

 Maciej Biardzki, 2018-09-03 08:45

Bunt powiatowych dyrektorów



Fot. Thinkstock/Getty Images

Protest szpitali powiatowych jest o tyle specyficzny, że protestują nie ich pracownicy, a zarządzający tymi jednostkami, wspierani przez ich organy tworzące – samorządy powiatowe.

Wygląda na to, że dochodzimy do przesilenia w systemie opieki zdrowotnej. Chroniczne braki finansowe, na które nałożyły się narastające braki kadrowe, powodują coraz większe napięcia. Polityka prowadzona przez obecny resort zdrowia, z podpisywaniem odrębnych porozumień z kolejnymi grupami zawodowymi, okazuje się katalizatorem prowadzącym do wybuchu. Od lipca do grona protestujących dołączyły szpitale powiatowe.

Protest szpitali powiatowych jest o tyle specyficzny, że protestują nie ich pracownicy, a zarządzający tymi jednostkami, wspierani przez ich organy tworzące – samorządy powiatowe. Przypomina to nieco spory z Porozumieniem Zielonogórskim, choć w tym ostatnim przypadku stroną konfliktu byli lekarze rodzinni, którzy są de facto właścicielami swoich praktyk. A tutaj zbuntowali się dyrektorzy i prezesi – a na ich barkach spoczywa przecież zapewnienie działalności szpitali. Szpitale mniejszych, rzadko wykonujących spektakularne zabiegi, czy stosujących innowacyjne metody leczenia, którymi można się chwalić w mediach. Jednakże pod opieką tych szpitali znajduje się ok. 65% populacji Polski.

Dlaczego do tego buntu doszło? Nie jest to żadna taktyczna zagrywka ani polityczna ustawka. Sytuacja szpitali powiatowych stopniowo się pogarszała od co najmniej dziesięciu lat. Wobec chronicznego niedofinansowania systemu trwało ciągłe „przeciąganie kołdry” w walce o dostęp do środków publicznych. Ponieważ szpitale powiatowe miały najmniejszą siłę przetargową/lobbingową, to większość dodatkowych środków trafiała do szpitali większych. Było to powodem wielu sporów na poziomie województw, szczególnie eskalujących w trakcie ustalania warunków finansowania na kolejne okresy rozliczeniowe, tzn. rutynowo w następujących po sobie grudniach. To także w ostateczności stało się powodem powołania Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych, które nastąpiło w 2016 roku. OZPSP zrzesza około 150 szpitali, głównie z województw mazowieckiego, małopolskiego, wielkopolskiego i dolnośląskiego, ale też w coraz większej części z innych województw.

WARTO PRZECZYTAĆ



[Trzeba zacząć poważnie traktować ludzi zatrudnionych w szpitalach](#)

Związek, od początku swojego istnienia, starał się być partnerem Ministerstwa Zdrowia. Brał czynny udział np. w pracach nad tworzeniem tzw. sieci szpitali, zarówno na poziomie tworzenia samej ustawy, jak i odpowiednich do niej rozporządzeń. Wprowadzenie sieci było przez związek traktowane jako pewna gwarancja bytu szpitali powiatowych w takich zakresach, w jakich do sieci zostały zakwalifikowane. Miała to być też gwarancja równego traktowania przy finansowaniu usług zdrowotnych, co wynikało z istniejącego w rozporządzeniu algorytmu. Szpitale powiatowe zaufały rządzącym.

Tymczasem rok 2018 okazał się pasmem nie tylko rozczarowań, ale kolejnych decyzji, które stwarzały bezpośrednio i pośrednio ryzyka dla samego istnienia szpitali powiatowych i jednocześnie były

zerwaniem pewnego konsensusu dotyczącego równego traktowania szpitali, niezależnie od ich miejsca w systemie publicznym. Nie sposób także abstrahować w tym przypadku od zmian personalnych w samym resorcie.

Resort zdrowia pod nowym kierownictwem jest odpowiedzialny za kolejne zmiany niekorzystne dla szpitali powiatowych. Po pierwsze – nie zrekompensowano w żaden sposób wzrostu wynagrodzenia minimalnego od 1 stycznia 2018 roku. A w biednych szpitalach powiatowych coraz większa liczba pracowników, także medycznych, pracuje za takie właśnie stawki.

Po drugie – nie zaproponowano żadnej zmiany wycen świadczeń zdrowotnych w związku z koniecznością przeprowadzenia drugiego etapu wzrostu wynagrodzeń zasadniczych pracowników medycznych od 1 lipca 2018 roku.

WARTO PRZECZYTAĆ



[Różnicowanie zarobków między zawodami medycznymi prowadzi do wojny między nimi](#)

Po trzecie – porozumienie zawarte przez ministra zdrowia z rezydentami podniosło wynagrodzenia lekarzy specjalistów, zatrudnionych w ramach umów o pracę, pod warunkiem niewykonywania tożsamyh świadczeń w innych szpitalach. To rozwiązanie ma kolejne implikacje: sposób refinansowania tych podwyżek przez NFZ powoduje konieczność poniesienia np. wzrostu kosztów dyżurów lekarskich przez same szpitale, nie dostrzega się w nim pominięcia w tej podwyżce lekarzy pracujących na umowach cywilnoprawnych, który to sposób zatrudnienia, wobec braku zasobów, dominuje w szpitalach powiatowych, ale przede wszystkim może spowodować rezygnację z dyżurowania w małych szpitalach lekarzy z większych ośrodków, co obecnie było regułą umożliwiającą ich działanie.

Kroplą, która przelała czarę, było kolejne porozumienie, tym razem z pielęgniarkami, zapewniające im podwyżkę, której koszty w dużej mierze mają ponieść same szpitale. A wysokość udziału szpitali w tej podwyżce, szacowana na 300–500 zł miesięcznie na jeden etat jest dla nich praktycznie nie do udźwignięcia. Wprowadzenie norm zatrudnienia przeliczanych na łóżko wykazuje braki na poziomie 20–25% dotychczasowego zatrudnienia, zaś ich uzupełnienie jest niemożliwe zarówno z powodu braku pielęgniarek na rynku pracy, jak i braku środków na sfinansowanie kosztu ich pracy.

Pomijam już inne decyzje, takie jak stopniowe uniemożliwianie mniejszym szpitalom wykonywania niektórych świadczeń, z równoczesnym obcinaniem ich kontraktów, czy wprowadzanie preferencyjnych wycen dla szpitali większych. Czara została przelana.

WARTO PRZECZYTAĆ



[Czy szpitale powiatowe wypowiedzą umowy z NFZ?](#)

Czy to oznacza koniec szpitali powiatowych, opiekujących się dwiema trzecimi populacji Polski? Czy może dojdzie do jakiejś zmiany w postrzeganiu systemu i uwzględnieniu w nim ich roli, a dzięki temu do poprawy ich finansowania?

Służba Zdrowia” 9/2018 (czasopismo dostępne wyłącznie w prenumeracie)