



Minister Zdrowia

Warszawa, 18 stycznia 2021

MMI.704.1.2020.TM

Pan
Adam Bodnar
RZECZNIK PRAW
OBYWATELSKICH

Wielce Szanowny Panie Ministrze,

w odpowiedzi na pismo znak V.7013.145.2020.ET/GH/PM z dnia 12.11.2020r., pragnę, przede wszystkim, zapewnić Pana Ministra, że pracownicy Ministerstwa Zdrowia na czele z Ministrem, w każdej komórce organizacyjnej, dokładają wszelkich starań, żeby w tak trudnym czasie jakim jest okres epidemii, zarówno pacjenci jak i opieka medyczna otrzymali wszelkie wsparcie w walce z chorobą Covid – 19. Jednocześnie nasze działania są ukierunkowane na wszystkie aspekty organizacyjne i medyczne dotyczące zakażonych, chorych, ale także pacjentów z innymi schorzeniami. Wymaga to oczywiście ogromnego wysiłku, w którym jednak nie ustajemy. Nadrzędnym celem jest wyprowadzenie naszego społeczeństwa z ekstremalnie trudnej sytuacji z jak najmniejszym uszczerbkiem na zdrowiu i życiu. Często wymaga to podejmowania trudnych, niepopularnych decyzji ograniczających dotychczasowe swobody. W innym przypadku brak zdecydowanych działań doprowadziłby do tragicznych skutków. Wdzięczni jesteśmy za wszelką pomoc oraz uwagi, które stanowią podstawę do dokonywanych przez Ministra Zdrowia wyborów.

W związku ze skierowanym do Ministra Zdrowia pismem, bardzo proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Ad. 1. Dramatyczna sytuacja w szpitalach w czasie pandemii.

Zasadniczym elementem walki z Covid-19 jest zapewnienie odpowiedniej liczby miejsc w szpitalach dla pacjentów, u których rozwija się objawowa postać infekcji układu oddechowego. Strategia działania (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/strategia-walki-z-pandemia-Covid-19>) wskazuje organizację działań w tym zakresie, na poszczególnych etapach epidemii. Na dzień 11.12.br. dostępnych jest **37664** . łóżek oraz **3124** łóżek respiratorowych dla pacjentów z Covid-19.

Mając na uwadze zakłócenia w ciągłości dostaw spowodowane okolicznościami zewnętrznymi, w tym wstrzymaniem realizacji normalnych kontraktów i dostaw z powodu epidemii Covid-19 na całym świecie, Rząd podjął działania w celu zapewnienia dostępności sprzętu, akcesoriów i wyrobów medycznych oraz środków ochrony indywidualnej i środków do dezynfekcji.

Asortyment z rezerw strategicznych jest regularnie przekazywany na rzecz wojewodów, którzy rozdysponowują środki do podmiotów na terenie województwa.

Potrzeby podmiotów leczniczych w zakresie środków ochrony indywidualnej są monitorowane w uruchomionym przez Ministerstwo Zdrowia systemie informatycznym. System daje możliwość analizy zużycia środków ochrony indywidualnej w podmiotach oraz pozyskanie informacji o aktualnych stanach zapasów magazynowych. Pozyskane informacje pozwalają właściwym urzędom wojewódzkim na racjonalne gospodarowanie zasobami i ich właściwy przydział do podmiotów wymagających wsparcia.

Ponadto, szpitale udzielające świadczeń dla pacjentów z Covid-19 są stale doposażane w sprzęt i wyroby medyczne pochodzące z Agencji Rezerw Materiałowych. Rezerwy strategiczne są udostępniane na wniosek wojewody, który weryfikuje zapotrzebowanie podmiotów. Zgodnie z zapotrzebowaniem składanym przez wojewodów wydawane są respiratory, kardiomonitor, pompy infuzyjne, ssaki medyczne, aparaty do wysokoprzepływowej tlenoterapii donosowej, łóżka szpitalne, tlen i butle tlenowe lub zbiorniki na tlen, reduktory do butli, dozowniki do tlenu, termometry, defibrylatory, laryngoskopy, urządzenia do kompresji klatki piersiowej, aparaty USG, RTG, EKG, tomografy komputerowe, analizatory POCT, aparaty do sztucznego oddychania, sprzęt jednorazowego użytku i inny asortyment w zależności od potrzeb podmiotów.

Dodatkowo, oprócz rezerw strategicznych, dokonano zakupu sprzętu medycznego, środków ochrony indywidualnej oraz środków do dezynfekcji rąk i powierzchni w ramach zakupów realizowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Łącznie wydatkowano:

945,89 MLN ZŁ (W TYM 98,89 MLN NA USŁUGI: UBEZPIECZENIA, WYKONANIE TESTÓW). Środki pozyskano z rezerw celowych oraz funduszy europejskich (4 projekty). W trakcie realizacji jest piąty projekt finansowany z budżetu UE o wartości 45 mln zł. Środki zostaną przeznaczone na uzupełnienie stanów magazynowych w zakresie środków ochrony osobistej.

Wsparciem dla bazy łóżek szpitalnych są izolatoria, w których mogą przebywać m.in. osoby hospitalizowane z powodu Covid-19, niewymagające dalszego leczenia w warunkach szpitalnych. Na dzień 11.12. dostępnych jest 9862 miejsc do izolacji pacjentów z Covid-19.

Optymalizacji zarządzania dostępną bazą łóżek służy wdrożona przez Centrum e-Zdrowia platforma ewidencji łóżek Covid-19. Poprzez platformę możliwe jest bieżące informowanie o wolnych oraz rezerwacja łóżek Covid-19. Uprawnienia do korzystania z platformy otrzymali główni dyspozytorzy medyczni – w zakresie transportu pacjenta z Covid-19 przez zespół Ratownictwa Medycznego oraz wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego – w odniesieniu do transportu sanitarnego lub w przypadku braku miejsca na terenie województwa i konieczności transportu pacjenta w celu hospitalizacji poza obszar województwa.

Ponadto, zgodnie z § 10a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2020 r. poz. 1840), w okresie od dnia 20 października do dnia 31 grudnia 2020 r., w związku z ogłoszeniem stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, 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.

W odniesieniu do wsparcia działań personelu medycznego walczącego z epidemią Covid-19, Ministerstwo Zdrowia prowadzi analizę, na bieżąco monitoruje sytuację epidemiologiczną i podejmuje działania mające na celu utrzymanie ciągłości procesu kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego w zawodach medycznych.

Z inicjatywy Ministra Zdrowia przeprocedowano przepisy ustawy z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem Covid-19 (Dz. U. poz. 2112), których celem

jest wprowadzenie szeregu zmian w związku z wystąpieniem Covid-19, w tym dotyczące kwestii zaangażowania m.in. lekarzy stażystów do walki z pandemią. W ustawie tej wskazano, że w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii:

- 1) studenci kierunków przygotowujących do wykonywania zawodu medycznego,
- 2) doktoranci w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinach naukowych: nauki medyczne, nauki farmaceutyczne i nauki o zdrowiu,
- 3) osoby kształcące się w zawodzie medycznym,
- 4) osoby posiadające wykształcenie w zawodzie medycznym, które ukończyły kształcenie w tym zawodzie w ciągu ostatnich 5 lat,
- 5) ratownicy, o których mowa w art. 13 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882)

- będą mogli brać udział w udzielaniu świadczeń zdrowotnych udzielanych w związku z ogłoszeniem stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, na podstawie decyzji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii.

Powyższe osoby udzielałyby świadczeń zdrowotnych pod bezpośrednim nadzorem osoby wykonującej zawód medyczny właściwej ze względu na rodzaj świadczenia oraz byłyby dostosowane do poziomu ich wiedzy i umiejętności. Jednocześnie okres pracy przy zwalczaniu epidemii studentów, doktorantów oraz osób kształcących się w zawodzie medycznym zostałyby zaliczany na poczet odbycia odpowiedniej części zajęć lub grup zajęć kształtujących umiejętności praktyczne, w tym zajęć praktycznych i praktyk zawodowych. Ponadto, przysługiwałoby im wynagrodzenie za pracę przy zwalczaniu epidemii.

W ww. ustawie wprowadzono także przepisy ułatwiające osobom, które uzyskały kwalifikacje lekarza specjalisty poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej, uzyskanie zgody na wykonywanie zawodu lekarza oraz przyznanie prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, na okres do pięciu lat.

Wskazano również, że w stanie zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii wojewoda będzie mógł skierować do pracy, przy zwalczaniu epidemii, na podstawie art. 47 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, również lekarzy, którzy ukończyli staż podyplomowy i nie uzyskali prawa wykonywania zawodu lekarza z powodu niezłożenia z wynikiem pozytywnym LEK albo

LDEK. Takie osoby byłyby wówczas uznawane za lekarzy w trakcie stażu podyplomowego.

Jednocześnie Minister Zdrowia w ramach działań systemowych podejmuje działania mające na celu zabezpieczenie warunków realizacji świadczeń oraz zapewnienie pacjentowi ciągłości opieki przez pielęgniarki i położne w poszczególnych rodzajach świadczeń zdrowotnych.

Wobec powyższego zostały zrealizowane następujące działania legislacyjne dotyczące pielęgniarek i położnych:

- 1) Zmiana w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (art. 26b) w zakresie umożliwienia pielęgniarkom i położnym, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat – w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego, stanu epidemii albo w razie niebezpieczeństwa szerzenia się zakażenia lub choroby zakaźnej, które może stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego - powrotu do czynnego wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej.
- 2) Zmiana w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej polegająca na umożliwieniu położnym udzielania świadczeń zdrowotnych, wykonywanych przez pielęgniarki – w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii (art. 5 ust. 1a ustawy). Celem tej regulacji jest stworzenie warunków umożliwiających zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych na właściwym poziomie, poprzez rozszerzenie kompetencji zawodowych położnych o możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie wobec wszystkich pacjentów, wraz z dookreśleniem tych świadczeń,
- 3) Zmiana w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (art. 47 ust. 14) polegająca na umożliwieniu skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii (udział w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w związku z ogłoszeniem stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, na podstawie decyzji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii) studentów kierunków przygotowujących do wykonywania zawodu medycznego, osoby kształące się w zawodzie medycznym, osoby posiadające wykształcenie w zawodzie medycznym, które ukończyły kształcenie w tym zawodzie w okresie ostatnich 5 lat.

- 4) Zmiana w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, zgodnie z którą w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych może być prowadzone z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość w odniesieniu do zajęć teoretycznych, niezależnie od tego, czy zostało to przewidziane w programie kształcenia (art. 78 ust. 6 pkt 1 ustawy). Celem zmiany jest zapewnienie pielęgniarkom i położnym możliwości kontynuacji kształcenia podyplomowego, jak również prawa do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach tego kształcenia z zachowaniem bezpieczeństwa osobom biorącym udział w tym kształceniu poprzez umożliwienie prowadzenia zajęć teoretycznych z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość.
- 5) Zmiana w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej polegająca na tym, iż w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych może być prowadzone w formie indywidualnej w odniesieniu do szkolenia praktycznego, także w podmiocie, w którym aktualnie pielęgniarka lub położna uczestnicząca w kształceniu jest zatrudniona (art. 78 ust. 6 pkt 2 ustawy). Celem nowej regulacji jest umożliwienie pielęgniarkom i położnym odbywanie staży wynikających z realizowanego kształcenia podyplomowego w podmiocie, w którym jest zatrudniona, bez konieczności przemieszczania się pomiędzy podmiotami leczniczymi.

Ad. 1.1. Brak efektywnej koordynacji pogotowia ratunkowego.

Ministerstwo Zdrowia od początku trwania pandemii monitorowało sytuację dotyczącą ruchu pacjentów transportowanych przez ZRM. W związku ze wzrostem liczby zachorowań na Covid-19 przekazanie pacjenta przez ZRM do szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR) lub izby przyjęć (IP) w wielu miejscach w kraju, zwłaszcza w dużych miastach, wymagało niejednokrotnie kilkugodzinnego oczekiwania. Po przeprowadzeniu analizy zidentyfikowano, iż głównymi przyczynami wzrostu czasu oczekiwania ZRM na SOR/IP jest:

- ograniczona liczba izolatek w IP i SOR,
- długi czas oczekiwania na wynik testu na Covid-19 i decyzję co do dalszego postępowania z chorym;

- w przypadku uzyskania wyniku pozytywnego - konieczność transportu pacjenta do szpitala z oddziałem dedykowanym chorym na Covid-19.

Wobec powyższych problemów MZ podjęło działania, aby w jak największym stopniu usprawnić obsługę pacjentów w SOR/IP poprzez:

- umieszczanie kontenerów przy szpitalach, co zwiększa powierzchnię SOR/IP i liczbę dostępnych pomieszczeń,
- wprowadzenie aplikacji monitorującej liczbę dostępnych miejsc w szpitalach, którą udostępniono głównym dyspozytorom medycznym (GDM) oraz wojewódzkim koordynatorom ratownictwa medycznego (WCRM). W ramach swojej funkcjonalności aplikacja daje możliwość rezerwacji miejsca w szpitalu na rzecz konkretnego pacjenta transportowanego przez ZRM,
- wprowadzenie testów antygenowych na obecność wirusa SARS-CoV-2 do ZRM, co pozwala już na etapie przedszpitalnym podjąć decyzję co do transportu pacjentów z wynikiem dodatnim do szpitali dedykowanych pacjentom z Covid-19,
- uruchomienie projektu Domowej Opieki Medycznej (DOM), czyli systemu zdalnego monitoringu pacjentów z Covid-19 z grup podwyższonego ryzyka za pomocą aplikacji PulsoCare, monitorującej podstawowe funkcje układu oddechowego i krążenia.

Na skutek powyższych działań w okresie od 19.10.2020 – do 19.11.2020 odnotowano 9% spadek czasu oczekiwania na SOR/IP przez ZRM na terenie kraju w porównaniu do poprzedniego okresu. Oczekujemy pogłębienia tej tendencji w miarę testowania. Dane wskazują, iż w dalszym ciągu sytuacja powinna się jeszcze bardziej poprawić pomimo wzrostu liczby pacjentów transportowanych do szpitala przez ZRM ze zdiagnozowanym SARS-CoV-2.

W związku z umożliwieniem testowania pacjentów na obecność koronawirusa na etapie przedszpitalnym, wydane zostały nowe zalecenia dotyczące postępowania z pacjentem w zależności od wyniku badania. Zalecenia te w postaci schematów postępowania dyspozytorów medycznych, zespołów ratownictwa medycznego oraz personelu medycznego SOR/IP są dostępne na stronie internetowej MZ pod adresem <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swiadczen>

Ad. 1.2. Brak miejsc w szpitalach.

Ze względu na obserwowany gwałtowny wzrost poziomu zakażeń Covid-19, 14 października 2020r. Centrala NFZ wydała komunikat, w którym zalecono ograniczenie do niezbędnego minimum lub czasowe zawieszenie udzielania świadczeń szpitalnych wykonywanych planowo, z wyłączeniem świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów z chorobami onkologicznymi. Powyższe miało na celu zminimalizowanie ryzyka transmisji infekcji Covid-19 oraz zapewnienie dodatkowych łóżek szpitalnych dla pacjentów wymagających pilnego przyjęcia do szpitala. Przy ograniczeniu lub zawieszeniu udzielania świadczeń, zalecono wzięcie pod uwagę planu leczenia oraz wysokie prawdopodobieństwo pobytu pacjenta po zabiegu w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. Wydane zalecenie dotyczyło tylko sytuacji, w których życie i zdrowie pacjentów nie było zagrożone lub nie skutkowałoby pogorszeniem stanu zdrowia w związku ze zmianą terminu udzielenia świadczenia. Podkreślenia wymaga, że wszystkie decyzje o przesunięciach terminów powinny być podejmowane indywidualnie w odniesieniu do każdego pacjenta, z uwzględnieniem jego aktualnego stanu klinicznego.

Ad. 1.3. Brak tlenu w szpitalach i karetkach dla pacjentów chorych na Covid-19.

Minister Zdrowia podejmuje działania, aby tlenu dla pacjentów przebywających w szpitalach nie zabrakło. W czasie pandemii Covid-19 wraz ze wzrostem liczby zakażonych pacjentów obserwujemy istotnie zwiększone zapotrzebowanie na tlen medyczny. Natomiast działania rządu skoncentrowane są na zapewnieniu ciągłości dostaw i pełnej dostępności skroplonego tlenu medycznego w całej Polsce. Sam fakt, że projekt zapewnienia tlenu medycznego prowadzony jest równolegle przez wiele organów i Ministerstw, m.in. Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Aktywów Państwowych jak również Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, świadczy o priorytetowym podejściu do sytuacji związanej z zapewnieniem bezpieczeństwa pacjentów podczas pandemii Covid-19 w Polsce.

Minister Zdrowia może nałożyć na Agencję Rezerw Materiałowych obowiązek utworzenia, w określonym czasie i ilości, rezerw strategicznych asortymentu niezbędnego w celu zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi i utrzymanie tego asortymentu w rezerwach strategicznych. Powyższa możliwość została zastosowana do utworzenia rezerw strategicznych w zakresie tlenu medycznego oraz butli do tlenu medycznego, w związku z wystąpieniem deficytu tego produktu

leczniczego. Z uwagi na sytuację wyższej konieczności panującą w naszym kraju związaną z trwającą epidemią wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę Covid-19, której to terapia głównie opiera się na tlenoterapii, utworzono dodatkowe rezerwy w tym zakresie. Szpitale, które nie są w stanie zaopatrzyć się w tlen od zakontraktowanych do tej pory dostawców, mogą korzystać z tlenu, który stanowi łatwo dostępną rezerwę.

W każdym województwie został powołany Koordynator ds. tlenu, który na bieżąco monitoruje sytuację, udostępnia tlen do odpowiedniego szpitala oraz uzupełnia rezerwy tlenu. Ponadto, informuję, że Minister Zdrowia dopuścił do obrotu tlen medyczny wyprodukowany przez Polfę Tarchomin, jako dodatkowe źródło zasilenia w tlen z możliwościami produkcyjnymi do 600 butli na dobę, co zapewnia pokrycie zapotrzebowania w razie deficytu. Obecnie deficyt tlenu nie występuje.

Na bieżąco wszystkie podmioty, które produkują tlen medyczny dokładają wszelkich starań, aby tlenu nie zabrakło. Dostawcy gazów medycznych poprzez wprowadzanie nowych, dodatkowych linii napełnienia butli stale powiększają możliwości produkcyjne.

W Polsce znajduje się siedem podmiotów wytwarzających tlen medyczny, które podlegają nadzorowi Głównego Inspektora Farmaceutycznego. Poniżej przedstawiam wykaz tych przedsiębiorstw z podaniem miejsc wytwarzania tlenu medycznego:

1. LINDE GAZ POLSKA Sp. z o.o., siedziba: ul. Prof. M. Życzkowskiego 17, 31-864 Kraków, miejsca wytwarzania:
 - ul. Żwirowa 4, 33-100 Tarnów;
 - ul. Przemysłowa 17, 64-000 Kościan;
 - ul. Traktorowa 145, 91-204 Łódź;
 - ul. LG 2, Biskupice Podgórne, 55-040 Kobierzyce;
 - ul. Kasprowicza 132, 01-949 Warszawa;
 - ul. Zgrupowania AK "Kampinos" 30, 01-949 Warszawa;
 - ul. Prof. M. Życzkowskiego 17, 31-864 Kraków.
2. Air Products Sp. z o.o., siedziba: ul. Komitetu Obrony Robotników 48, 02-146 Warszawa, miejsca wytwarzania:
 - ul. Sienkiewicza 29, 56-120 Brzeg Dolny;
 - ul. Rejtana 8, 42-200 Częstochowa;
 - ul. Waryńskiego 7, 47-220 Kędzierzyn Koźle;
 - ul. Kielecka 30, 42-470 Siewierz;
 - ul. Bukowiecka 71, 03-893 Warszawa.
3. Alkat Sp. z o.o., siedziba: ul. Jasnogórska 9, 31-358 Kraków, miejsce wytwarzania:

- Al. J. Piłsudskiego 92, 41-308 Dąbrowa Górnicza.
4. Messer Polska Sp. z o.o., siedziba: ul. Maciejkowicka 30, 41-503 Chorzów, miejsca wytwarzania:
ul. Maciejkowicka 30, 41-503 Chorzów; ul. Jasienicka 7, 72-010 Police.
 5. SPAWMET Sp. z o.o., siedziba: ul. Zakładowa 8, 89-600 Chojnice, miejsce wytwarzania:
ul. Zakładowa 8, 89-600 Chojnice.
 6. ELOROS Sp. z o.o., siedziba: ul. Strefowa 22, 44-207 Rybnik, miejsce wytwarzania:
ul. Strefowa 22, 44-207 Rybnik.
 7. EUROGAZ-BOMBI H. Choroszuca Z. Choroszuca Spółka Jawna, siedziba:
ul. Słupy 44 B, 10-381 Olsztyn, miejsce wytwarzania:
ul. Słupy 44 B, 10-381 Olsztyn.

W celu zwiększenia mocy produkcyjnych, Główny Inspektor Farmaceutyczny w dniu 15 kwietnia 2020 r. wydał komunikat w sprawie zasad wytwarzania tlenu medycznego w okresie epidemii, zgodnie z którym możliwe jest wytwarzanie tlenu medycznego na instalacjach przeznaczonych do wytwarzania tlenu technicznego oraz napełniania tlenem medycznym butli stosowanych dotychczas do napełniania tlenem technicznym. Uruchomienie procesu wytwarzania tlenu medycznego jest możliwe po dopełnieniu stosownych formalności, tj. po zgłoszeniu do Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego zmiany w warunkach wytwarzania oraz, jeśli zachodzi taka konieczność - po dokonaniu niezbędnych zmian w dokumentacji rejestracyjnej.

W powyższym komunikacie Główny Inspektor Farmaceutyczny przedstawił także tryb postępowania w przypadku konieczności odstąpienia wytwórcy tlenu medycznego od wymagań Dobrej Praktyki Wytwarzania oraz dopuszczona została możliwość pracy zdalnej Osoby Wykwalifikowanej prowadzącej certyfikację serii i możliwość zatrudniania takiej osoby na część etatu.

Należy wskazać, że wszelkie zmiany dokonywane ze względu na sytuację epidemiczną powinny być wprowadzane zgodnie z obowiązującą u wytwórcy procedurą kontroli zmian. W przypadku konieczności odstąpienia od realizacji niektórych wymogów Dobrej Praktyki Wytwarzania należy postępować zgodnie z procedurą odchyień Farmaceutycznego Systemu Jakości wytwórcy, i fakt ten uwzględnić przy certyfikacji serii przez Osobę Wykwalifikowaną.

W celu przyspieszenia swoich działań wytwórcy mogą stosować się do wytycznych wydanych przez Komisję Europejską i Europejską Agencję Leków w sprawie wymogów regulacyjnych dla produktów leczniczych stosowanych w leczeniu Covid-19, w tym tlenu medycznego „Question and Answers on regulatory expectation for medicinal products for human use during the Covid-19 pandemic”.

Wytyczne pozwalają wytwórcom indywidualnie oszacować ryzyko i prowadzić jedynie takie działania systemowe, które są niezbędne dla zapewnienia jakości, skuteczności i bezpieczeństwa produktu leczniczego. Wytyczne te dopuszczają przeprowadzenie maksymalnie uproszczonej kwalifikacji instalacji oraz walidacji procesu wytwarzania produktów leczniczych (w tym tzw. „walidacji równoczesnej” pozwalającej na wprowadzenie serii walidacyjnej do obrotu) oraz pozwalają na odłożenie w czasie części działań jakościowych (w tym np. rekaliibracji, rekwalifikacji, audytów, badań stabilności).

Ponadto w celu ułatwienia wytwórcom tlenu dokonywania zmian w dokumentacji Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych wypracował wytyczne dotyczące szybkiej ścieżki prowadzenia postępowań, klasyfikacji zmian porejestracyjnych, stosowania odstępstw od dokumentacji w czasie pandemii oraz ułatwienia dla wytwórców, z którymi Urząd ten jest w stałym kontakcie oraz służy pomocą i doświadczeniem.

Ministerstwo Zdrowia w drodze decyzji administracyjnej wydaje każdemu podmiotowi decyzje umożliwiające bezpieczne odstępstwo od części procedur Dobrej Praktyki Wytwarzania, z zachowaniem jakości ostatecznego produktu. W ocenie Ministerstwa Zdrowia takie działania przyniosą około 60% wzrostu produkcji tlenu sprężonego w butlach.

Z informacji jakie posiada Ministerstwo Zdrowia producenci tlenu, chcąc sprostać rosnącemu popytowi reorganizowali swoją działalność – uruchamiali dodatkowe linie produkcyjne, wprowadzali 24 godzinne systemy pracy. Do połowy listopada sytuacja z tlenem skroplonym, dostarczany do zbiorników kriogenicznych, ustabilizowała się i obecne dostawy tego rodzaju tlenu przebiegają bez zakłóceń. Trudniejszym do uzupełniania stało się zapotrzebowanie na tlen w butlach. Deficyt butli (opakowań) na tlen sprężony, zapobiegliwość szpitali, które zamawiały butle niejako na zapas, obawiając się nieprzewidywalnego wzrostu zapotrzebowania spowodował, że wytwórcy dysponując ograniczoną ich ilością nie mogli napełniać i dystrybuować nimi

w oczekiwanej przez podmioty ilości i częstotliwości. W takich warunkach ciągłość dostaw częstokroć była przerywana, a okresy pomiędzy dostawami wydłużane. Obecnie, od ok. trzech tygodni, sytuacja uległa stabilizacji, nadal jednak zdarzają się pojedyncze przypadki, wymagające udzielenia skoordynowanej pomocy w zabezpieczeniu dostawy tlenu do szpitala

Ad.1.4. Ograniczenie dokumentacji medycznej w szpitalach tymczasowych do niezbędnego minimum.

Aktem prawnym regulującym prowadzenie dokumentacji medycznej w szpitalach tymczasowych jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 1981).

Zgodnie ze wskazanym rozporządzeniem podmiot leczniczy prowadzący szpital, zlokalizowany w miejscu nieprzeznaczonym dotychczas do udzielania świadczeń zdrowotnych, w którym są udzielane świadczenia zdrowotne pacjentom zakażonym wirusem SARS-CoV-2 jest zobowiązany do prowadzenia:

1. dokumentacji indywidualnej wewnętrznej w formie:
 - historii choroby;
 - karty noworodka,
2. dokumentacji indywidualnej zewnętrznej w formie:
 - karty informacyjnej z leczenia szpitalnego;
 - książeczki zdrowia dziecka;
 - skierowania,
3. dokumentacji zbiorczej wewnętrznej w formie:
 - wykazu głównego przyjęć i wypisów;
 - wykazu odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć lub wykazu odmów przyjęć w szpitalnym oddziale ratunkowym;
 - wykazu pracowni diagnostycznej,
4. dokumentację zbiorczą zewnętrzną dla celów określonych w innych przepisach prawa powszechnie obowiązującego.

Warto podkreślić, iż wprowadzone regulacje nie zmieniły zakresu informacji jakie powinny być odnotowywane w wymienionych powyżej dokumentach. Zatem w odniesieniu do historii choroby zastosowanie znajdą dalsze przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów

dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 666), w tym m.in. § 13-16.

Przyjęte rozwiązania wynikają z jednej strony, z dążenia do nienakładania nadmiernych obowiązków administracyjnych na szpitale tymczasowe, przez ograniczenie obowiązku prowadzenia przez nie dokumentacji medycznej do niezbędnego minimum, a z drugiej, zapewnienia pacjentom dostępu do dokumentacji medycznej stanowiącej cenne źródło informacji zarówno o pacjencie, wszelkich udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, jak również informacji o charakterze administracyjnym, pozwalających na ustalenie danych osób udzielających świadczeń zdrowotnych, czy też przebiegu pobytu pacjenta w szpitalu tymczasowym. Należy także pamiętać, iż dokumentacja medyczna tworzona jest nie tylko na potrzeby pacjentów, ale także lekarzy, zwłaszcza w przypadku wystąpienia zdarzenia niepożądanego i roszczeń z tym związanych. Wówczas starannie prowadzona dokumentacja medyczna chroni lekarzy przed ewentualnymi zarzutami. Dodatkowo warto podkreślić, iż obowiązek prowadzenia dokumentacji nie oznacza konieczności osobistego dokonywania wpisów w dokumentacji medycznej przez lekarzy.

Oczywiście o treści samego wpisu decyduje osoba udzielająca świadczeń, tym samym podpis tej osoby nie można zastąpić podpisem osoby sporządzającej (w sensie technicznym) dokumentację medyczną pacjenta. W związku z powyższym prowadzenie dokumentacji medycznej, w której zawarte informacje będą stanowiły pełny obraz informacji o diagnostyce pacjenta i przebytych przez niego leczeniu, wydaje się niezbędne.

Jednocześnie pragnę zapewnić, iż Ministerstwo Zdrowia szczegółowo analizuje wszelkie sygnały o potrzebach zmiany organizacji i funkcjonowania nie tylko szpitali tymczasowych, ale wszystkich podmiotów leczniczych, które aktualnie z uwagi na dynamiczny przyrost zachorowań pacjentów na Covid-19 udzielają świadczeń zdrowotnych w przedmiotowym zakresie, i w razie potrzeby podejmie prace legislacyjne mające na celu usprawnienie działania tych podmiotów.

Ad. 1.5. Status żołnierzy w szpitalach.

Od 4 listopada 2020 r. żołnierze Wojsk Obrony Terytorialnej wspierają szpitale zajmujące się leczeniem pacjentów zakażonych Covid-19 w aktualizacji danych o wolnych łózkach. Monitoring jest prowadzony całodobowo. Zbiorcze statystyki są aktualizowane 7 dni w tygodniu, co 3 godziny zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie zakresu

informacji gromadzonych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia oraz sposobu i terminów przekazywania tych informacji. Dostęp do aktualnych danych o wolnych łózkach jest kluczowy dla koordynatorów ratownictwa medycznego. Od jakości i aktualności gromadzonych przez szpitale danych zależy to, jak szybko pacjent trafi do placówki medycznej i otrzymanie zbędną pomoc. Sprawdzanie i aktualizowanie danych o wolnych łózkach w szpitalach jest możliwe dzięki systemowi informatycznemu, który jest udostępniony przez Centrum e-Zdrowia. Dodatkowo żołnierze WOT wspierają szpitale w zakresie organizacji funkcjonowania punktów pobrań. Zadaniem pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia jest przeszkolenie żołnierzy WOT z obsługi systemu oraz ewentualna pomoc w kontaktach z placówkami.

Ad. 1.6. Niewystarczające szkolenia oraz brak personelu medycznego do obsługi respiratorów.

Uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia nieustannie czyni starania, aby zapewnić na rynku pracy optymalną liczbę lekarzy i lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych oraz innych specjalistów, których zadaniem jest wsparcie działań personelu medycznego. Wynikiem zaś tych starań jest fakt, że liczba kadr medycznych w Polsce nieustannie rośnie.

Aby poprzeć tę tezę, na wstępie poniżej przedstawiam dane analityczne potwierdzające wzrost liczebności kadry medycznej (lekarze i lekarze dentyści).

Od grudnia 2015 r. do września 2020 roku łączna liczba lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód wzrosła o prawie 15 tys. Zwiększyła się też liczba lekarzy i lekarzy dentyistów w trakcie specjalizacji. Obecnie w trakcie szkolenia specjalizacyjnego (stan na 3.11.2020 rok) jest łącznie 25.076 lekarzy i lekarzy dentyistów.

Aby sprostać wymogom zwiększenie liczebności kadry medycznej (lekarze i lekarze dentyści), Minister Zdrowia począwszy już od 2016 r. znacznie zwiększył limity przyjęć na kierunek lekarski. W porównaniu z 2015 r. limity przyjęć na kierunek lekarski i lekarsko-dentyistyczny zostały zwiększone o ponad 2000 miejsc.

Poniżej znajduje się tabela obrazująca wzrost liczby miejsc dla lekarzy i lekarzy dentyistów w roku akademickim 2015/2016 oraz w roku akademickim 2020/2021

GRUPA ZAWODOWA	ROK	Jednolite studia magisterskie prowadzone w formie stacjonarnej w języku polskim_obywatele polscy	Jednolite studia magisterskie prowadzone w formie stacjonarnej w języku polskim_cudzoziemcy	Jednolite studia magisterskie prowadzone w formie niestacjonarnej w języku polskim	Jednolite studia magisterskie prowadzone w formie stacjonarnej/niestacjonarnej w języku innym niż język polski
Lekarze i lekarze dentyści	2015/2016	4313	86	1304	1847
Lekarze i lekarze dentyści	2020/2021	5830	106	1500	2281

Limit przyjęć na rok akademicki 2020/2021 na kierunek lekarski i lekarsko-dentystyczny wyniósł łącznie 9717 miejsc, podczas gdy w roku akademickim 2015/2016 limit ten wynosił łącznie 7550 miejsc.

W związku z powyższym, pierwsze roczniki ze zwiększonych naborów (nabory od roku akademickiego 2015/2016) będą kończyć studia w 2022 roku, a w 2023 roku będą kończyć staż podyplomowy i wtedy też nastąpi znaczny wzrost liczby lekarzy rozpoczynających szkolenie specjalizacyjne.

Z uwagi na sytuację epidemiologiczną kraju oraz zwiększoną w związku z tym potrzebą zabezpieczenia kadry pielęgniarek w szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, zmieniony został *Wykaz priorytetowych dziedzin specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, które będą mogły uzyskać dofinansowanie w 2020 r. z podziałem na województwa oraz z uwzględnieniem liczby miejsc szkoleniowych i edycji w województwie*. Przedmiotowa zmiana polegała na dodaniu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki do każdego z województw, w którym pierwotnie dziedzina ta nie została ujęta, tj. do 6 województw: kujawsko-pomorskiego, podkarpackiego, podlaskiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego, zachodniopomorskiego.

Na podstawie zmienionego wykazu dziedzin priorytetowych został przygotowany przedmiot zamówienia do kolejnej procedury przetargowej, gdzie przedmiotem zamówienia jest wybór organizatorów kształcenia prowadzących dla pielęgniarek i położnych szkolenia specjalizacyjne, które rozpoczną się w 2020 r.

Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki dla pielęgniarek stanowi przedmiot zamówienia dla każdego województwa w trwającej obecnie procedurze zamówienia publicznego (aktualnie trwa ocena złożonych ofert), co pozwoli objąć dofinansowaniem dodatkowych 400 miejsc szkoleniowych w tej dziedzinie. W pierwszej procedurze szkolenie to stanowiło przedmiot zamówienia w 7 województwach łącznie dla 175 pielęgniarek.

Przewiduje się, że do końca 2020 r. szkolenie w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki rozpocznie łącznie 575 pielęgniarek w całym kraju, w ramach miejsc dofinansowanych ze środków publicznych.

Analiza kształcenia przed i podyplomowego, w szczególności specjalizacyjnego i kursów kwalifikacyjnych, wskazuje że kadra medyczna, w szczególności lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni wykonujący swój zawód, szkolona była na różnych etapach edukacji w zakresie zarówno intensywnej opieki nad pacjentem w stanach zagrożenia życia, jak również podejmowania zaawansowanych czynności ratujących życie, w tym oczywiście pracy z respiratorem. Ponad to, część programów specjalizacyjnych lekarzy zawiera także staż kierunkowy w Oddziale Intensywnej Terapii.

Dodatkowo należy wskazać, wg stanu na dzień 31 grudnia 2019 r. 2 058 pielęgniarek jest w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki. Liczba pielęgniarek, która uzyska tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki w latach 2002-2020 wynosi 12 043.

Liczba pielęgniarek, które ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki w latach 2000-2019 wynosi 23 239.

Liczba położnych, które ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii w latach 2015-2019 wynosi 1124.

Należy również zauważyć, że standardy kształcenia przygotowujące do wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, ratownika medycznego zawierają efekty kształcenia teoretycznego i praktycznego realizowanego w ramach Oddziału Intensywnej Terapii. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. Z 2019 r. poz. 1573 z późn.zm.), praktyczne nauczanie kliniczne na VI roku studiów lekarskich obejmuje zajęcia realizowane w formie seminariów i ćwiczeń, w klinikach, oddziałach szpitalnych lub w symulowanych warunkach klinicznych, między innymi z medycyny ratunkowej w wymiarze 60 godzin. Ponad to praktyki zawodowe obejmują między innymi doskonalenie umiejętności zawodowych w zakresie intensywnej terapii w liczbie 2 tygodni. Praktyczne nauczanie kliniczne i praktyki zawodowe odbywają się w oparciu o infrastrukturę uczelni oraz infrastrukturę podmiotów leczniczych, z którymi uczelnie

zawarły umowy lub porozumienia w tym zakresie, w tym z wykorzystaniem symulowanych warunków klinicznych. Praktyczne nauczanie kliniczne i praktyki zawodowe odbywają się w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego, w szczególności w szpitalach, których specyfika pozwala na osiągnięcie efektów uczenia się, podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub podstawowej opieki zdrowotnej, jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne i hospicjach.

Oznacza to, że student medycyny kształci się w bardzo praktyczny sposób i swoją wiedzę może wykorzystać oraz doskonalić przy pacjencie. W czasie studiów w szczegółowych efektach uczenia się istnieje cały panel nauk klinicznych zabiegowych, w których skład wchodzi między innymi anestezjologia i intensywna terapia oraz medycyna ratunkowa. Panel ten pozwala absolwentowi poznać wskazania i zasady stosowania intensywnej terapii, wytyczne w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodków, dzieci i dorosłych. Przy tym zdobywa umiejętność wykonywania podstawowych zabiegów resuscytacyjnych z użyciem automatycznego defibrylatora zewnętrznego i innych czynności ratunkowych oraz udzielać pierwszej pomocy, a także umiejętność działania zgodnie z algorytmem zaawansowanych czynności resuscytacyjnych. Jednocześnie w zakresie umiejętności absolwent kierunku lekarskiego potrafi rozpoznać stany zagrażające życiu i wymagające natychmiastowej interwencji lekarskiej.

Należy dodać, że w standardzie kształcenia każdej pielęgniarki w trakcie studiów I stopnia znajduje się umiejętność obsługi respiratora w trybie wentylacji nieinwazyjnej. Z kolei, standard, który ma zastosowanie do kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu ratownika medycznego obejmuje umiejętność absolwenta do określenia wskazań do podjęcia tlenoterapii biernej lub wentylacji zastępczej powietrzem lub tlenem, ręcznie lub mechanicznie - z użyciem respiratora i techniki ich wykonywania, a także prowadzenie podstawowych i zaawansowanych czynności resuscytacyjnych u osób dorosłych, dzieci, niemowląt i noworodków, z uwzględnieniem prawidłowego zastosowania urządzeń wspomagających resuscytację (urządzenia do kompresji klatki piersiowej, respiratora oraz prowadzenie wentylacji zastępczej z użyciem worka samorozprężalnego i respiratora transportowego).

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U. z 2014 r. poz. 474, ze zm.) każdy lekarz odbywa staż cząstkowy z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii oraz medycyny ratunkowej, który trwa

łącznie 6 tygodni. Cel stażu w zakresie intensywnej terapii to zrozumienie doktryny intensywnej terapii w oparciu o kryteria przyjęć i zwolnień z oddziału, zapoznanie się z systemem organizacji oraz procedur medycznych obowiązujących w intensywnej terapii oraz zrozumienie oceny ciężkości stanu chorego w oparciu o skale predykcyjne i skale bezpośrednio oceniające stan ogólny chorego, jak również stan wybranych układów i narządów. Zapoznanie się z taktyką postępowania w intensywnej terapii związaną z wdrażaniem inwazyjnych technik postępowania leczniczego w oparciu o inwazyjne technologie monitorowania podstawowych i szczegółowych parametrów życiowych.

Za pośrednictwem konsultantów wojewódzkich rozpropagowano materiały szkoleniowe dotyczące ww. zakresu wśród podmiotów leczniczych oraz zlecono im organizację szkoleń, ze szczególnym uwzględnieniem personelu szpitali powiatowych, które dopiero wchodzi do systemu szpitali leczących pacjentów z Covid-19. Równocześnie, prowadzone są prace mające na celu stworzenie kompletnej oferty szkolenia stacjonarnego realizowanego przez uczelnie medyczne z wykorzystaniem Centrów Symulacji Medycznej dla personelu medycznego potrzebującego dodatkowego wsparcia szkoleniowego w zakresie opieki nad pacjentem chorym na Covid-19:

- 1) leczonym w oddziale obserwacyjnym,
- 2) wentylowanym mechanicznie w warunkach OIT.

Zaplanowano także uruchomienie kursu w formie e-learningowej dotyczącego zasad leczenia pacjenta z Covid-19 w warunkach oddziału obserwacyjnego.

Biorąc pod uwagę fakt, że to wojewoda dysponuje wiedzą o liczbie i rodzaju personelu, podlegającemu kierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii na terenie danego województwa, należy zaznaczyć, że w gestii wojewodów jest decydowanie o potrzebach szkoleniowych.

Jednocześnie należy dodać, że w pierwszej kolejności szkolenia, po skierowaniu danego lekarza przez wojewodę, powinny być realizowane w miejscu pracy personelu przy współpracy z konsultantami wojewódzkimi, w taki sposób aby mogły być dostosowane do potrzeb konkretnych miejsc pracy. Jednocześnie podkreślić należy, że materiały powyższe mają charakter wyłącznie pomocniczy i przypominający w stosunku do wiedzy i umiejętności zdobytych na wcześniejszych etapach kształcenia. Ponadto należy zwrócić uwagę, że lekarze kierowani przez wojewodów do oddziałów typu OIT-Covid nigdy nie pracują samodzielnie, w oderwaniu od odpowiednich specjalistów, którzy także prowadzą dla nich szkolenie praktyczne na miejscu.

Równocześnie Ministerstwo Zdrowia prowadzi analizę i na bieżąco monitoruje sytuację epidemiologiczną i podejmuje działania mające na celu wsparcie lekarzy i pielęgniarek walczących z epidemią Covid-19 przez np.: opiekunów medycznych. Zgodnie z przepisami art. 31 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią Covid-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. z 2020 poz. 1493), osoba, która posiada kwalifikacje do wykonywania zawodu opiekun medyczny po odbyciu przeszkolenia u pracodawcy, potwierdzonego zaświadczeniem, może pobierać materiał z górnych dróg oddechowych w celu wykonania testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2.

Ponadto Ministerstwo Zdrowia podjęło inicjatywy mające na celu wsparcie działań personelu medycznego walczącego z epidemią Covid-19 przez osoby wykonujące inne zawody medyczne np. fizjoterapeutów i opiekunów medycznych w udzielaniu świadczeń zdrowotnych udzielanych w związku z ogłoszeniem stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, na podstawie decyzji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii. Dodatkowo przygotowano przepisy, które umożliwią wsparcie działań personelu medycznego walczącego z epidemią Covid-19 przez studentów kierunków przygotowujących do wykonywania zawodów medycznych, doktorantów w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinach naukowych: nauki medyczne, nauki farmaceutyczne i nauki o zdrowiu, osoby kształcące się w zawodzie medycznym oraz ratowników po ukończonym kursie w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych udzielanych w związku z ogłoszeniem stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, na podstawie decyzji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii.

Ad. 1.7. Uzależnienie przyjęcia na zabieg operacyjny od wykazania się przez pacjenta bezobjawowego negatywnym wynikiem testu.

Sytuacja taka faktycznie miała miejsce w wielu szpitalach. Spowodowana była troską kierowników podmiotów leczniczych nieleczących standardowo pacjentów z COVID, o to aby proces leczenia pacjentów odbywał się optymalnie. Problemem bowiem były przerwy w dostępności do leczenia pacjentów spowodowane istotnymi brakami personelu medycznego, przebywającego na kwarantannie, bądź będącego faktycznie osobami zakażonymi a często chorymi przebywającymi na leczeniu w warunkach szpitalnych. Każde zmiany organizacyjne zmniejszające ryzyko zakażenia personelu oraz innych pacjentów przebywających w szpitalu należy uznać za pozytywne.

Jednocześnie oczekujemy, że sytuacja się istotnie zmieni po przeprowadzeniu szczepień personelu medycznego i pomocniczego w podmiotach leczniczych jak również przychodzących pacjentów. Wówczas ryzyko zakażenia drastycznie spadnie i nie będzie zasadne wykonywanie testów przed wykonaniem planowych zabiegów przez osobę zaszczepioną.

Ad. 2 Zapewnienie opieki zdrowotnej dla pacjentów „nieCovidowych”.

Ad. 2.1. Ograniczony dostęp seniorów do świadczeń zdrowotnych.

Czas epidemii jest szczególnie trudny dla seniorów, zwłaszcza osób z wieloma chorobami współistniejącymi i obniżoną odpornością, którzy stanowią grupę najwyższego ryzyka zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz poważnymi skutkami wywołanej przez niego choroby Covid-19. W związku z tym Ministerstwo Zdrowia stara się w sposób priorytetowy traktować tę grupę pacjentów przy konstruowaniu kolejnych rozwiązań prawnych i organizacyjnych dla lepszego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia podczas epidemii Covid-19.

W celu dostosowania organizacji świadczeń opieki zdrowotnej do realiów epidemii oraz podjęcia działań na rzecz przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się koronawirusa, m.in. mając na uwadze zdrowie pacjentów w starszym wieku, wprowadzono stosowne zmiany prawne dopuszczające możliwość realizacji porad i wizyt na odległość z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności¹. Wprowadzone regulacje mają zastosowanie w szczególności w przypadku pacjentów z podejrzeniem zakażenia koronawirusem, tj. pacjentów którzy wykazują objawy zakażenia lub mieli bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym)², ale również ograniczają potencjalne ryzyko transmisji koronawirusa przez personel medyczny udzielający świadczeń opieki zdrowotnej.

Warto podkreślić, że zarówno wprowadzone regulacje prawne, jak i wydane zalecenia, wskazują, że świadczenia opieki zdrowotnej mogą być udzielane poprzez teleporady i telewizyty, o ile ten sposób postępowania nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta i nie wymaga osobistego udzielenia tychże świadczeń. Jest to szczególnie istotne

¹ Zmiany prawne w tym zakresie zostały wprowadzone za pomocą nowelizacji aktów wykonawczych ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.).

² Zgodnie z definicją przypadku na potrzeby nadzoru nad zakażeniami ludzi nowym koronawirusem Covid-19 z dnia 4 czerwca 2020 r., źródło: www.gov.pl/web/gis/definicja-przypadku-na-potrzeby-nadzoru-nad-zakazeniami-ludzi-nowym-koronawirusem-covid-19-definicja-z-dnia-04062020-.

w odniesieniu do pacjentów starszych i niesamodzielnych, których stan zdrowia wymaga niejednokrotnie regularnych porad i wizyt lekarza bądź wizyt pielęgniarki lub innych członków personelu medycznego (dotyczy to w szczególności świadczeń opieki długoterminowej oraz paliatywnej i hospicyjnej, które w dużej mierze dedykowane są osobom starszym, ale również świadczeń udzielanych w ramach POZ).

Dodatkowo należy zaznaczyć, że podmioty wykonujące działalność leczniczą, z którymi NFZ zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, mają obowiązek udzielania tych świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z warunkami określonymi w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w przepisach wydanych na jej podstawie, a także zgodnie z ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa NFZ. Świadczeniodawcy są również zobowiązani do uwzględniania występującego zagrożenia epidemicznego i wdrażania procedur bezpieczeństwa, odpowiadających specyfice udzielanych świadczeń oraz stopniu narażenia pacjentów objętych leczeniem na zakażenie koronawirusem i ewentualnych powikłań.

Jednocześnie należy wskazać, że NFZ może przeprowadzić kontrolę realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, m.in. w zakresie organizacji, sposobu i jakości udzielania świadczeń oraz ich dostępności. W związku z powyższym, trudności z uzyskaniem określonych świadczeń opieki zdrowotnej powinny być zgłaszane bezpośrednio do Oddziału Wojewódzkiego NFZ, właściwego ze względu na miejsce udzielania świadczeń.

Mając na uwadze powyższe należy podkreślić, że mimo wprowadzenia w ostatnim czasie regulacji prawnych dopuszczających realizację telewizyt i teleporad oraz nowych rozwiązań z zakresu e-usług (e-skierowanie, e-recepta, e-wizyty, IKP), MZ dostrzega nadal potrzebę realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w postaci tradycyjnej, przy zachowaniu kontaktu osobistego z pacjentem. Ma to szczególne znaczenie m.in. w odniesieniu do pacjentów w starszym wieku, z wieloma chorobami współistniejącymi i ograniczoną samodzielnością lub niesamodzielnych, którym świadczenia opieki zdrowotnej powinny być udzielane w sposób tradycyjny w każdej sytuacji, wymagającej ze względu na stan zdrowia pacjenta osobistego kontaktu z lekarzem, pielęgniarką lub innym członkiem personelu medycznego, z zachowaniem wymaganych zasad bezpieczeństwa, minimalizując przy tym dyskomfort psychiczny pacjentów związany zarówno z potencjalnym ryzykiem zakażenia, jak również izolacją społeczną.

Ponadto MZ, we współpracy z Konsultantami Krajowymi (KK) w poszczególnych dziedzinach medycyny i innymi ekspertami oraz w konsultacji z GIS, opublikowało na stronie internetowej MZ szereg zaleceń dla podmiotów leczniczych i personelu medycznego w zakresie realizacji poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń w trakcie epidemii Covid-19, które są na bieżąco aktualizowane, zgodnie ze zmieniającą się sytuacją epidemiologiczną i potrzebami zdrowotnymi w tym zakresie³.

Ad. 2.2. Dostęp pacjentów cierpiących na stwardnienie rozsiane (SM) do świadczeń zdrowotnych w czasie pandemii.

W odpowiedzi na pytanie w sprawie dostępu pacjentów cierpiących na stwardnienie rozsiane (SM) do świadczeń zdrowotnych w czasie pandemii, uprzejmie przekazuję, że w komunikacie Centrali NFZ z dnia 12.03.2020 r., w związku z zaistniałą sytuacją związaną z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem Covid-19, wskazano na możliwość wykonywania i rozliczania porad specjalistycznych, realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności. Jednocześnie Centrala NFZ zwraca uwagę, że świadczenia wykonywane za pomocą systemów teleinformatycznych mogą być udzielane, wyłącznie w sytuacji, gdy stan zdrowia pacjenta i czynności, które należy wobec niego podjąć, nie wymaga osobistego kontaktu z personelem medycznym, co zostało podkreślone w komunikacie z dnia 24.03.2020 r. Należy dodać, że na stronie Ministerstwa Zdrowia na bieżąco zamieszczane są informacje na temat organizacji opieki zdrowotnej w czasach epidemii.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej nie zostały wyodrębnione świadczenia rehabilitacyjne dedykowane wyłącznie osobom z SM. W związku z tym pacjenci z tą chorobą korzystają z rehabilitacji na zasadach ogólnych w warunkach ambulatoryjnych, domowych – fizjoterapii, w ośrodku dziennym lub w warunkach stacjonarnych.

Najbardziej odpowiadającą potrzebom chorych na SM formą rehabilitacji jest rehabilitacja w warunkach stacjonarnych.

³ Zalecenia dostępne są na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w zakładce *Zalecenia dla personelu i kierowników podmiotów leczniczych*: www.gov.pl/web/zdrowie/zalecenia-dla-personelu-i-kierownikow-podmiotow-leczniczych, natomiast pozostałe informacje zdrowotne związane z epidemią na stronie: www.gov.pl/web/zdrowie/covid.

Co prawda, do odwołania, rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 1 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii wprowadziło czasowe ograniczenie wykonywania działalności leczniczej polegające na zaprzestaniu realizowanej w trybie stacjonarnym rehabilitacji leczniczej, jednakże nie dotyczy to przypadków w których zaprzestanie lub nierozpoczęcie rehabilitacji grozi poważnym pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta oraz w ramach ciągłości i kontynuacji leczenia pacjentów przeniesionych bezpośrednio z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby.

W przypadku rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych, domowych i w ośrodku dziennym nie ma ograniczeń w udzielaniu tych świadczeń osobom chorym na SM.

Ad. 2.3. Sytuacja pacjentów onkologicznych, w szczególności cierpiących na nowotwór płuca.

W odpowiedzi na pytanie w sprawie sytuacji pacjentów onkologicznych, w szczególności cierpiących na nowotwór płuca, uprzejmie wskazuję, że zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych leczenie niedrobnokomórkowego raka płuc odbywa się w ramach programu lekowego Leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca (ICD 10 C34), stanowiącego załącznik B.6 do rzeczzonego obwieszczenia, w ramach którego, z kategorią odpłatności bezpłatnie stosowane są następujące substancje czynne: nintedanib, gefitynib, erlotynib, afatynib, kryzotynib, alektynib, cerytynib, ozymetrynib, niwolumab, pembrolizumab oraz atezolizumab. Wyżej wymienione substancje czynne to leki stosowane w ramach tzw. immunoterapii, przy czym wykorzystywane są one w terapii w ramach ściśle zdefiniowanych populacji chorych z rakiem płuc obejmujących:

- pacjentów z mutacją w genie EGFR – gefitynib, erlotynib, afatynib, ozymetrynib,
- pacjentów z re-aranżacją w genie ALK – kryzotynib, alektynib, cerytynib, brygatynib
- pacjentów z ekspresją PDL1 $\geq 50\%$ – pembrolizumab,
- pacjentów z typem płaskonabłonkowym oraz niepłaskonabłonkowym niedrobnokomórkowego raka płuca – niwolumab oraz atezolizumab
- pacjentów z gruczolowym rakiem płuca – nintedanib.

Od września br. w ramach programu leczenia raka płuc został udostępniony lek Opdivo (niwolumab) jako kolejna opcja terapeutyczna w leczeniu raka niedrobnokomórkowego o typie innym niż płaskonabłonkowy w ramach drugiej linii leczenia oraz Alunbrig (brygatynib) jako kolejny inhibitor ALK w drugiej linii leczenia.

Ponadto informuję, że Minister Zdrowia rozstrzygnął pozytywnie kolejne wnioski refundacyjne w zakresie rozszerzenia programu lekowego o leczenie pierwszego rzutu niedrobnokomórkowego raka płuca o typie płaskonabłonkowym oraz o typie niepłaskonabłonkowym w ramach skojarzonej terapii pembrolizumabem z chemioterapią dla pacjentów z ekspresją PD-L1 < 50%. Ww. zmiany zostaną wprowadzone już od stycznia 2021 r.

Mając na względzie obecne obciążenie oraz prognozowany wzrost zachorowań na choroby nowotworowe oraz wynikające z tego skutki w postaci dużej umieralności, poważnych konsekwencji społeczno-ekonomicznych, w tym pogorszenia jakości życia chorych i ich rodzin oraz znacznych obciążeń finansowych związanych z leczeniem tych chorób dla obywateli i finansów publicznych, Sejm Rzeczypospolitej Polskiej uchwalił ustawę z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej (Dz. U. poz. 969), w ramach której określił jako cel poprawę koordynacji opieki onkologicznej w tym dla pacjentów cierpiących na nowotwór płuca. Pracę nad wprowadzeniem kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem płuca, oraz, stworzenie centrów kompetencji dla raka płuca zaplanowane jest na początek 2021 roku.

Ad. 2.4. Sytuacja szkolnych gabinetów stomatologicznych oraz ograniczenia w dostępie pacjentów do świadczeń w zakresie stomatologii.

MZ wspólnie z NFZ, który jest właściwy w zakresie ustalania warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, monitoruje potrzeby świadczeniodawców, także w zakresie leczenia stomatologicznego, wynikające z aktualnej sytuacji, wdrażając odpowiednie regulacje, m.in. wprowadzenie płatności rat kontraktowych niezależnie od poziomu realizacji świadczeń.

W dniu 9 września 2020 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia *zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki*

zdrowotnej⁴. Powyższa regulacja w przepisie § 2 umożliwia wydłużenie okresów rozliczeniowych, obowiązujących przy rozliczaniu świadczeń opieki zdrowotnej w 2020 r., co ma pozwolić na wykorzystanie określonej w umowie kwoty zobowiązań. Wykonane w wydłużonym okresie rozliczeniowym świadczenia pozwolą na pokrycie „niewykonanych” za okres obowiązywania przepisów nadzwyczajnych.

Ponadto, na podstawie Zarządzenia Prezesa NFZ⁵, podmioty udzielające świadczeń opieki zdrowotnej mogą uzyskać dodatkowe środki w wysokości 3% wartości faktur, które rozliczają z NFZ, na sfinansowanie m.in.:

- środków ochrony osobistej dla pacjentów;
- środków ochrony osobistej dla personelu medycznego;
- przygotowania gabinetów i pomieszczeń do wizyt pacjentów w reżimie sanitarnym.

NFZ współpracuje z Naczelną Radą Lekarską nad systemową zmianą wyceny świadczeń stomatologicznych. W 2020 r. została wprowadzona zmiana wyceny świadczeń z zakresu endodoncji, kolejne prace dotyczą świadczeń z zakresu chirurgii stomatologicznej i periodontologii.

Ponadto należy wskazać, że na stronie internetowej MZ⁶ zostały zamieszczone zalecenia postępowania przy udzielaniu świadczeń stomatologicznych w warunkach epidemii Covid-19 w Polsce dla lekarzy dentystów, asysty stomatologicznej, gabinetów dentystycznych, laboratoriów techniki dentystycznej i pacjentów (z dnia 15 lipca 2020 r). Przedmiotowe zalecenia zostały opracowane przez KK w dziedzinach stomatologicznych oraz uzgodnione z KK w dziedzinie chorób zakaźnych. Celem zaleceń jest ochrona zdrowia i bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego podczas udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu stomatologii.

Dodatkowo – w związku z sygnałami lekarzy dentystów pracujących w gabinetach szkolnych, wskazujących, że jedną z przyczyn ich trudnej sytuacji jest fakt, iż funkcjonowanie gabinetu jest ściśle związane z organizacją pracy szkoły, a o możliwości pracy i dostępności do gabinetów decyduje dyrekcja szkoły – MZ wystąpiło do MEN o pilne podjęcie działań umożliwiających zorganizowanie opieki stomatologicznej w gabinetach szkolnych, przy uwzględnieniu ograniczeń i obostrzeń dotyczących pracy szkół oraz konieczności zachowania zasad bezpieczeństwa i reżimu sanitarnego. W następstwie MEN skierowało pismo do kuratorów oświaty dotyczące

⁴ Rozporządzenie z dnia 4 września 2020 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 1548).

⁵ Zarządzenie Nr 104/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 8 lipca 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem Covid-19 (Biul. Inf. NFZ z 2020 r. poz. 104).

⁶ www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swiadczen – pkt 1. *Stomatologia*.

wprowadzenia stosownych rozwiązań organizacyjnych w szkołach, umożliwiających kontynuację opieki stomatologicznej nad uczniami w sposób bezpieczny dla lekarza i pacjenta, a jednocześnie zachowując odpowiedni nadzór i profilaktykę zdrowotną w celu uniknięcia pogorszenia stanu zdrowia jamy ustnej dzieci i młodzieży.

Ad. 3. Dostęp obywateli do testów na obecność SARS-CoV-2.

Sytuacja w tym zakresie ostatnio polepszyła się istotnie. Zostały wprowadzone do codziennej praktyki diagnostycznej nowe wytyczne i zasady testowania, w których dopuszczono możliwość testowania testami antygenowymi u pacjentów objawowych. Wynik testu jest już po 15 minutach i znacząco przyspiesza proces diagnostyczny. Rozliczenie testów następuje przez Narodowy Fundusz Zdrowia zgodnie z cennikiem określonym w odpowiednich zarządzeniach prezesa NFZ. Można wykonywać zarówno testy genetyczne jak również antygenowe. W każdym zakresie cena zależy od tego czy podmiot zakupił samodzielnie test czy otrzymał go nieodpłatnie. Jeśli chodzi o czas wykonania, NFZ również w tym zakresie istotnie przyczynił się do skrócenia wydania wyniku po przeprowadzonym teście genetycznym. Zostały ustalone różne ceny za wykonanie takiego testu w zależności od sprawności wydania wyniku. Niższe stawki płacone są podmiotom, które w niezadawalającym terminie wykonywały i informowały kierujących i pacjentów o wyniku przeprowadzonego testu. Jednocześnie informujemy, iż aktualnie nie mamy informacji o kolejkach do wykonania testów.

Ad. 3.1. Zwiększenie diagnostyki zakażeń SARS-CoV-2.

Sieć laboratoriów Covid-19 w Polsce jest stale powiększana – na dzień 16 listopada 2020 r. na terenie kraju funkcjonuje 246 takich laboratoriów⁷. Biorąc pod uwagę kwestie wydolności laboratoriów Covid-19 oraz dostępności badań w kierunku wirusa SARS-CoV-2 należy podkreślić, że w laboratoriach nie brakuje przedmiotowych testów, ponieważ wszystkie próbki, które trafiają do laboratoriów są na bieżąco badane.

Ad. 3.2. Testy i kwarantanna dla personelu medycznego.

Należy wskazać, że obowiązujące przepisy prawne nie przewidują *stricto* zwolnienia personelu medycznego z kwarantanny w związku z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2, natomiast przewidziano w nich sytuacje, kiedy kwarantanna taka nie jest nakładana.

⁷ Aktualny wykaz laboratoriów jest dostępny na stronie internetowej: www.gov.pl/web/zdrowie/laboratoria.

Zgodnie z par. 3a ust 1a rozporządzenia Rady Ministrów *w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii*⁸ obowiązku poddania się kwarantannie w przypadku osoby skierowanej do diagnostyki laboratoryjnej w kierunku wirusa SARS-CoV-2 nie stosuje się do osoby wykonującej zawód medyczny (w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*), jednak należy zaznaczyć, że przepis ten dotyczy tylko obowiązku poddania się kwarantannie w związku ze skierowaniem na test przez lekarza POZ.

W przypadku personelu medycznego zastosowanie mają także przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego*⁹. W myśl § 5 ust. 6 tejże ustawy w przypadku osoby uczestniczącej w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej osobom chorym na chorobę Covid-19 wywołaną wirusem SARS-CoV-2 nie stosuje się obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (określonego w z § 5 ust. 1 ww. ustawy), jeżeli osoba ta będzie codziennie, przed rozpoczęciem uczestniczenia w udzielaniu tych świadczeń, przez okres co najmniej 7 dni po dniu styczności ze źródłem biologicznych czynników chorobotwórczych badana testem antygenowym.

Ad.4. Dostęp do szczepionek na grypę.

Na wstępie należy wskazać, że szczepienie przeciw grypie nie jest szczepieniem obowiązkowym, lecz jedynie zalecanym. W związku z czym Ministerstwo Zdrowia nie składa zamówień i nie dokonuje ich zakupu. Jest to rynek komercyjny ograniczony jedynie w obszarze dopuszczania do obrotu i refundacji. Firmy farmaceutyczne prognozują wielkość dostaw szczepionek przeciw grypie na nadchodzący sezon grypowy na podstawie wskaźnika wyszczepialności oraz popytu na szczepionki w latach ubiegłych w danym kraju, a dostępność rynkowa szczepionek przeciw grypie uzależniona jest od możliwości produkcyjnych producentów szczepionek. Warto przypomnieć, że proces produkcyjny szczepionki trwa i jest planowany z rocznym wyprzedzeniem, a hurtownie farmaceutyczne i apteki nie zgłosiły dodatkowego zapotrzebowania w październiku ubiegłego roku, gdy jeszcze nie było epidemii wirusa SARS-CoV-2. Na przestrzeni ostatnich dziesięciu sezonów grypowych stan zaszczepienia przeciw grypie w Polsce,

⁸ Rozporządzenie z dnia 9 października 2020 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 1758, z późn. zm.).

⁹ Rozporządzenie z dnia 6 kwietnia 2020 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 607, z późn. zm.).

w odróżnieniu od niektórych krajów europejskich gdzie wszczepialność jest na poziomie 20 - 25%, w całej populacji utrzymywał się na niskim poziomie (w zakresie 3,26 - 4,12%) a w ubiegłym roku zaszczepiło się około 4% społeczeństwa, z czego 300 tys. osób skorzystało ze szczepionek refundowanych. Zgodnie z zapowiedziami firm farmaceutycznych w sezonie 2020/2021 na polskim rynku są dostępne następujące szczepionki:

- Influvac Tetra firmy Mylan IRE Healthcare Ltd.,
- Vaxigrip Tetra firmy Sanofi Pasteur,
- Fluarix Tetra firmy GlaxoSmithKline Biologicals S.A.,
- Fluenz Tetra firmy AstraZeneca AB.

Firmy farmaceutyczne przeznaczyły na polski rynek większą liczbę szczepionek niż było to w ubiegłym roku dotyczy to zarówno produktów objętych refundacją jak i nier refundowanych. Ponadto należy wskazać, że Minister Zdrowia podjął rozmowy z firmami farmaceutycznymi oraz hurtowniami w celu zwiększenia dostaw produktów i od 15 września na bieżąco wydawane są zgody na sprowadzenie z zagranicy szczepionek przeciw grypie w trybie tzw. „importu interwencyjnego” (art. 4 ust. 8 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne) wszystkim podmiotom, które spełniły wymogi formalne i zadeklarowały możliwość sprowadzenia tych szczepionek z zagranicy. W ramach wydanych zgód możliwe jest sprowadzenie do Polski ponad 4 mln. dawek, natomiast w tym roku zainteresowanie szczepionkami przeciw grypie sezonowej jest zwiększone nie tylko w Polsce ale również w innych krajach stąd też występuje ograniczony dostęp do nadwyżek szczepionek na innych rynkach, wydawane zgody pozwalają na dostawy przedmiotowych szczepionek z różnych rynków farmaceutycznych. Jeszcze raz należy podkreślić, że szczepienie przeciw grypie nie jest szczepieniem obowiązkowym, w związku z czym Ministerstwo Zdrowia nie składa zamówień i nie dokonuje zakupu szczepionek oraz nie prowadzi dystrybucji tych produktów jest to w gestii podmiotów uprawnionych do obrotu produktami leczniczymi. Wyjątkiem są produkty przeznaczone dla personelu medycznego, które zgodnie z decyzją Ministra Zdrowia dr Adama Niedzielskiego mają zabezpieczyć dostęp do bezpłatnej szczepionki przeciw grypie dla osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej jak również farmaceutów i techników farmaceutycznych. Niezmiernie istotny jest fakt, że szczepionki przeznaczone dla personelu medycznego zamawiane w ramach podjętych przez Ministra Zdrowia działań pochodzą z innej puli niż szczepionki dostępne w obrocie aptecznym zatem nie uszczuplają liczby produktów dostępnych w obrocie. Ministerstwo

Zdrowia chciałoby także poinformować, że dostawy szczepionek na gripę są na bieżąco potwierdzane przez podmioty odpowiedzialne, a ostatnie dostawy planowane są w połowie grudnia br.

Ad. 5. Wynagrodzenie personelu medycznego.

W kwestii wynagrodzenia personelu medycznego za pracę w czasie epidemii COVID-19, należy wskazać na szereg rozwiązań dotyczących dodatkowych świadczeń pieniężnych wprowadzonych w okresie pandemii, które zaczęły być wypłacane już od kwietnia br. najpierw w wysokości 50% wynagrodzenia zasadniczego, a od 1 listopada br. - 100% wynagrodzenia.

Obecnie dodatkowe 100% wynagrodzenia dla personelu medycznego jest wypłacane zarówno na podstawie Polecenia Ministra Zdrowia, jak i na podstawie nowelizacji ustawy (ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19).

1. Na podstawie Polecenia Ministra Zdrowia od 1 listopada 2020 r. dodatek 100% wynagrodzenia otrzymuje personel medyczny bezpośrednio walczący z COVID-19 w szpitalach II i III poziomu oraz osoby wykonujące zawód medyczny w zespołach ratownictwa medycznego, SOR-ach i izbach przyjęć (w szpitalach I, II i III poziomu), a także osoby zatrudnione w działających w ramach szpitali I, II i III poziomu laboratoriach covidowych, które wykonują czynności diagnostyki laboratoryjnej. Dodatkowe świadczenie pieniężne przyznawane na mocy Polecenia Ministra Zdrowia przysługuje niezależnie od formy prawnej zatrudnienia (stosunek pracy czy też umowa cywilnoprawna) i jest wypłacane prócz wynagrodzenia należnego pracownikowi.
2. Na podstawie ustawy od 28 października 2020 r. personel medyczny delegowany przez wojewodę do walki z COVID-19 w trybie art. 47 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, ma mieć w miejscu skierowania ustalone wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż 200% wynagrodzenia na danym stanowisku pracy w tej placówce (od tak ustalonego wynagrodzenia liczone są wszystkie dodatki i pochodne. Ponadto tak ustalone wynagrodzenie nie może być niższe niż wynagrodzenie lub uposażenie zasadnicze wraz z dodatkami do uposażenia o charakterze stałym, które osoba skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii otrzymała w miesiącu poprzedzającym miesiąc,

w którym wydana została decyzja o skierowaniu jej do pracy przy zwalczaniu epidemii.

Istotnym wsparciem dla personelu walczącego z COVID-19, jest również rozwiązanie wprowadzone art. 4g do ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1842, ze zm.), przyznające ubezpieczonym zatrudnionym w podmiocie leczniczym, w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wynikających z pozostawania w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym oraz w czasie niezdolności do pracy z powodu COVID-19, uprawnienie do otrzymywania zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku. Oznacza to, że zasiłek chorobowy przysługuje od pierwszego dnia niezdolności do pracy i nie jest poprzedzony koniecznością wypłaty wynagrodzenia z tytułu tej niezdolności. Uprawnienie to przysługuje w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii. Przepis ten stanowi przepis szczególny wobec ogólnych przepisów regulujących zasady przyznawania świadczeń za czas niezdolności do pracy wskutek choroby, kwarantanny/ izolacji w warunkach domowych.

Jednocześnie kontynuowane będą wszystkie działania ministerstwa wynikające z porozumień zawieranych z partnerami społecznymi, w tym m.in. zapewnienie wzrostu wynagrodzeń dla grup zawodowych pielęgniarek i położnych, ratowników medycznych oraz lekarzy specjalistów, którzy deklarują ograniczenie zatrudnienia do podstawowego miejsca pracy. W związku z postulatami zgłaszanymi zarówno przez OZZPiP i Forum Związków Zawodowych, jak i samorząd pielęgniarstwa podjęto również inicjatywę legislacyjną przedłużającą do połowy 2021 r. dotychczasowy sposób finansowania wzrostów wynagrodzeń pielęgniarek i położnych oparty o znaczne środki finansowe (tzw. zembalowe wypłacane na podstawie rozporządzeń OWU).

W ramach inicjatywy legislacyjnej procedowana jest równocześnie nowelizacja ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych w zakresie utrzymania mechanizmu podwyższania najniższych wynagrodzeń również po 1 stycznia 2022 r. oraz wprowadzenie od lipca 2021 r. ustawowych gwarancji praw nabytych dla osób objętych

dotąd wzrostami wynagrodzeń finansowanych w ramach wyodrębnionych środków finansowych. Stały mechanizm waloryzacji wysokości najniższych wynagrodzeń pozwoli podwyższać corocznie wynagrodzenia zasadnicze pracowników medycznych oraz działalności podstawowej podmiotów leczniczych wiążąc wzrosty z dynamikom przeciętnych wynagrodzeń w gospodarce narodowej.

Odnosząc się natomiast do przywołanego w piśmie art. 15 pkt 5 ustawy z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19, wprowadzającym zmiany do art. 47 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845), zauważyć należy, że dodanie nowych regulacji w ust. 1a, ma ułatwiać wojewodzie kierowanie personelu medycznego do pracy przy zwalczaniu COVID-19. Bowiem ustalenie liczby pracowników do wykonania określonych zadań na terenie danego województwa (w tym do walki z epidemią) jak również nakazowe oddelegowywanie pracowników do placówek zgłaszających problemy kadrowe w związku z przypadkami zachorowań na COVID-19, należy do zadań Wojewody. Do kompetencji wojewodów należy także koordynacja prowadzonych działań, w tym również reagowanie na potrzeby poszczególnych placówek, w szczególności w zakresie zabezpieczenia odpowiedniej liczby personelu medycznego.

Zauważyć należy również, że już dotychczasowe regulacje (art. 47 ust. 1) umożliwiały kierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii pracowników podmiotów leczniczych, osoby wykonujące zawody medyczne oraz osoby z którymi podpisano umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych. Posiadanie i przynależność do samorządu zawodowego nie było i nadal nie jest warunkiem koniecznym aby móc dana osobę skierować do pracy w trybie art. 47.

Zawód technika elektroradiologii podobnie jak opiekuna medycznego jest zawodem medycznym i w związku z tym osoby je wykonujące mają możliwość otrzymania skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii. Dodatkowo zauważyć należy, iż swojego samorządu zawodowego podobnie jak technicy medycy elektroradiologii, nie posiadają również opiekunowie medycy czy ratownicy medycy, nie wyklucza ich jednak do otrzymania wspomnianego wyżej skierowania do pracy.

Wskazać należy również, że Ministerstwo Zdrowia podejmuje dodatkowe działania mające na celu przeniesienie części zadań wykonywanych przez, lekarzy, pielęgniarki i przedstawicieli innych zawodów medycznych na inne – czasem nowo wprowadzane do systemu - grupy zawodowe. Chodzi tu zarówno o zawody medyczne, np. opiekunów medycznych, jak i niemedyczne. Bezwzględnie konieczne jest bowiem odciążenie personelu medycznego od wykonywania części czynności administracyjnych poprzez wprowadzanie do systemu nowej grupy pracowników, która - w ścisłej współpracy z osobą wykonującą zawód medyczny - realizować będzie zadania asystenta ds. administracyjnych. Kierunki działań resortu w w/w kwestiach są uwidocznione w nowym rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, którego projekt jest obecnie przedmiotem prac legislacyjnych. (Wspomniany projekt jest powszechnie dostępny na stronach internetowych Rządowego Centrum Legislacji pod adresem <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12336801>.)

Ministerstwo Zdrowia podejmuje wiele działań, które mają na celu zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia oraz uatrakcyjnienie i zwiększenie prestiżu tych zawodów. Jednym z nich jest opracowany dokument pn. „Polityka Wieloletnia Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce” (z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w 2018 r.), który został przyjęty uchwałą Rady Ministrów z dnia 15 października 2019 r. Głównym celem „Polityki Wieloletniej Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce” jest wypracowanie rozwiązań zapewniających wysoką jakość, bezpieczeństwo i dostępność do opieki pielęgniarskiej i położniczej dla pacjentów i społeczeństwa poprzez zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych w polskim systemie opieki zdrowotnej i powstrzymanie emigracji zarobkowej tej grupy zawodowej, zmotywowanie absolwentów do podejmowania pracy w zawodzie pielęgniarki i położnej oraz utrzymanie na rynku pracy pielęgniarek i położnych nabywających uprawnienia emerytalne. Dokument dostępny jest pod adresem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/polityka-wieloletnia-panstwa-na-rzecz-pielęgniarstwa-ipoloznictwa-w-polsce>.

Należy również zaznaczyć, że pomiędzy Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych (NRPiP) i Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych (OZZPiP), a Ministrem Zdrowia i Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia zostały zawarte

porozumienia w trosce o zapewnienie właściwego miejsca pielęgniarkom i położnym w systemie świadczeń opieki zdrowotnej oraz dbając o bezpieczeństwo i jakość opieki nad pacjentami, starając się zabezpieczyć ilość wykwalifikowanych kadr na należytym poziomie oraz stwarzając warunki powodujące wzrost atrakcyjności zawodów pielęgniarki i położnej dla nowych, napływających do zawodu kadr.

Na mocy przytoczonych powyżej porozumień pomiędzy NIPiP i OZZPiP, a MZ i NFZ, resort zdrowia podjął następujące działania systemowe na rzecz wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych:

- od roku 2015 wprowadzono podwyżki dla pielęgniarek i położnych (tzw. 4 x 400);
- od roku 2018 wprowadzono stabilizację wynagrodzeń pielęgniarek i położnych poprzez włączenie dotychczasowych dodatków do wynagrodzenia zasadniczego kwoty co najmniej 1100 zł od 1 września 2018 r. i co najmniej 1200 zł od 1 lipca 2019 r.;
- w celu zagwarantowania stopniowego podwyższania najniższych wynagrodzeń pracowników wykonujących zawody medyczne, w tym pielęgniarek i położnych, uchwalona została ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1471 z późn. zm.). Przedmiotowa ustawa została znowelizowana w 2019 r. m.in. w zakresie odmrożenia kwoty bazowej z dotychczasowej 3900 zł na 4200 zł.

Z danych NRPiP wynika, że w ostatnim czasie obserwowany jest wzrost kadry pielęgniarskiej i położniczej w systemie ochrony zdrowia.

Poniższa tabela zawiera dane przekazane przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych dotyczące liczby zatrudnionych pielęgniarek i położnych od 2014 r.

Stan na	Liczba zatrudnionych	
	pielęgniarek	położnych
31-12-2014	218 783	25 567
31-12-2015	221 172	25 938
31-12-2016	221 911	26 200
31-12-2017	225 410	26 958
31-12-2018	228 250	27 555
31-12-2019	229 974	27 859

16-11-2020	231 758	28 211
------------	---------	--------

Według stanu na koniec danego roku, wynika, że liczba aktywnych zawodowo pielęgniarek w okresie od 31 grudnia 2014 r. do 16 listopada 2020 r., wzrosła o 12 975 osób, tj. o około 5,93%. Również liczba aktywnych zawodowo położnych w okresie od 31 grudnia 2014 r. do 16 listopada 2020 r., wzrosła o 2 644 osoby, tj. o około 10,34 %. Dzięki dotychczas podejmowanym działaniom m.in. dotyczącym wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych coraz większa grupa młodych ludzi podejmuje decyzję o wyborze kształcenia w zawodzie pielęgniarki lub położnej, na co odpowiadają uczelnie wyższe poszerzając swoją ofertę kształcenia o pielęgniarstwo i położnictwo.

Ponadto, w celu zrekompensowania personelowi pielęgniarstwu zatrudnionemu w DPS, ZOL i ZPO dodatków do wynagrodzeń, który ze względów bezpieczeństwa i zmniejszenia ryzyka emisji zakażenia Covid-19, ograniczył swoje zatrudnienie do jednego miejsca pracy lub, też który nigdy nie zrezygnował z drugiego zatrudnienia, gdyż nie posiadał drugiego miejsca pracy - aktualnie został wdrożony przez NFZ projekt grantowy, którego zasady realizacji określone zostały w zarządzeniu Nr 118/2020/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 sierpnia 2020 r. oraz w zarządzeniu zmieniającym Nr 129/2020/DEF z dnia 20 sierpnia 2020r.

Dodatkowo należy wskazać, że trwają analizy w zakresie możliwości dodatkowego zwiększenia liczby pielęgniarek i położnych w systemie opieki zdrowotnej w związku aktualnym stanem epidemicznym w kraju, tj.:

- 1) przygotowania zmian, aby w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii umożliwić uzyskanie prawa wykonywania zawodu bez odbycia dodatkowego przeszkolenia pielęgniarkom i położnym, które nie wykonywały zawodu przez okres dłuższy niż 5 lat;
- 2) wprowadzenia rozwiązania, zgodnie z którym w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii samorządy zawodowe, m. in. pielęgniarek i położnych, wydawały będą prawo wykonywania zawodu niezwłocznie, jednak nie później niż w ciągu 7 dni, jeżeli osoba ubiegająca się o wydanie takiego prawa spełnia wymogi określone w odpowiednich przepisach, regulujących wydawanie prawa wykonywania zawodu w danym zawodzie;

3) przygotowania rozwiązań umożliwiających wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej przez osoby pochodzące z państw trzecich.

Mając na względzie zachęcenie lekarzy do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach, na które jest największe zapotrzebowanie Minister Zdrowia określa katalog dziedzin priorytetowych (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2020 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1156).), w którym znajdują się obecnie 22 dziedziny w tym:

1. anestezjologia i intensywne terapie;
2. chirurgia dziecięca;
3. chirurgia ogólna;
4. chirurgia onkologiczna;
5. choroby wewnętrzne;
6. choroby zakaźne;
7. geriatryka;
8. hematologia;
9. kardiologia dziecięca;
10. medycyna paliatywna;
11. medycyna ratunkowa;
12. medycyna rodzinna;
13. neonatologia;
14. neurologia dziecięca;
15. onkologia i hematologia dziecięca;
16. onkologia kliniczna;
17. patomorfologia;
18. pediatria;
19. psychiatria;
20. psychiatria dzieci i młodzieży;
21. radioterapia onkologiczna;
22. stomatologia dziecięca

Zaliczenie danej dziedziny do katalogu dziedzin priorytetowych wiąże się ze znacznie wyższym wynagrodzeniem zasadniczym dla lekarzy rezydentów odbywających szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie, co ma zachęcić młodych lekarzy do podejmowania specjalizacji priorytetowych. Poniższa zamieszczona tabela pokazuje

realizację postulatów wzrostu wysokości wynagrodzeń zasadniczych lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację w trybie rezydentury.

Wzrost wynagrodzeń rezydentów			Przez pierwsze 2 lata rezydentury				Po 2 latach rezydentury			
			rezydentura zwykła	podwyżka w stosunku do poprzedniego okresu	rezydentura priorytetowa	podwyżka w stosunku do poprzedniego okresu	rezydentura zwykła	podwyżka w stosunku do poprzedniego okresu	rezydentura priorytetowa	podwyżka w stosunku do poprzedniego okresu
Wynagrodzenia zasadnicze rezydentów ustalone rozporządzeniem (zł)	2016	sty.	3170		3602		3458		3890	
	2017	sty.	3170		3602		3458		3890	
	2017	lip.	3570	400	4070	468	3891	433	4391	501
	2018	sty.	3675	106	4190	120	4006	115	4520	129
	2018	lip.	4000	325	4700	510	4500	494	5300	780
	2019	lip.	4082	82	4700	0	4500	0	5300	0
	2020	lip.	4299	217	4793	93	4633	133	5300	0
Fakultatywne zwiększenie wynagrodzenia zasadniczego wprowadzone ustawą (zł)	od 1 lipca 2018	bon patriotyczny	600		700		600		700	

W kwestii dodatkowego wsparcia finansowego dla pracowników medycznych za okres pracy w czasie epidemii koronawirusa należy wskazać na rozwiązania dotyczące dodatkowych świadczeń pieniężnych wprowadzone w okresie pandemii.

Do dnia 4 września 2020 r. dodatkowe świadczenia pieniężne dla osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, objętych ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem (Dz. U. z 2020 r. poz. 775, z późn. zm.), z wyłączeniem osób, skierowanych do pracy w podmiotach leczniczych na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2019 r. poz. 1239, z późn.zm.), były wypłacane na podstawie polecenia Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2020 r., z uwzględnieniem zasad określonych w tym poleceniu. Od dnia 5 września 2020 r. dodatkowe świadczenia pieniężne dla osób wykonujących zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, z późn. zm.) uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych związanych z przeciwdziałaniem Covid-19, z wyłączeniem osób, skierowanych do pracy w podmiotach leczniczych na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, były i są wypłacane na podstawie polecenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. zmienionego poleceniem z dnia 30 września 2020 r., oraz poleceniem z dnia 1 listopada 2020 r., z uwzględnieniem zasad określonych w tych poleceniach.

Zgodnie z aktualnym brzmieniem wspomnianego polecenia, wdrażane są dodatkowe świadczenia pieniężne dla osób wykonujących zawody medyczne w szpitalach II i III poziomu zabezpieczenia szpitalnego i uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz posiadających bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, a także dla osób wykonujących zawód medyczny w podmiotach leczniczych, w których skład wchodzi jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, o których mowa w art. 32 ust. 1 *ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882)* lub izby przyjęć; a które to osoby udzielają świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego lub w izbach przyjęć. Wspomniane polecenie obejmuje również osoby zatrudnione w podmiotach leczniczych, które umieszczone są na liście zamieszczonej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia pod adresem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista-laboratoriow-Covid>, i które to osoby wykonują czynności diagnostyki laboratoryjnej.

Zgodnie z postanowieniami polecenia, dodatkowe świadczenie pieniężne powinno być równe 100% wynagrodzenia danej osoby objętej poleceniem oraz nie wyższa niż 15 000 zł. Wśród beneficjentów powyższych rozwiązań są pielęgniarki i położne spełniające warunki określone w poleceniu Ministra Zdrowia dla Prezesa NFZ.

Z informacji przekazanej przez NFZ wynika, że: „na realizację zadań wynikających z poleceń Ministra Zdrowia w planie finansowym NFZ na rok 2020 (stan na koniec października 2020 r.) zabezpieczono środki z Funduszu Przeciwdziałania Covid-19 w kwocie 178 048 tys. zł. Kwota ta nie uwzględnia środków na wypłatę dodatkowych świadczeń za miesiąc listopad i grudzień 2020 r., które zostaną ujęte w kolejnych zmianach planu finansowego na rok 2020 r., w kwotach oszacowanych na podstawie stosownych informacji w przedmiotowej sprawie przedstawionych przez świadczeniodawców do OW NFZ. Do dnia 30 października 2020 r. OW NFZ przekazały świadczeniodawcom z powyższego tego tytułu środki w kwocie 127 570,52 tys. zł.”.

Jak widać, kwestia kształcenia, zatrudniania, wynagradzania pracowników całego sektora zdrowia stanowi kluczową determinantę dobrej jakości i dostępności świadczeń medycznych, dlatego stale poszukiwane są nowe rozwiązania w tym obszarze.

Zakłada się, że powyższe rozwiązania będą mieć pozytywny wpływ na sytuację kadrową w szpitalach, które obecnie borykają się z brakami kadrowymi w zakresie lekarzy specjalistów, pielęgniarek i położnych oraz pozostałych grup zawodowych.

Ad. 6. Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego pacjenta

Ad. 6.1. Brak możliwości przebywania rodziców (opiekunów prawnych) z małymi pacjentami na oddziałach pediatrycznych.

Ad. 6.4. Możliwość pożegnania się z osobą odchodzącą.

Na mocy art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2020 r. poz. 849) dany podmiot wykonujący działalność leczniczą może czasowo ograniczyć korzystanie przez pacjentów z pełni ich praw w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Przepis ten dotyczy również ograniczenia prawa do kontaktu osobistego pacjentów przebywających w podmiotach leczniczych udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 33 ust. 1 tejże ustawy, w tym również pacjentów hospicjów. Decyzję w tym zakresie podejmuje kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz, uwzględniając sytuację w danych podmiocie leczniczym.

Na podstawie powyższego przepisu w związku z działaniami zmierzającymi do zapewnienia maksymalnego bezpieczeństwa pacjentom przebywającym w podmiotach leczniczych, w tym również w hospicjach stacjonarnych, w czasie epidemii Covid-19 osobiste odwiedziny mogą zatem zostać ograniczone. W takiej sytuacji należy pacjentom zapewnić inną formę kontaktu – np. telefoniczną lub przez Internet.

Ponadto, zgodnie z zaleceniami dotyczącymi organizacji procesu udzielania świadczeń opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej w związku ze stanem epidemii¹⁰ (zamieszczonymi na stronie: www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swiadczen w pkt 2. *Opieka paliatywna i hospicyjna* oraz 5. *Opieka długoterminowa* – materiały do pobrania), w celu minimalizacji ryzyka transmisji koronawirusa rekomendowane jest ograniczenie kontaktów pacjentów objętych taką opieką, w tym wstrzymanie odwiedzin gości u pacjentów w stacjonarnych placówkach całodobowych udzielających tejże opieki.

Należy pamiętać, że pacjenci objęci opieką paliatywną i hospicyjną, tj. osoby w terminalnej fazie nieuleczalnej choroby (w tym w szczególności pacjenci przebywający w podmiotach leczniczych udzielających opieki stacjonarnej – hospicjum stacjonarnym

¹⁰ Zalecenia są zamieszczone na stronie: www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swiadczen w pkt 2. *Opieka paliatywna i hospicyjna* oraz 5. *Opieka długoterminowa* – materiały do pobrania.

lub oddziale medycyny paliatywnej), stanowią specyficzną grupę pacjentów, zarówno w kontekście epidemii Covid-19, jak i w perspektywie ogólnej.

Z jednej strony Ministerstwo Zdrowia ma świadomość, że w przypadku pacjentów przebywających w placówkach całodobowej opieki paliatywnej i hospicyjnej stosowanie najbardziej restrykcyjnych środków prewencyjnych, takich jak całkowity zakaz odwiedzin, może w znaczący sposób wpływać na samopoczucie, stan zdrowia zarówno pacjentów, jak i ich bliskich.

Z drugiej jednak strony pacjenci w terminalnej fazie choroby stanowią grupę szczególnego ryzyka zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i zachorowania na Covid-19, a co za tym idzie są również szczególnie narażeni na ciężki przebieg tej choroby oraz powikłania pochorobowe skutkujące w skrajnych przypadkach nawet zgonem, co powoduje, że powinni pozostawać pod szczególną ochroną w czasie panującej epidemii Covid-19.

Warto mieć na uwadze, że pacjenci hospicjów stacjonarnych, ze względu na stały w nich pobyt, nie są zagrożeni zachorowaniem na Covid-19 dopóki nie ulegną zakażeniu na skutek kontaktu z zakażoną osobą – w praktyce najczęściej pracownikami placówki lub właśnie odwiedzającymi gośćmi.

Dodatkowo należy zaznaczyć, że w sytuacji pojawienia się zakażenia w obrębie takiej placówki, mimo stosowanych zasad reżimu sanitarnego, zapobieganie dalszemu rozprzestrzenianiu się infekcji wśród pacjentów i personelu takiej jednostki jest znacząco utrudnione.

Dlatego też, biorąc pod uwagę aktualną sytuację epidemiologiczną w kraju oraz stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych oraz innych ekspertów w dziedzinach epidemiologii i chorób zakaźnych, zalecane jest nadal utrzymanie zakazu odwiedzin w całodobowych placówkach opiekuńczych, takich jak hospicja, w celu minimalizacji ryzyka transmisji koronawirusa na pacjentów w nich przebywających.

Odnosząc się do kwestii przebywania rodziców z pacjentami pediatrycznymi pragnę podkreślić, że nie ma najmniejszej wątpliwości, jak ważna jest współpraca personelu medycznego z rodzicami hospitalizowanych dzieci dla zapewnienia im jak najlepszej opieki zdrowotnej. Jednakże, należy mieć na uwadze, że obowiązujący stan epidemii obliguje wszystkich do pełnej mobilizacji w celu ograniczania szerzenia się koronawirusa. W aktualnej sytuacji, jak wskazano powyżej, kierownik podmiotu

udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów ograniczyć prawo do pobytu wraz z nimi przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego. Powyższe, upoważnia kierowników podmiotów leczniczych do podejmowania indywidualnych decyzji w tym zakresie, mając na uwadze przede wszystkim dobro samych pacjentów. Jednocześnie, wśród szpitali pediatrycznych i podmiotów leczniczych posiadających w swoich strukturach oddziały pediatryczne zostały upowszechnione procedury postępowania z dziećmi z podejrzeniem lub zakażonymi wirusem SARS-CoV-2 - opracowane przez konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii we współpracy z konsultantem krajowym w dziedzinie chorób zakaźnych. Procedury te zawierają również zalecenia dla rodziców/opiekunów przebywających z dzieckiem podczas hospitalizacji w okresie pandemii Covid-19, co stanowi ważną wskazówkę dla kierowników podmiotów leczniczych jakie ustalić warunki współpracy z opiekunami dzieci dla zapewnienia najmłodszym pacjentom jak najlepszej opieki, minimalizując jednocześnie ryzyko rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2.

Wytyczne dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń, w tym dla pediatrii dostępne są również na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia pod adresem:

(<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swiadczen>).

Jednocześnie należy również zaznaczyć, że sytuacja związana z Covid-19 nie wpłynęła na prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia. Obowiązujące przepisy prawne, przewidują procedury informowania bliskich pacjenta o stanie jego zdrowia, zaś ewentualne problemy z tym związane w odniesieniu do pacjentów hospitalizowanych mogą wynikać z niezachowania wymaganych procedur w tym zakresie przez personel medyczny zatrudniony szpitalu udzielającym takiemu pacjentowi świadczeń opieki zdrowotnej.

Regulacje na podstawie których, pacjent oraz osoby przez niego wskazane mogą uzyskać informację o stanie zdrowia wynikają z art. 9 ww. *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*¹¹. Zgodnie z art. 9 ust. 2 tejże ustawy pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych,

¹¹ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 849).

dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami. W ust. 3 ww. przepisu doprecyzowano, że pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji, wymienionych w art. 9 ust. 2 ustawy, innym osobom.

Analogiczne przepisy znajdują się również w ustawie *o zawodzie lekarza i lekarza dentysty*¹². W myśl art. 31 ust. 1 tejże ustawy, lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Lekarz może również udzielić takiej informacji innym osobom za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego (art. 31 ust. 2).

Wyjątek od wskazanej powyżej zasady stanowi sytuacja, opisana w art. 31 ust. 6 *ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, w której pacjent nie ukończył 16 lat, jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia przekazywanej mu informacji – wówczas lekarz udziela informacji osobie bliskiej pacjenta¹³.

Przywołane powyżej przepisy nie regulują jednak zakresu organizacyjnego udzielania informacji o pacjencie. Za właściwą organizację pracy oraz umożliwienie kontaktu bezpośrednio z pacjentem lub personelem medycznym w danym podmiocie leczniczym, w tym również hospicjum stacjonarnym i oddziale medycyny paliatywnej, odpowiada kierownik takiego podmiotu, poprzez odpowiednią organizację dostępu do urządzeń komunikacyjnych lub urządzeń bezpośrednio łączących z personelem medycznym. W związku z powyższym wszelkie nieprawidłowości w tym zakresie należy w pierwszej kolejności zgłaszać kierownikowi takiej jednostki.

Warto nadmienić, że narzędziem umożliwiającym dostęp osobom bliskim pacjenta do jego danych medycznych jest także Internetowe Konto Pacjenta (IKP). Aktywacja IKP możliwa jest na stronie internetowej: www.pacjent.gov.pl. Jest to aplikacja, w której

¹² Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 514, z późn. zm.).

¹³ Osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. małżonkowi, krewnemu lub powinowatemu do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawicielowi ustawowemu, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu lub osobie wskazanej przez pacjenta. Definicja osoby bliskiej jest dość szeroka i o ile istnieje możliwość wykazania bycia osobą spokrewnioną z pacjentem, o tyle już wykazanie pozostawania z pacjentem we wspólnym pożyciu jest w zasadzie niemożliwe. Przyjęta praktyka dotycząca wykazywania osób bliskich sprowadza się do złożenia stosownego oświadczenia, w tym także w formie ustnej. Odpowiedzialność za treść składanych oświadczeń spoczywa bowiem zawsze na osobach je składających. Zgodnie z § 8 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w *sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz.U. poz. 666 i 1981), oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, zamieszcza się lub dołącza do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej

można znaleźć informacje m.in. o udzielonych pacjentowi świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁴ czy też wystawionych skierowaniach i receptach. Aby osoba trzecia mogła mieć wgląd do tych informacji, musi zostać do tego upoważniona przez pacjenta.

Ad. 6.2. Zawieszenie porodów rodzinnych w związku ze stanem pandemii.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi, w tym rozporządzeniem Rady Ministrów *w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii*¹⁵ w Polsce nie ma arbitralnego zakazu porodów rodzinnych.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że od 20 marca 2020 r. do odwołania został wprowadzony w Polsce stan epidemii, który obliguje do podejmowania działań ograniczających rozszerzanie się wirusa SARS-CoV-2. W przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego, korzystanie z praw pacjenta może zostać ograniczone – na mocy art. 5 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*¹⁶.

Mając na uwadze powyższe, ostateczną decyzję o obecności osoby towarzyszącej przy porodzie powinien podjąć kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w porozumieniu z ordynatorem oddziału położniczo-ginekologicznego, mając na uwadze lokalne względy organizacyjne pozwalające na izolację rodzających i osób im towarzyszących od innych pacjentek.

Zalecenia w zakresie dopuszczenia osoby towarzyszącej do porodu określają KK w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz perinatologii. Aktualne zalecenia w tym zakresie z dnia 15 lipca 2020 r. są dostępne na stronie internetowej MZ¹⁷. KK określili wymogi, które ma spełniać osoba towarzysząca, w przypadku dopuszczenia jej do porodu. Wskazane minimum w tym zakresie uwzględnia:

- wypełnienie, przez osobę towarzyszącą, w trakcie porodu, ankiety epidemiologicznej;
- osoba towarzysząca przez cały czas pobytu w szpitalu musi nosić maskę i rękawiczki;

¹⁴ Udzielanych na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.).

¹⁵ Rozporządzenie z dnia 9 października 2020 r. (Dz. U. poz. 1758 z późn. zm.).

¹⁶ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 849).

¹⁷ www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swadczen – pkt 20. *Opieka okołoporodowa, plik: zalecenia w sprawie możliwości odbywania porodów rodzinnych.*

- rodząca w towarzystwie osoby bliskiej przebywa w pojedynczej, indywidualnej sali porodowej wyposażonej w oddzielny węzeł sanitarny;
- osoba towarzysząca może zostać wpuszczona w momencie rozpoczętego porodu i powinna opuścić oddział w ciągu 2 godzin po porodzie;
- osoby pozostające w kwarantannie lub w trakcie izolacji nie mogą uczestniczyć w porodzie i wchodzić na teren szpitala.

Powyższe zalecenia zostały uzgodnione z KK w dziedzinie chorób zakaźnych i GIS. Warto również nadmienić, że nie zawierają one obowiązku przedstawienia aktualnego wyniku badania w kierunku Covid-19 przez osobę towarzyszącą pacjentce przy porodzie.

Ad. 6.3. Postępowanie ze zwłokami osób zmarłych w związku z Covid-19.

Zasady postępowania ze zwłokami zostały uregulowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi¹⁸.

Jednocześnie w dniu 4 kwietnia 2020 r. weszła w życie nowelizacja ww. aktu, w której dodano § 5a–5c, dotyczące zasad postępowania ze zwłokami osób zmarłych na Covid-19.

W przypadku zwłok osób zmarłych na chorobę Covid-19 wywołaną wirusem SARS-CoV-2 należy dokonać określonych w ww. rozporządzeniu czynności m.in.:

- przeprowadzić dezynfekcję zwłok płynem odkażającym o spektrum działania wirusobójczego;
- odstąpić od standardowych procedur mycia zwłok, a w przypadku zaistnienia takiej konieczności należy zachować szczególne środki ostrożności;
- unikać ubierania zwłok do pochówku oraz okazywania zwłok;
- umieścić zwłoki w ochronnym, szczelnym worku, wraz z ubraniem lub okryciem szpitalnym, a w przypadku przekazania zwłok do spopielenia umieścić pierwszy worek ze zwłokami w drugim worku;
- zdezynfekować powierzchnię zewnętrzną kolejno każdego worka przez spryskanie płynem odkażającym o spektrum działania wirusobójczym;
- umieścić na dnie trumny do pochówku warstwę substancji plynochłonnej o grubości 5 cm;

¹⁸ Rozporządzenie z dnia 7 grudnia 2001 r. (Dz. U. Nr 153, poz. 1783, z późn. zm.).

- niezwłocznie po złożeniu zwłok w trumnie lub kapsule transportowej trumnę lub kapsułę transportową zamknąć szczelnie i spryskać płynem odkażającym o spektrum działania wirusobójczym;
- po złożeniu zwłok w trumnie i przymocowaniu wieka trumny nie wolno jej otwierać;
- transport zwłok, jeżeli jest to możliwe, prowadzić jednym zespołem przewozowym.

Przepisy przedmiotowego rozporządzenia nie zakazują wprost okazywania zwłok zmarłego na chorobę Covid-19 członkom rodziny, należy jednak mieć na uwadze okoliczności wynikające z aktualnego reżimu epidemiologicznego.

Ponadto z uwagi na rozprzestrzenianie się epidemii Covid-19 zasady postępowania ze zwłokami osób zmarłych na tę chorobę muszą zawierać określone obostrzenia.

Z poważaniem

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Maciej Miłkowski

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/