

## **Protokół z posiedzenia Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego w Województwie Małopolskim w dniu 18 listopada 2019 roku**

Dwudzieste trzecie posiedzenie Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego (WRDS) w Województwie Małopolskim odbyło się w dniu **18 listopada 2019 roku, o godz. 14.00** w Małopolskim Urzędzie Wojewódzkim w Krakowie (sala 122).

Posiedzenie prowadził Pan Witold Kozłowski – Marszałek Województwa Małopolskiego oraz Przewodniczący Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego w Województwie Małopolskim.

W załączeniu lista uczestników posiedzenia (załącznik nr 1 do Protokołu).

Spotkanie przebiegło zgodnie z poniższym porządkiem obrad:

### **Otwarcie spotkania**

Przewodniczący WRDS w Województwie Małopolskim przywitał Członków Rady oraz przybyłych Gości:

Panią Danutę Kądziołkę, Przewodniczącą Zespołu problemowego ds. ochrony zdrowia WRDS w Województwie Małopolskim;

Pana Macieja Klimę, Zastępcę Małopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, Zastępcę Dyrektora Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie;

Pana Krzysztofa Grzesika, Dyrektora Małopolskiego Szpitala Chorób Płuc i Rehabilitacji im. E. Wojtyły w Jaroszewcu;

Panią Małgorzatę Popławską, Dyrektora naczelną Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego;

Panią Agnieszkę Pietraszewską-Machetę, Zastępczynię Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie;

Pana Jacka Kowalczyka, Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie;

Panią Lucynę Bożek, p.o. I Zastępczyni Dyrektora Departamentu Rodziny, Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego;

Pana Andrzeja Witka, Prezesa Grupy CenterMed, Członka Zespołu problemowego ds. ochrony zdrowia WRDS w Województwie Małopolskim;

Panią Annę Mlost, Zastępczynię Dyrektora Departamentu Zrównoważonego Rozwoju Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego;

Panią Agatę Nocuń, Członkinię Zespołu problemowego ds. ochrony zdrowia WRDS w Województwie Małopolskim oraz

Panią Ewę Podłęcką, Wicedyrektora Wydziału Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie.

Przewodniczący WRDS w Województwie Małopolskim poddał pod głosowanie projekt porządku obrad posiedzenia plenarnego: ZA – 26, PRZECIW – 0, WSTRZYMUJĄCYCH SIĘ – 0. Projekt został zatwierdzony przez Członków Rady.

### **Uchwała nr 6 Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego w Województwie Małopolskim z dnia 18 listopada 2019 roku w sprawie kolejności przewodniczenia Wojewódzkiej Radzie Dialogu Społecznego w Województwie Małopolskim w latach 2020-2023**

Przewodniczący poinformował, że zgodnie z propozycją Prezydium WRDS kolejność wyboru przewodniczących będzie taka jak w 2016 roku. W 2020 roku stronę pracowników będzie reprezentować Forum Związków Zawodowych Województwa Małopolskiego - Pani Grażyna Gaj. W 2021 przewodniczyć będzie strona pracodawców, w 2022 strona rządowa i w 2023 ponownie strona samorządowa.

Projekt uchwały został poddany pod głosowanie: ZA – 26, PRZECIW – 0, WSTRZYMUJĄCYCH SIĘ – 0. Projekt został zatwierdzony przez Członków Rady, (załącznik nr 2 do Protokołu).

## **Projekt Strategii Rozwoju Województwa „Małopolska 2030”**

Pani Anna Mlost, Zastępczyni Dyrektora Departamentu Zrównoważonego Rozwoju Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego – prezentacja „Projekt Strategii Rozwoju Województwa Małopolska 2030” (załącznik nr 3 do Protokołu).

Projekt opinii w sprawie projektu Strategii Rozwoju Województwa „Małopolska 2030” został poddany pod głosowanie: ZA – 23, PRZECIW - 0, WSTRZYMUJĄCYCH SIĘ – 0. Projekt został zatwierdzony przez Członków Rady, (załącznik nr 4 do Protokołu).

## **Reforma służby zdrowia w odniesieniu do sytuacji w województwie małopolskim**

Pani Danuta Kądziołka, Przewodnicząca Zespołu problemowego ds. ochrony zdrowia WRDS w Województwie Małopolskim powiedziała, że prace Zespołu nad projektem stanowiska trwały dość długo. Dodała, że Zespół dokonał pewnej selekcji co do zagadnień zawartych w projekcie stanowiska, które zostały uznane za szczególnie godne uwagi. W dokumencie nie ma odniesienia tematu ostatnio medialnie nośnym, czyli zamykaniu poszczególnych oddziałów szpitalnych, z powodu braku uprawnień kontrolnych Zespołu. Zespół nie zajął się również programem pilotażu onkologicznego z tego względu, że województwo małopolskie nie jest nim objęte. Zespół nie odniósł się również do kontroli Najwyższej Izby Kontroli odnośnie sieci szpitali, ponieważ kontrola ta nie obejmowała żadnych szpitali w Małopolsce.

Główną cechą obecnie wdrażanych reform w sektorze opieki zdrowotnej jest koordynowanie. Na początku XXI wieku wraz z wdrażanymi reformami nastąpił początek procesu rozczłonkowania służby zdrowia. Poszczególne człony nie miały ze sobą związków funkcjonalnych. Wychodzono z założenia, że wolny rynek ureguje sam wszystko. Z biegiem czasu okazało się, że wolny rynek nie uregulował rzeczywistości, natomiast nieskoordynowana opieka medyczna jest mało wydajna, mało funkcjonalna i uciążliwa dla pacjentów. W związku z tym w projekcie stanowiska został położony nacisk na koordynację. Chodzi o to, aby pacjent miał ułatwioną ścieżkę do przechodzenia poszczególnych etapów diagnostyki i terapii. Żeby na nowo skoordynować opiekę zdrowotną niezbędny jest rozwój cyfryzacji. On w tej chwili przebiega. Mamy już e-recepty, e-zwolnienia, w niedługim czasie będą e-skierowania. To znacznie ułatwi koordynację, generowanie danych i analiz, które mogą posłużyć wypracowywaniu rzetelnych wniosków. Pozwalają na przekaz informacji pomiędzy świadczeniodawcami w sprawie danego pacjenta. Tym sposobem oszczędzają czas nie powtarzając diagnostyki pacjenta, który zjawia się u różnych lekarzy. Cała historia jego chorób jest dostępna wszystkim specjalistom. Pozwala to również na rozwój telemedycyny i telekonsultacji. Zyski z takiego rozwiązania byłyby wielostronne.

Jednym z wymiarów koordynowania opieki medycznej miała być sieć szpitali, dlatego, że wprowadzono inny sposób finansowania niż dotychczas. Pacjent rozliczany był pod kątem jednej jednostki chorobowej i jednej czynności medycznej. Wprowadzenie ryczałtu pozwoli na ocenę sytuacji w procesie diagnostycznym i wszechstronną terapię. Wysokość ryczałtu zależy od różnych czynników. W stanowisku została omówiona kwestia redukcji łóżek szpitalnych na przełomie 2018 i 2019 roku w wyniku wprowadzenia norm minimalnych pielęgniarek i położnych. Na podstawie samych cyfr dotyczących redukcji łóżek nie można wyciągnąć daleko idących wniosków. Potrzebna jest analiza wskaźników dynamiki wykorzystania łóżek szpitalnych. Sama redukcja łóżek nie zawsze jest zjawiskiem niebezpiecznym. Czasem może się zdarzyć, że jest zjawiskiem wręcz pożądanym, bo racjonalizującym. Zupełnie inaczej powinny być traktowane łóżka zakaźne, które muszą pozostawać w tak zwanej gotowości, ze względu na zagrożenie epidemiologiczne.

POZ-ty są kolejnym obszarem, gdzie powinna przebiegać koordynacja opieki medycznej. Koordynacja od wielu lat kuleje. Wprowadzono sprawne zarządzanie kilkoma chorobami przewlekłymi, ale jest ono nadal niesatysfakcjonujące. Badania przeprowadzone przez specjalistów powinny wracać do lekarza pierwszego kontaktu w wersji elektronicznej. Zaoszczędziłoby to czas i pieniądze.

Kolejnym elementem stanowiska jest rehabilitacja medyczna. Stwierdziła, że w ostatnim czasie nastąpiło wydłużenie się kolejek do świadczeń rehabilitacyjnych. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest to, że pierwszeństwo w dostępie do rehabilitacji otrzymały osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Zauważyła, że przywracanie ludzi do sprawności i do pracy jest wielkim priorytetem.

Kolejnym zagadnieniem poruszonym w stanowisku jest leczenie psychiatryczne. Poinformowała, że jest przeprowadzany pilotaż. Małopolska w nim uczestniczy, a dokładniej dwa zakłady. Założenia reformy od strony formalnej wydają się być złożone. Głównym założeniem jest przenoszenie środka ciężkości z leczenia stacjonarnego, zamkniętego na środowiskowe. Jest to trend powielany z krajów wysokorozwiniętych. Zauważyła, że wziął się głównie stąd, że pacjent leczony w placówce zamkniętej i później przy zadowalającej poprawie wypisywany do domu ma problemy ze środowiskiem. Choroby psychiczne w jakiejś mierze dotyczą całego środowiska. Stereotypy ciągle istnieją. Trzeba uczyć pacjenta jak sobie ma samodzielnie radzić w naturalnym środowisku i wracać do sprawności, a jednocześnie w jaki sposób wpływa na jego otoczenie rodzina, sąsiedztwo, szkoła, praca, żeby nie utrudniali mu tego powrotu, a ułatwiali. Dodała, że częścią psychiatrii jest również psychiatria dzieci i młodzieży nie objęta wspomnianym pilotażem, ale istnieje ogólny konsensus wśród osób zajmujących się tą tematyką, że wymaga ona również pilnej reformy. Powiedziała, że we wstępnej koncepcji ustalono, że wytycza się trzy poziomy, na których powinno przebiegać leczenie. Pierwszy – bez udziału lekarza, ale z zaangażowaniem psychologa, psychoterapeuty, pedagoga, drugi – leczenie otwarte z udziałem lekarza specjalisty oraz trzeci – leczenie specjalistyczne, całodobowa opieka szpitalna.

Kolejną kwestią poddaną analizie były wybrane choroby zakaźne – odra, gruźlica, borelioza i zakażenia wewnątrzszpitalne. Pierwsze dwie choroby mają jedną cechę wspólną – jej ogniska rozlokowane są za wschodnią granicą Polski, czyli na Ukrainie. Stwierdziła, że jeżeli ognisk zapalnych nie opanuje się na Ukrainie Polska zawsze będzie miała problem. Przekraczanie granicy polsko-ukraińskiej nie stanowi większego kłopotu. Na tej zasadzie wzrosła w ubiegłym roku liczba zachorowań na odrę. Drugi problem stanowi gruźlica wielolekooporna. Wielolekooporność bierze się z nieprawidłowej diagnostyki lub nieprawidłowej terapii w czasie leczenia. Choroba ta bardzo mocno jest związana z poziomem życia. Jeżeli po drugiej stronie granicy nie zostaną wdrożone działania, to będziemy mieli problem z gruźlicą wielolekooporną, a jej leczenie jest bardzo kosztowne i niebezpieczne. Następnym zagadnieniem jest borelioza. Wymaga ciągłej edukacji i uwrażliwiania jak się jej wystrzeżać. Ostatnią kwestią są zakażenia wewnątrzszpitalne. Od wielu lat sytuacja w Małopolsce jest bardzo trudna. Problem polega na tym, że nie ma rozpoznawalności w momencie przyścia do szpitala i hospitalizacji.

Następną sprawą jest ratownictwo medyczne. Główny problem stanowi brak lekarzy z uprawnieniami do uczestnictwa w specjalistycznych zespołach wyjazdowych. Deficyt wynika z zaostrenia wymogów ustawowych wobec lekarzy. Stwierdziła, że jeżeli ratownictwo medyczne nie będzie dysponowało środkami, aby proponować lekarzom ze specyficznymi kwalifikacjami atrakcyjne wynagrodzenia, to problem będzie się nasilać. Zadała pytanie czy chcemy utrzymać dotychczasowy wysoki udział zespołów specjalistycznych w systemie ratownictwa czy chcemy spowodować, że sama sytuacja wymusi likwidację zespołów specjalistycznych i bazowanie tylko na zespołach podstawowych. Dodała, że można ewentualnie wnioskować o złagodzenie wymagań lub zwiększyć stawkę na karetkę. Jest propozycja, aby w staż lekarski obligatoryjnie włączyć staż w zespołach wyjazdowych pogotowia.

Następnym zagadnieniem, ze względu na zmiany cywilizacyjne i społeczne, stanowi skoordynowana opieka nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi. Stwierdziła, że powinna być ściśle skoordynowana z opieką społeczną. Zauważyła, że nie będzie sukcesów w obrębie poprawy kondycji zdrowotnej społeczeństwa polskiego, jeżeli nie poprawi się znacznej jego części kultura zdrowotna, edukacja i warunki życia. Podkreśliła, że zdrowie i warunki socjalne są nierozdzielnie powiązane. Czeka nas „tsunami demograficzne” w najbliższej przyszłości. Zauważyła, że problemy starcze zaczynają się ok. 70. roku życia. Zaczyna się pojawiać wielochorobowość, choroby mają charakter przewlekły. Powodują niepełnosprawność i niesamodzielność. Dodała, że powstał program 75+. Celem jest stworzenie optymalnych warunków w środowisku seniora, żeby nie skazywać go przedwcześnie na pobyt w ośrodku o charakterze zamkniętym. Najlepiej wesprzeć rodzinę i otoczenie.

W końcu odniosła się do odwiecznego problemu w obrębie służby zdrowia, czyli finansowania. Poinformowała, że weszła w życie tzw. ustawa 6%. Nigdy dotąd nie było ustawy uzależniającej nakłady na opiekę zdrowotną od PKB. Podkreśliła, że problem nierównomiernego poziomu finansowania nieodpowiadający poziomowi kosztów, zauważalny jest od początków XXI wieku. Najgorzej miały szpitale, do dziś ich finansowanie nie zostało zrównoważone. W ostatnich latach występuje zadłużenie szpitali i stale wzrasta. Zaczęły rosnać koszty, głównie pracy. W ochronie zdrowia są wysokie z uwagi na fakt, że nie zastąpi się pracownika maszyną. Wzrosły wynagrodzenia, co spowodowało duże obciążenia i pogorszenie sytuacji finansowej szpitali. Ale ok. 80% szpitali publicznych w Małopolsce nie generowało w 2019 roku zobowiązań wymagalnych, natomiast 20% tak.

Przyczyną może być rodzaj działalności i struktura wydziałów, albo stopień preferencyjności szpitala, albo sprawność w zarządzaniu. Aby to stwierdzić niezbędna jest dokładna analiza. Jednak dokonanie jej w skali województwa jest niezwykle trudne. Instytucje na poziomie województwa nie mają możliwości monitorowania wielkości zadłużenia, a więc i tworzenia zachęt do działań naprawczych. Dodała, że wszystko jest w gestii samorządów lokalnych, a one dbają o to, żeby szpital ich nie obciążał.

Kolejnym zagadnieniem jest polityka kadrowa, lekarze oraz pielęgniarki i położne. Podkreśliła, że mamy lukę pokoleniową, którą można zmniejszyć zwiększając limity na uczelniach. Poinformowała, że Zespół problemowy ds. ochrony zdrowia zadał pytanie dwóm małopolskim uczelniom z wydziałami lekarskimi dotyczące ilości kształconych osób w zawodach medycznych. Okazało się, że nie ma żadnego wzrostu liczby miejsc. To może negatywnie wpłynąć na przyszły stan rzeczy, bo za 10 lat Małopolska będzie w znacznie gorszej sytuacji niż inne województwa. Dodała, że mamy też deficyt strukturalny - przedstawiciele zawodów medycznych część czasu pracy przeznaczają na czynności, które może wykonywać osoba o niższych kwalifikacjach. Część obciążeń w pracy lekarza mogą przejmować pielęgniarki, natomiast część czynności administracyjnych asystenci medyczni. Od pielęgniarek część czynności mogą przejmować opiekunowie medyczni. Grupę pielęgniarek mogliby wspierać sanitariusze szpitalni, dziś przekwalifikowani na personel sprzątający, bez możliwości podchodzenia do pacjenta. Na koniec powiedziała, że nadal utrzymuje się problem rozwarstwienia płacowego. Dodała, że Zespół zaproponował zmiany w sposobie naliczania wynagrodzenia zasadniczego. Podkreśliła, że najważniejsze w reformie zdrowia jest to, aby nie była ona narzędziem sporu politycznego.

Pan Maciej Klima, Zastępca Małopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, Zastępca Dyrektora Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie powiedział, że po raz pierwszy budżet województwa na opiekę zdrowotną wzrósł trzykrotnie. Podkreślił, że trzy miliony złotych to duża suma. Poinformował, że biorąc pod uwagę stan finansów, województwo małopolskie jest w piątce województw o najniższym stopniu wydatków na osobę. Stwierdził, że problemem jest bagatelizowanie zjawiska zamykania oddziałów i niedostatecznej liczby łóżek. Nawet jeśli łóżka są, to nie są tak nowoczesne, jak powinny być. Brakuje izolatek, respiratorów. Dodał, że są trzy miejsca z zabezpieczeniem izolatek i respiratorów. Podkreślił, że należy dążyć do standardów europejskich, a liczba łóżek i respiratorów w Małopolsce od nich odbiega. Dodał, że poziom 5% jest nieosiągalny. Podkreślił, że na terenie województwa jest bardzo mało łóżek geriatrycznych, choć istnieje zaplecze naukowe do kształcenia lekarzy o tej specjalizacji. Na koniec podkreślił, że redukcja łóżek na kardiologii jest zjawiskiem niepokojącym.

Pan Krzysztof Grzesik, Dyrektor Małopolskiego Szpitala Chorób Płuc i Rehabilitacji im. E. Wojtyły w Jaroszewcu powiedział, że antybiotykoodporność jednym z największych współczesnych zagrożeń. Podkreślił, że szczególnie często występuje w Małopolsce. Stwierdził, że musi zostać wdrożony program walki z antybiotykoodpornością. Poinformował, że w Polsce mamy do czynienia z 30-50 przypadkami gruźlicy wielolekoopornej. 70% nieskutecznego leczenia. Część pacjentów w naszym szpitalu wymaga wieloletniego leczenia zamkniętego. Poinformował, że na Ukrainie jest od 10 do 20 tys. osób chorych na gruźlicę wielolekooporną. Podkreślił, że należy tę gruźlicę tam zatrzymać. W jego ocenie Polska jest na skraju epidemii.

Pani Małgorzata Popławska, Dyrektor naczelna Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego powiedziała, że System Państwowego Ratownictwa Medycznego ma jedną podstawę prawną - ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym i stosowne rozporządzenie. Drugim aktem prawnym jest zarządzenie prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Podkreśliła, że można zatem mówić o standaryzacji zespołów ratownictwa medycznego jeśli chodzi o wyposażenie i wykształcenie kadry medycznej. Dodała, że od 1 kwietnia br. upubliczniono ratownictwo medyczne. W Małopolsce nastąpiły też zmiany rejonów operacyjnych, choć nie zmieniły się ich nazwy. Podkreśliła, że teraz województwo ma nadal dwie dyspozytornie, ale podział przebiega w linii poziomej. Poinformowała, że do końca roku zakontraktowane są zespoły zarówno specjalistyczne, jak i podstawowe zgodnie z planem wojewódzkim. Dodała, że problemy ratownictwa medycznego charakterystyczne dla całej Polski to: problemy kadrowe dotyczące lekarzy, ratowników medycznych i pielęgniarek oraz dyspozytorów. W województwie małopolskim braki kadrowe dotyczą obsadzania zespołów specjalistycznych z lekarzem. Każde braki zgłaszane są do NFZ. Na braki ma wpływ także finansowanie. Podkreśliła, że z zagadnieniem tym wiąże się podstawowe pytanie - jaki chcemy budować system - z lekarzem czy bez. Jeśli z lekarzem to nie w takiej formie jak w tej chwili. Jest to kwestia do ustalenia, na przykład w oparciu o liczbę mieszkańców. Padła propozycja centrów wsparcia lekarskiego dla zespołów i wykorzystania technologii do nagrywania wizyty u pacjenta. Drugi system - znany na Zachodzie - rendez vous,

choć mamy takie braki, że może nas na to nie być stać. Następnie poinformowała, że od kilku lat ryczałty zespołów dobowych nie są podnoszone. Podkreśliła, że środki finansowe wzrastają, ale jako środki celowe dla grup zawodowych, nie wpływają do puli ryczałtu na funkcjonowanie zespołu ratownictwa medycznego. Według stawek dobowych po podzieleniu na 24 godziny dla lekarza mamy 42 złote na godzinę. W żadnym szpitalu żaden lekarz za taką stawkę nie przyjdzie na dyżur. Na koniec powiedziała, że jeżeli chodzi o ratowników medycznych to spada liczba chętnych do kształcenia się w tym zawodzie.

Pani Agnieszka Pietraszewska-Macheta, Zastępczyni Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie powiedziała, że 13 listopada został przyjęty plan finansowy NFZ. Z roku na rok jest coraz większy. Środki na koszty świadczeń zdrowotnych wzrastają systematycznie. Dla Małopolski to baza większa o 100 milionów złotych. Dodała, że plan Małopolski to ok. 8% całego planu finansowego NFZ. Kwota podlega korektom w ciągu roku w zależności od sytuacji gospodarczej. Sytuacja niewystarczającej wysokości wynagrodzeń występuje zarówno jeśli chodzi o zespoły ratownictwa medycznego, jak i pielęgniarki i lekarzy co powoduje mniejszą dostępność świadczeń. Kolejny temat jaki poruszyła to sposób zarządzania placówkami i zadłużania ich. Stwierdziła, że dyrektorzy mają dedykowane środki, które muszą w określony sposób przeznaczyć. Problemy w służbie zdrowia wynikają istotnie z braku koordynacji, a sposób dystrybucji środków może powodować ich nawarstwianie się. Poinformowała, że programy pilotażowe mają na celu ustalenie, czy przyjęte rozwiązania i działania są słuszne. Stopniowo wdrażane są programy ułatwiające rozmaite działania - np. od listopada br. e-zlecenia na wyroby medyczne. Uznała, że ma to upraszczać system opieki zdrowotnej i ułatwiać organizację.

Pan Jacek Kowalczyk, Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie poruszył kwestię związaną ze szkoleniem specjalizacyjnym lekarzy. Poinformował, że w Małopolsce szkoli się lub w niedługim czasie rozpocznie szkolenie 2549 lekarzy. Okres specjalizacji trwa od 3 do 6 lat. W jego ocenie liczba ta może wzmocnić małopolską służbę zdrowia. Poinformował, że dodatkowe rozwiązania wprowadzono w zeszłym roku - zwiększono wynagrodzenie w zamian za deklarację "odpracowania" odpowiedniego czasu w publicznej opiece zdrowotnej lub opiece finansowanej ze środków publicznych. Dodał, że 1700 podań wpłynęło, 172 osoby rozpoczęło już pracę, co świadczy o tym, że to rozwiązanie działa.

Pani Lucyna Bożek, p.o. i Zastępczyni Dyrektora Departamentu Rodziny, Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego poinformowała, że Małopolska ma 17 podmiotów leczniczych. Dodała, że w 2020 roku zrealizowane zostaną programy operacyjne, co oznaczać będzie, że zakończone zostaną wszystkie inwestycje w regionie. Dodała, że przed województwem stoi ogromne wyzwanie - małopolski system informacji medycznej. Jest to szansa na wiedzę o pacjencie - jak był leczony, jakie otrzymywał recepty i jaka była skuteczność leczenia.

Pan Andrzej Witek, Prezes Grupy CenterMed, Członek Zespołu problemowego ds. ochrony zdrowia WRDS w Województwie Małopolskim powiedział, że najważniejszymi kwestiami w ochronie zdrowia są: cyfryzacja, integracja informacji oraz integracja opieki. Dodał, że kolejne wyzwanie to opieka senioralna. Zauważył, że mówienie o "tsunami demograficznym" to nie przesada. Spada liczba mieszkańców, a rośnie średnia ich wieku. Polityka senioralna zaczyna się już w przypadku obecnych 50-latków - programy profilaktyczne, szczepienia. Zauważył, że dobra profilaktyka gwarantuje, że nie zabraknie rąk do pracy i osoby 60+ będą sprawne i zdolne do aktywności zawodowej. Na koniec zauważył, że niezbędna jest współpraca z podmiotami prywatnymi i integracja z tworzonymi przez nie programami senioralnymi.

Pan Andrzej Zdebski, Wiceprzewodniczący WRDS w Województwie Małopolskim, Pracodawcy RP zauważył, że należy zacząć od diagnozy, aby wiedzieć jak leczyć. Po 2,5 latach starań WRDS w Województwie Małopolskim udało się policzyć, ile jest łóżek szpitalnych w Małopolsce. Dodał, że należy zabrać się za kompleksową reformę służby zdrowia, a to co robione jest w Małopolsce to dobry krok. Zauważył, że rozwiązaniem problemów z ratownictwem mogłoby być zdawanie przez młodych lekarzy po drugim lub trzecim roku egzaminu na ratownika medycznego.

Pani Grażyna Gaj, Wiceprzewodnicząca WRDS w Województwie Małopolskim, Przewodnicząca Zarządu Wojewódzkiego Forum Związków Zawodowych Województwa Małopolskiego powiedziała, że 20 lat temu byliśmy przygotowani do tego, żeby powstało lecnictwo skoordynowane. POZ-ty nie interesują się tym, co po zakończonym leczeniu dzieje się z pacjentem dalej. Pacjent jest zagubiony, a często, żeby się go pozbyć kieruje się go do szpitala. W szpitalach zabiegi są tak wysoko wyceniane, że szpitale pogrążają się w długach. Dodała, że łóżek szpitalnych jest w Polsce o 30% za dużo. Kadry pielęgniarskiej jest bardzo mało. Pielęgniarki pracują na kilku etatach, bo szpitale mają deficyty kadrowe. Budowa nowych szpitali powoduje wzmożoną

migrację kadry. Pielęgniarki nie chcą, by ktoś je zastępował. Może to być opiekun medyczny, który odciążałby pielęgniarkę w zabiegach medycznych, ale nie może być tak, żeby ratownik zastępował pielęgniarkę na oddziałach szpitalnych. Dobrze, że ratownicy są zatrudniani na szpitalnych oddziałach ratunkowych, ale niedopuszczalne jest, żeby ratownik zastępował pielęgniarkę, a w całym kraju pracodawcy ze względu na brak pielęgniarek kierują do pracy na oddziałach szpitalnych wysokospecjalistycznych ratowników.

Pan Krzysztof Chudzik, Region Małopolski NSZZ „Solidarność” stwierdził, że borelioza ma tendencję wzrostową.

Pan Adam Lach, Zastępca Przewodniczącego Zarządu Regionu Małopolska NSZZ „Solidarność” powiedział, że wiadomo jakie są braki kadrowe lekarzy w karetkach. Zastanawiał się skąd ich pozyskać. Stwierdził, że lekarze powyjeżdżali albo odeszli na emeryturę. Podkreślił, że ludzi nie stać na leczenie, a leki są drogie.

Pani Małgorzata Popławska powiedziała, że należy zadać sobie pytanie gdzie jest miejsce lekarza w systemie ratownictwa medycznego. Podkreśliła, że mamy pielęgniarki i ratowników z określonym, kierunkowym wykształceniem.

Pani Małgorzata Lechowicz, Zastępczyni Dyrektora Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie podkreśliła, że uprawnienia lekarza a ratownika medycznego to jest różnica jednej procedury i jednego leku.

Pani Małgorzata Popławska stwierdziła, że lekarz ma większą ilość leków do dyspozycji.

Pan Krzysztof Grzesik powiedział, że w Polsce istnieje problem z rehabilitacją. Stwierdził, że jeśli mowa o koordynacji leczenia, to nie przekłada się ona na rehabilitację. Odnośnie problemu wielolekooporności stwierdził, że w Polsce leczy się zawsze jedną, ściśle określoną chorobę.

Pan Witold Kozłowski podziękował Członkom Rady, jak i zaproszonym Gościom, za przybycie na posiedzenie i udział w dyskusji. Zapowiedział, że kolejne posiedzenie Rady będzie miało miejsce na początku przyszłego roku.

Opracował: Wojciech Wojtasiewicz, Departament Nadzoru Właścicielskiego i Gospodarki Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego

Marszałek  
Województwa Małopolskiego

Witold Kozłowski

Przewodniczący Wojewódzkiej  
Rady Dialogu Społecznego  
w Województwie Małopolskim

Witold Kozłowski