

**Opinia do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniające  
rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia  
szpitalnego. (MZ 1141)**

I. Opis sytuacji problemowej

W związku z epidemią COVID-19, świadczeniodawcy zaangażowani w leczenie pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 odnotowują problemy operacyjne związane z deficytem kadry lekarskiej oraz pielęgniarskiej dedykowanej zwalczaniu epidemii. W związku z ograniczeniami wynikającymi z wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, część potencjału wykonawczego świadczeniodawców, zdaniem Projektodawcy, nie może być w świetle obowiązujących przepisów wykorzystana do zabezpieczenia potrzeb systemu opieki zdrowotnej związanych ze zwalczaniem epidemii.

W projekcie rozporządzenia proponuje się przedłużenie zwolnienia świadczeniodawców udzielających świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w trybie hospitalizacji z obowiązku zapewnienia kadry lekarsko-pielęgniarskiej zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Decyzja co do obsady lekarsko-pielęgniarskiej oddziałów szpitalnych realizujących poszczególne zakresy świadczeń będzie spoczywać na kierowniku podmiotu leczniczego, który w oparciu o aktualną analizę potrzeb operacyjnych szpitala będzie podejmował decyzję o przesunięciu niezbędnych zasobów kadrowych w obszary o największych deficytach personalnych. Powyższe ma na celu uwolnienie potencjału wykonawczego świadczeniodawców wynikającego z m.in. z ograniczenia realizacji części świadczeń zdrowotnych, zgodnie z zaleceniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, do zwalczania epidemii wirusa SARS-CoV-2. Swoboda zarządzania personelem medycznym zostanie ograniczona przez obowiązek

zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych, w szczególności ich stanu zdrowotnego oraz ciągłości procesu leczniczego pacjentów, którzy wymagają dalszej opieki. Analiza ww. potrzeb operacyjnych szpitala powinna uwzględniać przede wszystkim liczbę pacjentów oraz ich potrzeby zdrowotne.

Nie były prowadzone pre-konsultacje dotyczące projektu rozporządzenia. Projekt rozporządzenia był procedowany w trybie odrębnym, z pominięciem etapu konsultacji publicznych i opiniowania, z uwagi na konieczność jego pilnego wejścia w życie co, Zdaniem Projektodawcy,

wynika

ze szczególnego charakteru regulacji, jakim jest zabezpieczenie niezbędnych kadr medycznych do zwalczania epidemii. Przewiduje się, że rozporządzenie wejdzie w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z mocą od dnia 31 marca 2021 r. Wskazany termin jest podyktowany potrzebą pilnego wprowadzenia projektowanych rozwiązań. Projektodawca deklaruje również, że takie rozwiązanie jest uzasadnione ważnym interesem publicznym i nie będzie sprzeczne z zasadami demokratycznego państwa prawnego. Zgodnie z ustawą z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych, w uzasadnionych przypadkach akty normatywne mogą wchodzić w życie w terminie krótszym niż czternaście dni, a jeżeli ważny interes państwa wymaga natychmiastowego wejścia w życie aktu normatywnego i zasady demokratycznego państwa prawnego nie stoją temu na przeszkodzie, dniem wejścia w życie może być dzień ogłoszenia tego aktu w dzienniku urzędowym. Tak określone *vacatio legis* nie stoją na przeszkodzie zasady demokratycznego państwa prawnego, ponieważ projektowane przepisy nie nakładają żadnych dodatkowych obciążeń na obywateli, ani podmioty gospodarcze. Mając na uwadze powyższe, proponowany termin wejścia w życie rozporządzenia jest, zdaniem Projektodawcy, uzasadniony.

## II. Zestawienie opinii przedstawicieli organizacji pacjenckich.



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Konsultacje/ankietowanie na Platformie Konsultacji prowadzone były w postaci zestawu pytań zamkniętych. Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

1. Czy Pani/Pana zdaniem w kontekście braków kadrowych w szpitalach i innych placówkach ochrony zdrowia oraz potrzeby rozwiązań promujących jakość opieki zdrowotnej – niezbędna jest konsolidacja świadczeń specjalistycznych?

Warianty odpowiedzi	Ilość
Tak	4
Nie	2
Nie mam zdania	4

2. Czy Pani/Pana zdaniem zmiany organizacji i zarządzania w szpitalnictwie powinny brać pod uwagę kryterium ciągłości i wielowymiarowości leczenia i z tego punktu widzenia należy prowadzić politykę zatrudnienia kadr?

Warianty odpowiedzi	Ilość
Tak	4
Nie	1
Nie mam zdania	5

3. Czy Pani/Pana zdaniem w sytuacji wymuszonej przez panującą pandemię reorganizacji pracy w placówkach ochrony zdrowia, działaniom tym powinna towarzyszyć weryfikacja obowiązujących regulacji z zakresu norm zatrudnienia?

Warianty odpowiedzi	Ilość
Tak	2
Nie	3
Nie mam zdania	5

4. Czy Pani/Pana zdaniem obecnie, kiedy panująca w kraju pandemia COVID-19 ekstremalnie obciążyla system ochrony zdrowia, również szpitale zmagają się z brakami kadrowymi i nadmiernym obciążeniem pracującego personelu medycznego?

Warianty odpowiedzi	Ilość
Tak	7
Nie	0
Nie mam zdania	3

5. Czy Pani/Pana zdaniem pracownicy systemu ochrony zdrowia odgrywają kluczowe znaczenie zarówno dla osiągnięcia, utrzymania, jak również przyspieszenia działań w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych populacji?

Warianty odpowiedzi	Ilość
Tak	6
Nie	2



Nie mam zdania 2

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji zostały wzięte pod uwagę przy przygotowaniu opinii Federacji Pacjentów Polskich.

### III. Opinia Federacji Pacjentów Polskich

Epidemia COVID-19 ukazała sygnalizowane do dawna niedobory lekarzy i pielęgniarek w szpitalach. Obecna, związana z utrzymującą się pandemią sytuacja w placówkach ochrony zdrowia, w szczególności w szpitalach, osiągnęła stan krytyczny, m.in. ze względu na niedobory personelu medycznego.

Pracownicy systemu ochrony zdrowia odgrywają kluczowe znaczenie zarówno dla osiągnięcia, utrzymania, jak również przyspieszenia działań w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych populacji. Badania naukowe potwierdzają bezpośrednią zależność pomiędzy stanem zdrowia danej populacji, a jakością i liczebnością pracowników medycznych. Rzecznik Praw Pacjenta w swoim raporcie wskazuje, że nie jest w pełni zapewniona opieka osobom w stanie nagłym, w przypadku problemów kardiologicznych, nadciśnienia, stomatologicznych, a także osób posiadających przewlekłe choroby i cierpiących onkologicznie oraz wymagających niezwłocznie rehabilitacji, np. po wypadku samochodowym. Chaos pogłębia odwoływanie planowych wizyt i operacji. Poradnie anulują wizyty kontrolne, odwoływane są również badania diagnostyczne dla kobiet w ciąży takie jak USG, zamykane są ginekologiczne gabinety lekarskie, odwoływane zajęcia szkoły rodzenia, występuje brak opieki położnej środowiskowej, odwoływane są i przesuwane zabiegi kardiologiczne przy niewyznaczeniu nowych terminów – co w przyszłości spowoduje drastyczne wydłużenie kolejki do zabiegów kardiochirurgicznych. Pacjenci nie mają jasnej informacji, gdzie mogą otrzymać świadczenie zdrowotne.

Sytuacja ta realnie zagraża życiu i zdrowiu ludzkiemu. Są sytuacje, w których teleporada oraz odwołanie czy przesunięcie wizyty są niemożliwe. Jest zatem realne niebezpieczeństwo, że pacjenci, którzy potrzebują świadczenia podczas wizyty w gabinecie lekarskim, nie uzyskują jej w sposób rzeczywisty. Mimo upływu ponad 11 miesięcy od początku pandemii sytuacja dramatycznie pogorszyła się.

Wskazane zjawiska nakładają się na długoterminowe problemy systemu ochrony zdrowia w Polsce. Aktualnie kwestie dotyczące niedoborów kadry medycznej oraz luki pokoleniowej wynikającej z niekorzystnej struktury wiekowej – zarówno wśród lekarzy, jak i pielęgniarek – są kluczowymi wyzwaniami dla decydentów polityki zdrowotnej oraz, ale menedżerów placówek medycznych. Przyczyny obecnych problemów w tym zakresie, zwłaszcza nasilających się deficytów kadrowych, są uwarunkowane różnymi czynnikami. Najważniejsze z nich to: niewłaściwe zarządzanie zasobami ludzkimi, niedostosowanie struktury zatrudnienia do profilu i zakresu realizowanych świadczeń, brak planowania w systemie kształcenia oraz niedofinansowanie systemu opieki zdrowotnej.

Szpitala od wielu lat zmagają się z brakami kadrowymi i nadmiernym obciążeniem pracującego personelu medycznego. Polska charakteryzuje się najniższym wśród krajów UE wskaźnikiem liczby lekarzy w przeliczeniu na 1000 mieszkańców oraz jednym z najniższych wskaźników liczby pielęgniarek. Problem dodatkowo potęguje proces starzenia się aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej (w obydwu przypadkach średnia wieku przekracza 50 lat) oraz zjawisko emigracji, głównie młodych pracowników.

Z powodu braków kadrowych szpitale niejednokrotnie zmuszone były do przekładania zabiegów planowych i/lub zawieszania działalności. Mimo to, w ujęciu systemowym, mamy często do czynienia z nierównomiernym i nieracjonalnym rozmieszczeniem kadry lekarskiej. Konkurencja w zatrudnieniu lekarzy specjalistów jest bardzo wysoka, a ci z kolei często zatrudnieni są u kilku świadczeniodawców jednocześnie. W okresie pandemii zjawisko braków kadrowych uległo drastycznemu nasileniu przez personel przebywający na kwarantannie, czy

korzystający z zasiłku opiekuńczego. Obowiązujące normy zatrudnienia uniemożliwiają elastyczne dostosowanie pracy szpitala do specjalnych warunków w trakcie pandemii.

W Polsce przyczyną, która powoduje niedobór kadr w szpitalach, jest duże rozdrobnienie specjalizacji lekarskich, których mamy ponad 70 rodzajów i przodujemy pod tym względem w Europie. Innym problemem jest także to, że braki kadrowe są spowodowane tym, że lekarze nie zajmują się wyłącznie leczeniem, a w dużym stopniu także wypełnianiem obowiązków biurokratycznych. z lekarzy wiele obowiązków związanych z wypełnieniem dokumentacji mogliby przejąć asystenci lekarzy, w tym wypisywać skierowania czy uzupełniać historię choroby. Kompetencje muszą być jasno uregulowane oraz usankcjonowane prawnie, aby wiadomo było jaki zakres pracy może wykonywać opiekun medyczny. Ponad to, w naszym systemie ochrony zdrowia trudne jest wprowadzanie nowych zawodów medycznych, bo każdy specjalista boi się, że nowe osoby z nadto będą wkraczać w ich kompetencje.

Jednak, w ocenie środowisk pacjenckich, trudna sytuacja placówek medycznych ze względu na braki personelu medycznego w okresie pandemii, nie może prowadzić do znacznego zaniżenia standardów opieki nad pacjentami, a w szczególności poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego. Elementy takiego ryzyka można dostrzec w przedmiotowym projekcie rozporządzenia, gdzie już na wczesnym etapie ustalania wymagań systemowych dotyczących zagwarantowania w szpitalach kompetentnego, specjalistycznego personelu medycznego dopuszcza się do ich czasowego obniżenia.

Zgodnie z treścią projektu, w okresie od dnia 20 października 2020 r. do dnia 30 września 2021 r. świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji, o których mowa w § 3 ust. 1, jest zwolniony z obowiązku spełniania wymagań określonych w załączniku nr 3, w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń odnoszących się do wymaganego personelu lekarskiego oraz pielęgniarskiego, pod warunkiem zapewnienia przez kierownika podmiotu leczniczego ciągłości procesu leczniczego i bezpieczeństwa zdrowotnego świadczeniobiorców.

Klauzula odnosząca się do wymogu zapewnienia ciągłości leczenia i bezpieczeństwa może być różnie interpretowana, a w takich wypadkach ciężar dowodu, że opieka nie spełnia oczekiwanych standardów będzie spoczywać na samym pacjencie. A sprawa dotyczy zawieszenia wymagań systemowych w niezwykle ważnych obszarach opieki medycznej. I tak np. zawieszają się wymagania w obszarze:

Anestezjologia: Wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 2 lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji). Wyodrębniona całodobowa opieka pielęgnarska – jednocześnie przez co najmniej 2 pielęgniarki.

Chirurgia dziecięca: Zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie neonatologii lub pediatrii.

Chirurgia naczyniowa: Zapewnienie wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia – lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii naczyniowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie chirurgii naczyniowej.

Chirurgia onkologiczna: Zapewnienie konsultacji przez lekarza specjalistę w dziedzinie: onkologii klinicznej, radioterapii onkologicznej, radiologii i diagnostyki obrazowej lub patomorfologii – w miejscu udzielania świadczeń.

Podobnych obszarów opieki medycznej jest w przywołanym rozporządzeniu wielokrotnie więcej. Zdaniem ekspertów zdrowia publicznego, w kontekście braków kadrowych oraz potrzeby rozwiązań promujących jakość opieki – niezbędna jest konsolidacja świadczeń specjalistycznych. Szpitale powinny współpracować ze sobą (przynajmniej na poziomie regionu) celem przekazywania bardziej skomplikowanych przypadków do wyższych poziomów referencyjnych. Wsparcie należy koncentrację działalności całodobowych oddziałów zabiegowych wraz z ustaleniem nowej, racjonalnej sieci szpitali na poziomie regionu. Konieczne jest również wdrażanie rozwiązań organizacyjnych odciążających kadrę medyczną.



Problemu braków kadrowych nie da się rozwiązać w krótkim czasie. Jest to problem o charakterze uniwersalnym, a rozwiązania z zakresu zwiększenia podaży (np. zwiększone limity kształcenia) przyniosą efekty po wielu latach. Stąd kluczowe jest promowanie rozwiązań zwiększających efektywność pracy personelu (wykorzystać można dobre praktyki z innych krajów). Należy przygotować i wdrożyć regulacje o zmianach stanowisk pracy, powodujących np. przesunięcie części obowiązków z lekarzy na pozostały personel medycznych (np. pielęgniarki, farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych) oraz zatrudnianie medycznego personelu pomocniczego, np. asystentów i opiekunów medycznych (ze zdefiniowaniem ich roli w systemie).

Dokonujące się zmiany organizacji i zarządzania w szpitalnictwie powinny brać pod uwagę kryterium ciągłości i wielowymiarowości leczenia, i z tego punktu widzenia należy prowadzić politykę zatrudnienia kadr z udziałem: fizjoterapeutów, psychologów, diagnostów, magistrów farmacji i ratowników medycznych. Działaniom tym musi towarzyszyć weryfikacja obowiązujących regulacji z zakresu norm zatrudnienia (wymogów kadrowych zawartych w rozporządzeniach koszykowych). Ważne jest również wprowadzenie ułatwień w zatrudnianiu personelu medycznego z zagranicy.

Konieczne są zmiany w organizacji pracy zespołów medycznych w celu uwzględniania wielodyscyplinarnych zespołów pracy zamiast pracy w ramach wąskich specjalizacji. Potrzebne jest upowszechnianie rozwiązań z zakresu telemedycyny.

Opinię przygotował:

Witold Michałek

Ekspert Projektu



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny

