



fot. Dzik

Pod ścianą

Mijający rok przyniósł istotne, wywalczone przez zdeterminowane środowisko medyczne, zmiany, które wprowadzić w życie muszą menedżerowie ochrony zdrowia. Można tutaj wymienić np. ustawę podwyżkową. Ale czy to koniec powszechnych zmartwień menedżerów?

Jak to bywa w naszej rzeczywistości, jeżeli nie ma pomysłu na rozwiązanie problemów, to najlepiej przerzucić odpowiedzialność za wykonanie resortowych postanowień na niższy poziom – najlepiej na pracodawców. Nowelizacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej dostosowująca czas pracy lekarzy do dyrektywy 2003/88 WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (z 4 listopada 2003 r.), wykładni przyjętej przez Europejski Trybunał Stanu, spowodowała patową sytuację w polskiej ochronie zdrowia. Mimo licznych dyskusji i poszukiwania rozwiązań wydaje się, że nie ma recepty, jak wybrnąć z dobrodziejstwa wynikającego z powyższych przepisów. Znowelizowane akty prawne o czasie pracy lekarzy niosą ze sobą potężny ładunek zagrożeń i niepokojów społecznych, który w przyszłym roku będziemy musieli rozładować.

Zrównanie wynagrodzeń za dyżury z wynagrodzeniami za godziny nadliczbowe spowoduje poważne skutki finansowe dla zakładów opieki zdrowotnej. Szacuje się, że na wdrożenie tych przepisów będzie potrzebna 750 mln zł (kwota ta może się okazać mocno zaniżona). W rzeczywistości może się okazać, że wprowadzenie wspomnianej dyrektywy będzie kosztować kilka miliardów zł. Brak zgody na wydłużenie tygodniowego czasu pracy powyżej 48 godz. (klauzula *opt-out*) nie pozwoli na całodobową pracę szpitali. Tymczasem mamy za mało lekarzy, aby szpitale pracowały całodobowo, w systemie zmianowym, przy zachowaniu maksymalnego, 48-godzinnego tygodnia pracy. Ponadto, jak można *praktykować medycynę*, nie obserwując procesu leczniczego pacjenta. Propozycja innych form zatrudnienia lekarzy – jak np. samozatrudnienie – i na ich podstawie rozliczanie dyżurów mogą okazać się niekorzystne dla medyków.

Ministerstwo Zdrowia doliczyło się, że może zabraknąć ok. 15 tys. lekarzy. Do tego należy doliczyć

wciąż rosnącą falę emigracji białego personelu z Polski. Według danych rejestrowych Naczelnej Izby Lekarskiej (dane z czerwca 2007 r.) z ogółu lekarzy czynnych zawodowo (tj. 116 160) zaświadczenia umożliwiające pracę w innych krajach wydano 6237 lekarzom (tj. 5,37 proc. medyków – w grudniu 2006 r. o takie zaświadczenia poprosiło 4,6 proc. lekarzy).

Pracodawcy znaleźli się pod ścianą. Chcąc zapewnić całodobową pracę szpitali, będą prawdopodobnie musieli płacić lekarzom równowartość dwóch średnich krajowych pensji. Dla wielu sp. z o.o. może się to okazać zabójcze. Zapisy te mogą być również niebezpieczne dla samych lekarzy, bo nie jest powiedziane, czy lekarz pracujący na kilku etatach nie będzie łamał przepisów unijnych.

Warto również zwrócić uwagę, że coraz bardziej powszechniejsze staje się zakładanie przez lekarzy niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Takie zespoły mogą realizować usługi medyczne na zasadzie *podwykonawstwa* dla szpitali publicznych. W efekcie w szpitalach publicznych na stałych etatach już niedługo może być zatrudniona garstka lekarzy.

Wydaje się, że wszystkie wspomniane zagrożenia są nieuniknione. Dlatego można zadać pytanie: *co mogą zrobić pracodawcy?* Pieniądzy na ten cel nie mają. Wykładnia prawa jest jednoznaczna i brak jest pomysłów, jak ten problem rozwiązać. Dlatego chyba jedyną sensowną propozycją jest pozyskanie dodatkowych środków finansowych. Rosnące wynagrodzenia (a w efekcie większe składki) rodzą nadzieję, że NFZ będzie dysponował coraz większymi środkami.

Paradoks polega jednak na tym, że to wszystko nie jest efektem reform, a dyrektyw Unii Europejskiej. Mimo dosyć pesymistycznych wizji pozwalam sobie życzyć Państwu Szczęśliwego Nowego Roku. ■