

**Rekomendacje**  
**wypracowane przez doraźny Zespół problemowy ds. ochrony zdrowia RDS**  
**dla Rady Dialogu Społecznego**  
**w okresie: luty 2021 r. – lipiec 2021 r.**  
**w zakresie problemów ochrony zdrowia w czasie pandemii**

**WSTĘP**

Doraźny Zespół problemowy ds. ochrony zdrowia Rady Dialogu Społecznego został powołany Uchwałą nr 46 Rady Dialogu Społecznego z dnia 28 grudnia 2020 r.

Uchwała w § 2 stanowi, że do zadań doraźnego Zespołu należy w szczególności:

- a)** wypracowywanie stanowisk, opinii i zaleceń w sprawach dotyczących polityki zdrowotnej państwa oraz w obszarze dostępu pacjentów do usług zdrowotnych w okresie pandemii COVID-19 i po jej zakończeniu;
- b)** dokonywanie analiz i ocen funkcjonowania polityki finansowania całości lub wybranej części sektora ochrony zdrowia oraz podejmowanie inicjatyw w tym zakresie;
- c)** analiza i ocena polityki zdrowotnej państwa w zakresie zabezpieczenia właściwego poziomu kadrowego pracowników ochrony zdrowia oraz kadr współuczestniczących przy wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Wypracowywanie stanowisk, opinii i zaleceń w zakresie pożądanych rozwiązań systemowych dotyczących m.in. zatrudniania i wynagradzania pracowników ochrony zdrowia oraz osób współuczestniczących przy wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej;
- d)** wypracowywanie stanowisk, opinii i zaleceń w zakresie koniecznych rozwiązań i stworzenia zabezpieczeń systemowych obowiązujących w okresie trwania i po zakończeniu pandemii COVID-19.

Niniejsze Rekomendacje doraźnego Zespołu problemowego ds. ochrony zdrowia RDS są efektem wielomiesięcznej dyskusji podjętej w ramach prac Zespołu, w okresie od 4 lutego do 15 lipca 2021 roku (9 posiedzeń), dotyczącej problematyki zagadnień związanych z bieżącymi problemami i obszarami funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w okresie pandemii. Problematyka poruszana na posiedzeniach często wykraczała poza zaplanowany porządek obrad, odnosząc się do pilnego rozwiązywania bieżących problemów wskazywanych przez członków Zespołu, jak np. modyfikacja zasad przyznawania tzw. dodatku covidowego dla grup zawodowych nim nie objętych, bieżące konsultacje nad wypracowaniem modelu rehabilitacji pocovidowej czy kontraktowanie świadczeń zdrowotnych w 2021 roku. Choć wskazane przykłady zagadnień merytorycznych były wyjaśniane w czasie prac Zespołu, Rekomendacje niniejsze będą do nich także nawiązywać.

**TERMINARZ POSIEDZEŃ i TEMATYKA**  
**doraźnego Zespołu problemowego ds. ochrony zdrowia RDS**

**1) posiedzenie 4 lutego 2021 r.**

Sprawy organizacyjne poświęcone trybowi prac i tematyce Zespołu.

**2) posiedzenie 16 lutego 2021 r.**

Podsumowanie stanu ochrony zdrowia po roku trwania pandemii.

Zwiększenie dostępności do usług i kadr medycznych. Dyskusja na temat przyszłości w kontekście siatki płac, zadłużenia szpitali, dostępu do świadczeń medycznych.

**3) posiedzenie 3 marca 2021 r.**

Podsumowanie stanu ochrony zdrowia po roku trwania pandemii.

Dyskusja na temat funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

**4) posiedzenie 15 marca 2021 r.**

Zagrożenia dla krajowego przemysłu farmaceutycznego w czasie pandemii i w czasie odbudowy. Usługi prozdrowotne w aptece jako odciążenie systemu opieki zdrowotnej. Rynek apteczny: kształt, sytuacja regulacyjna, usługi propacjenckie. Polityka lekowa – dostępność pacjenta do leków w tym refundowanych, skutki ekonomiczne pandemii i ich wpływ na budżet Narodowego Funduszu Zdrowia i finansowanie leków. Dodatki covidowe - wypłata pominiętym grupom zawodowym oraz analiza nieprawidłowości w wypłacaniu dodatku.

**5) posiedzenie 29 marca 2021 r.**

Podsumowanie stanu ochrony zdrowia po roku trwania pandemii.

Dyskusja nad stanem pomocy społecznej w Polsce: a) realizacja świadczeń zdrowotnych w domach pomocy społecznej – problemy, sprawy pracownicze, finansowanie; b) kadry, warunki pracy, bhp oraz zasady finansowania; c) dodatkowe świadczenia związane z COVID dla zatrudnionych w opiece społecznej; d) struktura właścicielska, nadzór i jej finansowanie – wnioski i konieczne zmiany systemu opieki senioralnej; e) zabezpieczenie w świadczenia medyczne dla pensjonariuszy w domach opieki społecznej.

Rola lecznictwa uzdrowiskowego w systemie ochrony zdrowia: a) finansowanie – rozliczenie systemu zaliczkowego; b) koszty wynikające z konieczności dostosowania się podmiotów lecznictwa uzdrowiskowego do warunków sanitarno-epidemiologicznych w czasie pandemii COVID - 19; c) normalizacja procesu skierowań, ich aktualizacja oraz plan pomocy dla gmin uzdrowiskowych. Program rehabilitacji dla osób po przebytych zakażeniu COVID - 19 – informacja Narodowego Funduszu Zdrowia na temat przebiegu programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 w szpitalu MSWiA w Głuchołazach.

#### **6) posiedzenie 12 kwietnia 2021 r.**

Dyskusja nad zwiększeniem wydolności systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Analiza stanu zdrowia i potrzeb opieki zdrowotnej na najbliższe lata. Omówienie kwestii Zarządzenia nr 62/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

#### **7) posiedzenie 26 kwietnia 2021 r.**

Kontynuacja dyskusji nad stanem pomocy społecznej w Polsce: a) realizacja świadczeń zdrowotnych w domach pomocy społecznej – problemy, sprawy pracownicze, finansowanie; b) kadry, warunki pracy, bhp oraz zasady finansowania; c) dodatkowe świadczenia związane z COVID - 19 dla pracowników zatrudnionych w pomocy społecznej; d) struktura właścicielska, nadzór i jej finansowanie – wnioski i konieczne zmiany systemu opieki senioralnej; e) zabezpieczenie w świadczenia medyczne dla pensjonariuszy w domach opieki społecznej.

Kontynuacja dyskusji na temat roli lecznictwa uzdrowiskowego w systemie ochrony zdrowia: a) finansowanie – rozliczenie systemu zaliczkowego; b) koszty wynikające z konieczności dostosowania się podmiotów lecznictwa uzdrowiskowego do warunków sanitarno-epidemiologicznych w czasie pandemii COVID - 19; c) normalizacja procesu skierowań, ich aktualizacja oraz plan pomocy dla gmin uzdrowiskowych.

#### **8) posiedzenie 10 maja 2021 r.**

Stan prac nad programem Ministerstwa Zdrowia w sprawie przywrócenia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w trakcie epidemii COVID - 19 oraz po jej ustaniu (Recovery Plan). Podjęcie aktywności na polu pomocy psychologiczno - psychiatrycznej dla osób niedotkniętych przebyciem COVID - 19, szczególnie dzieci, które mają uniemożliwiony prawidłowy rozwój psychofizyczny. Rozwijanie modelu rehabilitacji pocovidowej. Normalizacja procesu skierowań, ich aktualizacja oraz plan pomocy dla gmin uzdrowiskowych

#### **9) posiedzenie 21 czerwca 2021 r.**

Polityka lekowa Państwa po COVID - 19: a) przedstawienie przez Ministerstwo Zdrowia zestawienia z wykonania planu finansowego w zakresie Całkowitego Budżetu Refundacyjnego NFZ za 2020 r.; b) ocena zgodności farmakoterapii w Polsce z europejskimi standardami określanymi w wytycznych klinicznych towarzystw naukowych. Finansowanie leków w ramach Funduszu Medycznego. Leki biologiczne – wystąpienie przedstawiciela branży. Partner Bezpieczeństwa Lekowego – wystąpienie eksperta. Problemy farmacji szpitalnej.

## **PREAMBUŁA**

Członkowie doraźnego Zespołu problemowego ds. ochrony zdrowia RDS jednomyślnie uznają, że zdrowie powinno być obszarem największej troski społecznej.

Trwająca wciąż pandemia, nasilająca się w różnych etapach w ostatnim 1,5 roku była i nadal jest wyzwaniem, zarówno organizacyjnym, jak i finansowym dla systemu ochrony zdrowia. To czas wyczerpanej pracy ludzkiej personelu medycznego i niemedyckiego, a także skierowanie wszystkich zasobów na walkę z pandemią i jej skutkami.

Ostatni rok przyniósł znaczący wzrost zgonów pacjentów, także na choroby, których leczenie zostało zaniechane lub odroczone (choroby układu krążenia, onkologiczne, psychiczne). Utrudniony dostęp do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) czy badań diagnostycznych oraz długotrwałe „zamrożenie” badań profilaktycznych w konsekwencji może mieć wieloletnie, negatywne skutki, w skali zarówno systemowej - dla zdrowia publicznego, jak i dla poszczególnych pacjentów. Eksperti wskazują, że w przyszłym roku można spodziewać się ogromnego wzrostu zaawansowanych chorób układu sercowo - naczyniowego, nowotworowych, jak i wzrostu zachorowań na choroby przewlekłe, będących efektem nie tylko zmniejszonej zgłaszalności pacjentów do lekarzy, ale i dezorganizacji funkcjonowania wielu ważnych dla pacjentów szpitali regionalnych, z uwagi na skierowanie większości zasobów na walkę z COVID – 19.

**Dlatego dziś, wobec wielu niepokojących danych, najważniejszym priorytetem Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia powinno być przywrócenie normalnego funkcjonowania opieki zdrowotnej dla wszystkich pacjentów i gwarancja zdecydowanie większego niż obecnie finansowania publicznego ochrony zdrowia, co jest warunkiem niezbędnym dla zachowania zdrowia publicznego Polaków.**

**W ocenie członków doraźnego Zespołu problemowego ds. ochrony zdrowia RDS, aby nadrobić społeczne i zdrowotne skutki pandemii oraz „spłacić dług zdrowotny”, należy wykorzystać obecny czas na korektę niektórych rozwiązań organizacyjnych i finansowych systemu ochrony zdrowia, którą - jako propozycje Rekomendacji Zespołu - przedstawiamy w niniejszym dokumencie.**

Uważamy, że realizacja kierunków zmian zawartych w Rekomendacjach, wypracowanych w drodze dialogu przez stronę pracowników i pracodawców Rady Dialogu Społecznego, z udziałem ekspertów reprezentujących wiele obszarów ochrony zdrowia - przyczyni się do poprawy obecnego, nadszarpniętego przez pandemię, systemu ochrony zdrowia w obszarach wskazanych w niniejszym dokumencie i zakładających m.in: lepszą dostępność i realizację świadczeń opieki zdrowotnej, wzmocnienie kondycji podmiotów leczniczych w czasie pandemii, zdecydowaną poprawę warunków pracy i płacy pracowników ochrony zdrowia, poprawę funkcjonowania Państwowego Ratownictwa Medycznego Państwowej Inspekcji Sanitarnej i lecznictwa uzdrowiskowego, wzmocnienie sektora pomocy społecznej, sektora farmaceutycznego i polityki lekowej państwa, odbudowę zdrowia psychicznego Polaków oraz systematyczne zwiększanie finansów ochrony zdrowia.

**Realizacja tych wyzwań jest możliwa tylko w drodze dialogu społecznego opartego na zasadach równego traktowania wszystkich partnerów społecznych.**

**REKOMENDACJE i WNIOSKI**  
**doraźnego Zespołu problemowego ds. ochrony zdrowia RDS**  
**w obszarach ochrony zdrowia wynikających z tematyki prac Zespołu**

---

**I. Problematyka związana z dostępnością i realizacją świadczeń opieki zdrowotnej oraz kondycją podmiotów leczniczych w czasie pandemii:**

1) bieżący dialog ze stroną pracowników i pracodawców Rady Dialogu Społecznego oraz ekspertami i środowiskiem zawodowym ochrony zdrowia w rozwiązywaniu bieżących i systemowych problemów organizacyjnych, finansowych i kadrowych ochrony zdrowia;

**aspekty finansowe:**

2) szczegółowe przedstawienie w perspektywie krótko – i długoterminowej Planu Odbudowy Zdrowia Polaków tzw. Recovery Plan, ze wskazaniem w szczególności: niezbędnych regulacji prawnych, trybu podejmowania decyzji, wysokości i źródła środków finansowych na realizację poszczególnych obszarów, czasu wdrażania konkretnych pomysłów;

3) przegląd finansowych instrumentów wsparcia systemu opieki zdrowotnej zawartych w Krajowym Planie Odbudowy i Zwiększania Odporności wraz z przedstawieniem harmonogramu realizacji finansowania poszczególnych priorytetów zdrowotnych;

4) przedstawienie struktury i poziomu wydatkowania środków finansowych z Funduszu Przeciwdziałania COVID - 19 i Funduszu Medycznego od początku pandemii, w celu oceny racjonalizacji wydatków ochrony zdrowia w tym okresie i wypracowania dodatkowych wytycznych do finansowania wskazanych priorytetów zdrowotnych;

**aspekty organizacyjne:**

5) stałe monitorowanie przez Ministerstwo Zdrowia poziomu zadłużenia podmiotów leczniczych, niezależnie od organu tworzącego, w tym poziomu zobowiązań ogółem, jak i wymagalnych;

6) kontynuowanie dyskusji o wynikach pracy Zespołu powołanego przez Ministra Zdrowia do spraw przygotowania rozwiązań legislacyjnych dotyczących restrukturyzacji podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne – zakładających zmianę sposobu funkcjonowania sektora szpitalnictwa w Polsce i jego reorganizację;

**aspekty związane z dostępnością do opieki zdrowotnej:**

7) systematyczne poszerzanie zakresu i dostępności do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, niezależnie od regionu ich udzielania, sytuacji społeczno – ekonomicznej pacjentów czy rodzaju świadczeń – zwłaszcza dla pacjentów innych niż „covidowi”, w szczególności pacjentów onkologicznych czy z tzw. „wielochorobowością” oraz świadczeń z tych zakresów, które były realizowane w czasie pandemii w najmniejszych stopniu (np. ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 20 proc. mniej; opieka psychiatryczna – 4 proc. mniej; rehabilitacja lecznicza – 20 proc. mniej czy niektórych procedur wysokospecjalistycznych, zgodnie z danymi NFZ w lutego br.);

- 8) gwarantowanie finansowania ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej na „odbudowanie” zdrowia Polaków - pacjentów innych niż pacjenci „covidowi”;
- 9) podjęcie działań poprawiających sytuację zdrowotną i dostęp wobec pacjentów przewlekle chorych poprzez przeniesienie większego ciężaru na ich leczenie do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), tym samym przesunięcie maksymalnie dużej liczby procedur diagnostycznych i terapeutycznych z opieki szpitalnej do opieki ambulatoryjnej lub opieki jednodniowej;
- 10) przyspieszenie realizacji diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz zorganizowanie możliwości objęcia opieką pacjentów onkologicznych przez większą liczbę ośrodków jako warunki niezbędne do wyjścia z pogłębionych problemów zdrowotnych pacjentów onkologicznych w czasie pandemii;
- 11) systematyczne dążenie do skracania czasu oczekiwania pacjentów we wszystkich rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej;
- 12) przygotowanie sprawnie działającego systemu przekazywania przez podmioty lecznicze informacji o nowej bądź zmienionej organizacji świadczeń zdrowotnych kierowanych w szczególności do seniorów w czasie pandemii, w celu gwarantowania tej grupie społecznej stałego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej;
- 13) bieżące „doskonalenie” instytucji teleporady jako dodatkowego elementu wspomagającego dostęp pacjentów do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a nie zastępującego wizyty stacjonarne. Systematyczna analiza wykorzystywania e – porad w systemie ochrony zdrowia wraz z określeniem długości kolejek pacjentów do świadczeń zdrowotnych.
- 14) partnerska, oparta na zasadzie równego traktowania podmiotów leczniczych, współpraca z podmiotami leczniczymi sektora prywatnego korzystającego ze środków publicznych, zaangażowanego w walkę z pandemią równie mocno, jak podmioty publiczne w celu systematycznego zmniejszania kolejek pacjentów oczekujących np. na zabiegi planowe czy szybszy dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

**aspekty związane z profilaktyką:**

- 15) dokonanie analizy realizacji i efektywności wykorzystania wszystkich programów profilaktycznych obecnie prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia i finansowanych ze środków publicznych, celem wypracowania systemowych rozwiązań w tym obszarze, zwiększających ich skuteczność i większe zainteresowanie pacjentów;
- 16) bieżące monitorowanie programu „Profilaktyka 40 plus” celem wzmacniania efektywności jego wykorzystywania oraz dalsze doskonalenie programu badań profilaktycznych w przyszłości np. poprzez powiązanie ich z badaniami profilaktycznymi w zakresie medycyny pracy;
- 17) wprowadzenie dodatkowego pakietu badań profilaktycznych w ramach szybkiej diagnostyki, celem szybkiej interwencji zdrowotnej wobec pacjentów, których leczenie zostało odroczone lub zaniechane w czasie pandemii.

## II. Problematyka dotycząca kadr medycznych i sytuacji pracowniczej w ochronie zdrowia:

### Podsumowanie roku pandemii z punktu widzenia wybranych grup zawodowych

#### 1) *punkt widzenia lekarzy / lekarzy dentystów – problemy i wnioski:*

- nadmiar i intensywność pracy, obciążonej także stresem związanym z pandemią;
- deklaracje odejścia z pracy, głównie z powodów płacowych, w publicznych podmiotach na rzecz ośrodków prywatnych albo wyjazd za granicę (zdaniem Naczelnej Izby Lekarskiej deklaracje sięgają nawet do kilkunastu procent);
- niskie, w porównaniu do wykształcenia i doświadczenia zawodowego – wynagrodzenia.

#### 2) *punkt widzenia pielęgniarek i położnych – problemy i wnioski:*

- wieloletnie zaniedbania płacowe w stosunku do kwalifikacji i odpowiedzialności zawodowej oraz uciążliwych warunków pracy spowodowały brak zainteresowania wykonywaniem zawodu, co jest powodem występowania luki pokoleniowej i braku zastępowalności w zawodzie - stale wzrasta średnia wieku;
- nabywanie praw emerytalnych: w roku 2020 prawa emerytalne nabyło 10 tys. osób – w kolejnych latach liczba ta będzie systematycznie rosła, co przy małej liczbie absolwentów wchodzących do systemu (na poziomie 2,8 tys. osób w roku 2020) jest zagrożeniem dla prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia;
- ogromne trudności kadrowe występujące w podmiotach leczniczych wpływające na brak możliwości ułożenia harmonogramów pracy i zabezpieczenia osób do wykonania świadczeń zdrowotnych. Podkreślić należy występujące powszechne zjawisko wieloletowości w grupie medyków lub pracę na umowach cywilnoprawnych (nawet po 300 godz. w miesiącu); przykładowo, na 250 tys. zatrudnionych pielęgniarek, na 2 etatach pracuje 60 tys. a na 3 etatach – 11 tys.;
- „starzejący zawód” (średnia wieku 53 lata) i nadumieralność wynikająca m. in. z ciężkich warunków pracy: pielęgniarka żyje średnio 62 lata, podczas gdy przeciętna Polka – 82;
- nadal duże zainteresowanie emigracją zarobkową, pomimo malejącej liczby wydawanych zaświadczeń do pracy za granicą. Studenci wydziałów pielęgniarskich deklarują wyjazd bezpośrednio po studiach, szczególnie, jeśli sami finansują swoje wykształcenie.
- ogromne niezadowolenie z stale pogarszających się warunków pracy i płacy, zwłaszcza w placówkach szpitalnych, ze względu na braki kadrowe i zawieszony normy zatrudnienia;
- po lipcowej nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia, płace dla pielęgniarek po liceach medycznych i studium zawodowym (około 150 tys. osób ) z dużym doświadczeniem zawodowym. utrzymane są na poziomie niższym niż absolwentów studiów licencjackich bez doświadczenia zawodowego. Taka sytuacja nie motywuje do kontynuowania pracy po uzyskaniu uprawnień emerytalnych -w okresie pandemii zmalała liczba osób deklarujących kontynuację pracy po przejściu na emeryturę.

### **3) punkt widzenia fizjoterapeutów – problemy i wnioski:**

- zbyt nisko wyceniona praca fizjoterapeuty jako wolnego zawodu medycznego;
- przewidywalny, znaczący „odpływ” fizjoterapeutów z systemu świadczeń gwarantowanych na rzecz udzielania świadczeń komercyjnie;
- niepokojące deklaracje fizjoterapeutów, zwłaszcza młodych dotyczące migracji za granicę;
- postulat środowiska zawodowego o nową, wyższą wycenę świadczeń rehabilitacyjnych w zakresie fizjoterapii oraz o wyodrębnienie w ramach specjalizacji fizjoterapeutów, odrębnych zakresów specjalizacyjnych.

### **4) punkt widzenia farmaceutów szpitalnych – problemy i wnioski:**

- wieloletnie zaniedbania systemowe w zakresie funkcjonowania aptek szpitalnych: brak odpowiedniej liczby personelu, złe warunki lokalowe, niewłaściwe warunki pracy, brak należytego wyposażenia, częste sporządzanie leków do żywienia pozajelitowego czy leków cytostatycznych w nieodpowiednich warunkach (np. oddziałach szpitalnych);
- niskie, w porównaniu do wykształcenia i doświadczenia zawodowego – wynagrodzenia;
- zapewnienie odpowiedniej obsady kadrowej farmaceutów, bez której niemożliwe jest profesjonalne wykonanie zadań na poziomie gwarantującym bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów;
- zachęcanie do pozostawania w szpitalu, poprzez zapewnienie godziwych wynagrodzeń, w tym oczekiwanie wydzielenia farmaceutów do osobnej grupy w załączniku od ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

### **5) punkt widzenia diagnostów laboratoryjnych – problemy i wnioski:**

- intensywność pracy i obciążenie nowymi zadaniami związanymi z wykonywaniem badań w kierunku diagnostyki koronawirusa Sars - Cov 2;
- brak wydzielenia badań laboratoryjnych w kontraktowaniu procedur medycznych, co zdaniem środowiska zawodowego jest powodem nisko wycenionej pracy ludzkiej;
- obserwowalny od kilku lat spadek naboru na kierunek analityka medyczna;
- wieloletnie zaniedbania wysokości płac w stosunku do kwalifikacji i odpowiedzialności zawodowej.

### **6) punkt widzenia ratowników medycznych – problemy i wnioski:**

- zauważalny i nasilający się w ostatnim czasie problem deficytu kadrowego w jednostkach systemu ratownictwa medycznego, wynikający m.in. ze starzejącego personelu, ale także braku zachęt do pracy w zawodzie, aktualnej sytuacji epidemiologicznej, zwolnień lekarskich, kwarantanny czy izolacji, ale też zwiększonego w czasie pandemii napływu pacjentów. Taki stan kadrowy wymaga debaty w dialogu trójstronnym ze środowiskiem zawodowym ratowników medycznych, celem wypracowania rozwiązań zachęcających (także finansowo) do pracy w systemie ratownictwa medycznego;
- znaczne obciążenie pracą ratowników medycznych w czasie pandemii, jak i obecnie;
- trudne warunki pracy, zwłaszcza w zespołach ratownictwa medycznego, szczególnie związane z ponadwymiarowym czasem pracy;



- wieloletnie zaniedbania płacowe w stosunku do kwalifikacji i odpowiedzialności zawodowej są wyrazem postulatu środowiska zawodowego ratowników medycznych o wyodrębnienie ich jako oddzielnej grupy zawodowej w załączniku do ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych wraz z określeniem wyższych dla nich współczynników pracy uzgodnionych ze środowiskiem zawodowym.

#### **Rekomendacje ogólne dotyczące sytuacji kadrowej i pracowniczej w ochronie zdrowia:**

- 1) opracowanie i przyjęcie przez rząd, w dialogu z partnerami społecznymi, „Strategii na rzecz polityki kadrowej w ochronie zdrowia”, będącej odpowiedzią na dramatyczne braki kadrowe w wielu zawodach i specjalnościach;
- 2) przygotowanie w dialogu społecznym „Planu Odbudowy Kadr Medycznych”, w tym w perspektywie krótkoterminowej - opracowanie dokumentu zakładającego racjonalne i efektywne wykorzystanie obecnych zasobów kadrowych personelu zatrudnionego w ochronie zdrowia (także personelu opiekuńczego - opiekunowie medyczni);
- 3) kontynuacja prac nad systemowym uregulowaniem wynagrodzeń dla wszystkich grup zawodowych zatrudnionych w ochronie zdrowia;
- 4) dokonanie oceny nowelizacji „ustawy covidowej” (ustawy z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych) wprowadzającej tryb uproszczonego i warunkowego wykonywania zawodu medycznego w Polsce przez pracowników z innych krajów;
- 5) zmiana zasad przyznawania i wypłacania tzw. dodatku covidowego dla pracowników ochrony zdrowia, jak i zatrudnionych w sektorze pomocy społecznej – opartego o czytelne kryteria i warunki jego przyznawania, wraz z objęciem personelu pozbawionego możliwości otrzymania tego świadczenia pieniężnego.

#### **III. Problematyka funkcjonowania Państwowego Ratownictwa Medycznego:**

- 1) zachowanie, jak obecnie, publicznego funkcjonowania Państwowego Ratownictwa Medycznego i państwowego charakteru tej służby;
- 2) stałe monitorowanie i analizowanie działania jednostek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego celem bieżącego usprawniania i poprawy funkcjonowania systemu, szczególnie po trudnym roku 2020;
- 3) wspieranie finansowania infrastruktury ratownictwa medycznego (zakupy ambulansów, środków ochrony osobistej dla zespołów ratownictwa medycznego, wyposażenie centrów urazowych czy sor – ów);
- 4) bieżący monitoring i kontrolowanie funkcjonowania dyspozytorni w związku z przekazaniem wojewodom ich prowadzenia;

- 5) niwelowanie zauważalnych w praktyce, regionalnych nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych z zakresu ratownictwa medycznego (pod względem dostępności karettek czy zespołów wyjazdowych ratownictwa medycznego w stosunku do liczby mieszkańców, jak i liczebności szpitalnych oddziałów ratunkowych w podziale wojewódzkim) i dokonanie rewizji działania systemu ratownictwa medycznego pod względem poprawy dostępności dla pacjentów;
- 6) dokonanie analizy funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w odniesieniu do raportu wyników z kontroli Najwyższej Izby Kontroli z grudnia 2020 r. na temat funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego (wskazywane we wnioskach pokontrolnych m.in. opóźnienia w wydawaniu aktów wykonawczych, sprawowanie nadzoru ministra właściwego do spraw zdrowia nad funkcjonowaniem systemu ratownictwa medycznego, opóźnienia w realizacji systemu wspomagania dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego itp.).

#### **IV. Problematyka funkcjonowania Państwowej Inspekcji Sanitarnej:**

- 1) przywrócenie pełnej pionizacji Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie merytorycznym i finansowym jako realizacja wieloletniego i jednomyślnego postulatu strony społecznej: pracowników i pracodawców Rady Dialogu Społecznego. Podtrzymujemy od lat, że funkcjonowanie inspekcji sanitarnej w latach 2010 – 2015 dowiodło, że jedynie pionowa struktura, w której funkcjonowała Państwowa Inspekcja Sanitarna przed rokiem 2010 – umożliwiła ministrowi właściwemu do spraw zdrowia sprawowanie skutecznego nadzoru w zakresie zdrowia publicznego i bezkolizyjne podejmowanie decyzji w przypadku zagrożeń epidemiologicznych w kraju;
- 2) zachowanie publicznego charakteru tej służby uzasadnia nie tylko rola inspekcji sanitarnej w systemie zdrowia publicznego Polaków, ale także sprawne działanie logistyczne i organizacyjne inspekcji sanitarnej w czasie pandemii w ekstraordynaryjnych warunkach pracy pracowników tego sektora i wszystkich organów inspekcji sanitarnej;
- 3) kontynuowanie procesu informatyzacji inspekcji sanitarnej, wprowadzanie usprawnień organizacyjnych i systematyczne doskonalenie warunków pracy pracowników inspekcji (wywiady epidemiologiczne, rozbudowa narzędzi informatycznych, obsługa systemu, czas pracy, raportowanie, braki kadrowe itp.);
- 4) systematyczne zwiększanie wynagrodzeń pracownikom inspekcji sanitarnej, w tym włączenie wszystkich pracowników inspekcji sanitarnej do zakresu podmiotowego ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, by uniknąć wątpliwości interpretacyjnych.

## **V. Problematyka funkcjonowania uzdrowisk i lecznictwa uzdrowiskowego:**

- 1)** realizacja wniosku strony pracowników i strony pracodawców doraźnego Zespołu problemowego ds. ochrony zdrowia Rady Dialogu Społecznego z dnia 2 kwietnia 2021 r. skierowanego do przewodniczącego Rady Dialogu Społecznego o korektę zapisów projektu Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności w części odnoszącej się do problematyki uzdrowiskowej - poprzez wskazanie ministra właściwego do spraw zdrowia jako instytucji odpowiedzialnej za zakres wsparcia lecznictwa uzdrowiskowego w uzdrowiskach, zwłaszcza, że integralna część tych zadań będzie dotyczyć wdrażania rehabilitacji pocovidowej w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego;
- 2)** stałe monitorowanie zasad i dostępu udzielania świadczeń z zakresu tzw. rehabilitacji pocovidowej udzielanej pacjentom po przebytej chorobie COVID – 19 w sektorze uzdrowiskowym w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego;
- 3)** umorzenie bądź przekwalifikowanie zaliczek 1/12 wypłacanych z Narodowego Funduszu Zdrowia świadczeniodawcom z sektora uzdrowiskowego, ze względu na pogorszenie sytuacji finansowej z czasie pandemii;
- 4)** systematyczne zwiększanie finansowania lecznictwa uzdrowiskowego w planach finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 5)** stałe wzmocnienie roli lecznictwa uzdrowiskowego w systemie ochrony zdrowia jako najtańszej formy leczenia chorób cywilizacyjnych, wielochorobowości czy profilaktyki, poprzez pełne wykorzystanie wszystkich dostępnych zasobów zakładów lecznictwa uzdrowiskowego funkcjonujących w uzdrowiskach;
- 6)** rozważenie podjęcia realizacji wspólnego projektu przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwa Edukacji i Nauki skierowanego do dzieci i młodzieży, mającego na celu profilaktyczne wykorzystanie zasobów lecznictwa uzdrowiskowego poprzez organizowanie quasi „zielonych szkół” (zajęć terapeutycznych, poprowadzenie diagnostyki ogólnoustrojowej, także „przesiewowe” wykrywanie zaburzeń psychicznych czy uzależnień behawioralnych u dzieci i młodzieży).

## **VI. Problematyka funkcjonowania sektora pomocy społecznej:**

- 1)** realizacja i podtrzymanie postulatu strony społecznej z 2018 roku o powołanie przy Ministrze Rodziny i Polityki Społecznej Trójstronnego Zespołu Branżowego Pomocy Społecznej, celem wypracowania rozwiązań organizacyjnych i systemowych funkcjonowania domów pomocy społecznej, jak też normujących pragmatykę zawodową pracowników tych domów;
- 2)** zwiększenie koordynacji za nadzór i funkcjonowanie domów pomocy społecznej oraz stały i bieżący monitoring obecnej sytuacji i reagowanie na występujące problemy w duchu współpracy wszystkich odpowiedzialnych podmiotów – organów tworzących i nadzorujących, wojewodów oraz starostów. Za kluczową uznajemy współpracę obu resortów – Rodziny i Polityki Społecznej oraz Zdrowia w obszarze ich kompetencji;

- 3) podjęcie prac wprowadzających przejęcie przez Narodowy Fundusz Zdrowia finansowania wynagrodzeń personelu medycznego zatrudnionego w domach pomocy społecznej (obecnie finansowanych ze środków budżetów tych domów). Kwestia świadczenia usług pielęgniarskich w domach pomocy społecznej została podjęta przez Radę Pomocy Społecznej poprzez powołanie w jej ramach Zespołu ds. wypracowania rekomendacji w zakresie usług medycznych, pielęgniarskich i opiekuńczych w domach pomocy społecznej - niezbędne jest zapoznanie z wnioskami wypracowanymi przez zespół i wypracowanie zmian kierunkowych;
- 4) rozważenie zmiany podległości i przeniesienia kompetencji dotyczących usług medycznych, pielęgniarskich i opiekuńczych w domach pomocy społecznej do ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 5) systematyczne zwiększanie dostępu do świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki długoterminowej udzielanych mieszkańcom domów pomocy społecznej, celem zapewnienia lepszej dostępności i opieki mieszkańcom domów oraz skracanie czasu oczekiwania na te świadczenia.

## **VII. Problematyka funkcjonowania sektora farmaceutycznego i polityki lekowej państwa**

### **aspekty systemowe:**

- 1) dokonanie rewizji kierunków zmian i postulatów zawartych w dokumencie przyjętym przez Radę Ministrów w 2018 r. „Polityka Lekowa Państwa 2018 - 2022”, ze szczególnym uwzględnieniem działań i wytycznych, zmierzających do ograniczania skutków pandemii COVID - 19 i poprawę dostępności pacjentów do leków wraz z opracowaniem nowego dokumentu strategicznego o horyzoncie wykraczającym poza rok 2022;
- 2) kontynuowanie i podjęcie działań na rzecz zwiększenia bezpieczeństwa lekowego Polski i polskich pacjentów, poprzez działania krótkookresowe i długookresowe.  
Działania krótkookresowe to m.in.: a) prolongaty decyzji refundacyjnych kończących się w 2021 r. lub konstruktywny dialog, co do przedłużenia decyzji w aktualnych poziomach cen; b) niezmiennianie ustawy refundacyjnej podczas pandemii, ze względu na ryzyko braku leków i nieprzewidywalną sytuację epidemiczną i gospodarczą;  
Działania długookresowe to m.in.: a) zaangażowanie i zainicjowanie działań wspólnie ze stroną rządową i z krajowym przemysłem farmaceutycznym na rzecz wypracowania dokumentu „Strategia Bezpieczeństwa Lekowego Polski”; b) podjęcie dialogu i współpracy resortów zdrowia i gospodarki w zakresie kluczowych decyzji dla branży na rzecz „Strategii rozwoju krajowego przemysłu farmaceutycznego”; c) wypracowanie instrumentów wsparcia produkcji leków w Polsce; d) wsparcie procesu budowania obecności przedsiębiorstw sektora farmaceutycznego, w tym inwestycji w działalność rozwojową oraz zwiększanie zatrudnienia w tej dziedzinie;
- 3) wzmocnienie roli krajowego przemysłu farmaceutycznego w systemie ochrony zdrowia;
- 4) wprowadzenie możliwości prowadzenia usług prozdrowotnych w polskich aptekach (oraz informowania o prowadzeniu tych usług) jako elementu odciążenia systemu opieki

zdrowotnej i będących usługami komplementarnymi wobec opieki farmaceutycznej i usług farmaceutycznych. Przykładowe usługi to: realizowanie programów profilaktycznych, wykonywanie badań kontrolnych, szczepienia, doradztwo w zapobieganiu uzależnieniom, doradztwo żywieniowe, w tym dla osób z chorobami metabolicznymi, dowóz leków do domu, działalność edukacyjna, spersonalizowany system dozowania leków, nauka obsługi i wynajem sprzętu medycznego;

- 5) wzmocnienie roli importu równoległego w systemie opieki zdrowotnej w Polsce;
- 6) zapewnienie stabilnego wzrostu wydatków publicznych na leki refundowane o dynamice równej lub zbliżonej do ogólnego wzrostu wydatków publicznych na ochronę zdrowia;

***aspekty dotyczące systemu / procesu refundacji:***

- 7) przekształcanie systemu refundacji w taki sposób oraz we współpracy ze środowiskiem zawodowym i producentami leków, by w ramach stale zwiększanych publicznych środków finansowych, odpowiadał w możliwie najwyższym stopniu aktualnemu zapotrzebowaniu społecznemu w zakresie zaopatrzenia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne;
- 8) stałe zwiększanie puli leków innowacyjnych na listach refundacyjnych;
- 9) zobowiązanie Ministra Zdrowia do jak najszybszego wprowadzenia konkurencji po wygaśnięciu ochrony z praw wyłącznych w obszarze refundacji i dostępu pacjenta do leków;

***aspekty dotyczące dostępności pacjentów do leków:***

- 10) systematyczne zwiększanie dostępu pacjentów do leczenia lekami, zgodnego z międzynarodowymi wytycznymi: obecnie w Polsce chorzy mają dostęp jedynie do 42 terapii (28 proc.) przy średniej unijnej 74 leki tj. 49 proc.;
- 11) przyjazna dla kieszeni pacjenta polityka lekowa poprzez systematyczne zmniejszanie poziomu współpłacenia pacjentów za leki i wyroby medyczne, zarówno leki refundowane, jak i te dostępne na receptę (skala dopłat ze strony pacjenta pomimo zmniejszania nadal jest znacząca: w przypadku leków refundowanych stanowi niemal 29 proc., a tych dostępnych na receptę - średnio 56 - 57 proc. wg. danych z 2018 r.);
- 12) poszerzanie dostępu pacjentów do leków biologicznych, także poprzez włączenie tego asortymentu leków do aptek;
- 13) wzmocnienie znaczenia usług doradztwa naukowego jako jednego z elementów wpływających na dostępność rynkową leków w Polsce;
- 14) zwiększenie roli farmaceutów szpitalnych w systemie ochrony zdrowia m.in. poprzez:
  - wprowadzenie serwisu opieki farmaceutycznej i informacji klinicznej w szpitalach;
  - powołanie zespołu do spraw opracowania i wdrożenia koncepcji usług farmacji klinicznej w szpitalach;
  - wypracowanie, wspólnie ze środowiskiem farmaceutów szpitalnych, katalogu usług wraz z podaniem oczekiwanych efektów ich świadczenia, a także parametrami umożliwiającymi monitorowanie tych usług (chodzi np. o wywiad farmaceutyczny i poradę w ramach opieki farmaceutycznej, usługę przeglądu lekowego);

- systematyczne przeprowadzenie modernizacji polskich aptek szpitalnych w zakresie zarówno systemów dystrybucji, jak i systemów sporządzania produktów leczniczych;
- aktualizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki m.in. poprzez ujęcie nowoczesnych rozwiązań dostępnych dziś w obszarze farmacji szpitalnej;
- włączenie farmaceutów szpitalnych, w szerszym aspekcie, w działalność kliniczną;
- zagwarantowanie środków finansowych na wyposażenie aptek szpitalnych;
- wskazywanie, jako dobrej praktyki, zatrudniania personelu farmaceutycznego w szpitalu jako warunek przekładający się na zysk szpitala i zmniejszenie kosztów leczenia pacjenta;
- systematyczne inwestowanie w informatyzację aptek szpitalnych jako kluczowego ogniwa działalności szpitala i warunek monitorowania oraz zmniejszania kosztów szpitala;
- włączenie farmaceutów w działania związane z profilaktyką, promocją zdrowia i bezpieczeństwem farmakoterapii.

#### **VIII. Problematyka związana z opieką psychologiczną i zdrowiem psychicznym Polaków:**

- 1) podjęcie aktywności na polu pomocy psychologiczno - psychiatrycznej dla osób „niedotkniętych” przebyciem COVID-19, szczególnie dzieci, które mają uniemożliwiony prawidłowy rozwój psychoruchowy;
- 2) intensyfikacja organizacyjna pomocy psychologiczno - psychiatrycznej dla osób doznających szeregu problemów będących skutkiem pandemii, zwłaszcza zaburzeń lękowych, depresyjnych, zaburzeń pamięci snu itp., z uwzględnieniem dzieci;
- 3) dążenie do stałego zwiększania liczby oddziałów stacjonarnych całodobowych dla dzieci i młodzieży oraz oddziałów dziennych celem zabezpieczenia potrzeb społecznych i zdrowotnych tej grupy;
- 4) pilne podjęcie działań na rzecz „odbudowania” kadry psychiatrów dziecięcych i dziecięcych psychologów klinicznych;
- 5) wykorzystanie istniejących zasobów, jak poradnie psychologiczne, psychologowie szkolni czy terapie grupowe jako istotnych elementów terapii dla dzieci, po długiej izolacji będącej efektem pandemii i jako rozwiązanie możliwe do wdrożenia w perspektywie krótkoterminowej;
- 6) ponowna wycena świadczeń psychologiczno - terapeutycznych i psychiatrycznych w zależności od poziomu referencyjnego udzielanych świadczeń;
- 7) opracowanie łatwo dostępnych możliwości wsparcia psychologicznego, pomagającego niwelować poczucie samotności i deficyty zdrowia psychicznego wśród osób starszych.

**Za doraźny Zespół problemowy ds. ochrony zdrowia Rady Dialogu Społecznego**

**Krystyna Ptok  
Przewodnicząca**

Warszawa, 23 sierpnia 2021 r.