

Ostatnio czytałem opinię na temat „nowej” Škody Octavii, w której autorzy w pewnym momencie zauważyli: „Szkoda, że nie ma polskiego menu”. Według mnie to nie szkoda, tylko skandal! Nie wiem, dlaczego instytucja homologująca dopuszcza do ruchu auta, które nie mają polskiego języka na wyświetlaczach. Problem ten nie dotyczy tylko Škody czy innych aut koncernu VW, ale także wielu innych, często bardzo kosztownych. Skoro proste nawigacje za kilkaset złotych mogą mieć język polski, to nie widzę żadnego uzasadnienia, by nie miały go fabryczne za kilka/kilkanaście tysięcy. Jest to najwyraźniej wyraz lekceważenia polskiego rynku i tumiwisizmu importerów! A ustawa o języku polskim obowiązuje od kilku lat. Ale najwyraźniej nikt nie ma ochoty jej egzekwować. Gwarantuję, że gdyby zakazano sprzedaży aut bez języka polskiego na wyświetlaczach, to zaraz by się okazało, że niemożliwe jest możliwe. Dlaczego poruszam problem „braku polskiego menu” w samochodach w piśmie dla lekarzy. Otóż, oprócz tak oczywistego faktu, iż samochody to nasze narzędzie pracy, problem dotyczy także wielu urzędów medycznych, kosztujących często miliony złotych, w których wszystkie funkcje są opisane tylko po angielsku lub jeśli jest możliwość wyboru języka, to nie ma tam polskiego. Ktoś powie: Trzeba uczyć się języków. Ciekawe, że w wielu krajach jakoś potrafią wyegzekwować od producentów czy importerów „menu” w swoim narodowym języku. W Polsce nadal panuje przekonanie, że tak czy owak wszystko się sprzeda. Za ewentualne skutki pomyłki, wynikającej ze złego zrozumienia opisu, i tak będzie odpowiadał użytkownik.

Parę dni temu Sejm odrzucił weto Prezydenta i w rezultacie dzieci sześciolatnie będą musiały chodzić do szkoły. Z kolei w ministerstwie zdrowia „kończą się prace” nad nowym systemem specjalizowania się lekarzy, który zakłada zniesienie stażu podyplomowego, możliwość zdawania LEP-u do 5 lat od ukończenia studiów oraz podziału na specjalizacje podstawowe i szczegółowe. Ktoś zapyta: Co ma wspólnego jedno z drugim? Wbrew pozorom taki związek istnieje. Otóż obu ustawom towarzyszy ta sama argumentacja. Według niej osoby, które im podlegają, „wcześniej wejdą w życie”. O ile w przypadku sześciolatek jest to

# SHORT CUTS

PREZENTUJĄ SUBIEKTYWNY ODBIÓR RZECZYWISTOŚCI PRZEZ AUTORA I NIE POWINNY BYĆ UTOŻSAMIANE Z OFICJALNYM STANOWISKIEM WIL KRZYSZTOF OŻEGOWSKI



„tylko” wcześniejszy udział w wyścigu szczurów, zabranie bezcennych lat beztróskiego dzieciństwa i, jak tłumaczy autorzy ustawy, „w perspektywie: zwiększenie konkurencyjności na międzynarodowym rynku pracy” (cokolwiek by to oznaczało), to w przypadku lekarzy ma to być lekarstwo na braki kadrowe w ochronie zdrowia. Braki – po pierwsze ilościowe – o rok wcześniej „pełnoprawni” lekarze zasilą szeregi kadry medycznej pracującej dla NFZ – po drugie jakościowe – więcej (i szybciej?) ma być „deficytowych” specjalistów. Czy tak będzie, czas pokaże. Jednakże teraz należałoby się zastanowić, czy takie zmiany są bezpieczne i to nie tylko dla społeczeństwa, ale także, a może i przede wszystkim, dla lekarzy. Cóż oznacza skrócenie edukacji? Nie znam co prawda dokładnie propozycji ustawodawcy, ale bazując na doświadczeniu, mogę mieć podejrzenie, graniczące z pewnością, że system znowu będzie niedopracowany i w efekcie, po raz kolejny, przeprowadzane będzie „rozpoznanie bojem”, czyli ulubiony (szczególnie przez Armię Czerwoną, ale i nie wiedzieć czemu – przez naszych ustawodawców) od czasów drugiej wojny światowej sposób konfrontacji założeń teoretycznych z praktyką. W rezultacie otrzymamy produkt „lekarzopodobny”. Przeładowany teorią, kompletnie pozbawiony obycia praktycznego. I od razu rzucony na głęboką, pełną raf, wodę oczekiwani i żądań pacjentów oraz ich adwokatów. Oczywiście, zaraz rozlegną się głosy, że program studiów zostanie upraktyczniony, ale ja w cuda nie wierzę, gdyż to „upraktycznienie” trwa od lat, a z corocznych rozmów ze stażystami wynika, że wychodzi jak zwykle, czyli dziesięciu studentów na pacjenta przez 5 minut, gdy sytuacja jest komfortowa, a gdy mniej, to tych dziesiątek są co najmniej dwa rzędy. Co do specjalizacji, to niewiadomych jest jeszcze więcej. Wszystko ma się odbywać pod hasłem: „Każdy może rozpocząć dowolną specjalizację”. Tylko że nic nie wiadomo. Nawet kwestia możliwości zdawania LEP-u w ciągu 5 lat od ukończenia stu-

diów budzi wątpliwości co do intencji. Nie wiadomo bowiem, czy zamiarem ministerstwa było „ułatwienie” życia lekarzom czy też raczej pozbawienie ich możliwości emigracji (bez zdanego LEP-u, przynajmniej obecnie, nasz dyplom za granicą jest niewiele wart). Co do zwiększenia liczby specjalistów, to efektywniejszy byłby „model białoruski”, gdzie specjalizacja bardziej przypomina nasz kurs doskonalący, ale w efekcie ma się tytuł specjalisty i już będzie można zakontraktować usługę dla NFZ. Bo nie czarujmy się, to nie dobro pacjenta czy też ułatwienie życia lekarzom leży u podstaw tych propozycji, tylko chęć zapelnienia dziury w kontraktach z NFZ i umożliwienie mu wykazania się, że zapewnia świadczeniobiorcom dostęp do szerokiej gamy specjalistów.

Zostaliśmy przy lekarzach specjalizujących się na tzw. rezydenturach. Ministerstwo zdrowia w ostatnich dniach przesłało do zaopiniowania projekt rozporządzenia dotyczącego wynagrodzenia lekarzy rezydentów. Na początku muszę ministerstwo pochwalić. Uwzględniono postulaty lekarskie dotyczące zróżnicowania płac w zależności od tego, na którym roku rezydentury jest lekarz, a także wprowadzono wyższe wynagrodzenie dla specjalności „priorytetowych”. Jednak w tej beczce miodu jest łyżka dziegciu. I to niestety całkiem spora. Po pierwsze, nie wiadomo, dlaczego ministerstwo podzieliło rezydentów tylko na dwie grupy: 1. Pierwsze dwa lata rezydentury, 2. Następne lata. Przecież logiczne byłoby wprowadzenie corocznego zróżnicowania płac, gdyż (przynajmniej teoretycznie) rezydent drugiego roku potrafi więcej niż ten z pierwszego. W latach następnych ta prawidłowość także funkcjonuje. Po drugie, dlaczego jako podstawę przyjęto „przeciętne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysków (pwwsp)”, z tym że sprzed dwóch lat, czyli obecnie z 2007 roku. Przecież płace rosną corocznie i w efekcie, wskutek przyjęcia tak odle-

głej podstawy, tegoroczny rezydent pierwszego przedziału „podstawowego” znowu otrzyma wynagrodzenie poniżej średniej krajowej. Po trzeciej, wątpliwości budzą przedziały procentowe. Choć jest postęp, to jeszcze daleko do wartości rekomendowanych przez Krajowy Zjazd Lekarzy. Aktualnie określono je na 110% (pwwsp) (125% dla specjalizacji priorytetowych) dla pierwszej grupy i 120% (135%) dla drugiej grupy. Pozostając przy tych przedziałach procentowych, należy zauważyć, że są one zbyt mało zróżnicowane, by stanowiły zachętę do wyboru specjalizacji „priorytetowej”, zamiast „wymarzonej”.

Wielkopolski Oddział NFZ przekazał 13 marca do wiadomości treść pisma zawierającego stanowisko Zastępcy Prezesa ds. Medycznych NFZ dr. Jacka Grabowskiego w sprawie zasad rozliczania porady kompleksowej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, do zastosowania w praktyce. Pismo jak pismo. Na początku przytacza definicję porady kompleksowej za rozporządzeniem prezesa NFZ. Potem pan prezes Grabowski zaczyna ten prosty zapis interpretować. I tu zaczynamy mieć wątpliwości, czy pan prezes Grabowski potrafi czytać ze zrozumieniem. Oczywiście wytłumaczeniem może być mętny język wielu rozporządzeń wydawanych przez NFZ, ale prominentny pracownik tej instytucji powinien już go opanować. Chyba że ta mętność ma ułatwić interpretacje w stylu prezesa Grabowskiego. Choć w przytoczonej definicji porady jak byk stoi, że jest to świadczenie udzielone „w danej poradni specjalistycznej” przez „lekarza”, to pan prezes raczy to interpretować, że jeśli ZOZ posiada kilka takich „jednoimiennych” poradni, to jako kompleksowa może być rozliczona tylko wizyta w jednej z nich. I najwyraźniej nie zauważa, że drugim niezbędnym elementem tej porady obok „poradni” jest „lekarz”. A ten, przynajmniej zazwyczaj, w różnych, nawet „jednoimiennych” poradniach jest inny. Gdyby był ten sam, to oczywiście prezes Grabowski miałby rację. Jednakże gdy nie jest, to interpretacja prezesa jest nadinterpretacją, czyli bajkopisarstwem. W zasadzie moglibyśmy, w tym miejscu, przestać „się pochylać” nad pismem prezesa Grabowskiego, ale na samym jego końcu znajdujemy kolejny passus, świadczący o dużej wyobraźni autora, jednakże po raz kolejny nie mający oparcia w faktach (czytaj przepisach). Otóż dr Grabowski z faktu, że pacjentka zmieniła poradnię na inną, wysnuwa wniosek, że jakość udzielonych tam świadczeń budzi wątpliwości. Zapomina najwyraźniej, że pacjent (a tym bardziej pacjentka) ma do tego prawo i nie musi się tłumaczyć, dlatego to robi. Może bardziej pasowały mu/jej godziny przyjęć lub nowa poradnia była bliżej, a pacjentka w zaawansowanej ciąży, więc nie chciała się męczyć dojazdem do pierwszej lub... Cokolwiek by to było, nie jest wskaźnikiem jakości usług w pierwszej poradni. Można by pismo prezesa Grabowskiego potraktować wzruszeniem ramion, gdyż prawo stoi po naszej stronie, ale nie powinniśmy, gdyż pozostawienie go bez reakcji rozzuchwala takich urzędników i następnym razem może wydać „interpretację” niemającą nawet śladów legalizmu. A niestety dowodzenie swoich racji przed polskim sądem w stosunku do NFZ jest bardzo czasochłonne, gdyż ta instytucja, bezczelnie wykorzystuje wszelkie możliwości, by odwlec nieuchronny i niekorzystny dla siebie wyrok. Ale jak świadczą coraz liczniejsze przykłady, uzyskanie pozytywnego dla świadczeniodawcy orzeczenia jest w Polsce możliwe.