok zapadł m.in. w Sądzie Rejonowym w Białymstoku VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 13 lutego 2013 r. (sygn. akt VIP 233/12), oraz w Sądzie Okręgowym w Białymsto-

ku V Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 23 maja 2013 r. (sygn. akt V Pa 40/13).

Przekonanie o słuszności roszczeń lekarzy podtrzymał również Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 4 czerwca 2013 r. (sygn. akt I PK 293/12), w którym skład I Wydziału Izby Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych SN odrzucił skargę kasacyjną pozwanego podmiotu z Łodzi, potwierdzając prawo pracowników medycznych do odszkodowania z tytułu uszczuplenia wynagrodzenia dyżurowego. W wyniku tych rozstrzygnięć, powodom wypłacono żądane kwoty wraz z odsetkami.

Wydawało się więc, że linia orzecznicza sądu jest już ustalona i że każdy, kto będąc w podobnej sytuacji złoży pozew, może liczyć na wygraną. Nic bardziej mylnego.

Manipulacja treścią pozwu

Zupełnie niespodziewanie, w III Wydziale Izby Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych SN zapadło orzeczenie przeciwne. 8 października 2013 r. (sygn. akt III PK 110/12) sąd stwierdził, że *„podstawą sporu jest prawo powodów do wynagrodzenia za czas niewykonywania pracy w normalnym czasie pracy ze względu na korzystanie z obligatoryjnego odpoczynku po zakończeniu dyżuru”*, po czym uznał wniosek pozwanego zakładu o kasację za uzasadniony, co oznaczało przegraną skarżących lekarzy.

Tą też drogą, również zupełnie niespodziewanie, wykazując brak konsekwencji i wbrew swojemu poprzedniemu orzeczeniu z dnia 4 czerwca 2013 r. (sygn. akt I PK 293/12) poszedł Sąd Najwyższy z I Wydziału Izby Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych we wspomnianej wyżej sprawie z Białegostoku (sygn. akt V Pa 40/13), która także trafiła tamże do rozpatrzenia w wyniku wniosku kasacyjnego strony pozwanej (otrzymując sygn. akt I PK 229/13). Powód nie domagał się tu *„wynagrodzenia za czas niewykonywania pracy w normalnym czasie pracy ze względu na korzystanie z obligatoryjnego odpoczynku po zakończeniu dyżuru”*, domagał się jedynie niepotrącania mu wynagrodzenia dyżurowego za korzystanie z obligatoryjnego odpoczynku po zakończeniu dyżuru.

SN z I Wydziału Izby Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych zwątpił w samego siebie i nie podtrzymał własnej doktryny

wyrażonej w dniu 4 czerwca 2013 r. (sygn. I PK 293/12). Mimo że powód z Białegostoku wielokrotnie podkreślał, iż pragnie jedynie tego, aby mu w poczet odpoczynku nie potrącać wynagrodzenia dyżurowego, ponieważ obligatoryjny odpoczynek następował w normalnym czasie pracy, a nie w czasie dyżurów, to jednak sąd całkowicie zignorował takie postawienie sprawy i narzucił swoją treść, znacznie odbiegającą od sensu pozwu.

Sąd wie lepiej, czego chce powód

Na posiedzeniu w dniu 4 kwietnia 2014 r. I Wydział Izby Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych SN w składzie: SSN Małgorzata Gersdorf (sędzia sprawozdawca), SSN Józef Iwulski, SSN Jolanta Strusińska-Żukowska, w sprawie I PK 229/13 (z nową sygn. akt: I PZP 2/14) postanowił skierować na skład siedmioosobowy zagadnienie prawne jak następuje:

„Czy w warunkach organizacji pracy, w których wskutek wyznaczenia dyżurów medycznych w rozumieniu art. 95 ustawy z dnia 14 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (jednolity tekst Dz.U. z 15 lutego 2013 poz. 217) wyłączona została możliwość wykonywania pracy w pełnym wymiarze normalnego czasu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym, lekarz nabywa prawo do wynagrodzenia za czas nieprzepracowany w normalnym czasie pracy?”

Na zakończenie 6-stronicowego uzasadnienia zadanego pytania, znacznie wykraczającego poza treść pozwu w rozpatrywanej sprawie, kierujący zagadnienie prawne trzyosobowy skład SN przestrzegł skład siedmioosobowy w następujący sposób: **„Nie można także zapominać, że treść rozstrzygnięcia tego problemu na niekorzyść pracodawców może rzutować na ich sytuację finansową.”**

Co mówi ustawa?

W tym miejscu należy przypomnieć, jakie regulacje zawiera ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Art. 95. Dyżury medyczne.

1. Pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia

zdrowotne mogą być zobowiązani do pełnienia w przedsiębiorstwie tego podmiotu dyżuru medycznego.

2. Dyżurem medycznym jest wykonywanie poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych przez osoby, o których mowa w ust. 1, w podmiocie leczniczym wykonującym stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

3. Czas pełnienia dyżuru medycznego wlicza się do czasu pracy.

4. Praca w ramach pełnienia dyżuru medycznego może być planowana również w zakresie, w jakim będzie przekraczać 37 godzin 55 minut na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Do pracy w ramach pełnienia dyżuru nie stosuje się przepisów art. 151 *przekroczenie czasu pracy – praca w godzinach nadliczbowych*, § 3, art. 151³ *dzień wolny od pracy – ekwiwalent*, i art. 151⁴ *brak wynagrodzenia za godziny nadliczbowe*, ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

5. Do wynagrodzenia za pracę w ramach pełnienia dyżuru medycznego stosuje się odpowiednio przepisy art. 151¹ *dodatek za pracę w godzinach nadliczbowych*, § 1-3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

6. Zasad wynagradzania, o których mowa w przepisach art. 151¹ *dodatek za pracę w godzinach nadliczbowych*, § 1-3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, nie stosuje się do lekarzy stażystów, których zasady wynagradzania określają odrębne przepisy.

Art. 97. Okres odpoczynku.

1. Pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku.

2. Pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny okres odpoczynku, o którym mowa w ust. 1, powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego.

Godziny dyżurowe mieszczą z etatowymi!

Już w siedem miesięcy później, bo 6 listopada 2014 r., poszerzony skład SN w osobach: przewodniczący – prezes SN Teresa Flemming-Kulesza, SSN Zbigniew Hajn, SSN Halina Kiryło, SSN Zbigniew Korzeniowski, SSN Maciej Pacuda, SSN Jolanta Strusińska-Żukowska, SSN Małgorzata Wrębiakowska-Marzec podjął uchwałę:

„Za pracę w ramach pełnienia dyżuru medycznego dopełniającego czas pracy lekarza do obowiązującej go przeciętnej tygodniowej normy czasu pracy (art. 95 ust. 4 w związku z art. 93 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej; jednolity tekst: Dz.U. 2013 r., poz. 217 ze zm.) przysługuje jedynie dodatek w wysokości określonej przez odpowiednio stosowane przepisy art. 150¹ § 1-3 k.p. (art. 95 ust. 5 tej ustawy)”

W dotychczasowej, stosowanej od kilku lat linii orzeczniczej, sądy opierały się na ustawowej definicji dyżuru medycznego, który jest wykonywany „poza normalnymi godzinami” (art. 90 ust. 2) i uznawały, że wynagrodzenie za dyżury również należy naliczać poza normalnymi godzinami, a zatem – że nie można tego wszystkiego wrzucać do jednego worka. Natomiast świeżo wylansowana doktryna przeciwna oparła się o następny zapis ustawy (art. 90 ust. 3), stanowiący, iż „czas pełnienia dyżuru medycznego wlicza się do czasu pracy”, a co za tym idzie – że jednak można wszystko wrzucać do jednego worka. Zignorowany zupełnie został fakt, iż wliczenie dyżuru medycznego do czasu pracy wcale nie miało na celu wymieszania godzin normalnych z dyżurowymi, godzin zasadniczych z nadgodzinami. Miało to być zabezpieczenie pracownika przed przekraczaniem norm czasu pracy.

Sytuacja finansowa pracodawców

I tyle. Dziękuję, więcej pytań nie mam. Jak widać, treść skierowanego na siedmioosobowy skład SN zagadnienia prawnego wykroczyła daleko poza zakres pozwu i wypaczyła jego sens. A uczulenie poszerzonego składu SN na finansowe konsekwencje w przypadku wygranej lekarzy (*„Nie można także zapominać, że treść rozstrzygnięcia tego problemu na niekorzyść pracodawców może rzutować na ich sytuację finansową”*) nie poszło w las i – moim zdaniem – praktycznie przesądziło sprawę. Po takiej uwadze lekarze nie mogli się spodziewać niczego dobrego, i rzeczywiście niczego dobrego się nie doczekali. Skala zjawiska i suma roszczeń najwidoczniej okazała się zbyt duża, aby sąd mógł skupić się li tylko na literze i li tylko na duchu prawa, czego po wymiarze sprawiedliwości należałoby oczekiwać.

To nie pierwszy taki przypadek. Kiedy w Sądzie Najwyższym była rozpatrywana sprawa o płacową dyskryminację lekarzy specjalistów w stosunku do rezydentów, gdyż mają oni wyższe wynagrodzenie za-

sadnicze niż wielu specjalistów (stroną powodową w tym procesie był zresztą ten sam lekarz, który wystąpił z omawianym tu właśnie pozwem o potrącanie wynagrodzenia dyżurowego, czyli ja), SN orzekł, iż żadne zjawisko dyskryminacji nie ma miejsca, ponieważ wynagrodzenie rezydentów (finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia) jest niezależne od pracodawcy. Jak widać, w rozumieniu sądu regulacja mogłaby więc polegać jedynie na... obniżeniu wynagrodzenia rezydentom. Natomiast, z uporem maniaka, sąd unikał pójscia w drugą stronę, i przyznania, że pracodawca ma za to wpływ na wynagrodzenie zatrudnianych u siebie specjalistów! Nie może obniżyć pensji rezydenta, ale – może podwyższyć pensję specjalisty. W każdej jednak instancji sąd uciekał od przyznania tego prostego faktu, jak diabeł od święconej wody. Tu się bowiem kończy wymiar sprawiedliwości, a zaczyna polityka i konformizm.

Absurdy ustawy, absurdy uchwały

Wracając do meritum. Otóż siedmioosobowy skład SN, w celu sporządzenia takiej a nie innej treści swojej uchwały, obok znanej z ustawy o działalności leczniczej definicji dyżuru medycznego („*dyżurem medycznym jest wykonywanie poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych*”) posłużył się całkiem nową definicją: „*dyżur medyczny dopełniający czas pracy lekarza do obowiązującej go przeciętnej tygodniowej normy czasu pracy*”. A więc mamy teraz dyżur medyczny pełniony poza normalnymi godzinami pracy (ustawa o działalności leczniczej) i dyżur medyczny dopełniający czas pracy lekarza (uchwała SN). Ponadto, dyżur medyczny dotyczy „*pracowników wykonujących zawód medyczny i posiadających wyższe wykształcenie*” (ustawa), zaś dyżur medyczny dopełniający czas pracy dotyczy jedynie „*lekarza*” (uchwała SN).

Uchwała więc – zamiast poprawić absurdy ustawowe, polegające na tym, że z jednej strony pracownik może być zobowiązany do pełnienia dyżuru medycznego, a z drugiej, bezpośrednio po jego zakończeniu, czyli w normalnych godzinach, musi wykorzystać okres odpoczynku, co powoduje, że nigdy nie wypracuje miesięcznej normy godzin etatowych, a tym samym, z etatu nigdy nie zarobi na swoje wynagrodzenie zasadnicze zagwarantowane w umowie o pracę – dodała jeszcze swoje własne niedomagania.

Bo poza wprowadzeniem nowego rodzaju dyżuru, oraz ograniczeniem jego stosowania tylko do lekarza (zamiast, jak w ustawie, do „pracowników wykonujących zawód medyczny i posiadających wyższe wykształcenie”), uchwała każe się zastanawiać nad tym, jakaż to logika pozwala na pogodzenie ustawowego wymogu, że dyżur może być pełniony wyłącznie poza godzinami normalnymi, z jednoczesnym pozwoleniem na wrzucanie godzin dyżurowych do normalnych. Następuje tu wyraźne zatarcie różnicy pomiędzy godzinami normalnymi a dyżurowymi, co stoi w ewidentnej sprzeczności z zapisami ustawy o działalności leczniczej, która wyraźnie odgranicza jeden obszar działalności od drugiego.

Zamiast odpoczynku – frustracja

W polskich realiach, implementowane przepisy unijne stają się ich parodią. Ustawy wzbogaca się szlachetną treścią, ale wobec braku zapewnienia środków na realizację słuszych skądinąd postanowień, przybierają one karykaturalną formę. Zapomina się, czemu mają służyć.

Tak właśnie jest z dyrektywą o czasie pracy, która pojawiła się w ustawie o działalności leczniczej, lecz zamiast doprowadzić do tego, by lekarz był wypoczęty a tym samym – bezpieczny dla pacjenta (co właśnie było jej intencją), wskutek braku precyzji i wskazania odpowiedniej rekompensaty spowodowała tylko obniżenie zarobków medyków oraz wywołaną tym ich frustrację. Lekarze etatowi, ustawowo zmuszani do bezrobocia w dniu po dyżurze, ów obligatoryjny odpoczynek fundują sobie sami, z własnych pieniędzy, bo po każdym dyżurze mającym zakończenie w dzień roboczy, potrąca się im całą dniówkę i mówi, że jest to zgodne z przepisami. Miesięcznie, po każdych czterech takich dyżurach, przepada im 30 godzin, czyli równowartość aż jednej czwartej etatu.

Jak się teraz okazało, tak właśnie ma być. Nie jest ważne, jaki cel miały implementowane przepisy, nie jest ważne, jakie miały zadania do spełnienia. Ważne jest co innego: „**Nie można także zapominać, że treść rozstrzygnięcia tego problemu na niekorzyść pracodawców może rzutować na ich sytuację finansową.**” Koniec cytatu.

POST SCRIPTUM – epilog?

W opisywanej wyżej sprawie powodem byłem ja osobiście. Obserwowałem z bliska, jak Sąd Najwyższy gorączkowo odkręcał korzystne dla lekarzy wyroki sądów rejonowych, sądów okręgowych i swoje własne, najwyższe, aby jak najszybciej zatamować możliwość pojawienia się szerokiej, bo co najmniej kilkunastotysięcznej jeśli nie kilkudziesięciotysięcznej fali roszczeń lekarzy. Jednocześnie pojawiły się też jakieś zupełnie dziwne i bezsensowne decyzje sądowe, wskutek których, mimo że siedmioosobowy skład SN podjął swoją uchwałę 6 listopada 2014 r., jeszcze w maju 2016 r. sprawa się nie skończyła.

A stało się tak, ponieważ SN, po uzyskaniu siedmioosobowej uchwały, zamiast zamknąć temat, w dniu 28 stycznia 2015 r. uchylił zaskarżony wyrok i... przekazał sprawę Sądowi Okręgowemu w Białymstoku do... ponownego rozpoznania! Po jaką cholerę, się pytam, skoro w moim przypadku siedmioosobowa uchwała SN jest wiążąca? No, ale przekazał, Sąd Okręgowy w Białymstoku się zebrał, i zgadnijcie co zrobił? Przekazał sprawę do... ponownego rozpoznania przez Sąd Rejonowy! Po jaką cholerę, się pytam, skoro w moim przypadku siedmioosobowa uchwała SN jest wiążąca? No, ale przekazał, Sąd Rejonowy w Białymstoku się zebrał, i zgadnijcie co zrobił? Oddalił moje powództwo (choć dwa lata wcześniej orzekł na moją korzyść) i zgadnijcie co zrobił? Pouczył mnie, że od tego wyroku przysługuje... apelacja do Sądu Okręgowego! Po jaką cholerę, się pytam, skoro w moim przypadku siedmioosobowa uchwała SN jest wiążąca? No ale skoro przysługuje mi odwołanie, to przecież nie zgodzę się z niekorzystnym dla mnie werdyktem, tylko się oczywiście odwołam. I tak zrobiłem. No i co na to Sąd Okręgowy? Podtrzymał otóż orzeczenie Sądu Rejonowego oddalające tym razem moje powództwo (choć dwa lata wcześniej orzekł na moją korzyść) i zgadnijcie co jeszcze zrobił? Pouczył mnie, że od tego wyroku przysługuje... kasacja do Sądu Najwyższego! Po jaką cholerę, się pytam, skoro w moim przypadku siedmioosobowa uchwała SN jest wiążąca? No ale skoro przysługuje mi kasacja, to przecież nie zgodzę się z niekorzystnym werdyktem, tylko się oczywiście odwołam. I będzie kasacja. Sąd Najwyższy odrzuci ją zapewne bez rozpatrywania, bo jak wspominałem, w moim przypadku siedmioosobowa uchwała SN jest wiążąca, i w ten sposób dogłębnie wyczerpię drogę sprawiedliwości,

a właściwie „sprawiedliwości” krajowej, dzięki czemu będę mógł ruszyć na szerokie wody sprawiedliwości unijnej.

Żeby było ciekawiej, w pierwszym nawrocie (tym w górę), kiedy jeszcze wygrywałem, Sąd Okręgowy orzekł, że wyrok Sądu Rejonowego na moją korzyść jest prawomocny, otrzymałem też tytuł do egzekucji, i w związku z tym pracodawca wypłacił mi prawie 23 tysiące odszkodowania. Drugi nawrót (ten w dół, po siedmioosobowej uchwale SN) był w zasadzie jałowy, ale musiałem zapłacić niecały tysiąc zł kosztów zastępstwa procesowego. Lecz trzeci z kolei nawrót (ten znów w górę) na wysokości Sądu Okręgowego wysłał ze mnie owe otrzymane wcześniej 23 tysiące odszkodowania i zwróciłem je już szpitalowi, mimo że dwa lata temu miałem na tę kwotę rzekomo prawomocny wyrok i rzekomo tytuł wykonawczy.

Czegoś takiego to chyba ani Mroźek ani Kafka by nie wymyślili. I taki jest stan rzeczy w tej sprawie w maju roku 2016. W każdym razie ciekaw jestem, czy z pomocą biura prawnego obsługującego OZZL sprawę uda się wkręcić w tryby sprawiedliwości europejskiej, i co z tego wyniknie.

SUPERPAKIET

Zdzisław Szramik

Biuletyn OIL w Rzeszowie, marzec 2015

Minął kolejny rok, niestety kolejny stracony dla pacjentów, dla pracowników ochrony zdrowia ale także z punktu widzenia wydolności systemu. To, co z takim szumem medialnym wprowadzono jako rewelację w opiece zdrowotnej, przeszło najgorsze oczekiwania! Wprawdzie to nie pierwsza nietrafiona zmiana, wprowadzona za rządów obecnej koalicji parlamentarno-rządowej, ale rozmiar pomyłki wprost poraża.

Odrobina historii

Wszystko zaczęło się w listopadzie 2013 roku. Przewodniczący OZZL (...) w imieniu Zarządu Krajowego, wystosował list otwarty do premiera rządu RP, zawierający wezwanie do zaprzestania limitowania leczenia chorób onkologicznych, które nazwał wprost barbarzyństwem. Odniosłem wrażenie, że list został przyjęty chłodno, wręcz z niesmakiem i zażenowaniem, a większość mediów odniosła się doń z dużą rezerwą, zwłaszcza, że użyte tam sformułowanie „barbarzyństwo” nijak się miało do Polski w środku Europy, zielonej wyspy bez kryzysu i ogólnie panującej euforii, jako skutku nieprzerwanego pasma sukcesów rządzącej formacji.

Kiedy widocznym było, że nie da się przejść nad tematem do porządku dziennego, bo włączyło się Polskie Towarzystwo Onkologiczne oraz niektóre organizacje pacjentów, zabrał głos premier rządu. Nie na posiedzeniu Rady Ministrów, nie na roboczej naradzie w Ministerstwie Zdrowia ale na... zjeździe wiodącej partii, która od kilku lat wytyczała Polsce jedynie słuszny kierunek. Otóż na tymże zjeździe premier wydał polecenie skrócenia kolejek w podstawowej opiece, a także w onkologii.

Interwał czasowy między listem otwartym a wystąpieniem premiera na zjeździe miał na celu wykluczenie związku przyczynowego między tymi wydarzeniami. Niemałą zasługę na tym polu położyło też towarzystwo onkologiczne, które zaczęło traktować tę inicjatywę jako własny pomysł.

Bardzo ważnym i jednocześnie bardzo charakterystycznym elementem był sposób wydania polecenia – skrócić i już! Premier nie zapewnił ministra, że na realizację zadania znajdą się dodatkowe środki (...), tylko wydał rozkaz, jak w dobrze zorganizowanej mafii. To dobry przykład łamania prawa, bo jak zrobić coś z niczego? Przy tak złym początku, później mogło być tylko gorzej!

Najważniejsza propaganda!

Od czasu zjazdu przewodniej siły i słynnego wystąpienia premiera problem onkologii i kolejek zyskał oficjalny żywot. Pan minister oficjalnie ogłosił, że przygotowuje epokowe rozwiązania – pakiety onkologiczny i antykolejkowy. Oczywiście nie było ani przez chwilę mowy o „barbarzyństwie”, ale o wspaniałym „przełomie”, którego dokona jedynie słuszna siła pod świątłym przywództwem premiera. Onkolodzy nawet przez chwilę uwierzyli, że się to uda. Zaproszeni do współpracy przez najgorzej ocenianego ministra w rządzie, sypali pomysłami natury organizacyjnej, finansowej a nawet merytorycznej! W tym czasie, w mediach trwała kampania propagandowa – znów byliśmy w czołówce Europy, a może i świata!

Po przedstawieniu pierwszych propozycji regulacji prawnych przez ministerstwo, entuzjazm nieco opadł, a w trakcie ujawniania dalszych szczegółów powoli zaczęły wycofywać się tzw. autorytety, których instrumentalnie użyto do propagandowej hucpy. Po raz kolejny okazało się, że właściwie żadne merytoryczne zmiany, sugerowane przez towarzystwa naukowe, samorząd lekarski czy związki zawodowe, nie zostaną uwzględnione, bo minister wie lepiej! Po raz kolejny okazało się, że biegunkę leczymy... papierem toaletowym!

Miało być dobrze, a wyszło... jak zawsze!

Posumowaniem roku i nowości wprowadzonych przez ministra zdrowia był protest lekarzy POZ, skupionych w Porozumieniu Zielono-

górskim, który zorganizowano na początku stycznia. Protest, polegający na nie podpisaniu umów z NFZ na świadczenie usług z zakresu podstawowej opieki, był jak najbardziej cywilizowaną formą reakcji na skrajnie niekorzystne zapisy „pakietowe”. Wprawdzie w akcji wzięło udział „tylko” 15-20 procent zainteresowanych, ale właśnie ta „garstka” niepokornych, którzy byli na tyle bezczelni, że przed podpisaniem przeczytali umowy serwowane przez NFZ, nie pozwoliła ogłosić totalnego sukcesu! Jakby tego było mało, niektórzy z tych, co podpisali, zaczęli owe umowy wypowiadać!

Tego już było za wiele! Do akcji wkroczył sam minister. Oskarżył lekarzy, że zapomnieli o powołaniu, że są już tylko biznesmenami (co ciekawe – oczekuje tego od dyrektorów szpitali, żeby się one bilansowały), a nawet, że mają jakieś ciemne interesy w jakiejś bliżej nieznannej spółce, która, nota bene, nic z działalnością leczniczą wspólnego nie miała.

To wystąpienie dało pożywkę prorządowym mediom. Starannie selekcjonowano wypowiedzi tzw. opinii publicznej, oburzonych i „skrzywdzonych” pacjentów, a zdania osób zorientowanych w temacie skrzętnie cenzurowano. Dała głos również Krystyna Barbara – rzekomy rzecznik praw pacjentów, sugerując ogromną krzywdę tych, którzy, ponoć, nie mogli uzyskać dokumentacji z leczenia w zamkniętych placówkach POZ. Taka zmasowana akcja propagandowa nie mogła się nie udać. Pacjentom kolejny raz wmówiono, kto jest ich prawdziwym wrogiem, a społeczeństwo kolejny raz zostało „obronione” przed złymi i bezdusznymi lekarzami.

Po ich owocach ich poznacie!

Ta stara ewangeliczna zasada sprawdziła się i tutaj. Początkowo nieliczne głosy kontestatorów nowego porządku przeszły w prawdziwy, wielogłosowy chór. To już nie tylko POZ, nie akceptujący skierowań do okulisty i dermatologa, finansujący wiele nowych badań bez pewności ich refundacji, ale także AOS, w której pojawiły się bezpłatne wizyty pierwszorazowe, skomplikowana sprawozdawczość, służąca tylko jednemu celowi – niepłaceniu za wykonaną usługę, czy limity czasowe, które część badań czynią nier refundowanymi.

Także onkolodzy, na początku gorliwie wspierający ministra, zauważyli, że część procedur onkologicznych jest niżej niż dotychczas

wyceniona, a prowadzenie pacjentów po leczeniu onkologicznym przez POZ może mieć wpływ na przeoczenie wznowy i pogorszenie wyników leczenia. Również samorząd lekarski nie umiał się zachować i bezczelnie zauważył, że pacjenci onkologiczni nie idą swoją własną, bezkolejkową drogą, tylko wypychają z kolejki tych nieonkologicznych. Pojawiają się też, na razie nieśmiało, głosy, że może trzeba już nowelizować superpakiet, a niektórzy dyrektorzy szpitali wręcz go wypowiadają, twierdząc, że według starych zasad rozliczania było dla szpitali korzystniej!

Co dalej?

Po raz kolejny zmarnowaliśmy dużo czasu i jeszcze więcej pieniędzy na pseudofachowców i ich pseudoreformy. Powstaje pytanie co musi się stać, by wprowadzono rzeczywiste reformy systemu tak, aby był on wydolny i rzeczywiście służył zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych Polaków, a nie tylko bilansowaniu się NFZ. Bo wszystko na to wskazuje, że to drugie jest celem systemu ochrony zdrowia w naszym kraju!

W tym roku odbędą się kolejne wybory parlamentarne – spróbujmy wreszcie coś zmienić. Polacy zasługują na trochę lepsze życie, a na pewno naprawdę o samych sobie. Stać nas na coś lepszego niż obecny pseudosystem pseudoochrony zdrowia!

POSEŁ SZUKA PANA

Krzysztof Bukiel

Menedżer Zdrowia, kwiecień 2015

Od pewnego czasu mam psa, zupełnie niespodziewanie. Po prostu przybłąkał się i został. I dopiero teraz, obserwując jego zachowanie zrozumiałem, co znaczą takie stwierdzenia, jak „*być wiernym jak pies*” albo „*chodzić za kimś jak pies*”. Najwyraźniej w psiej naturze jest mieć pana, słuchać go, postępować według jego woli. Dlatego pies, który się zgubi zawsze szuka swego pana, albo... ogląda się za nowym.

Ten obraz: psa szukającego pana, narzucił mi się, gdy w ostatnim czasie media informowały o kolejnych licznych transferach posłów z upadających partii do innych, silniejszych ugrupowań. Każdy z tych parlamentarzystów próbował uzasadnić swoje przejście jakimiś merytorycznymi argumentami, ale przecież wiadomo, że prawdziwy powód jest jeden: poseł szuka partii, która ma szansę wejść do Sejmu przy najbliższych wyborach. A gdy już zostanie tam zaaprobowany musi zaskarbić sobie tak wielką przychylność partyjnego szefa aby znaleźć się na „biorącym” miejscu partyjnej listy wyborczej.

Mamy bowiem w Polsce taką ordynację wyborczą do sejmu, że nawet najwybitniejszy polityk bez poparcia odpowiednio silnej partii nie ma szansy zostać posłem. To rodzi konkretne skutki: poseł (i jednocześnie kandydat na posła kolejnej kadencji) traci zupełnie swoją niezależność, wyzbywa się swoich poglądów i podporządkowuje całkowicie partii. Jest to proces, jak sądzę, nie do końca uświadamiany. Politycy odcuczają się samodzielnego myślenia, nieskrępowanej dyskusji, jasnego formułowania swoich stanowisk, pilnując się aby partia była z nich zadowolona.

Skutkuje to – w różnych dziedzinach – konkretnymi rozwiązaniami, które nierzadko są złe tylko dlatego, że posłowie rządzącej koalicji nie śmieli krytykować rządowych propozycji i popierali je nawet wbrew sobie. Przykładem takiego rozwiązania jest – moim zdaniem – pakiet onkologiczny. Wszedł w życie mimo wielu krytycznych uwag napływających zewsząd, a pierwsze miesiące funkcjonowania nowych przepisów potwierdziły tylko trafność zarzutów. O tym, że jego błędy dostrzegali nie tylko przedstawiciele opozycji ale i parlamentarzyści rządzącej koalicji przekonała mnie niedawno dyskusja w telewizyjnym studiu. Wzięło w niej udział czworo posłów: dwóch panów z opozycji i dwie panie z ugrupowań rządzących, wszyscy lekarze, dobrze zorientowani w temacie. Tego, że przedstawiciele opozycji krytykowali pakiet można się było spodziewać. Podobnie jak i tego, że parlamentarzystki z rządzących ugrupowań broniły zasadności jego wprowadzenia.

Najciekawsze były jednak stwierdzenia, które padły niejako na marginesie dyskusji: okazało się, że ani jedna przedstawicielka rządzącej koalicji (profesor pediatrii i hematologii dziecięcej) ani druga (ginekolog, prowadząca prywatną poradnię z kontraktem z NFZ) nie leczą u siebie pacjentów nowotworowych wg zasad pakietu onkologicznego (którego nie podpisały), ale po staremu. Stwierdziły bowiem, że nowe przepisy tylko by im utrudniły postępowanie i wydłużyły drogę chorego do leczenia. Można tylko domniemywać, że obu paniom zabrakło odwagi aby podobne uwagi zgłosić w trakcie dyskusji o pakiecie, jaka odbywała się w parlamencie.

Wzmocnienie pozycji posła, zwiększenie jego niezależności od partii, większe związanie z wyborcami niż z kierownictwem partii jest konieczne aby dyskusja w Sejmie miała bardziej merytoryczny charakter, a wprowadzane przepisy były lepsze.

Jest to problem, który dotyczy również opieki zdrowotnej. Sposobem aby tej zmiany dokonać jest z pewnością wprowadzenie większościowej ordynacji wyborczej do Sejmu, opartej o jednomandatowe okręgi wyborcze (JOW). Dlatego OZZL od lat popiera działania na rzecz JOW. I nie jest to żadne „politykowanie”, ale dobrze rozumiana troska o sprawny system opieki zdrowotnej.

JAK DOBRZE BYĆ... LEKARZEM!

Zdzisław Szramik

Biuletyn OIL w Rzeszowie, wrzesień 2015

Na temat lekarskich zarobków, a dokładniej mówiąc dochodów, powiedziano już niemal wszystko. Autorami tych wypowiedzi są ludzie zazwyczaj bardzo dobrze poinformowani, bo nie znoszący sprzeciwu ton ich wypowiedzi nie pozostawia w tym względzie cienia wątpliwości. Możemy zaliczyć do nich kolejnych ministrów zdrowia, kilku premierów, sporą rzeszę mainstreamowych dziennikarzy oraz tzw. opinię publiczną – panią Gienię, panią Dziunię, panią Ziutę oraz pana Kazia z I klatki schodowej.

Spore zasługi na tym polu położył także ongiś pierwszoplanowy polityk rządzącej koalicji, marszałek Sejmu, bajkopisarz i posiadacz Saby w jednej osobie. Tenże prominentny przedstawiciel rządzącej wówczas formacji nie tylko chciał sprawdzić zawartość lekarskich garaży, ale zaoferował malkontentom, niezadowolonym z niskich zarobków, obuwie zdrowotne, zwane popularnie kamaszami. W ten spektakularny sposób przeszedł do historii, a na pewno zostanie w pamięci wielu lekarzy do końca życia.

Był niewątpliwie pierwszym, który miał odwagę oficjalnie zaproponować takie rozwiązanie, ale na pewno nie jedynym i nie ostatnim, bo podobny, „kamaszowy” sposób myślenia, przebija z wypowiedzi wielu polityków, właściwie wszystkich partii. Przejściowych sojuszników, zatroskanych losem ochrony zdrowia, mamy tylko wśród opozycji, zazwyczaj na kilka miesięcy przed wyborami.

Dezinformacja

Rozpowszechnianie oficjalnie, półoficjalnie, a także nieoficjalnie – w postaci tzw. szeptanek, nieprawdziwych informacji, mające przy-

nieść określony skutek bezpośrednio lub pośrednio, było zawsze mocną stroną kolejnych rządów. Można nawet odnieść wrażenie, że zmieniały się rządy, ale rządzenie pozostawało takie same. Jeżeli nie można było załatwić jakiejś sprawy uczciwie i oficjalnie, lub z różnych względów nie chciano tego zrobić, stosowano metody działania służb specjalnych. I chyba te metody i sposoby działania, a także rodzaj komunikowania się z własnym społeczeństwem, dają tzw. ciągłość władzy i poczucie, że pomimo zmian nie zmieniło się nic.

Parę dni temu w jednym z portali społecznościowo-politycznych, firmowanych nazwiskami tuzów mainstreamowego dziennikarstwa, mogłem przeczytać wywiad z pielęgniarką, opatrzony chwytliwym tytułem: *„Jest pielęgniarką i zarabia kilkanaście tysięcy miesięcznie. Medycynę studiuje się dziś dla lansu i kasy”*. Bohaterka wywiadu, umiejętnie sterowana pytaniami dziennikarza (choć nie wiem, czy takie określenie nie jest w tym przypadku nadużyciem), stwierdziła, że na studia medyczne młodzi ludzie idą dla „lansu i kasy”, a zarobki młodych lekarzy, o ile chce im się pracować, wynoszą nawet 40 tys. złotych. Stawki godzinowe młodych adeptów medycyny, wg niej, to 100-150 zł, a dla specjalistów o wiele więcej. Pani ta, jak na rzetelne dziennikarstwo przystało, jest oczywiście anonimową Małgorzatą i, równie oczywiście, jest dobrze poinformowana.

Temat artykułu wydaje się być jak na zamówienie i chyba nieprzypadkowo opublikowano go tuż przed zapowiadającym strajkiem pielęgniarek, żeby z jednej strony storpedować ich starania o lepsze płace (bo przecież mogą dobrze zarabiać), a drugiej strony skłócić je ze środowiskiem lekarskim. W ten oto sposób piecze się dwie pieczenie na jednym ogniu, a przepis podają pracownicy służb specjalnych. W przeszłości wiele razy doświadczyliśmy takich działań ze strony władz i niezwykle w takich sytuacjach usłużnych „dziennikarzy”.

Bomisie i jatyłki

Czytając fora dyskusyjne na Konsylium24 można zrywać boki ze śmiechu, lub, na odmiannę, zgrzytać zębami ze złości. Opiswane przykłady zachowań naszych pacjentów mogą wywoływać takie reakcje wśród nas, lekarzy, bo czasami zostaje nam tylko pusty śmiech lub zwykła złość. Dla przypomnienia: bomisie, to pacjenci przychodzący do le-

karza z litanią żądań (badania laboratoryjne lub obrazowe, skierowania, zaświadczenia, zwolnienia ZUS ZLA) w stylu „...*bo mi się należy...*”. Jacy to tacy pacjenci, którzy chcą ominąć długą kolejkę w poczekalni, gdzie czekają ludzie nierzadko ciężko chorzy, lub przychodzą tuż przed zamknięciem poradni, np. z wnioskiem sanatoryjnym, bo „...*ja tylko...*” chciałem pieczęć.

Oczywiście można patrzeć na to pod różnym kątem, także humorystycznym, ale dla mnie ważniejsze jest spojrzenie z szerszej perspektywy. Tak, to właśnie w Polsce, wytrwale działania kolejnych rządów i ekip ministerstwa zdrowia tak skonfliktowały lekarzy i pacjentów, że praktycznie uniemożliwia to normalną pracę lekarzom, a pacjentom daje poczucie zagrożenia. Gratulacje!!!

Gdy nie wiadomo, o co chodzi...

A teraz przyjrzyjmy się finansowej stronie tego zawodu. Odrzucając sensacje anonimowej „pielęgniarki”, której tożsamości autor artykułu za nic na świecie nie ujawni, a jakże, oraz pomijając publikowane przez MZ „statystyki”, przeciętne zarobki lekarzy specjalistów mieszczą się w granicach 4-6 tys. zł brutto, za etat, co dzieląc przez 170 godzin daje stawkę godzinową 23-35 zł. Nie wiem o jakich dodatkowych zleceniach mówiła bohaterka wywiadu, ale na zarobienie 30-35 tys. zł więcej zabrakło by godzin w dobie i dni w tygodniu. Oczywiście lekarze w znacznej części zarabiają więcej niż 4-6 tys., ale pracują dodatkowo w gabinetach, przychodniach, pogotowiu ratunkowym czy nzo-ach, bo za gołą pensję nie mogliby utrzymać rodziny i kształcić się. Ci, którzy zauważą nowy samochód, mieszkanie czy dom, ba – nawet lepsze ubranie! nie raczą zauważyć, o której godzinie lekarz wychodzi z domu i o której wraca, jeśli w ogóle wraca. W ten sposób powstają legendy i mity, skwapliwie podsycane lipnymi „statystykami” rodem z MZ. Nagminnym grzechem tych statystyk jest podawanie zarobków lekarzy łącznie z dyżurami, ewentualnie wysokości kontraktów i porównywanie ich ze średnią krajową (bez dyżurów, płaca na etacie). Ta perfidna nieuczciwość, konsekwentnie stosowana przez kolejne ekipy z Miodowej, nie wróży dobrze współpracy lekarzy z władzami.

Czy może być lepiej?

Na to pytanie trudno odpowiedzieć wprost. Jak długo pozwolimy sobie wmawiać, że musimy pracować w tych warunkach, że kraj jest biedny i na ochronę zdrowia nie ma pieniędzy, tak długo nic się nie zmieni. Jak długo polską medycyną rządzić będą pretorianie systemu, władający instytucjami, klinikami i szpitalami, nierzadko traktowanymi jako prywatne lutyfundia (za cichym przyzwoleniem władz), ale utrzymujący się z „dodatkowych” zajęć (nzozy, sponsorowane badania, fikcyjne etaty czy pseudonaukowe granty), tak długo każda próba zmiany stanu obecnego wyzwoi zmasowany atak na kontestatorów „ładu i porządku”. Oświadczenie majątkowe obecnego ministra zdrowia pokazuje, że nawet szef dużej i znanej kliniki musi dorabiać, a jego zarobki jako kierownika kliniki nie są największą częścią dochodów. Powoduje to oczywisty konflikt interesów, a nieprzemyślane wypowiedzi ministra, o zwalnianiu strajkujących pracowników, tylko to potwierdzają.

Jeżeli odzyskamy naszą podmiotowość obywatelską i zawodową, i zbiorowo przeciwstawimy się wyzyskowi i skostniałym strukturom systemu, wszystko jest możliwe. Mamy organizacje, mamy środki finansowe, prawników i duże doświadczenie. Zacznijmy chcieć, reszta potoczy się sama! Może wtedy i Polska stanie się prawdziwą Europą! Gorąco zachęcam!

REALIA

Krzysztof Bukiel

Ogólnopolski Przegląd Medyczny, październik 2015

„Nie chcemy byście nas zajmujących się ochroną zdrowia nazywali szaleńcami, którzy nie uwzględniają realiów” – w takich słowach obecny minister zdrowia Marian Zembala zwrócił się niedawno do pielęgniarek żądających podwyżek płac. Uzasadniał w ten sposób brak zgody rządzących na taką wysokość podwyżki, jakiej domaga się Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych. Chciał powiedzieć, że oczekiwane przez pielęgniarki podwyżki są po prostu niemożliwe z powodów „wyższych”, na które ani minister, ani rząd nie mają wpływu. Pan minister sądził zapewne, że tak mocny argument spowoduje, iż pielęgniarki zaakceptują propozycje rządowe. Tym bardziej, że słowa te wypowiedział człowiek, pełniący wiele funkcji kojarzonych z odpowiedzialnością i mocnym stąpaniem po ziemi (prof. Zembala jest naukowcem, lekarzem, dyrektorem szpitala i przedsiębiorcą). Nikt przecież nie chce uchodzić za szaleńca walczącego z warunkami nie dającymi się zmienić.

Pan minister jednak się pomylił. Najwyraźniej nie uświadomił sobie faktu, że głosząc powyższą myśl, wypowiadał się nie jako naukowiec, lekarz czy przedsiębiorca, ale jako polityk (minister), a argument o „realiach” w ustach polityków jest nadzwyczaj mało wiarygodny. Traktują oni bowiem „realia” w sposób wybiórczy i dowolny, w zależności od doraźnej potrzeby i własnych interesów.

Przykładowo: W latach 80. ubiegłego wieku, gdy strajkujący robotnicy domagali się podwyżek i wolnych związków zawodowych, a całe społeczeństwo większej wolności obywatelskiej i racjonalnej gospodarki, rządzący wówczas politycy stwierdzili, że jest to niemożliwe, bo nie uwzględnia ówczesnych „realiów”. Strajkujących nazwali „warchołami” siejącymi zamęt. Szybko okazało się jednak, że owe „realia” nie były

tak nienaruszalne, jak to przedstawiano, a rację miały „warchoły”. Gdy w roku 2006 strajkujący lekarze domagali się zwiększenia publicznych nakładów na ochronę zdrowia do 6 procent PKB, co oznaczało wówczas wzrost o 20 mld zł, rządzący stwierdzili, że jest to niemożliwe, bo nie uwzględnia budżetowych „realiów”. Zaraz potem jednak zmniejszyli składkę na ZUS, co kosztowało budżet państwa dokładnie 20 mld złotych.

Postulowany przez dyrektorów szpitali wzrost wyceny refundowanych świadczeń zdrowotnych od lat jest odrzucany przez rządzących z powodu „realiów” finansowych publicznej ochrony zdrowia. Kiedy jednak okazało się to potrzebne politykom, owe „realia” nie stanowiły przeszkody dla rozszerzenia koszyka świadczeń refundowanych o zabiegi in vitro.

Z drugiej strony wiele zjawisk niewątpliwie realnych traktowanych jest przez polityków tak, jakby były wyimaginowane i nie wymagały poważnego traktowania. Tak jest z ogromnym deficytem personelu medycznego w naszym kraju, który – dodatkowo – stale się powiększa. Tak samo z narastającymi kolejkami do świadczeń zdrowotnych, zadłużaniem szpitali i całego systemu publicznej ochrony zdrowia. Zupełnie beztrosko traktowane jest też ogromne zadłużenie naszego kraju. W tym roku znowu – pomimo twardych realiów – rząd zaplanował deficyt budżetowy, czyli zwiększenie zadłużenia państwa, w kwocie ok. 50 mld złotych. Czy rządzący biorą w ogóle pod uwagę konieczność spłaty naszego długu?

Nie jest moim celem lekceważenie realnych ograniczeń (również jeśli chodzi o publiczne finanse) ani popieranie nieodpowiedzialnych roszczeń. Trudno jednak rzetelnie ocenić co jest realnym ograniczeniem, a co nieodpowiedzialnym roszczeniem w przypadku, gdy rządzący dowolnie manipulują tymi pojęciami i dostosowują je do swoich doraźnych potrzeb. Trzeba też przypomnieć, że to właśnie oni – rządzący mają kompetencje i możliwości zmiany tych ograniczeń po uwzględnieniu hierarchii ważności poszczególnych problemów. Jednak, aby tę hierarchię uwzględnić trzeba ją przedtem ustalić, a to wymaga merytorycznego dialogu społecznego, również z reprezentacją poszczególnych, zainteresowanych środowisk. Takiego dialogu, pozbawionego „politycznego” zabarwienia, nie ograniczonego do arbitralnie ustalonych „realiów” bardzo w Polsce brakuje.

FATALNE ZAURCZENIE

Krzysztof Bukiel

Ogólnopolski Przegląd Medyczny, marzec 2016

W psychologii dobrze opisane jest zjawisko tzw. przeniesienia autorytetu. Polega ono na tym, że osoby, które są autorytetem w jednej dziedzinie, traktowane są również przez ludzi jako autorytety w innych dziedzinach. Zjawisko to wykorzystywane jest często przez tych, którzy chcą ludźmi manipulować np. przez polityków albo firmy reklamowe. To właśnie ten mechanizm leży u podstawy angażowania znanych osób w reklamie lub wpisywania ich na listy wyborcze poszczególnych partii. Opieranie się na opiniach autorytetów nie jest oczywiście złe, wręcz przeciwnie znacznie ułatwia życie. Złe może być opieranie się na autorytetach „przeniesionych”. Dotyczy to zwłaszcza tych sytuacji, gdy w określonej dziedzinie, ów rzekomy autorytet nie tylko nie jest autorytetem, ale może głosić poglądy wręcz szkodliwe.

Takie zjawisko zachodzi – w mojej ocenie – w partii obecnie rządzącej, w odniesieniu do publicznej służby zdrowia. Prezes PiS cieszy się – co zrozumiałe i uzasadnione – wielkim autorytetem wśród członków tej partii. Udowodnił bowiem, że jego koncepcja funkcjonowania partii, i działania, które podejmował, oraz program polityczny, który nakreślił – przyniosły pozytywny skutek w postaci wygranych wyborów. Prezes PiS jest niewątpliwie autorytetem jako polityk, przywódca partii, polityczny strateg. Biorąc pod uwagę jego niezłomność i stałość w głoszeniu określonych poglądów można go też uznać za autorytet moralny w tym zakresie. Ale czy można go traktować jako autorytet w dziedzinie organizacji i finansowania publicznej ochrony zdrowia? Raczej nie.

Tymczasem program obecnego rządu w dziedzinie ochrony zdrowia opiera się – śmiem twierdzić – na osobistych przekonaniach i poglądach prezesa PiS. Nie mówię tego bezpodstawnie. Znam wielu parla-

mentarzystów PiS – lekarzy od lat. Wiem, jakie głosili poglądy dawniej na temat mechanizmów rynkowych w ochronie zdrowia, współpłacenia, „ekonomizacji”. Pamiętam, które problemy uznawali za najważniejsze.

Nie było tam tego, co jest obecnie wysuwane na pierwszy plan w rządowym programie naprawy publicznej służby zdrowia.

Cóż tam zresztą mówić o parlamentarzystach PiS. Jeszcze lepiej spojrzeć na skład kierownictwa Ministerstwa Zdrowia. Jest tam lekarz-przedsiębiorca, który od 20 lat prowadził z powodzeniem prywatną przychodnię działającą „dla zysku”. Jest inny lekarz-przedsiębiorca, zarządzający w przeszłości prywatnym szpitalem a obecnie prowadzący prywatne zakłady opieki zdrowotnej, który wielokrotnie publicznie przekonywał o zaletach prywatnej służby zdrowia i konieczności udziału sektora prywatnego w służbie zdrowia finansowanej ze środków publicznych. Jest lekarz-ekspert, dowodzący od lat, że konieczne jest ograniczenie koszyka świadczeń bezpłatnych czyli wprowadzenie współpłacenia za niektóre świadczenia oraz wprowadzenie „rynkowego” sposobu ustalania cen za leczenie refundowane. I oto taka ekipa od paru miesięcy przekonuje nas, że największym problemem polskiej służby zdrowia jest jej „ekonomizacja” oraz fakt, że szpitale działają „dla zysku”, a prywatne podmioty konkurują z publicznymi, co – wszystko razem – przeszkadza w pełni misji typowej dla służby zdrowia.

Rozwiązaniem na kryzys publicznej służby zdrowia ma być zatem rezygnacja z tej „ekonomizacji”, czego przejawem będzie „dekomercjalizacja” szpitali, tworzenie map potrzeb zdrowotnych kreślonych przez urzędników, sieć szpitali z uprzywilejowaniem publicznych placówek, bezpłatne leki dla pacjentów po 75 roku życia i wprowadzenie tzw. koordynowanej opieki zdrowotnej wynagradzanej ryczałtowo zamiast „za usługę”.

Skąd ten zwrot w poglądach osób stanowiących obecną ekipę Ministerstwa Zdrowia? Zadziałał zapewne ów mechanizm autorytetu przeniesionego. Prezes PiS ma taki autorytet w swojej partii i w obecnym rządzie, że nawet w dziedzinie, w której jest ignorantem, traktowany jest jak autorytet, z którym się nie dyskutuje. To jest ta bardziej optymistyczna wersja przypuszczeń. Gorsza jest taka, że opisane tutaj postawy nie wynikają z mechanizmu przeniesienia autorytetu prezesa PiS, ale ze zwykłego oportunistycznego określonych osób. Może – po prostu – boją się one, że głosząc swoje dawne poglądy, pozostające w sprzeczności z oficjalnym programem partii rządzącej – stracą pracę i posady w rządzie.

KRÓTKIE KALENDARIUM 2011-2016

2011

19 sierpnia 2011 – ZK OZZL wydał oświadczenie w sprawie problemu przepracowania lekarzy w Polsce i powszechnego omijania przepisów o czasie pracy przez zatrudnianie na tzw. kontraktach. ZK zwrócił się z listem do ministra zdrowia o spotkanie, w czasie którego omówiono by sposoby poradzenia sobie z tym problemem. Związek wysłał także list do przewodniczącego PE z postulatem odpowiedniej zmiany przepisów unijnej dyrektywy o czasie pracy (objęcie jej postanowieniami wszystkich lekarzy, niezależnie od formy zatrudnienia i miejsca pracy).

26 sierpnia 2011 – OZZL rozmawiał w Ministerstwie Zdrowia o postulowanych przez Związek rozwiązaniach dotyczących czasu pracy lekarzy. OZZL wystąpił o wprowadzenie regulacji ograniczającej czas pracy lekarza bez względu na miejsce i formę zatrudnienia (analogicznie do rozwiązań zastosowanych wobec kierowców). Wskazał też, że przyczyną podejmowania przez lekarzy dodatkowych dyżurów w dużym stopniu jest niesatysfakcjonujące wynagrodzenie zasadnicze w tej grupie zawodowej. Minister zdrowia Ewa Kopacz zgodziła się, że przepracowany lekarz stanowi zagrożenie dla pacjentów oraz że pełnienie kilkunastu dyżurów w miesiącu przez jednego lekarza jest zjawiskiem patologicznym. Efektów spotkania nie było.

22 września 2011 – OZZL zaprotestował przeciwko niektórym zmianom wprowadzonym przez znowelizowane rozporządzenie z 27 maja 2011 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U.11.111.653). W ocenie Związku są one niekonstytucyjne i niepotrzebnie dezorganizują pracę lekarzy,

funkcjonowanie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i życie pacjentów. Powyższe zarzuty odnosiły się do zapisu, który powoduje, że lekarze z pierwszym stopniem specjalizacji nie mogliby – od stycznia 2012 samodzielnie kontraktować z NFZ określonych świadczeń specjalistycznych. Dotyczyło to np. ginekologów, okulistów, dermatologów, pulmonologów, lekarzy chorób zakaźnych. Interwencja OZZL okazała się skuteczna, minister Ewa Kopacz zmieniła treść rozporządzenia, umożliwiając jedynkowiczom kontraktowanie z NFZ.

6 października 2011 – przedstawiciele OZZL wzięli udział w kolejnym marszu na rzecz JOW w Warszawie.

10 października 2011 – w piśmie do przewodniczącego OZZL, przewodniczący Parlamentu Europejskiego Jerzy Buzek stwierdził, że PE podziela stanowisko OZZL (przedstawione w liście do przewodniczącego PE), iż czas dyżuru (lekarskiego) należy uznać w pełni za czas pracy, oraz że czas pracy powinien być obliczany „na pracownika”, a nie „na umowę”.

18 października 2011 – minęło 20 lat od dnia rejestracji sądowej OZZL.

7 listopada 2011 – w Wyszegradzie na Węgrzech lekarskie związki zawodowe z czterech krajów (Polski, Czech, Słowacji i Węgier) podpisały 5 listopada 2011 porozumienie o współpracy. W porozumieniu zaznaczono, że ww. państwa mają podobne najważniejsze problemy dotyczące służby zdrowia będące spuścizną okresu komunistycznego: niedostateczne nakłady publiczne na lecznictwo i niskie płace personelu medycznego w tym lekarzy.

17 listopada 2011 – w specjalnym oświadczeniu, a następnie w piśmie do MZ, ZK OZZL zaprotestował przeciwko projektowi nowego rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept, zwłaszcza przeciwko nowym obowiązkom, którymi obarczono lekarza, jak określenie: odpłatności za leki (!) oraz kodu dodatkowych uprawnień pacjenta do refundacji.

22 listopada 2011 – w liście do RPP ZK OZZL ostrzegął, że od dnia 1 stycznia 2012 może nastąpić znaczne ograniczenie dostępu chorych do refundowanych leków, a to z powodu niektórych przepisów ustawy z dnia 12 maja 2011 o refundacji leków oraz rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept. Związek ostrzegął, że nowe przepisy, które

nakładają na lekarza nowe obowiązki i przewidują drakońskie kary za najmniejsze uchybienia spowodują, że lekarze będą unikać wypisywania leków refundowanych. Zarząd zaapelował do RPP o poparcie starań Związku, aby powyższe przepisy bezzwłocznie zmienić.

24 listopada 2011 – ZK OZZL przygotował i przedstawił publicznie „Scenariusz i kalendarz samoobrony lekarzy przed represyjnym prawem dotyczącym wypisywania recept refundowanych”, czyli założenia tzw. protestu pieczętkowego. OZZL wezwał lekarzy, aby na recepcie nie odnosili się oni w ogóle do refundacji i uprawnień pacjenta, ale zamiast tego aby przybijali pieczętki o treści: „*Refundacja leku do decyzji NFZ*”. Protest miał się rozpocząć 15 grudnia 2011.

25 listopada 2011 – w tym dniu odbyło się – z inicjatywy OZZL – w Naczelnej Izbie Lekarskiej spotkanie najbardziej reprezentatywnych organizacji lekarskich, poświęcone problemom związanym z wprowadzeniem w życie niektórych przepisów ustawy refundacyjnej. Uczestnicy spotkania uzgodnili wspólne stanowisko do przedstawienia na konferencji prasowej 2 grudnia 2011. Najważniejszym elementem tego stanowiska jest przekonanie, że lekarze i świadczeniodawcy powinni być wyłączeni z procesu weryfikacji uprawnień pacjenta do refundacji leków. W spotkaniu wzięli udział reprezentanci: NIL, OZZL, PZ, STOMOZ, oraz Konsylium 24.

1 grudnia 2011 – ZK OZZL wystąpił z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego o uznanie, że artykuł 48 ust. 8 ustawy o refundacji leków z dnia 12 maja 2011 (przewidujący kary dla lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, za błędy przy wypisywaniu recept, zwłaszcza za błędy przy określaniu stopnia refundacji leków) jest niezgodny z art. 2 oraz art. 32 konstytucji RP. TK nie rozpoznał wniosku, bo przepis ten wskutek protestu pieczętkowego został uchylony przez Sejm.

2 grudnia 2011 – ZK OZZL wysłał list do RPO Ireny Lipowicz, w którym zwrócił uwagę, że wskutek represyjnych wobec lekarzy i niejasnych przepisów ustawy refundacyjnej i projektowanego rozporządzenia MZ w sprawie recept, pacjenci mogą mieć od 1 stycznia 2012 trudności w nabyciu leków refundowanych. „*Stanie się tak, bo lekarze w odruchu uzasadnionej samoobrony będą unikać wypisywania recept na*

leki refundowane, aby nie narażać się na (niezawinione) kary, mogące wynieść nawet kilkaset tysięcy złotych” – napisał Związek.

2 grudnia 2011 – NRL przyjęła uchwałę wzywającą lekarzy aby po 1 stycznia 2012 wypisywać recepty bez odnoszenia się do kwestii refundacji, a zamiast tego z umieszczeniem adnotacji: „*Refundacja leku do decyzji NFZ*”. Zarząd Krajowy OZZL wcześniej zlecił produkcję pieczętek o takiej treści, do 2 grudnia 2012 rozdysponował niemal wszystkie z wykonanych 10 tysięcy i zamówił kolejnych parę tysięcy.

7 grudnia 2011 – Helsińska Fundacja Praw Człowieka w liście do nowego ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza poparła stanowisko OZZL, że wskutek działań represyjnych wobec lekarzy i niejasnych przepisów ustawy refundacyjnej oraz projektowanego rozporządzenia w sprawie recept, pacjenci od 1 stycznia 2012 mogą mieć trudności w nabyciu leków refundowanych. Fundacja zaapelowała o natychmiastową zmianę określonych przepisów – zgodnie z postulatami lekarzy.

13 grudnia 2011 – OZZL wystąpił z listem otwartym do premiera Donalda Tuska z postulatem, aby zajął się on osobiście problemem nowych przepisów w sprawie refundacji leków i spotkał się z lekarzami w tej sprawie.

19 grudnia 2011 – ZK OZZL wydał komunikat, w którym odniósł się do decyzji NRL z 16 grudnia o zawieszeniu uchwały rekomendującej lekarzom, aby po 1 stycznia 2012 „powstrzymywali się od orzekania o uprawnieniach pacjentów do recept refundowanych oraz od wpisywania odpłatności za leki poprzez zamieszczenie na recepcie adnotacji *Refundacja leku do decyzji NFZ*”. ZK OZZL poinformował, że „*nadal rekomenduje lekarzom aby – przy wypisywaniu recept na leki refundowane – nie odnosili się oni w ogóle do kwestii refundacji, a zamiast tego, aby przybijali pieczętki o treści: „Refundacja leku do decyzji NFZ”.*

30 grudnia 2011 – w Warszawie w Klubie Lekarza przy ul. Raszyńskiej odbyło się wspólne posiedzenie organizacji: OZZL, PZ, Federacji Pracodawców Ochrony Zdrowia oraz środowiska lekarzy *Konsylium* 24. Celem posiedzenia było opracowanie jednolitych rekomendacji dla lekarzy w sprawie wypisywania recept na leki refundowane po 1 stycznia 2012. Z inicjatywy OZZL wysłano kolejny list do premiera z prośbą o spotkanie. Do spotkania tego faktycznie doszło 4 stycznia 2012.

2012

4 stycznia 2012 – w odpowiedzi na list wystosowany do premiera Tuska, odbyło się spotkanie premiera (z udziałem ministra Arłukowicza) z przedstawicielami organizacji, które wspólnie prowadziły protest pieczętkowy. Premier – w czasie konferencji prasowej – publicznie obiecał, że lekarze nie będą musieli określać na recepcie odpłatności za leki refundowane, a co najwyżej zaznaczać na niej jaką chorobę rozpoznają (za pomocą kodu ICD-10) albo zaznaczać, że chodzi o chorobę przewlekłą wpisując literkę „P” – jak to się działo dotychczas.

9 stycznia 2012 – w Klubie Lekarza w Warszawie odbyło się spotkanie ministra Arłukowicza z organizacjami, które prowadziły protest pieczętkowy. Minister zadeklarował, że jego wolą jest, aby – docelowo – lekarze nie wpisywali na receptach stopnia refundacji leku, ale kod ICD choroby, z powodu której przepisują lek. Ostatecznie okazało się, że obietnice premiera RP z 4. stycznia i ministra zdrowia z 9. stycznia były nic nie warte. Znowelizowana 13 stycznia 2012 ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry nakładała na lekarzy powyższy obowiązek.

13 stycznia 2012 – Sejm RP znowelizował ustawą refundacyjną, w której uchylił art. 48. ust. 8, przewidujący karanie lekarzy za „błędy przy wypisywaniu recept” – bez ich winy lub w przypadkach tak niejasno określonych, iż naruszało to konstytucyjną zasadę państwa prawnego. Niestety jednocześnie znowelizował też ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentystry do której dodał obowiązek wpisywania przez lekarza na recepcie poziomu refundacji dla leków, które mają więcej niż jeden stopień odpłatności. Było to sprzeczne z deklaracjami, jakie złożyli premier i minister zdrowia.

16 stycznia 2012 – ZK OZZL przyjął uchwałę w której zarekomendował zaprzestanie stemplowania recept pieczętką „*Refundacja leku do decyzji NFZ*”. Głównym powodem takiego stanowiska była nowelizacja ustawy refundacyjnej, która uwzględniła niektóre żądania lekarzy (uchylenie przepisu o karaniu lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę za „błędy” przy wypisywaniu recept na leki refundowane). Jednocześnie wydawało się, że wobec przegłosowanej właśnie przez Sejm zmiany ustawy refundacyjnej (co nastąpiło wskutek protestu pieczętkowego) nie ma szansy na kolejną szybką nowelizację dopiero co przegłosowanej ustawy – tak, aby wykreślić obowiązek lekarzy do okre-

ślania stopnia refundacji leków na receptę. ZK miał pełną świadomość, że lekarze zostali przez rząd oszukani, ale zgodził się (choć nie jednogłośnie) z sugestiami przewodniczącego ZK, że kontynuowanie protestu pieczętkowego nie da pozytywnego skutku, bo w powszechnym pojęciu i odbiorze społecznym lekarze wygrali już z rządem zmuszając go do zmiany ustawy refundacyjnej i dalszy protest nie miałby poparcia społecznego, co dałoby rządowi przewagę i spowodowałoby samoistne „wygaszenie” protestu. Taki los protestu mógłby być odczytany przez lekarzy jako porażka, co zniechęciłoby ich do kolejnych podobnych działań w przyszłości, do czego – zdaniem przewodniczącego ZK – nie wolno było dopuścić. Podobne stanowisko przewodniczący ZK przedstawił na posiedzeniu NRL 13 stycznia w Łodzi (z udziałem przedstawicieli wszystkich organizacji prowadzących protest pieczętkowy). Przez niektórych członków OZZL i innych lekarzy zostało to potraktowane jako „zdrada”. Uważali oni bowiem, że należało kontynuować protest pieczętkowy „do skutku”, to jest do kolejnej nowelizacji ustawy zgodnie z oczekiwaniami lekarzy. Wcześniej – w dniu 14 stycznia – podobną do ZK OZZL decyzję podjęło Porozumienie Zielonogórskie. Jednocześnie ZK wezwał lekarzy do wypisywania na receptach nazw międzynarodowych leków aby unikać konieczności wskazywania odpłatności za lek, zgodnie ze wskazaniami zarejestrowanymi przez producentów określonych preparatów handlowych.

28 stycznia 2012 – w Poznaniu powołano formalnie Porozumienie Organizacji Lekarskich (POL). W jego skład weszły te organizacje i środowiska lekarskie, które nawiązały spontaniczną współpracę w czasie protestu pieczętkowego, to jest: OZZL, lekarze skupieni wokół portalu internetowego Konsylium 24, którzy utworzyli Stowarzyszenie Lekarzy Praktyków (SLP), Federacja Pracodawców „Porozumienie Zielonogórskie” oraz Polska Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia.

16 lutego 2012 – ZK OZZL w specjalnym oświadczeniu zwrócił uwagę, że kary umowne nakładane przez NFZ na świadczeniodawców w przypadku stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy oraz w razie wystawienia recepty osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych – są nielegalne, bo wprowadzone rozporządzeniem ministra zdrowia bez odpowiedniego upoważnienia w ustawie.

OZZL zwrócił się do: premiera, ministra zdrowia, rzecznika praw obywatelskich, prezesa NFZ i przewodniczącej Rady NFZ z wnioskiem, aby osoby te podjęły działania, które doprowadzą do wyeliminowania nielegalnych przepisów i nielegalnych kar.

21 lutego 2012 – ZK OZZL przedstawił własny wzór recepty, jaki – w ocenie związku – powinien obowiązywać w miejsce wzoru opracowanego przez MZ. Związek zlecił wyprodukowanie 3 mln recept wg powyższego wzoru – do wykorzystania przez lekarzy prywatnie praktykujących, którzy nie podpiszą nowych umów z NFZ na wypisywanie recept refundowanych.

12 marca 2012 – ZK OZZL wystąpił do świadczeniodawców mających podpisane umowy z NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z apelem o podjęcie działań w celu wyeliminowania z umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych podpisywanych z NFZ dotychczasowych zapisów o karach umownych, nakładanych m.in. w przypadku „błędów” przy wypisywaniu recept. Świadczeniodawców OZZL wezwał, aby wystąpili do NFZ z pisemnym wnioskiem o wykreślenie obecnych kar umownych z umów. Z takim samym apelem wystąpiło POL 17 marca 2012.

19 marca 2012 – RPO w liście do ministra zdrowia podzielił stanowisko OZZL, że ww. kary dla świadczeniodawców są niekonstytucyjne.

29 marca 2012 – ZK OZZL wystąpił do CBA z wnioskiem o zbadanie treści i sposobu powstania rozporządzenia ministra zdrowia z 8 marca 2012 w sprawie recept lekarskich. Związek wnioskuję, aby CBA sprawdziło czy przepisy, które zmuszają lekarzy do wypisywania leków refundowanych wg nazw handlowych, a nie międzynarodowych, sprzyjają korupcji na styku: firma farmaceutyczna – lekarz albo utrudniają walkę z korupcją.

4 kwietnia 2012 – MOP w liście do polskiego rządu przypomniła, że zgodnie z Konwencją MOP członkiem związku zawodowego może być każdy zatrudniony, także samozatrudnieni i osoby na umowach cywilnych. Takie właśnie rozwiązanie obowiązuje w statucie OZZL od lat.

25 kwietnia 2012 – ZK OZZL opublikował na swojej stronie internetowej opinie prawne wybitnych konstytucjonalistów, potwierdzające stanowisko OZZL, że przepisy o karach umownych dla świadczenio-

dawców zawarte w rozporządzeniu MZ o OWU są niekonstytucyjne. Były to opinie prof. Piotra Winczorka oraz Michała Kuleszy.

24 kwietnia 2012 – ZK OZZL w liście do RPP ostrzegął, że wskutek bezprawnych – w ocenie Związku – działań prezesa NFZ, miliony Polaków stracą z dniem 1 lipca 2012 możliwość skorzystania z przysługujących im uprawnień do refundacji leków. Stanie się tak dlatego, że lekarze prywatnie praktykujący nie podpiszą z NFZ nowych umów upoważniających ich do wypisywania recept refundowanych, które są nie do zaakceptowania w formie, jaką proponował NFZ. Stare umowy tracą swoją ważność 30 czerwca na podstawie ustawy o refundacji leków. Jednocześnie związek zaapelował do wszystkich lekarzy w Polsce aby nie podpisywali ww. umów.

1 czerwca 2012 – odbyła się manifestacja pacjentów i lekarzy (z udziałem przedstawicieli OZZL) przeciwko złej polityce rządu w ochronie zdrowia skutkującej utrudnionemu dostępowi pacjentów do leczenia.

12 czerwca 2012 – ZK OZZL zaprotestował przeciwko niektórym przepisom nowego rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie standardów anesteziologicznych, które pozbawiały lekarzy anesteziologów z pierwszym stopniem specjalizacji niektórych dotychczasowych uprawnień. W ocenie związku przepisy te naruszały konstytucyjną zasadę ochrony praw nabytych. Związek przestrzegał że wprowadzenie tych przepisów, spowoduje negatywne konsekwencje dla funkcjonowania szpitali, w tym ograniczenie dostępności opieki anesteziologicznej w Polsce. Przepisy zostały później nieco złagodzone.

10 listopada 2012 – przedstawiciele ZK OZZL pożegnali na cmentarzu we Wrocławiu prof. Jerzego Przystawę, założyciela i głównego animatora ruchu na rzecz JOW w Polsce – wybitnego naukowca i żarliwego patriotę, przyjaciela związku.

2013

7 stycznia 2013 – ZK OZZL wystosował „list do internistów”, kolportowany przez poszczególne oddziały oraz Zarząd Główny Towarzystwa Internistów Polskich. OZZL proponował powołanie Zrzeszenia Internistów, które na zasadzie monopolu mogłoby wymusić lepsze warunki pracy i płacy dla lekarzy internistów w całej Polsce.

16 marca 2013 – przedstawiciele ZK OZZL wzięli udział w „Platformie Oburzonych” – spotkaniu różnych organizacji pozarządowych, w tym ruchu na rzecz JOW, które odbyło się w Stoczni Gdańskiej w historycznej sali BHP. Celem spotkania była integracja środowisk niezadowolonych (z różnych powodów) z dotychczasowych działań rządu. OZZL uczestniczył w spotkaniu jako członek ruchu na rzecz JOW.

8 kwietnia 2013 – z inicjatywy organizacji pacjentów „Porozumienie 1 czerwca” odbyło się w Warszawie pierwsze spotkanie przedstawicieli pacjentów, OZZL oraz Polskiej Federacji Szpitali. Celem spotkania było uzgodnienie założeń do społecznego programu naprawy publicznej ochrony zdrowia.

13 czerwca 2013 – ZK OZZL podjął działania mające na celu zmianę części przepisów zawartych w zarządzeniach prezesa NFZ dotyczących wymogów wobec lekarzy wykonujących niektóre świadczenia zdrowotne finansowane przez Fundusz. W ocenie OZZL przepisy te naruszają konstytucyjną zasadę ochrony praw nabytych obywateli (w tym przypadku – lekarzy). Sprawa dotyczyła lekarzy endoskopistów.

11-14 września 2013 – trzy centrale związkowe: NSZZ Solidarność, OPZZ, Forum ZZ zorganizowały „Dni protestu”. OZZL wziął udział w tej akcji, w tym w manifestacji przed Ministerstwem Zdrowia 11 września. OZZL nie należy do żadnej z ww. centrali związkowych, ale został zaproszony do udziału w proteście przez organizatorów i zaproszenie to z chęcią przyjął.

12 września 2013 – ZK OZZL przesłał do Trybunału Konstytucyjnego wniosek o stwierdzenie, że przepisy art. § 8 ust.1 i 2 *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą* (Dz. U. z 2013 r., poz. 15) – są niezgodne z art. 2 Konstytucji RP z powodu naruszenia zasady ochrony praw nabytych.

23 września 2013 – ZK OZZL wydał oświadczenie dotyczące ministerialnej propozycji zmiany sposobu finansowania tzw. etatu rezydencckiego lekarzy, którzy w ten sposób realizują szkolenie specjalizacyjne. Rezydenci mieliby zwracać państwu kwotę otrzymanego wynagrodzenia w przypadku podjęcia pracy za granicą. ZK przypomniał, że rezydent otrzymuje wynagrodzenie za pracę, a nie stypendium czy pomoc

socjalną. Żądanie zwrotu tych pieniędzy jest zatem niedopuszczalne – tak ze względów moralnych jak i prawnych. Kodeks pracy nie pozwala na zatrudnianie bez wynagrodzenia, a nawet nie pozwala pracownikowi na zrzeczenie się wynagrodzenia.

15 października 2013 – odpowiadając na apel Porozumienia Zielonogórskiego, OZZL wezwał swoich członków i wszystkich lekarzy do podpisywania się i zbierania podpisów innych osób pod obywatelskim projektem ustawy zmieniającej ustawę refundacyjną. Projekt przygotowany przez PZ przewidywał wszystkie te rozwiązania, o które lekarze zabiegali od dwóch lat, a zwłaszcza: zniesienie obowiązku ustalenia stopnia refundacji przez lekarzy, zniesienie przypisania stopnia refundacji leku do CHPL danego produktu handlowego, wprowadzenie zasady że lek, jeżeli jest refundowany, to w całym zakresie jego klinicznego zastosowania.

12 listopada 2013 – ZK OZZL wystąpił z interwencją do dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Marii Panny w Częstochowie w sprawie jego doniesienia do prokuratury o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez lekarzy, którzy zaprotestowali przeciwko złym warunkom leczenia chorych w szpitalu. Było to już kolejna interwencja ZK OZZL w obronie lekarzy częstochowskich. ZK OZZL występował w tej sprawie także do marszałka województwa śląskiego oraz wicemarszałka odpowiedzialnego za służbę zdrowia.

22 listopada 2013 – ZK OZZL zwołał konferencję prasową pt. „Limitowanie leczenia przeciwnowotworowego jest barbarzyństwem!” i zażądał natychmiastowego zniesienia limitów na diagnostykę i leczenie chorych onkologicznych. Był to pierwszy etap całej akcji społecznego nacisku, zorganizowanego przez OZZL. Kolejne kroki to m.in. wystąpienia do ministra zdrowia, premiera, prezydenta RP, rzecznika praw pacjenta, prezesa NFZ, mediów, organizacji pacjentów, lekarskich towarzystw naukowych, prokuratora generalnego i pierwszego prezesa Sądu Najwyższego. W styczniu 2014 premier Tusk nakazał ministrowi Arłukowiczowi wprowadzenie działań, które spowodują nielimitowanie leczenia i diagnozowania chorych onkologicznych. Działania te przyjęły formę prawną tzw. pakietu onkologicznego.

6 grudnia 2013 – pojawił się (coroczny) raport NIK oceniający wykonanie planu finansowego NFZ w poprzednim roku. W raporcie

tegorocznym, poza wieloma uwagami, które pojawiają się rokrocznie, padły bardzo konkretne wnioski i zalecenia: *NIK zwraca uwagę na nieadekwatny poziom cen oferowanych jednostkom służby zdrowia za niektóre świadczenia (...). NIK zaleca dopracowanie metod wyceniania usług medycznych w taki sposób, aby odzwierciedlały ich realne koszty.* ZK OZZL parę lat wcześniej wystąpił do NIK aby podczas kontroli NFZ Izba uwzględniła „sposób i metodologię wyceny świadczeń zdrowotnych, finansowanych przez Fundusz”. Przez wiele lat nie było odzewu. W końcu jednak zrobiono to w sposób konkretny i jednoznaczny. Szkoda tylko, że NIK ma wśród rządzących tak NIKły posłuch.

2014

1 stycznia 2014 – od tego dnia OZZL zapewnia 24-godzinną opiekę prawną każdemu członkowi OZZL, który wyrazi taką wolę. Opieka prawna polega m.in. na możliwości zgłaszania przez lekarza telefonicznie przez całą dobę pytań prawnych, na które w ciągu 24 godzin (wyjątkowo 48 godzin) będą udzielane drogą elektroniczną odpowiedzi prawników. Pytania mogą dotyczyć wszystkich dziedzin prawa.

31 stycznia 2014 – ZK OZZL wystąpił do ministra Arłukowicza z listem otwartym, w którym wezwał go publicznie do natychmiastowego wprowadzenia administracyjnego ograniczenia czasu pracy dla każdego lekarza w Polsce do 48 godzin tygodniowo (wraz z nadgodzinami – zgodnie z unijną dyrektywą o czasie pracy), bez względu na ilość miejsc pracy i formę zatrudnienia. List ten był odpowiedzią na sugestię ministra, że lekarze w Polsce pracują na wielu etatach i w wielu miejscach tylko dlatego, że są niezwykle chciwi i w swej zachłanności gotowi są narażać zdrowie i życie. Minister nie odpowiedział na nasz list. OZZL wystąpił również w tej sprawie do prezydenta RP, zorganizował konferencję prasową i spowodował wiele medialnych doniesień oraz komentarzy na temat przemęczenia lekarzy pracą.

17 marca 2014 – ZK OZZL wyjaśnił, jak powinni się zachować lekarze radiolodzy i organizacje zakładowe OZZL w związku z ustawowym wydłużeniem czasu pracy radiologów. OZZL uważał przede wszystkim, że wydłużenie czasu pracy należy wykorzystać jako drogę do podniesienia wynagrodzeń. Nawet prezydent RP (Lech Kaczyński) przytoczył tę zasadę (odpowiedni wzrost wynagrodzenia miesięcznego

przy wydłużeniu czasu pracy) jako warunek, który powinien być spełniony przy wprowadzeniu przepisów o wydłużeniu czasu pracy, a nie został, co było podstawą odmówienia podpisania przez prezydenta ustawy o pracownikach zakładów opieki zdrowotnej w roku 2008.

15 maja 2014 – odbyła się pikietka lekarzy przed siedzibą MZ w Warszawie. Była ona elementem ogólnoeuropejskiego dnia protestu lekarzy, zorganizowanego przez FEMS – Europejską Federację Związków Zawodowych Lekarzy (do której należy OZZL). Zasadniczym przesłaniem protestu było hasło: „Powstrzymajmy ich! Brońmy naszego prawa do zdrowia!” Był to protest przeciwko działaniom rządów krajów europejskich, w tym Polski, które zmierzają do ograniczenia nakładów publicznych na ochronę zdrowia, przy zachowaniu dotychczasowego zakresu świadczeń formalnie gwarantowanych. Skutkuje to zmniejszeniem liczby lekarzy i pielęgniarek, zwiększeniem kolejek do leczenia, a także obniżeniem jakości leczenia wskutek dążenia do nadmiernych oszczędności.

13 czerwca 2014 – ZK OZZL w specjalnym oświadczeniu zaprotestował przeciwko działaniom podejmowanym przez rządzących lub przez inne osoby, które utrudniają lub uniemożliwiają korzystanie przez lekarzy z klauzuli sumienia, albo które mają na celu ośmieszenie lub zastraszenie lekarzy korzystających z tej możliwości.

25 września 2014 – w MZ odbyło się spotkanie przedstawicieli ZK OZZL oraz zaproszonych rezydentów z kierownictwem Departamentu Szkolnictwa MZ. Poruszono cały szereg spraw dotyczących szkolenia podyplomowego w ramach specjalizacji oraz problemów pracy i płacy lekarzy rezydentów.

3-4 października 2014 – w Wojanowie na Dolnym Śląsku zwołany został kolejny Krajowy Zjazd Delegatów OZZL. Wybrano władze krajowe Związku na kolejną kadencję.

13 listopada 2014 – ZK OZZL wysłał pismo do ministra zdrowia, w którym domagał się zmiany treści rozporządzenia „koszykowego”, dotyczącego leczenia uzdrowiskowego – tak aby możliwe było ponownie zatrudnianie w uzdrowiskach lekarzy jedynkowiczów. Podobne wystąpienia skierowali po pewnym czasie dyrektorzy uzdrowisk. O dziwo, minister zmienił rozporządzenie i lekarze jedynkowicze wrócili do pracy w sanatoriach.

24 listopada 2014 – Związek zaprotestował przeciwko projektowi wprowadzenia zakazu zmiany specjalizacji przez lekarzy rezydentów. Zmianę taką przewidywała ustawa o zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją ustawy budżetowej na rok 2015. Dlatego protest swój ZK OZZL skierował do przewodniczącej Komisji Finansów Publicznych Sejmu RP. OZZL postulował, aby odpowiedni przepis wykreślić z projektu ustawy. Bezskutecznie.

31 grudnia 2014 – ZK OZZL w specjalnym oświadczeniu wyraził poparcie dla Porozumienia Zielonogórskiego, którego lekarze nie przyjęli rządowej propozycji kontraktów na rok 2015 z tego powodu, że ich warunki uniemożliwiały lekarzom POZ wywiązanie się z obowiązków, które na nich nałożono. Parę dni później OZZL wziął udział w głośnej konferencji prasowej w tej sprawie z udziałem także innych organizacji lekarskich.

2015

16 stycznia 2015 – ZK OZZL podjął uchwałę o wystąpieniu do rzecznika odpowiedzialności zawodowej samorządu lekarskiego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie odpowiedzialności zawodowej lekarza Bartosza Arłukowicza z tytułu publicznego i nagminnego podważania zaufania do zawodu lekarza. Wniosek został przesłany do OIL w Szczecinie. Miał on związek z wystąpieniami ministra zdrowia w czasie jego konfliktu z lekarzami POZ pod koniec 2014.

5 lutego 2015 – w siedzibie Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyła się debata zorganizowana przez kandydata na prezydenta RP z ramienia PiS – Andrzeja Dudy. Zatytułowana była „Dobra zmiana w służbie zdrowia”. W debacie wziął udział przewodniczący ZK OZZL.

23 kwietnia 2015 – ZK OZZL wyraził poparcie dla postulatów płacowych zgłaszanych przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych. Poparcie takie OZZL wyrażał konsekwentnie przez cały okres działań i protestów organizowanych przez OZZPiP, które przyniosły w końcu rezultat w postaci odpowiedniego rozporządzenia ministra zdrowia (wydanego tuż przed wyborami do sejmu). OZZL był praktycznie jedynym związkiem zawodowym popierającym OZZPiP, co zostało zauważone i docenione przez związek zawodowy pielęgniarek.

30 kwietnia 2015 – ZK OZZL wystąpił do ministra zdrowia z wnioskiem o likwidację dyżurów lekarskich i objęcie lekarzy powszechnie obowiązującymi przepisami o czasie pracy z ograniczeniem dobowej długości czasu pracy lekarza do 12 godzin (w szczególnych sytuacjach). Wniosek ten był następstwem uchwały podjętej przez Sąd Najwyższy w składzie 7 sędziów (6 listopada 2014), uznającej, że godziny dyżuru medycznego mogą „dopełniać” normalne godziny pracy, których lekarz nie był w stanie wypracować w związku z przepisami dyrektywy UE o czasie pracy (i czasie obowiązkowego odpoczynku). W ocenie OZZL, powyższa uchwała (i jej praktyczna realizacja w poszczególnych szpitalach) zmieniła de facto rzeczywisty charakter dyżuru medycznego i spowodowała, że to pojęcie stało się nieaktualne i niepotrzebne. Dotychczas bowiem dyżur medyczny oznaczał pracę specyficzną, odmienną od tej, którą lekarz wykonywał w normalnym czasie pracy, a Sąd Najwyższy podejmując taką uchwałę uznał, że praca na dyżurze nie różni się niczym od pracy w normalnym trybie ordynacji szpitala. Minister zdrowia oczywiście nie zareagował.

2 czerwca 2015 – Trybunał Konstytucyjny orzekł, że dopuszczenie do udziału w związkach zawodowych tylko pracowników zatrudnionych na etacie jest niekonstytucyjne. Wyrok oznacza, że zatrudnieni na umowach cywilnoprawnych mogą również należeć do związków zawodowych. Potwierdził w ten sposób to, co w Statucie OZZL zapisane było od lat.

28 sierpnia 2015 – w związku z wyznaczonym na 6 września referendum dotyczącym wprowadzenia JOW, OZZL wezwał do powszechnego udziału w referendum i do głosowania ZA wprowadzeniem większościowej ordynacji wyborczej do Sejmu opartej o JOW. OZZL jest członkiem Ruchu na rzecz JOW od roku 2000.

21 września 2015 – NIK w raporcie podsumowującym kontrole szpitali pod względem czasu pracy lekarzy (i innego personelu medycznego) zawarła wnioski, aby prawo do odpoczynku było przypisane do pracownika i uwzględniało łączny czas wykonywania obowiązków u jednego pracodawcy, niezależnie od formy zawartych umów. Wniosek taki wynikał z obserwacji, że lekarze, zatrudniani na podstawie umowy cywilnoprawnej pracują za długo, co staje się niebezpieczne dla chorych. Podobny postulat zgłaszał wielokrotnie OZZL.

17 listopada 2015 – ZK OZZL wysłał gratulacje nowemu ministrowi zdrowia Konstantemu Radziwiłłowi, prezesowi NRL w dwóch kadencjach, który wiele lat współpracował z OZZL, przypominając mu o wspólnych postulatach samorządu lekarskiego i OZZL.

20 listopada 2015 – reaktywowano Porozumienie Rezydentów (PR) OZZL. PR OZZL jest strukturą poziomą, której celem jest zajęcie się wyłącznie problemami lekarzy rezydentów i lekarzy specjalizujących się na podstawie innych form. W tym samym dniu wysłano list do ministra zdrowia, przedstawiając oczekiwania rezydentów i prosząc o spotkanie. Zarząd przyjął też „Deklarację PR”. Późniejsze miesiące były okresem b. intensywnej działalności PR.

15 grudnia 2015 – w Ministerstwie Zdrowia odbyło się – z inicjatywy ministra Konstantego Radziwiłła – spotkanie w sprawie wynagrodzeń pracowników sektora ochrony zdrowia. Uczestniczyli w nim przedstawiciele OZZL. Minister zadeklarował, że jest zwolennikiem ustawy regulującej minimalne wynagrodzenia dla wszystkich zawodów w ochronie zdrowia i będzie się starał doprowadzić do jej uchwalenia. Nie podał, na jakiej wysokości należy ustalić płacę lekarza, ale należało domniemywać, że na takiej, jakiej domagał się będąc prezesem NRL (dwie „średnie krajowe” dla lekarza bez specjalizacji i trzy „średnie” dla lekarza specjalisty).

2016

22 stycznia 2016 – ZK OZZL złożył do Trybunału Konstytucyjnego wniosek o stwierdzenie, że przepis *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej*, który nakazuje, aby każda odmowa przyjęcia dziecka do szpitala była konsultowana z ordynatorem oddziału (jego zastępcą albo kierownikiem oddziału) – jest niezgodny z art. 2 Konstytucji RP. Przyczyną tej niezgodności jest – przede wszystkim – naruszenie przez treść przepisu zasad poprawnej legislacji (zasada wyprowadzona z art.2 Konstytucji RP).

23 stycznia 2016 – we Wrocławiu odbyło się spotkanie Porozumienia Organizacji Lekarskich POL, czyli przedstawicieli następujących organizacji lekarskich: Federacji Porozumienie Zielonogórskie, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy i Polskiej Federacji Pracodaw-

ców Ochrony Zdrowia. Postanowiono odnowić współpracę, zwłaszcza w odniesieniu do dwóch problemów: nowelizacji ustawy refundacyjnej oraz wprowadzenia tzw. e-zwolnień.

5 lutego 2016 – z inicjatywy OZZL odbyło się w Warszawie spotkanie 9 ogólnokrajowych związków zawodowych, skupiających praktycznie wszystkie (poza farmaceutami) zawody medyczne. Podpisano porozumienie, którego celem było opracowanie wspólnych postulatów płacowych dla wszystkich zawodów (reprezentowanych przez ww. związki) oraz wspólne dążenie do zrealizowania tych postulatów, ze strajkiem generalnym włącznie.

8 lutego 2016 – Porozumienie Rezydentów OZZL spotkało się z ministrem zdrowia Radziwiłłem. Najbardziej drażliwym tematem była podwyżka płac dla rezydentów, którzy przypomnieli ministrowi jego postulat, aby rezydent zarabiał co najmniej 2 „średnie krajowe”. Rezydenci zaapelowali do ministra, aby w nowelizowanej właśnie ustawie o zawodzie lekarza zmienił zapis art. 16j. ust. 3 gdzie przewidziano wynagrodzenie dla rezydenta w wysokości 70 procent „średniej krajowej” – aby nowy zapis przewidywał 200 procent.

16 lutego 2016 – w siedzibie Ministerstwa Zdrowia odbyło się pierwsze posiedzenie branżowego Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia, powołanego na wspólny wniosek strony pracowników i pracodawców Rady Dialogu Społecznego. OZZL nie należy do tego zespołu, bo nie należy do żadnej centrali związkowej, a zatem i do Rady Dialogu Społecznego. To właśnie ten zespół miał za zadanie opracowanie projektu ustawy o płacach minimalnych w ochronie zdrowia, a przede wszystkim ustalenie wysokości płac dla poszczególnych grup zawodowych.

14 marca 2016 – w Warszawie odbyła się konferencja prasowa 9 związków zawodowych, skupiających pracowników medycznych. W czasie konferencji przedstawiono wspólne postulaty płacowe oraz poinformowano o liście wysłanym do premier Beaty Szydło, który zawierał te postulaty wraz z prośbą o spotkanie. Zapowiedziano również podjęcie przez reprezentowane na konferencji związki wspólnych działań w celu realizacji uzgodnionych postulatów, ze strajkiem generalnym w publicznej ochronie zdrowia włącznie.

30 marca 2016 – Porozumienie Rezydentów OZZL poinformowało w komunikacie medialnym o swojej akcji „Adoptuj posta”, przepro-

wadzonej od ponad miesiąca. Polegała ona na spotykaniu się z posłami, informowaniu ich o trudnej sytuacji lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne (rezydentów) i przekonywaniu o konieczności wprowadzenia określonych zmian. Impulsem do akcji było ogłoszenie przez MZ projektu nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza przywracającej staż podyplomowy. PR OZZL domagało się, aby przy tej okazji zmienić również zapis art.16j ust.3 określający minimalne wynagrodzenie lekarza rezydenta. Wynosi ono obecnie 70 procent „średniej krajowej”. Rezydencie domagali się 200 procent, zgodnie ze stanowiskiem NRL i OZZL.

19 kwietnia 2016 – w Ministerstwie Zdrowia zorganizowano konferencję uzgodnieniową dotyczącą projektu nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Wszystkie postulaty lekarzy rezydentów, w tym postulat podniesienia minimalnej płacy zasadniczej z obecnych 70 procent do (docelowo za parę lat) 200 procent, zostały odrzucone. Fakt ten spowodował, że rezydenci rozpoczęli przygotowania do akcji protestacyjnej, której pierwszym etapem miała być demonstracja rezydentów w Warszawie.

1 czerwca 2016 – ZK OZZL wydał komunikat w związku ze strajkiem pielęgniarek w Centrum Zdrowia Dziecka, w którym poparł protestujące pielęgniarki. Myślą przewodnią komunikatu było stwierdzenie, że „poniżany i lekceważony pracownik medyczny, to poniżany i lekceważony pacjent”.

18 czerwca 2016 – w Warszawie odbyła się wielka manifestacja lekarzy rezydentów, zorganizowana przez Porozumienie Rezydentów OZZL oraz Zarząd Krajowy OZZL. Zgromadziła ona grubo ponad pięć tysięcy uczestników. Spod siedziby Ministerstwa Zdrowia manifestanci przemaszerowali ulicami Warszawy pod Kancelarię Prezesa Rady Ministrów (KPRM). Premier Beata Szydło nie wyraziła zainteresowania spotkaniem z rezydentami, mimo kilku listów zawierających taką prośbę.

21 czerwca 2016 – minister zdrowia przedstawił swój projekt ustawy o minimalnych płacach w publicznej ochronie zdrowia. Zgodnie z tym projektem, lekarz rezydent ma zarabiać 1,02 „średniej krajowej”, a lekarz specjalista – 1,23 „średniej”. Ale to wszystko za 6 lat w roku 2022. Związki zawodowe (w końcu – wszystkie) przyjęły te propozycje z wielkim oburzeniem.

8 lipca 2016 – po raz kolejny w Warszawie spotkali się przedstawiciele 9 związków zawodowych skupiających zawody medyczne oraz przedstawiciele innych środowisk popierających uzgodnione postulaty. Tematem spotkania były przygotowania do wspólnej akcji protestacyjnej. Zaproponowano zorganizowanie wielkiej manifestacji wszystkich zawodów medycznych w Warszawie 24 września 2016.

11 lipca 2016 – w odpowiedzi na list przewodniczącego ZK OZZL, który zarzucił szefowej KPRM Beacie Kempie, że listy związkowców kierowane do premiera RP Beaty Szydło nie są jej dostarczane, ale kierowane do ministra zdrowia, który i tak nie ma kompetencji ani możliwości aby spełnić postulaty związkowe, minister Kempa zaprosiła reprezentację związków zawodowych skupiających pracowników medycznych na rozmowę. Spotkanie nie przyniosło żadnych konkretnych rozstrzygnięć. Pani minister Kempa nie potrafiła nawet zapewnić związkowców o tym, że pani premier wreszcie spotka się z nimi.

22 września 2016 – pierwsze czytanie ustawy zmieniającej ustawę o zawodzie lekarza, przywracającej staż podyplomowy i nie zmieniającej wynagrodzenia rezydentów. Nie pomogła akcja „adoptuj posła”, polegająca na spotkaniach rezydentów z ok. 130 posłami PiS, obiecującymi pomoc w tej sprawie. Poprawkę wzrostu wynagrodzenia rezydentów zgłosili posłowie opozycji.

24 września 2016 – wielka warszawska manifestacja zawiązanego 5 lutego Porozumienia Zawodów Medycznych (PZM). Frekwencja kilkudziesięcioletni, mimo braku uczestnictwa NSZZ „S”, OPZZ, FZZ, OZZPiP oraz Izby PiP. Przybył za to minister zdrowia: przemówił i odszedł, nie odpowiadając na pytania.

24 września 2016 – początek zbierania podpisów pod obywatelskim projektem ustawy o minimalnych płacach w ochronie zdrowia, autorstwa PZM. Treść podobna do treści projektu ministerialnego, ale stawki są wyższe a czas dojścia do nich krótszy.

27 września 2016 – odbyło się spotkanie MZ z reprezentacją PZM. Minister nie miał nic do zaproponowania poza tym, co proponował już wcześniej. Natomiast parę razy się obraził.

1991-2016

REFLEKSJE OSOBISTE PRZEWODNICZĄCEGO NA 25-LECIE OZZL

Krzysztof Bukiel

lipiec 2016

Odreagowanie komunizmu

Powstanie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy było – bez wątpienia – odreagowaniem komunizmu przez lekarzy. Co najmniej kilka aspektów tego odreagowania widać w OZZL: w jego programie, jego statucie, jego faktycznych działaniach.

Przed wszystkim OZZL miał być (i faktycznie stał się) odrębnym i autentycznym reprezentantem zawodu lekarza (w czym mieści się też oczywiście zawód lekarza stomatologa/dentysty). Dotychczas bowiem (za „komuny”) nie było odrębnej reprezentacji zawodowej lekarzy, a jedynie reprezentacja wszystkich „pracowników służby zdrowia”. Było to rozwiązanie zamierzone i celowe, jako element budowania przez komunistów „nowego człowieka” z opacznie pojętą równością, bez uwzględniania naturalnych różnic, hierarchii itp. Dlatego komuniści zlikwidowali i samorząd lekarski, i odrębny związek zawodowy lekarzy, skupiając wszystkich w związku zawodowym pracowników służby zdrowia, podległym CRZZ – Centralnej Radzie Związków Zawodowych.

OZZL był – bodaj – pierwszym ogólnopolskim związkiem zawodowym zawodu medycznego, który wyłamał się po roku 1989 z tego schematu. Później poszły następne, w tym zwłaszcza największy z nich – OZZPiP. NSZZ Solidarność i niektórzy koledzy lekarze, zwłaszcza działacze izb lekarskich, nie zrozumieli intencji założycieli OZZL i potraktowali powstanie naszego związku jako akt wrogi wobec „ruchu antykomunistycznego”. Był to paradoks, bo OZZL w swoim programie,

w podejściu do zawodu lekarza i w wielu swoich działaniach, był bardziej „antykomunistyczny” niż „Solidarność” i izby lekarskie.

Ewidentnym przejawem odreagowania „komuny” przez założycieli OZZL był statut związku i podejście do zawodu lekarza. Według OZZL, lekarz miał być – docelowo – zawodem wolnym, czyli prywatnie praktykującym i podpisującym dobrowolne kontrakty z: pacjentami, firmami ubezpieczeniowymi, szpitalami, innymi podmiotami. Statut został skonstruowany odpowiednio do powyższego założenia. Stąd niespotykane w innych związkach nazewnictwo: organizacja terenowa (która w przyszłości miała skupiać lekarzy nie tyle z poszczególnych zakładów pracy, co z odpowiedniego terenu geograficznego) oraz możliwość tworzenia tych organizacji przez lekarzy wyłącznie praktykujących prywatnie. Ten ostatni zapis został wykreślony ze statutu OZZL przez sąd po paru latach jego obowiązywania z powództwa i na wniosek jednego z dyrektorów szpitali.

Najbardziej jednak widocznym przejawem odreagowania lekarzy (którzy zakładali OZZL) na dotychczasowy ustrój, był program związku. Trzeba bowiem mocno podkreślić, że OZZL nie był, i nadal nie jest, tradycyjnym – wyłącznie roszczeniowym – związkiem zawodowym, ale ma też konstruktywnie sformułowany program zmian w całym systemie ochrony zdrowia. OZZL zaproponował oparcie organizacji i finansowania ochrony zdrowia na zasadach rynkowych. Finansowaniem miały się zająć konkurujące ze sobą dobrowolne firmy ubezpieczenia zdrowotnego, a organizacja lecznictwa miała być oparta na wolnej konkurencji i wolnych cenach. Związek proponował również, aby osobom, których nie stać na wykupienie ubezpieczenia zdrowotnego, pomagało państwo.

Z czasem „rynkowy radykalizm” programu związkowego uległ pewnemu złagodzeniu, ale zasadnicze elementy, warunkujące zachowanie ekonomicznego rozsądku, pozostały: nakłady publiczne na lecznictwo muszą odpowiadać zakresowi świadczeń bezpłatnych; ceny za świadczenia muszą odpowiadać faktycznym (przeciętnym) kosztom; szpitale i inne podmioty muszą zarabiać pieniądze sprzedając swoje usługi, a nie otrzymywać je w formie budżetu; musi być wolna konkurencja między tymi podmiotami, a forma własności nie powinna mieć tutaj znaczenia. OZZL konsekwentnie też podkreślał, że nie uda się zbilansować nakładów z wydatkami, jeśli zrezygnuje się z jakiejś formy motywowa-

nia pacjentów do racjonalnego korzystania ze świadczeń zdrowotnych, np. w postaci współpłacenia za niektóre świadczenia, zwłaszcza za te, które mogą być łatwo nadużywane.

Taki rynkowy program zmian w ochronie zdrowia nie powinien dziwić. W roku 1991, kiedy powstawał OZZL, wszyscy (i lekarze, i pacjenci, i politycy) mieli jeszcze świeżo w pamięci, jak wyglądała budżetowa, państwowa, „socjalistyczna służba zdrowia”. Pieniądze otrzymywane przez placówki medyczne nie miały żadnego związku z wykonywaną przez nich pracą, efektywność była bardzo niska, podobnie jakoś pomocy medycznej. Dlatego praktycznie wszyscy, łącznie z politykami postkomunistycznymi, chcieli jak najszybciej zerwać z tamtym modelem służby zdrowia i wprowadzić jej „ekonomizację”. Dzisiejsza tęsknota niektórych polityków za budżetową służbą zdrowia, jaka istniała „za komuny” oznacza, że albo nie pamiętają tamtych czasów bo byli za młodzi, albo mają jakiś wyidealizowany jej obraz, który zapamiętali z PRL-owskiej propagandy.

Dynamika i niestandardowość

OZZL został stworzony oddolnie, przez zwykłych lekarzy, nie mających wcześniej żadnego związkowego doświadczenia, nie powiązanych z żadnymi układami, nie należących do żadnych partii. Byli to głównie ludzie stosunkowo młodzi. Większa część założycieli OZZL oraz członków pierwszych władz krajowych i regionalnych OZZL miała po 30-40 lat. Pewnie stąd wynikała dynamika działań OZZL oraz przełamywanie dotychczasowych schematów.

Działania te od początku prowadzone były dwutorowo: z jednej strony dążyliśmy do zmiany systemu ochrony zdrowia w kierunku rynkowym, z drugiej – działaliśmy na rzecz poprawy wynagrodzeń lekarskich w tym systemie, który jest. Stąd niektórzy zarzucali nam „rozdwojenie jaźni”. Jednego dnia domagaliśmy się bowiem wolnych cen i wolnego rynku, drugiego lepszej „siatki płac” dla lekarzy, ustalonej przez ministra zdrowia.

Ilość działań, jakie podejmował OZZL, i ich różnorodność, jest ogromna. Najważniejsze z nich chcę tutaj przypomnieć, bo pojawiają się ostatnio wśród niektórych lekarzy głosy, że „OZZL nic nie zrobił”.

Będąc przez 25 lat przewodniczącym Zarządu Krajowego OZZL, znam wszystkie te akcje, uczestniczyłem w nich i dobrze je pamiętam.

Akcje protestacyjne i roszczeniowe – w ogromnej większości ogólnokrajowe:

- inspiracja lekarzy w poszczególnych zakładach pracy do wdrożenia dziesiątków tysięcy działań na szczeblu lokalnym w obronie swoich interesów pracowniczych,
- odwołanie pracodawców od działań antypracowniczych, poprzez samą obecność związku zawodowego lekarzy, pilnującego przestrzegania prawa pracy w zakładzie – na zasadzie policjanta, który tylko przez to, że stoi na rogu ulicy, zniechęca do popełnienia wielu wykroczeń,
- stemplowanie wszystkich dokumentów chorego pieczętą „protest OZZL”,
- niewypisywanie druków zwolnień („strajk na druku L-4”, jak to określiła jedna z gazet),
- podejmowanie działań na rzecz podpisania ponadzakładowego układu zbiorowego pracy dla lekarzy,
- grupowe wykorzystanie urlopu „na żądanie” jako forma akcji protestacyjnej,
- strajk „ostrodyżurowy” – trzy ogólnokrajowe akcje w latach 1996-97, 2006, 2007 oraz niezliczona ilość akcji lokalnych,
- grupowe, zorganizowane zwalnianie się z pracy (pierwsza akcja w pogotowiu w Łomży w roku 1997), największy zasięg w roku 2007: około 70 szpitali,
- „strajk włoski”,
- „strajk statystyczny” polegający na niewypełnianiu kart statystycznych – wspólnie z izbami lekarskimi,
- częściowe niewypełnianie aktów zgonów (poza częścią pozwalającą na pochówek),
- „kartki na zdrowie” – rozkolportowanie miliona komunopodobnych bonów reglamentacyjnych na świadczenia zdrowotne na rok 2001,
- strajk głodowy,
- utworzenie KOROS – Komitetu Obrony Reformy Ochrony Zdrowia, skupiającego różne związki zawodowe pracowników służby zdrowia

oraz samorządy zawodowe i wspólne akcje protestacyjne różnych zawodów medycznych,

- masowe wypisywanie pacjentom „zielonych recept” umożliwiających nabycie leków bezpłatnie,
- niewypełnianie kart rozliczających wykonanie świadczeń przez szpital, co uniemożliwiało uzyskanie pieniędzy z NFZ,
- manifestacje ogólnokrajowe – pierwsza w roku 1995, ostatnia w 2016 – organizowane przez OZZL samodzielnie, współorganizowane przez OZZL, oraz inne, popierane przez OZZL poprzez delegowanie swoich przedstawicieli,
- współorganizowanie (wraz z FEMS) manifestacji przed siedzibą Parlamentu Europejskiego w Strasburgu w sprawie dyrektywy UE o czasie pracy,
- liczne pikety głównie przed siedzibą MZ, część z nich w międzynarodowym gronie (FEMS),
- marsze, manifestacje i pikety lokalne,
- protest „pieczętkowy” przeciwko zapisom ustawy refundacyjnej,
- wnioski do Trybunału Konstytucyjnego (w sumie kilkanaście), dotyczące zarówno pracy lekarzy (np. dyżury, czas wolny, wykonywanie zawodu, ochrona praw nabytych) jak i systemu opieki zdrowotnej (np. brak kryteriów rozstrzygania konkursu ofert w kasach chorych, itp.),
- pozwy sądowe (w sprawie dyżurów, godzin nadliczbowych, dodatków za pracę nocną, dyskryminacji płacowej specjalistów, braku przestrzegania dyrektywy UE o czasie pracy, itp.),
- liczne wnioski do PiP,
- wystąpienia do NIK o przeprowadzenie kontroli NFZ w zakresie wyceny świadczeń lekarskich,
- interwencje w Międzynarodowej Organizacji Pracy,
- skarga do Komisji Europejskiej w sprawie nieprzestrzegania dyrektywy UE o czasie pracy,
- interwencja u przewodniczącego Parlamentu Europejskiego,
- doniesienia do prokuratury na działania dyrektorów szpitali lub inne podmioty (ostatnio – na działania NFZ).

Działania proreformatorskie:

- udział w Społecznej Komisji Zdrowia przy NSZZ Solidarność, przygotowującej projekt ustawy o kasach chorych,
- udział w wielu konferencjach dotyczących funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce,
- stworzenie społecznego projektu ustawy zmieniającej ustawę o kasach chorych (usprawniającej funkcjonowanie tej instytucji), zebranie (wspólnie z izbami lekarskimi) ponad 100 tysięcy podpisów pod projektem,
- stworzenie własnego projektu ustawy zmieniającej ustrój ochrony zdrowia, prezentacja projektu w Komisji Zdrowia Sejmu RP,
- powołanie Porozumienia Środowisk Medycznych, skupiającego ekspertów, pracowników, menedżerów i polityków popierających związkowy program zmian w ochronie zdrowia,
- zlecenie i przeprowadzanie badań opinii społecznej, dotyczących różnych aspektów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia (np. dyżurów lekarskich, współpłacenia przez pacjentów, itp.)
- zamówienie (i zrealizowanie) ogłoszeń płatnych w najważniejszych dziennikach (gazetach) kraju na temat najbardziej istotnych problemów ochrony zdrowia,
- akcje plakatowe i ulotkowe,
- akcje happeningowe, np. przekazywanie „zestawów do samoleczenia”, wysyłanie listów od pacjentów do prezesa NFZ, listów do marszałka Sejmu,
- liczne publikacje członków ZK OZZL w prasie medycznej i ogólnej,
- udział w licznych audycjach telewizyjnych i radiowych, niektóre z nich udostępnione „na wyłączność” dla OZZL (np. w Radiu Maryja),
- udział w ruchu na rzecz JOW (zmiana ordynacji wyborczej traktowana jest przez OZZL jako warunek umożliwienia merytorycznej dyskusji politycznej dotyczącej ochrony zdrowia).

OZZL jako inspiracja

Wiele inicjatyw, które wyszły z OZZL, zostało zrealizowanych w pełni przez innych. Najlepszym przykładem jest powołanie Porozumienia Zielonogórskiego, jako organizacji skupiającej prawie wszystkich lekarzy POZ podpisujących kontrakty z NFZ. Już w roku 1999,

gdy powstały kasy chorych, OZZL rzucił hasło „monopol na monopol”, wzywając do tworzenia organizacji (zrzeszeń, stowarzyszeń) jednolitych pod względem członkowskim, np. obejmujących jedną specjalizację lekarską, i – w miarę możliwości – wszystkich przedstawicieli danej specjalizacji. W ten sposób wyodrębnił się z OZZL związek zawodowy anestezjologów, a parę lat później powstało PZ. Mimo wielu prób nie udało się powtórzyć ich sukcesu z innymi specjalnościami, chociaż pewne osiągnięcia ma też niewielki Związek Zawodowy Neonatologów.

Odmianą realizacji hasła „monopol na monopol” było tworzenie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnych, mających monopol już nie w całym kraju, ale lokalnie w szpitalu lub województwie. Powstało wiele takich przedsięwzięć. Swego czasu na stronie internetowej OZZL funkcjonowała odrębna zakładka ze szczegółową instrukcją, jak założyć nzo. OZZL organizował liczne spotkania na ten temat z lekarzami.

Myślę, że powstanie OZZL i jego działania były też inspiracją dla innych do powołania odrębnych związków zawodowych skupiających określony zawód. Jest bowiem oczywiste, że przedstawiciele danego zawodu lepiej będą reprezentować swoich członków, niż wielkie centrale związkowe obejmujące wiele zawodów albo nawet i branż. Największym takim jednozawodowym związkiem jest Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, którego założycielki wprost przyznawały się do inspiracji OZZL-em.

Dokonania, sukcesy, porażki

Założyciele OZZL postawili przed związkiem dwa zasadnicze cele: doprowadzić do zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce na taki, który uwzględniałby mechanizmy rynkowe, a przynajmniej te podstawowe, i najprostsze zasady ekonomii, oraz doprowadzić do sytuacji, gdy wynagrodzenie lekarza specjalisty będzie wynosić co najmniej 3,5 „średniej krajowej” (później ten wskaźnik, podobnie jak wskaźniki dotyczące lekarzy bez specjalizacji, zostały przez OZZL nieco zmienione aby dopasować je do postulatów izb lekarskich).

Czy te cele zostały osiągnięte? Gdyby odpowiedzieć na to pytanie na podstawie wypowiedzi przedstawicieli Rządu RP (obojętnie – tego czy poprzedniego) należałoby uznać, że OZZL odniósł wielki sukces i osiągnął oba cele „z nawiązką”. Rządzący twierdzą bowiem, że publicz-

na ochrona zdrowia jest nie tylko „urynkowiona” ale nawet „nazbyt urynkowiona”, a lekarze są pierwsi na liście najlepiej wynagradzanych zawodów w naszym kraju.

W rzeczywistości – w odniesieniu do lekarzy i OZZL – nie jest tak różowo. Pewne elementy rynkowe zostały co prawda wprowadzone do publicznej ochrony zdrowia, ale „urynkowanie” jest jedynie wybiórcze i fragmentaryczne. Jednak nawet w tak ułomnej postaci spowodowało ono powstanie tu i ówdzie „wysp” normalności, gdzie nie ma kolejek do leczenia, jakość świadczeń jest na światowym poziomie, a lekarze zarabiają dobrze lub nawet b. dobrze. Tak jest w niektórych dziedzinach, jak kardiologia interwencyjna (nie wiadomo jak będzie po ostatnich obniżkach wyceny świadczeń), kardiochirurgia, dializoterapia, i być może w jakiejś jeszcze innej. To są te dziedziny, w których wycena świadczeń jest odpowiednia, a świadczenia nie są limitowane, lub limity – generalnie – odpowiadają potrzebom.

Wprowadzenie mechanizmów rynkowych (albo raczej: odstąpienie od sztywnych siatek płac dla lekarzy i zastosowanie kontraktowania w miejsce umów o pracę) spowodowało również, że zarobki lekarzy w niektórych specjalnościach wzrosły w istotny sposób. Dotyczy to tych specjalizacji, które są szczególnie deficytowe – w skali kraju lub lokalnie – i tych lekarzy, którzy potrafili i chcieli to wykorzystać. Generalnie jednak wynagrodzenia lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę nie osiągnęły zakładanego przez OZZL poziomu. Jak wynika z danych MZ (zebranych do celów związanych z projektowaną ustawą o minimalnym wynagrodzeniu pracowników w podmiotach leczniczych) – przeciętne wynagrodzenie zasadnicze lekarza specjalisty wynosi 1,23 średniej krajowej, a zatem całkowite wynagrodzenie za cały etat pewnie ok. 1,5 średniej. Jest to poziom 2 razy niższy od zakładanego celu. Z drugiej jednak strony trudno zgodzić się z tezą, głoszoną przez niektórych lekarzy, że „OZZL nic nie osiągnął” w sprawie wzrostu płac lekarskich.

OZZL faktycznie nic nie osiągnął, jeśli chodzi o podpisanie jakiegoś porozumienia z rządem RP, które by dawało wszystkim lekarzom automatyczny i satysfakcjonujący wzrost wynagrodzeń. Nie udało się podpisać ponadzakładowego układu zbiorowego pracy (gdyż rząd odżegnał się od roli pracodawcy), nie udało się zmusić rządu do wpro-

wadzenia takich regulacji, jak np. w Czechach lub na Słowacji, gdzie prawnie zagwarantowano lekarzom odpowiednią „krotność” średniego krajowego wynagrodzenia.

Jedynie nasze w strajki w roku 2006 przyniosły – nie tylko nam, ale wszystkim pracownikom służby zdrowia – automatyczne podwyżki o 30 procent, przyznane odpowiednią ustawą. Był to jednak wzrost z tak skrajnie niskiego poziomu, że do satysfakcji było bardzo daleko. Ostatnio minister zdrowia i nasz były kolega, wieloletni prezes NRL Konstanty Radziwiłł, zaproponował uchwalenie ustawy o minimalnych płacach w ochronie zdrowia, jednak stawki przydzielone lekarzom były tak niskie (1,23 średniej krajowej dla lekarza specjalisty, i to do osiągnięcia dopiero za 6 lat) że mogły zostać potraktowane jedynie jako obelga.

Samorozwiązanie

Już przy powołaniu OZZL jego założyciele ogłosili, że ostatecznym celem związku jest jego... samorozwiązanie. Miałoby to nastąpić po wprowadzeniu postulowanego przez OZZL systemu opieki zdrowotnej, uwzględniającego mechanizmy rynkowe. Taki system – z natury rzeczy – zapewniłby lekarzom odpowiedni status, również materialny, i uczyniłby związek zawodowy tworem niepotrzebnym. Są już teraz takie dziedziny i takie miejsca, gdzie ten scenariusz się zrealizował. Ci lekarze, którzy z tego korzystają, czasem narzekają, że „OZZL nic dla lekarzy nie zrobił”, ponieważ nawet nie wiedzą, że zawdzięczają ten stan – w dużej części – działalności OZZL. Generalnie jednak, do samorozwiązania OZZL jeszcze chyba daleko.

Krzysztof Bukiel

jeden z założycieli OZZL
przewodniczący Zarządu Krajowego OZZL

25 lipca 2016 r.