



Dr Krzysztof Bukiel, 2016-12-19 08:03

Niekonsekwencje skutkujące chaosem



Niekonsekwencję widać też w dziedzinie szczególnie bliskiej związkowi zawodowemu – w zatrudnianiu lekarzy (i w mniejszym stopniu – innych pracowników medycznych).

Cechą, która najbardziej chyba charakteryzuje - i „piętnuje” wręcz - reformę publicznej ochrony zdrowia z roku 1999 jest jej niekonsekwencja. Widać ją w niemal wszystkich rozwiązaniach, a jej zasadniczym skutkiem jest brak „kompatybilności” poszczególnych elementów systemu i wynikający stąd chaos.

Czy ktoś jeszcze pamięta czym miały być kasy chorych: samodzielnymi, samorządnymi kasami ubezpieczenia zdrowotnego, zarządzanymi przez samych ubezpieczonych, coś na wzór towarzystw ubezpieczeń wzajemnych. Miały mieć prawo ustalania (zmiany) wysokości składki i zakresu współpłacenia przez pacjentów – tak, aby ilość pieniędzy, którymi dysponują odpowiadała zakresowi świadczeń gwarantowanych. Z czasem (od roku 2004) kasy chorych miały konkurować z innymi, także komercyjnymi i prywatnymi instytucjami, realizującymi zadania powszechnego ubezpieczenia

zdrowotnego. Z części tych planów (np. prawa do zmiany przez kasę chorych wysokości składki) zrezygnowano jeszcze przed wprowadzeniem ustawy do Sejmu, z innych (np. prawa do określania współpłacenia lub możliwości istnienia konkurencyjnych kas chorych) zrezygnowano po paru latach funkcjonowania kas. Z czasem zmieniono je w instytucje całkowicie podległe politykom, później scentralizowano, łącząc je w jedną ogólnopolską kasę zwaną NFZ. Te niekonsekwencje zrodziły kolejne: niedostosowanie ilości pieniędzy do zakresu świadczeń gwarantowanych wymusiło wprowadzenie limitowania świadczeń; brak konkurencji między kasami umożliwiło dowolne zaniżanie cen przez monopolistę za świadczenia refundowane, to wypaczyło konkurencję między świadczeniodawcami i stworzyło warunki do korupcji.

Tę niekonsekwencję widać też w dziedzinie szczególnie bliskiej związkowi zawodowemu - w zatrudnianiu lekarzy (i w mniejszym stopniu - innych pracowników medycznych). Deklarowany rynkowy kierunek zmian znalazł tutaj swoje odzwierciedlenie w „trendzie” do zatrudniania lekarzy, jako „przedsiębiorców” na umowy cywilno-prawne. Kierunek ten w warunkach rynkowych należałoby uznać za właściwy i uzasadniony. W praktyce jednak zatrudnianie lekarzy na „kontrakcie” zamiast na umowę o pracę nie wynikało ze zmieniających się (na rynkowe) warunków funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i szpitali, ale z chęci „oszukania” rzeczywistości przez zmniejszenie kosztów zatrudnienia lekarzy i ominięcie przepisów o czasie pracy. „Rynkowej” formie zatrudnienia nie towarzyszyły zmiany w sposobie funkcjonowania szpitali. Nadal działają tam ordynatorzy, którzy zmienili tylko swoją nazwę, nadal jest podległość służbowa między lekarzami, po dawnemu uregulowane są też relacje między lekarzami a innymi zawodami medycznymi. Nie zostały też jasno określone wzajemne stosunki między szpitalem a lekarzem - „przedsiębiorcą”, co w warunkach trwałego niedoboru środków jest w istocie trudne. Chodzi tu zwłaszcza o zapewnienie odpowiednich warunków leczenia, zaopatrzenie w odpowiednie leki, właściwy sprzęt i urządzenia medyczne, ich serwisowanie, amortyzację, zapewnienie odpowiednich warunków lokalowych, czy odpowiedniej obsady innego personelu medycznego. Kto w takich warunkach - trwałego, a nieraz skrajnego niedoboru środków i wymuszonych tą sytuacją drastycznych oszczędności odpowiada za bezpieczeństwo chorego: lekarz „przedsiębiorca”, dyrektor szpitala czy politycy, którzy takie warunki „wykreowali”?

Region Mazowiecki OZZL zwrócił się w ostatnich dniach do Okręgowego Inspektoratu Pracy w Warszawie z wnioskiem o odpowiedź na kilka istotnych pytań, związanych z wykonywaniem przez lekarza swojego zawodu na terenie szpitala na podstawie umowy cywilno-prawnej (kontraktu). Pytania te wskazują jak wiele jest niekonsekwencji w przypadku tej formy zatrudniania lekarzy z pozostawieniem dotychczasowej formy funkcjonowania szpitala i poszczególnych oddziałów szpitalnych. Oto te pytania:

Czy lekarz realizujący umowę kontraktową z podmiotem leczniczym na podstawie art. 26 ustawy o działalności leczniczej realizuje usługę samodzielnie i czy w przypadku konieczności podjęcia współpracy z innym lekarzem „kontraktowym” spełnione są przesłanki o samodzielnym wykonaniu usługi?

Czy lekarz realizujący umowę kontraktową z podmiotem leczniczym na podstawie art. 26 ustawy o działalności leczniczej w relacji z lekarzem „etatowym” podmiotu leczniczego (zatrudnionym na podstawie umowy o pracę) pozostaje jednostką niezależną, czy pojawia się zależność służbowa opisana prawem pracy?

Czy lekarz realizujący umowę kontraktową z podmiotem leczniczym na podstawie art. 26 ustawy o działalności leczniczej w strukturze oddziału szpitalnego, przychodni, pozostając w podległości w stosunku do ordynatora oddziału, kierownika jednostki, koordynatora jednostki, jest nadal prowadzącym działalność gospodarczą czy automatycznie zawarta umowa świadczy o stosunku pracy - „etatowym”?

Czy lekarz realizujący umowę kontraktową z podmiotem leczniczym na podstawie art. 26 ustawy o

działalności leczniczej z powierzoną funkcją zastępcy kierownika jednostki organizacyjnej, będąc w podległości służbowej oraz będąc zwierzchnikiem dla innych pracowników wypełnia przesłanki charakterystyczne dla stosunku pracy w myśl przepisów Kodeksu Pracy i czy praktykowanie takich rozwiązań nie jest przestępstwem popełnianym przez zawierających umowę kontraktową? (nawiasem mówiąc to samo odnosi się do lekarza kontraktowego pełniącego funkcję „kierownika oddziału” czyli de facto ordynatora).

Z niecierpliwością będziemy czekać na odpowiedzi PIP.