

## **Porozumienie Ministra Zdrowia z Porozumieniem Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy**

Minister Zdrowia oraz reprezentanci Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy (dalej jako PR OZZL) mając świadomość wyzwań, przed którymi stoi państwo polskie w obszarze zdrowia, w szczególności:

- dynamicznego wzrostu zapotrzebowania na usługi zdrowotne na skutek starzenia się społeczeństwa,
- nadal marginalnej roli profilaktyki w zabezpieczeniu kapitału zdrowia,
- niedoboru ilościowego kadr medycznych i wysokiej średniej wieku kluczowych grup profesjonalistów medycznych,
- rosnących kosztów opieki, które wynikają ze wzrostu popytu oraz rozwoju technologii medycznych,
- wysokiego obciążenia gospodarki kosztami chorób,
- zacofania organizacyjnego, w tym niskiego poziomu cyfryzacji systemu,

jednocześnie biorąc pod uwagę sytuację makroekonomiczną kraju, stabilność finansów publicznych, dla dobra pacjentów i wyrażając najwyższą o nich troskę, Strony ustalają warunki dalszej pracy w charakterze partnerów, mające na celu wypracowanie finalnych rozwiązań optymalizujących system ochrony zdrowia.

Jako cele strategiczne obie Strony niniejszego Porozumienia uznają zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych, poprawę ich jakości oraz efektów zdrowotnych poprzez:

- budowę systemu ochrony zdrowia nastawionego na pacjenta,
- zwiększenie finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia,
- zagwarantowanie lepszych warunków pracy kadrom medycznym,
- poprawę efektywności organizacyjnej opieki poprzez zwiększenie zastosowania nowoczesnych narzędzi informatycznych i lepsze zarządzanie kapitałem ludzkim,
- zmniejszenie obciążeń biurokratycznych nałożonych na strategiczny personel medyczny, w szczególności lekarzy i pielęgniarki,

- promocję usług wysokiej jakości.

Warunkiem realizacji celów strategicznych jest zapewnienie, w opinii przedstawicieli PR OZZL, wzrostu finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce i drogi dojścia do średniej europejskiej, na poziomie nie niższym niż 6,8% Produktu Krajowego Brutto (PKB).

Mając jednak na uwadze najwyższe dobro chorych, dla zaprzestania eskalacji konfliktu i rozpoczęcia dalszej pracy w warunkach partnerskich, dostrzegając dobrą wolę obu Stron, w drodze porozumienia ustalono co następuje:

### § 1.

Minister Zdrowia zobowiązuje się do podjęcia niezbędnych działań mających na celu przyspieszenie wzrostu nakładów na publiczny system ochrony zdrowia do 6% Produktu Krajowego Brutto (PKB) w następujący sposób:

- 1) odsetek 6% PKB osiągnięty zostanie nie później niż do dnia 1 stycznia 2024 r.;
- 2) Minister Zdrowia, najpóźniej w terminie 3 miesięcy po wejściu w życie niniejszego Porozumienia, przedłoży Radzie Ministrów projekt nowelizacji ustawy *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, w którym zostaną uwzględnione następujące kwestie:
  - a) na finansowanie ochrony zdrowia przeznaczają się corocznie środki finansowe w wysokości nie niższej niż 6% PKB, z zastrzeżeniem że wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018–2023 nie może być niższa niż:
    - 4,78% PKB w 2018 r.,
    - 4,86% PKB w 2019 r.,
    - 5,03 % PKB w 2020 r.,
    - 5,30% PKB w 2021 r.,
    - 5,55% PKB w 2022 r.,
    - 5,80% PKB w 2023 r.,
  - b) wartość PKB, o którym mowa w lit. a, jest ustalana na podstawie wartości określonej w obwieszczeniu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wydawanym na podstawie art. 5 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto; wartość ta w trakcie danego roku może zostać skorygowana,

c) środki, o których mowa w lit. a, obejmują:

- wydatki budżetowe w części budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia,
- wydatki budżetowe w dziale „ochrona zdrowia” w innych częściach budżetu państwa oraz wydatki budżetowe w innych działach budżetu państwa przeznaczone na finansowanie składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- koszty Funduszu ujęte w planie finansowym Funduszu z wyłączeniem środków z budżetu państwa,
- koszty związane z realizacją staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentyistów oraz specjalizacji lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych.

## § 2.

W styczniu 2020 r. Strony odbędą oficjalne spotkania robocze mające na celu ocenę realizacji § 1 niniejszego Porozumienia oraz zrewaluują możliwość kolejnego przyspieszenia wzrostu nakładów na ochronę zdrowia. Jednocześnie Strony określą możliwości dalszego wzrostu odsetka PKB, o którym mowa w § 1 pkt 1.

## § 3.

Minister Zdrowia, świadomy kryzysu kadrowego w ochronie zdrowia, w celu zachęcenia lekarzy do podejmowania pracy w publicznym sektorze ochrony zdrowia, zapobieżenia odpływu lekarzy do innych sektorów, za granicę oraz docenienia ich pracy podejmie niezbędne działania ukierunkowane na realizację poniższych celów i niezwłocznie, w terminach określonych niżej, wprowadzi je w życie:

- 1) wynagrodzenie zasadnicze lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury w przeliczeniu na jeden etat wyniesie 4000 zł brutto miesięcznie dla lekarzy odbywających specjalizację w dziedzinach nieokreślanych jako priorytetowe oraz 4700 zł brutto miesięcznie dla lekarzy odbywających specjalizację w dziedzinach określanych jako priorytetowe. Od trzeciego roku szkolenia specjalizacyjnego wynagrodzenia te zwiększą się o 500 zł brutto miesięcznie – dla specjalizacji nie określanych jako priorytetowe oraz o 600 zł brutto miesięcznie – dla specjalizacji określanych jako priorytetowe i będą wynosić odpowiednio 4500 zł oraz 5300 zł brutto miesięcznie;
- 2) wynagrodzenia lekarzy rezydentów, o których mowa w pkt 1, zostaną uwzględnione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w *sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia*

*miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizacje w ramach rezydentury. Zmiana tego rozporządzenia będzie także przewidywać, że lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury zachowają swoje dotychczasowe wynagrodzenie, w przypadku, w którym niniejsze porozumienie i planowana na jego podstawie nowelizacja wspomnianego rozporządzenia obniży to wynagrodzenie.*

#### § 4.

Wysokość wynagrodzeń, o której mowa w § 3, zostanie wprowadzona nie później niż od dnia 1 lipca 2018 r. i obejmie wszystkich lekarzy odbywających specjalizację w trybie rezydentury, niezależnie od daty rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego.

#### § 5.

1. W celu zachęcenia lekarzy do pracy w kraju po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego, lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury w dziedzinach nie określanych jako specjalizacje priorytetowe otrzymają dodatkowo 600 złotych brutto miesięcznie, wpisane do podstawy wynagrodzenia, a lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury w dziedzinach określanych jako specjalizacje priorytetowe otrzymają dodatkowo 700 złotych brutto miesięcznie, wpisane do podstawy wynagrodzenia.
2. Wypłatę dodatkowych środków, o którym mowa w ust. 1, uzależnia się od zobowiązania się lekarza do przepracowania w Polsce łącznie dwóch z pięciu kolejnych lat przypadających bezpośrednio po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego.
3. W przypadku pobierania dodatkowych środków w okresie krótszym niż czas szkolenia specjalizacyjnego wymóg dwóch lat z pięciu kolejnych przypadających bezpośrednio po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego skraca się proporcjonalnie.

#### § 6.

1. Lekarze specjaliści zatrudnieni na podstawie stosunku pracy otrzymają wynagrodzenie zasadnicze w kwocie nie mniejszej niż 6750 zł brutto miesięcznie nie później niż od dnia 1 lipca 2018 r.
2. Lekarze, o których mowa w ust. 1, aby otrzymać wyrównanie różnicy obecnego wynagrodzenia zasadniczego z wynagrodzeniem określonym w ust. 1, zobowiązują się do niewykonywania tożsamyh świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych w innej placówce medycznej niż główne miejsce zatrudnienia.

3. Warunek, o którym mowa w ust. 2, nie obejmuje świadczeń realizowanych w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej oraz zabiegów wykonywanych w trybie ambulatoryjnym i rehabilitacji medycznej oraz pracy wykonywanej w sektorze prywatnym.

#### **§ 7.**

W styczniu 2020 r. obie strony odbędą oficjalne spotkania robocze mające na celu ocenę realizacji postanowień zawartych w § 3 – 6 niniejszego Porozumienia oraz zrewaluuują możliwość dalszego wzrostu wynagrodzeń lekarzy w tym ocenę rewaloryzacji wynagrodzenia w stosunku do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, bez wypłat nagród z zysku ogłaszane przez prezesa GUS.

#### **§ 8.**

Minister Zdrowia deklaruje chęć dalszego zwiększania naboru na studia lekarskie, pielęgniarskie i inne kierunki medyczne. Minister Zdrowia zwiększy nabór na studia lekarskie począwszy od naboru na rok 2018/2019.

#### **§ 9.**

Minister Zdrowia zobowiązuje się, że podejmie niezbędne działania, w tym zwiększające liczebność kadry medycznej, aby od roku 2028, zgodnie z zaleceniami Komisji Europejskiej, klauzula “opt-out” przestała obowiązywać i maksymalny, dopuszczalny tygodniowy wymiar pracy w stosunku pracy wynosił nie więcej niż 48 godzin.

#### **§ 10.**

1. Minister Zdrowia, świadomy kryzysu kadrowego w ochronie zdrowia, w celu zachęcenia wszystkich zawodów medycznych do podejmowania pracy w publicznym sektorze ochrony zdrowia, zapobieżeniu odpływu kadry medycznej do innych sektorów oraz za granicę, a także docenieniu ich pracy, zobowiązuje się do podjęcia rozmów z reprezentantami zawodów medycznych wyrażających taką wolę na temat ich warunków pracy.
2. Rozmowy, o których mowa w ust. 1, Minister Zdrowia podejmie nie później niż do końca roku 2018, tak aby było możliwe wypracowanie stosownych rozwiązań.

#### **§ 11.**

W odpowiedzi na zgłaszane postulaty dotyczące poprawy warunków pracy w ochronie zdrowia, odbiurokratyzowania medycyny oraz zmniejszenia kolejek, Strony ustaliły co następuje:

- 1) Minister Zdrowia przygotowuje i przedłoży Radzie Ministrów projekty odpowiednich przepisów prawnych umożliwiających wprowadzenie w placówkach ochrony zdrowia, całkowicie lub częściowo finansowanych ze środków publicznych, stanowiska sekretarki-asystenta medycznego, której zadaniem będzie przejęcie biurokratycznych obowiązków lekarzy i pielęgniarek. Jednocześnie Minister Zdrowia ustali wymogi i normy zatrudnienia sekretarek medycznych w koszyku świadczeń gwarantowanych i warunkach zawierania kontraktów z płatnikiem do końca roku 2018;
- 2) Minister Zdrowia we współpracy z przedstawicielami Porozumienia Rezydentów OZZL oraz Komisji Młodych Lekarzy Naczelnej Izby Lekarskiej przygotowuje, a następnie, nie później niż w pierwszym kwartale 2019 r., przedłoży Radzie Ministrów projekt ustawy o *zawodach lekarza i lekarza dentysty*, w którym zawarte zostaną rozwiązania dotyczące kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów (w tym stażu podyplomowego oraz m.in. centralnego naboru na specjalizacje lekarskie, przywrócenia możliwości zmiany specjalizacji, uproszczenia dokumentowania procedur medycznych oraz ujednoczenia prawnego kwestii dyżurów medycznych, itp.). W projekcie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym zostaną także uregulowane kwestie pełnienia dyżurów medycznych przez lekarzy rezydentów. Strony zgodziły się co do faktu, że lekarz rezydent posiadający zawartą umowę o pracę z podmiotem leczniczym, będzie otrzymywał wynagrodzenie z tytułu pełnienia dyżurów medycznych na podstawie umowy o pracę, zgodnie z zasadami określonymi w Kodeksie Pracy. Dodatkowo, godziny pełnionych dyżurów medycznych nie powinny być uzupełnieniem podstawowego wymiaru czasu pracy w sytuacji, gdy lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne nie przepracuje w miesiącu podstawowego czasu pracy wymaganego programem specjalizacji. Odpoczynek lekarza po dyżurze nie powinien powodować przedłużenia odbywania specjalizacji i powinien być zaliczony do czasu jej trwania;
- 3) w trosce o jakość wiedzy i zrozumienie konieczności kształcenia ustawicznego lekarzy rezydentów Minister Zdrowia podejmie niezbędne działania, aby zagwarantować tym lekarzom, nie później niż od dnia 1 stycznia 2019 r., dodatkowe 6 dni płatnego urlopu naukowego rocznie przeznaczonych na udział w konferencjach, szkoleniach i kursach naukowych.

## § 12.

Minister Zdrowia deklaruje zintensyfikowanie przeglądu koszyka świadczeń gwarantowanych, ich prawidłową wycenę oraz dostosuje je do realiów obecnego systemu.

Proponowane zmiany przedstawione zostaną opinii publicznej nie później niż do dnia 1 stycznia 2019 r.

### § 13.

Minister Zdrowia wprowadzi kryteria jakościowe w ocenie placówek medycznych, mające na celu maksymalizację zysku zdrowotnego obywateli, promowanie jednostek nastawionych na jakość leczenia chorych oraz dbałość o wyniki leczenia.

### § 14.

Minister Zdrowia zobowiązuje się do jak najszybszego wprowadzenia rozwiązań elektronicznych i informatycznych w systemie ochrony zdrowia mających na celu przyspieszenie procesu diagnostyki i leczenia, pełnego przepływu informacji pomiędzy placówkami ochrony zdrowia, skrócenie kolejek do świadczeń opieki zdrowotnej, unikanie dublowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz poprawy komunikacji pomiędzy specjalistami i podmiotami zaangażowanymi w skoordynowany proces leczenia pacjenta, do których w szczególności należy zaliczyć wprowadzenie do końca 2019 r. w pełni funkcjonalnych paneli informatycznych: e-ZLA, e-recepty, e-zlecenia i e-skierowania.

### § 15.

Minister Zdrowia zobowiązuje się do podjęcia niezbędnych działań w celu przedłożenia Radzie Ministrów projektu zmieniającego ustawę *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* w taki sposób, aby lekarzowi pracującemu w publicznej służbie zdrowia, w czasie udzielania przez niego świadczeń zdrowotnych, przysługiwała ochrona właściwa dla funkcjonariusza publicznego.

### § 16.

1. Minister Zdrowia, do końca roku 2018, przedłoży Radzie Ministrów projekty stosownych aktów prawnych zdejmujących z lekarza konieczność określania poziomu refundacji leku na recepcie.
2. Zmiany, o których mowa w ust. 1, powinny wejść w życie wraz z przejściem na wystawianie recept w trybie elektronicznym (e-recepty), nie później jednak niż do końca roku 2019.

### § 17.

Minister Zdrowia deklaruje wolę konsultacji ze środowiskiem lekarskim przy wprowadzaniu kolejnych zmian systemowych.

### **§ 18.**

W styczniu 2020 r. Strony odbędą spotkania robocze mające na celu podsumowanie realizacji zobowiązań objętych niniejszym Porozumieniem i ustalą dalsze warunki pomocy Radzie Ministrów w realizacji bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, świadczonej przez lekarzy w ponadnormatywnym czasie pracy.

### **§ 19.**

W związku z zawarciem niniejszego Porozumienia reprezentanci PR OZZL zobowiązują się, do kolejnych spotkań roboczych zaplanowanych na styczeń 2020 roku, do zakończenia akcji związanej z masowym wypowiedaniem klauzul „opt-out”. Reprezentanci PR OZZL, biorąc pod uwagę dobro pacjentów i zapewnienie im maksymalnie szerokiej opieki w sytuacji występujących braków kadrowych, zobowiązują się do zaapelowania do lekarzy o wykonywanie pracy w wyżej wymienionym okresie, w większym wymiarze godzin.

### **§ 20.**

Niniejsze Porozumienie zostało sporządzone w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa dla Strony Rządowej i jeden dla przedstawicieli Porozumienia Rezydentów OZZL.

### **§ 21.**

Niniejsze Porozumienie, po podpisaniu przez Ministra Zdrowia i Prezydium Porozumienia Rezydentów OZZL wchodzi w życie z dniem podpisania.



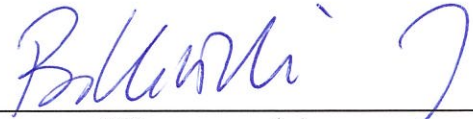
Sygnatariusze Porozumienia

Strona rządowa

Prezydium Porozumienia Rezydentów OZZL



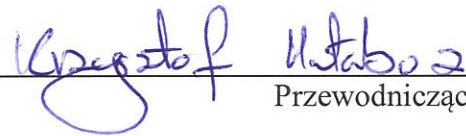
Minister Zdrowia




Wiceprzewodniczący



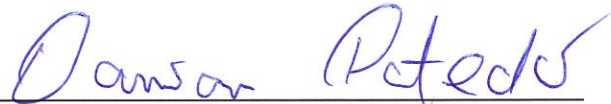
Wiceprzewodniczący



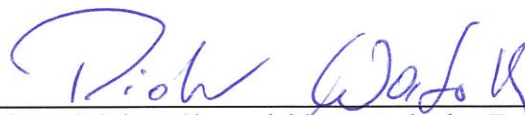
Przewodniczący



Wiceprzewodniczący



Wiceprzewodniczący



Przedstawiciel Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy  
Członek Komitetu Negocjacyjnego

Przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej

