



Stanowisko

Porozumienia Rezydentów OZZL

dot. projektu nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

Jako organizacja zgadzamy się z koniecznością likwidacji kominów płacowych oraz poprawy przejrzystości finansowej ochrony zdrowia. Niemniej jednak, zaprezentowana ustawa budzi zastrzeżenia ze względu na brak analizy tego, jak planowane rozwiązania wpłyną na wydolność publicznego systemu opieki zdrowotnej. Trudno oprzeć się wrażeniu, że **mamy do czynienia z inicjatywą doraźną, podyktowaną bieżącymi potrzebami wizerunkowymi**, która ma na celu przede wszystkim przekierowanie uwagi opinii publicznej z innych, niewygodnych dla projektodawcy kwestii. Prezentowane zmiany będą prowadzić do znacznego osłabienia wydolności i wydajności publicznego systemu ochrony zdrowia, w którym 30 tysięcy lekarzy w trakcie specjalizacji nie tylko pracuje na co dzień pomagając pacjentom, ale również szkoli się by w przyszłości zostać specjalistami. Zmiany, które w swojej krótkowzroczności uderzają w te dwa procesy - leczniczy i szkoleniowy, są nieakceptowalne. **W naszej ocenie ustawa w znacznie większym stopniu jest narzędziem do przymusowej konsolidacji małych podmiotów oraz metodą na oszczędność, niż skutecznym mechanizmem walki np. z kominami płacowymi.** Dostrzegamy następujące wady proponowanych przepisów:

- 1) wymóg zatrudnienia na minimum 80 godzin pracy w miesiącu ograniczy dostęp do świadczeń realizowanych przez lekarzy zatrudnionych w mniejszym wymiarze godzin, a nie wszystkie świadczenia wymagają zatrudnienia w takim wymiarze;
- 2) stawka maksymalna (niezależnie od swojej wysokości) zarówno obniża wysokie wynagrodzenia, jak i powoduje wzrost niższych wynagrodzeń. W efekcie znacznego zmniejszenia rozpiętości wynagrodzeń mniej jest finansowych zachęt do pracy w bardziej obciążających i niebezpiecznych obszarach medycyny, co będzie skutkowało **pogorszeniem dostępu do wyspecjalizowanej kadry** także;
- 3) w wyniku pogorszenia dostępu do wyspecjalizowanych kadr zmiany będą prowadzić do częstszego kierowania lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego do dyżurowania w komórkach organizacyjnych niezgodnych z ich programem specjalizacji (np. SOR) i **bez odpowiedniego nadzoru specjalisty**. Skutkować to będzie pogorszeniem opieki nad pacjentami oraz jakości szkolenia specjalizacyjnego;
- 4) uważamy, że **ustawa ma na celu przede wszystkim oszczędność i doprowadzenie do likwidacji części szpitali powiatowych**. Dodatkowym skutkiem będzie likwidacja miejsc specjalizacyjnych i konieczność przenoszenia rezydentów już odbywających specjalizację;
- 5) brak jest analiz konsekwencji ustawy dla dostępności i struktury świadczeń zdrowotnych w



OZZL

Polsce.

Uzasadnienie zastrzeżeń:

Ad 1)

Ograniczenie wymagające pracy w wymiarze minimum połowy etatu lub jego równoważnika w wypadku umów cywilnoprawnych (ok. 80 godzin miesięcznie) z zakresu leczenia szpitalnego czy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, doprowadzi **do ograniczenia, a następnie likwidacji świadczeń medycznych realizowanych w mniejszym wymiarze godzinowym**. Dwa przykładowe obszary to:

- Konsultacje specjalistyczne w szpitalach nieposiadających oddziału o danym profilu - przykładowo, w szpitalach psychiatrycznych o profilu monospecjalistycznym powszechną praktyką jest zatrudnianie konsultanta z dziedziny chorób wewnętrznych, który wspiera lekarzy psychiatrów w procesie diagnostycznych i leczniczym. W wielu przypadkach taki konsultant zatrudniony jest w mniejszym wymiarze godzin niż wskazane w ustawie, a wymóg kilkukrotnego zwiększenia takiego wymiaru będzie skutkował likwidacją stanowiska. W efekcie niezbędne będą konsultacje zewnętrzne, realizowane w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych i Izbach Przyjęć innych szpitali, co stanowi dla systemu **zbędne obciążenie finansowe, czasowe i organizacyjne**.
- Część badań diagnostycznych w szpitalach, przykładowo USG, często jest przeprowadzana przez lekarzy pracujących w wymiarze poniżej 80 godzin miesięcznie. Wspomagają oni istniejące zespoły diagnostyczne w zakresie konkretnych świadczeń albo (szczególnie w mniejszych placówkach) stanowią ich jedyne źródło. Wprowadzona zmiana **pogorszy tym samym dostęp do diagnostyki dla pacjentów** hospitalizowanych zarówno w dużych, jak i małych ośrodkach.

Ad 2)

Ustalenie wynagrodzenia maksymalnego niezależnie od jego kwoty powoduje nie tylko ograniczenie wynagrodzeń przekraczających tę wartość, ale również podniesienie wynagrodzeń niższych. Warto podkreślić, że ten proces już jest opisywany w mediach, gdzie medycy dążą do zwiększanie stawek do wartości bliższych lub równych planowanej kwocie maksymalnej. W taki sposób stawka maksymalna często staje się stawką "docelową". W efekcie dochodzi do znacznego zmniejszenia rozpiętości oferowanych stawek, co grozi **pogorszeniem zasobów kadrowych w bardziej wymagających i intensywniejszych obszarach systemu ochrony zdrowia**. W naszej ocenie zmiana zagraża stabilności pracy Izb Przyjęć, Nocnej i Świątecznej Pomocy Lekarskiej, a w szczególności SORów, gdzie obecne stawki godzinowe niejednokrotnie są wyższe niż planowana kwota maksymalna. Należy się spodziewać, że część aktualnie pracującej tam kadry będzie preferowała pracę w innym charakterze, możliwie spokojniejszym i bezpiecznym, oferującym niewiele niższe zarobki. Podobne trudności w skompletowaniu kadry mogą napotkać ośrodki odległe od dużych miast, gdzie znaczna część personelu dojeżdża z daleka, nierzadko zachęcona wyższymi stawkami.



Ad 3)

W sytuacjach braków kadrowych w szpitalach często do pracy w ramach Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych kieruje się lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Z reguły dzieje się to **bez ich zgody, wbrew programowi specjalizacji, bez zapewnienia stosownego nadzoru lekarza specjalisty**. Nierzadko również ci lekarze zabezpieczają jednocześnie swój oddział macierzysty, gdzie dyżurują w ramach programu szkolenia, jak i SOR. Stanowi to ryzyko dla pacjentów obu jednostek. Wobec aktualnych przekazów medialnych należy podkreślić, że za taki dyżur lekarze nie otrzymują dodatkowego wynagrodzenia.

W efekcie wprowadzonych zmian, należy się spodziewać pogorszenia sytuacji kadrowej na SORach, a co za tym idzie częstszego kierowania lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w opisaną wyżej formułę. **Nie wyrażamy zgody na taki proces bez wprowadzenia zmian prawnych zabezpieczających młodych lekarzy przed grożącymi im z tego tytułu konsekwencjami**. Podstawowym zadaniem lekarzy w trakcie specjalizacji jest kształcenie się pod nadzorem odpowiedniego specjalisty, a nie pełnienie funkcji narzędzia do **“łatania dziur kadrowych”**, szczególnie tych wywołanych przez krótkowzroczność planowanych zmian prawnych.

Ad 4)

Zła kondycja finansowa NFZ jest powszechną wiedzą, podobnie jak działania dążące do limitowania liczby realizowanych świadczeń celem oszczędności. Budżety szpitali pozostają w znacznym stopniu zależne od liczby realizowanych świadczeń zdrowotnych, tymczasem proponowana ustawa prowadzi do ograniczenia ich liczby. **Jednocześnie nie zaproponowano żadnych mechanizmów pozwalających zastąpić likwidowane źródła przychodu dla szpitali**.

Ustawa w ogóle nie porusza głównego problemu w organizacji ochrony zdrowia - patologicznej wyceny świadczeń. Funkcjonowanie oddziałów zabezpieczających podstawowe potrzeby lokalnej populacji tj. choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna czy pediatria (zadanie szpitali powiatowych) jest nieopłacalne, gdyż w powodu nieadekwatnej wyceny placówka jest na nich stracona. W związku z tym szpitale zawierają kontrakty na wysoce płatne procedury (często realizowane przez lekarzy w ramach umów na “procent od procedury”), aby uzyskać środki finansowe, które następnie przeznaczone na działanie podstawowych oddziałów zabezpieczenia systemu. **Tu leży główne źródło “kominów placowych”**. Ustawa likwiduje jedynie drugi mechanizm, nie naprawiając tego pierwszego, co stawia szpitale powiatowe w sytuacji bez wyjścia, pogłębiając ich straty finansowe i zmuszając do zamknięcia czy też “konsolidacji”. Warto zaznaczyć, że podobnie jak w przypadku Zakładów Podstawowej Opieki Zdrowotnej, upadające szpitale będą z dużym prawdopodobieństwem kupowane przez prywatne podmioty, co dodatkowo obniży dostęp do opieki zdrowotnej.

Ostatecznie zamknięcie części tych szpitali będzie również prowadzić do likwidacji miejsc specjalizacyjnych i wymagać będzie przeniesienia lekarzy już realizujących w nich szkolenie.



OZZL

Ad 5)

Ministerstwo Zdrowia nie przeanalizowało, jak wiele świadczeń jest obecnie realizowanych w warunkach, których ma zakazać ustawa. Dotyczy to między innymi lekarzy pracujących powyżej dwóch etatów, poniżej 80 godzin miesięcznie w danej placówce, w ramach kontraktu na “procent od procedury” czy przez lekarzy zarabiających powyżej 240 zł na godzinę. Ich liczba najpewniej jest ogromna, same umowy na procent od procedury dotyczą ponad $\frac{1}{3}$ kontraktów lekarskich. Naiwnym jest założenie, że wszystkie te świadczenia po wejściu w życie ustawy będą realizowane w tej formie i tej samej liczbie co dotychczas. Należy założyć, że liczba świadczeń dostępnych w publicznym systemie spadnie, zapewne w sposób niejednorodny i niektóre obszary medycyny będą znacznie bardziej dotknięte. Będzie to znacząca zmiana, w naszej ocenie katastrofalna dla systemu publicznego. Jednocześnie projekt nie przewiduje przy tym żadnego mechanizmu zastępczego lub pomocniczego, który zabezpieczyłby pacjentom dostęp do świadczeń. Analizując nawet tak mało kontrowersyjną zmianę jaką jest ograniczenie maksymalnego czasu pracy lekarzy do dwóch etatów łatwo zauważyć, że “znikną” wszystkie świadczenia realizowane przez lekarzy pracujących więcej. Wprowadzając maksymalny czas pracy należy przeanalizować liczbę i rodzaj świadczeń realizowany powyżej tej wartości oraz zaproponować mechanizm ich zabezpieczenia w nowym porządku prawnym. Ustawa nie wykonuje tych kroków przy żadnej z proponowanych zmian.

Konkluzja:

Ustawa jest zwyczajnie szkodliwa dla funkcjonowania systemu publicznej ochrony zdrowia. **Jej wprowadzenie w aktualnej formie grozi załamaniem dostępu do świadczeń, szczególnie w obszarach oddalonych od większych miast.** Nie adresuje podstawowej przyczyny “kominów płacowych”, jaką jest patologiczna i nieadekwatna wycena świadczeń. Z dużą pewnością ustawa jest próbą wykorzystania aktualnych nastrojów społecznych w celu oszczędności, nawet kosztem dostępności świadczeń. Jest to szczególnie alarmujące w obliczu prognozowanej na jesień akumulacji wyczerpujących się kontraktów na świadczenia limitowane.



Porozumienie Rezydentów

OZZL

ZARZĄD POROZUMIENIA REZYDENTÓW OZZL

Sebastian Goncerz

Przewodniczący
Porozumienia Rezydentów OZZL

Władysław Krajewski

Wiceprzewodniczący
Porozumienia Rezydentów OZZL

Michał Macur

Członek Zarządu
Porozumienia Rezydentów OZZL

Patryk Groszyk

Członek Zarządu
Porozumienia Rezydentów OZZL

Aleksandra Gładys

Członkini Zarządu
Porozumienia Rezydentów OZZL

Mikołaj Jeżak

Członek Zarządu
Porozumienia Rezydentów OZZL

Kontakt

E-mail: sekretariat.pr@gmail.com