



## Wkręceni w łożka

Początek roku upłynął pod znakiem oczekiwania, czy wprowadzenie nowych norm zatrudnienia pielęgniarek doprowadzi do katastrofy czy do naprawy polskich szpitali. Mimo dużych emocji efekt okazał się taki sam jak większości „reform zdrowotnych” – nic z nich nie wyniknęło dla zainteresowanych, a w części przypadków regulacje zostały po prostu zignorowane.

Tak zwane normy zatrudnienia pielęgniarek ustalono w podpisanym w lipcu 2018 r. porozumieniu pomiędzy ministrem zdrowia i połączonymi organizacjami pielęgniarek i położnych wraz z regulacją ich wynagrodzeń, czyli zamianą tzw. dodatku zembalowego na podwyższenie wynagrodzenia zasadniczego. Całe porozumienie było mocno krytykowane: część dotycząca wynagrodzeń dlatego, że ich wzrost był większy niż wynikający ze środków przekazywanych na podwyżki z NFZ, część dotycząca norm zatrudnienia dlatego, że narastający brak pielęgniarek uniemożliwił utrzymanie dotychczasowej bazy łożkowej. Najgłośniejsi protestowali dyrektorzy szpitali powiatowych, co spowodowało zwiększenie środków

na podwyżki. Jednakże w kwestii norm zatrudnienia minister zdrowia był nieugięty i weszły one w życie od 1 stycznia 2019 r.

Wprowadzenie norm zatrudnienia, motywacja do takiej regulacji i zastosowane przy tym narzędzia są bardzo charakterystycznym przykładem tego, jak w sytuacji obiektywnego braku zasobów, w tym przypadku ludzkich, oraz braku jasnej koncepcji optymalizacji bazy łożkowej w polskich szpitalach próbuje się rozwiązać problem metodami administracyjnymi. W artykule postaram się odpowiedzieć na pytania, co motywowało strony do stworzenia tej regulacji, dlaczego protestowali inni uczestnicy systemu, jakie rzeczywiste efekty ona dała i w jaki inny sposób można by osiągnąć zamierzone cele.

### Jaki był cel regulacji dla pielęgniarek

Normy zatrudnienia były dla pielęgniarek bardzo ważnym elementem negocjacji z Ministerstwem Zdrowia. Wobec narastającego braku personelu coraz częściej zaczęły się pojawiać zjawiska ograniczania zatrudnienia, np. w postaci jednoosobowych dyżurów na kilkudziesięciolóżkowych oddziałach. Na dodatek te zwiększane obciążenia dotyczyły pielęgniarek coraz bardziej zaawansowanych wiekowo. Likwidacja liceów pielęgniarskich przed ponad 20 laty i niedostateczne kształcenie nowych adeptek na poziomie wyższym spowodowały bowiem nie tylko zmniejszenie liczby pielęgniarek, ale przede wszystkim powstanie olbrzymiej luki po-

koleniowej. Wielką obawę może budzić perspektywa gwałtownego spadku liczby pielęgniarek w następnych latach, kiedy to znacznie więcej z nich będzie kończy pracę zawodową niż rozpoczynać. Ale o tym za chwilę.

Ogólnie – pielęgniarkom, oprócz poprawy wynagrodzenia za pracę, zależało na podniesieniu komfortu pracy oraz wynikającego z tego bezpieczeństwa – tak dla siebie, jak i dla pacjentów. Czy wprowadzenie norm im to zapewniło, to już kompletnie inna sprawa.

### Jaki był cel regulacji dla Ministerstwa Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia we wprowadzeniu norm dostrzegło możliwość zakończenia toczącego się od lat sporu z organizacjami pielęgniarek i położnych. Wszak jednym z elementów porozumienia było zobowiązanie się tych organizacji do niewyszczyniania sporów w przyszłości. Jednocześnie starano się ugrać coś więcej: miała to być redukcja liczby łóżek krótkoterminowych w szpitalach, która rzeczywiście jest zbyt duża w przeliczeniu na populację i przy porównaniu z większością innych systemów opieki zdrowotnej w Europie. Tyle że redukcja ta nie miała się odbyć w sposób przemyślany, na podstawie map potrzeb zdrowotnych, według schematu ustalonego przez organizatora opieki zdrowotnej, czyli ministerstwo, ale żywiołowo – każdy musi się dostosować do regulacji, efekt będzie, a jeżeli któryś szpital z tego powodu padnie, to już problem jego samego i jego organu założycielskiego.

Ten sposób postępowania – dla mnie karygodny, dla ministerstwa typowy – ma wieloletnią tradycję. Przykład? Czy pamiętają Państwo, jak powstał koszyk świadczeń zdrowotnych? Przy politycznym zobowiązaniu się Ewy Kopacz do jego stworzenia i jednoczesnym braku czasu i pieniędzy na jego sensowną konstrukcję wprowadzono koszyk, bezrefleksyjnie kopiując istniejący katalog świadczeń i wymogi wobec

„Dyrektorzy zachowali się racjonalnie – na papierowy wymóg odpowiedzi papierową reakcją. Przeanalizowali średnie obłożenie, kontrakty z NFZ i braki pielęgniarskie, a następnie dokonali redukcji łóżek”

świadczeniodawców będące podstawą kontraktowania przez NFZ. I tak wszystkie błędy, które były udziałem NFZ, stały się treścią odpowiednich rozporządzeń ministra. Dopiero teraz, po blisko 10 latach, mówi się o konieczności przebudowy tak koszyka, jak i zawartości odpowiednich JGP, aby usunąć świadczenia zbędne i ograniczyć „optymalizowanie” rozliczeń z płatnikiem przez szpitale i przychodnie. Z drugiej strony o tej konieczności mówi głównie Krzysztof Łanda, który jako wiceminister zdrowia przeforsował zatrudnienie w tym celu w AOTMiT dodatkowych „koszykarzy”. Ponieważ Krzysztof Łanda już dość dawno temu z ministerstwem się rozstał, to jest wysoce prawdopodobne, że na mówieniu się skończy. A szkoda.

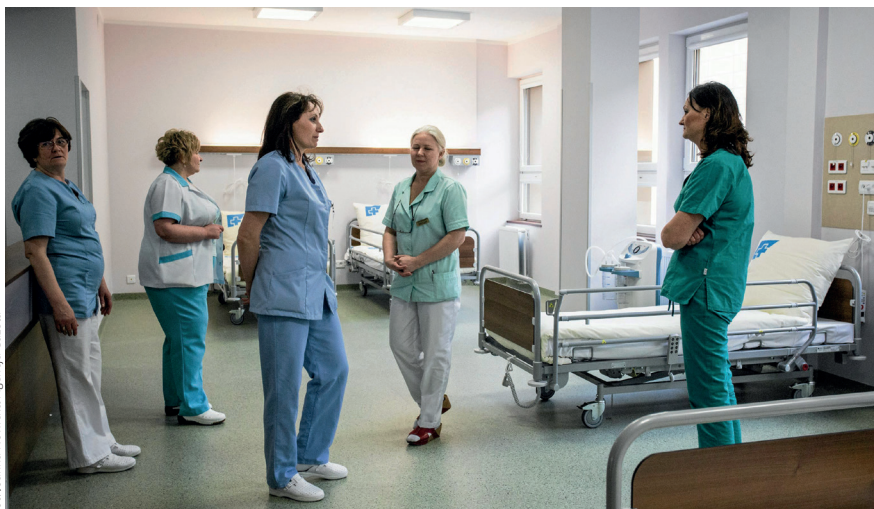
### Jakie były obawy dyrektorów szpitali i ich organów założycielskich

Najbardziej zaniepokojeni regulacją byli dyrektorzy szpitali mniejszych i znajdujących się w oddaleniu od metropolii i większych miast, bo właśnie tam występują największe niedobory kadrowe. Zjawisko „chłonięcia” młodych przez wielkie miasta dotyczy całej populacji, ale likwidacja liceów pielęgniarskich, w wyniku której kształcenie zniknęło z mniejszych ośrodków, spowodowała, że napływ nowych pielęgniarek do zawodu w mniejszych miastach skurczył się prawie do zera. Z własnych doświadczeń zarządzającego w przeszłości szpitalem powiatowym pamiętam, jak trudno było pozyskać nową pielęgniarkę. Nawet stworzenie systemu stypendialnego dla chcących

studiować pielęgniarstwo (zrobiłem to, zanim stało się to modne) przyniosło efekt w postaci bodajże dwóch osób w ciągu trzech kolejnych lat. Wobec powyższego liczba pielęgniarek w szpitalach powiatowych z roku na rok się zmniejsza, a jednocześnie rośnie ich średni wiek. W wielu szpitalach utrzymanie działalności wobec kurczących się zasobów ludzkich jest możliwe jedynie dzięki wzajemnemu korzystaniu z dodatkowego zatrudnienia. Po prostu – pielęgniarki mające podstawowe zatrudnienie w miejscowości A dorabiają dodatkowo w miejscowości B, a pielęgniarki zatrudnione w miejscowości B dorabiają w miejscowości A. I tak dzięki dodatkowemu zatrudnieniu udaje się zapewnić obsadę dyżurów. Jaki jest efekt zdrowotny dla pielęgniarek? Pewnie podobny jak dla lekarzy pracujących na kontrakcie po trzy dyżury z rzędu.

Jest oczywiste, że drastyczne ograniczenia liczby pielęgniarek na dyżurach są naganne, ale co ciekawe – nie są one najczęstsze w małych szpitalach, zwłaszcza podległych organom publicznym, ani w ramach oddziałów rozliczanych w umowach LSZ. Największe ograniczenia, poza niektórymi szpitalami prywatnymi nastawionymi po prostu na zysk, dotyczyły wielkich oddziałów, np. 70-łóżkowych internistycznych, którymi szpitale powiatowe nie dysponują, oraz oddziałów psychiatrycznych, rehabilitacyjnych i długoterminowych. A tych ostatnich, o czym także za chwilę, normy nie obowiązują.

Krótko mówiąc – dyrektorzy szpitali powiatowych obawiali się, że realizując literalnie narzucone



Fot. Joanna Nowicka/Agencja Gazeta

„Najbardziej zaniepokojeni regulacją byli dyrektorzy szpitali mniejszych oraz znajdujących się w oddaleniu od większych miast, bo właśnie tam występują największe niedobory kadrowe”

normy, nie będą w stanie utrzymać działalności swoich szpitali, bo po pierwsze nie ma takiej liczby pielęgniarek na rynku, a po drugie szpitale nie mają środków, aby dodatkowym pracownikom zapłacić, bo przecież mimo obietnic nie zmienia się wycena świadczeń, a wzrosty ryczałtów są po prostu symboliczne.

#### Jaki był rzeczywisty efekt regulacji i co na niej „zyskali” interesariusze

No i przyszedł 1 stycznia – normy stały się rzeczywistością. I nic strasznego się nie stało. Czy zatem mieli rację pielęgniarki i minister zdrowia, że wystarczy, aby dyrektorzy szpitali bardziej się postarali? Niekoniecznie.

Cóż się zatem stało? Po prostu dyrektorzy zachowali się racjonalnie – na papierowy wymóg odpowiedzieli papierową reakcją. Przeanalizowali średnie obłożenie, kontrakty z NFZ i braki pielęgniarskie, a następnie przeprowadzili redukcję łóżek. Tyle że ta redukcja w znakomitej większości nie jest redukcją

rzeczywistą, ale dokonaną w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w urzędach wojewódzkich. Bojąc się afery, urzędy pokornie przyjęły zgłoszenia i można było odtrąbić sukces. Co prawda informacja ministerstwa, że zlikwidowano jedynie nieco ponad 3 tys. łóżek w całej Polsce, wydaje się niewiarygodna, ale ogólnie z wielkiej chmury spadł malutki deszcz. Cóż zatem osiągnęli interesariusze?

Pacjenci – pewnie w ogóle nie rozumieją, o co chodzi w całej tej awanturze. Może na tych oddziałach, z których rzeczywiście wyniesiono ponadnormatywne łóżka do magazynów, poprawiły się warunki pobytu. Ponieważ jednak w znakomitej większości redukcja odbyła się na papierze, nawet tego efektu raczej nie było.

Pielęgniarki – dla nich zyski także są raczej niezauważalne. Jeżeli pracowały na 30-łóżkowym oddziale ze średnim obłożeniem 60 proc., to teraz być może pracują na teoretycznie 20-łóżkowym oddziale ze średnim obłożeniem 90 proc. Taka

matematyka dla trzecioklasisty. Jest ich na zmianie tyle samo i muszą zaopiekować się tą samą liczbą pacjentów, bo kontrakt z NFZ trzeba wyrobić.

Ministerstwo Zdrowia – w zasadzie osiągnęło sukces. Może się pochwalić, że podpisało porozumienie z pielęgniarkami, zapewniając sobie z ich strony relatywny spokój. Kolejną korzyścią jest zmniejszenie liczby łóżek krótkoterminowych. To nic, że to tylko statystyka – zawsze będzie można pokazać działanie na rzecz poprawy struktury systemu. No i pewnie najważniejsze – udało się to zrobić bez większej awantury, która wydawała się nieunikniona.

Dyrektorzy szpitali i ich organy założycielskie – zrobili to, co było w tym momencie racjonalne. Wiedzą, że ta likwidacja jest w dużej mierze fikcyjna, że pozostały liczne zagrożenia w przyszłości, ale tu i teraz utrzymano działalność szpitala, a starostowie są zadowoleni, że wszystko pozostało po staremu.

#### Absurdy wprowadzanej regulacji

Podstawowym absurdem jest dostosowanie norm do liczby łóżek zarejestrowanych, a nie rzeczywiste obłożonych i nieuwzględnianie sezonowości przy obłożeniu niektórych oddziałów. Zachowano się tak, jakby w szpitalu wszystkie przyjęcia były planowe i można było sterować 100 proc. przyjęć. Toż każdy laik wie, że miesiące jesienno-zimowe wiążą się z większym obłożeniem na internie czy ortopedii. Najbardziej sezonowo zmienna jest jednak pediatria, gdzie na dodatek wprowadzono najbardziej wyśrubowane normy. Mając do wyboru ustalenie zatrudnienia na poziomie obłożenia średniego i najwyższego, oczywiście wybierano średnie, co jest w pełni uzasadnione. W końcu wielokrotnie już pacjenci byli umieszczani na tzw. dostawkach, bez żadnych konsekwencji ze strony NFZ. Czy jednak tym razem świeżo scentralizowany korpus kontrolerski NFZ nie uzna przekroczenia deklarowa-

nego obłożenia za istotne naruszenie umowy – Bóg raczy wiedzieć.

Oczywiście tych absurdów jest więcej. Należy do nich nieuwzględnianie w normach personelu pomocniczego, który przejmuje część obowiązków pielęgniarek. Absurdem jest także brak przewidywania spadku liczby pielęgniarek w następnych latach, wynikającego z luki pokoleniowej, a co za tym idzie – konieczności dalszej (papierowej?) likwidacji łóżek. Ale to wszystko jest następstwem wieloletniego sposobu postępowania Ministerstwa Zdrowia polegającego na bezrefleksyjnym wprowadzaniu administracyjnych rozwiązań zamiast rzeczywistych reform.

#### Gdzie powiedziano „stop” – psychiatria, rehabilitacja, leczenie długoterminowe

Ciekawym rozwiązaniem, zarówno z perspektywy Ministerstwa Zdrowia, jak i samych pielęgniarek, jest to, że normy nie obowiązują wszędzie. A nie obowiązują tam, gdzie są najmniejsze nakłady, najniższe wyceny i w związku z tym największe braki w zatrudnieniu pielęgniarek. Normy wprowadzono rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 18 października 2018 r. i dotyczą one umów w rodzaju leczenia szpitalne. Siłą rzeczy nie obejmują oddziałów psychiatrycznych, rehabilitacyjnych i długoterminowych. Akurat w ich przypadku dominują oddziały duże, wielołożkowe. Pozwolę sobie zadać pytanie. Gdzie jest łatwiejsza praca: na klinicznym oddziale gastroenterologicznym lub dermatologicznym czy może na 50-łożkowym oddziale psychiatrycznym, gdzie normą jest stosowanie środków przymusu bezpośredniego, lub na oddziale rehabilitacji neurologicznej z kilkunastoma osobami z poważnymi ubytkami neurologicznymi po przebytym udarze, lub w kilkudziesięciołożkowym ZOL-u ze schorowanymi 90-latkami?

Czy pominięcie w normach opisanych wyżej dziedzin to niedopa-

trzenie, czy może cichy kompromis ministerstwa i organizacji pielęgniarskich? Aż się boję zadawać te pytania, bo jeszcze komuś przyjdzie do głowy te luki wypełnić i dopiero będzie jazda.

#### Co będzie w następnych miesiącach i latach – kształcenie pielęgniarek i rola personelu pomocniczego

Jak już wspomniałem, olbrzymim zagrożeniem norm w obecnej formie jest ich sztywne połączenie z liczbą łóżek. Wobec wysokiego średniego wieku pielęgniarek (ok. 50 lat) nawet zwiększenie kształcenia nowych nie spowoduje uzu-

w Niemczech wyższe wykształcenie ma tylko ok. 3 proc. zatrudnionych. Oczywiście np. w Wielkiej Brytanii jest to ok. 100 proc., ale który kraj powinien być dla nas benchmarkiem w obecnej sytuacji kadrowej?

Należy jak najszybciej odejść od starego szablonu dzielącego pracowników na oddziale na lekarzy, pielęgniarki oraz salowe i jak najszybciej wprowadzić nowe zawody pomocnicze: asystentów lekarzy, asystentów pielęgniarek, opiekunów. Zawody te odciążą profesjonalistów medycznych od zajmowania się pracą administracyjną, ale też najmniej złożonymi czynnościami, takimi jak toaleta czy karmienie chorych.

„Największym absurdem jest dostosowanie norm do liczby łóżek zarejestrowanych, a nie łóżek rzeczywiście obłożonych i nieuwzględnianie sezonowości obłożenia niektórych oddziałów”

pełnienia ubytków ani – co gorsza – nie uchroni nas przed spadkiem liczby pielęgniarek w przewidywalnej przyszłości. I to jest chyba największy problem. Jeżeli liczba pielęgniarek pracujących w szpitalach zmniejszy się rok do roku o 1200–1300, co jest nader skromnym szacunkiem, to równolegle trzeba będzie zlikwidować ok. 2000 łóżek, czyli równoważnik kilku szpitali. I nie będzie już tak łatwo robić tego na papierze. Jeżeli nie zwiększy się radykalnie liczby kształconych pielęgniarek i nie wprowadzi się na szerszą skalę personelu pomocniczego uzupełniającego ich pracę, skutki mogą być fatalne.

Przede wszystkim należy odpowiedzieć na pytanie, czy rzeczywiście niezbędne jest posiadanie przez pielęgniarki wyższego wykształcenia. Wiem, że za to pytanie mogą zostać zhejtowany na portalach pielęgniarskich, ale proszę najpierw o odpowiedź, dlaczego

Problemem jest jednak to, że same pielęgniarki usilnie się przed tym bronią, słusznie obawiając się, że może to doprowadzić do zmniejszenia liczby pielęgniarek potrzebnych na oddziałach. I tak ich stanowisko zaczyna się upodabniać do stanowiska Związku Nauczycielstwa Polskiego, który domaga się podwyżek dla nauczycieli, ale zazdrośnie broni przywilejów zawartych w *Karcie nauczyciela*.

#### Jak likwidować łóżka krótkoterminowe

Nie podlega dyskusji, że mamy obiektywnie za dużo łóżek krótkoterminowych, zwłaszcza w przeliczeniu na populację. Jednocześnie w żaden sposób nie mogę się zgodzić, że zmniejszenie liczby tych łóżek może się odbywać bez jakichkolwiek zasad, ewentualnie według deterministycznego prawa, że przetrwają najsilniejsi. Zacznijmy od tego, że nie we wszystkich krajach



„Jeżeli liczba pielęgniarek pracujących w szpitalach zmniejszy się rok do roku o 1200–1300, co jest nader skromnym szacunkiem, to równolegle trzeba będzie zlikwidować ok. 2000 łóżek, czyli równoważnik kilku szpitali”

jest mniej łóżek krótkoterminowych niż w Polsce. I nie dotyczy to bynajmniej dawnych „demoludów”. Bardzo zbliżone wskaźniki łóżkowe mają wzorcowe dla nas kraje, między innymi nasi partnerzy z Trójkąta Weimarskiego – Francja i Niemcy. Nie oznacza to jednak nic ponad to, że różne kraje mają różne skonstruowane systemy ochrony zdrowia.

Jeżeli chcemy dążyć do ulepszenia naszego systemu, musimy spojrzeć na niego jako na całość, a nie naprawiać poszczególne elementy. Nie jest rozwiązaniem redukcja liczby łóżek krótkoterminowych, jeżeli równolegle nie rozbudujemy lecznictwa długoterminowego, środowiskowego i ambulatoryjnego, jeżeli nie dopracujemy koszyka świadczeń zdrowotnych, eliminując procedury niepotrzebne i zbyt wysoko wycenione, skłaniające do „hazardu moralnego” w postaci le-

czenia szpitalnego niektórych osób nie z powodu potrzeby zdrowotnej, ale dobrej wyceny usługi. Oczywiście jest także, że trzeba rozwijać leczenie kompleksowe wielu jednostek chorobowych, a nie trwać przy pseudorynkowej zasadzie *fee for service* skłaniającej jedynie do mnożenia świadczeń. Jak ważne jest kompleksowe podejście, pokazują pierwsze wyniki programu takiej opieki nad osobami po ostrych zespołach wieńcowych, wykazujące spektakularne zmniejszenie u nich śmiertelności odległej.

Przy tworzeniu nowych zasad działania systemu warto opierać się na benchmarkach z innych krajów. Trzeba jednak pamiętać, że muszą one uwzględniać różnice kulturowe, populacyjne i geograficzne pomiędzy krajami. Śmieszy mnie próba kopiowania rozwiązań z Danii, niewiele większej od województwa wielkopolskiego; komiczne jest od-

wolywanie się do rozwiązań z Singapuru – miasta-państwa z zupełnie innego obszaru kulturowego. Również mapa szpitalnictwa z Kanady czy Australii – olbrzymich, lecz słabo zaludnionych państw, nie jest dla nas żadnym wzorcem. My powinniśmy spoglądać na Francję czy Niemcy – kraje o podobnej (nieco większej) powierzchni i zbliżonej gęstości zaludnienia. Ale patrzmy także na to, jak tam jest zorganizowane ratownictwo medyczne, lecznictwo ambulatoryjne, funkcjonowanie publicznego płatnika itd. Nie musimy kopiować wszystkiego, ale kopiujmy rozwiązania z krajów podobnych i stosujmy je w sposób spójny.

Obecnie pewne jest tylko jedno: system polskiej ochrony zdrowia nie jest dysfunkcyjny z powodu złej organizacji. Nie jest ona doskonała i warto ją poprawiać, ale osiągnane efekty i tak są świetne, jeżeli weźmie się pod uwagę deficyt zasobów finansowych i ludzkich. Bo właśnie ten deficyt jest główną przyczyną problemów. Aby zlikwidować deficyt finansowy, potrzeba większych nakładów, porównywalnych z tymi, które ponoszą inne kraje. Aby zlikwidować deficyt zasobów ludzkich, trzeba kształcić jak najwięcej profesjonalistów, a jeżeli likwidować, to nie łóżka, ale całe oddziały i placówki. Tyle że nie można w ten sposób tworzyć „białych plam” – miejsc bez opieki zdrowotnej. Likwidacja powinna dotyczyć jednostek, których działalność się dubluje, czyli najczęściej oddziałów specjalistycznych w wielkich miastach.

Ta ostatnia teza to temat na zupełnie inny artykuł, jednakże warto o tym pamiętać, kiedy próbuje się wprowadzać takie rozwiązania, jak zmniejszanie liczby łóżek poprzez wprowadzenie „norm zatrudnienia”. Cytując klasyka – „nie idźcie tą drogą”. I nie dotyczy to psa Saby, ale urzędującego ministra zdrowia. A my z kolei nie dajmy się wkręcać w kolejne pseudokopernikańskie pomysły.

Maciej Biardzki