



Fot. Archiwum

# Wieloletnia tradycja – „obciążę wszystkich, zwrócę tylko publicznym”

Minęły dwa miesiące od wejścia w życie nowelizacji ustawy o minimalnym wynagrodzeniu w ochronie zdrowia i mimo przeznaczenia na jej realizację 18 mld zł z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia ciągle słyszymy o dyskusjach, korektach korekt do korekt algorytmu podziału środków, punktowym zwiększaniu alokacji podmiotom, które deklarują, że pieniądze przekazane do lecznic są niewystarczające.

Powód jest dość prozaiczny: skala tegorocznej nowelizacji ustawy jest ogromna. Podwyżki minimalnego wynagrodzenia sięgają od 20 proc. do ponad 40 proc., a zmiana wyceny punktu będąca podstawą do wypłat podwyższonych wynagrodzeń w większości przypadków nie przekroczyła dwudziestu kilku procent.

Oczywiście wynagrodzenia nie są jedynym składnikiem kosztów udzielanych świadczeń. Należy jednak pamiętać, że wzrost wartości punktu miał co do zasady pokryć koszty personelu medycznego zatrudnionego na podstawie umów o pracę. W sposób oczywisty wzrost wynagrodzeń tej grupy wywoła presję podwyżkową także pracowników kontraktowych

tych kosztów? Żeby nie doprowadzić do upadku placówki, będzie musiał podnieść ceny. Regulator ma poczucie dobrze spełnionego obowiązku, bo pieniądze poszły w ruch, ale podmioty udzielające świadczeń prywatnych mają problem, bo nikt o nich nie pomyślał. Na koniec zaś za wszystko zapłaci pacjent, zmniejszy się dostępność świadczeń, wzrośnie presja na system publiczny i w efekcie dosypane zostaną kolejne kamyczki do wciąż wzrastającego długu zdrowotnego (proszę też pamiętać, że z tytułu wzrostu finansowania o 18 mld zł nie przybędzie nam ani jedno dodatkowo udzielone świadczenie medyczne).

Zdaję sobie sprawę, że postępowanie prywatnych usług zdrowotnych ma w Polsce wieloletnią tradycję – zjawisko „obciążę wszystkich, zwrócę tylko publicznym”, mimo że narusza delikatną i chwiejną równowagę naszego systemu ochrony zdrowia, nie jest wszak u nas praktyką nową.

Warto zwrócić uwagę, że zapisy ustawy o wynagrodzeniu minimalnym pomijają ogromną i rosnącą część świadczeń realizowanych w formie podwykonawstwa – wyłącznie dla

**„Ustawa o minimalnym wynagrodzeniu obejmuje wszystkie podmioty, ale refundacja wzrostu kosztów tylko te, które mają kontrakt z NFZ”**

wych i personelu pozamedycznego, którego ustawa nie objęła. To zaś może powodować, że mimo ogromu środków skierowanych na podwyżki wynagrodzeń wzrost faktycznych kosztów w podmiotach będzie jeszcze większy.

Zastanawiający jest fakt, że w debatach o ustawie w zasadzie nie słychać głosów dotyczących oczywistego naruszenia zasady równego traktowania podmiotów – ustawa ma zastosowanie we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą bez względu na rodzaj świadczeń (POZ, AOS, szpital, diagnostyka laboratoryjna lub obrazowa itd.), właściciela (prywatny, publiczny), sposób finansowania świadczeń (z funduszu, z ubezpieczenia prywatnego lub abonamentu, prywatnie). Tymczasem refundacja wzrostu kosztów wynagrodzeń obejmuje tylko podmioty posiadające kontrakt z NFZ. A gdzie cała medycyna prywatna? W polskiej rzeczywistości prywatne wydatki na ochronę zdrowia sięgają przecież jednej trzeciej środków przeznaczanych na ten cel.

Jak ma sobie poradzić menedżer lub właściciel prywatnej placówki, któremu budżet wynagrodzeń wzrasta z dnia na dzień o 30 proc., bez cienia szansy na rekompensatę wzrostu

tego, że warunkiem uzyskania dodatkowego finansowania jest kontrakt bezpośrednio z NFZ. I w tym przypadku mówimy już zdecydowanie o pacjencie finansowanym ze środków publicznych i placówkach lub praktykach, których jedyną „winą” jest brak kontraktu z funduszem.

Innym skutkiem ostatnich regulacji będzie drastyczne spłaszczenie wynagrodzeń, w skrajnych przypadkach prowadzące do sytuacji, w których pracownik z dwudziestoletnim stażem otrzyma wynagrodzenie tej samej wysokości co osoba dopiero wchodząca na rynek pracy – bo pracodawcy nie będzie stać na różnicowanie poziomu wynagrodzeń. Czy tak ma wyglądać motywowanie do podnoszenia kwalifikacji i nagradzanie lepiej przygotowanych specjalistów?

Jestem zdecydowanym orędownikiem godziwych zarobków w ochronie zdrowia. Jeżeli jednak już podejmujemy interwencję, to powinniśmy zadbać, by była ona niedyskryminująca, przemyślana i faktycznie odpowiadała na problem, który chcemy rozwiązać. Doświadczenie i praktyka wielu lat funkcjonowania w ochronie zdrowia wskazują, że z każdym z wyżej wymienionych elementów mamy w Polsce duży kłopot.