

Niedosyt Z NUTĄ SUKCESU

Nie można mówić o realizacji postulatów samorządu bez adekwatnego wzrostu finansowania całego systemu ochrony zdrowia. I tego właśnie się domagamy – mówi prezes Naczelnej Rady Lekarskiej **Łukasz Jankowski** w rozmowie z Małgorzatą Solecką.

14 maja mija rok, od czasu gdy delegaci na Krajowy Zjazd Lekarzy i Lekarzy Dentystów powierzyli Panu stanowisko prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL). Jakie uczucia przeważają, gdy patrzy Pan na te ostatnie dwanaście miesięcy? Zadowolenie? Duma? A może rozgoryczenie czy przygnębienie?

Zdecydowanie niedosyt. Gdybym teraz czuł zadowolenie, a już na pewno dumę, byłoby to nieuzasadnione, zwłaszcza jeśli wziąć pod uwagę to, co dzieje się na zewnątrz samorządu, w systemie ochrony zdrowia.

Czuję niedosyt, bo co prawda byłem przygotowany, że ze względu na liczbę problemów i wyzwań będzie to trudny rok, ale mimo wszystko miałem nadzieję, że uda się w tym czasie więcej wypracować dla lekarzy. Są obszary, w których jesteśmy kilka kroków dalej. Ale myślę, że niedosyt jest uzasadniony. Chyba dobrze, że dominuje, bo będzie siłą napędową na kolejne trzy lata.

Ten niedosyt byłby znacznie większy, gdyby nie decyzja Sejmu o odrzuceniu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Jako samorząd lekarzy we współpracy z innymi organizacjami zrzeszającymi lekarzy, a także przedstawicielami innych samorządów i organizacji zawodów medycznych wykonaliśmy – nie waham się użyć tego słowa – tytaniczną pracę na rzecz odrzucenia tego szkodliwego i groźnego dla systemu, pracowników i pacjentów

bubla prawnego. Jednym głosem, ale udało się obronić zdroworozsądkowe stanowisko Senatu. Ustawa trafiła do kosza.

To niewątpliwy sukces, ale porozmawiajmy najpierw o problemach najważniejszych z punktu widzenia samorządu lekarskiego.

Największym problemem jest to, co dzieje się w Sejmie. Uchwalane są kolejne ustawy, które nie tylko nie poprawiają, ale wręcz pogarszają warunki pracy lekarzy i sytuację pacjentów. Niepokoi, że nie wiadomo z jakiego powodu i za czym przyzwoleniem i błogosławieństwem grupa posłów podejmuje działania, których celem jest wprowadzenie nadzoru nad funkcjonowaniem samorządu lekarskiego, a być może w dalszej perspektywie w ogóle zamach na lekarską samorządność.

Próby dyscyplinowania samorządu lekarskiego czy prawdopodobna chęć ograniczenia lekarskiej samorządności idą ramię w ramię z ruchami antyszczerpionkowymi, które cieszą się poparciem części polityków z mniejszych ugrupowań. To poparcie wpisuje się w toczącą się już od kilku miesięcy kampanię wyborczą.

Patrząc od wewnątrz samorządu, nie możemy zapominać, że co prawda rok może się wydawać perspektywą stosunkowo długą, ale tak naprawdę wszystko, co wydarzyło się umowny rok temu jest wciąż dość świeże. Można powiedzieć, że sytuacja ustabilizowała się dopiero niedawno.

Zdefiniowaliśmy na nowo, po co jest Naczelna Izba Lekarska (NIL), i przeszliśmy zmianę paradygmatu samorządu.

A nie ma Pan wrażenia, że to wszystko wydaje się ciągle bardzo świeże, dlatego że w ciągu minionego roku żaden z problemów, które dotyczyły czy to system ochrony zdrowia, czy środowisko lekarskie nie miał nawet szans wybrzmieć do końca, nie mówiąc o wypracowaniu jakiegos rozwiązania? Ciągłe pojawiały się kolejne.

Nie tylko pojawiały się kolejne, ale wiele razy ze strony decydentów dochodziło do swoistego wywrócenia stolika. Narzucające warunki debaty publicznej wymagają ogromnej elastyczności. Najlepszym przykładem jest liczba lekarzy. Przez lata dogmatem było, że jest nas za mało. Również samorząd lekarski powtarzał, że zbyt mała liczba lekarzy jest problemem. Okazuje się jednak, że realną przeszkodą jest zbyt mała liczba lekarzy w systemie publicznym.

Kolejną kwestią jest kształcenie. Przez wiele lat samorząd lekarski walczył o zwiększenie liczby miejsc na kierunkach lekarskich. Zamiast w sposób planowy uzupełniać niedobory lekarzy w systemie publicznym, rządzący bez żadnej strategii starają się pokazać społeczeństwu, jak wielu nowych mogą wykształcić. Bez oglądania się na jakość. Mówiąc wprost – wylewają dziecko z kąpielą.

Do tego oczywiście dochodzi ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, którą postulowaliśmy, ale ani nie w wersji, jaką kilkanaście miesięcy temu, przedstawiło Ministerstwo Zdrowia, ani tym bardziej w wersji, która była procedowana w parlamencie.

Może wcale nie chodzi o elastyczność, tylko o to, że jednocześnie decydenci otworzyli w systemie wiele frontów. Ten, kto ma przewagę, łatwiej może zrealizować swój cel.

To bezsporne, ale rzeczywistość zmienia się błyskawicznie, więc elastyczność staje się warunkiem koniecznym nie tylko sukcesu, ale wręcz przetrwania. Pamiętajmy, że jeszcze dwa lata temu, jesienią 2021 r., jednym z głównych postulatów protestu medyków i Białego Miasteczka 2.0 były płace.

Ale przecież nie płace lekarzy.

Rzeczywiście, środowisko lekarskie nie wysuwało tych żądań na pierwszy plan, choć gdyby dokonać przeglądu ówczesnych doniesień medialnych, to założyć się, że większość materiałów zaczynałoby się



FOTO: ARCHIWUM NIK

od stwierdzenia, że lekarze walczą o podwyżki. Do opinii publicznej to się zawsze przebija.

A jak było w rzeczywistości? Nasz postulat trzykrotności średniej krajowej dla lekarzy specjalistów i odpowiednio mniejszych wynagrodzeń minimalnych dla pozostałych lekarzy pozostaje aktualny, ale jest trudny do zrealizowania. Gołym okiem widać, że w niedofinansowanym systemie podmiotom leczniczym często brakuje pieniędzy nawet na płace minimalne.

Proszę spojrzeć na to, co stało się z finansami szpitali, gdy weszła w życie ostatnia nowelizacja ustawy o minimalnych wynagrodzeniach pracowników ochrony zdrowia. Wyobraźmy sobie, że pierwsza grupa ma współczynnik 3,0, a nie 1,45, jak jest w tej chwili. I, co oczywiste, odpowiednio wyższe muszą być też współczynniki innych grup zawodowych, nie tylko lekarskich. Nie można mówić o realizacji tego postulatu samorządu bez adekwatnego wzrostu finansowania całego systemu ochrony zdrowia. I tego się domagamy.

Jeśli w tej chwili przeciętny Polak ma jakieś skojarzenia, gdy słyszy „wynagrodzenia lekarzy”, to słowo „minimalne” jest na ostatnim miejscu, jeśli w ogóle znajduje się w zestawieniu. Raczej będzie to „70-80 tys. zł miesięcznie dla wcale nie wybitnego lekarza” czy 700 zł za godzinę, których mają się domagać od dyrektorów szpitali niektórzy specjaliści. W tym kontekście apele o zrobienie porządku z izbami lekarskimi, które blokują dostęp do zawodu dla lekarzy spoza UE, bo nie chcą zmniejszenia presji płacowej, mogą trafić na podatny grunt.

Czyli totalny chaos. Sytuacja robi wrażenie wywołanej i utrzymywanej w sposób celowy. Wywołanie tematu lekarskich wynagrodzeń jako przyczyny wszelkiego zła w ochronie zdrowia jest oczywiście dla polityków niezwykle korzystne, bo odwraca uwagę od rzeczywistych problemów systemu, poczynając od fundamentalnego, czyli poziomu finansowania ochrony zdrowia. Chcąc być partnerem w toczącej się grze, samorząd musi nie tylko reagować na kolejne enuncjacje, ale wręcz przewidywać, co tak naprawdę rządzący mają na myśli czy też jakie polityczne interesy są na tapecie.

A jakie są?

W tej chwili przede wszystkim interes wyborczy. Zjednaniu czy też utrzymaniu elektoratu służy również spektakularne zwiększanie liczby miejsc na studiach lekarskich. To obietnica zwiększenia liczby lekarzy, a więc w domyśle poprawy dostępu do ich usług. Nawet jeśli wykształci się tylu lekarzy, ilość nie przejdzie w jakość, a wielu z nich nie podejmie pracy w publicznym systemie ochrony zdrowia.

Przeszkodą pozostanie nie tylko liczba miejsc stażowych i specjalizacyjnych, ale przede wszystkim warunki pracy i bezpieczeństwo leczenia odstręczające od

pracy w publicznym systemie. Przykładów podporządkowania tematów ochrony zdrowia interesom politycznym jest znacznie więcej.

Jednym z tych problemów, o którym Pan zresztą wspominał, jest poziom wydatków publicznych na zdrowie. Nie mogę nie przypomnieć, że w 2017 r. walczył Pan, ramię w ramię z kolegami z Porozumienia Rezydentów OZZL o 6,8 proc. PKB na zdrowie. Z takim postulatem siadaliście do rozmów z ministrem zdrowia Łukaszem Szumowskim, by ostatecznie zgodzić się na 6 proc. PKB w 2024 r., czyli rok wcześniej, niż przewidywała pierwotna ustawa. Powinien się więc Pan cieszyć, że już w tym roku mamy szansę osiągnąć nawet 6,5 proc. PKB, ale oczywiście nikt się nie cieszy – bo to będzie 6,5 proc. PKB z 2021 r., a realnie wydamy...

... 4,8 proc.?

4,8 proc., może 4,9... Jeśli pójdzie dobrze, minimalnie przekroczymy 5 proc. PKB, ciągle poruszając się w zakłętym kręgu kilku dziesiętnych części punktu procentowego. Ale jest przecież niemal pewne, że w kampanii wyborczej zostanie użyte zestawienie: 4,5 proc. PKB na zdrowie w 2015 r., 6,5 proc. w 2023. Nie tylko dobra, ale bardzo dobra zmiana. Jednak utwierdzanie się w poczuciu sukcesu, dobrze wypełnionej misji, blokuje już nie tylko poważną, ale jakąkolwiek dyskusję o konieczności zwiększania nakładów na zdrowie. Stoimy w miejscu, tymczasem w systemie z jednej strony przybywa potrzeb, zwiększa się popyt, ale z drugiej strony rośnie wolumen kapitału ludzkiego po stronie podaży. Przybywa lub ma przybyć pracowników. Może wzrost liczby lekarzy będzie nieco odłożony w czasie, ale rządzący chwalą się, jak rosną kadry w innych

zawodach medycznych. Utrzymywanie wydatków na zdrowie na praktycznie stałym lub rosnącym w ślimaczym tempie poziomie względem PKB przy szybkim wzroście kadr musi doprowadzić do dwóch zjawisk: ograniczenia dostępności do świadczeń w systemie publicznym lub zahamowania wzrostu wynagrodzeń. Oczywiście te zjawiska mogą wystąpić łącznie, z różnym nasileniem. To nie jest perspektywa dekady, ale być może jeszcze tej kadencji samorządu lekarskiego.

Dlatego samorząd powtarza, że w tych zmianach nie ma strategii dla systemu. Wszystko jest podporządkowane interesowi politycznemu. To oczywiście prędzej czy później przyniesie opłakane skutki, ale pytanie, czy rządzący poniosą za to odpowiedzialność? Na razie wydaje się, że niekoniecznie. Zręczności politykom odmówić nie sposób, więc może się okazać, że ostatecznie konsekwencje nie tylko błędnych, ale wręcz złych decyzji poniosą jak zwykle pracownicy ochrony zdrowia i pacjenci.

Zręczność żonglerki faktami i danymi rzeczywiście momentami imponuje, podobnie jak łatwość narzucania pożądanego przez decydentów narracji. Wyniki ostatniego Lekarskiego Egzaminu Końcowego (LEK) są prezentowane w taki sposób, by pokazać, że „nowe” uczelnie dobrze sobie poradziły, ergo – obawy samorządu lekarskiego co do jakości kształcenia nie są uzasadnione. Nie zwraca się uwagi choćby na to, że mowa o uczelniach, które przez długi czas przygotowywały się do uruchomienia kierunków lekarskich i musiały spełnić wszystkie wymogi akredytacyjne przepisów, które obowiązywały sześć, siedem lat temu.

Samorząd lekarski stoi na takim samym stanowisku jak Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (KRAUM). LEK w swojej dzisiejszej formie nie spełnia swojej funkcji. Nie weryfikuje wiedzy. Pytania z bazy powinny stanowić co najwyżej 20 proc. pytań albo w ogóle baza powinna zniknąć. 70 proc. pytań z bazy miałyby sens tylko wtedy, gdyby baza liczyła nawet nie kilkakrotnie, ale dziesięć- lub kilkunastokrotnie więcej pytań niż obecnie. Gdy usłyszałem, że dziennikarze branżowi, nieposiadający wykształcenia medycznego, zastanawiają się nad podejściem do LEK, dotarło do mnie, że ten newralgiczny w karierze młodego lekarza moment stał się po prostu memem.

Ministerstwo Zdrowia nie wydaje się tym przejęte, bo ciągle słyszymy, że ostatecznie jakość kształcenia zweryfikuje taki sam dla absolwentów wszystkich uczelni LEK.



Który niczego nie weryfikuje, taka kwadratura koła. My widzimy to również po wynikach lekarzy spoza UE. Lekarze, dla których stary LEK był problemem i podchodzili do niego po kilka razy, teraz zdają ten egzamin, można powiedzieć, hurtowo. Uczą się bazy, zdają z marszu.

Ministerstwo problemu nie widzi, bo to jest, jak się wydaje, część planu. Jak najszerszy nabór na studia lekarskie, likwidacja stażu, który mógłby być wąskim gardłem, uproszczony LEK. Być może drastyczne ograniczenie możliwości specjalizacji i zastąpienie ich umiejętnościami, a na razie, w pierwszym kroku, skrócenie czasu specjalizacji. Jednym słowem fелczeryzacja.

W ciągu ostatniego roku, może nawet dwóch, próżno było wypatrywać stanowiska rektorów starych, akademickich, uczelni medycznych wobec zmian dokonywanych w systemie kształcenia studentów kierunków lekarskich. Ostatnie tygodnie przyniosły pewne zmiany. Pytanie, czy nie za późno, bo mleko w postaci pozwoleń na otwieranie kierunków lekarskich już się w dużej części wylało, choć kolejka chętnych ciągle się wydłuża. Na początku kwietnia, bynajmniej nie w prima aprilis, akces zgłosiła Akademia Kultury Społecznej i Medialnej, czyli uczelnia związana z ojcem Tadeuszem Rydzykiem.

Przedstawiciele KRAUM coraz częściej i wyraźniej mówią o swoich obawach, wręcz podpisują się pod tym, co w sprawie kształcenia na kierunkach lekarskich ma do powiedzenia samorząd. Optymalnym rozwiązaniem, godzącym potrzebę kształcenia kadr lekarskich z koniecznością zachowania jego najwyższych standardów,

byłoby otwieranie filii uniwersytetów medycznych i część uczelni już takie plany ma. Oparcie filii na bazie naukowo-dydaktycznej uczelni akademickich daje pewną rękojmię, że absolwenci będą przygotowani do dalszego kształcenia w zawodzie lekarza. Takiej rękojmi nie dają szkoły, które w tej chwili starają się o pozwolenie na otwieranie kierunków lekarskich.

A o co chodzi posłom, którzy stoją za zespołem badającym funkcjonowanie izb lekarskich?

Wniosek do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie zgodności z konstytucją obowiązku przynależności do izb lekarskich nie tylko jest już przez grupę posłów przygotowany, ale ma być lada dzień złożony.

Rok temu, tuż przed Krajowym Zjazdem Lekarzy i Lekarzy Dentystów, grupa posłów Zjednoczonej Prawicy złożyła w Trybunale analogiczny wniosek dotyczący samorządów zawodów prawniczych. Pisałam wtedy, że jest tylko kwestią czasu, jak przyjdzie kolej na izby lekarskie. I wszystko wskazuje, że przyszła. Oba wnioski mają wsparcie polityków, którzy blisko współpracują z ministrem sprawiedliwości. Ministerstwo Sprawiedliwości aktywnie włącza się w prace zespołu zajmującego się badaniem funkcjonowania izb lekarskich, a mówiąc wprost – sądów lekarskich, bo ten wymiar samorządności jest w tej chwili w centrum uwagi. Pojawiają się zapowiedzi, że prokurator będzie się włączał w sprawy przed sądami lekarskimi. Można dopatrywać się w tych działaniach bardziej dalekosiężnego celu, jakim jest ograniczenie – a może likwidacja – samorządu lekarskiego.

Wspomniałem o tym zagrożeniu na początku naszej rozmowy, bo to jedno

z najistotniejszych wyzwań, z jakimi będziemy się musieli zmierzyć. Już rok temu, podczas zjazdu, zwracałem w swoich wystąpieniach uwagę na konieczność wzmocnienia pionu odpowiedzialności zawodowej, niejako wyprzedzając obecnie formułowane zarzuty. Na zapowiedziach się nie skończyło, bo został on realnie wzmocniony – finansowo i szkoleniowo. Ten proces jeszcze trwa, trwa reorganizacja. Nie zamierzamy nikomu ułatwiać zadania i twierdzić, że pion odpowiedzialności zawodowej chroni korporacyjne interesy środowiska lekarskiego.

Na razie bacznie obserwujemy sytuację. Natomiast mam świadomość, że jeśli po wyborach w Sejmie grupa niechętna lekarskiej samorządności jeszcze się wzmocni, może dojść do takiej zmiany prawa, że powstanie kilka izb. Może dojść do rozkładu samorządu. Rządzący nie biorą pod uwagę jednego – że nasza działalność polega nie na pracy dla samorządu, ale dla środowiska. I że możemy ją wykonywać nawet bez izb.

A czy do izb lekarskich trafiły już powiadomienia z prokuratury o przystąpieniu prokuratorów do spraw toczących się przeciwko lekarzom, którzy głoszą poglądy niezgodne z Evidence Based Medicine (EBM)?

Na dziś nie. Na razie parlamentarzyści zwracają się do nas w trybie dostępu do informacji publicznej m.in. o wyroki sądów, ile kosztowały opinie prawne czy na jakie cele były przeznaczane środki z nakładanych na lekarzy kar finansowych. Widzimy, że zbierane są materiały. I intencją nie jest bynajmniej poszerzanie wiedzy pytających, ale zebranie informacji pod pewną tezę. Przygotowujemy się merytorycznie do dyskusji, która rozpocznie się prędzej czy później.

W ostatnich miesiącach 2022 r. dominującym tematem, który wydawał się absorbować lekarzy i lekarzy dentystów, nie były jednak kwestie systemowe czy zagrożenia dla samorządności, ale absolutnie wewnętrzna sprawa wysokości składek. Skokowa podwyżka składek wydawała się decyzją na tyle drastyczną, że pod koniec roku NRL złagodziła uchwałę, dając okręgowym izmom lekarskim możliwość zmniejszania wymiaru składek w uzasadnionych przypadkach. Dużo jest takich decyzji?

Analizujemy sytuację i przynajmniej na razie z danych przekazywanych przez izby okręgowe wynika, że o zmniejszenie czy też zwolnienie ze składki wnioskują pojedyncze osoby. Każdy z członków NRL

głosował zgodnie ze swoim sumieniem. Myślę, że decyzję tę można uznać za odpowiedzialną z perspektywy inflacji, rosnących kosztów, ale także piętrzących się przed nami wyzwań i stawianych przed nami oczekiwań, że będziemy działać na rzecz środowiska w sposób profesjonalny. Powiem więcej, patrząc na koszt pieniądza, NIL pożyczyła pieniądze tym izbom, które miały zaciągnięte pożyczki bankowe, by mogły je spłacić i nie wydawać pieniędzy ze składek swoich członków na gigantyczne odsetki.

Z drugiej strony, wyższa składka dała możliwość podwojenia budżetów rzecznika odpowiedzialności zawodowej i sądu lekarskiego, co jest bardzo istotne w kontekście niewątpliwych zakusów na naszą samorządność. Te pieniądze pozwoliły również na zwiększenie diet lekarzy zaangażowanych w pracę pionu odpowiedzialności zawodowej. Diety te były po prostu niegodnie niskie, a teraz pozwalają na wykonywanie pracy na rzecz samorządu, bo choć częściowo rekompensują utracone zarobki.

Podsumowując rok, trudno nie zapytać o sukcesy.

Myślę, że sukcesem jest sprawa systemu *no fault*. Oczywiście nie w takim wymiarze, o jaki lekarzom chodzi – bo droga do tego rozwiązania wydaje się długa i wyboista. Jednak w mojej ocenie samo to, że problem przebił się do głównego nurtu debaty, jest sukcesem, a na pewno znaczącym osiągnięciem, które, mam nadzieję, będzie procentować w przyszłości. Decyzja Sejmu o odrzuceniu ustawy o jakości powinna ułatwić prowadzenie dyskusji nad rozwiązaniami, które realnie zwiększą bezpieczeństwo pacjenta w procesie leczenia właśnie dlatego, że pracownicy medyczni będą mogli czuć się pewnie, dobrze wykonując swoją pracę. System *no fault* nie oznacza chęci uchylania się od odpowiedzialności czy chronienia przed nią tych, którzy pracę wykonują źle czy nie zachowują należytej staranności.

Szczerze mówiąc, byłam pewna, że na pierwszym miejscu wymieni Pan sprawę zdjęcia z lekarzy obowiązku określania poziomu odpłatności za leki. Lekarze domagali się tego od uchwalenia ustawy refundacyjnej, osiem lat temu do Sejmu trafił obywatelski projekt ustawy przygotowany

przez lekarzy rodzinnych, który ugrzązł w sejmowej zamrażarce. Gdy jesienią 2022 r. sformułował Pan publicznie ten postulat, oczekiwanie pod adresem ministra zdrowia i NFZ, wydawało się, że po raz kolejny lekarze zostaną zbici. Sprawa kar za tzw. nienależną refundację jednego z preparatów dla niemowląt okazała się game changerem. Sprawy nabrały przyspieszenia. Powstał ministerialny zespół, w skład którego wchodzi również przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej, i jest duża szansa, że nasze postulaty zostaną zrealizowane.

Kiedy?

Potrwa to przypuszczalnie około roku, choć pewnie wszyscy chcielibyśmy, by stało się to jak najszybciej. Wydaje się jednak, że na pewno przed wyborami parlamentarnymi przełomu nie będzie. Zespół musi przygotować założenia programu, na podstawie którego algorytmy NFZ będą mogły automatycznie przypisywać poziom refundacji jeśli nie we wszystkich, to w lwiej części przypadków. By było to możliwe, trzeba uprościć rozrośnięty słownik refundacyjny.

Udało się nam wywalczyć realizację wieloletniego postulatu samorządu lekarzy i lekarzy dentyków – w Ministerstwie Zdrowia powstał zespół do spraw stomatologii. Trudno uwierzyć, ale po raz pierwszy w historii. To na pewno podnosi rangę problemów stomatologii, ale też poprawia sytuację zawodu lekarza dentydy. Podnosimy temat dramatycznie, haniebnie wręcz niskich wycen świadczeń stomatologicznych w systemie publicznym.

Sukcesem jest też zgoda na zwolnienie z części ustnej egzaminu specjalizacyjnego lekarzy, którzy na części pisemnej uzyskali minimum 75 proc. punktów. To duża i dobra zmiana. I ostatecznie wygraliśmy sprawę ujawnienia i publikacji pytań z poprzednich PES-ów. Nie bez przeszkód, ale sukcesywnie publikujemy udostępniane nam arkusze. Tu trzeba oczywiście podkreślić, że nie jest to żadna baza pytań. Dobrze, że takiej bazy nigdy nie planowano.

A co się udało zrobić na wewnętrznym, samorządowym, podwórku? Pomijając sprawę wyższej składki.

Po stronie osiągnięć na pewno można zapisać stosunkowo drobne, ale dla

funkcjonowania samorządu jako całości znaczące decyzje. Wspominałem o pożyczkach dla izb okręgowych z kasy NIL – nie ma lepszego sygnału, że samorząd traktujemy jak wspólnotę. Wyrazem takiego podejścia jest też powołanie Centrum Usług Wspólnych, którego zadaniem jest koordynowanie kwestii związanych z szeroko rozumianą informatyzacją czy ucyfrowieniem wszystkich izb w Polsce.

Kierując się ekologią i szanując składkowe pieniądze, podjęliśmy decyzję o elektronicznej „Gazety Lekarskiej”. Lekarze po 70. roku życia i wszyscy, którzy zgłaszają taką chęć za pomocą elektronicznego formularza na stronie gazetalekarska.pl, nadal będą otrzymywać wydanie papierowe. Do pozostałych „Gazeta” trafi w formie elektronicznej.

Mam też nadzieję, że ostatecznie uporządkowaliśmy i wyznacziliśmy pewną cezurę między NIL a izbami okręgowymi. NIL działa w interesie środowiska i reprezentuje środowisko na zewnątrz, zarówno na forum krajowym, jak i w kontaktach międzynarodowych. Izby okręgowe dbają o swoich członków, pomagając rozwiązywać indywidualne problemy. Przed NIL są zupełnie inne wyzwania.

Skoro jesteśmy przy wyzwaniach, trudno na-dążyć za rzeczywistością. Receptomaty...

Zaliczyłbym tę sprawę wręcz do naszych sukcesów, bo samorząd lekarski wystosował pisma i do ministra zdrowia, i do Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, gdzie do początku kwietnia umocowany był pełnomocnik rządu ds. cyfryzacji, nie tylko zwracając uwagę na problem, ale też proponując konkretne rozwiązania. Byliśmy inicjatorami spotkania z przedstawicielami resortu zdrowia i ZUS, bo receptomaty to nazwa umowna i tą samą drogą wystawiane są e-zwolnienia. To nie wszystko. Do rzeczników odpowiedzialności zawodowej trafiły już pierwsze zawiadomienia w sprawach lekarzy, którzy postępują niezgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej i nie przykładają należytej staranności do porady lekarskiej, wystawiając w ciągu doby kilkadziesiąt czy tysiąc recept lub zaświadczeń. Część kolegów postępuje przy tym nad wyraz nieroztropnie, znacząco przekraczając swoje kompetencje. Bo jak nazwać sytuację, w której okulista wystawia recepty na leki psychiatryczne bez jakiegokolwiek kontaktu z pacjentem, a wywiad lekarski ogranicza do składającej się z dwóch pytań ankiety?

Postępowania w tych sprawach już się toczą, choć mamy świadomość, że tak naprawdę możemy badać prawidłowość postępowania tylko lekarzy, którzy udostępnili swoje pieczętki firmom, natomiast zarządy spółek, w których lekarzy zazwyczaj nie ma, są poza zasięgiem.

31 Jak można rozwiązać ten problem, żeby nie wylać dziecka z kąpielą? Ministerstwo Zdrowia zapowiada drastyczne kroki. Można się spodziewać, że zniknie możliwość wystawiania e-recept na część leków. Już podnoszą się głosy, że choćby w psychiatrii może to mieć opłakane skutki.

Zaproponowaliśmy, by teleporad mogły udzielać tylko te podmioty, które mają przynajmniej 50 proc. porad stacjonarnych. To od razu odciełoby możliwość nadużywania tego niewątpliwie korzystnego i dla świadczeniodawców, i dla pacjentów narzędzia przez podmioty, które tak naprawdę nie mają żadnych pacjentów pod opieką.

Sprawę receptomatów traktujemy jednak bardziej jak roboczy problem do rozwiązania, nie wyzwanie. Wyzwaniem zdecydowanie jest i będzie nowelizacja ustawy o izbach lekarskich. To temat, którego od dłuższego czasu nikt nie ruszał, by nie dać pretekstu do wprowadzania zmian niepożądanych z punktu widzenia samorządu lekarskiego, czyli na przykład zniesienia obowiązku przynależności do izby. Jednak nie można chować głowy w piasek – ustawa o izbach lekarskich wymaga zmian, powstała przecież w zupełnie innej rzeczywistości. W ustawie powinna się choćby pojawić instytucja Rzecznika Praw Lekarza ze wzmocnionymi kompetencjami, chcielibyśmy dużych zmian w zakresie możliwości kierowania na mediację w postępowaniach dyscyplinarnych, wprowadzenia mediacji przedsądowych – w tej chwili mediacja jest możliwa, gdy sprawa trafia do sądu, gdy są postawione zarzuty.

W kategorii wyzwań mieszczą się też zmiany, jakie – w ocenie władz samorządu lekarskiego – są konieczne w Kodeksie Etyki Lekarskiej, który musi bardziej nadążać za zmieniającymi się warunkami wykonywania zawodu lekarza, i w naszym kodeksie wyborczym. Zajmie się nimi za rok nadzwyczajny zjazd lekarzy i lekarzy dentyków. Ogromnym wyzwaniem pozostaje

porządkowanie spraw związanych z Rejestrem Lekarzy i Lekarzy Dentyków.

Wreszcie wyzwaniem jest przekonanie lekarzy i lekarzy dentyków, że samorząd naprawdę jest ich i dla nich. Jeśli nie zaczęną, w dobrym tego słowa znaczeniu, wymuszać pozytywnych dla siebie zmian na poziomie okręgowych izb lekarskich, pomysły płynące z góry niczego nie zmienią. Takie pomysły, owszem, są. Znany postulat OC w składce na izbę lekarską jest absolutnie do zrealizowania w każdej izbie – jako NIL negocjujemy warunki, a okręgowe izby mogą się dołączać, co zwłaszcza dla małych izb lekarskich jest bardzo korzystne. Ale głosy „Niech Naczelna coś zrobi!”, jakie czasami do nas docierają, są o tyle pozbawione sensu, że po pierwsze NIL robi, po drugie nie

ma żadnej możliwości narzucenia najlepszych nawet rozwiązań izmom okręgowym. Jeśli lekarze i lekarze dentyści chcą mieć OC w składce płaconej na izbę lekarską, muszą działać na poziomie swojej izby okręgowej. Podobnie programy socjalne, takie jak choćby karty sportowe dla wszystkich członków samorządu lekarskiego. Wiele rzeczy jest w za-

sięgu ręki, gdybyśmy tylko mogli poprawić koordynację i współpracę.

31 Mówi Pan o głosach domagających się działań NIL. Ale można także usłyszeć obawy, że centrala chce zdominować izby okręgowe. Dążenie do koordynacji działań bywa interpretowane niekiedy jako chęć podporządkowania, centralizacji.

Dążenia do podporządkowania nie ma, ale model działania samorządu zależeć będzie od jego członków.

31 Tych zaś może wkrótce znacząco przybyć. Potencjalnie, w związku z pączkowaniem miejsc na kierunkach lekarskich, samorząd musi się

przygotować na przyjęcie – lub nieprzyjęcie – nowych członków. Może to nie jest jeszcze perspektywa tej kadencji, ale następnej już tak, więc nie za wcześnie pytać o przygotowania do tej znaczącej zmiany.

Jesteśmy tego świadomi. Analizowaliśmy możliwość zastosowania artykułu 11. Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, który daje izmom lekarskim możliwość formalnej weryfikacji wykształcenia lekarza i jego przygotowania do wykonywania zawodu. Rozważaliśmy wystosowanie apelu do lekarzy o niepodejmowanie pracy w uczelniach niedających rękami jakości kształcenia. Ostatecznie NRL nie wystosowała tego apelu. Mamy świadomość złożoności sytuacji, której ważną składową jest słabość wymogów akredytacyjnych, ale przede wszystkim to, że są one przez decydentów po prostu lekceważone.

W nasze działania wpisuje się wystąpienie do Komisji Europejskiej (KE). Odpowiedź na nasz list, jak wielokrotnie już mówiłem, uznajemy za niesatysfakcjonującą i z pewnością nie poprzestaniemy na tym jednym kontakcie.

31 Gdyby istniał wehikuł czasu, jaką decyzję by Pan zmienił? Jakie działania podjął lub odwrotnie – może z nich zrezygnował? Nie pytam o decyzję ubiegania się o stanowisko prezesa lekarskiego samorządu, data graniczna to 15 maja 2022 r., dalej się nie cofamy.

Wydaje mi się, że gdyby była taka możliwość, inaczej podszedłbym do wystąpienia do KE. To był dobry krok i właściwa decyzja, ale wydaje się, że powinna być inaczej przeprowadzona. Nie mówię nawet o samej treści wystąpienia, ale powinny towarzyszyć temu bezpośrednie kontakty z przedstawicielami Komisji Europejskiej, współpraca z izbami lekarskimi zrzeszonymi w międzynarodowych organizacjach. Jesteśmy jako władze samorządu lekarskiego bogatsi o to doświadczenie. Zamierzamy sprawę jakości kształcenia nadal stawiać na forum europejskim, wykorzystując wszystkie możliwości, jakie posiadamy. ■■■

Autorka jest dziennikarką portalu Medycyna Praktyczna i miesięcznika „Służba Zdrowia”

ŁUKASZ JANKOWSKI

prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, wcześniej prezes Okręgowej Rady Izby Lekarskiej w Warszawie. Specjalista nefrologii. Absolwent, a obecnie doktorant I Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Ukończył również podyplomowe studia menedżerskie „Zarządzanie w ochronie zdrowia” na Uniwersytecie Warszawskim. Zawodowo związany z Kliniką Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych WUM. Absolwent programu Leadership Academy for Poland 2022