

Bydgoszcz, dnia 08 grudnia 2015r.

Pan  
Konstanty Radziwiłł  
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

W odpowiedzi na Pana prośbę o wskazanie przez OZZL "niezbędnych zmian w otoczeniu prawnym i praktyce działania polskiego systemu zdrowia" przedstawiamy nasze propozycje. W pierwszej kolejności przedstawiamy te, które można zrealizować „od zaraz” poprzez zmianę określonych przepisów w rozporządzeniach ministra zdrowia. W niektórych przypadkach zmiany te muszą pociągać za sobą zmiany ustawowe, o których też przy tej okazji wspominamy. Kolejne propozycje dotyczą zmian bardziej złożonych, wymagających zmian ustawowych, niekiedy w kilku ustawach. Na końcu przedstawiamy propozycje „ustrojowe” dotyczące funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej jako całości.

#### Problemy do rozwiązania „od zaraz”:

1. **Wzrost wynagrodzenia zasadniczego lekarzy stażystów** - od dnia 1 stycznia 2016 roku, na drodze nowelizacji **Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry**. Proponujemy aby § 6. Ust 5 przedmiotowego rozporządzenia przyjął brzmienie: „lekarz, lekarz dentysta odbywający staż otrzymuje zasadnicze wynagrodzenie miesięczne w wysokości **3.500 zł** (dotychczas 2.007 zł.) Powyższa podwyżka będzie tylko symbolicznie większa niż wyrównanie inflacji za okres, kiedy pensja stażysty pozostawała bez zmian.

2. **Wzrost wynagrodzenia zasadniczego lekarzy rezydentów** – od dnia 1 stycznia 2016 roku – przez nowelizację **Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystry odbywających specjalizację w ramach rezydentury**. Proponujemy aby wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarza rezydenta specjalizacji nie priorytetowych wynosiła w pierwszych dwóch latach rezydentury **4.400 zł** (dotychczas 3.170 zł) oraz **4.800 zł** (dotychczas 3.458 zł) po dwóch latach rezydentury, a specjalizacji priorytetowych w pierwszych dwóch latach rezydentury – **4.900 zł** (dotychczas 3.602 zł) i **5.300 zł** (dotychczas 3.890 zł) po dwóch latach rezydentury. Powyższa podwyżka będzie tylko symbolicznie większa niż wyrównanie inflacji za okres, kiedy pensja rezydentów pozostawała bez zmian.

Konsekwentnie trzeba też zmienić odpowiedni przepis o minimalnej wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy rezydentów, zawarty a ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Proponujemy **nowelizację Art. 16j. ust 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry** polegającą na zmianie słów: „ w wysokości nie mniejszej niż 70% tego wynagrodzenia” na słowa: „ w wysokości nie mniejszej niż **110 %** tego wynagrodzenia”. Konieczne jest bowiem zapobieżenie sytuacji, gdy wynagrodzenia lekarza rezydenta było niewaloryzowane przez szereg lat (ostatnio przez 7).

3. **Wzrost wynagrodzeń lekarzy zatrudnionych w podmiotach leczniczych działających w formie jednostki budżetowej** – od dnia 01 stycznia 2016 roku – przez nowelizację **Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2014 r w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej**. Zgodnie z tym rozporządzeniem, miesięczna płaca zasadnicza lekarza specjalisty (starszego asystenta) może wynosić dzisiaj minimalnie 1860 zł, a maksymalnie 3950 zł ! (grupa XIX), a pensja ordynatora – od 2150 do 4550 zł (grupa XXI). OZZL postuluje, aby siatka płac zawierała tylko minimalne stawki wynagrodzenia i aby **minimalna płaca lekarza specjalisty** wynosiła – również zgodnie z postulatami samorządu lekarskiego - trzykrotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce (czyli obecnie ok. **12 000 zł**) – należy wprowadzić taką kwotę do grupy XIX tabeli wynagrodzeń stanowiącej załącznik do w/w rozporządzenia.

4. **Uchylenie przepisu, który zobowiązuje lekarzy wypisujących recepty na leki refundowane do wskazywania odpłatności za leki** – poprzez uchylenie przepisu **§ 6. ust. 1 pkt 6 Rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 08 marca 2012 roku w sprawie recept lekarskich** oraz – konsekwentnie - poprzez następujące zmiany w Ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry:

– usunięcie art. 45 ust. 2 (zobowiązanie lekarza do odnotowywania uprawnień wybranych osób uprzywilejowanych w dostępie do leków)

- usunięcie ust . 2a – (zobowiązanie lekarza do określenia odpłatności leku na receptę),

- odpowiednią zmianę ust. 5 pkt 4 – poprzez wykreślenie słów: „w szczególności w zakresie przepisów ust. 2 i 2a”

OZZL wnosi o generalne uproszczenia zasad refundacji, przede wszystkim przez zmniejszenie stopni refundacji i przyjęcie zasady, że jeżeli lek jest refundowany, to we wszystkich przypadkach klinicznych, w których jest faktycznie stosowany. Wobec powyższego proponujemy również zmiany, które należałoby wprowadzić w ustawie:

5. **Likwidacja przyporządkowania refundacji leków do wskazań zarejestrowanych przez producenta odpowiedniego preparatu handlowego, określonych w CHPL**, przez zmianę odpowiedniego przepisu Ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Proponujemy aby Art. 6. Ust. 1 w/w ustawy miał następującą treść: „1. Ustala się kategorię dostępności refundacyjnej:

1) lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny dostępny w aptece na receptę:

a) w całym zakresie wskazań klinicznych, w którym jest stosowany (dotychczas: „w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń”),

b) wyłącznie w określonym stanie klinicznym (dotychczas: „we wskazaniu określonym stanem klinicznym”)

Negatywnym zjawiskiem, z którym – na pewno – trzeba się uporać jest wywóz niektórych leków zagranicę, skutkujący ograniczeniem ich dostępności w Polsce.

6. **Uchylenie niejasnego przepisu**, który zobowiązuje lekarzy AOS do corocznego konsultowania pacjentów, leczonych w POZ, którzy kiedykolwiek wcześniej leczyli się w AOS. Jest to § 12 ust. 5 Załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Proponujemy skreślić ten przepis, bo jest on nieprecyzyjny (nie można zobowiązywać jednocześnie do przekazywania informacji „nie rzadziej niż co 12 miesięcy” i „w przypadku gdy ....” bo opisany przypadek może mieć miejsce rzadziej niż co 12 miesięcy. Ust. 4 paragrafu 12 określa wystarczająco jednoznacznie, że lekarz AOS informuje lekarza POZ o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu i ordynowanych lekach – na wniosek (na skierowanie) lekarza POZ. Obecna treść ust. 5 uniemożliwiła lekarzom POZ wypisywanie leków bez corocznej konsultacji z lekarzem AOS.

7. **Uchylenie przepisu art. § 8 ust.1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą**. Jest to przepis, który ogranicza prawa nabyte lekarzy anestezjologów „jedynkowiczów” pozbawiając ich prawa do wykonywania tych czynności i tych procedur medycznych, które przedtem przez lata wykonywali. W ocenie OZZL jest to przepis niezgodny z konstytucyjną ochroną praw nabytych (OZZL złożył wniosek do TK w tej sprawie). Należy przyjąć generalną (i konstytucyjną) zasadę, że żadne nowo wydane przepisy (ani powszechnie obowiązujące, ani wydawane np. przez NFZ) nie mogą pozbawiać lekarzy praw nabytych w zakresie ich zawodowych kompetencji i uprawnień. Polski nie stać na to, aby w sytuacji skrajnego niedoboru lekarzy rezygnować z pomocy już wykształconych lekarzy, ograniczając ich uprawnienia do wykonywania niektórych czynności, które wykonywali wcześniej przez wiele lat.

8. **Uchylenie przepisu § 13 ust. 5 załącznika „Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej**. Powyższy przepis zobowiązuje lekarza do konsultacji z ordynatorem oddziału, albo jego zastępcą albo kierownikiem oddziału każdego przypadku odmowy przyjęcia dziecka do szpitala. Przepis jest niejasny, niedostatecznie jednoznaczny i tak skonstruowany, że jego przestrzeganie musi spowodować kolizję z innymi przepisami, w tym zwłaszcza z dyrektywą UE o czasie pracy. Wobec powyższego przepis ten jest niekonstytucyjny, bo łamie zasady poprawnej legislacji. (ZK OZZL kieruje ten przepis do TK).

9. **Uchylenie przepisu**, który pozwala kontrolerom NFZ na arbitralne decydowanie, który lek (refundowany) był przez lekarza wypisany zgodnie z wiedzą medyczną i na nakładanie przez NFZ administracyjnej kary na świadczeniodawcę w przypadku, gdy NFZ uzna, iż lek nie był wypisany we właściwym wskazaniu. Przepis taki jest zawarty w § 31 ust. 1 pkt 3 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w wersji, która będzie obowiązywać od 01 stycznia 2016r. NFZ ma prawo, zgodnie z kodeksem cywilnym, żądać od lekarza na drodze sądowej naprawy poniesionej straty w przypadku, gdy lekarz świadomie i celowo wypisał niewłaściwy lek w celu uzyskania korzyści materialnej.

#### **Problemy lekarzy do rozwiązania przez głębsze zmiany :**

1. Problemem ciągle nie rozwiązany jest **problem płac lekarzy** (i innych pracowników ochrony zdrowia). Nie ma dzisiaj jednolitej, jasnej i sprawiedliwej zasady, według której płace te byłyby ustalane. Nie ma prawdziwych mechanizmów rynkowych, nie ma kryterium wyceny świadczeń refundowanych przez płatnika lub inną instytucję, nie przewidziano nawet w tej wycenie uwzględnienia kosztów pracy personelu medycznego (poza jednym, jedynym wyjątkiem, jakim jest wycena dializoterapii, gdzie przewidziano dla lekarza specjalisty wynagrodzenie zasadnicze w kwocie 9 500 zł, co – nawiasem mówiąc – nie jest realizowane w praktyce). Dlatego płace lekarzy w poszczególnych miejscach różnią się bardzo, a różnice te często nie wynikają z merytorycznych uwarunkowań. Pomimo, że wszystkie najważniejsze parametry finansowe systemu opieki zdrowotnej w Polsce, w tym uwarunkowania finansowe placówek ochrony zdrowia są ustalane arbitralnie przez państwo (za pośrednictwem NFZ – instytucji państwowej) nie ma żadnych państwowych ustaleń dotyczących płac personelu zatrudnionego w tych placówkach, nie ma też żadnych mechanizmów negocjacyjnych między reprezentacją pracowników (ich związkami zawodowymi), a podmiotem, który faktycznie decyduje o wysokości tych płac, to jest rządem, ministrem

zdrowia albo NFZ. W związku z tym, że nie wiemy, w którym kierunku pójdą zmiany systemowe w ochronie zdrowia, **OZZL przedstawia trzy alternatywne rozwiązania problemu płac lekarskich** (przedstawialiśmy je również poprzednim ministrom zdrowia):

1. wprowadzenie **ustawowej płacy minimalnej dla lekarzy** zatrudnionych w publicznej ochronie zdrowia w wysokości postulowanej przez OZZL i samorząd lekarski (dwukrotność przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce dla lekarza niespecjalisty oraz trzykrotność tej kwoty dla lekarza specjalisty),
2. podpisanie **ponadzakładowego układu zbiorowego pracy dla lekarzy** zatrudnionych w publicznej ochronie zdrowia przewidującego wynagrodzenie dla lekarzy w wysokości jak wyżej,
3. wprowadzenie **rynkowych zasad kształtowania płac lekarzy** poprzez **uwolnienie cen za refundowane świadczenia zdrowotne** (z zachowaniem zasady, że publiczny płatnik refunduje zawsze tę samą określoną przez niego cenę, a ewentualną różnicę w cenie dopłaca pacjent lub jego dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne) oraz poprzez **zaniechanie administracyjnego limitowania świadczeń refundowanych** przez państwo. W istocie byłoby to zastosowanie postanowień dyrektyw UE o leczeniu transgranicznym do leczenia wewnątrz krajowego.

2. Kolejnym wielkim i nierozwiązanym ciągle problemem jest **problem przepracowania lekarzy**. Dyrektywa UE o czasie pracy, jakkolwiek formalnie implementowana do prawa polskiego jest – w praktyce – powszechnie omijana za przyzwoleniem, a nawet zachętą kolejnych rządów. Problem dostrzegł nawet **Prezydent Andrzej Duda**, który w czasie swojej kampanii prezydenckiej stwierdził, że jednym z zadań, które trzeba podjąć przy naprawie polskiej służby zdrowia jest doprowadzenie do tego **„by lekarz nie zasypiał nad pacjentem bo jest przepracowany”**. Niewątpliwie ważnym warunkiem rozwiązania tego problemu jest zwiększenie ilości lekarzy w Polsce, jednak – w ocenie OZZL – należy już teraz wprowadzić regulacje, które uniemożliwią lekarzom pracę w nadmiernie długim wymiarze. **OZZL postuluje aby** – zgodnie z sugestią byłego Przewodniczącego Parlamentu Europejskiego – **Jerzego Buzka, limity czasu pracy, przewidziane w dyrektywie o czasie pracy UE odnosiły się do osoby, a nie do miejsca zatrudnienia i aby obejmowały także lekarzy zatrudnionych na podstawie innej niż umowa o pracę**. Należy w tym celu odpowiednio uszczegółowić kodeks pracy.

Z czasem pracy wiąże się szczegółowy problem – wynagradzania za dyżury lekarskie, a konkretnie – **zmniejszania wynagradzania lekarzy za podstawowy czas pracy w przypadku, gdy lekarz, korzystając z prawa do 11 godzinnego wypoczynku po dyżurze nie wypracowuje swojej miesięcznej normy czasu pracy**. Lekarze odbierają to jako swoistą karę za to, że godzą się na klauzulę opt-out i podejmowanie wielu dyżurów. W związku z tym OZZL postuluje odpowiednią zmianę w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej: **w art. 97 należy dopisać ust. 3a** o następującej (lub podobnej co do zasady) treści: *„Niewypracowanie przez pracownika jego miesięcznej normy czasu pracy, którego przyczyną jest wykorzystanie okresu wypoczynku, o którym mowa w ust. 1 i 2, nie może skutkować zaliczaniem części godzin dyżuru medycznego do podstawowego czasu pracy i obniżeniem wynagrodzenia za dyżur”*. Powyższy postulat jest zgodny z niedawnym (z maja br.) apelem Prezydium NRL do Ministra Zdrowia: *„o podjęcie inicjatywy zmiany przepisów dotyczących zasad wynagradzania za dyżury lekarskie w taki sposób, aby lekarz zachowywał prawo do wynagrodzenia za czas po zakończonym dyżurze”*.

Warunkiem koniecznym ograniczenia przepracowania lekarzy jest niewątpliwie zwiększenie ich liczby w kraju. Dlatego **OZZL postuluje** (od lat, podobnie jak samorząd lekarski) **zwiększenie limitów przyjęć na dzienne studia lekarskie oraz o zwiększenie ilości rezydentur tak, aby każdy absolwent uczelni lekarskich, który zechce mógł uzyskać możliwość specjalizowania się w ramach rezydentury**. Postulujemy również przywrócenie stażu podyplomowego po 6 letnich studiach lekarskich.

Kolejnym szczegółowym (i nierozwiązanym) problemem jest uregulowanie przebiegu szkolenia specjalizacyjnego. **Porozumienie Rezydentów OZZL** przedstawi tę sprawę bardziej szczegółowo przy ewentualnym spotkaniu z Panem Ministrem. W tym miejscu chcemy zwrócić uwagę na konieczność wprowadzenia takiej zmiany w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, która wprowadzi jednoznaczny przepis, że **dyżury medyczne pełnione przez lekarzy rezydentów w ramach szkolenia specjalizacyjnego MUSZĄ być pełnione na podstawie umowy o pracę** podpisanej z tym pracodawcą, z którym podpisana jest umowa rezydentury. W ten sposób zakazane będzie podpisywanie z lekarzami – rezydentami umów cywilno-prawnych na pełnienie dyżurów, co powoduje liczne patologie, jak np. zmuszanie rezydentów do samodzielnego dyżurowania na oddziałach mimo nieposiadania przez nich wystarczających kompetencji, zmuszanie rezydentów do permanentnego dyżurowania na SOR niezależnie od specjalizacji, którą zdobywa rezydent, przedłużanie czasu pracy rezydentów ponad obowiązujące normy czasu pracy bez podstaw prawnych i bez dodatkowego wynagrodzenia.

Jest jeszcze wiele innych postulatów szczegółowych, których wszystkich nie jesteśmy w stanie wymienić. Wymienimy tutaj te, które najczęściej się powtarzają w czasie lekarskich dyskusji na różnych forach:

- wprowadzenie możliwości odliczania od podstawy opodatkowania kosztów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza – nie tylko przez lekarzy prowadzących praktykę lekarską (działalność gospodarczą), ale również przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę (koszty zakupu książek, wydawnictw medycznych, programów komputerowych, koszty szkoleń, składek na samorząd lekarski itp.

- likwidacja wielu biurokratycznych obowiązków, nie służących czemukolwiek np. składania rocznego sprawozdania dla urzędu marszałkowskiego o wytworzonych odpadach (niezależnie od obowiązku utylizacji tych odpadów, co jest merytorycznie uzasadnione), składania rocznego sprawozdania o ilości wprowadzanych gazów lub pyłów do powietrza przez praktyki lekarskie, składania wielu sprawozdań do GUS zawierających informacje, które są w posiadaniu innych instytucji np. NFZ,

- spowodowanie niezwłocznego powołania i faktycznego funkcjonowania instytucji koronera,  
- wprowadzenie takich zmian do sposobu prowadzenia e- dokumentacji, a zwłaszcza e- zwolnień na rzecz ZUS – tak, aby nie wiązało się to z dodatkowymi kosztami dla lekarzy ani z dodatkowym czasem poświęconym na działania biurokratyczne zamiast na leczenie chorych.

#### **Problemy „ustrojowe” dotyczące funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jako całości.**

OZZL wypracował i przedstawiał wielokrotnie publicznie autorski program zmian w ochronie zdrowia. System, który proponujemy nazwaliśmy systemem racjonalnym bo opiera się on na krytycznej analizie różnych rozwiązań i wyborze rozwiązań racjonalnych, nie ideologicznych. Podstawą finansowania ma być budżet państwa, który jednak rozdzielany jest nie na dany obszar, ale na osobę (obywatela) w postaci tzw. bonu zdrowotnego, spełniającego rolę składki zdrowotnej. Bon może być przekazywany przez obywatela do wybranej przez niego firmy realizującej zadania z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i konkurującej z innymi firmami tego rodzaju. Rozdział tych środków ma się dokonywać na zasadach rynkowych zgodnie z założeniem reformy z roku 1999 (nigdy nie zrealizowanym do końca), że „pieniądze idą za pacjentem”. Szczegóły tego programu są dostępne na stronie internetowej OZZL: <http://ozzl.org.pl/index.php/opinie-prawne-70/190-74>.

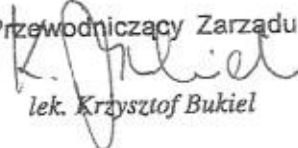
Niezależnie jednak od szczegółowych rozwiązań, które mogą być różne, należy przyjąć, że **system opieki zdrowotnej MUSI być systemem wydolnym to znaczy, że dostęp do świadczeń zdrowotnych jest BEZKOLEJKOWY**. Jak pokazuje codzienne doświadczenie oraz wyniki wielu badań opinii społecznej – bezkolejkowy, pewny dostęp do opieki zdrowotnej jest najważniejszym priorytetem wskazywanym przez pacjentów, ważniejszym nawet niż całkowita bezpłatność wszystkich świadczeń. Aby system był „bezkolejkowy” muszą być spełnione dwa warunki:

1. musi istnieć równowaga między ilością pieniędzy publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia, a zakresem bezpłatnych świadczeń gwarantowanych, które za te pieniądze mają być sfinansowane ( z uwzględnieniem, że ceny za świadczenia będą odpowiadać faktycznym przeciętnym, uzasadnionym kosztom tych świadczeń uwzględniającym odpowiednie wynagrodzenie za pracę personelu medycznego,
2. muszą funkcjonować mechanizmy, które zapewnią trwałość tej równowagi, a w ocenie OZZL najlepszym takim mechanizmem jest współpłacenie przez pacjentów za niektóre świadczenia (te, które mogą być nadużywane); na tym współpłaceniu można „umocować” dodatkowe, dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne.

Jest wiele szczegółowych problemów, które mogą się pojawić przy realizacji zmian w ochronie zdrowia, a które trudno teraz wymienić nie wiedząc w którym kierunku te zmiany pójdą. W ocenie OZZL nie powinno się jednak rezygnować z mechanizmów rynkowych: konkurencji i działania „dla zysku” poszczególnych placówek medycznych, bo te mechanizmy zapewniają najbardziej efektywne wykorzystanie „sił i środków” przeznaczonych na ochronę zdrowia oraz poszanowanie podmiotowości pacjenta. Trzeba jednak wprowadzić kroki, które zapobiegą nadużyciom w tym zakresie, a zwłaszcza uprzywilejowaniu niektórych placówek i nieuzasadnionemu mnożeniu świadczeń przez niektórych świadczeniodawców. Trzeba także **wprowadzić do lecznictwa krajowego zasadę, która obowiązuje – zgodnie z dyrektywą UE - w leczeniu transgranicznym**: każdy ma prawo do wyboru miejsca leczenia, a osoba uprawniona do leczenia ze środków publicznych ma prawo do uzyskania ze środków publicznych zwrotu kosztów tego leczenia do określonej kwoty, którą publiczny płatnik przeznaczył na sfinansowanie tego rodzaju świadczenia. Ewentualną różnicę między tą kwotą a faktyczną ceną świadczenia dopłaca pacjent ze swoich środków (lub korzystając ze swojego dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego). Jesteśmy gotowi aby w bezpośrednim spotkaniu przedstawić Panu Ministrowi dodatkowe szczegóły i ewentualne wyjaśnienia dotyczące naszych oczekiwań.

Z wyrazami szacunku

Zarząd Krajowy OZZL

Przewodniczący Zarządu  
  
lek. Krzysztof Bukiel