

Zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakładach opieki zdrowotnej

EWA MATUSZEWSKA-PALACZ

Artykuł dotyczy procesu zawierania umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, tzw. kontraktów w zakładach opieki zdrowotnej. Dokonano analizy przyczyn rozwoju tej formy działalności leczniczej lekarzy, pielęgniarek i innego personelu medycznego w dwóch aspektach. Pierwsze ujęcie dotyczy elastyczności zarządzania czasem pracy i zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej. Z drugiej strony przedstawiono proces zawierania umów kontraktowych jako wyraz wzrastającej konkurencyjności na rynku usług medycznych. Dokonano próby oceny skutków rozwoju umów cywilnoprawnych dla zarządzania systemem opieki zdrowotnej w Polsce. Praca zawiera również szczegółowy opis procesu zawierania umów kontraktowych na przykładzie doświadczeń własnych Autorki.

Słowa kluczowe: kontrakty, lekarze, konkurencyjność, finansowanie.

Wstęp

Począwszy od roku 2001 w zakładach opieki zdrowotnej rozwija się praktyka zawierania umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne. Umowy cywilnoprawne czyli kontrakty cywilnoprawne wiążą się z podwyżką wynagrodzeń, jednak nakładają obowiązek samodzielnego opłacania składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, a także obliczania i zapłaty podatku dochodowego. W umowach tego typu nie ma zwykle prawa do płatnego urlopu wypoczynkowego. Umowy cywilnoprawne lekarzy i pielęgniarek wywołują od lat różne zastrzeżenia i zarzuty, są przedmiotem głośnych protestów środowisk zawodowych, szczególnie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych (OZZPiP). Kontrakty traktowane są jako forma obejścia norm zatrudnienia. Szczególne znaczenie ma zarzut pozorności umowy cywilnoprawnej tzn. zawartej w celu ukrycia umowy o pracę i wykonywania jej pod kierownictwem pracodawcy oraz zarzut obejścia przepisów o składkach na ubezpieczenie społeczne (Kubot, 2012, s. 3).

Celem niniejszego opracowania jest rozważanie, w jakim stopniu rozwój umów cywilnoprawnych stał się obejściem umów o pracę i poszukiwaniem elastyczności zarządzania czasem pracy i zasobami ludzkimi, a w jakim odpowiedzią na rozwój konkurencyjności na rynku usług medycznych, a także zaprezentowanie i ocena trybu zawierania umów cywilnoprawnych o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz omówienie ich skutków dla systemu opieki zdrowotnej.

Powstało ono jako rezultat doświadczeń własnych Autorki w przygotowywaniu założeń i przeprowadzaniu konkursów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.

Uwarunkowania prawne

Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw, która weszła w życie z dniem 5 grudnia 1997 r., ustanowiła podstawy zawierania umów na świadczenia usług zdrowotnych przez zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ). W myśl powyższych zasad samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (SPZOZ) może udzielać zamówienia na świadczenia zdrowotne niepublicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, osobie wykonującej zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki, grupowej praktyce lekarskiej i grupowej praktyce pielęgniarek, położnych, osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.).

Obecnie obowiązujące regulacje, dotyczące zawierania przez podmioty lecznicze umów na świadczenie usług zdrowotnych, zostały ustalone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013 r., poz. 217).

Przyczyny rozwoju kontraktów na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Pierwsze umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zostały zawarte z lekarzami w roku 2001. Dotyczyły działalności pomocniczej:

- umów na dyżury lekarskie dla lekarzy nie będących pracownikami SPZOZ,
- umów na świadczenia wykonywane dodatkowo przez lekarzy zatrudnionych w komórkach organizacyjnych ZOZ np. na wykonywanie dodatkowych, specyficznych świadczeń diagnostycznych.

Prawdziwy rozwój umów cywilnoprawnych z postępowania konkursowego w szpitalach nastąpił po roku 2007 i był spowodowany kilkoma nakładającymi się przyczynami:

1. Trwającą w latach 2007–2008 ogólnopolską akcją strajkową lekarzy i pielęgniarek o podłożu płacowym¹.
2. Postanowieniami Dyrektywy UE 2003/88/WE o czasie pracy.

Zgodnie z art. 32 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, czas pełnienia dyżuru medycznego nie wliczał się do czasu pracy. E. Łachowska-Brol (2006, s. 32) wskazuje, że „zgodnie z wykładnią dyrektywy 93/104/WE dokonaną przez Europejski Trybunał Sprawiedliwości (ETS) odniesieniu do dyżurów lekarskich czas spędzony w miejscu pracy, w gotowości do podjęcia obowiązków, zalicza się do czasu pracy”². Wprowadzenie do rzeczywistości polskich szpitali tygodniowego 48 godzinnego czasu pracy lekarzy ujawniło nierozwiązywalne problemy kadrowe. Na rynku pracy brakowało specjalistów we wszystkich dziedzinach medycznych. Szpitale nie były w stanie zapewnić niezbędnej obsady dyżurowej. Dodatkowym efektem tej zmiany był znaczący wzrost kosztów wynagrodzeń, związanych z wymuszonym wzrostem zatrudnienia, w bardzo trudnej sytuacji finansowej większości placówek medycznych. Zawieranie umów cywilnoprawnych stało się głównym elementem rozwiązania problemów kadrowych. Lekarzy na umowach cywilnoprawnych nie obowiązują wprost regulacje prawa pracy dotyczące czasu pracy, prawa do odpoczynku dobowego i tygodniowego, zasad pełnienia dyżurów medycznych, ograniczeń w zakresie limitu godzin nadliczbowych.

¹ *Gazeta Lekarska* oddaje atmosferę tamtych lat: „Kolejne ogólnopolskie strajki organizowane przez OZZL miały miejsce w latach 2006–2007 i doprowadziły do istotnego wzrostu płac lekarzy. W roku 2008 OZZL wymyślił i rozpropagował akcję „nokaut przez opt-out”, czyli negocjowania wyższych wynagrodzeń w zamian za zgodę lekarzy na pracę powyżej 48 godzin tygodniowo. Od początku OZZL walczył o uznanie dyżuru lekarskiego za czas pracy. Robił to na wielu „frontach”. Zgłosił kilka wniosków do Trybunału Konstytucyjnego. Zorganizował i pomagał w przeprowadzeniu tysięcy indywidualnych pozwów lekarzy o wynagrodzenie za dyżury jak za godziny nadliczbowe, a później o uznanie, że dyrektywa UE o czasie pracy dotyczy także lekarzy w Polsce (dzięki czemu w 2008 r. przepisy dyrektywy włączono do polskiego prawodawstwa). Także wiele innych spraw OZZL próbował rozwiązać drogą sądową. Niektóre się udawały (włączenie 20% dodatku za dyżury w godzinach nocnych), inne nie (wynagrodzenie za wypisywanie druków ZUS ZLA). OZZL był autorem prawie 20 wniosków do Trybunału Konstytucyjnego w innych niż dyżury sprawach” (Bukiel, 2011, s. 35).

² Zastosowana przez ETS wykładnia dyrektywy ma istotny wpływ na system ochrony zdrowia wielu państw UE, gdyż oznacza konieczność zmiany organizacji dyżurów lekarskich i zatrudnienia dodatkowych lekarzy. Zaliczenie dyżurów do czasu pracy przesądza, że określona w dyrektywie norma maksymalnego 48-godzinnego przeciętnego tygodniowego czasu pracy (włącznie z godzinami nadliczbowymi) oraz 11-godzinny odpoczynek dobowy dotyczy również lekarzy oraz innych pracowników medycznych (Łachowska-Brol, 2006, s. 32).

3. Poszukiwaniem elastyczności zarządzania czasem pracy i zasobami ludzkimi przez zarządzających jednostkami medycznymi, w związku z wprowadzeniem dyrektywy 2003/88/WE.

4. Dynamicznym rozwojem lecznictwa niepublicznego.

Wzrost konkurencyjności stał się jednym z efektów wzrastającej liczby i udziału w rynku świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych placówek prywatnych. Sytuacja ta zwiększyła dostęp do usług medycznych w małych miejscowościach i dzielnicach dużych miast, ale również zapotrzebowanie na wykwalifikowany personel medyczny: lekarzy specjalistów i pielęgniarki.

Wzrost zapotrzebowania na wykwalifikowany personel medyczny przy niedostatecznej liczbie lekarzy specjalistów, pielęgniarek i innego personelu medycznego – rehabilitantów, terapeutów, przy znanym nadal niskim poziomie płac w lecznictwie publicznym i wieloletnimi oczekiwaniami zmiany tego stanu rzeczy dał impuls zarządzającym placówkami do szukania sposobu na przyciągnięcie pracowników medycznych. Zawieranie umów kontraktowych stało się receptą na wzrastające żądania finansowe w lecznicach publicznych.

5. Koniecznością dostosowywania warunków pracy i płacy do oczekiwań lekarzy i pielęgniarek w związku z otwarciem europejskich rynków pracy i wyjazdem z kraju znaczącej grupy specjalistów.

6. Wzrostem, począwszy od roku 2004, wymagań dotyczących kwalifikacji i liczby specjalistycznego personelu medycznego realizującego świadczenia w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ).

Zarówno w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych³, jak i w zarządzeniach kolejnych Prezesów NFZ podnoszono wymogi dotyczące liczby lekarzy specjalistów jak i pozostałego personelu medycznego, udzielających świadczeń w oddziałach, pracowniach i poradniach specjalistycznych. Spowodowało to stały brak i poszukiwania specjalistów na rynku⁴.

Umowy cywilnoprawne o charakterze negocjacyjnym dają dyrektorom placówek medycznych możliwość przyciągania bądź zatrzymywania kadry medycznej, a jednocześnie pozwalają lekarzom i pielęgniarkom na uzyskanie satysfakcjonujących warunków płacowych.

Reasumując, elastyczność i skuteczność zarządzania czasem pracy i zasobami ludzkimi wymaga odejścia od sztywnych reguł kodeksu pracy i zakładowych

³ Zob. rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych (Dz. U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1136–1142; Dz. U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1143–1148; Dz. U. z 2011 r. Nr 111, poz. 653).

⁴ K. Rożko wskazuje na problemy kadrowe, z jakimi borykają się szpitale. Podkreśla przy tym, iż w negocjacjach dotyczących warunków zatrudnienia atutami są: lokalizacja, możliwości rozwoju lub atmosfera w pracy, ale najważniejsze pozostają warunki płacowe (Rożko, 2013, s. 25).

regulaminów wynagradzania. Poszukuje się modelu zarządzania zasobami ludzkimi pozwalającego realizować statutowe zadania, ograniczając koszty finansowe przy jednoczesnym podnoszeniu satysfakcji zatrudnionych z ich wynagrodzenia.

Z drugiej strony przy wzroście konkurencyjności na rynku usług medycznych spowodowanych:

- brakiem specjalistów,
- rozwojem placówek niepublicznych,
- rozszerzającym się europejskim rynkiem pracy dla kadry medycznej,
- wzrostem wymagań NFZ dotyczącym ilości wykwalifikowanej kadry medycznej, realizujących świadczenia w ramach umów ze środków publicznych, następuje wzrost oczekiwań płacowych lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników medycznych i poszukiwania lepszych warunków pracy.

Wydaje się, że w obecnej sytuacji finansowania opieki zdrowotnej zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych jest jednym ze sposobów rozwiązania tej sytuacji.

Przedstawiony szczegółowo proces dotyczy zawierania umów na świadczenia usług zdrowotnych przez lekarzy. Przebieg procesu oraz ocena skutków dotyczą doświadczeń własnych w jednym szpitalu.

Ogólna charakterystyka Szpitala

Szpital Specjalistyczny, doświadczenia którego w omawianym obszarze będą przedmiotem prezentacji jest drugim w województwie pod względem ilości wykonywanych świadczeń zdrowotnych. Szpital leczy rocznie 30 tys. chorych na około 600 łóżkach w 22 oddziałach o specjalnościach zabiegowych i zachowawczych dla dorosłych i dzieci, w tym w 3 oddziałach klinicznych. Realizuje szeroki zakres działalności zabiegowej, posiada zespoły zarówno dla dorosłych jak i dla dzieci. Rocznie wykonuje średnio 14 tys. zabiegów na 15 salach operacyjnych. Dodatkowo udziela pomocy około 88 tysiącom pacjentów rocznie w ramach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Ambulatoryjnie w ciągu roku w szpitalu udziela się ponad 113 tys. porad w poradniach specjalistycznych, 10 tys. zabiegów w Zakładzie Rehabilitacji oraz 12 tys. świadczeń w pracowniach diagnostycznych. Szpital obejmuje opieką pozaszpitalną 200 chorych dorosłych i dzieci w ramach Zespołów Żywienia Domowego i ponad 50 chorych w ramach Zespołu Długoterminowej Opieki Domowej. Roczne przychody szpitala z tytułu realizacji umów na świadczenia zdrowotne zawartych z NFZ i Ministerstwem Zdrowia kształtują się na poziomie 148 mln zł.

Proces zawierania umów na świadczenie usług zdrowotnych udzielanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą

W procesie zawierania umów na świadczenie usług zdrowotnych udzielanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą opracowanym przez Szpital wyróżnia się następujące etapy:

1. Określenie zapotrzebowania na rodzaje usług zdrowotnych.
2. Określenie wymogów dotyczących kwalifikacji podmiotów biorących udział w postępowaniu.
3. Opracowanie wzorów umów w zależności od zakresu udzielanych świadczeń.
4. Ustalenie zasad finansowania:
 - określenie maksymalnego poziomu kosztów związanych z wynagrodzeniami z tytułu umów kontraktowych,
 - określenie szczegółowych zasad wynagradzania z tytułu umów kontraktowych w poszczególnych komórkach organizacyjnych, uwzględniających różnice pomiędzy nimi,
5. Określenie priorytetów w procesie postępowania o udzielenie zamówienia,
6. Określenie założeń szczegółowych do procesu kontraktowania usług zdrowotnych w poszczególnych komórkach organizacyjnych szpitala,

Na podstawie planu zatrudnienia w poszczególnych komórkach organizacyjnych szpitala oraz po analizie stanu zatrudnienia z tytułu umów o pracę, w odniesieniu do zawartych umów na świadczenie usług zdrowotnych określa się zapotrzebowanie na rodzaj i liczbę osób zatrudnionych, niezbędnych do realizacji zadań obowiązujących Szpital.

Wymogi dotyczące kwalifikacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą, mogących wziąć udział w postępowaniu na udzielanie świadczeń zdrowotnych formułuje artykuł 26.1. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013 r., poz. 217).

Umowa musi spełniać warunki określone w art.27. ust. 1–8 wyżej wymienionej ustawy, zawarta może zostać wyłącznie w wyniku przeprowadzonego postępowania o zamówienie publiczne, zgodnie z art.26. ust. 3 i 4 cytowanej ustawy, na czas określony w postępowaniu. Umowa obejmuje wyłącznie czas udzielania świadczeń zdrowotnych, z zagwarantowaniem przerwy urlopowej – bezpłatnej.

Ustalenie zasad finansowania

Podstawą do określenia maksymalnego poziomu kosztów związanych z wynagrodzeniami z tytułu umów kontraktowych są zapisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 o finansach publicznych (Dz.U. z 2009 r. Nr 157, poz. 2040).

Pierwszym etapem ustalania zasad finansowania umów kontraktowych jest określenie w planie finansowym jednostki poziomu kosztów na ten cel, w odniesieniu do prognozy przychodów z tytułu zawartych umów z NFZ i Ministerstwem Zdrowia i z uwzględnieniem pozostałych kosztów niezbędnych do wypełnienia statutowej funkcji szpitala.

W danym roku rozliczeniowym ustala się wysokość kosztów na umowy kontraktowe w poszczególnych miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych. Podstawą ustalenia kwoty jest przyjęty wskaźnik procentowy wysokości szacowanych przychodów, modyfikowany analizą zapotrzebowania na specjalistów, strukturą zatrudnienia w miejscu tzn. stosunkiem osób udzielających świadczeń w oparciu o umowy cywilnoprawne do zatrudnionych w ramach umów o pracę oraz planami rozwoju jednostki.

Wysokość kosztów przewidywanych na umowy cywilnoprawne planuje się w wysokości od 11% do 20% przychodu. Przykłady ustalania budżetu na wynagrodzenia kontraktowe w komórkach organizacyjnych szpitala:

1. Określenie przychodu komórki: umowa z NFZ określa dla każdego miejsca udzielania świadczeń wartość zamówienia na realizowane świadczenia medyczne poprzez: liczbę punktów rozliczeniowych, cenę punktu i wartość umowy miesięczną i roczną.

Przykładowe określenie kwoty na wynagrodzenia kontraktowe lekarzy w oddziale:

- Oddział I: przychód miesięczny z umowy z NFZ wynosi 15 000 pkt. w cenie 52,00 zł, co stanowi kwotę 780 000,00 zł. W oddziale wykonują świadczenia medyczne wyłącznie specjaliści w ramach umów cywilnoprawnych. Z uwagi na zakres świadczeń (oddział zabiegowy, obowiązek pełnienia dyżurów w oddziale i Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR), zabezpieczenie pracowni endoskopii) oraz wartość umowy, określono zapotrzebowanie na 10 specjalistów do zabezpieczenia udzielania świadczeń w oddziale oraz 4 do zabezpieczenia dyżurów lekarskich. Kwota określona na wynagrodzenia kontraktowe wynosi łącznie 133 000,00 zł miesięcznie, tj. 17% planowanego przychodu.
- Oddział II: przychód miesięczny wynosi 11 617 pkt. w cenie 52,00 zł, co stanowi kwotę 604 084,00 zł. Lekarze wykonujący świadczenia w ramach umów cywilnoprawnych stanowią ponad 90% kadry lekarskiej. Określono zapotrzebowanie na

6 specjalistów do udzielania świadczeń medycznych w oddziale oraz 3 do zabezpieczenia dyżurów lekarskich. Kwota określona na wynagrodzenia kontraktowe wynosi łącznie 88 700,00 zł miesięcznie tj. 14,7% planowanego przychodu.

Dla każdego miejsca udzielania świadczeń, dla którego przeprowadzane jest postępowanie o zawarcie umów cywilnoprawnych, przygotowuje się założenia szczegółowe do procesu kontraktowania. Określa się w nich:

- liczbę lekarzy specjalistów, pielęgniarek i innego personelu niezbędnego do wykonania świadczeń zdrowotnych,
- Zadania stałe – typu ordynacja w oddziale jako czynności leczenia, diagnozowania, prowadzenia dokumentacji pacjenta i dokumentacji lekarskiej wymaganej przepisami wewnętrznymi szpitala, konsultacje lub zadania stałe związane z funkcjami kierowania, zastępstwa kierownika, nadzorem nad poszczególnymi elementami działalności komórek organizacyjnych – ich rodzaj i ilość,
- Dyżury – określa się liczbę godzin miesięcznie niezbędną do zabezpieczenia miejsca udzielania świadczeń,
- Zadania zmienne – wykonywanie świadczeń medycznych rozliczanych wg Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), będących podstawą przychodu oddziału lub poradni specjalistycznej oraz procedur wysokospecjalistycznych finansowanych przez Ministra Zdrowia, rozliczanych według punktów odpowiadających punktom rozliczeniowym zawartym w umowie z NFZ lub Ministrem Zdrowia komórki organizacyjnej.

Następnie określa się zasady rozliczania wykonywanych świadczeń. Z uwagi na odwołanie się w ustawie o działalności leczniczej do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027), kierownik podmiotu leczniczego udzielający zamówienia może przyjąć w zakresie rozliczania umowy zasady obowiązujące w umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia. Są nimi:

- ryczałt,
- stawka za poradę lub badanie diagnostyczne,
- punkt rozliczeniowy.

Dodatkowo przyjęto możliwość rozliczania niektórych świadczeń poprzez:

- stawkę godzinową.

W opisywanym procesie przyjęte rozwiązania są zróżnicowane w zależności od charakterystyki wykonywanych świadczeń i organizacji zadań w poszczególnych komórkach.

Zadania stałe rozlicza się w ramach określonego ryczałtu:

1. Dla każdego miejsca udzielania świadczeń określa się rodzaj i wagę zadań stałych, we współpracy z kierownikiem/ordynatorem oddziału. Ustala się kwotę przeznaczoną na zadania stałe. Przykłady zadań stałych:

- Oddział I: udział kwoty z tytułu realizacji zadań stałych stanowi 14% budżetu na wynagrodzenia. Umowy cywilnoprawne posiada 14 lekarzy, 3 w umowie określono zadania stałe, w tym kierowanie oddziałem – udział w kwocie 76%, zastępstwo kierownika oddziału – 21%, koordynowanie rozliczania procedur JGP w oddziale – 3% udziału w kwocie.
 - Oddział II: udział kwoty z tytułu realizacji zadań stałych stanowi 29% budżetu na wynagrodzenia. Na umowach cywilnoprawnych udziela świadczeń 9 lekarzy, 6 określono w umowie zadania stałe, w tym kierowanie oddziałem (udział w kwocie 36%), 3 określono w umowie zadania ordynacji – udział każdego stanowi od 9–13% kwoty, z-ca kierownika oddziału uzyskuje 21% kwoty na zadania stałe, na wykonywanie badań neurofizjologicznych w oddziale przypada 10% kwoty.
2. Ryczałt stanowi stałą kwotę miesięczną pomniejszaną za każdy dzień braku świadczenia usług. Na koniec miesiąca rozliczeniowego kierownik/ordynator oddziału zobowiązany jest do potwierdzenia rzeczywistej liczby godzin wykonanych w ramach umów cywilnoprawnych.
 3. Udział kwoty na zadania stałe w kwocie łącznej na wynagrodzenia waha się od 6,35% do 27% i zależy od określenia wagi zadań w działalności oddziału oraz od wyników negocjacji stawek w konkursie.
Poprzez stawkę godzinową rozlicza się dyżury lekarskie:
 1. Dla każdego oddziału określa się miesięczne zapotrzebowanie na liczbę godzin dyżurowych i ustala się kwotę na zabezpieczenie miesięczne dyżurów kontraktowych.
 2. Ustala się stawkę godzinową, przy czym:
 - zrównano stawki godzinowe za dyżury w dni od poniedziałku do piątku (16 godzinne) oraz dyżury w soboty, niedziele i święta (24 godz.),
 - zrównano stawki godzinowe w poszczególnych oddziałach,
 - zróżnicowano stawki godzinowe za dyżury na grupy:
 - ✓ dla specjalności zabiegowych,
 - ✓ dla specjalności zachowawczych,
 - ✓ dla SOR,
 - ✓ dla anestezjologów w zabezpieczeniu oddziałów intensywnej terapii i w znieczuleniach, oraz zabezpieczeniu oddziałów szpitalnych.
 - W umowie zawiera się deklarowaną w ofercie konkursowej liczbę godzin miesięcznie, stanowiącą podstawę do szacowania miesięcznego wynagrodzenia z tytułu pełnienia dyżurów.
Poprzez cenę punktu rozliczeniowego rozlicza się zadania zmienne:
Pozostała (po zabezpieczeniu finansowania zadań stałych i dyżurów) część kwoty przeznaczony na finansowanie umów cywilnoprawnych w danym miejscu

udzielania świadczeń, stanowi zabezpieczenie zadań zmiennych, wynikających z charakterystyki medycznej miejsca.

Ustala się oczekiwaną cenę punktu rozliczeniowego w umowie kontraktowej, biorąc pod uwagę liczbę punktów rozliczeniowych z umowy zawartej dla poszczególnych komórek organizacyjnych z NFZ lub Ministrem Zdrowia oraz kwotę przeznaczoną w budżecie oddziału na to zadanie.

Z uwagi na zróżnicowanie kwot przeznaczonych na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach umów kontraktowych w poszczególnych miejscach ich udzielania oczekiwane ceny punktu rozliczeniowego są zróżnicowane.

Przykłady ustalania zasad rozliczania zadań zmiennych:

- Oddział I – w umowie z NFZ określono miesięczną liczbę zakontraktowanych punktów rozliczeniowych – 15 000. Z planowanego budżetu na umowy kontraktowe lekarskie pozostała kwota po zabezpieczeniu zadań stałych i dyżurów, stanowi ona zabezpieczenie na zadania zmienne. Ustalona oczekiwana cena punktu rozliczeniowego wynosi 3,77 zł. Udział wysokości nakładów na zadania zmienne w budżecie przeznaczonym na umowy kontraktowe lekarzy w oddziale wynosi 42%.
- Oddział II – liczba zakontraktowanych punktów w umowie z NFZ – 11 617, oczekiwana cena punktu rozliczeniowego w kontraktach lekarzy 2,20 zł. Udział wysokości nakładów na zadania zmienne w budżecie przeznaczonym na umowy kontraktowe lekarzy w oddziale wynosi 29%.

Podstawą do uzyskania wynagrodzenia w tym elemencie jest potwierdzona na rachunku przez kierownika/ordynatora oddziału lub poradni specjalistycznej liczba wykonanych punktów rozliczeniowych.

Podstawowym założeniem prezentowanego procesu jest liczba punktów rozliczeniowych przewidzianych w planie finansowania umów cywilnoprawnych lekarzy zgodna z liczbą punktów rozliczeniowych w umowie z NFZ, z czego wynika zasada nie płaćenia za świadczenia wykonane ponad limit umowy w oddziale lub poradni.

Zwiększenie puli punktów rozliczeniowych w poszczególnych umowach jest możliwe na drodze aneksowania, wyłącznie w przypadku zmiany umowy z NFZ.

Świadczenia rozliczane poprzez stawkę za poradę lekarską lub badanie diagnostyczne:

Wykonywane świadczenia typu konsultacje specjalistyczne, badania diagnostyczne nie finansowane ze środków publicznych rozliczane są stawką – ustalaną dla jednego świadczenia. Globalna kwota wynagrodzenia miesięcznego lekarza stanowi sumę wynagrodzeń za wykonanie opisanych zadań.

Realizacja założeń procesu następuje w drodze postępowania konkursowego. Oferent wypełnia dane osobowe i potwierdzające kwalifikacje oraz deklaruje

gotowość realizacji określonych w ramach kontraktu zadań, z podaniem proponowanej ceny oraz ilości w odniesieniu do liczby godzin dyżurów oraz wypracowywanych punktów rozliczeniowych. Komisja konkursowa dokonuje wyboru najkorzystniejszej oferty, spełniającej wymogi określone w ogłoszeniu do konkursu. W zakresie proponowanej ceny prowadzi się negocjacje, których celem jest dostosowanie oferty w stopniu najbliższym do cen oczekiwanych.

Szpital określa priorytety w zapewnieniu dostępu do świadczeń zdrowotnych biorąc pod uwagę:

- niezbędność dla prawidłowej pracy Szpitala niektórych grup specjalistów np. anestezjologów, specjalistów medycyny ratunkowej,
- unikatowość świadczeń na rynku medycznym,
- rentowność,
- możliwości rozszerzenia świadczonych usług medycznych,
- konieczność zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych ludności województwa i zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego.

Finansowe skutki umów kontraktowych

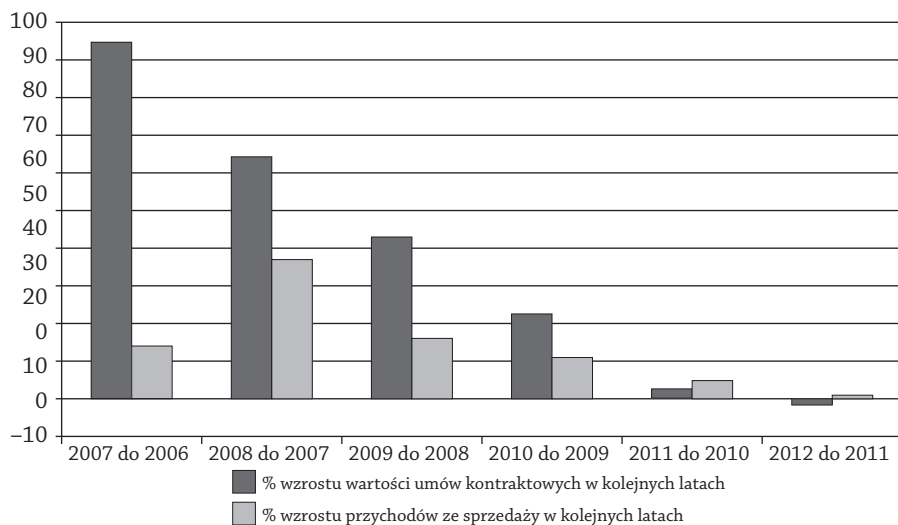
Przedstawiany szpital jest placówką o bardzo wysokim udziale zatrudnionych na umowy cywilnoprawne w ogólnej liczbie zatrudnionych. W chwili obecnej 50% personelu medycznego zatrudnionych jest w ramach umów cywilnoprawnych, a w grupie lekarzy 82%, co świadczy o dużym zainteresowaniu tą formą zatrudnienia. Skalę zjawiska potwierdza brak zainteresowania nowo zatrudnianych lekarzy umowami o pracę, a wręcz warunkowanie zatrudnienia umową cywilnoprawną. Postępowania o udzielanie świadczeń zdrowotnych stały się polem ostrych negocjacji o wysokie wynagrodzenia, szczególnie w grupach lekarzy o deficytowych specjalnościach oraz o silnej rynkowej pozycji, reprezentujących oddziały wykonujące najbardziej rentowne procedury z katalogu JGP, finansowane przez NFZ niewspółmiernie do ponoszonych kosztów.

Od roku 2006 następuje w Szpitalu stały wzrost wydatków z tytułu umów kontraktowych, niewspółmierny do wzrostu przychodów ze sprzedaży usług, co skutkuje pogarszającą się sytuacją finansową (wykres 1.).

Koszty ponoszone przez zakład na wynagrodzenia z tego tytułu wynoszą około 56% wszystkich kosztów na wynagrodzenia, a koszty wynagrodzenia z tytułu umowy cywilnoprawnej lekarza są około 30% większe dla szpitala od przeciętnych całkowitych kosztów na wynagrodzenie z umowy o pracę. W zależności od wagi oddziału w strategii szpitala, przychodu przypadającego na jednego lekarza wykonującego świadczenia w danym miejscu oraz rentowności wykonywanych

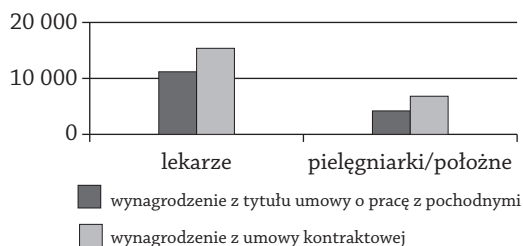
świadczeń różnica w kosztach wynagrodzeń kontraktowych ponoszonych przez zakład kształtuje się od 5% przez 20% do 70% w stosunku do całkowitych kosztów wynagrodzeń z tytułu umowy o pracę, które ponosiłby zakład.

Wykres 1. Porównanie procentowego wzrostu wartości umów kontraktowych i przychodów szpitala ze sprzedaży produktów i usług w kolejnych latach (na podstawie danych własnych)



Źródło: materiały źródłowe Szpitala.

Wykres 2. Wynagrodzenie przeciętne lekarzy i pielęgniarek/położnych zatrudnionych na mocy umowy o pracę oraz umowy kontraktowej w Pomorskim Centrum Traumatologii w roku 2013 (w zł)



Źródło: materiały źródłowe Szpitala.

Powyższe dane dowodzą, iż przyczyny rozwoju umów cywilnoprawnych w jednostkach medycznych są wielorakie. Zapewne jednym z pierwszych powodów była chęć uniknięcia przez pracodawców zwiększających się obciążeń związanych

z wysokością składek na ubezpieczenie społeczne. Analiza rozwoju tej formy umów w latach następnych (ich ilości i wartości) wskazuje, że są one następstwem poszukiwania elastyczności w zarządzaniu czasem pracy i sprostania konkurencyjności na rynku usług medycznych.

Podsumowanie

Celem niniejszego opracowania było rozważenie czy rozwój umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne nastąpił w wyniku poszukiwania elastyczności zarządzania czasem pracy i zasobami ludzkimi czy stał się elementem walki konkurencyjnej na rynku usług medycznych.

Zaprezentowany mechanizm rozwoju i zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych wskazuje na dualistyczny charakter procesu. Wydaje się, że u podstaw rozwoju tego typu umów leżała konieczność wprowadzenia przez zarządzających zakładami opieki zdrowotnej elastyczności zarządzania czasem pracy i zasobami ludzkimi. Wprowadzenie ustawodawstwa Unii Europejskiej, otwarcie europejskich rynków pracy dla pracowników medycznych, zwłaszcza lekarzy, rozwój lecznictwa prywatnego ujawniły wieloletnie ograniczenia w szkoleniu specjalistycznym lekarzy oraz kształceniu pielęgniarek, skutkujące narastaniem problemów w zapewnieniu niezbędnej dla bezpieczeństwa chorych kadry medycznej. W pierwszym okresie problemy dotyczyły zabezpieczenia dyżurów lekarskich i umowy cywilnoprawne stały się sposobem na ich rozwiązanie. Jednocześnie rozwój umów kontraktowych zbiegł się z nasiloną akcją protestacyjną lekarzy i pielęgniarek o podłożu płacowym. Przewlekła zła sytuacja finansowa większości publicznych placówek medycznych nie pozwalała na zaspokojenie wszystkich żądań płacowych. Narastające problemy rozwiązywano poprzez zawieranie umów cywilnoprawnych, pozwalających na znaczny wzrost wynagrodzeń, przez praktyki zawodowe lekarzy i pielęgniarek oraz innych osób wykonujących zawody medyczne. Umowy kontraktowe oferujące coraz wyższe wynagrodzenie i elastyczny czas pracy stały się z czasem odpowiedzią na wzrost konkurencyjności na rynku usług medycznych. Ubiegające się o możliwość realizacji świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych prywatne lecznice oraz walczące o zachowanie swojej pozycji na tym rynku szpitale powiatowe wobec wzrastających wymagań NFZ, dotyczących personelu medycznego, stwarzają poważną konkurencję na rynku pracy, oferując wysokie wynagrodzenia i korzystne warunki zatrudnienia niemalże we wszystkich grupach specjalistów lekarzy, pielęgniarek oraz innego personelu medycznego.

Rozwój konkurencyjności na rynku usług medycznych spowodował niekontrolowany wzrost wynagrodzeń z tytułu umów cywilnoprawnych kadry medycznej. Zakłady opieki zdrowotnej zabezpieczyły niezbędny poziom udzielanych świadczeń zdrowotnych nie planowanym kosztem – wysokim wzrostem wynagrodzeń.

W analizowanym Szpitalu wystąpił ten dodatkowy skutek wypierania umów o pracę przez umowy cywilnoprawne i gwałtowny wzrost ich wartości w latach 2006–2010 – pogarszająca się gwałtownie sytuacja finansowa, której jedną z przyczyn był wzrost wartości wynagrodzeń, nierównomierny do wzrostu przychodów w analogicznych okresach.

W roku 2012 po raz pierwszy od 2006 r. wystąpił spadek wartości umów kontraktowych, przy jednoczesnym wzroście ich liczby. Przeprowadzenie restrukturyzacji i obniżenie wartości umów kontraktowych stało się podstawowym sposobem ratowania finansów szpitala, czego potwierdzeniem jest opisany sposób przygotowywania założeń i realizacji postępowań o zawarcie umów cywilnoprawnych w szpitalu.

Podobne sytuacje mające miejsce w innych placówkach⁵, potwierdzają ocenę skutków niekontrolowanego rozwoju umów cywilnoprawnych dla kondycji finansowej szpitali.

Na podstawie doświadczeń własnych wydaje się, że utrzymanie przeciętnego wynagrodzenia kontraktowego na poziomie przeciętnego wynagrodzenia brutto z pochodnymi z umowy o pracę lub na poziomie niewiele wyższym byłoby rozwiązaniem optymalnym dla Szpitala, pozwalającym na wzrost elastyczności zarządzania czasem pracy i zasobami ludzkimi przy zachowaniu bezpieczeństwa finansowego. Jest to jednakże bardzo trudne zadanie dla zarządzających szpitalami w sytuacji eskalacji żądań płacowych lekarzy i pielęgniarek.

Bibliografia

- Adamiak, K. (2011), *Elastyczność działania organizacji w sektorze usług medycznych w Polsce*, „Edukacja Ekonomistów i Menedżerów”, nr 2.
Bukiel, K. (2011), *20 lat OZZL*, „Gazeta Lekarska”, nr 11.

⁵ *Medical Tribune* zajmuje się tym zagadnieniem. Dr Stanisław Prywiński, pomysłodawca Stowarzyszenia Lekarzy Kontraktowych opisuje sytuację: na początku, gdy dyrektorzy proponowali lekarzom zmianę etatu na umowę cywilnoprawną, uwzględniali w niej m.in. koszty związane z urlopem wypoczynkowym, szkoleniowym. Gdy tylko dyrektorzy się zorientowali, że lekarze poczuli się swoich pieniędzy, zaczęli nimi zarządzać i brać kredyty, stwierdzili, że mogą dochody kontraktowe obniżyć. Oczywiście nie było to widzimisię dyrektorów, ale wynik sytuacji finansowej (por. Kalinowski, 2012, s. 11).

- Kalinowski, P. (2012), *Lekarze kontraktowi – czy stali się chłopcami do bicia?*, „Medical Tribune”, nr 19.
- Kubot, Z. (2012), *Dyżury kontraktowe w ramach indywidualnej praktyki lekarzy-pracowników szpitala*, Wydawnictwo Specjalistyczne Klemar, Wrocław.
- Łachowska-Brol, E. (2006), *Czas pracy lekarzy*, „Służba Zdrowia”, nr 55–58.
- Pocztowski, A. (2008), *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi. Strategie – procesy – metody*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Rożko, K. (2013), *Szpitale powiatowe szukają specjalistów*, „Rynek Zdrowia”, nr 3.

Akty prawne

Dyrektywa UE, 2003/88/WE.

Rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, Dz.U. z 1998 r. Nr 93, poz. 592.

Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych, Dz.U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1136–1142.

Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych, Dz.U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1143–1148.

Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 31 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych, Dz.U. z 2011 r. Nr 111, poz. 653.

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.

Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 o finansach publicznych, Dz.U. z 2009 r. Nr 157, poz. 2040.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2013 r., poz. 217.

Summary

Entering into Medical Services Contracts in Health Care Units

The paper focuses on the process of entering into medical services contracts, i.e. ‘health care institution contracts’ (*kontrakty w zakładach opieki zdrowotnej*). This study analyses two factors that shape the development of this form of employment of physicians, nurses and other medical personnel. On the one hand, managers of health care units seek flexibility in managing working hours and

human resources. On the other hand, the increasing competitiveness in the health care market affects the process of entering into 'health care institution contracts' as well. This study attempts to evaluate the effects of the development of the civil law contract on health care system management in Poland. Moreover, the paper includes a detailed description of the process of entering into contract agreements on the basis of the author's personal experience.

Keywords: contracts, physicians, competitiveness, financing.

Резюме

Заключение договоров о предоставлении медицинских услуг в учреждениях здравоохранения

Статья касается процесса заключения договоров об оказании медицинских услуг по размещению заказа, т. н. контрактных соглашений в учреждениях здравоохранения. В ней проведен анализ причин развития этой формы лечебной деятельности врачей, медсестер и другого медицинского персонала в двух аспектах. Первый подход касается гибкости управления рабочим временем и человеческими ресурсами в учреждениях здравоохранения. С другой стороны процесс заключения контрактных соглашений представлен как результат растущей конкурентоспособности на рынке медицинских услуг. Авторкой предпринята попытка оценки последствий развития гражданско-правовых договоров для управления системой здравоохранения. Статья содержит подробное описание процесса заключения контрактных соглашений на примере собственного опыта авторки.

Ключевые слова: контрактные соглашения, врачи, конкурентоспособность, финансирование.

Ewa Matuszewska-Palacz

Zastępca dyrektora Szpitala, odpowiedzialny za przygotowywanie oraz przeprowadzanie procesu zawierania umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w szpitalu. Słuchaczka studiów podyplomowych „Kopernikańska Akademia Menadżerów Służby Zdrowia”.