

RADIO (10)

Radio Zet03.08.22 15:01:47

tytuł audycji: Wiadomości

temat: System "no fault" w medycynie

MATERIAŁ

Radio Zet04.08.22 05:03:18

tytuł audycji: Wiadomości

temat: Nowelizacja kodeksu karnego. W materiale wypowiada się Przemysław Rosati

MATERIAŁ

Radio Maryja03.08.22 12:04:44

tytuł audycji: Wiadomości

temat: System "no fault" w medycynie

MATERIAŁ

Radio RMF FM03.08.22 14:00:50

tytuł audycji: Wiadomości

temat: Trudna sytuacja finansowa szpitali powiatowych

MATERIAŁ

Radio RMF FM03.08.22 18:00:40

tytuł audycji: Wiadomości

temat: Trudna sytuacja finansowa szpitali powiatowych

MATERIAŁ

Radio Zet04.08.22 08:00:09

tytuł audycji: Wiadomości

temat: Pieniądze na podwyżki w służbie zdrowia

MATERIAŁ

PR104.08.22 07:43:15

tytuł audycji: Sygnały Dnia

temat: Kredyt na studia medyczne

MATERIAŁ

Radio Eska Rock04.08.22 08:04:18

tytuł audycji: Wiadomości

temat: Brakuje specjalnego papieru na dyplomy

MATERIAŁ

PR Kraków03.08.22 16:02:01

tytuł audycji: Wiadomości

temat: Praca lekarzy z Ukrainy

MATERIAŁ

PR Kraków03.08.22 22:02:42

tytuł audycji: Wiadomości

temat: Praca lekarzy z Ukrainy

MATERIAŁ

TV (4)

TVN2402.08.22 11:16:20

tytuł programu: Serwis informacyjny

temat: Czwarta dawka szczepionki na covid-19

MATERIAŁ

WTK02.08.22 21:10:29

tytuł programu: Puls Dnia

temat: Szczepienia na koronawirusa

MATERIAŁ

TVN03.08.22 19:12:57

tytuł programu: Fakty

temat: Szczepienia na koronawirusa

MATERIAŁ

Polsat04.08.22 07:09:39

tytuł programu: Nowy Dzień

temat: Czwarta dawka szczepionki na covid-19

MATERIAŁ

Podwyżkowa ściema w ochronie zdrowia

Ministerstwo oferuje Niderlandy

Setki tysięcy pracowników ochrony zdrowia mogą nie dostać podwyżek. Bo NFZ wprowadzie podniósł szpitalom wartość kontraktów – ale jednocześnie zabrał wszystkie pieniądze, które wcześniej dawał na podniesienie płac

Judyta Watoła

Ustawa o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia obowiązuje od 2017 r. Jej tegoroczna nowelizacja gwarantuje, że od 1 lipca minimalne pensje pracowników szpitali i przychodni zatrudnionych na etacie wzrosną o 17 do 41 proc.

Minimalna pensja lekarza wynosi teraz 8,2 tys. zł, a pielęgniarki po studiach magisterskich i specjalizacji – 7,3 tys. W nowelizacji jest też zapis zobowiązujący dyrektorów szpitali do „adekwatnego” podwyższenia płac kadrowym, księgowym i obsłudze technicznej.

**Minister Niedzielski:
Na wszystko starczy**

Na poprzednie podwyżki przyznawane na mocy ustawy o minimalnych pensjach szpitale i przychodnie dostawały osobne pieniądze. Do każdego kontraktu podpisywały aneksy, a NFZ wypłacał im tyle, ile było

potrzeba, by konkretna pielęgniarka czy lekarz zarabiali ustawowe minimum. Na tej samej zasadzie NFZ wypłacał też tzw. zembalowe, czyli podwyżki przyznane pielęgniarkom jeszcze przez rząd PO-PSL w 2015 r.

Dyrektorzy szpitali sami chcieli zmiany, czyli podniesienia kontraktów na leczenie, tak by nie dostawać już „znaczonych” pieniędzy i mieć większy wpływ na ich podział. Ministerstwo Zdrowia zdecydowało się na to rozwiązanie. Nową wycenę tysięcy świadczeń z katalogu NFZ przygotowała w lipcu w ekspresowym tempie Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

– Otrzymaliśmy bardzo jednoznaczną rekomendację, że zmiany taryf w zależności od zakresu powinny być od 20 nawet do 40 proc. Ta przeciętna zmiana wyceny na poziomie szpitalnictwa wynosi 30 proc. – zapewniał jeszcze w ubiegłym tygodniu minister zdrowia Adam Niedzielski. Dodał, że w bud-

żecie NFZ jest na to łącznie 9 mld zł i pieniądze te powinny starczyć także na pokrycie dodatkowych kosztów związanych z inflacją.

Szpital: Jest za mało!

Dyrektorów czeka jednak przykra niespodzianka. Wycena świadczeń została wprowadzicie podniesiona – ale jednocześnie fundusz anulował wszystkie aneksy do umów, na podstawie których wypłacał wcześniejsze podwyżki. W rezultacie prawdopodobnie tylko duże szpitale kliniczne i specjalistyczne będą miały z czego sfinansować narzucone im w nowelizacji podwyżki, ale nawet one nie dostaną 30 proc., o których mówił Niedzielski.

*Deklarowane przez
ministra 30 proc. można
między bajki włożyć.*

*Realnie będzie to 9-10 proc.
To nie starczy na pokrycie
kosztów inflacji*

ELŻBIETA GELLERT

senator KO, a jednocześnie dyrektorka
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego
w Elblągu

– Te 30 proc. można między bajki włożyć. Realnie będzie to 9-10 proc. więcej. To na pewno nie starczy na pokrycie kosztów inflacji – mówi Elżbieta Gellert, senator KO, a jednocześnie dyrektorka Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu.

W małych szpitalach sytuacja jest znacznie gorsza, niektóre z nich już odmówiły podpisania nowych kontraktów. – NFZ podniósł nam kontrakt na leczenie o ok. 4 mln zł, ale zarazem zabrał ponad 3 mln, które otrzymywaliśmy na poprzednie podwyżki. Realny wzrost to więc tylko 900 tys. zł w skali roku, a na sfinansowanie podwyżek potrzebowalibyśmy 400 tys. zł na miesiąc – wylicza Krzysztof Zaczek, prezes Szpitala „Murcki” w Katowicach.

Są i szpitale na minusie. – Nasze wpływy z NFZ zmalały ze 130 do 118 mln zł – mówi Wojciech Konieczny, dyrektor Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie i senator PPS.

Niedzielski bagatelizuje problem i twierdzi, że 90 proc. szpitali nie zgłasza żadnych problemów z podwyżkami. – Chyba mu się pomyliło, bo jest na odwrót. Większość ma straszne problemy – komentuje Konieczny. ●

• Więcej ► 9

Awantura o podwyżki

Wbrew zapewnieniom ministra zdrowia większość szpitali nie ma z czego sfinansować podwyżek wynagrodzeń.

Podwyżki pensji są narzucone przez kolejną nowelizację ustawy o minimalnych wynagrodzeniach. W poprzednich latach NFZ dawał na nie szpitalom „znaczone” pieniądze. Teraz je zabrał i podwyższył wszystkim kontrakty. Problem w tym, że zdaniem większości dyrektorów niedostateczne.

Centrum Zdrowia w Mikołowie ogłosiło w branżowym portalu Rynekzdrowia.pl, że nie wypłaci podwyżek. Jego prezes Cezary Tomiczek uznał, że musiałby je przyznać tylko części pracowników. A wtedy reszta złożyłaby wypowiedzenia z powodu nierównego traktowania. Problem w tym, że podwyżki narzuca ustawa o minimalnych wynagrodzeniach i jeśli Tomiczek nie wypełni jej zapisów, w jego szpitalu na pewno pojawi się wkrótce Państwowa Inspekcja Pracy.

W znowelizowanej ustawie są wskaźniki minimalnych wynagrodzeń dla białego personelu i sekretarek na oddziałach, które gwarantują im wzrost wynagrodzeń od 17 do 41 proc. Pracownikom administracji dyrektorzy mają przyznać „adekwatne” podwyżki, ale ich wysokości ustawa już nie precyzuje. O pracownikach zatrudnionych na kontraktach (w szpitalach to głównie lekarze i pielęgniarki) w ustawie nie ma ani słowa, choć wiadomo, że kiedy wzrosną pensje „etatowców”, oni także będą się domagać większych pieniędzy.

– To jest niewykonalne – mówi Krzysztof Zaczek, prezes Szpitala Miejskiego Murcki w Katowicach. Szpital jest jednym z 22 należących do Związku Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego. Wszystkim NFZ zaproponował podniesienie kontraktów na leczenie, jednocześnie zabierając jednak pieniądze, jakie wypłacał osobnym strumieniem na poprzednie podwyżki, w tym tzw. zembalowe.

– Na razie mamy dane o zaproponowanych przez NFZ stawkach z 13 naszych szpitali. Z tych danych wynika, że tylko dwóm z tych szpitali starczy pieniędzy na sfinansowanie obowiązkowych podwyżek. Reszta będzie miała coraz większe straty – mówi Zaczek.

W najgorszej sytuacji są małe placówki, których główne źródło przychodu stanowią umowy na źle opłacaną internę czy chirurgię

Ekspertki tłumaczą, że podwyżkowa sytuacja w szpitalach zależy od tego, ile dotąd wydawały na płace ze swojego budżetu i jakie mają kontrakty. Na przykład szpitale onkologiczne dostały dużo lepsze stawki za leczenie i nie będą miały kłopotów z wypłatą podwyżek. Podobnie jak szpitale, które mają leczenie wysokospecjalistyczne. W najgorszej sytuacji są małe placówki, których główne źródło przychodów stano-

wią umowy na źle opłacaną internę czy chirurgię.

Kiedy pisaliśmy w maju o planowanych jeszcze wtedy podwyżkach, dyrektorzy szpitali uprzedzali: – To będzie piekło. Przewidywali spory między pracownikami. Bo lekarze mają teraz minimum 8,2 tys. zł na miesiąc, a pielęgniarki po studiach magisterskich i specjalizacji minimum 7,3 tys. zł. Dla lekarzy ta różnica jest więc zbyt mała. Wygląda jednak na to, że największy spór wybuchnie o pensje samych pielęgniarek, bo pensje tych, które nie mają studiów i specjalizacji, są o mniej więcej 2 tys. zł niższe. Pielęgniarki uważają, że ta różnica jest zbyt duża, biorąc pod uwagę, że nierzadko chodzi o osoby zatrudnione na tym samym oddziale i wykonujące dokładnie tę samą pracę.

Według Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych wielu dyrektorów, by uniknąć sporów, wszystkie pielęgniarki poza oddziałowymi czy koordynującymi traktuje, jakby nie miały specjalizacji i studiów, tłumacząc, że stanowisko, które zajmują, tego nie wymaga. Związek czeka na 10 sierpnia, czyli dzień wypłaty pensji w szpitalach i przychodniach. Wtedy okaże się, ilu dyrektorów uciekło się do podobnych „trików”. ●

Judyta Watola

wyborcza.pl

• Więcej czytaj na wyborcza.pl/kraj



Pieniądze niezgody

ZDROWIE

Klara Klinger

klara.klinger@infor.pl

Co najmniej dwie trzecie wzrostu nakładów na zdrowie będzie przeznaczane na podwyżki dla pracowników służby zdrowia. Koszt podniesienia minimalnych wynagrodzeń to co najmniej 18,5 mld zł. To wbrew stanowisku Zespołu Trójstronnego, w którym bierze udział Minister-

stwo Zdrowia – ustalono bowiem, że dodatkowe pieniądze na zdrowie (29 mld zł) będą dzielone po równo: na podwyżki wynagrodzeń i na poprawę dostępu do leczenia.

Członkowie zespołu obawiali się takiego scenariusza. Ministerstwo przekonuje z kolei, że wzrost pensji to inwestycja – bez pracowników medycznych nie da się skrócić kolejek. ©P A5

Podział po równo nie do utrzymania

ZDROWIE Wzrost wynagrodzeń medyków pochłonie co najmniej **dwie trzecie dodatkowych środków** trafiających do budżetu na zdrowie. Odbędzie się kosztem puli na zwiększenie dostępności do leczenia

Klára Klinger
klara.klinger@infor.pl

W listopadzie zeszłego roku przy okazji negocjacji podwyżkowych przedstawiciele strony społecznej oraz pracodawców w ramach Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia walczyli, żeby Ministerstwo Zdrowia zgodziło się na zapis mówiący o tym, że pieniądze na podwyżki pensji nie „zjedzą” pieniędzy kierowanych bezpośrednio na świadczenia. Resort wówczas nie zgodził się na zapis, że „wzrost nakładów na wynagrodzenia nie będzie odbywał się kosztem środków finansowych przeznaczanych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej”. We wspólnym stanowisku znalazł się natomiast zapis mówiący o tym, że „wzrost nakładów publicznych na ochronę zdrowia od 2023 r. powinien być dzielony po połowie”. Czyli połowa wzrostu miała iść na pensje, połowa m.in. na wzrost dostępności świadczeń i nowe technologie.

Już teraz widać, że zapisu nie uda się dotrzymać. Plan finansowy NFZ na rok 2023 przedstawiony w lipcu tego roku zakłada finansowanie świadczeń na poziomie 136,4 mld zł. Poprzedni plan był o 29 mld zł mniejszy. Połowa kwoty tego wzrostu stanowiłaby zatem 14,5 mld zł. Tymczasem na podwyżki, według wyliczeń Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, trzeba będzie przeznaczyć 18,5 mld zł. Ta kwota będzie jeszcze wyższa, bo minimalna pensja w ochronie zdrowia (ustawa w tej sprawie weszła w życie w lipcu) jest powiązana ze średnim wynagrodzeniem w gospodarce. To zaś

– w związku z inflacją – na pewno będzie rosło. W konsekwencji co najmniej dwie trzecie wzrostu budżetu na zdrowie będzie przeznaczane na wynagrodzenia.

– Jeżeli rząd chciałby utrzymać podział środków na pensje i wzrost dostępności po równo, musiałby albo zwiększyć nakłady publiczne na ochronę zdrowia (np. poprzez dotację z budżetu państwa do NFZ), albo zabrać szpitalom znaczącą część środków, którymi teraz dysponują – komentuje Wojciech Wiśniewski, członek Zespołu Trójstronnego.

Z narracji przedstawianej przez resort zdrowia za każdym razem wynika, że podwyżki są inwestycją w przyszłość: bez dobrych pensji nie będzie miał kto leczyć. Pozwolą na zahamowanie wyjazdów medyków z Polski czy odejść z zawodu. Docelowo mają przekładać się na większe zainteresowanie pracą w służbie zdrowia. Czy jednak tu i teraz poprawi to dostępność do leczenia albo skróci kolejki? – Nie zmieni to sytuacji, nie zmniejszy ani nie zwiększy liczby pracowników, a liczba procedur będzie taka sama, bo nie mamy więcej pieniędzy na więcej przyjąć. Podniesienie wycen w całości będzie przeznaczone na podwyżki – mówi dyrektorka szpitala w Kłodzku.

Eksperti wskazują jeszcze jeden kłopot. Jest pewna granica, przy której medykom nie opłaca się więcej pracować. Nasza rozmówczyni przyznaje, że po fali zeszłorocznych podwyżek (teraz jest kolejny etap) część lekarzy zmniejszyła liczbę dyżurów, bo te same pieniądze otrzymywali przy mniejszych nakładach pracy.

Andrzej Jacyna, były prezes NFZ, który wrócił do pracy w szpitalu, przekonuje jednak, że większe nakłady na świadczenia nie będą realizowane, jeżeli nie będzie kadry, która przyjmie większą liczbę pacjentów. Doktor Małgorzata Gałązka-Sobotka, ekspertka z Uczelni Łazarskiego, członkini Rady NFZ, podkreśla z kolei, że podniesienie wynagrodzeń powinno być skorelowane z jakością i efektywnością pracy. ©

Rozmów o pensjach ciąg dalszy

Ze wstępnych danych Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych wynika, że połowa lecznic (200) może mieć kłopoty z wywiązaniem się z ustawy o minimalnym wynagrodzeniu w ochronie zdrowia. Wyliczenia jeszcze trwają. Niektórym brakuje pół miliona złotych, innym nawet więcej. Do końca tygodnia każdy szpital ma wyliczyć dokładnie ile. W związku z tym na dziś zostało zaplanowane specjalne posiedzenie Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu. W następnych dniach będą również spotkania robocze z przedstawicielami NFZ. Ma się także odbyć w tej sprawie posiedzenie Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia. Jak mówią nasi rozmówcy, jest obietnica ze strony Ministerstwa Zdrowia, że przyjrzy się sprawie. Część szpitali nie podpisuje na razie aneksów umów z NFZ, czekając na to, jakie będą końcowe ustalenia. Strona pracodawców liczy na spokojne rozmowy. Przyznają, że widzą, iż pieniędzy w systemie jest więcej, ale trzeba poprawić mechanizm ich przekazywania. ©

Klara Klinger, Dorota Beker

Nie ma motywacji do lepszej pracy

ROZMOWA

Trwają spory dotyczące wysokości podwyżek dla pracowników medycznych. Są za duże? Za małe?

Pytanie powinno raczej brzmieć, jak te podwyżki przekazywać. Bo kluczowe jest to, jak się przekładają na poprawę opieki nad pacjentem. Czyli na ile są powiązane ze świadczeniami medycznymi. Tym bardziej że system finansowania placówek medycznych – m.in. ryczałty placowe szpitalom w sieci – nie przełożyły się na zwiększenie dostępności dla pacjentów. Podwyżki pensji w taki sposób również nie przełożą się na większą dostępność.

Wynagrodzenia nie są związane z lepszą opieką?

Obecnie moim zdaniem nie bardzo. Wysokość minimalnego wynagrodzenia zależy głównie od poziomu wykształcenia w danej grupie medycznej. Warto byłoby jednak powiązać wzrost np. z liczbą wykonywanych zabiegów, przyjętych pacjentów, ilością czasu im poświęconego, a docelowo również jakością opieki. Są takie systemy, np. amerykański CPT, który Izba Le-



Adam Kozierkiewicz, ekspert w zakresie zarządzania służbą zdrowia

karska przetłumaczyła już w 2006 r. – wprowadza mechanizm łączenia wynagrodzeń z efektywnością pracy konkretnego lekarza. W obecnym mechanizmie każdy w danej specjalizacji czy z danym wykształceniem ma gwarantowaną taką samą pensję.

Ale tylko na minimalnym poziomie.

Tak. Pominęto jednak to, czy szpital ma środki na dodatkowe finansowanie wynagrodzeń. To jest i tak bardzo uznaniowe. Nie ma jasnych mechanizmów, które by motywowały do lepszej pracy, czyli lepszej opieki nad pacjentem. Więcej otrzymu-

ją ci pracownicy, którzy są deficytowi, a nie ci, którzy świadczą lepsze usługi.

Wyliczenie, ile kto zrobił badań czy ilu przyjął pacjentów, jest związane z większą biurokracją, poza tym też więcej nie znaczy lepiej.

Tym bardziej powinien to być dobrze wypracowany mechanizm oceny. Obecnie to ślepa uliczka, bo wszyscy dostają pieniądze niezależnie od tego, jak pracują. Konkretna specjalizacja nie równa się przecież temu, jak kto intensywnie opiekuje się pacjentami, a według tego jest podział wynagrodzeń. Tymczasem w medycynie mamy naprawdę spore możliwości, żeby unikać pracy, tymczasem inni pracują za kilka osób. Nie dość tego – wynagrodzenia związane z ilością pracy, ale nie z przepracowanymi godzinami zniwelowało by problem tego, na jakiej zasadzie jest zatrudniony lekarz: na umowę o pracę czy na kontrakt.

Pojawia się pomysł, żeby wysokość wynagrodzenia uzależnić od liczby miejsc pracy. I premiować tych, którzy by pracowali w jednej placówce.

Pytanie, czy jest to realne do wprowadzenia – bo mogłoby doprowadzić do zamknięcia wielu oddziałów czy placówek, w których zabrakłoby pracowników. Uważam jednak, że taka zasada mogłaby być wprowadzona głównie albo tylko wobec osób na kierowniczych stanowiskach, ordynatorów, szefów oddziałów. Tak, by nie mogli łączyć pracy dla publicznej placówki z prywatną. Wtedy przynajmniej zostałaby wyeliminowana alternatywna ścieżka przyjęć pacjentów do szpitala, czyli tych, którzy byli u danego lekarza z prywatną wizytą.

Co ze szpitalami, w których nikt nie chce pracować, bo np. są daleko od miast czy miejscowości z uniwersytetami medycznym?

Być może obok kryteriów, o których mówiłem, należałoby wprowadzić jeszcze jedno kryterium – geograficznie. Takie mechanizmy działają w różnych krajach, np. USA, Australii. Za pracę w nieatrakcyjnych zawodowo miejscu przysługuje dodatek finansowy. Może to również ścieżka dla Polski. ©

Rozmawiała Klara Klinger

OCHRONA ZDROWIA

Od kredytów na studia nie przybędzie lekarzy

To nie studenci skorzystają na oferowanych pożyczkach, lecz uczelnie medyczne.

KATARZYNA WÓJCIK

Przez dwa ostatnie lipcowe tygodnie wnioski o preferencyjny kredyt na studia medyczne złożyło nieco ponad 150 osób. To niewiele, biorąc pod uwagę, że medycynę studiuje w Polsce 131,4 tys. osób. Lekarzy kształci ponad 20 uczelni.

Wnioski można składać od 18 lipca. – Żeby ubiegać się o kredyt, należy być już studentem kierunku lekarskiego polskiej uczelni na zasadach odpłatności – mówi Kinga Szymkiewicz z Banku Gospodarstwa Krajowego.

Lepiej poprawić maturę

Tegorocznym maturzystom wnioski o kredyt jeszcze więc nie składają. Ale zdaniem młodych lekarzy lepiej, żeby się dobrze zastanowili, zanim to zrobią.

– Największym beneficjentem programu nie są studenci czy ich przyszli pacjenci, ale uczelnie medyczne, które pobierają bardzo wysokie opłaty za studia. A liczba studentów, których rodziców na nie stać, jest ograniczona – mówi Damian Patecki, ekspert Porozumienia Rezydentów, członek Prezydium Naczelnej Izby Lekarskiej.

I dodaje, że lepiej posiedzieć rok w domu i się poczyć, niż wiązać się umową kredytu, za którego równowartość można kupić mieszkanie. – Wielu moich znajomych dostało się na medycynę za drugim razem i są świetnymi lekarzami – mówi Patecki.

Porozumienie Rezydentów krytykuje kredyty m.in. ze względu na zmienne oprocento-

OPINIA DLA „RZECZPOSPOLITEJ”

TOMASZ ZIELIŃSKI

wiceprezes Porozumienia Zielonogórskiego



Preferencyjny kredyt umożliwił studiowanie większej liczbie młodych ludzi. Jednak warunki jego umorzenia – obowiązek pracy w Polsce przez dziesięć lat – nie sprawi, że zauważalnie przybędzie nam lekarzy. Różnica w płacach w Polsce i w innych krajach jest ogromna. Bardziej opłaci się więc wyjechać i zarabiać lepiej, niż mieć umorzony kredyt. Cały świat potrzebuje lekarzy. To nie kredyt, ale lepsze warunki pracy i płacy w Polsce mogłyby skłonić młodych do pozostania w kraju. Najsłabszym elementem kredytowania studiów jest zmuszanie do wyboru deficytowej specjalizacji. Geriatrą czy chirurgiem nie powinno się zostawać bez przekonania. Może to i ratunek dla finansów młodych lekarzy, ale na pewno nie dla polskiej ochrony zdrowia. Jest ponadto obawa, że na studia płatne trafiają mniej zdolni studenci. A państwu powinno zależeć na tym, by trudne, deficytowe specjalizacje wybierali najlepsi.

owanie. Jest ono uzależnione od stopy ustalonej przez NBP. Na tę chwilę to 9,86 proc., lecz jak podkreślają młodzi lekarze, nie sposób stwierdzić, jak będzie zmieniać się przez najbliższe lata. Wadą ma też być to, że jedynym podmiotem, który decyduje o całkowitym lub częściowym umorzeniu kredytu, jest Ministerstwo Zdrowia. Ponadto należy przepracować 10 lat w publicznym systemie ochrony zdrowia w okresie 12 kolejnych lat od dnia zakończenia studiów. To, zdaniem rezydentów, bardzo ograniczające, długoterminowe i zmienne warunki.

– Nie każdy może zostać lekarzem. Kiedy ja studiowałem, co dziesiąty student nie skończył medycyny. Dopiero na studiach można się dowiedzieć, że nie jest się w stanie przyswoić dużych porcji wie-

dzy, że stres związany z tym zawodem może być nie do zniesienia lub ktoś po prostu nie lubi kontaktu z chorymi. Student powinien mieć możliwość rezygnacji. A umowa kredytowa nie daje pola manewru – mówi Damian Patecki. I dodaje, że boi się, że uczelnie w obawie przed utratą źródła dochodu będą przepychać mniej zdolnych studentów.

Szkoły chwalą

Uczelnie kształcące przyszłych lekarzy kredyty chwalą.

– Studenci studiów płatnych nie odbiegają poziomem wiedzy od studentów studiów stacjonarnych. Po prostu zabrakło im kilku punktów podczas rekrutacji. Nie będą gorszymi lekarzami – uważa dr Rafał Staszewski, dyrektor generalny Uniwersytetu Me-

dycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. I dodaje, że kredyty studenckie pozwolą studiować medycynę osobom, których do tej pory nie było na to stać. Uczelnie publiczne zwiększają limity na studiach odpłatnych. Ponadto kierunek lekarski prowadzi uczelnie niepubliczne.

– Dzięki temu przybędzie nam lekarzy, zwłaszcza w specjalizacjach deficytowych. Np. w tym roku na hematologię dziecięcą nikt się nie zgłosił w całym kraju. Brakuje też chętnych na geriatricę czy chirurgię – mówi dr Staszewski.

Podobnie uważa rzecznik prasowy Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. – Kredyty mogą pozytywnie wpłynąć na wypełnienie limitów miejsc na studiach niestacjonarnych, bo obecnie ze względu na wysoką cenę studiów nie wszystkie są wypełnione – mówi Jarosław Kulczycki.

Problem w tym, że kredyt nie wystarczy, by opłacić studia na WUM. Na kredyt w wysokości do 20 tys. zł na semestr mogą liczyć ci, którzy złożą wnioski na nadchodzący rok akademicki i kolejne lata. Jeśli student chce skredytować opłaty, które poniósł za kończący się rok 2021/2022, może otrzymać do 18 tys. zł na semestr. Stawka ta będzie obowiązywać go do końca studiów. Wysokość opłat za usługi edukacyjne na WAM w roku 2022/2023 wynosi zaś 46,6 tys. zł rocznie jednorazowo lub w dwóch ratach po 23,6 tys. lub w czterech po 11,9 tys. zł.

– Kredyt może otrzymać każdy, ponieważ Pekao SA nie wymaga dokumentów o dochodach i nie ocenia zdolności kredytowej studentów – mówi Kinga Szymkiewicz. /eoe



Kadry i płace

SZKOLNICTWO WYŻSZE Niemal na każde miejsce na stacjonarnych kierunkach lekarskich przypadało więcej niż 10 kandydatów. Rekordem jest 46 chętnych na jedno miejsce na Uniwersytecie Zielonogórskim **B11**

Lekarze mniej mówią o wadach płodu

ROZMOWA Budzowska: medycy wybierają między ryzykiem oskarżenia z kodeksu karnego a tym o błąd medyczny. Próbuja się kierować mniejszym złem dla nich samych, kosztem kobiet

Zmiana prawa aborcyjnego wpłynęła na charakter spraw, które do pani trafiają?

Tak. Po wyroku TK, kiedy zniknęła przesłanka uprawniająca do przerwania ciąży w powodu wad płodu, lekarze nie zawsze informują pacjentki, że dziecko może mieć wady, ale także o tym, że ciąża może szkodzić zdrowiu matki. Z relacji klientek można wnioskować, że coraz częściej lekarze są wyjątkowo wstrzymieliwi, żeby informować o tego rodzaju podejrzeniach. I to nawet w takich sytuacjach, w których wady płodu mogą być ujawnione w planowym USG.

Dlaczego?

W mojej ocenie i z tego, co mówią klientki, lekarze chcą uniknąć problemów: jeżeli byłoby podejrzenie wady, to padłoby np. pytanie o możliwość aborcji. Lekarze nie wiedzą, co wtedy robić. Prowadzę sprawę, w której kobieta urodziła dziecko obciążone wieloma wadami – na tyle poważnymi, by zostało

to rozpoznane w ciąży, a z jakichś powodów nie zostało albo zostało, ale lekarz nie powiedział o tym. Pytanie dlaczego? W grę wchodzi albo brak doświadczenia lekarza, w co trudno uwierzyć, albo niechęć do przekazania informacji o podejrzeniu wady. Moim zdaniem to drugie jest bardziej prawdopodobne.

Jaki jest zarzut w tej sprawie?

Naruszenie praw pacjenta i dóbr osobistych. Chodzi o prawo do samostanowienia. Przecież pacjentka nie musiałaby wcale podejmować decyzji o aborcji np. za granicą, miałyby natomiast szansę przygotować się psychicznie. To prawo także ojca, co już wcześniej było podnoszone przez Sąd Najwyższy w podobnych sprawach. Tę wstrzymieliwość lekarzy do informowania widać także przy zagrożeniu zdrowia matki.

O jakie sprawy chodzi?

Prowadzę kilka takich spraw. Podobnych do sprawy pani



Jolanta Budzowska, radczyni prawna specjalizująca się w sprawach o błędy medyczne

Izabeli z Pszczyny, u której lekarze mimo bezwrodzia i wskaźników zapalnych wstrzymywali się z przerwaniem ciąży. Pani Izabela nie przeżyła. W sprawach, które prowadzę, kobiety walczyły o zdrowie. Na przykład chodzi o rozpoznanie ciąży bardzo blisko blizny po cesarskim cięciu z wcześniejszego porodu. Taka ciąża w określonych przypadkach może być utrzymana, ale i tak jest to podwyższone ryzyko dla matki. Pęknięcie blizny i krwotok zagrażający życiu to jedno z ryzyk. A rozwiązanie ciąży może się wiązać z koniecznością usunięcia macicy. To sytuacje, które akurat spełniają przesłan-

kę aborcyjną: jest zagrożone zdrowie matki. Tego lekarze zdają się nie dostrzegać, przekonują, że ciąża może być bezpiecznie prowadzona, że jedynym rozwiązaniem jest obserwacja i postawa wyczekująca. Można sobie zadać pytanie: na co czekamy? Na bezpośrednie zagrożenie życia matki?

W przypadku moich klientek skończyło się poronieniem i krwawieniem z powodu pęknięcia. Wygląda na to, że lekarze wybierają między ryzykiem bycia oskarżonym z kodeksu karnego o aborcję a oskarżeniem o błąd medyczny. Próbuja się kierować mniejszym złem dla nich samych, kosztem kobiet. Tutaj zarzuty dotyczą nie tylko popełnienia błędu medycznego, lecz także naruszenia dóbr osobistych pacjentek i odebrania im możliwości wyrażenia świadomej zgody na takie, a nie inne postępowanie medyczne.

Wcześniej tak nie było?

Były też takie sprawy, ale teraz jest ich więcej. Widać, że klimat po orzeczeniu TK się zmienił i przełożyło się to na prawa kobiet.

Rozmawiały: Klara Klingler, Paulina Nowosielska

Kadry i płace

OCHRONA ZDROWIA Placówek udzielających doraźnej pomocy stomatologicznej jest po kilka na województwo. Gdyby dentystów na NFZ było więcej, toby wystarczyło – uważają eksperci **Bg**

Placówek od leczenia nagłego bólu zęba jak na lekarstwo

OCHRONA ZDROWIA Lecznicy udzielających doraźnej pomocy stomatologicznej jest po kilka na województwo. Gdyby był dostępny dentysta na NFZ, to by wystarczyło – przekonują eksperci. Na razie jednak potrzeby są spore, a chętnych do otwierania kolejnych przychodni brakuje

Dorota Beker
dorota.beker@infor.pl

Nocna pomoc stomatologiczna to dentystyczny odpowiednik nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej – gabinety, które mają podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia i przyjmują pacjentów w dni powszednie w nocy (w godz. 19–7) oraz w soboty, niedziele i święta całodobowo.

Pacjent (zarówno dorosły, jak i dziecko) może tam się udać w nagłych przypadkach. Jak informuje Małgorzata Koszur, rzeczniczka prasowa zachodniopomorskiego oddziału NFZ, koszyk obejmuje świadczenia niezbędne, takie jak np. założenie opatrunku leczniczego w zębie mlecznym, czasowe wypełnienie kanału, płukanie kieszonki działającej i aplikacja leku, choć możliwe jest również np. usunięcie zęba.

Na palcach jednej ręki...

Czy jednak w praktyce, jeśli np. pacjenta rozboli ząb na początku długiego weekendu, będzie mógł on liczyć na uzyskanie pomocy? Może być o nią trudno. Zapytaliśmy oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia o liczbę gabinetów działających na ich terenie. Dobra wiadomość jest taka, że obecnie w każdym województwie

działa przynajmniej jeden taki punkt (uzyskaliśmy dane z 15, ale wiemy, że na Mazowszu, które nam nie odpowiedziało, też te placówki funkcjonują). Trochę gorsza informacja to ta, że w pięciu z nich jest po jednej takiej lecznicy (w małopolskim, warmińsko-mazurskim, podlaskim, zachodniopomorskim, lubuskim). Najlepiej sytuacja wygląda w przypadku województwa lubelskiego, gdzie działa sześć placówek, podkarpackiego z czterema takimi jednostkami oraz dolnośląskiego (tam również funkcjonują cztery placówki, ale dwie z nich – w Wałbrzychu i Świdnicy, pracują wymiennie, przez co realnie są dostępne trzy).

Andrzej Cisło, stomatolog i były wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, podkreśla, że dostępność do placówek nocnej pomocy stomatologicznej jest bardzo iluzoryczna. – Jeśli bowiem w województwie są takie trzy miejsca, to koszt i kłopot związany z dotarciem do takiej placówki jest znaczny. Inna kwestia, że zazwyczaj są one dość nierównomiernie położone – wskazuje. Choć z drugiej strony, jego zdaniem, trudno sobie wyobrazić sytuację, by w każdym mieście powiatowym miał funkcjonować taki gabinet.

Jak z kolei wygląda zainteresowanie takimi usługami?

Rocznie korzysta z nich po kilka tysięcy osób (patrz infografika). – Należałoby się zastanowić, skąd biorą się pacjenci w takich poradniach. Z moich obserwacji wynika bowiem, że w znacznej części wizyty na dyżurze nocnej pomocy stomatologicznej wynikają po prostu z braku bieżącej opieki stomatologicznej lub niskiej dostępności do niej – podkreśla Andrzej Cisło.

A to efekt prywatyzacji opieki stomatologicznej – refundowany koszyk jest dość ubogi, gabinetów posiadających umowy z NFZ brakuje i z każdym rokiem ubywa, więc pacjenci są zmuszani do korzystania z komercyjnych usług. Ci zaś, których na to nie stać, po prostu nie chodzą do dentysty, co zwiększa prawdopodobieństwo, że w końcu będą zmuszeni udać się na nocny dyżur.

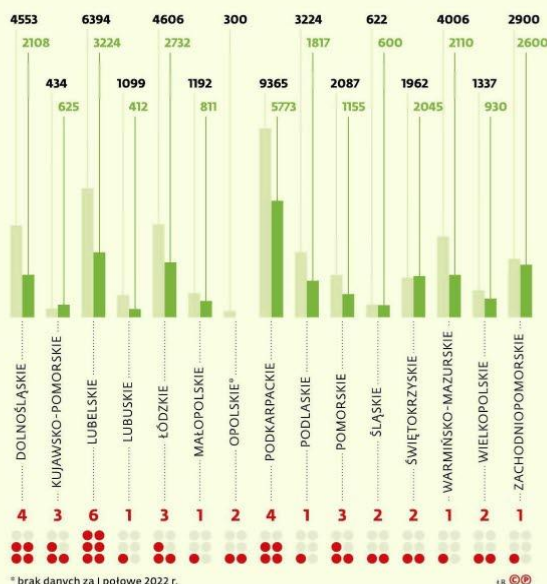
Brak chętnych

W odpowiedziach od oddziałów NFZ bardzo często powtarza się informacja, że rozpisywane były kolejne konkursy, na które nikt się nie zgłaszał. W województwie zachodniopomorskim zakontraktowana na cztery lata placówka po roku zwróciła się z prośbą o rozwiązanie umowy. Magdalena Mił, rzeczniczka warmińsko-mazurskiego oddziału NFZ, informuje, że cena oferowana obecnie za dwunastogodzinny dyżur to 1329,24 zł (choć w różnych oddziałach stawki te się różnią), ale nie ma zainteresowania ze strony stomatologów.

Rzeczywiście, jak wynika z rozmów z przedstawicielami środowiska, wysokość wycen nie zachęca do starania się o kontrakt. – Największym problemem jest to, że NFZ nie potrafi utrzymać poradni. A będzie jeszcze gorzej, jeśli w końcu nie pojawi się nowa tabela wycen, która zgodnie z zapo-

Gdy zaboli ząb

- Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń nocnej pomocy stomatologicznej w 2021 r.
- Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń nocnej pomocy stomatologicznej w I połowie 2022 r.
- Liczba placówek oferujących nocną pomoc stomatologiczną



wiedzi miały obowiązywać od 1 lipca – argumentuje Andrzej Cisło. Doktor Dariusz Paluszek, wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, jest zdania, że większość dentystów chciałaby podpisać kontrakty z NFZ, ale stosunek wycen do kosztów prowadzenia działalności sprawia, że lekarzy po prostu na to nie stać.

Nasi rozmówcy wyliczają również m.in. kłopoty ze znalezieniem personelu, który chciałby pracować w nocy i w święta, czy nawet budynku, do którego możliwy byłby całonocny dostęp.

– Głównym problemem jest spójnienie płatnika na opiekę stomatologiczną w Polsce. Proszę zwrócić uwagę, że zostaliśmy wypchnięci z publicznej go systemu opieki zdrowotnej – podkreśla dr Paluszek. I do-

daje, że jako społeczeństwo zaczynamy się przyzwyczajać do faktu, że do stomatologa chodzi się prywatnie. – Może się okazać, że w najbliższym czasie zniknie np. w większych miastach możliwość skorzystania z usług dentysty w ramach NFZ. I o ile w przypadku np. wymiany protezy czy planowego leczenia są to sprawy, które w niektórych przypadkach można odłożyć w czasie, to w przypadku sytuacji awaryjnej (obrzęku, bólu czy gorączki) potrzebny jest publiczny system, który zapewni interwencję lekarza. A takiego systemu nie ma i prawdopodobnie nie będzie, bo płatnik nie widzi takiej potrzeby, skoro urządza konkursy według stawek, które są dla wszystkich nieopłacalne – kwituje ekspert.



www.gazetaprawna.pl/zdrowie-polakow

Wsparcie psychologiczne w szkole jest konieczne

EDUKACJA W szkołach powinno się zamknąć gabinety pedagogów i psychologów – po to, aby byli **aktywni wśród uczniów, nauczycieli i rodziców**. Profilaktyka zaburzeń psychicznych musi być prowadzona tam, gdzie bardzo często jest ich źródło – przekonują eksperci

Agata Szczepańska
agata.szczepanska@infor.pl

Zgodnie z wdrażaną reformą system psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej ma być trzy poziomowy. I poziom – poradnie psychologiczno-psychoterapeutyczne – udziela najbardziej podstawowych świadczeń w środowisku pacjenta, jest więc najliczniejszy (w tych ośrodkach pracują terapeuci i psycholodzy, nie ma lekarzy), II poziom – centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – zajmuje się nieco bardziej skomplikowanymi przypadkami (tu wkracza lekarz), a III jest najbardziej wyspecjalizowany (tam funkcjonują m.in. oddziały całodobowe). Pierwsze placówki I poziomu już działają, II poziom jest tworzony, a III powstawać ma na bazie istniejących szpitali. Ideą nowego systemu jest praca w środowisku pacjenta, więc ważnym elementem jest szkoła. I tak, niezależnie od zmian w ochronie zdrowia, równolegle ma być wzmacnianie specjalistyczne wsparcie w placówkach oświatowych. Już od września zwiększy

się zatrudnienie m.in. logopedów, pedagogów specjalnych i psychologów (patrz ramka), choć resort edukacji zdaje sobie sprawę, że ze znalezieniem chętnych do pracy, zwłaszcza w tych dwóch ostatnich specjalnościach, może być problem.

Sami psychiatrzy nie mają jednak wątpliwości, że wsparcie psychologa w szkole jest bardzo ważne. – Profilaktyka, ta uniwersalna, podstawowa, absolutnie w moim przekonaniu powinna być prowadzona na terenie szkół – podkreśla prof. Małgorzata Janas-Kozik, pełnomocniczka ministra zdrowia ds. reformy psychiatrii dzieci i młodzieży.

– Dzieci dzisiaj mają bardzo wiele sytuacji trudnych, stresujących, pandemia nam to bardzo unaoczniała, pojawiły się nowe fobie, jak lęk związany z brakiem smartfona, wykluczeniem cyfrowym, co objawia się np. nerwowym wyciąganiem telefonu w każdym miejscu i sprawdzaniem, czy on jest i działa. To są nowe wyzwania, na które psychiatria musi odpowiedzieć – wskazuje prof. Janusz Heitzman,

pełnomocnik ministra zdrowia ds. psychiatrii sądowej. Jego zdaniem jednak będzie to wymagać nie tylko wsparcia terapeutycznego czy psychologicznego, lecz także tego środowiskowego – w domu i szkole. – Potrzebna jest profilaktyka, dzięki której rodzic będzie wiedział, jak radzić sobie z takimi sytuacjami, nauczyciel będzie wiedział, że nie trzeba dziecka wysyłać od razu do psychiatrii, ponieważ będzie umiał rozwiązywać sytuacje konfliktowe w komunikacji rówieśniczej, będzie wiedział, jak sobie radzić z hejtem i wykluczeniem – przekonuje ekspert. – Nie chodzi o to, by dziecko dowiedziało się, że jest słabe psychicznie i wszyscy chcą mu pomóc,

tylko by bez zwłoki wspólnie poszukać w nim tego, co może je wzmocnić, znaleźć w nim siłę, by poradziło sobie z przeciwnościami – dodaje.

Prof. Janas-Kozik podkreśla, że przeważająca większość dzieci i młodzieży z problemami psychicznymi nie wymaga w ogóle konsultacji lekarza psychiatry. Dlatego w zreformowanym systemie na I poziomie go nie ma, są natomiast psycholog, psychoterapeuta, terapeuta. – Zrobiliśmy z resortem zdrowia i NFZ analizy, które pokazały, że w okresie dwóch ostatnich lat z poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, czyli tych, które nadal działają na podstawie starego systemu, skorzystało 65 tys. dzieci i młodzieży, a z poradni I poziomu, które są nowymi jednostkami – już 154 tys. Zastanówmy się więc, co by się działo, gdyby I poziomu nie było – wskazuje.

Specjalistów będzie stopniowo przybywać

Minimalny wymiar zatrudnienia nauczycieli specjalistów – pedagogów, pedagogów specjalnych, psychologów, logopedów oraz terapeutów pedagogicznych – w szkołach i przedszkolach (publicznych i niepublicznych) uregulowała ustawa z 12 maja 2022 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2022 poz. 116).

Liczba etatów specjalistów będzie uzależniona od liczby dzieci lub uczniów w danej placówce. Wprowadzenie standardów podzielono na dwa etapy:

- w etapie I – od 1 września 2022 r. do 31 sierpnia 2024 r. – będą obowiązywały niższe, przejściowe wartości;
- w etapie II – od 1 września 2024 r. – zostanie wprowadzony docelowy wymiar zatrudnienia.

I tak, przykładowo, od września br. szkoła licząca od 51 do 100 uczniów będzie musiała zapewnić co najmniej jeden specjalistyczny etat. Dwa lata później – już półtora etatu. W tym roku na ten cel przeznaczono 520 mln zł. ©

Podkreśla jednak przy tym, że same poradnie nie są wystarczające – muszą być bardzo dobrze skoordynowane z jednostkami na II i III poziomie, ale konieczna jest także psychoedukacja i dla pacjentów, i ich rodziców, a także praca w środowisku. – W obrębie I poziomu bardzo mocno stawiamy na ścisłą współpracę ze szkołą, ale również z pomocą społeczną i sądownictwem – zaznacza prof. Janas-Kozik.

Prof. Heitzman zwraca jednak uwagę, że ok. 50 proc. szkół w Polsce nie ma psychologów ani pedagogów. – Kiedyś, mówiąc o tym problemie, zasugerowałem, że powinno się

zamknąć w szkołach gabinety, żeby ci specjaliści z nich wyszli i byli aktywni na ich terenie – w pokojach nauczycielskich, na korytarzach, wspólnie z uczniami i nauczycielami spędzali czas, by nie odgradzali się od uczniów zamkniętymi drzwiami gabinetów, a bardziej aktywnie identyfikowali trudności i zagrożenia tam, gdzie one powstają – wskazuje. – Sam problem nie zapuka do drzwi gabinetu pedagoga, częściej policjant z informacją, że dziecku coś się stało – konkluduje ekspert. ©

Rozmowa była częścią debaty zorganizowanej w ramach cyklu „Zdrowie Polaków”

