

**Protokół**  
**z posiedzenia doraźnego Zespołu problemowego ds. ochrony zdrowia RDS**  
**z dnia 3 marca 2021r.**

**Forma posiedzenia:** wideokonferencja.

**Przewodnicząca:** Krystyna Ptok, Przewodnicząca doraźnego Zespołu problemowego ds. ochrony zdrowia.

**Uczestnicy posiedzenia:** członkowie doraźnego Zespołu problemowego ds. ochrony zdrowia RDS, pozostali zaproszeni goście i eksperci.

**Przyjęto następujący porządek obrad:**

1. Podsumowanie stanu ochrony zdrowia po roku trwania pandemii. Dyskusja na temat funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz Państwowej Inspekcji Sanitarnej.
2. Sprawy różne.

**Przewodnicząca Krystyna Ptok, FZZ** przywitała członków doraźnego Zespołu problemowego ds. ochrony zdrowia RDS i zebranych gości, a następnie przeszła do przedstawienia porządku obrad posiedzenia.

*Strony Jednogłośnie zaakceptowały porządek obrad.*

**Ad 1.**

**Przewodnicząca Krystyna Ptok, FZZ** przypomniała, że zgodnie z ustaleniami z ostatniego posiedzenia strona rządowa zobowiązała się do przedstawienia wyników kontroli NFZ z zakresu e-porady, określenie długości kolejek pacjentów do świadczeń, analizę w zakresie teleporad SPOZ i AOS oraz rozszerzenia programu solidarnościowego na województwo kujawsko-pomorskie. Zwróciła się do pana Ministra Miłkowskiego o przedstawienie wnioskowanych informacji.

**Pan Maciej Milkowski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia** powiedział, że wyjaśnienie zostanie zaprezentowane na piśmie.

**Przewodnicząca Krystyna Ptok, FZZ** przeszła do dyskusji na temat funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.

**Pan Maciej Milkowski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia** powiedział, że informację w tym zakresie przedstawi Dyrektor Departamentu Obronności w Ministerstwie Zdrowia. Zauważył, że zwłaszcza w pierwszym okresie epidemii COVID-19, cały system zarządzania epidemią spoczywał na Departamencie Obronności.

**Pani Agnieszka Tuderek-Kuleta, Dyrektor Departamentu Obronności w Ministerstwie Zdrowia** odniosła się do kwestii funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w czasie epidemii SARS-CoV-2. PRM był jednym z kluczowych elementów działania i stał na pierwszej linii walki z epidemią. Następnie przedstawiła informację statystyczną w zakresie PRM. Obecnie PRM dysponuje 1594 zespołami, w tym 1258 zespołów podstawowych i 336 zespołów specjalistycznych. Na chwilę obecną funkcjonuje 240 szpitalnych oddziałów ratunkowych, 17 centrów urazowych dla dorosłych i 10 centrów urazowych dla dzieci. Działają 190 ładowiska dla śmigłowców przy szpitalnych oddziałach ratunkowych spełniających wymagania rozporządzenia, 34 dyspozytornie medyczne, 22 bazy lotniczego pogotowia ratunkowego i 27 śmigłowców ratunkowych. W okresie pandemii wojewodowie mieli także możliwość tworzenia dodatkowych zespołów ratownictwa medycznego oraz dodatkowych zespołów transportu sanitarnego. W tym czasie zostało utworzonych dodatkowo 14 zespołów ratownictwa medycznego. Zwróciła uwagę, że na przełomie roku 2020/2021 odbyło się przejście dyspozytorni medycznych w struktury urzędów wojewódzkich. W 11 województwach dyspozytornie przeszły do urzędów wojewódzkich, natomiast w 5 nastąpiło powierzenie prowadzenia dyspozytorni przez dysponentów ratownictwa medycznego. Zgodnie z deklaracjami urzędów wojewódzkich przejście tych 5 dyspozytorni nastąpi do stycznia 2022 roku. Kolejnym procesem, który trwa pomimo pandemii jest proces koncentracji dyspozytorni. Docelowy model, który będzie obowiązywał od 1 stycznia 2028 roku to zgodnie z ustawą 1 dyspozytornia na województwo z wyłączeniem województwa śląskiego i mazowieckiego, gdzie tych dyspozytorni będzie po 2. Takie rozwiązanie zostało już zrealizowane w 7 województwach: lubuskim, łódzkim, opolskim, świętokrzyskim, podkarpackim, warmińsko-mazurskim oraz podlaskim. Cały czas wprowadzane jest również rozwiązanie mające na celu wdrożenie w szpitalnych oddziałach ratunkowych jednolitego systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta tzw. system TOKSO. Dotychczas system został już uruchomiony w ponad 100 placówkach. Zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem 30 czerwca 2021 roku upływa termin

na dostosowanie szpitalnych oddziałów ratunkowych do posiadania tego systemu. W Ministerstwie Zdrowia cały czas trwa monitorowanie i analizowanie działania jednostek systemu oraz na bieżąco podejmowane są czynności mające na celu usprawnienie i poprawę jego funkcjonowania. W roku 2020 wprowadzono szereg rozwiązań, aby w jakiś sposób poprawić działanie tego systemu, by w efekcie zapewnić pacjentom lepszy dostęp do świadczeń zdrowotnych. Wprowadzono m.in. możliwość powołania krajowego koordynatora ratownictwa medycznego, do zadań którego należy rozpatrywanie sporów dotyczących przyjęcia do szpitala osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w sytuacji gdy spór dotyczy przyjęcia osoby transportowanej przez zespół z terenu innego województwa, ułatwiona została rekrutacja kandydatów na stanowisko dyspozytora medycznego, głównego dyspozytora medycznego oraz zastępcy głównego dyspozytora medycznego, umożliwiono wojewodom powierzenie na kolejny rok prowadzenia dyspozytorni medycznej, dyspozytorom medycznym zapewniono wsparcie psychologiczne, wprowadzono także przepisy dające możliwość zatrudnienia dyspozytora medycznego na podstawie umowy cywilnoprawnej, ujednolicono wymagania dotyczące kierownika podstawowego zespołu ratownictwa medycznego, którym zarówno w okresie obowiązywania stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego może być ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu wskazani przez właściwego dysponenta. Z uwagi na pojawiające się problemy kadrowe odstąpiono od wymogu posiadania przez kierownika podstawowego zespołu ratownictwa medycznego 5-letniego doświadczenia zawodowego. Specjalistyczny zespół w czasie epidemii może wyjeżdżać bez lekarza w składzie, jego kierownikiem może być również członek zespołu wskazany przez dysponenta. Wprowadzono również możliwość dowolnego konfigurowania składu zespołów lotniczych. Ważnym działaniem, które również zostało wprowadzone jest możliwość pełnienia dyżuru medycznego w jednostkach systemu przez osoby wykonujące zawód medyczny bez względu na posiadane wykształcenie. Wprowadzono również inne rozwiązania mające na celu usprawnienie pracy zespołów ratownictwa medycznego, w tym umożliwiono wykonywanie testów antygenowych na obecność koronawirusa, uruchomiono elektroniczny system ELC (system rezerwacyjny łóżek szpitalnych) oraz powołano pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw ECMO. Wydane zostały również schematy postępowania dla dyspozytorów medycznych oraz zespołów ratownictwa medycznego z pacjentami z prawdopodobnym lub potwierdzonym zakażeniem koronawirusem. Wydano również dobre praktyki postępowania dyspozytorów i zespołów z pacjentem z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego. Następnie odniosła się do kadry. Według danych wynikających z wojewódzkich planów działania systemu za rok 2019, w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego pracowało 20 597 ratowników

medycznych, zaś w roku 2018 było to 18 809 ratowników. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej na dzień 30 września 2020 roku w Polsce zarejestrowanych było 1092 specjalistów medycyny ratunkowej, z których 1084 wykonuje zawód lekarza. W związku z sytuacją epidemiczną w kraju nie obyło się bez identyfikacji braków kadrowych wśród personelu medycznego, które wynikały głównie z aktualnej sytuacji epidemiologicznej – zwolnienia lekarskie, kwarantanna, izolacja, a także z przeniesienia osób do pracy w innych podmiotach leczniczych i ze zwiększonego napływu pacjentów z podejrzeniem lub stwierdzonym koronawirusem. Ministerstwo Zdrowia ma świadomość trudnej sytuacji kadrowej, przygotowano w związku z tym szereg rozwiązań, które pozwalają podmiotom leczniczym na pewne odstępstwa od dotychczasowych wymagań stosowanych przez NFZ m.in. przy kontraktowaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Przewidziano też dodatkowe wynagrodzenia dla osób pracujących przy zwalczaniu skutków pandemii, a gotowość do udzielania tych świadczeń jest finansowana jako odrębny produkt w ramach umów z NFZ. Wskazała również na wsparcie kierowane dla infrastruktury ratownictwa medycznego. Jednym z głównych elementów było wsparcie zespołów ratownictwa medycznego poprzez zakup ambulansów. Na przełomie 2019/2020 roku z budżetu państwa dokonano zakupu 200 karet, w 2020 roku procedowany był zakup kolejnych 97 ambulansów. Aktualnie trwa etap procedowania zakupu kolejnych 112 pojazdów wraz z dodatkowym wyposażeniem i środkami ochrony osobistej dla zespołów ratownictwa medycznego. Planowane jest skierowanie wsparcia na działania związane również z zakupem ambulansów, wsparciem SOR-ów, centrum urazowych, lądowisk czy innych oddziałów, w których udzielane są świadczenia na rzecz osób w stanie zagrożenia zdrowotnego, w ramach subfunduszu modernizacji szpitali Funduszu Medycznego. Dodatkowo w kontekście zapewnienia skutecznego udzielania pomocy osobom będącym w stanie zagrożenia życia lub zdrowia, w tym również osobom zakażonym koronawirusem planowane jest wyposażeniem ambulansów w dodatkowy sprzęt, a także inwestycje w zakresie SOR, lądowisk i łączności radiowej w ramach nowego programu unijnego REACT-EU. Wszystkie wprowadzone działania mają na celu wprowadzenie narzędzi umożliwiających sprawne wykonywanie zadań w ramach systemu PRM oraz zachęcanie personelu medycznego do wykonywania swojego zawodu w okresie pandemii i po jej zakończeniu.

**Pan Dariusz Mądraszewski, Ekspert NSZZ „Solidarność”** odnosząc się do wystąpienia pani Dyrektor Tuderek-Kulety powiedział, że działania Ministerstwa są potrzebne i ocenia je pozytywnie jeżeli chodzi o zakup karet, sprzętu, jak również zaopatrzenie w środki ochrony osobistej. Podkreślił jednak, że lokowanie środków powinno się odbywać w porozumieniu i w konsensusie z personelem, tak by były one lokowane w rzeczy najpotrzebniejsze i żeby to

było odzwierciedlenie potrzeb członków zespołów ratownictwa medycznego i LPR. Następnie odniósł się do liczby personelu działającego w zespołach ratownictwa medycznego. Zwrócił uwagę, że wielu ratowników, którzy zostali ujęci w tych statystykach, jest zatrudnionych w policji, wojsku, straży pożarnej. Są to osoby, które biorą dodatkowe dyżury w pogotowiu. Liczby etatowych i zatrudnionych na innych formach zatrudnienia pracowników pogotowia wyglądałyby zgoła inaczej. Dodatek spowodował mobilizację i chęć brania dyżurów przez ratowników. Zwrócił uwagę na przepracowanie ratowników pracujących na 2, 2,5 etatów. Jest to spowodowane brakami kadrowymi wśród ratowników oraz dyspozytorów. Zauważył, że część dyspozytorów jest w wieku przedemerytalnym. Powiedział, że Sekcja przedstawi Ministrowi propozycję debaty pomiędzy pracodawcami, personelem a Ministerstwem, żeby podjąć rozwiązania zachęcające do podejmowania pracy i zostawania w ratownictwie medycznym. Dodał, że problem z personelem uwidoczni się po skończeniu wypłaty dodatków.

**Pani Maria Ochman, NSZZ „Solidarność”** dodała w uzupełnieniu, że obecna sytuacja wskazuje na to, że dodatkowe środki finansowe tzw. covidowe, które przekazano pracownikom ratownictwa były potrzebne. Zauważyła, że ratownictwo medyczne to nie tylko ratownictwo wyjazdowe, ale także ratownicy zatrudnieni na oddziałach szpitalnych. Zaznaczyła, że duża część pracowników stacji pogotowia ratownictwa medycznego, która ma kontakt z pacjentem covidowym została pozbawiona dodatku covidowego. Zwróciła się do pana Ministra Miłkowskiego o zajęcie stanowiska w tej sprawie. Zapytała ilu obecnie jest zgłoszonych ratowników spoza granicy.

**Pani Urszula Michalska, OPZZ** zapytała jak wstępnie Ministerstwo odnosi się do raportu NIK na temat funkcjonowania ratownictwa medycznego.

**Pan Piotr Dymon, Ekspert OPZZ** powiedział, że zgadza się z wypowiedziami przedmówców. Dodał, że były kierowane do Ministerstwa Zdrowia pisma o objęciu dodatkiem covidowym transportów sanitarnych, covidowych i międzyszpitalnych. W odpowiedzi padła informacja, że to Minister Zdrowia podejmuje decyzje w tym zakresie. W tym momencie największe braki jeżeli chodzi o personel są w dyspozytorniach medycznych. Odniósł się do raportu NIK, zauważył, że nie ma w nim informacji o brakach kadrowych w ratownictwie medycznym. Zwrócił uwagę na zapis w ustawie o kadrach mówiący o niewymaganej obecności lekarza na zespole ratownictwa medycznego. Kolejną sprawą jest aktualna ustawa o minimalnym wynagrodzeniu. Zauważył, że jeżeli współczynniki zostaną na takim samym poziomie, na którym są teraz, ewentualnie zostaną nieznacznie podniesione, to na tej ustawie zyskają kadry pielęgniarskie. Dodał, że wielu ratowników medycznych jest w trakcie ukończenia studiów

pielęgniarskich. Grono pielęgniarskie się powiększy co spowoduje zapaść w środowisku ratowników.

**Pani Przewodnicząca Krystyna Ptok, FZZ** zwróciła się do pana Ministra Miłkowskiego o odniesienie do pytań członków Zespołu.

**Pan Maciej Milkowski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia** odnosząc się do kwestii zasad wypłacania dodatków covidowych zaproponował zorganizowanie w tej sprawie dyskusji wspólnie z NFZ i stroną społeczną. Dodał, że polecenie zostało wydane dla konkretnych grup pracowników medycznych, pracujących przy określonych świadczeniach. Dodatkami nie są objęci pracownicy niemedyczni. Ministerstwo dostrzega odpływ części pracowników z systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, którzy odchodzą z zespołów transportowych. Następnie zwrócił się do Dyrektora Tuderek-Kulety omówienie głównych elementów raportu NIK za 2018-2020 rok oraz panią Dyrektora Gadomską o przedstawienie aktualnej sytuacji w zakresie ratowników medycznych z państw trzecich.

**Pani Edyta Gadomska, Zastępca Dyrektora Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia** mając na uwadze art. 10 ust. 3 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym osobom, które uzyskały poza terytorium państw członkowskich UE kwalifikacje do wykonywania zadań zawodowych, Minister Zdrowia może udzielić zgodę na wykonywanie zawodu ratownika medycznego. Osoby te muszą posiadać pełną zdolność do czynności prawnych, stan zdrowia musi im pozwalać na wykonywanie zawodu ratownika medycznego oraz muszą posiadać dyplom wydany poza terytorium państw członkowskich, potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownika lub w czasie epidemii dokumenty potwierdzające co najmniej roczne doświadczenie w wykonywaniu zadań zawodowych ratownika medycznego. Do chwili obecnej do Ministerstwa Zdrowia wpłynęły 4 wnioski, 3 z Ukrainy i 1 z Białorusi. Ministerstwo wydało już 2 zgody na wykonywanie zadań i 2 wnioski są procedowane.

**Pani Agnieszka Tuderek-Kuleta, Dyrektora Departamentu Obronności w Ministerstwie Zdrowia** odnosząc się do raportu NIK-u, powiedziała, że Ministerstwo Zdrowia nie podziela stanowiska przedstawionego przez NIK. Zadeklarowała przekazanie kompleksowej informacji w zakresie stanowiska Ministerstwa Zdrowia dotyczących zastrzeżeń NIK. Jednym z zarzutów NIK było opóźnienie w wydawaniu aktów wykonawczych. Zaznaczyła, że Ministerstwo Zdrowia podjęło wszelkie działania, aby rozporządzenia czy obwieszczenia wskazane przez NIK wydane zostały jak najszybciej. Przedłużający się proces legislacyjny ustawy z 2018 roku o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych ustaw, a także jej późne wejście w życie wpłynęło na wydłużenie procesu realizacji zadań nałożonych tą ustawą. Po powstawaniu komórki merytorycznej w Ministerstwie Zdrowia do realizacji zadań

związanych z systemem wspomaganie dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego ruszyły prace nad przygotowaniem nowych przepisów. Zostały przygotowane przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie systemu wspomaganie dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, rozporządzenie w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych czy obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie algorytmu zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego. Jednym z zarzutów było również podniesienie przez NIK kwestii niezetelnych danych pochodzących z systemu SWD PRM i wojewódzkich planów działania systemu. Wyjaśniła, że z wystąpienia NIK-u nie wynika zależność pomiędzy jakością danych przekazywanych przez Ministerstwo Zdrowia a sposobem sprawowania nadzoru nad funkcjonowaniem systemu PRM. Ministerstwo Zdrowia dzięki wdrożeniu systemu SWD PRM zyskało istotne źródło informacji o ilości, czasie, rodzaju świadczeń udzielanych w poza szpitalnej części systemu PRM i w ocenie Ministerstwa Zdrowia nie można określać danych pozyskanych z SWD jako niezetelne. Kolejnym zarzutem były opóźnienia i błędy w realizacji rozbudowy SWD PRM. W ocenie resortu zarzut nie znajduje potwierdzenia w rzeczywistości. Podstawa prawna do wdrożenia SWD PRM oraz jego utrzymania i rozwoju została ujęta w ustawie z 10 maja 2018 roku o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, to samo dotyczy powołania Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego, które znajduje się w strukturach Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Ustawa zabezpieczyła środki na to zadanie, zarówno w zakresie finansowania wydatków inwestycyjnych i bieżących w Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego, jak i samego systemu wspomaganie dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego. Środki przeznaczono na sfinansowanie 70 etatów w Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego oraz na budowę i wyposażenie siedziby Centrum. Kolejna kwestia dotyczy rozbudowy i modyfikacji systemu wspomaganie PRM. NIK zarzucił niedostateczne sprawowanie nadzoru nad LPR w zakresie utworzenia i rozbudowy tego systemu. Już w grudniu 2019 roku LPR podpisał umowę z firmą GABOS na rozbudowę, świadczenie usług i zapewnienie działania aplikacji systemu wspomaganie dowodzenia PRM. Dodała, że działania dotyczące rozbudowy systemu cały czas się toczą. Kolejnym zarzutem było opóźnienie i nieprawidłowości w realizacji TOPSOR. Głównym powodem opóźnień we wdrożeniu tego systemu był stan pandemii, kiedy ograniczona była możliwość dostępu do SOR. Pojawił się również zarzut o organizację LPR, w szczególności kwestie finansowania LPR w roku 2019. Ministerstwo wspólnie z LPR dokłada wszelkich starań by te zadania realizować. **Pan Maciej Milkowski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia** podsumowując podkreślił, że tak jak to zauważyli eksperci w raporcie NIK-u zabrakło informacji o brakach

osób. Zwrócił uwagę, że NIK podkreślił, że system SWD PRM jest niewłaściwie wykorzystywany. Stwierdził, że ten system jest najlepszym systemem centralnym w Polsce. Wszystkie informacje znajdują się online, zarządzane przez wojewodów i dyspozytorów. Ponadto w tym roku planowane jest wdrożenie nowych funkcjonalności systemu SWD PRM.

**Pan Marek Wójcik, ZMP** przedstawił prezentację dotyczącą dostępności do zespołów ratownictwa medycznego. Zwrócił się z pytaniem do Ministerstwa o możliwość zrewidowania działania systemu w celu likwidacji różnic w dostępności do ratownictwa medycznego w skali kraju. Zapytał o przyszłość SOR-ów i izb przyjęć. Zwrócił uwagę na ogromne zróżnicowanie regionalne w tym zakresie. Zapytał czy nie oznacza to zróżnicowania dostępności do ratownictwa medycznego w poszczególnych województwach.

**Pan Dariusz Mądraszewski, Ekspert NSZZ „Solidarność”** powiedział, że niepokojące jest tak jednostronne przedstawianie jednej tabeli. Zauważył, że trzeba brać pod uwagę wiele czynników, w tym dostępność karetek, medianę czasu dojazdu oraz nasycenie szpitali. Nie jest tak, że wyznacznikiem jest tylko liczba karetek w przeliczeniu na ilość mieszkańców obsługujących.

**Pan Maciej Milkowski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia** podziękował panu Mądraszewskiemu za wyjaśnienie. Dodał, że przy ustalaniu liczby karetek są brane także inne elementy pod uwagę czyli czas dojazdu, jaki jest czas wykonywania świadczenia w miejscu pobytu pacjenta, ile czasu trwa powrót, ile czasu trwa przekazanie pacjenta do SOR-u lub izby przyjęć. Odnosząc się do kwestii przyszłości SOR-ów i izb przyjęć, powiedział, że w tym zakresie nie będzie kierunkowej decyzji. Nie było rozmów na temat zwiększenia liczby i doposażenia izb przyjęć do SOR-ów. Dodał, że na pewno liczba izb przyjęć nie będzie zwiększana.

**Pan Piotr Dymon, Ekspert OPZZ** stwierdził, że Ministerstwo powinno wziąć pod uwagę przelicznik na populację, która zamieszkuje dany teren a nie jest na nim zameldowana.

**Pan Maciej Milkowski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia** powiedział, że zgłoszenia nie są według liczby zameldowanych, ale liczby faktycznych mieszkańców.

**Pani Przewodnicząca Krystyna Ptok, FZZ** przeszła do części posiedzenia dotyczącej stacji sanitarno-epidemiologicznych, kadr medycznych w okresie pandemii.

**Pan Krzysztof Saczka, Główny Inspektor Sanitarny** przedstawił informację dotyczącą sytuacji Inspekcji Sanitarnej. Główny Inspektor Sanitarny podejmował szereg działań przygotowujących Inspekcję Sanitarną do zmierzenia się z potencjalną pandemią. Były aktualizowane komunikaty i rekomendacje. Na wniosek Głównego Inspektora Sanitarnego były aktualizowane wojewódzkie plany zarządzania kryzysowego oraz wzmacniane działania



w kierunku przygotowania się do pandemii, jak również przygotowywane były laboratoria do wykrywania patogenu. Inspekcja Sanitarna była pierwszą służbą, która musiała się zmierzyć z pandemią. W pierwszej fazie pandemii główne zadania spoczywały na Inspekcji Sanitarnej, oprócz standardowo prowadzonych wywiadów epidemiologicznych, przeprowadzono ich w sumie ponad 2 mln, Inspekcja Sanitarna nakładała kwarantanny, izolacje i w związku z tym musiała wydawać szereg różnych decyzji. Było to olbrzymie wyzwanie organizacyjne i logistyczne, które wraz ze wzrostem ilości zakażonych powodowało, że zaangażowanie pracowników Inspekcji było olbrzymie. Ta sytuacja uległa zmianie we wrześniu 2020 roku, kiedy Minister Zdrowia publikując strategię na jesień przesunął pewne zadania w kierunku ich realizacji przez POZ. Lekarze POZ podjęli kontrolę nad osobami zakażonymi, nakładali na nich izolację oraz prowadzili przez cały proces choroby, aż do zdjęcia izolacji. Stacje Sanitarno-epidemiologiczne w roku 2020 otrzymały podwyższenie wynagrodzeń średnio 500 zł miesięcznie na etat. Dodatkowo pracownicy Inspekcji Sanitarnej objęci są rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2020 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków wynagrodzenia za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej, a pracownicy wykonujący czynności medyczne dodatkowo ustawą z dnia 8 czerwca 2017 roku o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, w oparciu o którą ich wynagrodzenia podwyższone są 1 lipca każdego roku zgodnie ze wskaźnikami wynikającymi z przywołanej ustawy. Środki na podwyżki wynikające z tych aktów prawnych są przyznawane dodatkowo ponad budżet zatwierdzony dla stacji na dany rok. W 2020 roku środki dla stacji sanitarno-epidemiologicznych związane z realizacją zadań przeciwdziałanie COVID-19 pochodziły z rezerw celowych i nie były finansowane z zatwierdzonego budżetu, a z dodatkowych zwiększeń. W ramach przekazanych środków z wyżej wymienionych rezerw uruchomione były środki z przeznaczeniem m.in. na wynagrodzenia osobowe dla pracowników realizujących zadania związane z przeciwdziałaniem COVID-19, w tym również na nadgodziny. Dodatkowo stacje otrzymały z rezerw środki z przeznaczeniem na zakup sprzętu ochronnego i środków ochrony osobistej, zakup testów i odczynników do własnych laboratoriów wraz z przeprowadzeniem odpowiednich prac dostosowawczych a także zakup usług testowania u podmiotów zewnętrznych. W 2020 roku opublikowane zostało także rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie trybu przyznawania pracownikom Inspekcji Sanitarnej wykonującym czynności kontrolne dodatku specjalnego do wynagrodzenia, zgodnie z którym w czasie trwania epidemii maksymalna wysokość tego dodatku została zwiększona z 25% do 75%. Dodatkowo w 2021 rok zabezpieczono na działalności stacji sanitarno-

epidemiologicznych środki w kwocie ponad 330 mln zł, w tym 195 mln z przeznaczeniem na zwiększenie wynagrodzeń oraz wydatków rzeczowych oraz niezależnie od powyższego środki na kolejną transzę podwyżek wynikających z przywołanych wyżej przepisów. Zadania związane z przeciwdziałaniem COVID-19 finansowane będą z dodatkowych środków ujętych z Funduszu przeciwdziałania COVID-19. Inspekcja sanitarna była instytucją dość mocno niedoinwestowaną, gdzie nie było nowych technologii i narzędzi informatycznych. W zakresie poprawy tej sytuacji Inspekcja Sanitarna została wyposażona w 8 tys. telefonów komórkowych, 4 tys. telefonów technologii voice over ip, ponad 9 tys. laptopów z oprogramowaniem, dodatkowo od firm zewnętrznych dostarczone zostało ponad 240 komputerów stacjonarnych, jak również 100 samochodów osobowych rozdysponowanych pomiędzy jednostkami inspekcji sanitarnej w terenie, ponadto we wszystkich stacjach była przygotowywana akcja zwiększenia dostępności do Internetu. Wiąże się to z rozwojem systemowej platformy Inspekcji Sanitarnej SEPIS, w której będą realizowane wszystkie procesy biznesowe Inspekcji Sanitarnej. Podkreślił, że Inspekcja Sanitarna stoi na straży zdrowia i bezpieczeństwa publicznego, realizując te zadania ponieważ z przepisów prawa zobligowana jest do tego, aby monitorować przestrzeganie reżimu sanitarno-epidemiologicznego.

**Pani Maria Ochman, NSZZ „Solidarność”** powiedziała, że należy spojrzeć na Inspekcję, która weszła na tę pierwszą linię frontu z koronawirusem nie tylko nieprzygotowana. Dodała, że ta Inspekcja miała zostać zlikwidowana i rozpoczęto działania ku temu zmierzające. Zwróciła się do GIS, aby zabiegał w Ministerstwie Zdrowia oraz u wojewodów o to, żeby pracownicy byli w sposób właściwy i na czas wynagradzani. Dodała, że doświadczenia z czasów pandemii pokazują, że Państwowa Inspekcja Sanitarna musi mieć charakter publiczny i scentralizowany.

**Pani Dorota Walczak, Ekspert NSZZ „Solidarność”** zauważyła, że pandemia pokazała jak bardzo dużo jest zaniedbań w przypadku Inspekcji Sanitarnej. Stwierdziła, że na początku pandemii sprawdziła się częściowa pionizacja, dzięki której możliwe było wykonywanie działań jednolicie i podejmowanie takich samych kroków w całej Polsce. Podkreśliła, że w dalszym ciągu Inspekcje są finansowane przez wojewodów, nie ma tu podległości pod GIS. W sprawach finansowania nadal problemy nie do końca są rozwiązane. Wskazała na nierównomierne zwiększenie dodatków kontrolnych dla pracowników do 30% a nie 75%. Dodała, że środki finansowe na tzw. ustawę podwyżkową nie są przewidziane w budżecie inspekcji. Zauważyła, że wzrost wynagrodzeń najczęściej następuje w listopadzie z wyrównaniem od 1 lipca. Pracownicy opowiadają się za całkowitą pionizacją w Inspekcji Sanitarnej. Stwierdziła ponadto, że wprowadzenie informatyzacji w działania Inspekcji jest

bardzo dobre, gdyż pozwala na jednolity system postępowania. Wskazała na niedobory kadrowe. Dodała, że pracownicy oddelegowani do wykonywania zadań związanych z epidemią nie wykonują innych zadań. Dodała, że w zakładach pracy i w stacjach nie występują jednakowe systemy wynagradzania pracowników i wypłaty dodatków kontrolerskich. Powiedziała, że pracownicy Inspekcji zgłaszają także obiekcje dotyczące utworzenia wirtualnej stacji oraz zmiany czasu pracy na korporacyjny.

**Pani Urszula Michalska, OPZZ** zgodziła się z uwagami dotyczącymi Inspekcji Sanitarnej przedstawionymi przez przedmówczynię. Zwróciła się do Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministerstwa Zdrowia z prośbą o wyjaśnienie czy będą dążyć do pełnej pionizacji Inspekcji Sanitarnej. Zapytała czy Ministerstwo widzi konieczność objęcia ustawą o ustalaniu najniższych wynagrodzeń wszystkich pracowników zatrudnionych w stacjach sanitarno-epidemiologicznych. Zapytała czy w okresie od momentu rozpoczęcia pandemii wzrosło zatrudnienie w Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

**Pan Krzysztof Saczka, Główny Inspektor Sanitarny** w odpowiedzi na zadane pytania podkreślił, że Inspekcja Sanitarna była w określonym miejscu i przed Inspekcją Sanitarną, jak i przed całym społeczeństwem stanęły olbrzymie wyzwania. Wymusiło to na Inspekcji stosowne działania. Dzięki zaangażowaniu pracowników Inspekcja Sanitarna na miarę możliwości tych narzędzi, którymi dysponowała poradziła sobie doskonale z realizacją zadań. Odnosząc się do organizacji pracy, powiedział, że dokładane są wszelkie starania, żeby praca w Inspekcji Sanitarnej była zorganizowana jak najlepiej i żeby pracownicy dostali takie narzędzia, którymi będą mogli spokojnie realizować zadania, bez konieczności poświęcania swojego czasu prywatnego, pracy w nadgodzinach czy w weekendy. Nie zgodził się z opinią dotyczącą wirtualnej stacji. Powiedział, że to rozwiązanie umożliwia takie zorganizowanie pracy, aby na poziomie całego województwa zorganizować określone zespoły zadaniowe, które można odpowiednio podzielić pracą w odpowiednich godzinach. Następnie odniósł się do kwestii wynagrodzeń. Powiedział, że w związku z pojawiającymi się informacjami o zatorach płatniczych w kontekście wypłacania różnych wynagrodzeń, ta sytuacja związana z finansami została uregulowana. Poparł zdanie, że Inspekcja wymaga szeregu zmian organizacyjnych łącznie z pionizacją, wielu jeszcze działań, wdrożeń i doinwestowania. Z zespołem w GIS i Inspektorami Wojewódzkimi czy też powiatowymi poszukiwane są rozwiązania i podejmowane próby, aby tę Inspekcję jak najbardziej usprawnić. Powiedział, że przy tej strukturze organizacyjnej GIS nie miał wpływu na zatrudnienie. Kwestie te były regulowane na poziomie Inspektora wojewódzkiego i wojewodów. Odnosząc się do kwestii całkowitej pionizacji Inspekcji Sanitarnej, powiedział, że widzi mnóstwo wyzwań organizacyjnych,

natomiast w tym procesie funkcjonuje wielu interesariuszy. Jeśli chodzi o wszystkie kwestie związane z organizacją lub reorganizacją funkcjonowania Inspekcji Sanitarnej są takie działania prowadzone, natomiast nie może złożyć deklaracji o wprowadzeniu całkowitej pionizacji instytucji.

**Pan Maciej Milkowski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia** powiedział, że jest to sprawa rządu w jaki sposób odbywa się ta współpraca i jak wygląda podporządkowanie Inspekcji Sanitarnej.

**Pani Maria Ochman, NSZZ „Solidarność”** powiedziała, że oczekuje od strony rządowej przedstawienia otwartego stanowiska w tej sprawie i podjęcia działania.

**Pani Przewodnicząca Krystyna Ptok, FZZ** w imieniu Forum Związków Zawodowych wyraziła poparcie wobec starań NSZZ „Solidarność” i Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych w zakresie uregulowania sprawy związanej z pionizacją Inspekcji Sanitarnej.

**Pan Dariusz Piwnienko, Ekspert OPZZ** zgodził się z wypowiedziami przedmówczyń w zakresie funkcjonowania i problemów Inspekcji Sanitarnej. Następnie zwrócił się do Głównego Inspektora Sanitarnego. Poruszył problem czasu zaciągnięcia wyników, zwrócił uwagę na utrudnienia związane z rosnącą zawilgością obsługi systemu SEPIS oraz ograniczone zasoby ludzkie w stacjach sanitarno-epidemiologicznych.

**Pan Krzysztof Saczka, Główny Inspektor Sanitarny** odnosząc się do kwestii funkcjonowania systemu SEPIS podkreślił, że jest to nowe narzędzie, które funkcjonuje od końca października 2020 roku, które bardzo szybko musiało zoperacjonalizować szereg rzeczy. Cały czas jest rozwijane i podnoszona jest jego funkcjonalność. GIS stara się doprowadzić do tego, aby te wyniki były zaciągane z systemu EWP online i żeby wymiana pomiędzy SEPISEM a systemem EWP odbywała się na bieżąco. GIS dąży do tego, żeby praca była realizowana tylko i wyłącznie w systemie SEPIS. Dodał, że wszelkie uwagi i propozycje dotyczące usprawnienia działania systemu SEPIS są brane pod uwagę i są podejmowane próby ich wdrożenia. Podkreślił, że ważne jest efektywne wykorzystanie narzędzi, które są dostarczane.

**Pani Urszula Michalska, OPZZ** w imieniu pani Beaty Majewskiej, Eksperta OPZZ podniosła problem opóźnień w wypłatach różnego rodzaju dodatków lub części wynagrodzenia w stacjach. Ponowiła pytanie o kwestię włączenia wszystkich pracowników Inspekcji Sanitarnych do ustawy o ustalaniu najniższego wynagrodzenia.

**Pan Krzysztof Saczka, Główny Inspektor Sanitarny** powiedział, że te kwestie zostaną zweryfikowane. Dodał, że widzi szereg wyzwań związanych z reorganizacją Inspekcji Sanitarnej, tak żeby ona funkcjonowała jak najlepiej.

**Pan Maciej Milkowski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia** powiedział, że temat wynagrodzeń pełnego personelu był wielokrotnie dyskutowany. Uzgodniono, że nie można tworzyć ustawy specjalnej dla pracowników podmiotów leczniczych, którzy nie różnią się niczym od osób zatrudnianych w innych gałęziach gospodarki.

*Uzgodnione, że wszystkie tematy dotyczące farmacji zostaną omówione na posiedzeniu w dniu 15 marca 2021 roku. Następnie w II części tego posiedzenia odbędzie się dyskusja dotycząca wypłaty dodatków covidowych.*

**Ad 2.**

**Pani Przewodnicząca Krystyna Ptok, FZZ** zwróciła się do strony rządowej o przedstawienie informacji na pytania zgłoszone na poprzednim posiedzeniu.

**Pan Andrzej Mądrała, Pracodawcy RP** zadał dodatkowe pytanie dotyczące kontraktowania od 1 lipca 2021 roku.

**Pani Przewodnicząca Krystyna Ptok, FZZ** wobec wyczerpania wszystkich punktów porządku obrad podziękowała obecnych za wzięcie udziału w spotkaniu i zamknęła posiedzenie.

Krystyna Ptok

/-/

Przewodnicząca Zespołu

Protokół przyjęto na posiedzeniu doraźnego Zespołu

*Sporządziła*

*Marlena Wiśniewska*

*Biuro Rady Dialogu Społecznego*