

Jak ograniczenie czasu pracy lekarzy wpłynie na kształt leczenia szpitalnego

Wind of changes

Jacek Paszkiewicz



1 stycznia 2008 r. weszła w życie nowelizacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej konsumująca dyrektywę 2003/88 Parlamentu Europejskiego o czasie pracy lekarzy. W trakcie gorących dyskusji w grudniu ubiegłego i na początku tego roku doraźne próby znalezienia pieniędzy na rozwiązanie problemu ograniczonego czasu pracy lekarzy przyćmiły zasadnicze efekty wejścia w życie dyrektywy unijnej. Nowelizacja ustawy będzie miała inny i długotrwały wpływ na organizację leczenia szpitalnego. Jest to prawdopodobnie najsilniejszy impuls wpływający na kształt leczenia szpitalnego w Polsce od czasu wprowadzenia ponad 10 lat temu formuły samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Ograniczenie czasu pracy lekarzy ma związek nie tylko z ich wynagrodzeniem. Na pewno też nie będzie to taki wydatek, jak planowano. Według szacunków poprzedniego rządu, koszty nie miały przekroczyć 770 mln zł, a tymczasem już okazały się 3-krotnie wyższe.

Reglamentacja

Czas pracy lekarzy, który dotychczas był traktowany przez zarządzających zakładami opieki zdrowotnej jako dobro o nieograniczonej praktycznie dostępności, stał się nagle dobrem reglamentowanym i to drogim, a wkrótce będzie również poszukiwanym. W tej kwe-

stii zaczęły być mocno widoczne cechy typowego rynku pracy. Oczywiście, potrzebny jest czas, by ponownie zrównoważyć popyt i podaż. W związku z tym przez kilka miesięcy będziemy obserwowali typowe efekty czasowo destabilizowanego rynku pracy, w postaci burzliwych wystąpień związków zawodowych i histerycznych wypowiedzi, zwłaszcza środowisk lekarskich. Nie zabraknie również straszenia pacjentów. Media wykreują kryzys i upadek służby zdrowia. Odbędą się setki spotkań, konferencji i szczytów. Aż w końcu rynek pracy osiągnie nowy stan równowagi.

Jednakże najpoważniejszym i dużo bardziej długofalowym problemem jest fakt, że infrastruktura szpitali, która funkcjonowała dzięki powszechności dostępu do nieregulowanego czasu pracy lekarzy, nagle została pozbawiona swojego koła zamachowego. Pierwsze objawy niedostosowania infrastruktury do zmienionych regulacji prawnych widać było już na początku roku i myślę, że nie jest to koniec. Prognozuję, że przynajmniej przez rok od wejścia w życie ustawy ograniczającej czas pracy lekarzy będziemy mieli do czynienia z zamykaniem kolejnych oddziałów i koniecznością ich ewakuacji z powodu braku obsady i innych tego typu problemów. Nie sadzę jednak, żeby zagrożenie dla pacjentów stało się gdziekolwiek realne. Nikomu w końcu na tym nie zależy.

Impuls restrukturyzacyjny

Regulacje czasu pracy lekarzy w polskim szpitalnictwie, jak nic do tej pory innego wpłyną na strukturę i wymuszą jego reorganizację oraz prawdziwą restrukturyzację placówek. I im szybciej dyrektorzy szpitali zdadzą sobie sprawę, że niemożliwe będzie utrzymanie rozdętych struktur w lecznictwie szpitalnym (w postaci np. 17-oddziałowego szpitala powiatowego), tym lepiej. Inaczej nie zdołają zapewnić obsady kadrowej na dyżury na każdym z takich oddziałów (o obsadzie ordynatorskiej nie mówiąc). Polski szpital musi się zmienić, by podolać nowej organizacji świadczeń.

Będzie to zmiana bolesna, długa i trwała. Wiele szpitali w 2009 r. nie będzie przypominało tych z końca roku 2007. Być może nawet niektóre znikną, bo nie będą sobie mogły poradzić z zapewnieniem obsady lekarskiej i zapłaceniem za nią. Niektóre zobowiązania płacowe wobec związków zawodowych lekarzy są krytyczne dla zakładów opieki zdrowotnej. Prawdopodobnie mogą one wywindować udział płac w kosztach ogółem do niebezpiecznych 70–80 proc. Może to pogłębić problemy finansowe wielu placówek i zniweczyć plany restrukturyzacyjne.

Trzeba wziąć pod uwagę jeszcze to, że porozumienia płacowe zawierane są pod *zastaw* umów z NFZ. I tu pojawia się problem, w ogóle niebrany pod uwagę. Otóż, ograniczenie czasu pracy lekarzy skutkuje ogranicze-

niem dostępu pacjenta do lekarza, a więc potencjalnym zmniejszeniem liczby świadczeń. Prawdopodobne jest więc mniejsze niż w latach ubiegłych wykonanie świadczeń, przynajmniej w pierwszych miesiącach 2008 r. Z punktu widzenia płatnika to pozytywny efekt, który być może ograniczy ciągle problem nadlimitów. Z punktu widzenia szpitala może to być droga do bardzo trudnych, bo nieuzasadnionych merytorycznie negocjacji z płatnikiem, albo droga do niezwykle skomplikowanej likwidacji.

„ Prognozuję, że przez rok od wejścia w życie ustawy ograniczającej czas pracy lekarzy będziemy mieli do czynienia z zamykaniem kolejnych oddziałów i koniecznością ich ewakuacji z powodu braku obsady i innych tego typu problemów ”

Wiatr zmian

Niewątpliwie konieczne jest przeanalizowanie koncepcji samego dyżuru lekarskiego. Należy raczej zapomnieć o rozwiązaniach *jeden oddział i co najmniej jeden dyżurujący lekarz*. Koncepcja dyżuru lekarskiego w szpitalu będzie raczej zmierzała w kierunku wyznaczenia zespołów dyżurujących, a nie lekarzy dyżurnych oddziałów. W tym duchu przygotowana została nowelizacja zarządzenia prezesa NFZ. Oczywiście, odpowiedzialny dyrektor zada sobie pytanie, czy jeśli dyżuruje na trzech oddziałach zabiegowych wspólny zespół dyżurowy, to czy w ogóle potrzebne są w danym szpitalu trzy oddziały zabiegowe. A może wystarczy jeden?

Dotychczas były potrzebne, bo tylko pod takie wyróżnione jednostki organizacyjne szpital mógł dostać kontrakty. No i były też trzy stanowiska ordynatorskie do obsadzenia. W tej kwestii należy również zadać sobie pytanie o dominujący system zarządzania oddziałami szpitalnymi. Czy będzie on nadal ordynatorski, czyli niezbyt oszczędnie traktujący nakład pracy lekarzy, czy może bardziej oszczędny system konsultancki (ku systemowi konsultanckiemu zmierza również propozycja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej)?

Niezależnie od działań organizacyjnych, jakie powinni podjąć dyrektorzy szpitali, system kontraktowania świadczeń przez NFZ też musi się zmienić, by

„ Regulacje czasu pracy lekarzy przyczynią się do zmiany struktury lecznictwa szpitalnego, wymuszą reorganizację i prawdziwą restrukturyzację placówek ”

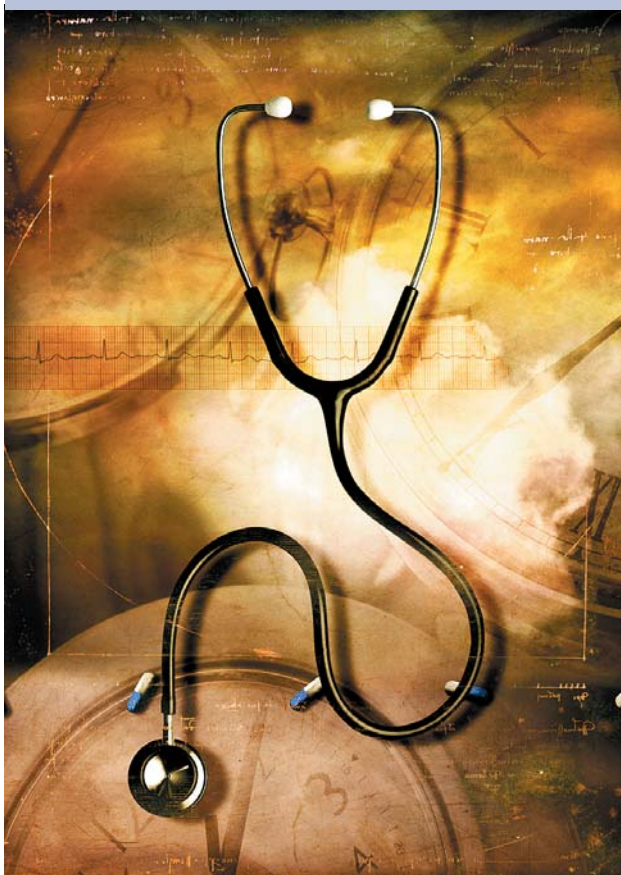


foto: Colin Anderson/Brand X/Corbis

„ W 2009 r. wiele szpitali nie będzie przypominało tych z końca roku 2007. Być może nawet niektóre znikną, bo nie będą sobie mogły poradzić z zapewnieniem obsady lekarskiej i zapłaceniem za nią ”

nadażyć za zmianami, które czekają lecznictwo szpitalne. Podstawowym celem płatnika w najbliższym roku jest dokonanie takich zmian organizacyjnych, by mimo ograniczenia czasu pracy lekarzy utrzymać wolumen świadczeń w roku 2008 (przy jednoczesnym wprowadzeniu mechanizmów ograniczających wzrost ich liczby). Priorytetem będzie bowiem poprawa finansowania świadczeń i zachowanie dostępności do nich. Dlatego NFZ musi położyć szczególny nacisk na rozwój tych form hospitalizacji, które spowodują utrzymanie dostępności do świadczeń (przy jednoczesnym ograniczeniu kosztów wynikających z konieczności ich podnoszenia ze względu na zwiększony czas pracy lekarzy). Konsekwentnym byłoby dokonanie zasadniczej zmiany finansowania i zwiększenia dostępności do świadczeń jednodniowych. W tej formule hospitalizacji można wykonywać coraz więcej świadczeń i na nią powinno się zwrócić większą uwagę przy kontraktacji.

Jednorodnie kosztowo grupy pacjentów

NFZ nieuchronnie wprowadzi do systemu kontraktacji system jednorodnych kosztowo grup pacjentów. Pragnę jednak uspokoić, że nie będzie on przypominał kadłubka systemu HRG (taki wariant NFZ proponował w końcu roku 2007). Niestety, wydaje się, że opracowane materiały NFZ podległy tyłu uproszczeniom i lekkomyślnym zmianom wypaczającym całą koncepcję, że dzisiaj trzeba byłoby wrócić w tej sprawie do początku. Rzetelny i kompletny system jednorodnych grup pacjentów będzie nośnikiem adekwatnych przychodów dla szpitali, a przede wszystkim oderwie system kontraktacji i rozliczania świadczeń od struktury organizacyjnej placówki, dając dyrektorowi szpitala możliwość dokonywania zmian strukturalnych w zależności od potrzeb organizacyjnych (a nie od wymagań płatnika). Powiązanie rozliczania danej procedury nie tylko z główną jednostką chorobową i procedurą, ale też z trybem przyjęcia (ostrej czy planowej), a również z demografią i współistniejącymi jednostkami chorobowymi, zasadniczo wpłynie na elastyczność finansowania procedur zgodnie z ponoszonymi kosztami. Nie ma innej drogi do umożliwienia dyrektorom dokonywania bardziej świadomych i elastyczniejszych decyzji, zmierzających do wykorzystania zasobów własnej placówki wobec ograniczonych funduszy pochodzących od płatnika publicznego. Zwiększy się ponadto elastyczność zarządzania kontraktem z płatnikiem publicznym, co powinno poprawić efektywność finansowania lecznictwa szpitalnego i usunąć patologie związane z obecnie funkcjonującym systemem rozliczeń.

*Doktor n. med. Jacek Paszkiewicz
jest prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia*