

Rozbić feudalny system

O widowiskowych aresztowaniach lekarzy, interwencji w sprawie etatów prezydenckich i granicy strajku w służbie zdrowia rozmawiamy z dr. Januszem Kochanowskim, Rzecznikiem Praw Obywatelskich.

MT: Jakie jest stanowisko Rzecznika w sprawie wyprowadzenia w kajdankach ordynatora ze szpitala MSWiA. W stosunku do lekarzy padają nie tylko mocne zarzuty prokuratorskie, ale agresywne, poniżające oskarżenia o zabójstwo. Czy będzie Pan występował w obronie praw lekarzy – obywateli?

Dr JANUSZ KOCHANOWSKI: Przepisy ustawy o Centralnym Biurze Antykorupcyjnym dopuszczają stosowanie środków przymusu bezpośredniego służące do obezwładniania lub konwojowania osób w przypadku niepodporządkowania się wydanym na podstawie ustaw poleceń. Środki te muszą jednakże odpowiadać zaistniałej sytuacji i muszą być niezbędne dla osiągnięcia podporządkowania się wydanym poleceń. Ustawa nie nakłada więc obowiązku stosowania tych środków, a jedynie dopuszcza możliwość ich stosowania, zaś wyłączną przesłanką w tym względzie musi być niepodporządkowanie się wydanym poleceń. Ponadto środek przymusu nie powinien sprawiać większej dolegliwości niż jest to niezbędne dla osiągnięcia podporządkowania się wydanemu poleceniu.

W sprawie sposobu zatrzymania kardiochirurga Mirosława G. podjąłem interwencję u Szefa CBA i Komendanta Głównego Policji. Wystąpiłem też do Prezesa Rady Ministrów, wskazując na dwa aspekty sprawy. Pierwszy z nich dotyczy oceny zachowania funkcjonariuszy w związku z informacją uzyskaną z CBA, że zatrzymany w najmniejszym stopniu nie utrudniał czynności funkcjonariuszom, podporządkował się wydawanym mu poleceń. Zatem dolegliwość zastosowania kajdanek nie była „możliwie najmniejszej” w

rozumieniu stosownych przepisów. Ponadto została ona zwielokrotniona poprzez umieszczenie na stronie internetowej CBA relacji filmowej z czynności zatrzymania, wykorzystywanej następnie powszechnie przez stacje telewizyjne. Drugi aspekt ma charakter ogólny. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego przez uprawnione służby, stanowi zawsze głęboką ingerencję w sferę praw i wolności obywatelskich. Możliwość ingerencji w te prawa i wolności, niezbędna niekiedy w demokratycznym państwie prawa, musi być jednak szczegółowo uregulowana w aktach rangi ustawowej. Ustawa o CBA nie przewiduje innej możliwości stosowania jakiegokolwiek środka przymusu bezpośredniego niż następca – jako reakcję na niepodporządkowanie się wydawanym zgodnie z prawem poleceniom funkcjonariuszy. Tymczasem, co do zasady, środki przymusu bezpośredniego w postaci kajdanek lub prowadnic, stosuje się prewencyjnie – w celu udaremnienia ucieczki albo zapobieżenia czynnej napaści lub czynnemu oporowi - nawet wówczas, gdy dotychczasowym swym zachowaniem osoba, wobec której podejmowane są czynności, nie dała żadnych podstaw do przypuszczeń, iż nie zastosuje się do wydanych poleceń, jak to miało miejsce w przypadku Mirosława G. Co więcej, z jednego z przepisów rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie środków przymusu bezpośredniego stosowanych przez funkcjonariuszy CBA wynika, iż we wskazanych w tym przepisie sytuacjach wykonujący czynności funkcjonariusze nie mają możliwości odstąpienia od zastosowania tych środków przymusu. W mojej ocenie obydwie opisane powyżej sytuacje użycia kajdanek lub prowadnic, przewidziane w tym rozporządzeniu można uznać za wykraczające poza zakres delegacji ustawowej zawartej w ustawie o CBA, albowiem poszerzają podstawę do stosowania kajdanek i prowadnic, poza granice określone w tej ustawie. Swe dalsze ewentualne działania uzależniam od uzyskanych informacji stanowisku premiera w tej sprawie.

Jakie założenia do reformy systemu ochrony zdrowia zaproponował RPO ministrowi zdrowia? Czy nie uważa pan, że ubezpieczenia dodatkowe i koszyk świadczeń podzielią społeczeństwo?

Przedstawiłem Ministrowi Zdrowia pogląd, że zmiany te winny być oparte o 10 następujących założeń:

- wprowadzenie konkurencji pomiędzy płatnikami w obszarze usług medycznych dostępnych w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych i dodatkowych.
- wprowadzenie ubezpieczeń dodatkowych, które powinny gwarantować dostęp do szerszego zakresu świadczeń, a nie omijania kolejki, wyższego standardu pobytowego, wyboru lekarza itp.
- w stosunku do ściśle określonej grupy osób, takich jak chorzy psychicznie, dzieci i młodzież do 18 roku życia oraz osoby niedołążne, o ile nie podlegają ubezpieczeniu z innych tytułów, obowiązek objęcia ubezpieczeniem i odprowadzenia składki musi obciążać z urzędu gminę.
- wprowadzenie częściowej odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w szpitalach, według zasad stosowanych w zakładach opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych,
- wprowadzenie zasady pełnego refundowania jedynie procedur skutecznych klinicznie i efektywnych kosztowo, zawartych w koszyku świadczeń gwarantowanych. Pozostałe procedury powinny być refundowane do poziomu kosztu procedury najbardziej skutecznej klinicznie i efektywnej kosztowo.
- wprowadzenie standardów wykonywania procedur medycznych i ustalenie poziomu referencyjnego szpitali w zależności od ich spełnienia. Sieć szpitali powinna być wyznaczona odpowiednio do jakości wykonywanych usług, a nie według klucza akademickiego. Podniesieniu jakości świadczonych usług służyć będzie m. in. wprowadzenie obowiązku powtarzania co pięć lat egzaminu specjalizacyjnego przez wykonujących zawód lekarzy.
- wprowadzenie zasady współodpowiedzialności pacjenta za swoje zdrowie i ograniczenie w ten sposób roszczeniowej postawy niektórych pacjentów, w zamian za realny dostęp do świadczeń medycznych.

- partycypacja obywateli w systemie ochrony zdrowia winna być obowiązkowa i zgodna z zasadą: „każdy stosownie do możliwości bez względu na zakres potrzeb zdrowotnych”.
- każdy obywatel winien ponosić ryzyko związane z ewentualnym nie przystąpieniem do systemu, przez co podkreśla się suwerenność podejmowanych decyzji i konieczność ponoszenia ich konsekwencji.
- wprowadzanie nowych zasad w systemie ubezpieczeniowym powinno nastąpić etapowo. Nowy system powinien być zaproponowany obywatelom, którzy jeszcze są na tyle młodzi, że rzadko korzystają z usług medycznych, np. do 45 roku życia. Pozostali pacjenci winni mieć gwarancje finansowania świadczeń medycznych na dotychczasowych zasadach.

Nie wydaje mi się, by wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń i „koszyka świadczeń gwarantowanych” stwarzało zagrożenie podziału społeczeństwa. Przeciwnie, uporządkowanie sprawy zakresu świadczeń gwarantowanych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, wyeliminuje obecny dramatyczny podział na tych, którym udało się uzyskać niezbędne świadczenie zdrowotne i tych, którym się to nie udało.

Co skłoniło Rzecznika do interwencji w sprawie zapotrzebowania na lekarzy specjalistów?

Sprawę zapotrzebowania na lekarzy specjalistów podjąłem w związku ze skargami lekarzy zainteresowanych podnoszeniem kwalifikacji, na drastyczne w porównaniu z latami poprzednimi obniżenie liczby płatnych etatów, umożliwiających uzyskanie specjalizacji. Według ich oceny, liczba etatów rezydenckich przyznanych zakładom opieki zdrowotnej w poszczególnych województwach zdecydowanie odbiega od realnego zapotrzebowania na lekarzy specjalistów. Niezależnie od własnych aspiracji i perspektyw zawodowych, skarżący się wskazywali na postępujący niedobór lekarzy - specjalistów w wielu dziedzinach medycyny, mogący w bliskiej przyszłości poważnie utrudnić normalne

funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Szczególnie krytycznie oceniana była sytuacja w Warszawie, gdzie liczba takich etatów zmniejszona została z 300 w latach poprzednich, do ok. 100 w roku bieżącym.

Do Ministra Zdrowia zwróciłem się o wyjaśnienia, dotyczące założeń polityki kształcenia podyplomowego lekarzy, z uwzględnieniem zasad ustalania limitów etatów rezydenckich umożliwiających uzyskanie specjalizacji, a także przyczyn istotnego zmniejszenia w roku bieżącym liczby tych etatów. Poprosiłem także o informację, dotyczącą prognozowanego zapotrzebowania na lekarzy specjalistów oraz o ocenę, czy obecnie skala kształcenia lekarzy – specjalistów pozostaje w prawidłowej relacji do tego zapotrzebowania. Uzyskałem szczegółowe wyjaśnienia, dotyczące budżetowego charakteru wprowadzonych limitów. Poinformowano mnie także o zaawansowanych pracach nad nowym, modułowym, jednostopniowym systemem specjalizacji lekarskich. Jego wprowadzenie ma udrożnić system poprzez skrócenie czasu odbywania specjalizacji, co zwiększy możliwości kształcenia specjalistycznego w poszczególnych uprawnionych placówkach. Przełoży się to na zwiększenie liczby lekarzy - specjalistów

Władze biernie przyglądają się emigracji lekarzy. Jakie należy podjąć kroki?

Nie mam podstawy do oceny, że władza publiczna z własnego wyboru biernie przygląda się emigracji lekarzy. Dostrzegając negatywne następstwa tego zjawiska dla funkcjonowania ochrony zdrowia w kraju, nie znajduję też uzasadnienia dla krytycznej oceny wyborów lekarzy, którzy postanowili swą zawodową przyszłość realizować w bogatszych krajach Europy Zachodniej – mają do tego prawo. Rozsądek podpowiada, że działania ograniczające skutki zjawiska migracji lekarzy winny iść w dwóch niezależnych kierunkach – stwarzania warunków wykonywania zawodu lekarza zachęcających do pozostania w kraju oraz otwarcia na zatrudnianie lekarzy z zagranicy posiadających nierzadko wysokie kwalifikacje zawodowe, w tym likwidacji barier utrudniających ich legalne zatrudnienie.

Lekarze zapowiadają kolejne strajki. Gdzie jest ich granica? Kiedy lekarz ma prawo do strajku?

W demokratycznym społeczeństwie - zgodnie z normami międzynarodowymi i przepisami krajowymi – pracownicy mają prawo do protestu i strajku w obronie swoich uzasadnionych praw i interesów. Prawo do organizowania strajków i protestów statuuje również Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej(art. 59), zobowiązując ustawodawcę zwykłego do określenia granic strajków pracowniczych i innych form protestu. Kwestie te reguluje ustawa z dnia 23 maja 1991 r. o rozwiązywaniu sporów zbiorowych. W świetle art. 19 tej ustawy, niedopuszczalne jest m.in. zaprzestanie pracy w wyniku akcji strajkowych na stanowiskach pracy, urządzeniach i instalacjach, na których zaniechanie pracy zagraża życiu i zdrowiu ludzkiemu. Nie ulega wątpliwości, że to ograniczenie odnosi się również do pracowników medycznych.

Jest poza sporem, że skutki kryzysu w ochronie zdrowia dotyczą także pracowników. Rozumiem desperację nisko opłacanych pielęgniarek i lekarzy, którzy są – na równi z pacjentami – ofiarami obecnej sytuacji ochrony zdrowia. Jednakże, jako organ, stojący na straży wolności i praw człowieka i obywatela, a zatem i praw pacjentów, nie mogę zaakceptować sytuacji, w której te prawa są zagrożone bądź naruszane, jak to ma np. miejsce w przypadku odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego oczekiwanego przez pacjenta, czy zamykania zakładów opieki zdrowotnej. Czynienie z pacjentów swego rodzaju „zakładników” mających zagwarantować spełnienie postulatów strajkujących pracowników medycznych uważam za nadużycie. Obywatele i płatnicy składek zdrowotnych mają prawo wierzyć i oczekiwać, że w przypadku potrzeby zdrowotnej zostaną otoczeni możliwie najlepszą opieką medyczną, nawet w sytuacji, gdy pracownicy ochrony zdrowia będą akurat zajęci obroną własnych praw. Zważyć należy także, iż na gruncie art. 38 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 7 Kodeksu Etyki Lekarskiej, lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta tylko wyjątkowo, w szczególnie uzasadnionych wypadach. Rodzi się przy tym pytanie, czy lekarz może nie przejawiać w ogóle jakiegokolwiek profesjonalnej aktywności i nie musi przynajmniej stwierdzić w oparciu o kryteria

zawodowe, czy stan pacjenta zezwala, bez ryzyka jego wyraźnego pogorszenia, na oczekiwanie udzielenia pomocy przez innego lekarza? Ponadto, w przypadku odstąpienia od leczenia, lekarz ma obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w zakładzie opieki zdrowotnej.

System służby zdrowia określa Pan jako feudalny. Jak należy go rozbić?

Używając określenia „feudalny”, miałem na myśli wasalną zależność lekarza od ordynatora, asystenta od kierownika kliniki itp. Równocześnie znam już zapowiedź resortu zdrowia o przygotowaniach do zniesienia funkcji ordynatora i zastąpienia jej funkcją koordynatora, dobrze sprawdzającą się w niektórych klinikach niepublicznych. Uważam, że to krok w dobrym kierunku.

Rozmawiała Iwona Konarska