

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy,

w związku z ogromną presją wywieraną w ostatnich dniach na środowisko lekarskie w sprawie nowych przepisów dotyczących czasu pracy lekarzy i koniecznością szybkiego reagowania na zmieniające się propozycje pozwalam sobie przedstawić sposób, w jaki osobiście widzę tę sprawę.

1. Polska jest w Unii Europejskiej i prawo unijne (w tym Europejska Dyrektywa w sprawie niektórych aspektów czasu pracy - EDWT) obowiązuje u nas od 1.V.07 (z wyjątkiem wynegocjowanych okresów przejściowych - nie dotyczy to EDWT).

2. Od wielu lat mamy do czynienia z (nieskutecznymi) próbami liberalizacji EDWT. Ostatnio sprawy nieco przyspieszyły (ze względu na zmianę stanowiska niektórych krajów), ale przy konieczności uzgodnienia stanowiska między KE, Radami Ministrów Pracy oraz PE (Parlament jest szczególnie niechętny zmianom) nie może to nastąpić wcześniej niż za rok. Proponowane zmiany (np. wydłużenie okresu rozliczeniowego do 12 miesięcy, nie uznawanie nieaktywnej części dyżuru za czas pracy) są powszechnie kontestowane przez środowiska lekarskie UE (ja także napisałem w tej sprawie list do polskich europosłów). Nie ma jednak żadnego prawdopodobieństwa, aby nowelizacja EDWT dokonała się w najbliższych tygodniach.

3. Przepisy EDWT powinny być implementowane w Polsce od 1.V.04, ale nawet i bez implementacji obowiązują one od tego czasu - potwierdzają to sądy w indywidualnych sprawach lekarzy skarżących pracodawców. Istnieje za to możliwość ukarania Polski przez KE za brak implementacji. Wobec zmienionych przepisów ustawy o zoz, które wchodzi w życie od 1 stycznia 2008 r. niebezpieczeństwo takie znika. Zmiana ustawy w kierunku opóźnienia jej wejścia w życie (sprzeczna z EDWT) ponownie naraża nas na to niebezpieczeństwo (KE zapowiedziała już kontrolę w tym zakresie) oraz kosztowną lawinę dalszych spraw sądowych indywidualnych lekarzy.

4. Zarówno EDWT, ustawa o zoz jak i praktyka uczą, że w niektórych okolicznościach istnieje konieczność pracy dłuższej niż 48 g tygodniowo (i więcej niż 7'35 g, a nawet 13 g dziennie). Lekarze też dopuszczają taką możliwość. Zgodnie z przepisami EDWT i ustawy może to nastąpić jedynie za wyrażoną dobrowolnie przez lekarza zgodą. Jest rzeczą oczywistą, że ta praca ponad normę musi być wynagradzana tak, aby zachęcić lekarza do jej podjęcia. W tej sprawie ani państwo, ani pracodawca, ani nawet organizacje lekarskie (samorząd, związki) nie mogą go do niczego przymuszać - to byłoby przestępstwo.

5. Istnieje trochę chaosu w przepisach, w ramach których ta dodatkowa praca może się odbywać (zarówno w trybie etatowym jak i kontraktowym) - trzeba je jak najszybciej poprawić: niektóre przepisy ustawy o zoz, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ustawy o jbr. Należy to zrobić jak najszybciej, ale nie wstrzymuje to przecież życia. Dziś także nie wszystkie umowy są w pełni zgodne z restrykcyjnymi wykładnikami prawa i działają.

6. Lekarze w Polsce powszechnie wyrażają wolę nie odstępowania od postulatów minimalnych wynagrodzeń na poziomie 2, 2,5 i 3 średnich krajowych. Często to właśnie stawiają jako warunek podjęcia się dyżurowania po 1 stycznia. W obecnym systemie ochrony zdrowia nie ma na to środków.

Czy w tej sytuacji jest jakieś dobre wyjście? Na pewno potrzebny jest jakiś kompromis. Osobiście wyobrażam go sobie tak:

- a) Do zoz-ów wpływają dodatkowe pieniądze w postaci zwiększonej wartości punktu. Są one dzielone w zakładach. Skąd wziąć na to środki? Już dziś jest w NFZ nadwyżka, której nie należy przeznaczać na zwiększanie liczby zamawianych procedur. Należy jednak zapewnić dodatkowe środki dla NFZ. Mogą to być środki z budżetu (nad którym obecnie debatuje Sejm) w postaci zwiększonego wymiaru składki płaconej przez budżet za rolników i bezrobotnych oraz większych środków na procedury wysokospecjalistyczne. Może to być także dotacja z Funduszu Pracy - odpowiedni projekt ustawy jest także w Sejmie. Środki te muszą wystarczyć na odczuwalną podwyżkę, chociaż mogłaby ona być poniżej oficjalnych oczekiwań środowiska lekarskiego.
- b) Sejm uchwała ustawę w sprawie kroczącej gwarancji minimalnego wynagrodzenia rozłożone w czasie.
- c) Dyrektorzy zoz-ów otrzymują zalecenia stosowania się do opisanej sytuacji oraz zapewnienie pokrycia kosztów operacji.
- d) Lekarze otrzymują odczuwalną podwyżkę i gwarancje stopniowego dojścia do oczekiwanego poziomu wynagrodzeń. W tej sytuacji organizacje lekarskie (samorząd, związki) zwracają się do lekarzy o podpisywanie umów typu "opt out" lub kontraktów na dyżury.
- e) Nie ma mowy o odłożeniu w czasie wejścia w życie przepisów ustawy o zoz.

Jeśli moje przemyślenia wydają się racjonalne (po wielu rozmowach z parlamentarzystami, politykami, prawnikami i lekarzami mam śmiałość twierdzić, że takie są), proszę o wspólny front w tej sprawie. W szczególności dotyczy to naszych relacji z dyrektorami, regionalnymi organizatorami ochrony zdrowia, posłami, senatorami oraz dziennikarzami. Apeluję o jedność w tej krytycznej chwili.

Z koleżeńskim pozdrowieniem,

Konstanty Radziwiłł