



Ministerstwo Zdrowia  
Kancelaria Ogólna

28. 05. 2019

nr RPW 14976/2019 P

(podpis)

ROR.450.4.17.2019.TM



03980200184269  
RPW/14976/2019 P  
2019-05-28

Warszawa, 24 maja 2019

Pan  
Stanisław Karczewski  
Marszałek Senatu  
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na oświadczenie złożone przez senatora Andrzeja Pocięja podczas 77. posiedzenia Senatu RP w sprawie sytuacji w służbie zdrowia (znak: BPS/043-77-2227/19), proszę o przyjęcie poniższych informacji.

1) W pierwszej kolejności należy wskazać, że zasady organizacji i funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM) określa *ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, z późn. zm.)*, zaś szczegółowe zadania, wymagania dotyczące lokalizacji, a także minimalne wyposażenie, organizację oraz minimalne zasoby kadrowe szpitalnych oddziałów ratunkowych reguluje *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2018 r., poz. 979)*.

Zasady wykonywania działalności leczniczej ustalone zostały w *ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.)*. Zgodnie z art. 23 ust. 1 ww. ustawy w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego, jakim jest m. in. szpital, określa się m. in.:

- przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego;
- organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym.

Dodatkowo Ministerstwo Zdrowia, wychodząc na przeciw problemowi zbyt długiego czasu oczekiwania zespołów ratownictwa medycznego na przekazanie pacjenta do szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR) jeszcze w roku 2017 wydało zalecenia pn. „Dobre praktyki postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć”.

Dokument ten został przekazany do wszystkich SOR – ów i izb przyjęć, z zaleceniem jego natychmiastowego wdrożenia. W „Dobrych praktykach ...” szczegółowo opisano wymagania co do liczby personelu w oddziałach ratunkowych, a także ustalenie priorytetu przyjęć osób znajdujących się w stanie zagrażającym ich zdrowiu i życiu.

Wskazać też należy, że na podstawie *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego*, każdy SOR jest zobowiązany do zapewnienia jednoczesnego przyjęcia i segregacji medycznej co najmniej czterech osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Ponadto § 13 ww. rozporządzenia mówi, że minimalne zasoby kadrowe oddziału stanowią:

- 1) ordynator oddziału (lekarz kierujący oddziałem);
- 2) pielęgniarka oddziałowa, będąca pielęgniarką systemu;
- 3) lekarze w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym co najmniej jeden lekarz systemu przebywający stale w oddziale;
- 4) pielęgniarki lub ratownicy medyczni w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału.

W dniu 1 lipca br. wejdzie w życie art. 33 a ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, który stanowić będzie podstawę do ujednoczenia zasad przyjmowania pacjentów w SOR-ach. Przepisy te są obecnie w fazie *vacatio legis* – do czasu przygotowania i wdrożenia narzędzia teleinformatycznego w postaci tzw. Trybu Obsługi Pacjenta w SOR (TOP SOR). Będzie to system monitorujący i porządkujący ruch pacjentów w obrębie szpitalnych oddziałów ratunkowych. Zakończył się już pilotaż tego rozwiązania i trwają przygotowania do jego wdrożenia w całym kraju. W pierwszej kolejności TOP SOR zacznie działać w największych SOR – ach zlokalizowanych w szpitalach klinicznych i wojewódzkich.

Dla poszczególnych kategorii pacjentów zostanie ustalony maksymalny czas oczekiwania, przy czym pacjentom oznaczonym kolorem czerwonym świadczenia zdrowotne zostaną udzielone natychmiast. Pacjent będzie informowany na bieżąco, za pośrednictwem wyświetlaczy umieszczonych w poczekalni, o przewidywanym czasie oczekiwania i liczbie osób w kolejce. Pacjenci oczekujący na przyjęcie pozostawać będą pod stałym nadzorem zespołu odpowiedzialnego za segregację medyczną.

Wprowadzenie powyższych zmian zwiększy bezpieczeństwo pacjentów i skróci czas oczekiwania pacjentów w stanie zagrożenia zdrowia lub życia na udzielenie im pomocy.

Wiele SOR-ów w kraju już działa w systemie zintegrowanym z nocną i świąteczną opieką zdrowotną, co pozwala na odciążenie oddziałów ratunkowych od przyjęć pacjentów nie wymagających natychmiastowej interwencji medycznej.

Co ważne, w ostatnich latach finansowanie oddziałów ratunkowych ulega systematycznemu zwiększeniu.

Poniższa tabela przedstawia nakłady ogólne na SOR-y i średnie stawki dobowe w latach 2015 – 2019 (w zł):

Rok	Liczba SOR	Roczna wartość świadczeń	Średnia stawka dobową
2015	221	971 066 975,78 zł	12 038,27 zł
2016	221	1 108 997 544,87 zł	13 748,19 zł
2017	226	1 359 362 360,15 zł	16 479,12 zł
2018	232	1 472 404 231,33 zł	17 387,86 zł
2019	232	1 493 503 406,84 zł	17 637,03 zł

Z powyższego zestawienia wynika, że wydatki Funduszu na oddziały ratunkowe w ciągu ostatnich 4 lat wzrosły prawie o 54 %.

Narodowy Fundusz Zdrowia już zapowiedział, że jeszcze w bieżącym roku nastąpi kolejny wzrost finansowania SOR-ów, poprzez podniesienie wartości tzw. stawki bazowej dla wszystkich oddziałów. Tym samym Ministerstwo Zdrowia i NFZ dokładają wszelkich starań, aby poprawić sytuację w oddziałach ratunkowych. Istotne jest jednak, że wiele tu zależy od dyrektorów szpitali i kierowników oddziałów, którzy są odpowiedzialni za taką organizację procesu udzielania świadczeń, aby zachowane było bezpieczeństwo osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i nie dochodziło do zwłoki w udzieleniu im pomocy medycznej. Rozwiązaniem, które pozwala odciążyć SOR-y i ich personel od przyjęć osób nie będących w stanie nagłym jest model zintegrowanego udzielania świadczeń SOR i podstawowej opieki zdrowotnej, w tym nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, w tej samej lokalizacji. Jest to rozwiązanie ze wszech miar pożądane i popierane przez resort zdrowia. Trudno jest dopatrzeć się nim jakiegokolwiek niebezpieczeństwa, w tym również jeśli chodzi o szpitale o najwyższym poziomie referencyjnym. Pacjent ma tu bowiem w jednym miejscu zagwarantowany dostęp do SOR-u, podstawowej opieki zdrowotnej, badań diagnostycznych, a także transportu sanitarnego, a udzielanie świadczeń w kilku zakresach na bazie jednego podmiotu leczniczego sprzyja ograniczaniu kosztów i umożliwia elastyczne podejście do liczby personelu medycznego, poprzez jej dostosowanie do liczby zgłaszających się pacjentów.

Wyżej opisane zmiany organizacyjne połączone z systematycznym wzrostem finansowania powinny przełożyć się na poprawę sytuacji w szpitalnych oddziałach ratunkowych.

Na chwilę obecną nie planuje się prowadzenia specjalnych szkoleń dla pracowników SOR. W tym miejscu jednak należy podkreślić, że osoby wykonujące zawód medyczny mają obowiązek doskonalenia zawodowego, w trakcie którego mogą odbywać się szkolenia z zakresu, o którym mowa w piśmie Pana Senatora.

**2)** Wspomniane w interpelacji Pana Senatora „odstawanie Polski” od średniej Europejskiej w zakresie statystyk OECD (wskaźnik liczby lekarzy na 1 tys osób) wymaga wyjaśnień. Ważnym jest, by zwrócić

uwagę na różną metodykę zbierania danych przez OECD. Należy podkreślić, że istnieją statystyki dotyczące liczby lekarzy oparte o różne metodologie ich zbierania i wykorzystania. Dane zawarte we Wspólnym Kwestionariuszu OECD/EUROSTAT/WHO opierają się na definicjach stosowanych w istniejącej międzynarodowej klasyfikacji:

- International Classification of Diseases (ICD), WHO  
<http://www.who.int/classifications/icd/en/>;
- International Classification for Health Accounts (ICHA), A System of Health Accounts, OECD, WHO and Eurostat (2011)  
<http://www.oecd.org/els/healthsystems/sha2011.htm>;
- International Standard Classification of Occupations (ISCO-08), ILO  
<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/index.htm> .

W konsekwencji wyróżniają następujące 3 kategorie lekarzy:

- 1) lekarz wykonujący/praktykujący zawód („practising physicians”) to lekarz, który udziela świadczeń bezpośrednio pacjentowi;
- 2) lekarze czynni zawodowo („professionally active physicians”) – obejmują lekarzy wykonujących zawód oraz lekarzy nie udzielających świadczeń bezpośrednio pacjentowi, dla których wiedza medyczna jest niezbędna do wykonywania ich codziennej pracy tj. np. lekarzy zatrudnionych w administracji (także szpitalnej, NFZ, Państwowej Inspekcji Sanitarnej), uniwersytetach, zaangażowanych w projekty naukowe itp.;
- 3) lekarze posiadający prawo wykonywania zawodu („physicians licensed to practice”) – wszyscy lekarze posiadający prawo wykonywania zawodu w danym państwie.

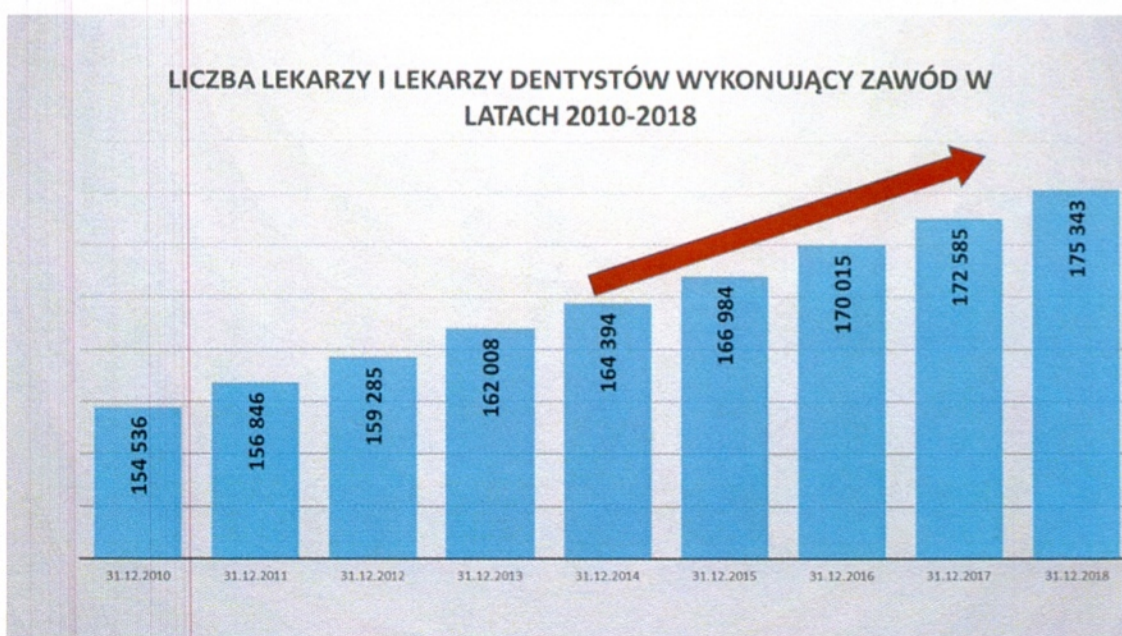
Zbieranie danych zgodnie z powyższymi definicjami, które stosuje się również do lekarzy dentystów, powoduje tworzenie różnych wykazów statystycznych, których nie da się porównać. Wskaźnik 2,3 zawarty w raporcie OECD odnosi się do liczby lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem i nie jest on równy liczbie wszystkich lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu. W tym miejscu należy podkreślić, że niektóre państwa pomimo wskazania ogólnie do celów statystycznych konkretnej definicji (lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem) wg której miała odbywać się sprawozdawczość wyrażona w raporcie OECD, przedstawili do OECD łączne dane sprawozdawcze zawierające również lekarzy pracujących w innych obszarach (administracji, edukacji itp.) tzn. liczbę lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu i wykonujących zawód, co nie daje jednolitych możliwości porównawczych i zawiąza średnią statystyczną. W związku z tym należy uznać, że prezentowane w nim dane nie da się jednolicie porównać, bowiem zostały oparte o niejednorodną statystykę.

Dynamikę wzrostu w Polsce liczby lekarzy i lekarzy dentystów posiadających prawo wykonywania zawodu i wykonujących zawód, tj. uprawnionych do udzielania świadczeń zdrowotnych przedstawia poniższa tabela (dane przygotowane na podstawie danych z Centralnego Rejestru Lekarzy RP

należący do Naczelnej Rady Lekarskiej oraz danych – liczba lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód oraz Głównego Urzędu Statystycznego – demografia w Polsce).

STAN NA	WSKAŹNIK LICZBY LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW WYKONUJĄCYCH ZAWÓD NA 1000 OSÓB POPULACJI
31 XII 2010	4,01
31 XII 2011	4,07
31 XII 2012	4,13
31 XII 2013	4,21
31 XII 2014	4,27
31 XII 2015	4,34
31 XII 2016	4,42
31 XII 2017	4,47

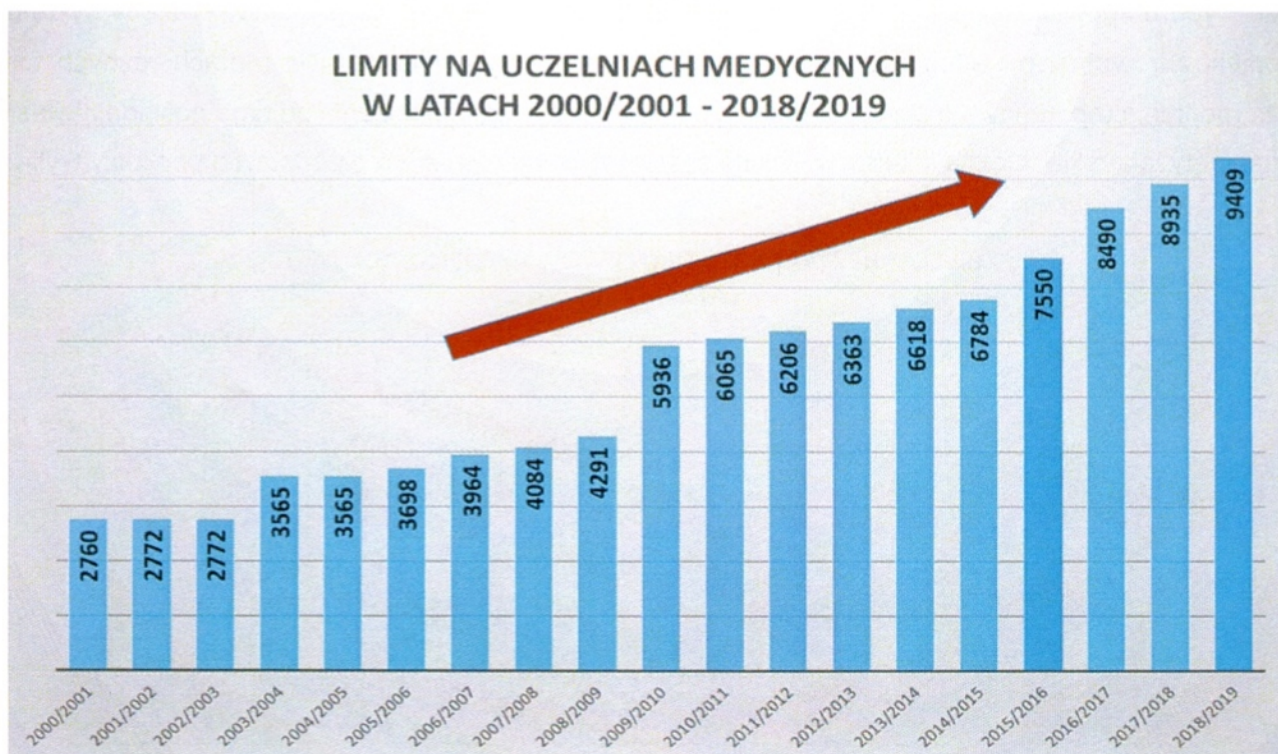
Należy bowiem podkreślić, że nie liczba lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem, a liczba wszystkich wykształconych lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu i wykonujących zawód jest rzeczywistym zasobem narodowym. Lekarze świadczą swoje usługi na rzecz pacjenta zgodnie z kompetencjami i umiejętnościami pozyskanymi w drodze kształcenia podyplomowego nie tylko w publicznych, niepublicznych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, ale także w obszarach: naukowo-badawczym, edukacyjnym i administracyjnym, w których ich wiedza medyczna jest równie istotna i niezbędna dla całego systemu opieki zdrowotnej oraz dla pacjenta. Lekarze indywidualnie (bez możliwości ingerencji ze strony Ministra Zdrowia) podejmują decyzje co do wyboru specjalizacji oraz miejsca zatrudnienia. Ponadto lekarze podejmujący pracę w systemie opieki zdrowotnej niejednokrotnie pracują i dyżurują w wielu miejscach w ramach różnych form zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna) oraz niezależnie od tego posiadają własne gabinety lekarskie. Liczba lekarzy w Polsce systematycznie rośnie, co przedstawia poniższy wykres



Przykładowo na dzień 31.12.2014 r. liczba lekarzy i lekarzy dentystów posiadających prawo wykonywania zawodu i wykonujących zawód wg rejestru prowadzonego przez Naczelną Radę Lekarską wynosiła ok. 164,4 tys. (w tym 129,1 tys. lekarzy, 34,9 tys. lekarzy dentystów i 0,4 tys. lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty). Na dzień 31.12.2018 r. łączna liczba lekarzy i lekarzy dentystów wynosiła ponad 175 tys. (w tym 137,5 tys. lekarzy, 37 tys. lekarzy dentystów i 0,5 tys. lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty). Stanowi to wzrost o około 11 tys. lekarzy wykonujących zawód w ciągu ostatnich 5 lat.

Obecnie Minister Zdrowia koncentruje się na działaniach mających na celu utrzymanie na rynku pracy optymalnej liczby wykwalifikowanego personelu medycznego koniecznego do zagwarantowania odpowiedniego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz zapewnienia ciągłości opieki medycznej nad pacjentami, sprawowanej przez specjalistów w różnych dziedzinach medycyny, co jest jednym z priorytetów Ministra Zdrowia. W odniesieniu do lekarzy i lekarzy dentystów działania te prowadzone są wielotorowo m.in. poprzez zwiększenie liczby osób studiujących na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym, przyznawanie miejsc rezydenckich, wprowadzanie na bieżąco niezbędnych zmian w systemie szkolenia specjalizacyjnego oraz nowelizację ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

W zakresie działań edukacyjnych mających na celu utrzymanie wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej, resort zdrowia corocznie zwiększa limity przyjęć na kierunki: lekarski i lekarsko-dentystyczny, co obrazuje poniższy wykres.



Ponadto podejmowane są liczne działania mające na celu wykształcenie odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów, celem zagwarantowania właściwej opieki medycznej tj. podniesienia atrakcyjności procesu szkolenia specjalizacyjnego, uznanie części dziedzin za dziedziny priorytetowe, przyznawanie wyższego wynagrodzenia zasadniczego lekarzom, którzy podejmą specjalizację z dziedzin priorytetowych, przyznawanie miejsc rezydenckich finansowanych z budżetu państwa.

Należy mieć na względzie, że polityka Ministra Zdrowia dotycząca przyznawania i finansowania miejsc rezydenckich, co do zasady, ma na celu stymulować wzrost liczby specjalistów w dziedzinach najbardziej deficytowych, w których występuje największe zapotrzebowanie na specjalistów. Do takich dziedzin należą przede wszystkim: anestezjologia i intensywne terapia, chirurgia ogólna, chirurgia onkologiczna, choroby wewnętrzne, geriatryka, hematologia, kardiologia dziecięca, medycyna ratunkowa, medycyna rodzinna, neonatologia, neurologia dziecięca, onkologia i hematologia dziecięca, onkologia kliniczna, ortodontyka, patomorfologia, pediatria, psychiatryka, psychiatryka dzieci i młodzieży, radioterapia onkologiczna, stomatologia dziecięca.

Dziedziny te ponadto zostały uznane za priorytetowe, a co za tym idzie są wyjątkowo traktowane na tle innych dziedzin medycyny. Minister Zdrowia corocznie ustala odpowiednie limity miejsc rezydenckich dla lekarzy i lekarzy dentyków. Powyższe ma służyć przede wszystkim zachęceniu lekarzy do podejmowania ww. specjalizacji oraz równomiernego zapewnienia specjalistycznej opieki zdrowotnej.

Aby zachęcić młodych lekarzy do uzyskania specjalizacji w dziedzinach priorytetowych oraz 5 innych dziedzinach (chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, psychiatryka, kardiologia dziecięca, ortodontyka), przewidziano wyższe stawki wynagrodzeń, niż dla lekarzy rozpoczynających szkolenie w innych dziedzinach medycyny. Skutki zaś podniesienia wynagrodzenia dla lekarzy rozpoczynających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury w priorytetowych i deficytowych dziedzinach medycyny, są już widoczne w wynikach naboru na specjalizacje lekarskie. Zanotowano znaczny wzrost zainteresowania takimi specjalizacjami, jak medycyna rodzinna, pediatria oraz anestezjologia i intensywne terapia. Od 2012 roku do chwili obecnej przyznanych zostało łącznie ok. 34 tys. rezydentur. W latach 2016-2018 przyznano po ok. 6 tys. rezydentur rocznie.

**3)** Odnosząc się do zwiększenia nakładów publicznych na ochronę zdrowia, pragnę poinformować, że zgodnie z *ustawą z dnia 8 grudnia 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2018*, Minister Zdrowia przekazał pod koniec roku 2018 z budżetu państwa środki do Narodowego Funduszu Zdrowia w wysokości 1.800.000 tys. zł. Środki te będą wykorzystane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w roku 2019 na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym leczenia szpitalnego, po uzyskaniu zgody ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ministra właściwego do spraw finansów publicznych. W związku z wnioskiem Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 marca br., w sprawie zwiększenia planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2019 rok w ramach ww. środków, Minister Zdrowia mając na uwadze konieczność poprawiania dostępu do świadczeń opieki

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w szczególności zgłaszane potrzeby w zakresie zwiększenia finansowania wskazanych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, wyraził zgodę na zwiększenie finansowania świadczeń zdrowotnych (w tym leczenia szpitalnego) o kwotę 900.000 tys. zł, z przeznaczeniem na sfinansowanie świadczeń gwarantowanych udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2018 r. w kwocie 440 000 tys. zł oraz poprawienia dostępności do świadczeń (operacje endoprotezoplastyki stawu kolanowego lub biodrowego, zabiegów usunięcia zaćmy oraz diagnostyki obrazowej – tomograf komputerowy i rezonans magnetyczny) w kwocie 460.000 tys. zł. Ponadto Minister Zdrowia, mając na uwadze konieczność zwiększenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pozytywnie zaopiniował wniosek Prezesa NFZ o uruchomienie rezerwy ogólnej w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2019 w wysokości 842.555 tys. zł, z przeznaczeniem m.in. na zwiększenie wyceny punktowej w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne świadczeń w zakresach świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych na oddziałach chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej w 2019 r. w kwocie 680 594 tys. zł.

Ponadto uprzejmie informuję, że w dniu 19 kwietnia 2019 r. Minister Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów zatwierdzili zmianę planu finansowego NFZ na 2019 r. zwiększając koszty świadczeń opieki zdrowotnej oddziałów wojewódzkich NFZ o kwotę 429.248 tys. zł, w tym w zakresie leczenia szpitalnego o kwotę 224.105 tys. zł. Należy także poinformować, że Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 13 maja 2019 r. wszczął procedurę uruchomienia dodatkowych środków ujętych w planie finansowym NFZ na 2019 r. w celu zwiększenia nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich NFZ o kwotę 4.136.713 tys. zł, w tym w zakresie leczenia szpitalnego o kwotę 2.057.991 tys. zł, co oznacza zwiększenie ww. nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej odpowiednio o 4,9% i 4,7%. Ww. wzrost kosztów świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia konieczność zapewnienia finansowania, m.in.: projektowanej zmiany wyceny świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć od dnia 1 lipca 2019 r., projektowanej zmiany wyceny świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w pozostałych rodzajach świadczeń związanej ze zwiększającymi się kosztami udzielania świadczeń, w szczególności zwiększającymi się kosztami wynagrodzeń personelu.

W związku z powyższymi środkami finansowymi na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w roku 2019 będą znacznie wyższe, w tym w zakresie m.in. leczenia szpitalnego, co wpłynie pozytywnie na sytuację finansową podmiotów leczniczych, w tym szpitali powiatowych.

**4)** W związku z porozumieniem podpisanym przez Ministra Zdrowia z rezydentami do chwili obecnej zostały zrealizowane postulaty dotyczące:

- wzrostu finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia,
- wzrostu wynagrodzenia zasadniczego lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury,



- przyznania lekarzom rezydentom dodatkowych środków finansowych w zamian za odpracowanie w Polsce 2 z 5 lat po zakończeniu szkolenia (tzw. umowa lojalnościowa),
- przyznania lekarzom specjalistom zatrudnionym na podstawie stosunku pracy wynagrodzenia zasadniczego w kwocie nie mniejszej niż 6750 zł brutto,
- deklaracji zwiększania naboru na studia lekarskie, pielęgniarskie i inne kierunki medyczne,
- zaniechania klauzuli „opt-out” od 2028 roku (brak możliwości wydłużania tygodniowego czasu pracy lekarzy ponad limit wynikający z ustawy o działalności leczniczej),
- przygotowania przepisów prawnych umożliwiających wprowadzenie stanowiska sekretarki medycznej w podmiotach leczniczych całkowicie lub częściowo finansowanych ze środków publicznych,
- częściowego uregulowania kwestii pełnienia dyżurów medycznych przez lekarzy rezydentów,
- przyznania lekarzom odbywającym szkolenie specjalizacyjne od 1 stycznia 2019 r. dodatkowych 6 dni w pełni płatnego urlopu na samokształcenie rocznie w celu udziału w konferencjach, szkoleniach i kursach naukowych,
- przyznania lekarzowi realizującemu świadczenia zdrowotne objęte finansowaniem z NFZ, w czasie udzielania przez niego tych świadczeń, ochrony właściwej dla funkcjonariusza publicznego.

Ponadto obecnie trwa przygotowanie tzw. „dużej nowelizacji” ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Będzie ona wprowadzać szereg nowych rozwiązań systemowych dotyczących:

- uporządkowania terminologii ustawowej obejmującej kształcenie podyplomowe lekarza i lekarza dentysty;
- wprowadzenia nowych zasad dotyczących odbywania stażu podyplomowego, w tym przede wszystkim wprowadzenia spersonalizowanego programu stażu pozwalającego na częściowy wybór przez lekarza dziedzin medycyny, w ramach których prowadzony będzie staż;
- wprowadzenia nowych zasad przeprowadzania Lekarskiego Egzaminu Końcowego (LEK) i Lekarsko Dentystycznego Egzaminu Końcowego (LDEK), w tym ogólnodostępne bazy pytań z których pochodzić będzie 70% pytań egzaminacyjnych oraz możliwość podchodzenia do egzaminu już na ostatnim roku studiów;
- wprowadzenia nowej ścieżki nostryfikacji dyplomów wydanych przez uczelnie w krajach spoza UE;
- wprowadzenia przepisów normujących wydawanie prawa wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentysty w formie karty poliwęglanowej zawierającej odpowiednie zabezpieczenia przed przerobieniem lub podrobieniem oraz użyciem przez osobę nieuprawnioną;
- wprowadzenia uproszczonego trybu zatrudniania w polskim systemie opieki zdrowotnej lekarzy specjalistów cudzoziemców spoza Unii Europejskiej, co powinno stworzyć możliwości szybkiego uzupełniania kadry medycznej w podmiotach leczniczych;

- wprowadzenia nowych rozwiązań prawnych dotyczących procedur naboru lekarzy i lekarzy dentyistów na specjalizacje lub realizacji szkolenia specjalizacyjnego w poszczególnych dziedzinach medycyny – nowe przepisy pozwolą na zwiększenie dostępu do wszystkich wolnych w kraju miejsc specjalizacyjnych oraz przyczynią się do transparentnego ich rozdziału między lekarzy ubiegających się o rezydentury i miejsca pozarezydenckie;
- wprowadzenia nowych zasad dotyczących realizacji szkolenia specjalizacyjnego, w tym szczegółowych przepisów dot. odbywania dyżurów medycznych, zgodne z propozycjami Zespołu dr. Bilińskiego, w szczególności dot. uprawnień rodzicielskich, monitorowania przebiegu szkolenia, zmiany dziedziny medycyny, w której odbywa się szkolenie z zachowaniem prawa do rezydentury;
- wprowadzenia jedynie odpłatnych form szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydenckim – rezygnacja z wolontariatu;
- wprowadzenia nowego egzaminu państwowego – Państwowego Egzaminu Modułowego, który będzie narzędziem sprawdzającym wiedzę zdobytą przez lekarzy na danym etapie ustawicznego rozwoju zawodowego, jak i oceniającym skuteczność oraz jakość kształcenia prowadzonego przez jednostki szkolące, którego złożenie z wynikiem pozytywnym skutkować będzie zwiększeniem wynagrodzenia i ściśle określoną samodzielnością zawodową;
- weryfikacji przepisów określających przebieg egzaminu PES, w tym ogólnodostępne bazy pytań, z których pochodzić będzie 70% pytań egzaminacyjnych;
- wprowadzenia nowych rozwiązań dotyczących przyznawania certyfikatu umiejętności zawodowej;
- doprecyzowania przepisów dotyczących doskonalenia zawodowego obejmujących m.in. zapis, że lekarzowi i lekarzowi dentyście zatrudnionemu w ramach umowy o pracę, który nie realizuje szkolenia specjalizacyjnego, przysługuje 6 dni płatnego urlopu szkoleniowego rocznie;
- nowe rozwiązania dotyczące akredytacji podmiotów uprawnionych do szkolenia specjalizacyjnego.

Zgodnie z ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1473 z późn. zm.), podmioty lecznicze są zobowiązane do podwyższenia płac pracowników objętych tą regulacją z dniem 1 lipca br.

Podwyżka ma wynosić co najmniej 20% różnicy między aktualnym wynagrodzeniem zasadniczym danego pracownika a najniższym wynagrodzeniem wynikającym z ustawy, tj. równym iloczynowi tzw. kwoty bazowej oraz określonych w ustawie dla poszczególnych kategorii zawodowych współczynników pracy.

Lp.	Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku	Współczynnik pracy
1	2	3
1	Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny	1,27
2	Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny	1,17
3	Lekarz albo lekarz dentysta, bez specjalizacji	1,05
4	Lekarz stażysta albo lekarz dentysta stażysta	0,73
5	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–4, wymagający wyższego wykształcenia i specjalizacji	1,05
6	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–5 albo pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny, wymagający wyższego wykształcenia, bez specjalizacji	0,73
7	Pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	1,05
8	Pielęgniarka albo położna, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia albo pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa	0,73
9	Pielęgniarka albo położna inna niż określona w lp. 7 i 8, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	0,64
10	Fizjoterapeuta albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–9 albo pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny, wymagający średniego wykształcenia	0,64
11	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny, inny niż określony w lp. 6 i 10	0,58

Zgodnie z ustawą do końca 2019 r. kwota bazowa wynosi 3900 zł. Obecnie na forum Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia prowadzone są prace nad zgłoszoną przez związki zawodowe propozycją jej podwyższenia.

Należy jednak podkreślić, że ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych nie znosi normy prawnej wynikającej z art. 78 Kodeksu pracy, a zobowiązującej pracodawcę do kształtowania wynagrodzenia pracowników, z uwzględnieniem wskazanych w tym przepisie kryteriów. W konsekwencji, podwyższając wynagrodzenia zasadnicze niektórych grup pracowników, kierownik podmiotu leczniczego powinien zweryfikować również poziom wynagrodzeń pozostałych pracowników podmiotu leczniczego – tak aby ich wynagrodzenie odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy. Regulacja w takim właśnie brzmieniu ma służyć zapobieganiu dysproporcjom płacowym w obrębie podmiotu leczniczego oraz zabezpieczeniu prawa pracowników do kształtowania ich wynagrodzeń zgodnie z ogólnymi dyrektywami prawa pracy.

Jednocześnie należy wskazać, że Minister Zdrowia nie posiada uprawnień do wykonywania funkcji pracodawcy w stosunku do osób zatrudnionych w placówkach służby zdrowia. Zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi, a zwłaszcza z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018r. poz.2190, z późn. zm.), pracodawcą dla osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych – niezależnie od ich formy prawnej - jest kierownik / dyrektor danej placówki. To na nim właśnie spoczywa wyłączna odpowiedzialność m.in. za politykę płacową, a więc także za ustalanie wysokości wynagrodzeń poszczególnych pracowników.

**5) Projekt Mapy Potrzeb Zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych** przyczyni się do wdrożenia szeregu działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych poprzez stworzenie systemu mapowania potrzeb zdrowotnych w zakresie 30 grup chorób oraz opracowania bazy analiz systemowych i wdrożeniowych w tym zakresie.

System mapowania potrzeb zdrowotnych oraz wspierające ich wykorzystanie elektroniczne narzędzie jakim jest Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, pozwoli na lepsze zarządzanie środkami publicznymi w ochronie zdrowia. Dzięki temu wsparty zostanie proces ich dystrybucji zgodnie z aktualnymi i prognozowanymi potrzebami zdrowotnymi pacjentów. System ten będzie pomocny względem podejmowania decyzji zarządczych i kreowania polityk w oparciu o fakty, w duchu tzw. evidence-based policy making.

Realizacja projektu pozwoli na przejrzyste i racjonalne planowanie inwestycji przez dysponentów środków publicznych w ochronie zdrowia. Skuteczna realizacja założeń interwencji publicznej będzie możliwa dzięki wykorzystaniu wyników projektu przez interesariuszy systemu ochrony zdrowia. W oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych wspierane będzie podejmowanie decyzji o lokowaniu środków inwestycyjnych na ochronę zdrowia, zgodnie z potrzebami zdrowotnymi ludności (m.in.

według liczby prognozowanych zachorowań na daną jednostkę chorobową w regionie), a nie w oparciu o to, jakie usługi skłonni są realizować świadczeniodawcy. Pozwoli to na dokonanie zmiany systemowej w zakresie udzielania świadczeń oraz w zakresie rozwoju infrastruktury w regionach, w zgodzie ze zidentyfikowanym zapotrzebowaniem na świadczenia w obszarze 30 kluczowych grup chorób (według klasyfikacji ICD-10).

Ponadto należy zauważyć, że realizacja zmian w zakresie rozszerzenia świadczeń gwarantowanych w poszczególnych rodzajach świadczeń przebiega zgodnie z decyzjami Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia przy uwzględnieniu potrzeb zdrowotnych i możliwości finansowych NFZ.

Z poważaniem  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Józefa Szczurek-Żelazko  
Sekretarz Stanu

*/dokument podpisany elektronicznie/*