

NIEKOŃCZĄCA SIĘ

HISTORIA

PRZEPISÓW

O (NIE)JAKOŚCI

Rozmowa z prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej **Łukaszem Jankowskim**.



NACZELNA
IZBA LEKARSKA

ELNA



NACZELNA



red. P. Jachowski

Na początku kwietnia mówił pan o projekcie ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta, opisując ją jako „ustawę konfident 2.0”. Było aż tak źle? Czy to nie za ostre sformułowanie?

– Zgadza się – ten projekt nazwałem „ustawą konfident 2.0”. Kontrowersje wzbudzał jej art. 62, dający możliwość nadzwyczajnego złagodzenia kary przez sąd, pod warunkiem że sprawca sam zgłosi zdarzenie niepożądane. Ten przepis zaprojektowano tak, jakby lekarze byli np. dłużnikami alimentacyjnymi albo przestępcami, którzy – jeśli najpierw umyślnie dokonają przestępstwa, a potem wykażą skruchę i żal – mogliby liczyć na złagodzenie kary. Przecież w medycynie to tak nie działa. Często zdarzenie niepożądane nie jest w żaden sposób zawinione przez lekarza. Ba, czasem nie można nawet go przewidzieć. Bywa, że nie zdajemy sobie sprawy, że doszło do jakiegoś powikłania, bo cała sytuacja jest dyskusyjna, a o wątpliwościach dowiadujemy się po kilku latach – od prokuratury lub sądu. Praca lekarza to praca wysokiego ryzyka zdarzeń niepożądanych, w której każda interwencja lekarska jest ryzykowna.

W przypadku leczenia muszą panować inne standardy niż na przykład przy przestępstwach skarbowych, gdzie wina jest oczywista. Niestety, mieliśmy wrażenie, że nie dotarliśmy z tym przekazem do przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, nie udało nam się przekonać decydentów, jak dysfunkcyjny i niesłużący nikomu jest system, w którym niewinnych lekarzy ciąga się po sądach i prokuraturach, a dopiero po latach uniewinnia.

Na 15 tysięcy spraw w prokuraturze (przez ostatnie lata) jedynie kilku lekarzy zostało skazanych w procesie karnym. Cała reszta to zupełnie niepotrzebne angażowanie prokuratorów, sędziów, pełnomocników i samych lekarzy. Pacjenci nic na tym nie zyskali – nie otrzymali dzięki tym sprawom rekompensaty, ucierpieli ci, których lekarz mógłby w tym czasie wyleczyć, zamiast tracić czas na salach sądowych.

Co więcej, lekarze, wiedząc, że mogą narazić się na odpowiedzialność karną z racji samego zgłoszenia – nie będą zgłaszać zdarzeń niepożądanych. Maksymalne

złagodzenie kary nie zwiększyłyby bezpieczeństwa ani lekarzy, ani pacjentów.

To oczywiste, ale warto powtórzyć – uderzając w bezpieczeństwo lekarzy zawsze uderza się w bezpieczeństwo pacjentów. Tymczasem w projektowanych przepisach dużo było o karaniu lekarzy, akredytacji i o podmiotach leczniczych, a o bezpieczeństwie i pacjentach prawie nic. Spora część zapisów dotyczyła kar dla lekarzy, którzy nie wywiążą się z obowiązku zgłoszenia w krótkim czasie zdarzenia niepożądanego. Ale my często nie zdajemy sobie nawet sprawy, że doszło do błędu. Często nie ma jasnych granic, co należało zrobić, a czego nie. W medycynie wiele rzeczy jest nieprzewidywalnych.

Nie potrzebujemy rejestru winnych. Chcemy, aby w razie takiej potrzeby nasi pacjenci dostawali rekompensatę i żeby błędy

analizowano kompleksowo, a w przypadkach rażącego zaniedbania wyciągano konsekwencje. Nam nie chodzi o bezkarność, lecz o bezpieczeństwo leczenia, czyli odpowiednie warunki pracy, skupienie się na pacjencie i terapii, bez myśli z tyłu głowy, że niezależnie od tego, co zrobię, sprawa może trafić do prokuratora. Nie chcemy całkowitego zniesienia odpowiedzialności – lekarz powinien podlegać odpowiedzialności karnej, gdy błąd jest rażący, czyli niewymagający wiedzy specjalnej. Ale to byłby wręcz promil

wszystkich spraw, które teraz toczą się w prokuraturach i sądach. Pozostaje jeszcze odpowiedzialność cywilna i zawodowa – w krajach rozwiniętych te formy odpowiedzialności lekarzy dominują, u nas przyjęto model, w którym grozi się lekarzom więzieniem za wykonywanie pracy. To droga donikąd.

Co poza tym nie podobało się lekarzom w projekcie?

– Byliśmy również rozczarowani tym, że brakowało dialogu związanego z ustawą o jakości. Nasze sugestie poprawek projektu przepadały jedna za drugą – bez żadnego wytłumaczenia. Żądano od nas, abyśmy zrozumieli, że rząd jest przeciw, bo decydują kwestie polityczne – my jednak jesteśmy pracownikami ochrony zdrowia i patrzymy na kwestie merytoryczne. Nie zaj-

SAMORZĄDOWI LEKARSKIEMU ZALEŻAŁO

– I ZALEŻY – NA DOBRZE ZORGANIZOWANEJ

PRACY OZNACZAJĄCEJ SKUTECZNĄ TERAPIĘ.

NIE UCIEKAMY OD TEMATU, NIE BRONIMY

„KORPORACJI”, PODKREŚLAMY JEDNAK,

ŻE PRZEDSTAWIONY PROJEKT USTAWY

O JAKOŚCI Z PUNKTU WIDZENIA NAS

– PRAKTYKÓW NIE WNOŚIŁ DO SYSTEMU

ŻADNEJ JAKOŚCI, A W KILKU ZAPISACH

MÓGŁ UTRUDNIĆ NAM PRACĘ

mujemy się polityką i w tym kontekście chcemy ustawy dobrej, a nie kalekiej, która jest poddana kompromisowi politycznemu. Pominę milczeniem kwestię wpisania do ustawy zapisów przekazujących część środków przeznaczonych pierwotnie na leczenie Polaków do resortu sportu w celu spożytkowania ich na kolonie letnie.

14 kwietnia w Sejmie zagłosowano za senacką uchwałą odrzucającą wspomnianą ustawę. Satisfakcja lekarzy jednak nie trwała długo. „Od projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta nie ma odwrotu. Ten dokument wróci do Sejmu na najbliższym posiedzeniu” – zapowiedział minister zdrowia Adam Niedzielski podczas debaty „Prawa pacjenta w systemie ochrony zdrowia” zorganizowanej 19 kwietnia w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym w Poznaniu, stwierdzając przy tym, że „niestety, polityka i korporacjonizm zatriumfowały”. Mówił, że „występuje pewne niezrozumiałe bronienie się środowiska przed tym, aby pacjent miał prawo wiedzieć, miał prawo być partnerem w procesie leczenia” i podkreślał, że „w Polsce doszło do pomieszenia relacji”. Stwierdził też: „Zdarza się, że pacjent jest traktowany z góry przez lekarza, który nie ma cierpliwości do tłumaczenia, na czym polega jego schorzenie, jest za to irytacja. A przecież pomoc choremu to nie jest sytuacja, w której ktoś komuś robi łaskę”. Co pan sobie pomyślał, słysząc te zapowiedzi?

– Byłem zdziwiony. Samorządowi lekarskiemu zależało – i zależy – na dobrze zorganizowanej pracy oznaczającej skuteczną terapię. Nie uciekamy od tematu, nie bronimy „korporacji”, podkreślamy jednak, że przedstawiony projekt ustawy o jakości z punktu widzenia nas praktyków nie wnosił do systemu żadnej jakości, a w kilku zapisach mógł utrudnić nam pracę.

Apelowałem wtedy też o powstrzymanie się od sformułowań godzących w dobre imię medyków oraz antagonizujących lekarzy i pacjentów, ponieważ próby ich skłócenia to działanie na szkodę całego syste-

mu ochrony zdrowia, a konsekwencje straty zaufania i pogorszenia relacji lekarze–pacjenci będziemy ponosić przez wiele lat.

Minister, który krytykuje wprost i bezpodstawnie lekarzy, destabilizuje system, za który odpowiada – podcina gałąź, na której siedzi.

Słyszając zapowiedzi ministra dotyczące powrotu ustawy, zastanawiałem się, w jakiej procedurze ustawa miałaby wrócić do Sejmu, z jakimi poprawkami do dokumentu, czy byłaby poddana konsultacjom społecznym. Dużo było pytań bez odpowiedzi – dlatego zachęcaliśmy przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia do udziału w Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta, które odbyło się 10 maja.

Forum to nowa inicjatywa Porozumienia Organizacji Lekarskich. Jest ono odpowiedzią na odrzucenie przez Sejm ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta – powołano ją 19 kwietnia przez Porozumienie Organizacji Lekarskich, zrzeszające Naczelną Izbę Lekarską, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Porozumienie Zielonogórskie i Porozumienie Rezydentów OZZL – po odrzuceniu przez Sejm ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

Do udziału w forum zaprosiliśmy również przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Biura Rzecznika Praw Pacjenta, organizacji pacjentów, ekspertów oraz osoby reprezentujące wszystkie zawody medyczne.

Zapowiadałem w „Menedżerze Zdrowia”, że jesteśmy przygotowani do dialogu, że chcemy rozmawiać o ustawie o jakości i bezpieczeństwie pacjenta bez emocji i konstruktywnie. Nie chcieliśmy – i nie chcemy – skupiać się na tym, co było, lecz raczej patrzeć do przodu i koncentrować się na tym, co będzie. Wszyscy potrzebujemy jakości w systemie ochrony zdrowia, a nasi pacjenci i my, jako medycy, potrzebujemy bezpieczeństwa.

Tymczasem dzień wcześniej – 9 maja – zorganizowano w Ministerstwie Zdrowia konferencję prasową, podczas której urzędnicy zapowiedzieli, że planowane rozwiązania dotyczące jakości

LEKARZE – I SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

– POWINNI UCZYĆ SIĘ NA BŁĘDACH

I SKOŃCZYĆ Z ZAMIATANIEM SPRAW

POD DYWAN. SYSTEM, KTÓREGO OCZEKUJEMY,

TO TAKI, KTÓRY SPRAWIŁBY, ŻE JEŚLI DOJDZIE

DO ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO,

NASTĘPNEGO DNIA RANO NA ODPRAWIE

LEKARZE BĘDĄ DYSKUTOWALI O TYM,

JAK POMÓC PACJENTOWI

I SZYBKO NAPRAWIĆ BŁĄD

w ochronie zdrowia i bezpieczeństwa pacjentów zostaną przedstawione wkrótce jako dwa projekty poselskie, a nie dokument rządowy. Mówiono, że w pierwszym znajdują się przepisy dotyczące jakości, a drugi projekt to nowelizacja ustawy o prawach pacjentów i Rzeczniku Praw Pacjenta, dzięki której właśnie on będzie wypłacał odszkodowania pacjentom. Mówiono, że w projektach poselskich nie będzie zapisów o systemie no fault, którego koncepcję opracuje zespół ekspertów. W Dzienniku Urzędowym ministra zdrowia chwilę po zakończeniu konferencji prasowej opublikowano nowe zarządzenie w sprawie powołania ministerialnego zespołu pomocniczego do spraw opracowania rekomendacji wdrożenia systemu kompensacji szkód bez orzekania o winie (no fault). Jak pan to odebrał?

– Jako próbę uprzedzenia naszych działań – działań lekarzy i innych zawodów medycznych oraz przedstawicieli systemu ochrony zdrowia z Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta.

A co z zespołem – to dobry pomysł?

– To, że wypracowaniem rozwiązań dotyczących systemu no fault zajmie się powołany zespół ekspertów, nie było z samorządem lekarskim w żaden sposób konsultowane, ale przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej w pracach zespołu z pewnością wezmą udział. Obawiam się jednak, że powstał on wyłącznie po to, by rozmyć temat. Obym się mylił, ale w mojej ocenie będzie to kolejna grupa, której prace nie przełożą się na decyzje resortu.

Co do 10 maja – według moich informacji, tego dnia około godz. 8.40 ktoś z resortu dzwonił do izby lekarskiej, zapraszając pana na spotkanie z ministrem zdrowia o 9.15. To prawda? Jak pan to skomentuje?

– Tę sytuację i sposób organizacji spotkania traktuję jako mało taktowną próbę wyprzedzenia naszych działań podczas forum, zapewne po to, aby minister Niedzielski mógł ogłosić, że już rozmawiał ze wszystkimi interesariuszami i tym samym usprawiedliwić nieobecność na spotkaniu w Naczelnej Izbie Lekarskiej.

Ostatecznie minister zdrowia Adam Niedzielski nie pojawił się na Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta – przyszedł za to wiceminister zdrowia Piotr Bromber i rzecznik praw pacjenta Bartłomiej Chmielowiec.

– Niestety, nie dało się nie zauważyć nieobecności ministra zdrowia – w wielu wystąpieniach uczestnicy spotkania wyrażali zdziwienie z tego powodu. Szkoda. Mimo to forum okazało się sukcesem. Prawie cztery godziny trwało to inauguracyjne spotkanie. Fakt, wśród uczestników spotkania był między innymi wi-

ce minister zdrowia Piotr Bromber, więc resort był reprezentowany. Nie skupiamy się jednak na polityce, rozmawiamy o merytoryce.

Dzięki otwartej formule i obecności pełnego przekroju uczestników – od przedstawicieli pacjentów, przez personel, pracodawców, po przedstawicieli resortu – udało się po raz pierwszy prawdziwie dyskutować o tej kwestii i wyartykułować, czego poszczególni uczestnicy oczekują od ustawy o jakości i co przez samą jakość rozumieją. Wiceminister Bromber mógł na własne oczy zobaczyć, że mimo różnic w roli poszczególnych grup w systemie, oczekiwania, tak wydaje się rozbieżnych grup, są zbieżne.

Wszyscy oczekują dobrej ustawy o jakości, która tę jakość da i zagwarantuje bezpieczeństwo zarówno pacjentom, pracownikom, jak i pracodawcom systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wnioski, które sformułujemy, prześlemy – niezależnie od przepisów proponowanych przez rządzących – do Ministerstwa Zdrowia. Czeka nas wielomiesięczna praca nad jakością w ochronie zdrowia.

O czym rozmawiano? Co jest według pana najważniejsze – na co zwrócono uwagę?

– Wszyscy jesteśmy zgodni, że potrzebujemy jakości i bezpieczeństwa pacjenta. Środowiska medyczne od lat postulowały, żeby poprawić jakość w ochronie zdrowia. Nie bez przyczyny hasłem Porozumienia Rezydentów w trakcie protestu głodowego było „stawiamy na jakość”. Już w 2017 r. mówiliśmy o tym, że jesteśmy skłonni poddać się ocenie jakościowej i chcemy, aby stworzono rejestry, aby wyliczyć dokładnie, jaką jakość dany świadczeniodawca oferuje, i na tej podstawie promować dane podmioty, które leczą dobrze, a te, które są gorsze, motywować do tego, żeby poprawiły swoją jakość – bez karania.

Lekarze – i system ochrony zdrowia – powinni uczyć się na błędach i skończyć z zamiataniem spraw pod dywan. System, którego oczekujemy, to taki, który sprawiłby, że jeśli dojdzie do zdarzenia niepożądanego, następnego dnia rano na odprawie lekarze będą dyskutowali o tym, jak pomóc pacjentowi i szybko naprawić błąd. Chcemy systemu, który będzie motywował tych – zarówno lekarzy, jak i świadczeniodawców – którzy „nie doganiają”, a jednocześnie promował tych, którzy są najlepsi. W Polsce brakuje ogólnodostępnych rejestrów, w tym uwzględniających jakość leczenia. Nie mając ich, nie mamy przejrzystości. O jakości w konkretnym ośrodku pacjenci dowiadują się jeden od drugiego pocztą pantoflową.

Poza tym od dawna w branży mówi się, że potrzebna jest ustawa o instytutach i szpitalach klinicznych, promująca wycenę pracy tych podmiotów – można to połączyć z jakością. Dobrym rozwiązaniem byłoby promowanie tych podmiotów lub wręcz oddziałów, które w ocenie jakościowej – w porównywalnych rejestrach

TRUDNO MÓWIĆ O ZAUFANIU

W RELACJI MIĘDZY LEKARZAMI

A PRZEDSTAWICIELAMI RESORTU.

WYPOWIEDZIANO DUŻO SŁÓW,

W TYM, NIESTETY, RÓWNIEŻ TYCH

ODBIERANYCH PRZEZ NAS JAKO KRZYWDZĄCE

dotyczących na przykład długości hospitalizacji, liczby powikłań, fachowości kadry medycznej – są lepsze od innych. Tam wycena punktu powinna być wyższa. Jednocześnie wiemy już, że karanie podmiotów i lekarzy nic nie daje, jeśli chodzi o jakość. Chcielibyśmy, aby lekarz, którego oddział jest na szarym końcu, mógł liczyć na życzliwe przyjęcie, staż i naukę w lepszym ośrodku po to, aby wrócił do tego gorszego i tam wdrażał najnowocześniejsze standardy. Jednym słowem – chcemy systemu, który jest konstruktywny.

Jako lekarze jesteśmy w stanie poddać się ocenie, ale ze świadomością dążenia do poprawy i nauki systemu, a nie karania. Chodzi o to, by błędów unikać i wyciągać z nich wnioski, więcej do nich nie dopuścić, by podnosić poziom leczenia w Polsce. Dlatego protestowaliśmy. Podkreślaliśmy, że karanie lekarzy nie przyniesie nikomu korzyści. Lekarze obecnie nie garną się do specjalizacji zabiegowych. Nie chcą być ginekologami czy chirurgami, gdyż boją się odpowiedzialności karnej. Myślę, że w ciągu kilku lat decydenci sami będą musieli podejmować działania, o jakich mowa w naszym projekcie, jeżeli nie chcą doprowadzić do upadku systemu ochrony zdrowia. Inaczej nie będziemy mówić o jakości leczenia, ale o tym, czy ono w ogóle jest możliwe.

Wróćmy do projektów poselskich. 18 maja opublikowano pierwszy – ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, a dzień później drugi, czyli o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Już bez zapisów dotyczących systemu no fault. Jak samorząd ocenia te dokumenty?

– Zaczę od pierwszego. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej – o czym napisaliśmy w stanowisku z końca maja – w pełni zgadza się z ideą wdrożenia nowego modelu pozasądowego rekompensowania szkód doznanych przez pacjentów w wyniku zaistnienia zdarzeń medycznych. Wiadomo, że obecnie funkcjonujący model pozasądowego dochodzenia roszczeń odszkodowawczych, oparty na działalności wojewódzkich komisji do

spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, nie zdaje egzaminu. Swoją drogą, nawet te dwa zdania, które właśnie powiedziałem, pokazują, jak skomplikowano całą sprawę. Nie dziwi mnie, że kiedy zaczyna się mówić w ten sposób o systemie no fault, opinia publiczna często nie rozumie, o co faktycznie chodzi. A my po prostu potrzebujemy jasnego i przejrzystego systemu „szkoda – zadośćuczynienie – wnioski na przyszłość”. I taki system popieramy, i do takiego będziemy dążyć. Wracając do ustaw – choć nie podlegają one w trybie poselskim konsultacjom publicznym, przesłaliśmy nasze merytoryczne uwagi do resortu. Zainteresowanych dokładną treścią poprawek odsyłam do stanowiska prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z końca maja zamieszczonego na naszej stronie internetowej. Z pewnością tym, od czego trzeba zacząć jest jakość legislacji – projekt wprowadzany jest powtórnie, tym razem w trybie poselskim, ze zmianami, za to z ominięciem konsultacji publicznych – temu się sprzeciwiamy.

A co z projektem ustawy o jakości?

– Na szczęście nie ma w nim zapisów, które nazywalibyśmy fault fault, czyli wypaczające idee systemu bez orzekania o winie.

A może to element strategii ministerstwa – podpuszczenia, przekupienia lekarzy?

– Zachęca mnie pan do rozmowy o strategiach, co sugeruję, że toczy się gra. Być może tak jest, ale nawet jeśli, my wcale nie chcemy w niej uczestniczyć. Pozostając przy porównaniu do sportu i gry – jeśli już przedstawiciele resortu wciągają nas w jakąś grę, my – jako środowisko lekarskie – jesteśmy raczej bramkarzem, którego zadaniem jest zablokowanie potencjalnie fatalnych w skutkach wrzutek legislacyjnych czy błędnych założeń i planów decydentów. Mamy świadomość, że jeśli ktoś ostatecznie może w tej grze przegrać, są to przede wszystkim pacjenci – warto o tym pamiętać. Powtórzę znaną prawdę – uderzając w bezpieczeństwo lekarza, zawsze uderza się w bezpieczeństwo pacjenta. Tak to działa w systemie. My jesteśmy lekarzami i chcemy leczyć w godnych warunkach, chcemy pacjenta wyleczyć, a decydenci mają nam to umożliwić i ułatwić. Jeśli mają opracowaną strategię, jak doprowadzić do tego celu, deklarujemy wsparcie.

Wróćmy do nowej ustawy o jakości...

– To oczywiste, że popieramy inicjatywy zmierzające do poprawy jakości opieki zdrowotnej. Nowa ustawa reguluje jednak tylko fragmentarycznie te zagadnienia. Trudno rozmawiać o jakości bez odniesienia do tego, co dzieje się w systemie. Zgłaszane już w połowie roku problemy finansowe placówek, będące skutkiem niedofinansowania całego systemu i wcześniejszych decyzji, demolowanie jakości kształcenia medycznego, dopuszczanie do pracy przy łóżku

pacjenta lekarzy z zagranicy bez udokumentowanej znajomości języka polskiego, obniżanie standardów niemal na każdym kroku. Nie mówię już nawet o jakości legislacji. Z jednej strony szumne zapowiedzi, że ustawa wprowadzi jakość, a z drugiej posunięcia tę jakość dewastujące. Trudno to zrozumieć inaczej niż przez pryzmat uprawiania polityki w kontekście systemu ochrony zdrowia. Konsekwencje takiego postępowania mogą być oplakane.

Jako prezydium wydaliśmy także stanowisko w sprawie projektu ustawy, w którym zgłosiliśmy swoje uwagi. I znów – ponieważ projekt zgłoszono jako poselski – nie przewiduje się jego konsultacji publicznych. Nasze uwagi przekazaliśmy bezpośrednio resortowi. Podsumowując je w jednym zdaniu – regulacje prawne dotyczące jakości w ochronie zdrowia nie powinny prowadzić do tworzenia kolejnych biurokratycznych obowiązków obciążających personel medyczny i placówki medyczne, bez istotnego wpływu na rzeczywistą jakość i bezpieczeństwo.

25 maja minister zdrowia wystosował zaproszenie do samorządów zawodów medycznych na 26 maja, aby porozmawiać o przepisach. Wydaje się, że minister po raz kolejny w ostatniej chwili kontaktował się z lekarzami.

– To prawda, ale biorąc pod uwagę tryb procedowania projektu cieszy, że takie spotkanie się odbyło, przebiegało w dobrej atmosferze. Przekazaliśmy nie tylko stanowisko dotyczące jakości, ale też zdecydowanie wybrzmiały nasze postulaty do spełnienia na już – na przykład wprowadzenie oceny kształcenia przeddyplomowego poprzez prawidłowo skonstruowany egzamin LEK, w którym udział pytań z tzw. bazy powinien być minimalny, wprowadzenie obowiązku znajomości języka polskiego dla obcokrajowców, chcących leczyć w Polsce i przyspieszenie prac nad zniesieniem określania refundacji przez lekarza. Ministerstwo przyjęło nasze postulaty, teraz piłka jest po stronie resortu.

Jak oceniłby pan i określił relacje między Naczelną Radą Lekarską a ministrem zdrowia? Ufa pan ministrowi, lekarze ufają przedstawicielom resortu?

– Trudno mówić o zaufaniu. W relacji między lekarzami a przedstawicielami resortu wypowiedziano dużo słów, w tym, niestety, również tych odbieranych przez nas jako krzywdzące. Zbyt mało doczekaliśmy się pozytywnych zmian. Cieniem na naszej relacji kładą się również popierane przez resort zmiany, które my odbieramy jako dewastowanie kształcenia i jakości – jak choćby poparcie dla otwierania uczelni medycznych bez koniecznej bazy lokalowej i kadry oraz dopuszczanie do pracy w Polsce lekarzy jedynie na podstawie deklaracji, że znają język polski.

Pozytywnie odbieram deklaracje reprezentantów resortu dotyczące dialogu w konkretnych sprawach

i fakt, że zaczęliśmy rozmawiać – choć w wielu kwestiach się nie zgadzamy. Dobre dla mnie jest również wycofanie się z oprostowywanych przez nas, a uderzających w lekarzy, zmian w ustawie o jakości. Chcemy być dla ministerstwa merytorycznym partnerem, jesteśmy otwarci na rozmowy, udowodniliśmy, że nasze stanowiska są oparte na znajomości systemu ochrony zdrowia i że warto brać je pod uwagę. Ze strony szefostwa ministerstwa pojawiają się deklaracje chęci naprawienia bolączek systemu. Czekamy jednak na konkrety – Ministerstwo Zdrowia zna zarówno postulaty, jak i listę koniecznych do wprowadzenia zmian. Zaufanie pojawi się, kiedy za deklaracjami pójdą konkretne zapisy w ustawach.

Czy tak powinny wyglądać rozmowy o ważnych projektach w ochronie zdrowia?

– To pytanie retoryczne. Myślę, że frekwencja i zaangażowanie członków Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta, założonego przez Porozumienie Organizacji Lekarskich, udowodniły, że dialog jest potrzebny i że prowadzenie przez resort rozmów dotyczących ustawy o jakości dotychczas było dalekie od oczekiwanego przez środowisko medyczne. Patrząc do przodu – pojawiła się szansa na wprowadzenie zmian budujących jakość. Na pewno będziemy w tym procesie uczestniczyć.

O jednym z projektów – tym o jakości – posłowie mieli rozmawiać właśnie 26 maja. Wtedy, podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia, planowano jego pierwsze czytanie. Obrady zakończyły się jednak już po kilkunastu minutach – przełożono je. Co planują lekarze?

– Przedstawimy zarówno nasze propozycje poprawek do ustaw, jak i pakiet postulatów Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta – będziemy oczekiwać jako środowisko ich wysłuchania, jeśli to możliwe zaczynając od zmian wprowadzanych ustawą o jakości.

Krystian Lurka

Jeśli chcesz zapoznać się ze stanowiskami NRL, zeskanuj kod:

