

Rozsywał się system płac w ochronie zdrowia



Rozpłacowani na śmierć

Kłopoty związane z płacami w ochronie zdrowia mogą eskalować w sposób nieprzewidywalny. Nie mamy pojęcia, co będzie się działo w najbliższych miesiącach, a nawet tygodniach.

Trudno przewidzieć rozwój sytuacji, zwłaszcza po wejściu w życie ustawy z 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1532) i po rozpoczęciu się okresu składania przez lekarzy oświadczeń przewidzianych w art. 4 ust. 3 pkt 4 ustawy. Jedno jest jasne: kłopoty związane z płacami w służbie zdrowia, po wakacyjnym wytchnieniu, mogą eskalować w sposób zgoła nieprzewidywalny.

Złapał Kozak Tatarzyna

Geneza problemów jest możliwa do częściowego opisanie. Regulacje dotyczące ochrony zdrowia to wynik wieloletnich zaniedbań w porównaniu z wieloma innymi dziedzinami życia społecznego. Działalność medyczna została poddana regułom rynkowym i bizne-

sowym, jednak wydaje się, że relikty regulacji, przede wszystkim związane z monopolem płatnika, paraliżują sytuację, utrzymując całą dziedzinę w gestii reglamentacji charakterystycznej dla systemu sprzed czasu przemowych reform.

Dramatyzm sytuacji ujawnił się, kiedy zaczął narastać problem niedoboru źle opłacanego personelu pielęgniarskiego. Doszło do narodowej tragedii pielęgniarskiej. Tak ją wprost należy nazwać, z zaznaczeniem, że ma ona charakter wielowymiarowy i będzie się jeszcze pogłębiać, jakkolwiek byśmy próbowali sprawy obecnie ratować. Nie było i nie ma – jak się wydaje – od tej krytycznej sytuacji odwrotu i państwo, reprezentowane przez ministra zdrowia, przejęło częściową odpowiedzialność za płace. Stało się to istotnym wylomem w systemie. Tak zwane zembalowe złamało zasadę

niebrania odpowiedzialności przez państwo za płace w ochronie zdrowia, co – w opinii dużej części osób świadomych procesów zarządzania – stało się przyczyną kolejnych problemów i eskalacji napięć związanych z innymi grupami medyków.

Katalog roszczeń

Od tego czasu nie tylko personel pielęgniarski – korzystający z odrębnego źródła, obciążającego Narodowy Fundusz Zdrowia – zaczął rościć sobie prawo do takiego sposobu finansowania zarobków. Paradoksalnie wskutek podwyżek pielęgniarskich znaczna część personelu lekarskiego opłacanego w ramach umowy o pracę, choćby w przeładowanych kadraj szpitalach klinicznych i instytutowych, zaczęła zarabiać jeśli nie mniej, to porównywalnie z pielęgniarkami. Kolejnym paradoksem jest to, że w innych zawodach medycznych (na przykład diagnostów laboratoryjnych, psychologów, fizjoterapeutów, a tym bardziej w administracji) zarobki niemalże zrównały się z zarobkami najniżej opłacanego personelu pomocniczego, którego płace wznoszą się w związku z sukcesywnie podwyższaną płacą minimalną. W tych grupach w większości szpitali zarobki są niewiele wyższe od płacy minimalnej, co powoduje coraz większą frustrację.

Należy więc zaryzykować prostą diagnozę, że doszło do rozsypania się systemu płacowego w ochronie zdrowia.

Wśród lekarzy

Znaczące dysproporcje w zarobkach wśród lekarzy mają w pewnym stopniu odrębną genezę. Jednym z ich źródeł są zapisy wprowadzone przed około dwudziestu laty w umowach dotyczących procedur wysokospecjalistycznych – dobrze opłacanych z funduszy ministerialnych. Zostały w nich zawarte obligatoryjne odsetki na płace dla lekarzy wykonujących te procedury. Były one godziwe. Dotyczyło to chociażby pracowni hemodynamiki w kardiologii oraz przeszczepów szpiku. To spowodowało powstanie dużych kominów w płacach lekarskich oraz trudno zrozumiałych dysproporcji, nawet w poszczególnych specjalnościach. Przykładem może być choćby zróżnicowanie płac w obrębie kardiologii.

Od tego czasu poszczególne specjalności lekarskie próbowały znajdować sobie nisze umożliwiające uzyskanie specjalnych środków. Skutecznie znajdowano je w dość licznych obszarach, zwłaszcza zabiegowych oraz związanych z drogami, dobrze płatnymi procedurami, na których zależało zarządzającym szpitalami. Nieraz towarzyszył temu brak zdecydowanej chęci kształcenia szerszego grona lekarzy w danych procedurach. Przykłady mogą zainteresowanym wymieniać na ucho, by nie wywoływać zbyt dużego zamieszania. Oczywiście zawsze pozostaje wytłumaczenie, że wymogi – choćby osobowe – dotyczące wykonywania szczególnych procedur są jedyne i niepowtarzalne. Wspomnę: „Proszę

”Od dłuższego czasu poszczególne specjalności lekarskie próbowały znajdować sobie nisze umożliwiające uzyskanie specjalnych środków”

spojrzeć w źrenicę mojego oka. Czy uważa pan dyrektor, że odpowiedzialność za nią można powierzyć każdemu lekarzowi, który ma na to ochotę?”

Braki kadrowe

Drugim elementem genezy są niedobory kadrowe. Brak racjonalnej polityki zapewniającej wystarczającą kadrę lekarską w wielu specjalnościach przez co najmniej dwadzieścia lat przy postępie medycyny i równoczesnym podnoszeniu poziomu wymagań (patrz wymagania anestezjologiczne intensywnej terapii, przy których formułowaniu bardzo łatwo powoływać się na dobro i bezpieczeństwo pacjenta – i jest się przekonującym) spowodował wywindowanie zarobków w wybranych specjalnościach – jak sądzę, może w sposób nadmierny w stosunku do zamożności społeczeństwa. Sprawia to, że zarobki na przykład w anestezjologii wzrosły w sposób nieadekwatny do możliwości systemu i niegwarantujący jego racjonalnej równowagi.

Dodatkowym elementem są sukcesywnie prowadzone zablokowane działania lekarzy rodzinnych, przed których żądaniem – dzięki zachowaniu jednolitego frontu – uginali się kolejno ministrowie oraz szefowie NFZ. Przy niedoborze kadry doprowadziło to do sytuacji, że cena godzinnego zastępstwa w praktyce rodzinnej w wielu regionach kraju poszybowała nawet powyżej 100 zł za godzinę. Paradoksalnie, lekarze ci stali się beneficjentami reglamentacji i koncesjonowania w medycynie.

Większość z tych lekarzy – przy pozbawieniu ich dominującej pozycji w stosunku do płatnika i przy konieczności zdobycia pacjentów siłą swego oddziaływania, na przykład w praktykach prywatnych – nie miałyby szansy zdobyć części otrzymywanych kwot.

Kontrakty

Do grona lepiej zarabiających dołączyli lekarze kontraktowi, próbujący doszłusować do uprzywilejowanych grup lekarskich dzięki sukcesywnie prowadzonym negocjacjom z dyrekcjami szpitali, przy wydzieleniu odrębnej puli z kontraktów z NFZ na płace lekarskie. Takie ujęcie sprawy, jak się wydaje, jest godziwe i godne uwagi, z zastrzeżeniem wyłączenia z rozliczeń drogie leków i wyrobów medycznych. Osobiście jestem ostrożnym zwolennikiem określenia odsetka desygn-



„ Na wyższe pensje czekają nawet kapelani, choć trzeba przyznać, że dotychczas nie upominają się o swoje zarobki „

wanego na płace lekarskie, z uwzględnieniem specyfiki danej specjalności w celu uniknięcia kontrastów między nimi.

Należy jednak zwrócić uwagę, że pewna część tych kontraktów nie jest wcale lukratywna i związana z wygórowanymi zarobkami.

Skutki rezydenckiego domina

Dość niespodziewanie ministrowie zdrowia dali się wciągnąć w spór z rezydentami, choć w mojej opinii problemy z nimi związane nie były kluczowe, jeśli chodzi o paradoksy płacowe w ochronie zdrowia. Rezydenci zyskali nie tylko pewną sympatię społeczną, lecz także efekt „podczepienia się” dużej części środowiska lekarskiego, w tym władz samorządu lekarskiego, bazującego od tej pory głównie na zdobyczach rezydentów.

Regulacje dotyczące rezydentów muszą powodować eskalację roszczeń dużej części specjalistów, którzy – paradoksalnie – często zaczynają zarabiać mniej od nich. Umowa ministra z rezydentami okazała się brzemienna w skutki dla całego środowiska ochrony zdrowia. Jeśli zdeklarowani do pracy w jednym szpitalu specjaliści będą zarabiali z tytułu umowy o pracę co najmniej 6750 zł, przy „refundowaniu” części tej kwoty przez NFZ, a także zwiększą się płace rezydentów, to trudno sobie wyobrazić, by nie spowodowało to istot-

nych konsekwencji i roszczeń innych grup lekarskich, w tym lekarzy kontraktowych. Powstałe napięcia mogą się stać materiałem wybuchowym. Żal mi naszego ministra, który jest odbierany jako osoba kompetentna, poczciwa, dobroduszna i nieunikająca kontaktu ze środowiskiem.

Różne lekarskie światy

Trzeba jeszcze zaznaczyć, że w kręgu lekarskim funkcjonuje kilka odrębnych światów. Świat lekarzy akademickich, których roszczenia nie są w ogóle kierowane do uczelni i ich rektorów, gdyż płace akademickie mają swoją uporządkowaną i niezaburzoną strukturę, wynikającą z regulacji zasadniczo ogólnopństwowych, z niewielką możliwością modyfikacji na szczeblu uczelnianym. Wysuwający roszczenia wobec dyrektorów szpitali nie zdają sobie sprawy z często nadmiernego – w mojej opinii – potencjału lekarskiego na uczelniach w dużej części jednostek. Nie wynika on wcale z potrzeb usługowych oddziałów klinicznych, ale z zależności od obciążenia dydaktycznego poszczególnych jednostek. Nie wspominając o problemie dublowania kadr w szpitalach klinicznych w związku z ich innymi niż usługowe zadaniami, co oczywiście przynosi chlubę w wielu aspektach i ogólnie wzmacnia potencjał, jednakże generuje problemy w kontekście możliwości zapewnienia dobrej zapłaty.

Frustracja części lekarzy akademickich wynika w dużej mierze z porównania swoich płac z tymi, które oferowane są już trzydzieści kilometrów poza rogatkami miast akademickich. To tam płace lekarskie są dyktowane przez niedobory kadrowe. Dyrekcje szpitali i innych podmiotów bronią się – nawet kosztem wysokich płac – przed zamknięciem jednostek. Oczywiście w takiej sytuacji każde ręce do pracy i każda godzina są skrupulatnie liczone.

Dysproporcje kadrowe są tak duże, że w szpitalach powiatowych na przykład w Wielkopolsce pracuje często nie więcej lekarzy niż na jednym z oddziałów klinicznych. Pracujący w klinikach – o ile nie mają zmysłu wnikliwego rozeznania – nie zdają sobie z tego sprawy. Tylko na marginesie wspomnę o dysproporcjach i zachwianiu równowagi edukacyjnej między szpitalami dotyczącej rezydentów. Na jednym oddziale klinicznym jest często tyłu rezydentów, ilu we wszystkich dawnych szpitalach wojewódzkich (choć oni często „głosują nogami”, wybierając najbardziej przyjazne im środowiska lekarskie oraz pewnie czasem mniejsze obciążenie pracą i odpowiedzialnością).

Lekarze akademicy

Oczywiście należy potraktować z powagą frustracje płacowe części lekarzy akademickich. Trzeba być jednak świadomym, że w przypadku ekstremalnie ekstensywnego zatrudnienia nie ma szans, aby wszyscy dobrze zarabiali. Można i należy podejść do zarobków

tej grupy w sposób twórczy i konsekwentny, zdając sobie sprawę, że w takiej sytuacji trzeba będzie bardziej skrupulatnie liczyć ręce do pracy oraz jej godziny. Z analiz wynika, że dużej części zainteresowanych taka strategia nie napelni jednak optymizmem. Paradoksem może się więc stać konieczność weryfikacji tzw. zasobów kadrowych lekarskich oraz wzmożenia dyscypliny w wielu obszarach. Wyrażam te niepopularne twierdzenia, będąc przekonanym, że ich świadomość jest podstawą dyskusji i znajdowania konstruktywnych rozwiązań. Moje opinie nie mają oczywiście znamion kategoryczności, są być może asumptem do dyskusji i wspólnego poszukiwania możliwie sprawiedliwych rozwiązań.

Trzeba zaznaczyć, że zarobki wybranych grup lekarskich tak poszybowały, że część koleżanek i kolegów – moim zdaniem – straciła swego rodzaju poczucie rzeczywistości, kontekstu środowiskowego i społecznego. Przepraszam za tę uwagę, ale wydaje mi się ona prawdziwa. Kierując się mechanizmami rynkowymi (to jeszcze usprawiedliwione), ale także mechanizmami koncesjonującymi i ograniczającymi konkurencję (co jest już chyba naganne, zwłaszcza jeśli łączy się z niechęcią do kształcenia innych lekarzy oraz kolejnych pokoleń medyków), doprowadzono do olbrzymich dysproporcji i rozregulowania wartości pracy lekarskiej generalnie.

W kolejce do nadzwyczajnych regulacji

Sprawy pielęgniarskie w obecnej rzeczywistości niedoborów oraz kryzysu kształcenia i postaw są nierozwiązywalne i grożą narodową katastrofą polskich szpitali, o ile nie znajdą się charyzmatyczne osoby i środowiska – trudno, by były spoza grona pielęgniarskiego – mobilizujące do zapewnienia światłej i adekwatnej do realnych potrzeb opieki pielęgniarskiej.

Eskalacja oczekiwań lekarzy została wywołana – choć stało się to nieco opacznie – porozumieniem z rezydentami. Trzeba jednak mieć świadomość, że inne grupy pracowników – bacząc na dwie szczególne regulacje – będą wyrażały swoje oczekiwania. I w sumie będą miały wiele racji, wywodząc swoją argumentację z zasad sprawiedliwości społecznej, ale również ze zwykłej ludzkiej przyzwoitości.

W kolejce są nie tylko diagności laboratoryjni, psychologowie, fizjoterapeuci, farmaceuci, pracownicy socjalni, lecz przecież także kapelani, którzy nie upominają się dotąd o swe zarobki. Ambicje związane z ewolucją kilku zawodów medycznych sprawiają, że koszty personelu są windowane. Osobiście nie do końca rozumiem – proszę mi wytłumaczyć i przekonać (jestem na to otwarty), czy nie powinno się w większej mierze utrzymać w pracy w aptekach szpitalnych i laboratoriach diagnostycznych personel niekoniecznie specjalistyczny, najwyżej wykwalifikowany. Nie bardzo rozumiem kampanie środowiskowe skierowane



„Należy wspomnieć o sekretarkach medycznych i rejestratorkach, które dzięki swym kompetencjom mają duży wkład w sukcesy naszych lecznic. W tych zawodach nadal są chętni do pracy”

przeciwko technikom czy laborantom w tych zakresach zadań. Są to pracownicy, którzy niejednokrotnie przez dziesiątki lat wykonują swoją pracę i mają duże doświadczenie.

Pokrzywdzeni w sposób bardzo dotkliwy są też pracownicy administracji, działający często profesjonalnie i z wielkim oddaniem, utożsamiający się ze szpitalami. Należy zauważyć z całą mocą, że zapewnienie możliwie dobrych płac tej grupie jest warunkiem utrzymania w naszych szpitalach personelu, który jest poddany pokusom zatrudnienia w innych działach gospodarki. Jeśli chcemy mieć odpowiednie standardy funkcjonowania chociażby administracyjnego czy informatycznego, musimy się zdobyć na godziwe wynagrodzenie, by dobór pracowników był pozytywny i mobilizował do rzetelnej i dynamicznej pracy o dużej wartości merytorycznej.

Należy wspomnieć o sekretarkach medycznych i rejestratorkach, które dzięki swym kompetencjom mają duży wkład w sukcesy naszych lecznic. W tych zawodach nadal są chętni do pracy. Ale do tego dochodzą braki na rynku pracowników pomocniczych oraz niewykwalifikowanych, których pensje zaczynają dorównywać pensjom pracowników wykwalifikowanych.



„Najbliższe miesiące pokażą, na ile uda się przełamać opór ministerialny bądź funduszowy wobec przekazywania wydzielonych strumieni pieniędzy innym grupom pracowniczym w ochronie zdrowia”

Wiadomość prosta i uczciwa

Przy tak mocno wyrażanych oczekiwaniach płacowych szczególną, ale uczciwą i prostą wiadomością jest ta, że szpitale nie dysponują żadnymi dodatkowymi środkami na ich spełnienie. Opłaty za wykonywane świadczenia medyczne nie rosną, a regulacje ryczałtowe nie sprzyjają zwiększaniu dynamizmu funkcjonowania szpitali. Nie ma żadnych dodatkowych „dostaw” pieniędzy poza wywalczonym odrębnym strumieniem dla grup pracowników wymienionych powyżej.

W wielu szpitalach dokonano w ostatnich latach oszczędności i rezerwy są ograniczone. Jeśli istnieją, to często mogłyby wynikać z nałożenia większej opresji administracyjno-fiskalnej na ordynatorów i personel lekarski, co jednak wiąże się z ryzykiem obniżenia standardów oraz kompleksowości opieki nad pacjentami przez okrojenie świadczeń.

Ciekawe, jak może wyglądać zderzenie dużych oczekiwań z faktami dotyczącymi sytuacji ekonomicznej szpitali.

Medycyna na miarę zamożności społeczeństwa

W polskiej ochronie zdrowia jest potencjał w postaci chęci dorównywania osiągnięciom medycznym krajów najbogatszych i najsukuteczniejszych w opiece medycznej, z największymi możliwościami. Łatwo jednak za-

pominamy, że jesteśmy od nich nieraz kilkakrotnie ubożsi (ograniczone są przecież możliwości płatnika), a także mamy duże ograniczenia dotyczące infrastruktury – budynków i wyposażenia. Zachowując ambicję i dynamizm, nie możemy zapominać o tych uwarunkowaniach. Trzeba umieć osiągać to, co jest osiągalne w konkretnych warunkach – w danym miejscu i przy określonych możliwościach finansowych.

Zarządzający muszą się zmierzyć z koniecznością formułowania racjonalnej polityki wynagradzania. W codziennej praktyce to zadanie o najwyższej trudności i subtelności. Łączy się ono ze świadomością, że sektor ochrony zdrowia jest generalnie od dekad krzywdzony w kwestii zarobków. Powinniśmy mieć możliwości choćby podobne jak inne gałęzie pozostające w służbie publicznej, na przykład instytucje zajmujące się sieciami energetycznymi, gazowymi czy wodnymi. W porównaniu z nimi zarobki w ochronie zdrowia wydają się niezwykle zaniżone, co budzi nasze niezrozumienie i bunt. Zmagamy się z napięciem: jak najlepiej odpowiedzieć na prośby płacowe, ale w taki sposób, by nie zdestabilizować równowagi finansowej.

Z trudną sytuacją płac w ochronie zdrowia kłóć się zapewnienia o dobrej koniunkturze gospodarczej, o wzroście ekonomicznym. Dobijają nas dane o wysokości średnich zarobków w sektorze przedsiębiorstw – ponad 4500 zł. I dane o dynamice wzrostu płac, w sumie ok. 7,5% rok do roku. Na marginesie warto zaznaczyć, że same wzrosty płac pielęgniarek wydają się już przekraczać wzrost dla całej ochrony zdrowia, przynajmniej w kontekście szpitali.

Najbliższe miesiące pokażą, na ile uda się przełamać opór ministerialny bądź funduszowy wobec przekazywania wydzielonych strumieni pieniędzy innym grupom pracowniczym w ochronie zdrowia. Musimy być świadomi, że taki sposób desygnowania pieniędzy oddala nas od możliwości lepszego finansowania poszczególnych procedur oraz rozszerzania ich gamy zgodnie z postępem medycznym. W nadchodzących miesiącach okaże się, na ile dyrektorzy szpitali będą przekonujący dla swoich pracowników w kwestii racjonalnego ukształtowania zarobków.

Stawką takiego rozsądnego rozstrzygnięcia spraw jest utrzymanie stabilności finansowej szpitali. Choć są racjonalne powody, by dokonać istotnych regulacji płac, istnieją równie racjonalne przesłanki, by utrzymać równowagę finansową szpitali jako istotny warunek i wartość, których nie można złamać.

Być może czeka nas w ochronie zdrowia nieprzewidywalna jesień i zima, chyba że uda się zracjonalizować emocje. Jedno powinniśmy postulować: by polska medycyna i płace z nią związane były na miarę naszej społecznej zamożności.

Szczepan Cofta
Autor jest naczelnym lekarzem Szpitala Klinicznego im. Przemienienia Pańskiego w Poznaniu.