

LUDZIE

ZDROWIA

**Godna praca,
godna płaca**

LUDZIE ZDROWIA

**Godna praca,
godna płaca**



**STRATEGIE
2050**

Autorzy:

Mgr piel. Piotr Bany-Moskal

Prof. dr hab. Michał Chmielewski

Prof. dr hab. Urszula Demkow

Dr n. med. Przemysław Duda

Stud. med. Grzegorz Kardas

Dr n. med. Małgorzata Leźnicka

Dr n. farm Piotr Merks

Dr hab. Cezary Pakulski

Dr hab. Marian Simka

Dr hab. Dawid Sześciło

Prof. dr hab. Piotr Wiland

INSTYTUT STRATEGIE 2050

Epidemia SARS-CoV-2 miała tragiczne skutki dla pracowników systemu ochrony zdrowia, pozostających na pierwszej linii walki z pandemią.

Według danych Ministerstwa Zdrowia - od początku pandemii do 20 maja 2021 roku z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 zmarło 167 pielęgniarek, 21 położnych, 222 lekarzy, 48 lekarzy dentystów, 5 diagnostów, 18 farmaceutów, 4 felczerów i 21 ratowników medycznych. Dane te obejmują wyłącznie zgony w trakcie hospitalizacji.

Cześć ich pamięci!

Opracowaliśmy ten raport dla bohaterów dnia codziennego – dla tych, którzy na pierwszej linii frontu walczą o nasze zdrowie i życie. Po to, aby przywrócić im godność i sens ich misji. Dla nich oraz ich pacjentów.

Spis treści

NAJWAŻNIEJSZE PROPOZYCJE	5
WPROWADZENIE	9
1. CORAZ MNIEJ LUDZI ZDROWIA	10
2. ŹRÓDŁA KRYZYSU, CZYLI DLACZEGO PRACA W ZDROWIU JEST TAKIM WYZWANIEM?	12
ZAROBKI	12
ZŁA ORGANIZACJA PRACY I PATOLOGIE W SFERZE ZATRUDNIENIA	13
POGARSZAJĄCY SIĘ KLIMAT SPOŁECZNY WOKÓŁ KADR MEDYCZNYCH	14
ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH	15
NIEDOSKONAŁY SYSTEM KSZTAŁCENIA	17
3. GODNA PŁACA	18
4. GODNA PRACA	23
4.1. PIELEŃNIARKI I POŁOŻNE	26
4.2. LEKARZE	30
4.3. LEKARZE STOMATOŁODZY	36
4.4. FIZJOTERAPEUCI	39
4.5. DIAGNOŚCI LABORATORYJNI	41
4.6. DIETETYCY	43
4.7. ELEKTORADIOŁODZY	45
4.8. FARMACEUCI	47
4.9. PSYCHOLOGOWIE I ZAWODY POKREWNE	49
4.10. RATOWNICY MEDYCZNI	51
4.11. SALOWE, SANITARIUSZE, OPIEKUNOWIE MEDYCZNI	55
4.12. SPECJALIŚCI ZDROWIA PUBLICZNEGO	58
4.13. SEKRETARKI MEDYCZNE, REJESTRATORKI I ASYSTENCI MEDYCZNI	59
ZAKOŃCZENIE	60
ANEKS 1	61
ANEKS 2	64
BIOGRAMY AUTORÓW	66

W Polsce na 1000 mieszkańców przypada 5,2 pielęgniarek, co jest jednym z najniższych wskaźników w EU. Przy zachowaniu obecnych trendów, w 2035 roku wskaźnik ten może osiągnąć wartość 3,65. Z kolei liczba praktykujących lekarzy w Polsce wynosi ok. 2,4 na 1000 mieszkańców (dane z 2017 roku), podczas gdy w Niemczech to 4,3. Emigracja kadr medycznych potęguje deficyt ludzi zdrowia w Polsce. Od 2004 roku, kiedy Polska przystąpiła do Unii Europejskiej, wyjechało z kraju co najmniej 10 500 lekarzy, 2000 dentystów i 17 000 pielęgniarek. Niniejszy dokument proponuje rozwiązania, które pozwolą zapobiec kadrowej katastrofie w systemie ochrony zdrowia.

Najważniejsze propozycje

- **Minimalne** wynagrodzenie wszystkich pracowników zatrudnionych w sektorze publicznym ochrony zdrowia powinno być:
 - gwarantowane ustawowo;
 - bezpośrednio powiązane z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem **w sektorze przedsiębiorstw z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego**;
 - oparte o kroczącą zmianę współczynników pracy, według zasady **wyższego wynagradzania pracowników medycznych o wyższych kwalifikacjach i doświadczeniu zawodowym** (aneks 1). Wzrost poziomów minimalnego wynagrodzenia wszystkich pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych w sektorze publicznym ochrony zdrowia i tempo tego wzrostu powinny pozostawać w ścisłej zależności od aktualnego stanu budżetu państwa. Konieczne jest też **uwzględnienie rosnących kosztów pracy w wycenie świadczeń medycznych**, a także przygotowanie maksymalnych miesięcznych taryf godzinowego obciążenia pracą, bez względu na miejsce zatrudnienia i formy zatrudnienia.
- Jednym z głównych wyzwań dotyczących wykonywania zawodów przez pielęgniarki i położne jest zapewnienie im odpowiednich **warunków i standardów pracy, dalsze usamodzielnienie** w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych i zagwarantowanie respektowania tych zasad przez menedżerów placówek medycznych. Proponujemy stworzenie **możliwości awansu finansowego wraz z nabywaniem doświadczenia i wzrostem kwalifikacji**. Proponujemy wprowadzenie **okresu adaptacji zawodowej**, na podobieństwo stażu podyplomowego u lekarzy, płatnego ze środków ministerstwa zdrowia. Postulujemy również zwiększenie norm zatrudnienia oraz zagwarantowanie bezpieczeństwa pracy i odpowiedniego wyposażenia stanowisk pracy

pielęgniarek. Wszelkie rozwiązania, które wpływają na jakość opieki pielęgniarskiej powinny być regulowane odpowiednimi aktami prawnymi.

- Konieczne jest zwiększenie limitów przyjęć na studia lekarskie. Łączny czas kształcenia lekarza do uzyskania pełnego prawa wykonywania zawodu wynosi 7 lat i jest jednym z najdłuższych na świecie. Celowe byłoby **skrócenie tego okresu o jeden rok** (studia z 6 do 5 lat), przy zachowaniu wysokiej jakości kształcenia. **Proponujemy spersonalizowany staż podyplomowy oraz szersze możliwości dostępu do wymarzonych specjalizacji** i większą elastyczność systemu kształcenia rezydentów. Postulujemy także zwiększenie liczby miejsc rezydenckich i ułatwienia dotyczące specjalizacji deficytowych, a także zwiększenie wynagrodzenia rezydentów w dziedzinach deficytowych o 20%
- W zakresie stomatologii kluczowym problemem jest dramatyczny niedobór miejsc na rezydenturach. Przy nieco ponad 20% udziale lekarzy stomatologów we wspólnej z lekarzami korporacji zawodowej, przydział miejsc na specjalizacje z założenia stomatologiczne nie przekracza 3%. Docelowo trzeba **przeznaczyć dla stomatologów do 10% puli rezydentur. To będzie sprzyjać poprawieniu dostępności do świadczeń wysokospecjalistycznych w zakresie stomatologii.**
- Zawód diagnosty powinien zostać dostrzeżony i bardziej doceniony w systemie ochrony zdrowia. Należy **znieść wszelkie opłaty za kursy i szkolenia obowiązkowe w ramach kształcenia specjalizacyjnego dla diagnostów, niezależnie od rodzaju specjalizacji.** Konieczne jest ustabilizowanie zasad zatrudnienia i czasu pracy – przede wszystkim odstąpienie od planowanych form samozatrudnienia diagnostów na terenie szpitala, z ponoszeniem solidarnej odpowiedzialności ze szpitalem za błędy diagnostyczne.
- Wszystkie programy nauczania farmacji muszą być zintegrowane i zgodne z międzynarodowym systemem edukacji tzw. pharmacist competency framework – **części składowe kształcenia i szkolenia muszą być spójne i odpowiednio ze sobą połączone.** W związku z wejściem w życie w tym roku pierwszej regulacji dotyczącej zawodu farmaceuty **proponujemy opracowanie i przedstawienie farmaceutom jasnych zasad świadczenia usług w aptekach.**
- Należy stworzyć ścieżki rozwoju zawodowego ratowników medycznych w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM). Można je oprzeć na realizacji kursów kwalifikacyjnych i/lub na uruchomieniu specjalizacji dedykowanych ratownikom medycznym. Proponujemy

przekształcenie systemu PRM w służbę mundurową na wzór straży pożarnej czy policji, z wszelkimi wynikającymi z tego przywilejami, pewnością zatrudnienia czy możliwością przechodzenia na wcześniejszą emeryturę. Konieczne jest stworzenie metody gradacji wśród członków Zintegrowanego Systemu Ratownictwa Medycznego – zależnej od nabytych umiejętności i ukończonych kursów doskonalących oraz stażu pracy w jednostkach systemu PRM;

- Postulujemy stworzenie jednego standardu kształcenia na kierunku dietetyka, aby wyeliminować różnice pomiędzy uczelniami w zakresie i poziomie uzyskanej wiedzy oraz **wprowadzenie ustawy o zawodzie dietetyka** – jako o zawodzie medycznym.
- Konieczne jest wypracowanie, w porozumieniu z przedstawicielami branży, ustawy o zawodzie elektroradiologa, na którą środowisko czeka od ponad 30 lat. **Celowe jest utworzenie specjalizacji w ramach dziedziny elektroradiologii**, umożliwiającą absolwentom kierunku dalsze doskonalenie zawodowe i możliwość zdobycia państwowych uprawnień specjalistycznych;
- Zmian wymaga proces specjalizacyjny fizjoterapeutów, który powinien zostać ukształtowany kierunkowo. **Wszystkie proponowane ścieżki podyplomowego kształcenia doskonalącego dla fizjoterapeutów, którzy chcą podnosić swoje kwalifikacje zawodowe powinny być bezpłatne.** Proponujemy też, aby fizjoterapeuci uzyskali uprawnienia do wydawania recept na niektóre farmaceutyki (np. te wspomagające terapię masażem), na podobnych zasadach jak pielęgniarki. Usprawni to ich pracę i odciąży lekarzy, do których pacjent musi się udać po odpowiednią receptę.
- **Konieczne jest formalne uregulowanie kwestii zatrudniania absolwentów zdrowia publicznego oraz zdefiniowanie wykazu stanowisk, na których mogliby być zatrudniani.** Specjaliści zdrowia publicznego, dzięki interdyscyplinarnej wiedzy i ukierunkowanemu przygotowaniu do pracy w systemie zdrowotnym, bardzo dobrze sprawdzają się np. w roli koordynatorów leczenia. **Absolwent zdrowia publicznego powinien być zatrudniony w każdym POZ. Praca koordynatora zdrowia będzie wspomagać pracę lekarzy i pielęgniarek**, pomoże zidentyfikować obszary do zmiany w zakresie diety czy trybu życia, znaleźć osobistą motywację w obszarze szeroko pojętego zdrowia i aktywności życiowej.
- **Niezbędne jest uchwalenie nowej ustawy o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów**, która stworzy odpowiednie ramy dla kształcenia i wykonywania zawodu, określi zasady odpowiedzialności oraz

sposób funkcjonowania samorządu zawodowego pod nadzorem ministra zdrowia. Niezbędne jest także ustawowe uregulowanie zawodu psychoterapeuty i terapeuty uzależnień.

- **Konieczne jest usprawnienie mechanizmów wypłaty pacjentom odszkodowań za zdarzenia medyczne.** Zasadniczy ciężar wypłaty odszkodowań powinien być przeniesiony na obowiązkowe ubezpieczenie OC podmiotów medycznych, natomiast rozwiązanie systemowe powinno opierać się na zgłaszaniu przez pracowników medycznych zdarzeń i ścisłym monitoringu w ramach podmiotów medycznych, co umożliwi częściowe odejście od konieczności stwierdzania winy, jako warunku wypłaty odszkodowania.
- System opieki zdrowotnej to także tysiące pracowników i pracowników wykonujących prace pomocnicze, wspierających lekarzy i pielęgniarki. Ci ludzie często zatrudnieni są na dużo gorszych warunkach niż pracownicy medyczni. Należy zobowiązać podmioty lecznicze, finansowane ze środków publicznych, do stosowania tzw. klauzuli zatrudnieniowej przy zamówieniu na usługi pomocnicze i opiekuńcze, czyli **wymogu zatrudnienia całego personelu świadczącego te usługi na podstawie umowy o pracę** (art. 95 nowego prawa zamówień publicznych). Wynagrodzenie tzw. personelu niemedycznego w szpitalach mających kontakt z chorymi zakażonymi SARS-CoV-2 powinno być uregulowane według tych samych zasad i dotyczyć tego samego okresu, jak to miało miejsce w odniesieniu do medyków.

Wprowadzenie

Stwierdzenie „łóżka nie leczą” zostało w ostatnich miesiącach powtórzane przez polityków i ekspertów tysiące razy. Sceny z pustych szpitali tymczasowych, w których zapewniono wszystko poza pracownikami pokazały dobitnie, czym może być ochrona zdrowia bez pracowników medycznych.

W czasie pandemii mogliśmy się naocznie przekonać jak bardzo w Polsce brakuje lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych, diagnostów i przedstawicieli innych zawodów medycznych. To także czas, w którym osoby zatrudnione w systemie były i nadal są narażone na ogromny stres i przepracowanie. W efekcie kilkanaście procent ludzi systemu ochrony zdrowia deklaruje, że chce odejść z pracy po pandemii.¹ Nie można nadal zamykać oczu na ten problem. Jeśli stosowne działania nie zostaną szybko podjęte, systemowi ochrony zdrowia grozi głęboki kryzys kadrowy. Braku kompetentnych ludzi zdrowia nie można uzupełnić z miesiąca na miesiąc, czy nawet z roku na rok, niezależnie od dostępności środków finansowych. Dlatego działania zapobiegające głębokiemu kryzysowi kadr medycznych muszą zostać podjęte jak najszybciej, równocześnie muszą to być działania obliczone na efekty długofalowe, na lata, a nawet na dekady. Niniejszy dokument stawia sobie za cel przedstawienie zwięzłej diagnozy tego dramatycznego stanu rzeczy, a także rozwiązań mających na celu jego poprawę - zarówno na poziomie ogólnym, jak i w odniesieniu do przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych.

¹ „Raport: po pandemii 15 proc. lekarzy zamierza odejść z rynku pracy”, <https://pulsmedycyny.pl/raport-po-pandemii-15-proc-lekarzy-zamierza-odejsc-z-rynku-pracy-1006274>, 22.10.2020;

1. Coraz mniej ludzi zdrowia

Dokładne oszacowanie skali niedoboru pracowników ochrony zdrowia w Polsce jest niemożliwe. Brakuje systemowych analiz i strategii w tym obszarze. Dostępne prognozy mają charakter wybiórczy i nie uwzględniają trendów epidemiologicznych ani demograficznych².

Dramatycznie kształtują się statystyki dotyczące pielęgniarek. Według danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych (NIPiP), w Polsce na 1000 mieszkańców przypada 5,2 pielęgniarek, co jest jednym z najniższych wskaźników w UE, a przy zachowaniu obecnych trendów, w 2035 wskaźnik ten może osiągnąć wartość 3,65 (sic!). Spadek wskaźnika zatrudnienia do tak niskiego poziomu przy równoczesnym wzroście zapotrzebowania na usługi medyczne i pielęgnacyjne stanowi istotne zagrożenie dla ciągłości opieki nad pacjentem i poważne wyzwanie dla decydentów i organizatorów opieki zdrowotnej. Dla porównania - w krajach OECD na 1000 mieszkańców przypada średnio 9,4 pielęgniarek, czyli niemal dwukrotnie więcej niż w Polsce. Podobnie jak w przypadku lekarzy, kolejnym groźnym zjawiskiem jest starzenie się kadr pielęgniarek i położnych³. W roku 2009 średni wiek pielęgniarki i położnej wynosił 44 lata. W 2019 roku było to odpowiednio: 52 lata i 50 lat. Według danych NIPiP najliczniejsza grupa aktywnych zawodowo pielęgniarek to osoby w wieku 46–55 lat (33,5%), a najmniej liczna grupa to osoby w wieku poniżej 35 lat (16%) (NIPiP, 2017 rok). Taki rozkład wiekowy w grupie pielęgniarek kreuje tzw. lukę pokoleniową, czyli brak zastępowalności starszych grup wiekowych przez osoby młode. Według szacunków NIPiP uwzględniających aktualną strukturę wiekową, prognozowany deficyt w 2030 roku będzie wynosił około 169 tysięcy pielęgniarek i położnych (NIPiP, 2017).

We wrześniu 2020 roku – na podstawie danych Naczelnej Izby Lekarskiej - zawód lekarza wykonywało około 143 tysięcy osób, co plasuje Polskę pod względem liczby lekarzy na tysiąc mieszkańców (według raportu Eurostat z 2020 roku) na jednym z ostatnich miejsc w Europie. Zgodnie z danymi na rok 2017 liczba praktykujących lekarzy w Polsce wynosiła 2,4 na 1000 mieszkańców, podczas gdy w Niemczech było to 4,3, zaś w zbliżonych do naszego kraju pod względem zamożności Czechach 3,7, a na Litwie 4,6 na 1000 mieszkańców⁴. W oparciu o prognozy zespołu tworzącego mapy potrzeb zdrowotnych można stwierdzić, że w Polsce w 2030 roku będzie brakowało 389 lekarzy onkologów i 655 kardiologów.⁵

² Domagała A., Klich J.: Planning of Polish physician workforce - Systemic inconsistencies, challenges and possible ways forward. *Health Policy* 2018; 122 (2): 102-108;

³ "Pielęgniarki i położne w Polsce. Infografika", <https://www.medonet.pl/zdrowie,piellegniarki-i-polozne-w-polsce--infografika-artykul,61119061.html>, 08.05.2020.

⁴ "Ilu lekarzy przypada na 1000 mieszkańców", <https://www.politykazdrowotna.com/56193,ilu-lekarzy-przypada-na-1000-mieszkanow>, 25.03.2020;

⁵ „Mapy Potrzeb Zdrowotnych”, Ministerstwo Zdrowia, <http://mpz.mz.gov.pl/>, 2018.

Warto zaznaczyć, że **dostępność kadr medycznych, w tym zwłaszcza lekarzy określonych specjalizacji jest w skali kraju bardzo zróżnicowana. Przy całościowym deficycie kadr są miejsca, w których pewne specjalizacje są punktowo nadreprezentowane, gdy tymczasem w innych regionach mamy do czynienia z bardzo poważnym niedoborem odpowiednich specjalistów.**

Deficyt ludzi zdrowia w Polsce potęguje zjawisko emigracji kadr medycznych. Według danych NIL w tym roku lekarze pobrali 200 zaświadczeń w celu potwierdzenia prawa wykonywania zawodu w innych krajach UE. Podobnie skala emigracji wygląda w grupie pielęgniarek. Deklaracje związane z chęcią emigracji są skorelowane z wiekiem: młodszy medycy częściej deklaruje chęć emigracji zawodowej. Emigrują jednak nie tylko lekarze przed rezydenturą, ale również specjaliści zaraz po zakończeniu rezydentury. Specjaliści, którzy kontynuują pracę w Polsce, szczególnie w sektorze publicznym ochrony zdrowia, zauważają, iż wzrost ich zarobków po specjalizacji jest niemal niezauważalny, podczas gdy w krajach zachodnich dochód specjalisty jest znacząco wyższy niż w okresie edukacji podyplomowej.

Emigracja medyków to strata kluczowych specjalistów, ale także ogromne straty finansowe dla państwa. Koszty studiów na kierunku lekarskim w Polsce wynoszą pomiędzy 200 a 300 tysięcy zł. Sumy te, pomnożone przez liczbę absolwentów, pokazują nam, jakie kwoty są corocznie „tracone” przez nasz kraj. Według Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) od 2004 roku, kiedy Polska przystąpiła do Unii Europejskiej, wyjechało z kraju 10 500 lekarzy, 2000 dentystów i 17 000 pielęgniarek, choć mogą to być zaniżone dane. W 2017 roku, na wniosek lekarzy, Naczelna Izba Lekarska przygotowała 747 zaświadczeń o postawie etycznej umożliwiającej pracę w Unii Europejskiej, czyli o 8% więcej niż w poprzednim roku. Dotyczy to głównie lekarzy pracujących w publicznej ochronie zdrowia. Biorąc pod uwagę powyższe wyliczenia, możemy przyjąć, iż środki wydane na edukację medyczną, które bezpowrotnie tracimy, należy szacować na minimum 186 milionów złotych rocznie ⁶.

Problem deficytów kadrowych jest spotęgowany postępującym procesem **starzenia się społeczeństwa** oraz **wzrostem zapadalności na choroby przewlekłe**, co prowadzi do **zwiększenia zapotrzebowania** na wykwalifikowanych pracowników medycznych. Zatem kryzys kadr medycznych może być rozwiązany jedynie przez systemowe, wielokierunkowe, odważne rozwiązania.

⁶ „W Polsce nie ma komu leczyć. »Już jest za późno. Czarno widzę przyszłość polskich pacjentów«”, <https://www.money.pl/gospodarka/wiadomosci/arttykul/lekarze-praca-pacjenci-emigracja,228,0,2411748.html>, 25.07.2018.

2. Źródła kryzysu, czyli dlaczego praca w zdrowiu jest takim wyzwaniem?

Przyczyny niedoboru kadr w systemie ochrony zdrowia są wielorakie. Przede wszystkim to: 1) niskie wynagrodzenie i związana z tym konieczność podejmowania pracy na kilku etatach, 2) bardzo trudne warunki pracy, 3) nadmierne obciążenie pracą, 4) trudna i długotrwała ścieżka kształcenia. Na powyższe problemy nakłada się brak racjonalnej polityki kadrowej, która wyraża się niedostosowaniem struktury zatrudnienia do potrzeb zdrowotnych w całym społeczeństwie czy poszczególnych regionach kraju, a także nieadekwatna polityka edukacyjna, często niedostosowana do potrzeb systemu oraz wymogów późniejszej pracy.

Zarobki

Wedle danych GUS przeciętne wynagrodzenie brutto w opiece zdrowotnej i pomocy społecznej w 2020 roku wyniosło 5371,73 zł. Co oznacza, że było ono niewiele wyższe niż przeciętne wynagrodzenie w Polsce (5167,47 zł)⁷.

Przeciętne wynagrodzenie lekarza, który pracuje krócej niż 2 lata to tylko 4392,24 zł brutto. Trzeba jednak zauważyć, że w przypadku lekarzy zarobki rosną wraz z długością okresu zatrudnienia.

W przypadku pielęgniarek sytuacja wygląda gorzej. Przeciętne wynagrodzenie pielęgniarki, która pracuje krócej niż 2 lata wynosi zaledwie 4379,58 zł brutto. Przy czym możliwość awansu finansowego wraz z nabywaniem doświadczenia jest ograniczona. Po 20 i więcej latach pracy pielęgniarka przeciętnie zarabia 5468,77 zł brutto. Zarobki naszych pielęgniarek są dużo niższe niż u naszych zachodnich sąsiadów. Średnie zarobki pielęgniarki w Polsce to 64 tys. zł rocznie⁸, gdy tymczasem w Niemczech to 40 tys. euro, czyli ok. 181 tys. zł⁹.

Jeszcze mniej zarabiają pozostali pracownicy medyczni, w tym ratownicy medyczni, fizjoterapeuci i diagności. Na starcie ich przeciętne wynagrodzenie to zaledwie 3300 zł brutto¹⁰.

⁷GUS „Zatrudnienie i wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2020 roku”, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-zatrudnieni-wynagrodzenia-koszty-pracy/zatrudnienie-i-wynagrodzenia-w-gospodarce-narodowej-w-2020-roku,1,41.html>, 30.04.2021.

⁸ GUS „Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2018”, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-zatrudnieni-wynagrodzenia-koszty-pracy/struktura-wynagrodzen-wedlug-zawodow-w-pazdzierniku-2018-roku,4,9.html>, 26.02.2020.

⁹ „Kto ile zarabia” <https://www.deutschland.de/pl/topic/gospodarka/wynagrodzenia-w-niemczech-wedlug-zawodow-kto-ile-zarabia>, 25.01.2019.

¹⁰ Tamże

Trzeba też dodać, że tak niskie dochody zazwyczaj idą w parze z bardzo trudnymi warunkami pracy i dużymi obciążeniami. Dla przykładu liczba konsultacji przypadających na 1 lekarza w Polsce (dane z 2018 roku) jest największa w UE - 3197, przy średniej z UE -1939 (czyli o 65 % więcej¹¹).

Zła organizacja pracy i patologie w sferze zatrudnienia

Oprócz stosunkowo niskich zarobków dużym problemem ludzi zdrowia jest zła organizacja pracy. Podstawową kwestią jest nadmierne **obciążenie wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej zadaniami natury biurokratycznej oraz administracyjnej**. Niezbędna jest więc taka reorganizacja systemu, która pozwoli wykwalifikowanym medykom skupić się przede wszystkim na procesach związanych bezpośrednio z opieką nad pacjentem. W tym kontekście konieczne jest promowanie nowych zawodów medycznych, takich jak **asystent lekarza i asystent pielęgniarki, sekretarka medyczna oraz opiekun medyczny**. Odpowiednia ścieżka kształcenia i obecność tych pracowników w systemie pozwoli lekarzom czy pielęgniarkom odzyskać czas na bezpośrednią opiekę nad chorym, podczas gdy asystent przejmie większość czynności administracyjnych czy biurokratycznych¹². Pewne postulaty w tym zakresie zostały już zawarte w ogólnym dokumencie programowym pt. "Plan dla zdrowia".

Ludzie zdrowia bardzo często pracują w trudnych, obciążających fizycznie i psychicznie warunkach. **Przekraczanie norm czasu pracy, wieloletowe zatrudnianie, a także umowy okresowe to tylko niektóre z wielu patologii w sferze zatrudniania pracowników ochrony zdrowia**. Nadmierne obciążenie pracą, wynikające ze zbyt małej obsady personalnej i długotrwały stres prowadzą m.in. do wypalenia zawodowego, które jest poważnym problemem środowiska medycznego. Wyniki badań pokazują, że zwiększa się częstość występowania lęku i zaburzeń stresowych, zwłaszcza wśród pracowników z pierwszej linii walki z pandemią¹³. Najbardziej narażone są na to zjawisko pielęgniarki, które pracują najbliżej chorych i bardzo trudno jest im zachować dystans wobec masowych zgonów i cierpienia. Szacuje się, że nawet 60% lekarzy i pielęgniarek pracujących przy pacjentach zakażonych SARS-CoV-2 zdradza objawy wyczerpania psychicznego i fizycznego, cierpi

¹¹ „Health at a glance: Europe 2020. State of Health in the EU cycle”, https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2020_healthatglance_rep_en.pdf

¹² „Nowe zawody medyczne – asystent lekarza i asystent pielęgniarski – szansą i wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia w Polsce”, <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2019/hyg-2019-1-023.pdf>, Hygeia Public Health 2019;

¹³ “Zawody medyczne i inne zawody ochrony zdrowia w świetle pandemii COVID-19”, <https://oees.pl/alerty-eksperckie/>, 2020;

na zespół wypalenia zawodowego¹⁴. Nie tylko czas pandemii, ale także codzienna praca w kontakcie z cierpieniem, nieuleczalnymi chorobami i śmiercią wymaga od kadr medycznych zwiększonej odporności psychicznej i fizycznej na stres i przewlekłe zmęczenie.

Pogarszający się klimat społeczny wokół kadr medycznych

Klimat społeczny wokół kadr medycznych w Polsce od lat pogarsza się. Politycy prześcigają się w zrzucaniu na lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych odpowiedzialności za złą organizację systemu i pogłębiające się niedobory, za które przecież oni nie odpowiadają¹⁵. Media piszą częściej o błędach i zaniedbaniach, rzadziej zaś o codziennej, ciężkiej pracy medyków na pierwszej linii frontu. Oczywiście negatywne zachowania, takie jak korupcja, praca pod wpływem alkoholu czy lekceważenie swoich obowiązków są w pełni naganne, należy jednak mieć na uwadze długofalowe konsekwencje stałej propagandy pokazującej medyków w złym świetle. Powoduje to spadek zaufania społeczeństwa do medyków oraz hejt i akty agresji skierowane przeciwko nim.

Wyniki badania dotyczącego poziomu zaufania do różnych źródeł informacji nt. COVID-19, przeprowadzone w 26 krajach świata pokazują, że tylko w Polsce znajomi i rodzina obdarzeni są większym zaufaniem (81%) niż lekarze i pielęgniarki (72%). We wszystkich pozostałych analizowanych krajach – to właśnie ludzie zdrowia mają największe zaufanie w społeczeństwie jako źródło informacji o COVID-19 (powyżej 79%)¹⁶.

Z problemem negatywnego wizerunku jest powiązany narastający problem agresji w polskich placówkach medycznych, kierowanej w stosunku do pracowników medycznych. Wyniki ankiety zebranej przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych mogą szokować. Spośród 817 pielęgniarek i położnych tylko 49 nie spotkało się z zachowaniami agresywnymi, natomiast 768 doświadczyło agresji podczas wykonywania zawodu. Najbardziej narażeni na przemoc są pracownicy oddziałów szpitalnych (między innymi psychiatrii), następnie SOR i Izba Przyjęć. **Państwo powinno podejmować zdecydowane działania mające na celu uświadamianie społeczeństwu, iż udzielając świadczeń zdrowotnych lub podejmując czynności ratunkowe medycy podlegają ochronie prawnej przewidzianej dla funkcjonariusza**

¹⁴ „Mieli kontakt z chorymi na COVID-19 – mają objawy wypalenia zawodowego”, <https://zdrowie.dziennik.pl/aktualnosci/artykuly/7727178,personel-medyczny-mial-kontakt-z-chorymi-na-covid-19-objawy-wypalenia-zawodowego.html>, 02.06.2020;

¹⁵ „Z czego wynika hejt na lekarzy? »Społeczeństwo jest sfrustrowane i odczuwa niepokój«”, <https://zdrowie.trojmiasto.pl/Z-czego-wynika-hejt-na-lekarzy-Spoleczenstwo-jest-sfrustrowane-i-odczuwa-niepokoj-n154667.html#tri>, 05.04.2021.

¹⁶ „Alert zdrowotny 4”, <https://oees.pl/download/1512339/>

publicznego, co stanie się jednym ze sposobów na poprawę ich bezpieczeństwa. W praktyce oznacza to, iż naruszenie nietykalności cielesnej, zniewaga czy czynna napaść na pracownika medycznego zagrożone sankcjami karnymi powinny być bardziej zdecydowanie ścigane, aby zapewnić medykom realne poczucie bezpieczeństwa w pracy.

Groźby, fałszywe publiczne oskarżenia, niszczenie mienia prywatnego, nękanie to przykłady agresywnych zachowań, jakich doświadczają ludzie medycyny. Taka sytuacja wymaga zdecydowanych działań systemowych. Obecnie w większości podmiotów leczniczych w Polsce brak jest procedur regulujących postępowanie w przypadku agresywnych zachowań. Nie istnieją też specjalne komórki dedykowane zwalczaniu problemu agresji kierowanej wobec pracowników systemu ochrony zdrowia. „Konieczne jest też podjęcie działań legislacyjnych nakładających stosowne zobowiązania na podmioty zatrudniające kadry medyczne, jak: opracowanie procedury umożliwiającej zaatakowanej osobie natychmiastowe powiadomienie odpowiednich służb o grożącym niebezpieczeństwie; organizację szkoleń dla personelu z psychologiem, prawnikiem, policją w zakresie komunikacji z pacjentem oraz jak należy reagować na zachowanie agresywne”¹⁷ – stwierdziła Prezes NRPiP Zofia Małas. Zgadza się, że takie działania legislacyjne powinny zostać podjęte.

Należy również przeciwdziałać zagrożeniom dla zdrowia pracowników ochrony zdrowia bezpośrednio wynikającym z ich obowiązków. Dotyczy to zapewnienia odpowiednich warunków pracy (temperatury, wentylacji, przerw na posiłek), ochrony przed zakażeniami czy promieniowaniem. To również kwestia dźwigania i podnoszenia osób chorych dzięki zapewnieniu odpowiedniej aparatury np. **podnośników pacjentów**. Kluczowe jest zwiększenie i realne zapewnienie profesjonalnych środków ochrony osobistej dla pracowników systemu. Stosowanie tych środków – w odniesieniu do wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych, którzy mają kontakt z pacjentami lub z materiałem zakaźnym – musi być standardem. W tym zakresie konieczny jest nadzór ze strony odpowiednich organów państwowych – zwłaszcza Narodowego Funduszu Zdrowia i Państwowej Inspekcji Pracy.

Odpowiedzialność pracowników medycznych

Polityka świadomego zaostrzania kar za błędy medyczne nie buduje społecznego zaufania do osób wykonujących zawody medyczne, i nie wspiera wyboru przez lekarzy specjalizacji w dziedzinach obarczonych szczególnym ryzykiem (np. medycyna ratunkowa). W dobie podwyższonego ryzyka zawodowego celowe byłoby wycofanie się z nowelizacji kodeksu karnego, uchwalonej przy okazji kolejnej

¹⁷ „Porażająca skala agresji wobec pielęgniarek”, <https://www.medexpress.pl/porazajaca-skala-agresji-wobec-pielengniarek/76394>, 20.02.2020.

Tarczy Antykryzysowej, która zaostriżyła kary za błędy medyczne. Doświadczenie wskazuje, że groźba kary pozbawienia wolności za nieumyślnie popełnione błędy przynosi dokładnie odwrotne skutki, poprzez zmniejszenie decyzyjności pracowników medycznych i związane z tym opóźnienia w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Trzeba dążyć do stanu, w którym warunki pracy będą ograniczać ryzyko wystąpienia błędów, a potencjalny pokrzywdzony pacjent będzie miał jasną ścieżkę dochodzenia odszkodowania.

Obecnie funkcjonujący system wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych nie spełnił dotąd pokładanych w nim nadziei, przede wszystkim z uwagi na nieścisłości i luki w przepisach. W okresie pandemii komisje nie mogły zaś wykonywać swoich funkcji z uwagi na brak, w kolejnych tarczach antykryzysowych, regulacji dotyczących posiedzeń prowadzonych za pomocą środków porozumiewania na odległość oraz na posiedzeniach niejawnych.

Jednym z kluczowych zagadnień dla usprawnienia procedur odszkodowawczych w ramach komisji byłoby objęcie zdarzeń medycznych, o których orzekają komisje polisami obowiązkowych ubezpieczeń OC podmiotów leczniczych, ponieważ w chwili obecnej wysokość odszkodowania proponuje, na podstawie orzeczenia komisji, pacjentowi podmiot w miarę posiadanych środków, co skutkuje znikomym zainteresowaniem pacjentów takimi odszkodowaniami.

Kolejnym rozwiązaniem zwiększającym bezpieczeństwo pacjentów, nad którym należy prowadzić prace jest wprowadzenie systemu przyznawania pacjentom odszkodowań bez konieczności orzekania o winie osób wykonujących zawody medyczne (tzw. system no-fault), w tych przypadkach, które nie noszą znamion rażącego niedbalstwa lub odstępstwa od procedur medycznych, skutkiem czego jest śmierć pacjenta lub ciężki uszczerbek na zdrowiu. Wtedy nie należy odstępować od ustalenia stopnia zawinienia, jednak w wielu pozostałych wypadkach podmioty medyczne mogą ponosić odpowiedzialność na zasadzie ryzyka w ramach posiadanego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

System no-fault wymaga, dla swojego prawidłowego funkcjonowania, ustawowego uregulowania zasad zgłaszania zdarzeń medycznych, bez ryzyka poniesienia odpowiedzialności karnej lub dyscyplinarnej oraz prowadzenia przez podmioty medyczne rejestru zdarzeń. Drugim elementem niezbędnym jest ustawowe zabezpieczenie mechanizmu szybkiej wypłaty odszkodowania.

W każdym wypadku pacjentom powinna jednak przysługiwać możliwość dochodzenia odszkodowania przewyższającego na zasadach ogólnych prawa cywilnego.

Niedoskonały system kształcenia

Niedobór lekarzy w Polsce to między innymi efekt błędnej polityki w tym zakresie, która zaczęła się już w latach 90. XX wieku. Wtedy wyraźnie zmniejszono liczbę miejsc na kierunkach lekarskich uczelni medycznych, z ponad 6000 w roku 1987 - do około 3300 w roku 1990. Później było jeszcze gorzej i w roku 2003 było to tylko około 2000 miejsc. Dopiero ostatnio liczba studentów medycyny zaczęła się zbliżać do tej sprzed transformacji ustrojowej. Zwiększyła się także liczba miejsc specjalizacyjnych finansowanych z budżetu państwa, zwłaszcza w tzw. dziedzinach priorytetowych uznanych za najbardziej deficytowe. System kształcenia kadr medycznych staje też w obliczu różnorodnych wyzwań, takich jak niewystarczająca i nienowoczesna baza dydaktyczna i lokalowa oraz niedostatki wykwalifikowanej kadry dydaktycznej, które nie są rozwiązywane systemowo.

Potrzebne są pilne zmiany w systemie kształcenia kadr medycznych. Istotnym wyzwaniem jest nie tylko niedobór pracowników sektora zdrowia, ale także dostępność specjalistów o określonych kwalifikacjach często niezbędnych dla zaspokojenia potrzeb zdrowotnych obywateli. Zmiany te muszą opierać się na **oszacowaniu zapotrzebowania w poszczególnych dziedzinach z co najmniej dziesięcioletnim wyprzedzeniem oraz rzetelnym planowaniu i monitorowaniu liczby miejsc szkoleniowych i specjalizacyjnych dla poszczególnych grup zawodów medycznych.**

3. Godna Płaca

Kluczowym działaniem, które trzeba podjąć w celu przezwyciężenia kryzysu kadr w sektorze publicznym systemu ochrony zdrowia jest podwyższenie zarobków pracowników tego sektora. Podniesienie zarobków w ochronie zdrowia powinno mieć duży wpływ na zmniejszenie frustracji pracowników i zniwelowanie wysokiego poziomu motywacji do szukania pracy za granicą lub poza systemem. Może także skłonić do podjęcia aktywności w wyuczonym zawodzie wiele pielęgniarek, a także ratowników medycznych i przedstawicieli innych zawodów medycznych, pracujących obecnie poza systemem ochrony zdrowia. Poprawa wynagrodzeń powinna być czynnikiem mobilizującym do podejmowania wysiłków mających na celu zwiększenie efektywności pracy i wydajności usługowej placówek systemu oraz dokonania racjonalizacji strukturalnej. Ważne są też te działania, które ułatwią lekarzom, pielęgniarkom i ratownikom medycznym obecnie pozostającym na emigracji podjęcie decyzji o powrocie do Polski. Jeżeli w kraju stworzy się im warunki chociażby zbliżone do tych, w jakich pracują zagranicą, istnieje szansa, że powrócą. Wprowadzane do tej pory podwyżki płac najczęściej były odpowiedzią na akcje protestacyjne poszczególnych zawodów medycznych i pozostawały niedostosowane do zawodowej i specjalistycznej „siatki płac” w całym sektorze, co w konsekwencji prowadziło do kolejnych napięć i konfliktów w zespołach pracowników.

Polityka wynagradzania i awansowania medyków musi pilnie zostać uporządkowana. Przy czym wzrost wynagrodzeń powinien mieć charakter systemowy i objąć wszystkie grupy zawodów medycznych w oparciu o spójną politykę płacową w całym sektorze ochrony zdrowia. Konieczne jest urealnienie płac w poszczególnych grupach zawodowych i ich powiązanie z zasadą kompetencji, doświadczenia i odpowiedzialności. Naturalnym wydaje się również obowiązek automatycznego podwyższenia przez pracodawcę wynagrodzenia w przypadku podniesienia przez pracownika kwalifikacji zawodowych.

Jak w całym systemie, także w tym przypadku rezultaty źle przemyślanych decyzji są bardzo jaskrawe. Projekt ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych nie wskazuje szczególnego źródła finansowania zwiększonych wynagrodzeń¹⁸. Większość podwyżek wynagrodzeń, które MZ wynegocjowało z kolejnymi grupami zawodowymi w latach 2018-2020 **obciążyło budżety i ryczałty publicznych jednostek ochrony zdrowia, w większości prowadzonych przez**

¹⁸ „Wynagrodzenia: publikujemy cały nowy projekt MZ ws. siatki płac” <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/wynagrodzenia-publikujemy-calny-nowy-projekt-mz-ws-siatki-plac>, 31.03.2021.

jednostki samorządu terytorialnego i tak znajdujące się w coraz trudniejszej sytuacji finansowej. To główna przyczyna obecnej kolejnej fali zadłużeń jednostek systemu. Jeżeli, podobnie do poprzednich lat, decyzji o podwyższeniu wynagrodzeń nie będzie towarzyszyło przekazanie publicznym jednostkom ochrony zdrowia środków finansowych powiększonych o fundusze zapewniające zrównoważenie podwyżek płacy minimalnej, nic ich nie uratuje przed finansowym krachem.

Minimalne wynagrodzenie wszystkich pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych w sektorze publicznym jest gwarantowane ustawowo¹⁹ i bezpośrednio powiązane z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem brutto w gospodarce narodowej w roku poprzednim. Drugim niezbędnym parametrem do wyliczeń minimalnego poziomu wynagrodzenia są współczynniki pracy, różne dla poszczególnych zawodów medycznych. W oparciu o te przepisy prawa, z dniem 2 lipca 2021 roku, wynagrodzenia zasadnicze wszystkich pracowników medycznych zatrudnionych w państwowych placówkach mają osiągnąć wartości nie mniejsze niż najniższe wynagrodzenie gwarantowane ustawą. W kwietniu 2021 roku Rada Dialogu Społecznego zaakceptowała nową siatkę płac pracowników ochrony zdrowia, opartą na zaproponowanych przez Ministerstwo Zdrowia nowych współczynnikach pracy. Uwzględniając fakt, że przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w gospodarce narodowej w roku 2020 wyniosło 5167,47 zł.²⁰, najniższe wynagrodzenia zasadnicze pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych mają osiągnąć wysokość: w przypadku lekarzy ze specjalizacją II stopnia 6769 zł, lekarzy ze specjalizacją I stopnia 6291 zł, lekarzy bez specjalizacji 5478 zł, lekarzy stażystów 4186 zł, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów i innych zawodów medycznych z tytułem magistra i specjalizacją 5478 zł, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów i innych zawodów medycznych z tytułem magistra lub specjalizacją oraz ratowników medycznych i innych zawodów medycznych z licencjatem 4286 zł, pielęgniarek, położnych z wykształceniem średnim, oraz fizjoterapeutów i innych zawodów medycznych z wykształceniem średnim 3772 zł oraz pracowników działalności podstawowej 3049 zł.²¹

Przedstawione wyżej stanowisko Ministerstwa Zdrowia w kwestii nowych stawek gwarantowanych płac minimalnych dla wszystkich zawodów medycznych jest co najmniej niezrozumiałe. W czasie pandemii i trwającego od ponad roku ogromnego wysiłku wszystkich pracowników ochrony zdrowia należałoby się spodziewać, że w trakcie negocjacji płacowych „pot i łyż” zostaną przez rządzących rzeczywiście

¹⁹ Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U.2020.830).

²⁰ GUS „Komunikat w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2020 roku” <https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/komunikat-w-sprawie-przecietnego-wynagrodzenia-w-gospodarce-narodowej-w-2020-roku,273,8.html>, 09.02.2021.

²¹ „MZ: Najniższe podwyżki dla lekarzy, najwyższe dla fizjoterapeutów i pielęgniarek” <https://www.prawo.pl/zdrowie/podwyzki-dla-lekarzy-i-pielęgniarek-propozycja-ministerstwa,506759.html>, 26.02.2021.

docenione. Dzieje się inaczej. Niektóre grupy zawodowe nie otrzymają żadnej lub jedynie minimalne podwyżki – ta sytuacja dotyczy większości pielęgniarek i położnych oraz części lekarzy specjalistów.

Według Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych pielęgniarki i położne z wykształceniem średnim nie otrzymają żadnej podwyżki, a w grupie pielęgniarek i położnych z licencjatem lub tytułem magistra lub specjalizacją wynagrodzenie wzrośnie o 109 zł. W obydwu wymienionych grupach jest około 190 tysięcy pielęgniarek i położnych. Jedynie dla najmniej licznej grupy pielęgniarek i położnych z tytułem magistra i specjalizacją (około 12 tysięcy), wzrost wynagrodzenia może być wyraźniejszy. W przypadku lekarzy specjalistów i ze specjalizacją II stopnia, którzy jakiś czas temu zobowiązali się do pracy tylko na jednym etacie, proponowana przez MZ podwyżka to 19 zł, a dla tych, którzy takiego oświadczenia nie podpisali 206 zł. Wskaźnik pracy 1,6 dotychczas obowiązujący dla grupy lekarzy specjalistów, którzy zobowiązali się do pracy tylko na jednym etacie, w nowej propozycji MZ został obniżony do 1,31 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzednim²²

W dalszym ciągu przy ustalaniu zasad wynagradzania osób wykonujących zawody medyczne nie są należycie stosowane kryteria oceny stopnia trudności pracy, zatwierdzone jako Schemat Genewski, obejmujące następujące elementy: wymagania umysłowe, wymagania fizyczne, odpowiedzialność, warunki środowiska pracy.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych wskazał także, że pielęgniarkom i położnym ogranicza się kryteria do wykształcenia wyższego kierunkowego, podczas gdy kończą one studia wyższe także na kierunkach pokrewnych, a mechanizm stosowany do określenia należnego wynagrodzenia w dalszym ciągu odnosi się do kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku, a nie posiadanych, co umożliwia pracodawcom utrzymywanie zatrudnionych pielęgniarek i położnych na niższych współczynnikach pracy.

Przedstawione propozycje ministerstwa zdrowia wywołały oburzenie i liczne protesty środowiska medyków. Protestują organizacje lekarskie, pielęgniarskie, samorząd diagnostów, ratownicy medyczni i przedstawiciele innych zawodów medycznych. Zaplanowanymi przez MZ podwyżkami zmniejszy się dysproporcje pomiędzy kolejnymi grupami zawodowymi, ale nie ochroni sektora publicznego przed odpływem kadr do prywatnego sektora czy wyjazdami za granicę. Przeciwnie. To prosta droga do pogłębienia kryzysu zatrudnieniowego.

Ministerstwo Zdrowia uzależnia zarobki pracowników SOZ z jednej strony od wspomnianych wyżej współczynników pracy (od 0,59 do 1,31), z drugiej zaś

²² „Trudne rozmowy - 3,6 mld złotych trzeba na podwyżki w ochronie zdrowia” <https://www.prawo.pl/zdrowie/podwyzki-dla-lekarzy-i-pielengniarek-co-daje-rzad-co-oczekuje,507132.html>, 17.03.2021.

od wartości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w całym poprzednim roku. Takie rozwiązanie powinno ulec zmianie. Proponujemy realne minimalne zarobki w ochronie zdrowia oprzeć na kroczącej zmianie współczynników pracy. Zmiana wartości współczynników pracy dla poszczególnych zawodów medycznych powinna być coroczna. Ponadto wartość współczynników pracy proponujemy powiązać z zasadą wyższego wynagradzania pracowników medycznych o wyższych umiejętnościach zawodowych. Na przykład w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych docelowa wartość współczynnika pracy powinna zależeć w pierwszej kolejności od posiadania świadectwa ukończenia kursu kwalifikacyjnego lub specjalizacji w danej dziedzinie. Szczegółowe propozycje współczynników wynagrodzenia w poszczególnych zawodach medycznych przedstawiono w aneksie 1.

Zmiana współczynników pracy wiązałaby się z koniecznością przeprowadzenia dużej nowelizacji właściwej ustawy, a to oznacza długotrwałe konsultacje w ramach Rady Dialogu Społecznego. W czasie gdy zainteresowane środowiska będą dochodziły do nowego porozumienia, wyraźne podwyższenie minimalnego poziomu wynagrodzenia proponujemy uzyskać przez jego powiązanie z **wartością przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego (zamiast przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w całym roku poprzednim jak to obowiązuje aktualnie).** Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego (w roku 2020 wyniosło 5655,43 zł) jest istotnie wyższe niż przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w całym roku (w roku 2020 wyniosło 5167,47 zł)²³.

Tu konieczne byłoby znowelizowanie tylko jednego artykułu właściwej Ustawy, bez konieczności prowadzenia długotrwałych konsultacji. Nie widzimy podstaw, dla których wyliczenie kwoty minimalnego wynagrodzenia ciężko pracujących Ludzi Zdrowia miałoby nie uwzględniać wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego. Zdrowie jest jedną z najważniejszych wartości społecznych, a praca pracowników ochrony zdrowia nie jest łatwiejsza od pracy innych grup zawodowych, w oparciu o wynagrodzenia których średnia płaca w sektorze przedsiębiorstw jest obliczana. Wyższa wartość wynagrodzenia uwzględniona w wyliczeniach będzie oznaczała

²³GUS „Komunikat w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2020 roku” <https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/komunikat-w-sprawie-przecietnego-wynagrodzenia-w-gospodarce-narodowej-w-2020-roku,273,8.html>, 09.02.2021;

GUS „Obwieszczenie w sprawie miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale 2020 roku”, <https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/obwieszczenie-w-sprawie-miesiecznego-wynagrodzenia-w-sektorze-przedsiębiorstw-bez-wypłat-nagrod-z-zysku-w-czwartym-kwartale-2020-roku,59,29.html>, 21.01.2021.

wyższe minimalne poziomy wynagrodzenia dla poszczególnych zawodów medycznych, a to pomoże odbudować kadry medyczne.

Po ostatecznym uzgodnieniu docelowych, ale przede wszystkim godnych wartości współczynników pracy i wyznaczeniu „mapy drogowej” dojścia do nich, możliwe będzie pozostanie przy przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniu w sektorze przedsiębiorstw z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego jako kwocie bazowej do wyliczeń minimalnych poziomów wynagrodzenia, lub powrót do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w całym roku poprzednim.

Środki finansowe, które w kolejnych latach byłyby przekazywane publicznym jednostkom ochrony zdrowia na realizację świadczeń medycznych powinny zostać powiększone o fundusze zapewniające zrównoważenie planowanych dodatkowych obciążeń budżetów i ryczałtów tych jednostek, spowodowanych decyzjami Ministerstwa Zdrowia o podwyższeniu najniższego wynagrodzenia zasadniczego. Warunkiem podstawowym powinno jednak pozostać zachowanie bezpieczeństwa finansowego budżetu ochrony zdrowia.

Gdyby zastosować zaproponowany przez nas mechanizm podwyżek (oparty na przeciętnym wynagrodzeniu w sektorze przedsiębiorstw), to najniższe wynagrodzenie zasadnicze pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych wyniosłoby w przypadku lekarzy ze specjalizacją II stopnia 7409 zł, lekarzy ze specjalizacją I stopnia 6787 zł, lekarzy bez specjalizacji 5995 zł, lekarzy stażystów 4581 zł, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów i innych zawodów medycznych z tytułem magistra i specjalizacją 5995 zł, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów, ratowników medycznych i innych zawodów medycznych z licencjatem lub tytułem magistra LUB specjalizacją 4581 zł, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów i innych zawodów medycznych z licencjatem lub wykształceniem średnim 4128 zł oraz pracowników działalności podstawowej 3337 zł (zob. szerzej aneks nr 2).

4. Godna praca

Zapewnienie ludziom zdrowia godnych warunków pracy, a także efektywne wykorzystanie obecnych zasobów kadrowych wymaga działań na bardzo różnych poziomach. Potrzebne są zmiany w Kodeksie pracy, systemie zarządzania kadrami, stosunku państwa do tych zawodów. Oczywiście wydaje się również fakt, że zmęczenie osób świadczących pomoc medyczną ma bezpośrednie przełożenie na bezpieczeństwo pacjentów. **Dlatego będziemy czynnie i systemowo przeciwdziałać tym zjawiskom.** Aktualnie nie istnieje szczególna ustawa, która regulowałaby zagadnienie zatrudnienia osób wykonujących zawody medyczne, wobec czego zastosowanie znajdują przepisy ogólne dotyczące pracy, czyli ustawa z dnia 6 czerwca 1974 roku Kodeks pracy oraz przepisy szczególne, czyli ustawa z 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej i ustawy zawodowe. Ustawa o działalności leczniczej nie reguluje sposobu obliczania wymiaru czasu pracy pracowników medycznych. Powoduje to, że do obliczenia tego wymiaru należy stosować przepisy Kodeksu pracy. Przepisy nie regulują jednak tego, jaki wymiar czasu pracy jest dla nich właściwy i bezpieczny. **Proponujemy wprowadzenie rozwiązań prawnych, które ograniczałyby nadmierne obciążenie pracą osób wykonujących zawody medyczne ponad ich siły.** Z raportu NIK wynika konieczność poprawy regulacji dotyczących **czasu pracy osób wykonujących zawody medyczne, w szczególności związane z pełnieniem dyżurów oraz kwestii możliwości zwolnienia od przestrzegania jego ograniczeń.** Brak regulacji czasu pracy na przykład lekarzy nie powinien być usprawiedliwiony brakiem odpowiedniej liczby pracowników medycznych, ponieważ dopuszczenie do pracy zmęczonych lekarzy, pielęgniarek lub ratowników medycznych zawsze będzie powodować niebezpieczeństwo zarówno dla medyka (nagłe zgony na dyżurach) jak i dla jego pacjentów²⁴.

Z danych gromadzonych przez Państwową Inspekcję Pracy wynika, że pracują oni znacznie dłużej niż normy przewidziane ustawami, a klauzule opt-out, pomimo że mają charakter dobrowolny, w sytuacji permanentnego niedoboru kadr stały się powszechną praktyką.

Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w formach przewidzianych w ustawach zawodowych, w oparciu o umowy cywilnoprawne, musi podlegać również regulacji z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zarówno osobom wykonującym zawody medyczne, jak i pacjentom. Szczególna odpowiedzialność w zakresie organizacji ich czasu pracy spoczywać musi na kierownikach podmiotów medycznych.

Większość pracowników ochrony zdrowia to kobiety, które równocześnie godzą pracę zawodową z rolą matki. **Dlatego postulujemy wprowadzenie elastycznych form**

²⁴ Raport NIK z 22 lipca 2015 roku pt. Zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, nr ewid. 41/2015/P/14/065/KZD

pracy (skrócony tydzień pracy, etat dzielony, ruchomy czas pracy i inne) i stworzenie regulacji prawnych nakierowanych na równe traktowanie pracowników niezależnie od formy zatrudnienia. Należy także promować powstawanie żłobków czy przedszkoli dla dzieci pracowników przy szpitalach czy innych placówkach ochrony zdrowia.

Jednym z rozwiązań, które powinno dotyczyć zawodów medycznych powinno być **stworzenie systemowego wsparcia psychologicznego w zwalczaniu stresu i wypalenia zawodowego. Elementem tego systemu powinna być bezpłatna pomoc psychologiczna dla wszystkich medyków, dedykowane linie telefoniczne, konsultacje psychiatryczne, terapie uzależnień, urlopy regeneracyjne.** Proponujemy, żeby za organizację systemu wsparcia w każdym województwie odpowiadał marszałek województwa, który w porozumieniu z konsultantem wojewódzkim w dziedzinie psychiatrii oraz konsultantem wojewódzkim w dziedzinie psychologii klinicznej powinien zapewnić bezpłatną pomoc psychologiczną dla wszystkich medyków jej potrzebujących oraz dostępne (również bez ograniczeń) konsultacje psychiatryczne. Dedykowana linia telefoniczna lub czynny całą dobę numer dyżurny powinny spełniać zadanie skrzynki kontaktowej kierującej osobę zgłaszającą potrzebę rozmowy na spotkanie z psychologiem lub z psychiatrą. Konieczne środki finansowe dla realizacji wymienionych elementów programu wsparcia psychologiczno-psychiatrycznego dla medyków powinny pochodzić z Funduszu Covidowego, w którym na finansowanie wymienionych celów konieczne jest zabezpieczenie 20 mln złotych. Przygotowanie programu realizacji urlopów wytchnieniowych powinno stać się osobnym programem finansowanym przez NFZ z w ramach pozycji planu finansowego NFZ Lecznictwo uzdrowiskowe (punkt B2.9)

Istnieje cała gama **potencjalnych instrumentów zachęcających medyków do podjęcia pracy w danym regionie. Jednym z takich instrumentów mogłyby być stypendia dla studentów** - przyszłych pielęgniarek, lekarzy, ratowników medycznych, psychologów zdrowia i terapeutów środowiskowych oraz lekarzy rezydentów i innych pracowników medycznych, pod warunkiem przepracowania kilku lat (zgodnie z podpisaną umową) w jednostkach ochrony zdrowia na obszarze danego samorządu lub w konkretnej jednostce pracodawcy. W **przypadku uboższych samorządów proponujemy wsparcie centralne ich budżetu, zapewniające ufundowanie odpowiednich stypendiów dla przyszłych medyków chcących pracować na ich terenie.** W przypadku stypendiów samorządowych, przyznawanych studentom kierunku lekarskiego, wybór dziedziny specjalizacyjnej po ukończeniu studiów i stażu podyplomowego oraz zdaniu Lekarskiego Egzaminu Końcowego powinien pozostać niezbywalnym prawem przystępującego do umowy. Odstąpienie studenta/lekarza od umowy na którymkolwiek etapie powinno być równoznaczne z obowiązkiem zwrócenia całkowitej kwoty stypendium powiększonej o określone kwoty specjalne.

Oczywiście – stypendysta musiałby najpierw dostać się na studia medyczne w ramach otwartej rekrutacji.

Szczególne role administracji lokalnej może polegać także na stworzeniu mechanizmów zachęcających przedstawicieli zawodów medycznych do osiedlania się w rejonach wykazujących niedobory, a w przypadku niektórych specjalizacji lekarskich (medycyna rodzinna) ułatwiających uruchomienie własnej praktyki (np. nisko oprocentowane i umarzalne kredyty). **Propozycje zachęt do pracy w różnych regionach kraju, które będziemy wspierać mogą polegać na zaoferowaniu mieszkania służbowego czy działek budowlanych na preferencyjnych warunkach, ewentualnie z nisko oprocentowaną ofertą kredytową czy kredytem umarzalnym.** Te przykładowe zachęty mogłyby zdecydować o pozostaniu w kraju, podjęciu pracy w zawodzie medycznym, mogłyby też promować osiedlanie się ludzi medycyny w regionach, w których istnieją największe niedobory kadr medycznych.

Część z koniecznych do podjęcia działań dotyczy wszystkich zawodów medycznych, zdecydowana większość działań musi jednak zostać sprofilowana pod kątem specyfiki wyzwań oraz potrzeb ludzi wykonujących poszczególne profesje oraz zadań, jakie dana grupa zawodowa ma w systemie ochrony zdrowia (na przykład działania ułatwiające uruchomienie własnej praktyki przez specjalistów medycyny rodzinnej).

Zaledwie 1,9% ogółu lekarzy zatrudnionych w Polsce to lekarze innej narodowości (średnia dla krajów OECD – powyżej 17,7%). W przypadku pielęgniarek udział osób innej narodowości jest jeszcze niższy. Wobec braków polskich kadr dyrektorzy szpitali są zainteresowani zatrudnieniem kadr medycznych zza wschodniej granicy. Jednakże postulujemy, aby medycy spoza UE, chcąc podjąć pracę w polskich placówkach ochrony zdrowia, byli zobligowani do zdania egzaminu z języka polskiego oraz nostryfikacji dyplomu, co leży w interesie pacjentów i całego systemu.

4.1. Pielęgniarki i położne

Jak wskazują dane, podawane przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, w ostatnich latach około 40% osób kończących studia pielęgniarskie nie podejmuje pracy w zawodzie²⁵. Zjawisko to jest szczególnie widoczne poza dużymi miastami, gdzie ich niedobór jest bardziej dotkliwy w porównaniu z większymi ośrodkami. W opinii Izby podstawową przyczyną odpływu młodych osób z zawodu są niskie płace oraz złe warunki organizacyjne w placówkach opieki zdrowotnej - w tym zatrudnianie pielęgniarek poniżej ich kompetencji, głównie do czynności administracyjnych lub sanitarno-opiekuńczych, czyli zadań, które mogłyby realizować inne osoby, na przykład opiekunowie medyczni czy asystenci osób niepełnosprawnych. Kształcenie przygotowujące do wykonywania zawodu pielęgniarki prowadzone jest na studiach pierwszego (nie krócej niż 6 semestrów) i studiach drugiego stopnia (nie krócej niż 4 semestry) na kierunku pielęgniarstwo²⁶. W grudniu 2017 roku, w ramach projektu współfinansowanego przez Unię Europejską, opracowana została „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce”. Jej wstępne założenia zostały przedstawione podczas debaty, jaka odbyła się na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym w marcu 2017 roku. Organizatorem debaty był Minister Zdrowia z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny. Powołany został zespół ekspertów który przygotował dokument „Polityka Wieloletnia Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”, zaakceptowany w październiku 2019 roku przez Radę Ministrów. W dokumencie tym można przeczytać m.in., iż wskaźnik liczby pielęgniarek na poziomie średniego OECD (9,4 dla 2016 r.) w Polsce będzie osiągnięty w okresie 15 lat. Te ambitne założenia niestety nie są poparte realistyczną strategią. Opracowany dokument wskazywał na obszary priorytetowe i wyznaczał cele w perspektywie 5, 10 i 15-letniej, w tym tak kluczowe kwestie, jak zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych, powstrzymanie emigracji zarobkowej, umotywowanie absolwentów do podejmowania pracy w zawodzie oraz utrzymanie na rynku pracy pielęgniarek i położnych, w tym nabywających uprawnienia emerytalne. Cele strategiczne, jakie postawiono w dokumencie „Polityki Wieloletniej Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce” są następujące:

- zwiększenie liczby studentów oraz poprawa jakości kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo;
- zmiany w systemie kształcenia podyplomowego;

²⁵ „NPiP: Musimy zachęcić pielęgniarki i położne do podejmowania pracy w kraju”, <https://pulsmedycyny.pl/nipip-musimy-zachecic-piellegniarki-i-polozne-do-podejmowania-pracy-w-kraju-933091>, 26.06.2018.

²⁶ Rozporządzenie MNiSW z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U.2019.1573).

- poprawa warunków pracy pielęgniarek i położnych;
- wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej zawodu wspomagającego pracę pielęgniarek w bezpośredniej opiece nad pacjentem.
- określenie ról i kompetencji pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia;
- określenie faktycznej liczby pielęgniarek i liczby położnych w systemie ochrony zdrowia, wraz z określeniem docelowych wskaźników na 1 tys. mieszkańców;
- wypracowanie przepisów dotyczących liczby oraz kwalifikacji pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia gwarantowane w poszczególnych zakresach świadczeń;
- wypracowanie mechanizmów motywujących podmioty lecznicze, posiadające umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, do określenia minimalnych norm zatrudniania;
- rozwój badań naukowych w pielęgniarstwie.

Środki finansowe przewidziane na realizację planowanych działań miały pochodzić z budżetu państwa, Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych (w 2019 r.), Funduszu Pracy (w 2020 r.), środków innych jednostek sektora finansów publicznych oraz środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej²⁷.

Program ten wskazuje właściwe priorytety i cele, ale nie jest implementowany i pozostał jedynie na papierze.

Problemem pielęgniarek i położnych, który od lat okazuje się trudny do rozwiązania jest zbudowanie ich niezależnej pozycji. **Trzeba zerwać z wizerunkiem pielęgniarki i położnej jako pracownika medycznego, który na wszystko musi mieć zlecenie lekarza. Tak głęboka fachowa podległość zupełnie nie licuje z obrazem pielęgniarki posiadającej ogromny potencjał zawodowy, czasami wsparty wyższym wykształceniem.** Bez uzyskania samodzielności przez pielęgniarki i położne nie uda się poprawić dostępności do świadczeń medycznych w wielu dziedzinach medycyny (np. triage w poradni POZ). Trudno jest zrozumieć, dlaczego pielęgniarki i położne, kończące swoje studia, mają tak niewielkie uprawnienia do samodzielnej pracy. Bezpośrednio po studiach absolwentki kierunku Pielęgniarstwo i kierunku Położnictwo nie mogą samodzielnie wykonać EKG, nie mogą podać leków ratujących życie (np. adrenalina w resuscytacji lub we wstrząsie uczuleniowym, czy atropina we wstrząsie psychogennym lub w ciężkiej bradykardii), nie mogą wykonać wielu istotnych procedur

²⁷ „Polityka Wieloletnia Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce” (z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w 2018 r.)”, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/polityka-wieloletnia-panstwa-na-rzecz-pielęgniarstwa-i-polożnictwa-w-polsce>.

medycznych²⁸. Dopiero ukończenie przez pielęgniarki i położne dodatkowych kursów specjalistycznych po zakończeniu studiów otwiera więcej możliwości działania. To trzeba zmienić. Konieczne jest dokonanie takich zmian procesu kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych, żeby na końcu ścieżki edukacyjnej pozyskać kadry medyczne przygotowane do samodzielnego realizowania dużo szerszego, niż obecny, zakresu świadczeń medycznych. Studia pielęgniarskie powinny uczyć zawodu w taki sposób, żeby mógł on być wykonywany samodzielnie i bezpiecznie bez konieczności udziału w szkoleniach dodatkowych.

W programie kształcenia przed- i podyplomowego na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo proponujemy zatem:

1. dokonać zasadniczej zmiany programów kształcenia, ze zmniejszeniem liczby godzin z przedmiotów typu pedagogika, socjologia, zdrowie publiczne itd., zaś przedmiot psychologia zastąpić psychologią zdrowia;
2. zmniejszyć liczbę godzin wykładów, a w dalszej kolejności usunąć je z siatki zajęć i przenieść w pozycję „e-learning”;
3. zwiększyć liczbę nowoczesnych form seminariów i ćwiczeń prowadzonych w możliwie najmniejszych grupach;
4. zwiększyć dostęp do centrów symulacji medycznych z możliwością korzystania ze sprzętu tam obecnego w pełnym zakresie;
5. w szkoleniu przeddyplomowym zwiększyć liczbę zajęć praktycznych przy łóżku chorego, traktując te zajęcia jako szczególnie potrzebne dla rozwoju zawodowego;
6. uwzględnić kompetencje przydatne w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki przedszpitalnej, jak i wczesnoszpitalnej przy planowaniu prowadzenia zajęć praktycznych przy łóżku chorego. Podstawowe kompetencje z zakresu ratownictwa medycznego okażą się przydatne na każdym stanowisku pracy pielęgniarki;
7. rejestrować i dokumentować każdą formę zajęć i wszystkie ćwiczone w danym momencie umiejętności;
8. Zapewnić studentom wynagrodzenia za udział w śródrocznych i wakacyjnych praktykach zawodowych w trakcie trwania studiów oraz stypendia motywacyjne;
9. w oparciu o dokonane zmiany w treści programów kształcenia przeddyplomowego, w zakresie wiedzy i nowych umiejętności, znowelizować

²⁸Zob. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U.2017.497).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. 2017; poz. 497)²⁹.

10. w kształceniu podyplomowym programy kursów kwalifikacyjnych i specjalizacji kierunkowych merytorycznie dostosować do danych aktualnych i popartych zasadą medycyny opartej na faktach;
11. ustanowić płatne urlopy szkoleniowe w wymiarze do 7 dni w jednym roku, a wszystkie kursy doskonalące dla pielęgniarek i położnych uczynić bezpłatnymi;
12. Wprowadzić 3-6 miesięczne szkolenie w ramach adaptacji zawodowej pielęgniarek po ukończeniu studiów licencjackich (na podobieństwo stażu podyplomowego lekarzy). Wynagrodzenie pielęgniarki za okres szkolenia powinno być pokrywane z funduszy Ministerstwa Zdrowia.

W odniesieniu do pielęgniarek, poza sferą kształcenia, ważne jest również dążenie do urealnienia norm zatrudnienia w stosunku do liczby łóżek oraz specyfiki oddziału szpitalnego. Niezbędne jest prawne zagwarantowanie standardów opieki pielęgniarskiej, które obecnie jako prawnie niewiążące nie są respektowane przez menedżerów szpitali, z określeniem tempa dojścia do wymagań maksymalnych. Proponujemy również regulację określającą niezbędne wyposażenie stanowiska pracy pielęgniarki, zapewniające bezpieczeństwo zarówno choremu, jak i pielęgniarence opiekującej się pacjentem. Istotne jest również usamodzielnienie pionu pielęgniarskiego w ramach zespołów działających w szpitalu przy ścisłym dookreśleniu zakresu tej samodzielności.

²⁹Tamże.

4.2. Lekarze

Jednym z postulowanych rozwiązań kryzysu niedoboru lekarzy jest zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne, jak również liczby miejsc kształcenia specjalizacyjnego, finansowanych z budżetu państwa. Istotna zmiana w limitach przyjęć na kierunek lekarski dokonała się w roku akademickim 2015/2016, kiedy zwiększono limity na kierunku lekarskim o 394 miejsca na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych w formie stacjonarnej w języku polskim oraz o 183 miejsca na studiach niestacjonarnych. Od tej pory limity przyjęć na kierunek lekarski systematycznie rosną. W ubiegłym roku akademickim na ten kierunek przyjęto 8170 osób, zaś w roku obecnym o 139 kandydatów więcej - czyli 8309³⁰. W tym limicie około 20% pozostaje do dyspozycji obcokrajowców (ponad 2 tysiące), co jest dla uczelni medycznych dodatkowym źródłem dochodów. W zdecydowanej większości studenci tzw. English Division po zakończeniu studiów wracają do swoich krajów. Motywem podjęcia przez nich studiów w Polsce jest najczęściej niższa opłata za studia medyczne w Polsce w porównaniu z krajem macierzystym oraz niższe kryteria przyjęcia na studia³¹.

Zwiększanie limitów przyjęć na studia lekarskie powinno być kontynuowane. Nie może się to jednak odbywać kosztem **jakości kształcenia. To zaś oznacza konieczność zwiększenia nakładów finansowych dla uczelni medycznych. Proponujemy przeznaczenie dodatkowych środków dla uczelni pozwalających na rozszerzenie bazy dydaktycznej i lokalowej** (co wymaga czasu na realizację inwestycji) oraz zwiększenie dostępu do chorych (większa baza łóżek szpitalnych do dyspozycji uczelni). Niezbędne jest także **zwiększenie zatrudnienia na uczelniach medycznych**, gdyż jeden nauczyciel akademicki nie może być obciążony zbyt wieloma nadgodzinami. Już obecnie bardzo niskie stawki powodują rezygnację najlepszych lekarzy i innych medyków z pracy na uczelniach medycznych.

Jako alternatywne postępowanie mające na celu zwiększenie liczby medyków można rozważyć ograniczenie liczby studentów „anglojęzycznych” na rzecz zwiększenia o podobną liczbę studentów polskich np. o około 25%. Taki krok byłby możliwy **pod warunkiem dodatkowego dofinansowania uczelni korzystającej z opłat wnoszonych przez tych studentów. Wartościowym rozwiązaniem byłoby także wprowadzenie zachęt dla cudzoziemców wykształconych na naszych uczelniach medycznych do pozostania w Polsce.** Wsparciem mogłyby być intensywne, bezpłatne kursy języka polskiego przez okres studiów oraz pomoc w uzyskaniu prawa stałego pobytu i osiedleniu się w Polsce na stałe.

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2020 r. w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym (Dz.U.2020.1272).

³¹ „Studia lekarskie. w kraju brakuje specjalistów, uczelniom opłaca się uczyć Polaków”, <https://www.money.pl/gospodarka/studia-lekarskie-obcokrajowcy-zabieraja-miejsca-polakom-6575217080343456a.html>, 14.11.2020.

Studia lekarskie w większości krajów europejskich trwają sześć lat. Jest to związane ze standardami ministerialnymi wymagającymi, żeby studenci w trakcie ich trwania zrealizowali nie mniej niż 360 punktów ECTS oraz co najmniej 5700 godzin zajęć, w tym praktyk zawodowych³². Obecny czas trwania studiów lekarskich w Polsce wynosi 6 lat plus rok stażu podyplomowego. **Zatem łączny czas kształcenia lekarza do uzyskania pełnego prawa wykonywania zawodu wynosi 7 lat i jest jednym z najdłuższych na świecie.** Okres od podjęcia studiów do ukończenia specjalizacji trwa zaś na ogół kilkanaście lat.

Reforma kształcenia lekarzy w 2012 roku wprowadziła włączenie do programu studiów zadań realizowanych w trakcie stażu podyplomowego. Po 4 latach i zmianach politycznych związanych z dojściem do władzy Zjednoczonej Prawicy, w 2017 roku przywrócono staż podyplomowy. Obecnie szósty rok studiów polega przede wszystkim na praktycznym nauczaniu w klinikach, oddziałach szpitalnych, w przychodni lub w symulowanych warunkach klinicznych, aby łącznie uzyskać 60 punktów ECTS. Ten sam w zasadzie sposób kształcenia jest powielany w trakcie stażu podyplomowego. **Dlatego proponujemy skrócenie studiów medycznych do 5 lat, z zachowaniem konieczności wypracowania 360 punktów ECTS oraz 5700 godzin zajęć (w tym praktyk zawodowych), a także pozostawienie stażu podyplomowego.** Skrócenie studiów medycznych z 6 do 5 lat jest możliwe tylko pod warunkiem utrzymania odpowiedniej jakości kształcenia studentów na kierunku lekarskim, co powinno być uwarunkowane **utrzymaniem dotychczasowej liczby godzin z przedmiotów klinicznych**, zapewnieniem odpowiedniej bazy dydaktycznej, klinicznej i wystarczającej liczby asystentów nauczających przyszłych lekarzy.

Skrócenie studiów umożliwi przyspieszenie cyklu kształcenia lekarzy, a więc będzie ważnym czynnikiem przyspieszającym pojawienie się dodatkowych kadr lekarskich na rynku pracy, obniży koszty studiów dla studentów (akademik, dojazd, utrzymanie) oraz wyeliminuje dublowanie się treści dydaktycznych szóstego roku studiów i stażu podyplomowego. Reforma programu nauczania umożliwi też jego unowocześnienie, usunięcie powtarzających się treści programowych w ramach różnych przedmiotów oraz lepsze dostosowanie programu do postępu wiedzy i innowacyjności w medycynie. Skrócenie studiów medycznych to jeden z pomysłów zawartych w raporcie przygotowanym przez zespół prof. Tomasza Rostkowskiego z Zakładu Zarządzania Kapitałem Ludzkim Szkoły Głównej Handlowej. Jego zdaniem poza zwiększeniem limitów na studiach musielibyśmy zmienić system kształcenia tak, aby prawo wykonywania zawodu lekarze uzyskiwali nie w ciągu siedmiu lat, ale pięciu. Zdaniem prof. Rostkowskiego w tej chwili kształcenie lekarzy trwa zbyt długo, tym bardziej że medycyna to dziedzina praktyczna i nauczanie teorii w takim zakresie jak

Rozporządzenie z dnia 21 sierpnia 2019 MNiSW w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U.2019.1573).

obecnie nie jest konieczne. Dodatkowym argumentem jest fakt, że 80% lekarzy kształci się dalej w ramach specjalizacji³³. Akceptujemy argumentację prof. Rostkowskiego dotyczącą skrócenia czasu studiów do 5 lat **przy pozostawieniu stażu podyplomowego**, jako tego okresu w procesie kształcenia, kiedy adept medycyny zdobywa ważne umiejętności praktyczne³⁴.

Staż podyplomowy

W niektórych krajach europejskich po studiach lekarskich nie ma stażu podyplomowego (jak np. w Niemczech), zaś w wielu innych lekarze odbywają roczny staż i jest on obowiązkowy.

W Polsce czas trwania stażu wynosi 13 miesięcy. Sam staż jest finansowany przez samorząd wojewódzki jako zadanie zlecone i jest nadzorowany przez Okręgową Izbę Lekarską³⁵. Obecna konstrukcja stażu podyplomowego (łącznie 13 miesięcy) od dnia 1 marca 2022 roku ma zostać zmodyfikowana, zgodnie ze zmianą ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 16 lipca 2020 roku³⁶. Zgodnie z założeniami tego aktu prawnego zostanie wprowadzony m.in. staż spersonalizowany trwający do 12 tygodni. **Proponujemy, aby wydłużyć tzw. część spersonalizowanego stażu z 12 do 24 tygodni w związku z preferencjami lekarza co do wyboru przyszłej specjalizacji. Staż w wybranej dziedzinie mógłby być rozpatrywany jako element przyznający dodatkowe punkty przy kwalifikacji do specjalizacji** oraz być w przyszłości **podstawą do wystąpienia przez kierownika specjalizacji o skrócenie trwania specjalizacji** o czas w jakim specjalizant odbywał staż w takim oddziale. **Proponujemy również, aby wprowadzić zmienny czas trwania poszczególnych części stażu**, do wyboru przez lekarza stażystę: choroby wewnętrzne (od 6 do 11 tygodni), chirurgia ogólna (od 2 do 4 tygodni), medycyna ratunkowa (od 3 do 5 tygodni), intensywna terapia (od 3 do 5 tygodni), choroby wieku dziecięcego (od 2 do 4 tygodni), medycyna rodzinna (2 do 4 tygodni). Proponujemy też rozszerzenie listy części stażu o psychiatrię (od 1 do 3 tygodni). W takim przypadku konieczne byłoby skrócenie górnych limitów czasu trwania stażu w chorobach wewnętrznych do 10 tygodni oraz medycynie ratunkowej i intensywnej terapii do 4 tygodni.

³³ „Studia medyczne będą krótsze?“, <https://podyplomie.pl/aktualnosci/06348,studia-medyczne-beda-krotsze>, 19.09.2019;

³⁴ Rostkowski, T., Strzemiński, J., & Szymański, K., Propozycje zmian usprawniających w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, 2019;

³⁵ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2014.474).

³⁶ Ustawa z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2020.1291).

Kwalifikacja na miejsca rezydenckie w poszczególnych dziedzinach

Wprowadzenie udostępnionej bazy pytań do LEK/LDEK (Lekarski Egzamin Końcowy), z której powinno pochodzić aż 70% pytań w teście, sprawiło że zdający osiągają lepsze wyniki na egzaminie niż w poprzednich latach. Zatem wynik egzaminu staje się jeszcze mniej różnicującym czynnikiem przy kwalifikacji na specjalizację. Zwiększyła się też różnica pomiędzy liczbą punktów uzyskanych podczas poprzednich sesji egzaminów LEK/LDEK na korzyść zdających w ostatnim czasie. Obecna nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 16 lipca 2020 roku pozwala uzyskać dodatkowe punkty za stopień naukowy oraz publikacje naukowe. To rozwiązanie jest krokiem w dobrą stronę. **Proponujemy również, aby w konkursie na miejsce rezydenckie wprowadzić dodatkowe punkty zależne od doświadczenia w pracy na oddziale odpowiadającym specjalizacji, na jaką lekarz planuje się zakwalifikować.**

Wsparcie specjalizacji deficytowych

Promocja tzw. specjalizacji deficytowych może być jednym z elementów zachęcających lekarzy do wybierania kierunków kształcenia istotnych z punktu widzenia interesu publicznego i ochrony zdrowia obywateli naszego kraju. Lista tzw. specjalizacji deficytowych powinna podlegać ewolucji w zależności od obiektywnych potrzeb. Kryteria uznania różnych specjalizacji za deficytowe powinny być sformułowane w sposób niebudzący wątpliwości. Jak już pisaliśmy wyżej w części analizy dotyczącej wynagrodzeń, **postulujemy zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych dedykowanych specjalizacjom deficytowym, a także zwiększenie wynagrodzenia rezydentów w dziedzinach deficytowych o 20%. Proponujemy promowanie bezzwrotnymi dodatkami finansowymi wyboru specjalizacji w dziedzinie deficytowej wśród absolwentów uczelni medycznych (dodatki jednorazowe lub stałe). Proponujemy również poszerzenie możliwości uznania dotychczasowego dorobku naukowego lub zawodowego danego lekarza za równoważny ze zrealizowaniem programu właściwego szkolenia specjalizacyjnego w specjalizacjach deficytowych, co stworzy możliwości zdawania egzaminu specjalizacyjnego.**

Reforma procesu specjalizacji

W długofalowym planowaniu polityki zdrowotnej **postulujemy zadbanie o szersze możliwości wyboru niektórych specjalizacji oraz stworzenie takich warunków, aby po zakończeniu specjalizacji były zapewnione miejsca pracy, powiązane z odpowiednią satysfakcją zawodową, jak i finansową. Proponujemy**

również szersze możliwości „szybszej ścieżki” dla specjalistów z pokrewnej dziedziny lub w trybie modułowym. Absolwent, który wybrał np. specjalizację z chorób wewnętrznych powinien mieć możliwość przystąpienia do rekrutacji na szczegółową specjalizację po 3 latach ukończenia modułu podstawowego i zdanym Państwowym Egzaminie Modułowym, kiedy np. więcej miejsc na rezydenturę w danej specjalizacji jest dostępnych czy też w ponownie zdanym LEK-u lekarz uzyskał znacząco lepszą punktację.

Ważne jest, aby obrana ścieżka zawodowa nie uniemożliwiała zmiany specjalizacji na inną zarówno po zakończeniu, jak i w trakcie specjalizacji (jeśli jest to specjalizacja z modułem podstawowym).

W polityce kadrowej postulujemy wprowadzenie korzyści z posiadania tytułu specjalisty w szerszej dziedzinie medycyny (np. choroby wewnętrzne). Miałoby to polegać na sformalizowaniu ogłaszania konkursów na ordynatora czy kierownika kliniki, w taki sposób, żeby priorytetowo traktowały lekarzy posiadających zarówno specjalizację ogólną (np. z chorób wewnętrznych), jak i zakresowo węższe specjalizacje (np. kardiologia, reumatologia czy endokrynologia). Inną perspektywą zwiększenia atrakcyjności podstawowych specjalizacji jest odpowiednie rozszerzenie możliwości pracy w wielu poradniach specjalistycznych dla lekarzy, którzy ją ukończyli i posiadają certyfikaty uzyskania umiejętności zawodowych.

Postulujemy przegląd i usunięcie powtarzających się elementów w programach specjalizacji, a dotyczy to w szczególności takich kursów jak prawo medyczne, orzecznictwo lekarskie czy zdrowie publiczne. Skrócenie czasu trwania specjalizacji jest w tej chwili możliwe, ale ma raczej charakter incydentalny. Dotyczy przede wszystkim osób, które odbywały szkolenia za granicą. **Postulujemy, aby kierownik specjalizacji mógł wnioskować o skrócenie czasu trwania specjalizacji w zależności od dotychczasowego przebiegu specjalizacji, w tym pracy w danym oddziale przed rozpoczęciem specjalizacji (np. podczas tzw. spersonalizowanego stażu), pełnienia samodzielnych dyżurów ponad wymagane minimum czy wybitnej aktywności klinicznej i naukowej.** Skrócenie mogłoby dotyczyć nie więcej niż 1/5 okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego lub modułów. Sprzyjałoby to wykazywaniu dużej aktywności przez lekarza w trakcie trwania specjalizacji.

Kolejną kwestią, którą należy poddać analizie jest liczba obecnych specjalizacji lekarskich. W Polsce jest 77 specjalizacji lekarskich i 9 specjalizacji lekarsko-dentystycznych³⁷. Temat ten w 2019 roku był przedmiotem bardzo gorących dyskusji w kontekście zmniejszenia liczby specjalności i zastąpienia niektórych z nich umiejętnościami lekarskimi. Ostatecznie Minister Zdrowia zdecydował o pozostawieniu

³⁷ „Wykaz specjalizacji z uwzględnieniem modułów lub specjalizacji wymaganych do ich zrealizowania oraz minimalny czas ich trwania”, <https://www.duw.pl/pl/urzadzdzrowie-publiczne/lekarze/specjalnosci/58,Wykaz-specjalizacji-z-uwzględnieniem-modulow-lub-specjalizacji-wymaganych-do-ich.html>

status quo. **Postulujemy dokonanie przeglądu specjalizacji, w celu ustalenia konsensusu co do połączenia niektórych wąskich specjalizacji lekarskich. Proponujemy przeanalizować konieczność istnienia odrębnych niektórych specjalizacji dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży.** Przykładowo funkcjonuje tylko jedna specjalizacja z okulistyki, reumatologii czy alergologii (dla dzieci i dorosłych), ale za to są odrębne np. z chorób płuc i chorób płuc dzieci, czy też endokrynologii i diabetologii dziecięcej, czego odpowiednikiem u dorosłych są dwie odrębne specjalizacje jak endokrynologia i diabetologia. Takie działania mogłyby poszerzyć wiedzę specjalistów oraz stworzyć większe możliwości pracy w przypadku otrzymania tytułu specjalisty bez obowiązkowego dodatku „dzieci i młodzieży”.

Nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 16 lipca 2020 roku wprowadziła zasady, które w zasadniczy sposób pogarszają możliwości kontynuowania procesu specjalizacyjnego lekarzy realizujących specjalizację w ramach tzw. miejsc pozarezydenckich. Intencjonalnie zmiany zapisów miały poprawić sytuację finansową osób dotychczas szkolących się w ramach wolontariatu, zapewniając im gwarantowane wynagrodzenie. W praktyce jednak nowe przepisy stworzyły dodatkowe problemy dla lekarzy specjalizujących się. Koszty tego wynagrodzenia zostały przeniesione na szpitale, w których lekarze realizują swój program specjalizacji. W takiej sytuacji część z placówek, zastaniając się brakiem środków finansowych, zaczęła rezygnować z zatrudniania w pracy lekarzy specjalizujących się w trybie pozarezydenckim, do tej pory świadczących darmową pracę w ramach wolontariatu. Ta sytuacja oznacza realne ryzyko braku możliwości ukończenia procesu specjalizacyjnego przez rzeszę lekarzy³⁸. **Postulujemy natychmiastowe działania na poziomie centralnym mające na celu zniesienie obligatoryjności tych zmian w stosunku do osób, które rozpoczęły specjalizację w ramach miejsc pozarezydenckich jeszcze przed wejściem w życie rozwiązań zaproponowanych przez ustawodawcę** oraz wskazanie płatnika wynagrodzenia za pracę wykonywaną przez lekarzy realizujących swój program specjalizacji. Sugerujemy **również dodatkowe wsparcie finansowe z budżetu Ministerstwa Zdrowia dla specjalizantów w trybie pozarezydenckim w zakresie specjalizacji deficytowych** (np. geriatria).

³⁸ „Likwidacja wolontariatu zagraża szkoleniu młodych lekarzy w trybie pozarezydenckim”, <https://www.rynekzdrowia.pl/Nauka/Likwidacja-wolontariatu-zagraza-szkoleniu-młodych-lekarzy-w-trybie-pozarezydenckim,219515,9.html>, 03.03.2021/;

4.3. Lekarze stomatolodzy

Według danych Europejskiej Rady Lekarzy Dentystów w Europie średnio na 1 lekarza dentystę przypada około 1500 pacjentów³⁹. Gdyby ten współczynnik zastosować do 38 mln populacji naszego kraju liczba stomatologów, którzy powinni zabezpieczyć realizację świadczeń stomatologicznych powinna wynosić 26,1 tysięcy. Według Naczelnej Izby Lekarskiej liczba lekarzy stomatologów wszystkich specjalizacji to 21,1 tys. (aktywnych zawodowo 17,5 tys.), czyli zdecydowanie za mało⁴⁰. Według danych Naczelnej Rady Lekarskiej wszystkich lekarzy stomatologów w Polsce jest 42,4 tys., czyli o 16 tysięcy lekarzy stomatologów więcej niż średnia europejska⁴¹. Skoro pomiędzy danymi NRL i NIL są tak ogromne rozbieżności, proponowanie czegokolwiek w kwestii rozwoju szkolenia przed- i podyplomowego jest bardzo trudne.

Aktywni stomatolodzy są przeciwni zwiększaniu wielkości naboru na studia na kierunku lekarsko-dentystycznym. Chronią tym samym swój rynek pracy. W przeszłości pojawiały się nawet apele właśnie takiej treści, których autorami były całe Okręgowe Rady Lekarskie lub Komisje Stomatologiczne w ramach ORL. O potrzebie zwiększania naboru na studia na kierunku lekarsko-dentystycznym mówią znający demograficzny obraz stomatologii eksperci od ochrony zdrowia. Nawet jeżeli prawdą jest to, że mamy w Polsce ponad 40 tysięcy aktywnych stomatologów, znaczny ich odsetek to osoby zaawansowane wiekiem. Może o tym świadczyć fakt, że z danych przedstawionych przez NIL, aż 62% to osoby z nieprzyznawanym obecnie I stopniem specjalizacji⁴². W związku z powyższym **proponujemy, żeby kolejny nabór na kierunek lekarsko-dentystyczny nie był ograniczany. Powinien on zostać utrzymany przynajmniej na dotychczasowym poziomie. Dla określenia szczegółowych rekomendacji konieczne jest jednak jednoznaczne określenie liczby aktywnie pracujących w Polsce lekarzy stomatologów.**

Z punktu widzenia dostępności do świadczeń medycznych w zakresie stomatologii, bardzo ważnym problemem jest dramatyczny brak lekarzy specjalistów. W przypadku przyznawania rezydentur istnieje w tej kwestii ogromna niesprawiedliwość. Przy nieco ponad 20% udziale lekarzy stomatologów we wspólnej z lekarzami korporacji zawodowej, udział miejsc na specjalizacje z założenia stomatologiczne nie przekracza 3%, a wiosną 2021 roku rezydentury stomatologiczne

³⁹ „Czy dostęp do kształcenia na kierunku lekarsko-dentystycznym powinien być bardziej ograniczony?”, <https://podyplomie.pl/stomatologia/16953.czy-dostep-do-kształcenia-na-kierunku-lekarsko-dentystycznym-powinien-byc-bardziej-ograniczony>, 09.2014;

⁴⁰ NIL w Warszawie „Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg dziedziny I stopnia specjalizacji, https://nil.org.pl/uploaded_files/1617881991_zestawienie-nr-04.pdf;

⁴¹ „Ilu jest w Polsce czynnych zawodowo lekarzy dentystów?”, <https://www.politykazdrowotna.com/53940,ilu-jest-w-polsce-czynnych-zawodowo-lekarzy-dentystow>, 17.02.2020;

⁴² NIL w Warszawie „Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg dziedziny I stopnia specjalizacji, https://nil.org.pl/uploaded_files/1617881991_zestawienie-nr-04.pdf

stanowiły tylko 1,7% wszystkich rezydentur (sic!)⁴³. Ta zasada musi zostać zmieniona. **Uważamy, że przeznaczenie dla stomatologów docelowo do 10% puli rezydentur powinno zwiększyć możliwości specjalizowania się lekarzy stomatologów, pozwoliłoby też na poprawienie dostępności do świadczeń wysokospecjalistycznych w zakresie stomatologii.** Konieczne jest także **zwiększenie udziału lekarzy stomatologów w realizowaniu świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych dla konkretnych grup wiekowych i rodzajów schorzeń. Nie będzie to możliwe przy niedostatku kadry specjalistycznej.**

Szczególnie martwić powinien niski odsetek przyznawanych miejsc rezydenckich w dziedzinie stomatologia dziecięca. Są to liczby skrajnie niskie w stosunku do potrzeb podniesienia dostępu do świadczeń specjalistycznych w odpowiednich zakresach wieku. Proponujemy to zmienić, bo polskie dzieci potrzebują szeroko dostępnej, fachowej opieki stomatologicznej w każdym zakątku kraju.

Liczba uruchamianych specjalizacji w systemie rezydenckim i pozarezydenckim w danym województwie pozostaje w bezpośrednim związku z wysłanym do Ministerstwa Zdrowia zapotrzebowaniem na miejsca rezydenckie i pozarezydenckie. Skalę zapotrzebowania określają konsultanci wojewódzcy dla konkretnych specjalizacji. Często to właśnie konsultanci wojewódzcy z różnych przyczyn nie zgłaszają potrzeby uruchomienia specjalizacji w trybie rezydenckim lub pozarezydenckim, odpowiadają tym samym za brak lub zbyt małą liczbę uruchomionych specjalizacji w województwie. Aby możliwe było zminimalizowanie ryzyka wystąpienia tej nieprawidłowości, zatrudniający konsultantów wojewódzkich i krajowych (odpowiednio wojewoda i Minister Zdrowia) powinni rokrocznie wymagać raportu określającego wydolność specjalizacyjną województwa, oraz opis działań podjętych w celu zwiększenia liczby lekarzy specjalistów i problemów, które to uniemożliwiły. Konsultanci wojewódzcy i krajowi powinni również składać wyjaśnienia przed, odpowiednio, wojewodą lub ministrem zdrowia, z jakiego powodu nie wystąpili o uruchomienie wszystkich posiadanych miejsc specjalizacyjnych.

Ważnym problemem w realizacji zawodowych procesów doskonalących w stomatologii jest niedostateczna liczba podmiotów akredytowanych do szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach stomatologicznych. W polskim systemie ochrony zdrowia funkcjonuje dużo więcej praktyk stomatologicznych, niż podmiotów leczniczych z zarejestrowaną komórką organizacyjną związaną z udzielaniem świadczeń stomatologicznych. Praktyki lekarskie (szczególnie indywidualne) są zbyt małymi

⁴³ „Liczba miejsc rezydenckich dla lekarzy i lekarzy dentystów, którzy rozpoczną szkolenie specjalizacyjne na podstawie postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzonego 1-31 marca 2021 r.”, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/liczba-miejsc-rezydenckich-dla-lekarzy-i-lekarzy-dentystow-ktorzy-rozpoczna-szkolenie-specjalizacyjne-na-podstawie-postepowania-kwalifikacyjnego-przeprowadzonego-1-31-marca-2021-r>, 09.02.2021.

przedsiębiorstwami, aby mogły w większym niż dotąd stopniu uczestniczyć w kształceniu podyplomowym. Żeby było to możliwe, **indywidualne praktyki lekarskie w zakresie stomatologii powinny móc stworzyć nowe stanowisko pracy na potrzeby szkolenia specjalizacyjnego (dodatkowa przestrzeń w ambulatorium, wyposażenie, zaplecze techniczne, liczba stałych pacjentów)**. Żeby z kolei wszystkie te działania pozwoliły na utrzymanie finansowej sprawności i wydolności świadczeniodawcy, przygotowany sprzęt musi pracować. Odpowiednim bodźcem do tego powinno stać się **uprawnienie praktyk indywidualnych do zatrudniania jednego stałego współpracownika, co niniejszym proponujemy**. W ten sposób możliwe stanie się uzyskanie poprawy wydajności pracy jednostek (okres chorobowy lub urlopowy), które z NFZ podpisały umowę na udzielanie świadczeń stomatologicznych i jednocześnie zwiększenie potencjału akredytacyjnego tych jednostek⁴⁴.

⁴⁴ Uchwała Nr 16/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 22 marca 2019 r. w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o działalności leczniczej, https://nil.org.pl/uploaded_files/documents/ru016-19-VIII.pdf;

4.4. Fizjoterapeuci

Fizjoterapeuci są w Polsce trzecim co do liczebności zawodem medycznym, po pielęgniarkach (230 tysięcy) i lekarzach (181 tysięcy). W Krajowym Rejestrze Fizjoterapeutów na dzień 15 stycznia 2020 roku zarejestrowanych było ponad 66 tysięcy osób z aktywnymi uprawnieniami zawodowymi fizjoterapeuty⁴⁵. Aby otrzymać uprawnienia do wykonywania zawodu fizjoterapeuty, należy skończyć studia na kierunku fizjoterapia. Są to jednolite studia magisterskie, które trwają nie krócej niż 10 semestrów (4760 godzin), w tym praktyki fizjoterapeutyczne powinny trwać co najmniej 1560 godzin.

W Polsce fizjoterapeutów kształci się w Akademii Wychowania Fizycznego oraz na Uniwersytetach Medycznych. Po uzyskaniu tytułu magistra można realizować czteroletnią specjalizację w zakresie fizjoterapii, i po zdaniu państwowego egzaminu specjalizacyjnego przed komisją Centrum Egzaminów Medycznych uzyskać tytuł specjalisty fizjoterapii. Najważniejsze kursy doskonalące dla fizjoterapeutów np. dotyczące metody Vojta czy NDT-Bobath są odpłatne, przy czym ich koszty znaczące. Zakład pracy, w którym fizjoterapeuta jest zatrudniony, przeważnie ich nie finansuje. Z tego też powodu, w takich kursach uczestniczą fizjoterapeuci, którzy swoją działalność prowadzą głównie w ramach praktyk prywatnych. Dostęp do tych skutecznych metod fizjoterapeutycznych jest zatem dla społeczeństwa ograniczony.

Obowiązująca od października 2015 roku ustawa z dnia 25 września 2015 roku o zawodzie fizjoterapeuty porządkuje sytuację prawną i etyczną zawodu fizjoterapeuty, określa organizację i zadania samorządu zawodowego fizjoterapeutów oraz przybliża polską fizjoterapię do standardów międzynarodowych. Po 1 października 2017 roku wprowadzono jednolite 5-letnie studia magisterskie w zakresie fizjoterapii 6-miesięczną praktykę zawodową oraz obowiązek złożenia Państwowego Egzaminu Fizjoterapeutycznego. Zasadniczemu wzmocnieniu uległa też pozycja zawodowa fizjoterapeutów, którzy obecnie nie tylko mogą samodzielnie dobierać pacjentom zabiegi fizjoterapii i wystawiać zapotrzebowania na wyroby medyczne, ale mogą to czynić również z poziomu indywidualnej praktyki zawodowej.

Przedstawiając propozycje rozwiązań trzeba zacząć od konstatacji, że fizjoterapia należy do dziedzin medycyny najlepiej przygotowanych do samodzielnej zawodowej egzystencji. Bardzo skutecznie działa samorząd zawodowy fizjoterapeutów. Jednostką organizacyjną samorządu jest Krajowa Izba Fizjoterapeutów (KIF)⁴⁶. Oceniając sposób prowadzenia szkolenia zawodowego można stwierdzić, że etap

⁴⁵ „Nowy status fizjoterapeuty w polskim systemie ochrony zdrowia”, <https://wiadlek.pl/wp-content/uploads/archive/2020/WLek202007146.pdf>, 07.07.2020.

⁴⁶ „Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty”, <https://kif.info.pl/ustawa-o-zawodzie-fizjoterapeuty/>

szkolenia przeddyplomowego jest właściwie uregulowany. W przyszłym roku po raz pierwszy odbędzie się państwowy egzamin końcowy stanowiący zwieńczenie studiów na kierunku fizjoterapia. Oczywiście, tak jak w przypadku każdego kierunku studiów medycznych trzeba **planować częstą aktualizację programów dydaktycznych i rozszerzanie możliwości nauki zawodu na coraz bogatszej bazie fantomowej, ale również w warunkach oddziałów szpitalnych i ambulatoriów.** Zupełnie inna jest ocena sposobu i możliwości szkolenia podyplomowego. Sama KIF zgłasza, że będąca w ofercie edukacyjnej specjalizacja w dziedzinie fizjoterapii powinna zostać zasadniczo zmieniona. W obecnej formie mamy do czynienia w zasadzie z programowym powtórzeniem przebiegu studiów. **Proces specjalizacyjny wymaga zmian, ale żeby zmiany te mogły zostać wprowadzone, w pierwszej kolejności wymagana będzie nowelizacja ustawy o zawodzie fizjoterapeuty i ustaw powiązanych.** Sam proces pozyskiwania specjalizacji powinien zostać ukształtowany kierunkowo. W **pierwszym etapie proponujemy przygotowanie programów i wytycznych dla realizacji specjalizacji w zakresie fizjoterapii wieku dziecięcego, fizjoterapii schorzeń narządu ruchu, fizjoterapii schorzeń ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego oraz fizjoterapii geriatryczno-internistycznej.** Wszystkie proponowane ścieżki podyplomowego kształcenia doskonalącego dla fizjoterapeutów, którzy chcą podnosić swoje kwalifikacje zawodowe powinny być bezpłatne. Z punktu widzenia fizjoterapeutów i reprezentującej ich Krajowej Izby Fizjoterapeutów, dużo ważniejszymi oczekiwaniami są zmiany w zakresie kontraktowania usług rehabilitacji, ich rozliczania i sprawozdawania. Tej tematyce poświęcony będzie osobny dokument przygotowany przez Instytut Strategię 2050.

Proponujemy też, aby fizjoterapeuci uzyskali uprawnienia do wydawania recept na niektóre farmaceutyki (np. te wspomagające terapię masażem), na podobnych zasadach jak pielęgniarki. Usprawni to ich pracę i odciąży lekarzy, do których pacjent musi się udać po odpowiednią receptę.

4.5. Diagnostyki laboratoryjni

Diagnostyki laboratoryjni to ciągle jedna z bardziej niedocenianych grup zawodów medycznych. W Polsce ten zawód wykonuje ponad 16 tysięcy osób. Środowisko diagnostów laboratoryjnych od lat zwraca uwagę na niedostrzeganie przez decydentów ich roli w systemie. Sytuacja pandemii dobitnie pokazała znaczenie tej grupy dla systemu i unaoczniała fakt, że bez diagnostów laboratoryjnych walka z pandemią nie jest możliwa. Aby otrzymać uprawnienia do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego, należy skończyć studia na kierunku analityka medyczna. Są one jednolitymi studiami magisterskimi i trwają nie krócej niż 10 semestrów. **Proponujemy modyfikację programu studiów magisterskich polegającą na wprowadzeniu większej liczby zajęć praktycznych w zakresie nowoczesnych technik diagnostycznych: na przykład biologii molekularnej oraz spektrometrii mas.** Poprawi to perspektywy zatrudnienia młodych diagnostów laboratoryjnych w dynamicznie rozwijających się dziedzinach medycyny. Zawód diagnosty laboratoryjnego jest zawodem zaufania publicznego jednak otrzymywane wynagrodzenie jest w sposób rażący niewspółmierne do wykonywanych obowiązków, odpowiedzialności oraz poziomu wiedzy i wykształcenia tej grupy pracowników. Diagnostki otrzymują znacząco niższe wynagrodzenie niż inni pracownicy o podobnym poziomie wykształcenia. Tak niskie wynagrodzenie powoduje stały odpływ pracowników tej grupy, co w istotny sposób dezorganizuje pracę laboratoriów medycznych w kraju. Absolwenci kierunku Analityka po zdobyciu wiedzy odchodzą do innych, lepiej opłacanych branż. Zatem ich wiedza oraz koszty ich wykształcenia pozostają stracone dla publicznego systemu ochrony zdrowia. Obowiązujące współczynniki pracy oraz ich proponowane korekty mają charakter dyskryminujący. Efektem tego są poważne deficyty kadrowe i przemęczenie pracujących obecnie w systemie diagnostów laboratoryjnych.

Na dodatek Ministerstwo Zdrowia podważa sam fakt odrębności tego zawodu. W jednym ze swoich wywiadów Minister zdrowia prof. Łukasz Szumowski stwierdził, że zawód diagnosty laboratoryjnego nie jest uregulowany prawnie⁴⁷ i właśnie z tego powodu diagnostki laboratoryjni, w przeciwieństwie do lekarzy i pielęgniarek, nie otrzymali bezpośrednio środków przeznaczonych na podwyżki wynagrodzeń. Prezydium KRDL wskazuje, że stanowisko ministra nie jest zgodne z prawdą. Zawód diagnosty laboratoryjnego działa na podstawie ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. z 2016 r., poz. 2245) oraz analogicznie jak lekarze i pielęgniarki posiada samorząd zawodowy. **W związku z tym diagnostom należy się przeznaczenie bezpośrednich środków na wzrost wynagrodzeń.** Istotne jest też, że diagnostki laboratoryjni finansują szkolenie specjalizacyjne oraz egzamin specjalizacyjny ze środków własnych, co częstokroć pochłania ich roczne zarobki.

⁴⁷ w wywiadzie udzielonym stacji radiowej RMF FM, 8 maja 2020.

Postulujemy bezwzględne zniesienie wszelkich opłat za kursy i szkolenia obowiązkowe w ramach szkolenia specjalizacyjnego dla diagnostów, niezależnie od rodzaju specjalizacji. Konieczne jest ustabilizowanie zasad zatrudnienia i czasu pracy, odstąpienie od planowanych form samozatrudnienia diagnostów na terenie szpitala z ponoszeniem solidarnej odpowiedzialności ze szpitalem za błędy diagnostyczne. Nie można również zapomnieć o technikach analityki, którzy wspierają diagnostów w ich codziennych obowiązkach. Również dla tej grupy zawodowej przedstawiamy propozycje korekty wynagrodzeń, na podobnych zasadach jak dla innych medyków z wykształceniem średnim zawodowym.

4.6. Dietetycy

Ponad połowa dorosłych obywateli Polski charakteryzuje się nadwagą lub otyłością. Już tylko ten fakt podkreśla rolę, jaką powinna pełnić dietetyka w naszym systemie ochrony zdrowia. Prawidłowe leczenie żywieniowe jest niezbędne dla uzyskania efektów terapeutycznych u pacjentów przewlekłe chorych, hospitalizowanych. Tymczasem dostępność do usług świadczonych przez wykwalifikowanych dietetyków w Polsce jest ograniczona. Wynika to, między innymi, z prawnego nieuregulowania zawodu dietetyka, a także z braku standardów kształcenia w tym zawodzie.

W Polsce od około 15 lat stosowany jest dwustopniowy system nauczania w zakresie dietetyki – trzyletnie studia I stopnia zakończone uzyskaniem tytułu licencjata dietetyki oraz dwuletnie studia II stopnia zakończone uzyskaniem tytułu magistra dietetyki. Kształcenia odbywa się jednak w różnych typach szkół wyższych, dotychczas nie ma standardu kształcenia na kierunku Dietetyka w Polsce. Nie istnieją też specjalizacje kliniczne, które przygotowałyby absolwentów kierunku Dietetyka do pracy w określonych specyficznych obszarach medycyny klinicznej.

Absolwenci pracują w publicznych i niepublicznych placówkach ochrony zdrowia, domach opieki społecznej, organizacjach konsumenckich, jednostkach zajmujących się edukacją z zakresu żywienia człowieka, instytucjach naukowo-badawczych, placówkach sportowych, zakładach żywienia zbiorowego, czy w zakładach dostarczających pożywienie do szpitali.

Jednak pomimo oczywistej wagi zawodu dietetyka, nie został on dotychczas uregulowany w odrębnym akcie rangi ustawowej⁴⁸. W przeciwieństwie do zawodu położnej, ratownika medycznego, farmaceuty czy felczera, brak jest w dietetyce ustawowych jednolitych zasad precyzujących warunki dostępu do zawodu i posługiwania się tytułem zawodowym. Ten brak kompleksowej regulacji powoduje, iż ukończenie różnego rodzaju kursów bądź szkoleń z zakresu dietetyki może dawać podstawę do mianowania się „dietetykiem”. Możliwe są sytuacje, w których osoby pracujące jako dietetycy wykonują swój zawód na zasadzie przyuczania do zawodu dopiero na objętym stanowisku pracy. Brak ustawowych standardów niesie z sobą oczywiste ryzyko związane z wykonywaniem tego zawodu medycznego przez osoby bez odpowiednich kwalifikacji. Wymagania dotyczące uzyskania określonych kwalifikacji zawodowych obecnie dotyczą jedynie osób wykonujących zawód dietetyka na rzecz podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Ujednolicenie zasad określających dostęp do zawodu dietetyka pozwoliłoby na znaczne ograniczenie zagrożeń wynikających z braku odpowiedniego przygotowania do wykonywania tego zawodu.

⁴⁸ „Prawne uwarunkowania zawodu dietetyka”, <http://www.nutrilife.pl/index.php?art=311>.

Porady żywieniowo-dietetyczne nie są uwzględnione w koszyku świadczeń gwarantowanych. Wydaje się to zasadne przynajmniej w wyszczególnionych przypadkach. Według Instytutu Matki i Dziecka jedynie 7 proc. polskich matek komponuje swoim dzieciom właściwą dietę, a 85 proc. jest przekonanych, że robią to w sposób właściwy. Stąd o konieczności umieszczenia porady dietetycznej dla kobiet w ciąży oraz dla rodziców dzieci do 5 roku życia w koszyku świadczeń gwarantowanych apelują Rzecznik Praw Dziecka⁴⁹, lekarze oraz organizacje pacjenckie⁵⁰.

Postulujemy stworzenie jednego standardu kształcenia na kierunku dietetyka, aby wyeliminować różnice pomiędzy uczelniami w zakresie i poziomie uzyskanej wiedzy oraz wprowadzenie ustawy o zawodzie dietetyka – jako o zawodzie medycznym. Ponadto proponujemy, aby na etapie studiów II stopnia lub w kształceniu podyplomowym wyodrębnić w szkoleniu specjalizacje o charakterze klinicznym (np. onkologia, diabetologia, nefrologia), przygotowujące dietetyków do pracy w obszarach wymagających specyficznej wiedzy żywieniowej. Dietetycy w systemie ochrony zdrowia powinni być wynagradzani podobnie do innych zawodów medycznych – szczegóły w rozdziale dotyczącym wynagrodzeń - powyżej.

Przyłączamy się do postulatu wymienionych wyżej gremiów umieszczenia porady dietetycznej dla kobiet w ciąży oraz dla (rodziców) dzieci do 5 roku życia w koszyku świadczeń gwarantowanych.

⁴⁹ „Porada żywieniowo-dietetyczna w koszyku?”, <https://www.politykazdrowotna.com/24724,porada-zywniowo-dietetyczna-w-koszyku>, 07.11.2007;

⁵⁰ „Plany i wyzwania nowej organizacji dietetyków”, <https://www.politykazdrowotna.com/32064,plany-i-wyzwania-nowej-organizacji-dietetykow>, 21.05.2018;

4.7. Elektroradiolodzy

Współczesna medycyna nie istnieje bez radiologii. Obecnie w Polsce pracuje blisko 10 tys. elektroradiologów i techników elektroradiologów. Specjaliści tej dziedziny są niezbędnymi członkami zespołów radiologicznych, ale pracują również na wielu innych polach medycyny, jak chociażby w kardiologii przy zabiegach ablacji czy implantacji stymulatorów serca i kardiowerterów-defibrylatorów. Szacuje się, że elektroradiolodzy wykonują w Polsce rocznie nawet 30 mln procedur klinicznych. Jednak zdaniem przedstawicieli tej grupy zawodowej, elektroradiologia pozostaje w Polsce dziedziną niedocenioną i słabo opłacaną⁵¹. Co więcej, w elektroradiologii brak jest podziału współczynnika płacy w zależności od poziomu wykształcenia, co w oczywisty sposób obniża motywację do samodoskonalenia zawodowego. Od 2014 roku, pomimo narażenia na promieniowanie jonizujące, wydłużono czas pracy elektroradiologów, w dodatku bez jakiegokolwiek wzrostu wynagrodzenia.

Sytuację mogłaby zmienić ustawa o zawodzie elektroradiologa regulująca przede wszystkim czas pracy, jej warunki, ścieżkę kształcenia specjalistycznego dającą państwowe uprawnienia, pozwalającą pracować na danym stanowisku, z weryfikowaniem wiedzy i umiejętności. Jednak, jak twierdzi Przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Techników Medycznych Elektroradiologii, Cezary Staroń, samodzielna ustawa o zawodzie wiąże się z możliwością powołania samorządu zawodowego, na co zgodzić się nie chce Ministerstwo Zdrowia⁵².

Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Elektroradiologii, w trosce o zdrowie obywateli w dobie pandemii, zawiesił do odwołania wszelkie akcje protestacyjne. Niemniej ostrzega przed akcją ogólnopolską w przypadku braku poprawy warunków płacowych w tej grupie zawodowej. **Należy pilnie zwiększyć zarobki elektroradiologów i techników elektroradiologów, nie z obawy przed protestami, ale w celu urealnienia płacy za ten niezbędny w medycynie zawód.**

Postulujemy:

- **utworzenie, w porozumieniu z przedstawicielami branży, ustawy o zawodzie elektroradiologa⁵³, na którą środowisko czeka od ponad 30 lat;**

⁵¹„Eksperci: pilnie potrzebna jest ustawa o zawodzie elektroradiologa”, <https://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Eksperci-pilnie-potrzebna-jest-ustawa-o-zawodzie-elektoradiologa,216011,8,1.html>, 03.12.2020;

⁵²„Technicy elektroradiologii: najniższe wynagrodzenie jest najwyższym”, <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/technicy-elektoradiologii-najnizsze-wynagrodzenie-jest-najwyzszym>, 22.04.2021;

⁵³„Elektroradiolodzy czują się zdegradowani.»Dyrektorzy uważają, że zdjęcia robimy polaroidem«”, <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Elektoradiolodzy-czuja-sie-zdegradowani-Dyrektorzy-uwazaja-ze-zdjecia-robimy-polaroidem,216553,14,1.html>, 17.12.2020;

- **utworzenie specjalizacji w ramach dziedziny elektroradiologia umożliwiających absolwentom kierunku dalsze doskonalenie zawodowe i możliwość zdobycia państwowych uprawnień specjalistycznych;**
- **powiązanie zdobywania uprawnień i specjalizacji z awansem zawodowym i ustalonym wzrostem wynagrodzeń⁵⁴.**

⁵⁴„Eksperti: pilniepotrzebna jest ustawa o zawodzie elektroradiologa”, <https://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Eksperti-pilnie-potrzebna-jest-ustawa-o-zawodzie-elektroradiologa,216011,8,1.html>, 03.12.2020;

4.8. Farmaceuci

Osoby zatrudnione w aptekach, w tym aptekach szpitalnych to:

- A. Farmaceuci - magistrowie farmacji pracujący w aptekach (30.000 osób);
- B. Technicy Farmacji - osoby z wykształceniem średnim + technikum. Bardzo niedoceniana grupa zawodowa - obecnie ponad połowa transakcji i kontaktów pacjentów w aptece jest wyłącznie z nimi.

Technicy i farmaceuci obsługują codziennie około 3 mln pacjentów, z których większość zadaje pytania dotyczące stosowania kupowanych leków lub stanu swojego zdrowia. Farmaceuci i technicy farmacji są pierwszymi osobami, którym pacjent często zgłasza swoje problemy i często po wywiadzie kierują pacjenta do lekarza lub na badanie, co daje im szansę na skuteczne leczenie. **Farmaceuci skutecznie udzielają wielu milionów porad miesięcznie. To ogromny potencjał, który będziemy doceniać i rozwijać.**

W programach studiów dla farmaceutów oraz w programie kształcenia techników farmaceutycznych **proponujemy poszerzyć zakres kształcenia dotyczący usług farmaceutycznych i opieki farmaceutycznej.** W świecie, w którym praca farmaceuty polega albo na wydawaniu leków, albo na doradztwie w zakresie doboru leku i jego stosowania, programy powinny być do tego dostosowane. **Wszystkie programy nauczania farmacji muszą być zintegrowane i zgodne z międzynarodowym systemem edukacji tzw. pharmacist competency framework – części składowe kształcenia i szkolenia muszą być spójne i odpowiednio ze sobą połączone.** Programy nauczania powinny cechować się progresywnością, w miarę postępu nauki traktować te same pojęcia naukowe i zawodowe w coraz bardziej złożony sposób, odpowiedni do posiadanej wiedzy i poziomu zrozumienia tematu. **Rekomendujemy również nauczanie w zakresie prawa farmaceutycznego w szczegółowy sposób,** gdyż farmaceuci pracują w niezwykle silnie regulowanej branży i są narażeni na poważne konsekwencje w przypadku złamania prawa. **Kolejny deficytowy obszar kształcenia to komunikacja z pacjentem** - brakuje szkolenia w zakresie budowania tej umiejętności, a praca w aptece to często trudne rozmowy z pacjentami. Podczas studiów powinny być prowadzone szkolenia praktyczne we wszystkich możliwych miejscach funkcjonowania farmaceuty i to na wczesnych latach, aby mogli świadomie wybrać specjalność, w jakiej będą chcieli zakończyć swoją edukację. Już dzisiaj mamy takie możliwości zatrudnienia jak: przemysł, hurtownie, nadzór, rejestrację, administrację, szkoły wyższe i inne.

Rekomendujemy również usunięcie przeszkód administracyjnych oraz bezpłatne szkolenie specjalizacyjne dla farmaceutów chcących się specjalizować w zakresie farmacji klinicznej. W myśl obecnie obowiązujących przepisów prawa,

wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów jest niezbędne dla zapewnienia funkcjonowania aptek szpitalnych.

Wiedza i umiejętności farmaceutów nie są odpowiednio wykorzystane. Dopiero obowiązująca od dnia 16 kwietnia 2021 ustawa z dnia 10 grudnia 2020 roku o zawodzie farmaceuty (Dz. U. 2021; poz. 97) częściowo reguluje możliwość prowadzenia porad farmaceutycznych i świadczenia usług w aptekach⁵⁵. Do niedawna zdarzało się, że Inspektor Farmaceutyczny wymierzał karę za zmierzenie ciśnienia tętniczego krwi w aptecę, na przykład w celu sprawdzenia, jaki lek przeciwbólowy można pacjentowi zaproponować. Nawet dziś, już po wejściu w życie ustawy o zawodzie farmaceuty, wciąż nie ma rozporządzeń wykonawczych i jasnych wytycznych w sprawie usług. **Proponujemy opracowanie jasnych zasad dotyczących świadczenia usług w aptekach oraz odpowiedzialności farmaceutów.**

⁵⁵ Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U.2021.97).

4.9. Psychologowie i zawody pokrewne

Ludzie zdrowia, bez których nie można sobie wyobrazić współczesnej medycyny to psycholog, terapeuta środowiskowy, psychoterapeuta i instruktor terapii uzależnień. Przepisy regulujące wykonywanie zawodu psychologa zawarte w ustawie z 8 czerwca 2001 r. nie funkcjonują, m.in. z uwagi na niepowołanie samorządu zawodowego psychologów, do którego zadań należeć miał nadzór nad wykonywaniem zawodu. W tej sytuacji Ogólnopolski Związek Zawodowy Psychologów podjął wraz z ekspertami prace nad projektem nowej ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów. Ustawa ma uregulować uzyskanie prawa wykonywania zawodu psychologa, wykonywanie działań psychologicznych oraz funkcjonowanie samorządu zawodowego. Jedną z najistotniejszych zmian dotyczyć będzie także przejęcia nadzoru nad działalnością samorządu zawodowego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Wskazane jest zawarcie w tej ustawie także upoważnienia do wydania przez ministra właściwego ds. zdrowia rozporządzenia określającego standardy postępowania przy danych jednostkach chorobowych (jako odpowiednik Clinical Practice Guidelines), a także utworzenie na mocy rozporządzenia ministra właściwego ds. zdrowia listy zastrzeżonych psychologicznych narzędzi diagnostycznych (np. inteligencji, osobowości, diagnozy klinicznej oraz neuropsychologicznej), dostępnych tylko dla osób posiadających prawo wykonywania zawodu psychologa.

W Sejmie obecnej kadencji powstał Parlamentarny Zespół ds. Ustawowego Uregulowania Zawodu Psychologa, którego prace wspiera ekspertyzą także Instytut Strategii 2050.

Dla opieki psychiatryczno-psychologicznej nad dziećmi, młodzieżą, również dorosłymi oprócz psychologów bardzo ważny jest zawód terapeuty środowiskowego. Terapeuta środowiskowy nawiązuje kontakt z pacjentem, rozpoznaje jego potrzeby i możliwości, planuje działania terapeutyczne oraz opracowuje indywidualny i społeczny plan wsparcia, podejmuje interwencje środowiskowe, realizuje działania terapeutyczne w wymiarze indywidualnym i społecznym dotyczące pacjentów, ich rodzin oraz społeczności lokalnej⁵⁶. Terapeuta środowiskowy realizuje zadania poprzez oddziaływania indywidualne, a także współpracując z wielospecjalistycznym zespołem terapeutycznym. Koordynuje działania w zakresie współpracy instytucjonalnej oraz podejmuje działania interwencyjne w środowisku pacjenta. Właśnie z tych powodów postulujemy o:

- prawne uregulowanie zawodu terapeuty środowiskowego

⁵⁶ „Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży”, 2019, http://www.zdrowie.gov.pl/uploads/pub/news/news_3657/Psychoterapia-dzieci-i-m%C3%B3%C5%82odzie%C5%BCy-program-specjalizacji-2019.pdf

- uruchomienie na państwowych uczelniach medycznych studiów podyplomowych „Terapeuta środowiskowy” oraz „Terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży” dedykowanych absolwentom kierunku „Psychologia zdrowia” (studia jednolite magisterskie), również w trybie zaocznym;
- uruchomienie studiów dwustopniowych, w których trwający trzy lata stopień pierwszy licencjacki kończyłby się uzyskaniem tytułu licencjata psychologii zdrowia, z którym to tytułem możliwe byłoby kontynuowanie nauki w ramach stopnia drugiego na jednym z dwóch kierunków „Terapeuta środowiskowy” lub „Psychoterapeuta dzieci i młodzieży”;
- opracowanie programów dydaktycznych, planów tzw. krótkiej ścieżki w szkoleniu terapeutów środowiskowych oraz zasady kwalifikacji do procedury krótkiej ścieżki.

Zawód **terapeuty uzależnień** jest bardzo istotny w opiece zdrowotnej. Wg PARPA 800 tysięcy Polaków jest uzależnionych od alkoholu, a 2 miliony to osoby pijące szkodliwie⁵⁷. Liczbę problemowych użytkowników marihuany i innych środków odurzających oszacowano na 61 000- 110 000 osób. Należy też dodać, że ostatnie 20 lat to także czas, kiedy na świecie pojawiały się nowe uzależnienia, nazywane behawioralnymi – m.in. uzależnienie od Internetu, uzależnienie od gier komputerowych, które stają się powoli epidemią naszych czasów. Obecnie terapeuci funkcjonują w oparciu o dwa różne porządki prawne – przepisy ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii⁵⁸ oraz ustawy wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi⁵⁹. W zależności od ścieżki inny jest chociażby proces zdobywania kwalifikacji, różne są tytuły, którymi posługują się terapeuci – specjalista terapii uzależnień (z certyfikatem Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii) lub specjalista psychoterapii uzależnień (potwierdzony certyfikatem Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych). **Nadanie ram ustawowych procesowi kształcenia i zdobywania uprawnień zawodowych przez specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień jest bardzo ważnym zagadnieniem. Proponujemy również regulację wynagrodzeń psychoterapeutów i instruktorów terapii uzależnień adekwatnie do przedstawicieli zawodów medycznych.** Należałoby określić możliwe dodatki za certyfikat psychoterapeuty czy specjalisty psychoterapii uzależnień i ujęcie tych osób w tabeli, to są także długoletnie i kosztowne szkolenia, wymagające dużych nakładów finansowych ze środków własnych psychologa.

⁵⁷ „Raport z badań dzieci i młodzieży”, 2011, <http://www.parpa.pl/index.php/33-analizy-badania-raporty>.

⁵⁸ Obwieszczenie Marszałka Sejmu RP z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U.2017. 783 i 1458).

⁵⁹ Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 25 marca 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U.2016.487).

4.10. Ratownicy medyczni

O pogłębiających się problemach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) wiemy od dawna. Coraz częściej słyszymy też o pogarszającej się sytuacji kadrowej w grupie ratowników medycznych. Czas pandemii SARS-CoV-2 w sposób bezwzględny obnażył wszystkie problemy systemu PRM. **Przyczyny zagrażającej kadrowej zapaści w grupie ratowników medycznych są wielorakie: (1) brak uregulowania zawodu; (2) brak wyznaczonej ścieżki zawodowego awansu; (3) należące do najniższych w ochronie zdrowia zarobki przy szczególnie obciążającym charakterze pracy; (4) „psujące” prawo kolejne nowelizacje zapisów ustawy o PRM oraz innych ustaw i rozporządzeń, również przy okazji uchwalania tzw. tarcz covidowych.**

W grupie zawodowej ratowników medycznych tkwi ogromny i dotychczas zupełnie niewykorzystany potencjał. Obecnie jakikolwiek rozwój zawodowy ratowników medycznych kończy się zaraz po studiach. Brak możliwości awansu ratowników w ratownictwie medycznym frustruje, a stawianie przez pracodawców na równi ratowników dobrze przygotowanych do wykonywania zawodu z tymi przygotowanymi gorzej skutkuje odchodzeniem z pracy niestety tych lepszych. Niektórzy rozpoczynają kolejne studia na kierunku pielęgniarstwo, co ma oferować perspektywę rozwoju i wyższego wynagrodzenia. Systemu PRM na straty kadr w takim mechanizmie nie stać.

Przyszłość systemu PRM to zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) bez lekarza. Dla zachowania możliwości udzielania skutecznej pomocy przez ZRM, w których już niedługo pozostaną sami ratownicy medyczni, konieczne jest intensywne praktyczne doksztalcanie się ratowników i okresowa recertyfikacja posiadanych umiejętności. Przede wszystkim nacisk należy położyć na ćwiczenie i egzekwowanie umiejętności prawidłowego i samodzielnego wykonywania medycznych czynności ratunkowych, które ratownicy medyczni już teraz powinni wykonywać samodzielnie. Do tych zadań powinny służyć kursy doskonalenia zawodowego.

W zakresie promowania rozwoju systemu kształcenia ratowników medycznych proponujemy:

1. Trzeba dokonać zmiany programów kształcenia i zupełnie zmienić filozofię nauczania zawodu ratownika medycznego. Najwyższy czas na szerokie włączenie w proces edukacyjny nowoczesnych technologii: technicznych, informatycznych i z pogranicza sztucznej inteligencji. W szkoleniu ratowników medycznych trzeba postawić na nowe formy seminariów i godziny ćwiczeń prowadzone w możliwie małych grupach. Proponujemy przesunięcie wiedzy teoretycznej na platformę e-learningową ze zweryfikowaną zawartością

merytoryczną, pozwolenie studentowi na naukę we własnym tempie i wprowadzanie wiedzy teoretycznej do bezpośrednich działań „przy łóżku pacjenta”- lub chociażby „przy stanowisku symulatora”. Każda forma zajęć i wszystkie ćwiczone umiejętności muszą być ściśle rejestrowane i dokumentowane.

2. Uzasadnione jest stworzenie nowych i dedykowanych tylko ratownikom medycznym Centrów Symulacji Medycznej (CSM). Nowe CSM poprawią dostępność studentów kierunku ratownictwo medyczne do zajęć symulacyjnych o różnym stopniu skomplikowania oraz będą mogły zostać wykorzystane do szeroko rozumianego ustawicznego doskonalenia zawodowego ratowników medycznych [w oparciu chociażby o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2019 r. w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych (Dz.U. 2019, poz. 2464)]⁶⁰. W roku 2022 powinna się odbyć pierwsza edycja Państwowego Egzaminu z Ratownictwa Medycznego (PERM). Według ustawy o PRM PERM ma mieć postać organizowanego centralnie egzaminu testowego i ma dotyczyć wyłącznie absolwentów roku akademickiego 2021/2022 oraz kolejnych roczników⁶¹. To niewystarczające założenie. Egzamin testowy ocenia jedynie jeden z osiągniętych efektów kształcenia – wiedzę. **Ratownictwo medyczne to zawód, powinniśmy więc dokonać oceny umiejętności nabytych w czasie studiów – jako drugiego efektu kształcenia.** W naszej ocenie wskazane byłoby też, żeby dwuczęściowy, organizowany na wzór PERM egzamin objął WSZYSTKICH ZAWODOWO AKTYWNYCH ratowników medycznych na obszarze danego województwa w założonym okresie. Miejscem przygotowania do egzaminu i samego procesu zaliczania egzaminu z umiejętności praktycznych przez ratowników medycznych, wobec których PERM nie ma zastosowania powinny być nowo zorganizowane CSM.
3. **System szkoleń dla ratowników medycznych powinien być ogólnopolski i ujednolicony.** Ten działający obecnie nie jest szczelny i w wielu przypadkach, pomimo braku rzeczywistych kompetencji pozwala ratownikom medycznym na zaliczenie okresu edukacyjnego. W tym celu konieczne będzie poprawienie obecnie procedowanego projektu Ustawy o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie zawodowym i następnie jego uchwalenie.
4. **Należy stworzyć ścieżki rozwoju zawodowego ratowników medycznych w systemie PRM. Można je oprzeć o realizację kursów kwalifikacyjnych i/lub na uruchomieniu specjalizacji dedykowanych ratownikom medycznym,**

⁶⁰ Obwieszczenie Marszałka Sejmu RP z dnia 25 kwietnia 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2019.993).

⁶¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2019 r. w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych (Dz.U.2019.2464).

np. specjalizacji z opieki przedszpitalnej, opieki wewnątrzszpitalnej, czy ratownictwa pediatrycznego. W przygotowywanych treściach programowych dla kursów kwalifikacyjnych wykorzystać można treści Rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 4 stycznia 2019 r. w sprawie wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych⁶². Specjalizacje prowadzone byłyby w oparciu o bazę uczelni medycznych. Dla **wymienionych propozycji zawodowego rozwoju ratowników medycznych rozwiązaniem alternatywnym może być kontynuowanie studiów na stopniu II kierunku ratownictwo medyczne.** Zasadność takiej formy zdobywania kolejnych kompetencji zawodowych wymaga potwierdzenia w dyskusji **ze** środowiskiem ratowników medycznych.

5. Udział ratowników medycznych w szkoleniach w ramach szkolenia ustawicznego, kursów kwalifikacyjnych oraz w związku z realizowaną specjalizacją, powinien podlegać całkowitej refundacji ze środków przeznaczonych na szkolenie ustawiczne dla osób zatrudnionych w systemie PRM.

Dla utrzymania możliwości udzielania skutecznej pomocy przez zespoły ratownictwa medycznego i w SOR, konieczne jest wprowadzenie rewolucyjnych zmian w organizacji pracy ratowników medycznych. Przy kadrowych brakach lekarzy i pielęgniarek tzw. systemu, ratownictwo przedszpitalne będzie musiało się oprzeć na ratownikach medycznych. Proponujemy zatem:

1. **Utworzenie Izby (samorządu) Ratowników Medycznych. Na powstanie samorządu nie ma już wiele czasu.** Opracowując zasady wyboru władz samorządu warto skorzystać z doświadczeń już działających samorządów;
2. Uczynienie, wzorem niektórych państw zachodnich, systemu PRM służbą mundurową na wzór straży pożarnej czy policji, z wszelkimi wynikającymi z tego przywilejami, pewnością zatrudnienia czy możliwością przechodzenia na wcześniejszą emeryturę (jednocześnie trzeba podkreślić, że nie oznacza to propozycji podporządkowania Ratownictwa tzw. resortom siłowym);
3. Uznanie ratownictwa medycznego za dziedzinę priorytetową z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego państwa, z czym wiązałby się dodatek finansowy dla ratowniczek / ratowników medycznych zatrudnionych w zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych i strukturach Centrum Urazowego i Centrum Udarowego, czy prowadzących nauczanie przedmiotu w uczelniach medycznych;

⁶² Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 4 stycznia 2019 r. w sprawie wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych (Dz.U.2019.218).

4. Opracowanie ogólnopolskich lub chociaż regionalnych procedur bezpieczeństwa prawnego ratowników medycznych, którzy w sytuacji prawnie trudnej byłiby bronieni przez pracodawcę.
5. Opracowanie ogólnopolskich algorytmów postępowania ratunkowego w przypadku zagrażających życiu zdarzeń dla etapu działań przedszpitalnych i wczesnoszpitalnych (obszar SOR) oraz dla najczęstszych jednostek chorobowych, z których wypełnienia ratownicy medyczni będą bezwzględnie rozliczani. Algorytmy mogłyby być dostosowywane do regionalnych uwarunkowań np. dotyczących wyposażenia ZRM;
6. **Stworzenie zależnej od nabytych umiejętności i ukończonych kursów kwalifikacyjnych oraz stażu pracy w jednostkach systemu PRM metody gradacji wśród członków ZRM.** Skutkiem nowelizacji Ustawy z dnia 27 listopada 2020 r. (Dz.U. 2020 poz. 2401) o zapewnieniu w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych, kierownikiem zespołu może być każdy ratownik medyczny, nawet taki, który nie ma stażu pracy i doświadczenia zawodowego i po prostu do takiej funkcji nie ma merytorycznej bazy.⁶³;
7. **Możliwość nadawania ratownikom medycznym ze stażem pracy w SOR minimum 5 lat oraz pielęgniarkom ze specjalizacją w dziedzinie medycyna ratunkowa i specjalizacjami pokrewnymi (tu również warunek stażu pracy w SOR minimum 5 lat) uprawnień do samodzielnego realizowania świadczeń medycznych:** zebrania wywiadu, badania, zlecania i prowadzenia diagnostyki u chorych, którzy na podstawie segregacji wstępnej zostali zakwalifikowani jako oczekujący w kodzie niebieskim lub zielonym. Po zakończeniu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego chory musi zostać przedstawiony wraz z dokumentacją lekarzowi dyżurnemu SOR do potwierdzenia. Uprawnienia takie powinien mieć ordynator / lekarz kierujący SOR, w porozumieniu z oddziałową / koordynatorem SOR. Aby możliwe było zrealizowanie tej propozycji, konieczne jest rozszerzenie listy osób uprawnionych do zlecania badań radiologicznych określone Prawem Atomowym.

⁶³ Ustawa z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłaszania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych (Dz.U.2020.2401).

4.11. Salowe, sanitariusze, opiekunowie medyczni

System opieki zdrowotnej to także tysiące pracownic i pracowników wykonujących prace pomocnicze, wspierających lekarzy i pielęgniarki. Jak w całym sektorze publicznym, także i w opiece zdrowotnej ta grupa pracownic i pracowników doświadczyła w ostatnich dekadach daleko idących zmian, nie zawsze korzystnych. Najważniejszą z nich jest fala outsourcingu. Oczekując oszczędności, szpitale i inne placówki ochrony zdrowia na masową skalę wymieniły własnych pracowników świadczących usługi pomocnicze na personel zatrudniany przez prywatnych kontraktorów. Salowe czy sanitariusze na oddziałach covidowych są na pierwszej linii frontu walki z epidemią. Oni również, dzień w dzień, noc w noc mają styczność z osobami zakażonymi. Pomimo tak dużego zagrożenia, wciąż nie otrzymali „dodatku COVID-19” gwarantowanego przez budżet państwa. Nie zostali bowiem wymienieni w wydanych rozporządzeniach jako osoby należące do „personelu medycznego”, dla którego przewidziano dodatkowe wynagrodzenia. W rezultacie wielu dyrektorów szpitala w czasie drugiej czy trzeciej fali pandemii starało się wypłacić im dodatki z funduszu szpitalnego, ale zwykle były to stawki znacznie niższe niż te, które przysługiwały z budżetu państwa dla lekarzy czy pielęgniarek⁶⁴.

Outsourcing nie zawsze przynosi rzeczywiste oszczędności, a przy tym najczęściej skutkuje pogorszeniem warunków pracy i płacy personelu. Teoretycznie nie jest to problem samych placówek zdrowotnych, a firm, które świadczą na ich rzecz usługi. Od finansowanych ze środków publicznych placówek ochrony zdrowia powinniśmy jednak wymagać, by nie przymykały oczu na sytuację personelu podmiotów zewnętrznych wykonujących usługi na rzecz placówek zdrowotnych. Wymaga tego nie tylko społeczna odpowiedzialność instytucji działających w obszarze opieki zdrowotnej. Pamiętajmy również o tym, że personel pomocniczy odgrywa także niemałą rolę w zapewnieniu sprawnego i bezpiecznego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Jakość usług sprzątania czy utrzymania obiektów bezpośrednio rzutuje na bezpieczeństwo i komfort pacjentów. Outsourcing nie może więc być traktowany przez publiczne placówki jako sposób na pozbycie się odpowiedzialności za tę sferę.

Problemy związane z outsourcingiem usług w szpitalach były już wielokrotnie sygnalizowane, np. przez Najwyższą Izbę Kontroli czy w raporcie Ośrodka Myśli Społecznej im. F. Lassalle’a. NIK wykazał m.in., że w wielu przypadkach decyzja o outsourcingu poszczególnych usług nie jest poparta analizą wykazującą wyższą opłacalność tego rozwiązania względem świadczenia usług przez własnych

⁶⁴ „Salowe i sanitariusze bez dodatków za pracę z pacjentami covidowymi. Nie są personelem medycznym”, <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Salowe-i-sanitariusze-bez-dodatkow-za-prace-z-pacjentami-covidowymi-Nie-sa-quot-personelem-medycznym-quot,216466,1.html>, 15.12.2020;

pracowników⁶⁵. Do tego dochodzi opisywane w raporcie OMS im. Lassalle'a pogorszenie warunków pracy, ale także relacji interpersonalnych w placówkach zdrowotnych między pracownikami wewnętrznymi (np. pielęgniarkami) i personelem zewnętrznych firm (np. salowymi). Na poprawę sytuacji wpłynęło z pewnością podniesienie płacy minimalnej czy wprowadzenie minimalnej stawki godzinowej przy umowie zlecenia, ale nie rozwiązało to jeszcze wszystkich problemów⁶⁶.

Salowi, sanitariusze czy opiekunowie medyczni są pilnie poszukiwani, brakuje chętnych do podjęcia tego typu pracy za niegodną płacę. Niedobór kadrowy pod tym względem jest równie dotkliwy jak np. pielęgniarek. Jeśli w szpitalu brakuje salowej, sanitariusza czy opiekuna medycznego ich pracę ktoś musi wykonać. Bardzo często proste czynności pielęgnacyjne i/lub opiekuńcze muszą wykonać pielęgniarki i lekarze, szczególnie na oddziałach covidowych.

W celu poprawy warunków pracy personelu pomocniczego placówek ochrony zdrowia postulujemy:

- Ustawowe zobligowanie podmiotów leczniczych finansowanych ze środków publicznych do podejmowania decyzji o outsourcingu usług pomocniczych wyłącznie w oparciu o wszechstronną analizę dostępnych wariantów zapewnienia usług, która będzie również uwzględniała zapewnienie najbardziej korzystnych warunków pracy tego personelu;
- Przeprowadzenie przez NFZ we współpracy z Państwową Inspekcją Pracy kompleksowej kontroli warunków pracy personelu pomocniczego w placówkach publicznej opieki zdrowotnej;
- Zobowiązanie podmiotów leczniczych finansowanych ze środków publicznych do stosowania tzw. klauzuli zatrudnieniowej przy zamówieniu na usługi pomocnicze i opiekuńcze, czyli wymogu zatrudnienia całego personelu świadczącego te usługi na podstawie umowy o pracę (art. 95 nowego Prawa Zamówień Publicznych).
- Wynagrodzenie tzw. personelu niemedycznego w szpitalach mających kontakt z chorymi zakażonymi SARS-CoV-2 powinno być uregulowane na tych samych zasadach i dotyczyć tego samego okresu, jak to miało miejsce w odniesieniu do personelu medycznego.

W Polsce żyje ponad milion osób przewlekłe chorych, które potrzebują stałego wsparcia opiekuńczo-pielęgnacyjnego. Dlatego tak istotną sprawą jest zwrócenie

⁶⁵ "Korzystanie z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne", <https://www.nik.gov.pl/plik/id,11747,vp,14113.pdf>, NIK 2016;

⁶⁶ „Outsourcing usług ochrony oraz utrzymania czystości w instytucjach publicznych”, http://lassalle.org.pl/wp2/wp-content/uploads/2016/02/OMSL_Outsourcing_uslug-ochrony_i_sprzatania.pdf, Wrocław 2016.

szczególnej uwagi na kształcenie i zatrudnienie opiekunów medycznych. Już teraz szacuje się, że brakuje w Polsce około 200 tys. opiekunów medycznych. Ponadto nasze społeczeństwo starzeje się, związku z tym zapotrzebowanie na usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze w najbliższych latach będzie jeszcze wzrastać.

Jedną z głównych przyczyn niedoboru opiekunów medycznych są niskie płace, obecnie większość z nich otrzymuje najniższe wynagrodzenie, czyli 2800 zł brutto. Dlatego wielu decyduje się na pracę u naszych zachodnich sąsiadów, gdzie mogą liczyć na zarobki rzędu 1300-1500 euro. Należy w związku z tym dążyć do realnego wzrostu płac opiekunów medycznych. Zaproponowane ostatnio przez Ministerstwo Zdrowia podwyżki dla tej grupy są krokiem w dobrą stronę. Zarobki opiekunów medycznych zgodnie z zapowiedzią mają wzrosnąć o około 700-800 zł na rękę.

Ponadto trzeba ułatwić dostęp do szkół policealnych kształcących opiekunów medycznych i do egzaminów państwowych (w 2020 r. taki egzamin zdało 7168 osób) oraz stworzyć zachęty do kształcenia się w tym zawodzie (obecnie około 60 tys. osób posiada dyplom opiekuna medycznego, z tego w zawodzie zatrudniona jest tylko połowa).

Jako kolejny krok należy rozważyć rozszerzenie kompetencji opiekunów medycznych (np. o wykonywanie czynności w zakresie pobierania krwi żyłnej, czy opieki nad pacjentem dializowanym), dzięki temu mocniej wsparliby i odciążyli w pracy pielęgniarzy.

Ponadto warto podkreślić, że opiekunowie medyczni są bardzo ważnym społecznie zawodem, gdyż nie tylko pomagają osobom starszym czy z niepełnosprawnością, ale są także realnym i niezbędnym wsparciem dla rodzin tych osób.

4.12. Specjaliści zdrowia publicznego

Specjaliści zdrowia publicznego, dzięki szerokiemu i interdyscyplinarnemu zakresowi kompetencji uzyskiwanych w toku studiów, są dobrze przygotowani do pracy w różnych podmiotach systemu. **Planujemy formalne uregulowanie kwestii zatrudniania absolwentów zdrowia publicznego oraz zdefiniowanie wykazu stanowisk, na których mogliby być zatrudniani.** Specjaliści zdrowia publicznego w sytuacji pandemii mogliby być przydatni zarówno w jednostkach opieki zdrowotnej, inspekcji sanitarnej, jak i jednostkach samorządu terytorialnego w celu usprawnienia procesów administracyjno-organizacyjnych. Cechą charakterystyczną polskiego systemu ochrony zdrowia jest brak koordynacji leczenia i fragmentaryczność procesów terapeutycznych. Świadczy o tym odsyłanie pacjentów do innych podmiotów z powodu braku możliwości kompleksowego leczenia, co negatywnie wpływa na efekty leczenia. Polski system ochrony zdrowia potrzebuje wykwalifikowanych koordynatorów zdrowia, którzy, we wprowadzaniu dobrych zmian i nawyków, wspierać będą zarówno pacjentów jak i pracowników medycznych i kadrę zarządzającą. Specjaliści zdrowia publicznego, dzięki interdyscyplinarnej wiedzy i ukierunkowanemu przygotowaniu do pracy w systemie zdrowotnym, bardzo dobrze sprawdzają się np. w roli koordynatorów leczenia. **Absolwent zdrowia publicznego powinien być zatrudniony w każdym POZ i w każdym Lokalnym Domu Zdrowia. Praca koordynatora zdrowia będzie wspomagać pracę lekarzy i pielęgniarek,** pomoże zidentyfikować obszary do zmiany w zakresie diety czy trybu życia, znaleźć osobistą motywację w obszarze szeroko pojętego zdrowia i aktywności życiowej.

Specjalista zdrowia publicznego będzie również nadzorował zadania w zakresie opieki koordynowanej chorego wymagającego równoczesnego lub wielotorowego leczenia / diagnostyki różnych problemów zdrowotnych, pomagał pacjentowi poruszać się w systemie ochrony zdrowia, kierował do odpowiednich podmiotów medycznych. Wykwalifikowany koordynator będzie **wsparciem dla jednostek organizacyjnych systemu ochrony zdrowia i dla lekarza odpowiedzialnego.** Studia zdrowie publiczne z elementami e- zdrowia powinny mieć charakter interdyscyplinarny i przygotowywać do pracy zarówno bezpośrednio z pacjentem, jak i z pracownikami medycznym i kadrą zarządzającą podmiotami leczniczymi, jednostkami samorządu terytorialnego, organizacjami pozarządowymi. Program studiów powinien obejmować wiedzę z zakresu psychologii i nauk medycznych oraz umiejętności do profesjonalnego korzystania z narzędzi dotyczących profilaktyki i promocji zdrowia. Absolwenci będą wspierać swojego pacjenta w zdobywaniu pewności siebie, wzmocnieniu zaangażowania i motywacji do zmiany oraz realizowaniu procesu dochodzenia do własnych, skutecznych rozwiązań problemów w obszarze zdrowia. W trakcie studiów staże powinny być prowadzone m.in. w oddziałach szpitalnych, poradniach, administracji, w organizacjach pozarządowych.

4.13. Sekretarki medyczne, rejestratorki i asystenci medyczni

Wskazując sposób organizacji pracy jako jedną z przyczyn kryzysu systemu ochrony zdrowotnej w Polsce wspomnieliśmy o konieczności promowania takich zawodów jak sekretarka medyczna, rejestratorka i asystent medyczny. W dobie generowania ogromnych ilości danych medycznych, sekretarka medyczna jest zawodem, z którym wiążemy duże nadzieje na wsparcie pielęgniarek i lekarzy oraz odciążanie ich od znacznej części obowiązków. Z kolei rejestratorki medyczne są na pierwszej linii frontu jeśli chodzi o kontakt pacjentów z systemem ochrony zdrowia. To one uczestniczą w planowaniu udzielania pomocy medycznej, informują pacjentów o braku wolnych terminów u lekarza specjalisty, albo rejestrują wizytę na za cały rok, bo takie są możliwości systemu. To one informują pacjentów o odwołanych lub przełożonych terminach szczepień i to na nie z wymienionych powodów spada cała agresja pacjentów.

Potrzebą chwili jest też wdrożenie czynności legislacyjnych, które pozwolą na pozyskanie dla systemu ochrony zdrowia asystentów medycznych. W przypadku asystentów medycznych dotychczasowy czas nie został dobrze wykorzystany. Ustawa z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2018 poz. 1925) wprowadziła na rynek zawodów medycznych asystenta medycznego z jednym, wąskim uprawnieniem. Posiada on prawo do wystawienia zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy, oczywiście na podstawie dokumentacji medycznej sporządzonej przez lekarza⁶⁷. Asystentem medycznym może być każdy przedstawiciel zawodu medycznego, inny niż lekarz, pod warunkiem, że zawód medyczny wykonuje i jest wpisany w Rejestr Asystentów Medycznych. Ograniczenie zadań asystenta medycznego wyłącznie do wystawiania zaświadczeń o niezdolności do pracy jest marnowaniem potencjału do wykonywania znacznie szerszego zakresu zadań we współpracy z lekarzem i pielęgniarką. Nowelizacja ustawy, o której tu mowa wskazałaby jak szerokie uprawnienia zostałyby przyznane asystentowi medycznemu i co ważne, może zostać przeprowadzona szybko.

⁶⁷ Ustawa z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (Dz.U.2018.1925).

Zakończenie

Konstytucja RP składa obywatelom zobowiązanie, że Państwo zapewni im dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze świadczeń publicznych. Publiczny system ochrony zdrowia to jeden z głównym filarów nowoczesnego państwa dobrobytu. Nie może on jednak sprawnie działać, jeśli państwo nie dba odpowiednio o ludzi, którzy go tworzą. Niniejszy dokument wskazał główne kierunki koniecznych zmian w prawie i praktyce funkcjonowania państwa, których celem jest zmiana tego stanu rzeczy. Ufamy, że zmiany te zostaną wdrożone, a w efekcie w polskim systemie ochrony zdrowia będzie pracowało więcej dobrze wykształconych, nieprzepracowanych i godnie opłacanych ludzi zdrowia. Nie mamy wątpliwości, że na zmianach tych skorzystają ci, dla których ludzie zdrowia pracują, czyli pacjenci.

Aneks 1

Szczegółowe propozycje minimalnych współczynników wynagrodzenia zasadniczego pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych w podmiotach leczniczych:

Pielęgniarki

Proponujemy wprowadzenie zasady wyższego wynagradzania pielęgniarek o najwyższych kwalifikacjach i kompetencjach zawodowych, tj. tych posiadających świadectwo ukończenia kursu kwalifikacyjnego lub specjalizacji w danej dziedzinie. Zasada ta obowiązuje w wysoko rozwiniętych krajach Unii Europejskiej.

Do końca roku 2025 współczynnik pracy dla pielęgniarki z licencjatem rozpoczynającej pracę nie powinien być niższy niż 1,00 dla przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego wg GUS. W przypadku pielęgniarek z licencjatem lub wykształceniem średnim, a nie posiadających właściwego wykształcenia zawodowego (nieukończony kurs kwalifikacyjny lub brak specjalizacji pielęgniarskiej) proponujemy, żeby po ukończeniu dziesięciu lat pracy zawodowej współczynnik pracy został podwyższony o 0,10. Dla pielęgniarki, która posiada świadectwo ukończenia kursu kwalifikacyjnego lub jest specjalistką w danej dziedzinie współczynnik pracy nie powinien być niższy niż 1,25 dla przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego wg GUS. Posiadanie kursu kwalifikacyjnego lub specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej, czy instrumentowania powinno skutkować wzrostem współczynnika pracy do minimum 1,50 dla przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego wg GUS.

W naszej ocenie posiadanie stopnia magistra pielęgniarstwa powinno podnieść współczynnik pracy o wartość 0,10.

Lekarze

Ta grupa medyczna w projekcie Ministerstwa Zdrowia została potraktowana w szczególny sposób. Propozycję dla lekarzy można sprowadzić do słów „niech jadą” – wersja 2021. Lekarze specjaliści, którzy do Ministerstwa Zdrowia wyciągnęli pomocną dłoń i podpisali oświadczenie o pracy tylko w jednym miejscu pracy, przez rządzących zostali potraktowani najgorzej (19 zł podwyżki). Do tej pory współczynnik pracy dla tej grupy lekarzy specjalistów wynosił 1,6 (otrzymują 6750 zł.). Nowy, zaproponowany przez Ministerstwo Zdrowia współczynnik wyniesie 1,31 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzednim.

Proponujemy, żeby do końca roku 2025 współczynnik pracy dla **lekarza odbywającego staż podyplomowy** nie powinien być niższy niż 1,00 dla przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego wg GUS.

Do końca roku 2025 współczynniki pracy dla **lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne na zasadach rezydentury i lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie pozarezydenckim** nie powinny być mniejsze niż:

- do zakończenia modułu podstawowego lub połowy okresu trwania modułu jednolitego specjalizacji 1,50 dla przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego wg GUS;
- w 4. i w 5. roku szkolenia specjalizacyjnego (od 31-37 miesiąca i po ukończeniu modułu podstawowego lub po połowie okresu trwania modułu jednolitego specjalizacji, do końca trwania szkolenia specjalizacyjnego) 1,70 dla przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego wg GUS, pod warunkiem wyrażenia zgody na samodzielne udzielanie świadczeń medycznych w publicznej jednostce ochrony zdrowia w zakresie wynikającym z programu właściwego modułu podstawowego lub określonej części modułu jednolitego;
- W ostatnim roku przewodu specjalizacyjnego 1,90 dla przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego wg GUS, pod warunkiem wyrażenia zgody na samodzielne udzielanie świadczeń medycznych w publicznej jednostce ochrony zdrowia w zakresie wynikającym z programu właściwego modułu podstawowego lub określonej części modułu jednolitego.

Dodatkowo dla specjalizacji deficytowych, priorytetowych (wg listy ogłaszanej przez MZ), od 4. roku szkolenia specjalizacyjnego i/lub po ukończeniu modułu podstawowego, współczynnik pracy powinien wzrastać o 0,20. Wpłata tego dodatku powinna być powiązana z faktem zdania PEM i samodzielnego realizowania świadczeń zdrowotnych w publicznej jednostce ochrony zdrowia. Liczba specjalizacji priorytetowych powinna zostać ograniczona do maksymalnie 10.

Do końca roku 2025 współczynnik pracy dla **lekarza z I stopniem specjalizacji** powinien wynosić nie mniej niż 2,00 dla przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego wg GUS.

Do końca roku 2025 współczynnik pracy dla **lekarza specjalisty i lekarza z II stopniem specjalizacji** nie powinien być mniejszy niż 2,25 dla przeciętnego

miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego wg GUS.

Pozostałe zawody medyczne

Do końca roku 2025 współczynnik pracy dla **fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych, elektroradiologów, farmaceutów, dietetyków, psychologów, psychoterapeutów, terapeutów środowiskowych i innych pracowników wykonujących zawód medyczny wymagający wyższego wykształcenia oraz pracowników Sanepidu nie wykonujących zawodu medycznego przy spełnieniu wymogu posiadania wyższego wykształcenia i specjalizacji, oraz pracowników Sanepidu nie wykonujących zawodu medycznego przy spełnieniu wymogu posiadania wyższego wykształcenia**, współczynnik nie powinien być niższy niż 1,25 dla przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego wg GUS.

Do końca roku 2025 współczynnik pracy dla **ratowników medycznych, fizjoterapeutów, techników elektroradiologii, techników farmacji, techników analityki medycznej, dietetyków, psychologów, psychoterapeutów, terapeutów środowiskowych i innych pracowników wykonujących zawód medyczny oraz pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownik wykonujący zawód medyczny, gdy wymagane jest posiadanie co najmniej średniego wykształcenia** nie powinien być niższy niż 1,00 dla przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego wg GUS. Proponujemy, żeby w wymienionych grupach zawodowych współczynnik pracy został podwyższony o 0,10 po ukończeniu dziesięciu lat pracy zawodowej. Po stworzeniu ścieżek rozwoju zawodowego pracowników wykonujących zawód medyczny, np. ratowników medycznych w systemie PRM, współczynniki pracy dla tych zawodów powinny zostać doprecyzowane.

Do końca roku 2025 współczynnik pracy dla **sekretarek i rejestratorek medycznych** nie powinien być niższy niż 1,00 dla przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego w przypadku posiadania wykształcenia wyższego i 0,75 przy wykształceniu średnim. Proponujemy, żeby w wymienionych grupach zawodowych współczynnik pracy został podwyższony o 0,10 po ukończeniu dziesięciu lat pracy zawodowej.

Zawody niemedyczne

Do końca roku 2025 współczynnik pracy dla **pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny** nie powinien być niższy niż 0,65 dla przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego wg GUS. Proponujemy, żeby w wymienionych grupach zawodowych współczynnik pracy został podwyższony o 0,10 po ukończeniu dziesięciu lat pracy zawodowej.

Aneks 2

Tabela 1.

Dane dotyczące najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych według propozycji Ministerstwa Zdrowia oraz Instytutu Strategii 2050 (<https://www.prawo.pl/zdrowie/podwyzki-dla-lekarzy-i-pielegniarek-propozycja-ministerstwa,506759.html>)

Lp.	Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku (1)	Obecny współczynnik pracy (MZ)/ minimalne wynagrodzenie	(2) Proponowany współczynnik pracy (MZ)/ minimalne wynagrodzenie	(3) Proponowany współczynnik pracy jak w MZ według (IS 2050) / minimalne wynagrodzenie / wzrost
I	II	III	IV	V
1	Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny	1,27 6563,00	1,31 6769,00 +206	1,31 7409,00 +846
2	Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny	1,17 6046,00	1,20 6201,00 +155	1,20 6787,00 +741
3	Lekarz albo lekarz dentysta, bez specjalizacji	1,05 5426,00	1,06 5478,00 +52	1,06 5995,00 +569
4	Lekarz stażysta albo lekarz dentysta stażysta	0,73 3772,00	0,81 4186,00 +414	0,81 4581,00 +809
5	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-4, wymagający wyższego wykształcenia i specjalizacji	1,05 5426,00	1,06 5478,00 +52	1,06 5995,00 +569
6	Farmaceuta, fizjoterapeuta, elektroradiolog, ratownik medyczny, diagnosta laboratoryjny, psycholog, psychoterapeuta, terapeuta środowiskowy albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-5 albo pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny, wymagający wyższego wykształcenia, bez specjalizacji	0,73 3772,00	0,81 4186,00 +414	0,81 4581,00 +809

7	Pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa, KTÓRA UZYSKAŁA tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	1,05 5426,00	1,06 5478,00 +52	1,06 5995,00 +569
8	Pielęgniarka albo położna, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, ALBO pielęgniarka z tytułem zawodowym licencjat ALBO magister pielęgniarstwa ALBO położna z tytułem zawodowym licencjat ALBO magister położnictwa	0,73 3772,00	0,81 4186,00 +414	0,81 4581,00 +809
9	Pielęgniarka albo położna inna niż określona w lp. 7 i 8, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	0,64 3307,00	0,73 3772,00 +465	0,73 4128,00 +821
10	Fizjoterapeuta, technik rentgenodiagnostyki, technik farmacji, technik analityki medycznej, dietetyk, asystent medyczny, opiekun medyczny, asystent osoby niepełnosprawnej albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-9 albo pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny, wymagający średniego wykształcenia	0,64 3307,00	0,73 3772,00 +465	0,73 4128,00 +821
11	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny, inny niż określony w lp. 9 i 10	0,58 2997,00	0,59 3049,00 +52	0,59 3337,00 +340

1. Tabela powinna zostać uzupełniona o pracowników zatrudnionych w Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej oraz psychologów, psychoterapeutów, terapeutów środowiskowych i terapeutów uzależnień zaliczonych w zależności od posiadanego wykształcenia do grupy 5, 6 lub 10.
2. Wynagrodzenie bezpośrednio powiązane z **przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem w gospodarce narodowej w całym 2020 r.** (5167,47 zł).
3. Wynagrodzenie bezpośrednio powiązane z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku z **ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego** wg GUS (5655,43 zł)

Biogramy autorów

Piotr Bany-Moskal - absolwent pielęgniarstwa na WUM. Pracował m.in. na oddziale psychiatrii w Wojskowym Instytucie Medycznym na Szaserów, na oddziale chirurgii Gastroenterologicznej w CSK MSWiA i na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w szpitalu Bielańskim. Obecnie pracuje w przychodni LUXMED.

Michał Chmielewski - profesor doktor habilitowany nauk medycznych. Lekarz, specjalista z zakresu chorób wewnętrznych, nefrologii i transplantologii klinicznej. Autor i współautor ponad 90 publikacji, kilkunastu rozdziałów w polskich i zagranicznych podręcznikach medycznych. Kierownik i wykonawca projektów naukowych, laureat licznych nagród naukowych.

Urszula Demkow - profesor doktor habilitowany nauk medycznych, lekarz, nauczyciel akademicki, naukowiec, specjalista chorób wewnętrznych, alergologii, immunologii, diagnostyki laboratoryjnej. Kierownik Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Laboratoryjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Kierownik Laboratorium Covid. Prezes Kolegium Medycyny Laboratoryjnej. Delegat narodowy UEMS. Ekspert Komisji Europejskiej ds. oceny grantów naukowych. Autorka ponad 300 publikacji naukowych, monografii, kierownik i wykonawca wielu grantów krajowych i zagranicznych. Członkini Kolegium Ekspertów i szefowa zespołu medycznego Instytutu Strategii 2050.

Przemysław Duda - lekarz i doktor z biologii na Uniwersytecie Wrocławskim. Obecnie adiunkt w Zakładzie Fizjologii i Neurobiologii Molekularnej na Uniwersytecie Wrocławskim. Współpracuje naukowo z Brody School of Medicine at East Carolina University, oraz z Universität Göttingen. Pełnomocnik dziekana Wydziału Nauk Biologicznych ds. Bezpieczeństwa Studentów i Doktorantów.

Grzegorz Kardas - student 6 roku medycyny, badacz astmy i alergii z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Pracuje zarówno w warunkach klinicznych, jak i laboratoryjnych. Alumn programu "Liderzy Ochrony Zdrowia 2020" Fundacji im. Lesława Pagi. Redaktor portalu internetowego Będąc Młodym Lekarzem. Był Przewodniczącym Studenckiego Towarzystwa Naukowego na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

Małgorzata Leźnicka - doktor nauk medycznych, adiunkt, kierownik specjalizacji w dziedzinie zdrowie publiczne UMK w Toruniu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy Katedra Nauk Społecznych i Medycznych. Była Kierownik Biura Zdrowia Publicznego w Departamencie Zdrowia Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko – Pomorskiego. Prezes Stowarzyszenia Health is trendy i fundator Europejskiej Fundacji Rozwiązywania Problemów Zdrowotnych. Koordynator programu „Problem Solving for Better Health” w województwie kujawsko –pomorskim. Autorka wielu programów polityki zdrowotnej.

Piotr Merks - Ekspert w dziedzinie opieki farmaceutycznej. Adiunkt na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Redaktor Naczelny „Farmakoekonomika Szpitalna”, CEO Konsorcjum Naukowego Piktorex sp. z o.o. z InnoTech UKSW sp. z o.o., Posiada 16-letnie międzynarodowe doświadczenie w branży farmaceutycznej, w różnych jej sektorach. Autor projektów związanych z opieką farmaceutyczną, aktywnie zaangażowany w badania farmaceutyczne. Członek Kolegium Ekspertów Instytutu Strategii 2050.

Piotr Michniowski - absolwent wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej. Od początku kariery zawodowej związany z hutą Częstochowa, zaczynając pracę jako szeregowy pracownik a skończywszy w randze dyrektora technicznego. Od ponad 20 lat zajmuje się wynalazczością, szczególnie rozwiązaniami związanymi z organizacją i rozwiązaniami systemowymi. Jest członkiem Stowarzyszenia Polskich Wynalazców i Racjonalizatorów gdzie pełni funkcję członka Krajowej Rady.

Cezary Pakulski - doktor habilitowany nauk medycznych, lekarz i nauczyciel akademicki, kierownik Kliniki Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Medycyny Ratunkowej PUM oraz lekarz kierujący oddziału intensywnej terapii Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych w SPSK nr 1 PUM w Szczecinie. Był konsultantem wojewódzkim w dziedzinie medycyny ratunkowej, współorganizował Zintegrowany System Ratownictwa Medycznego w województwie zachodniopomorskim. Członek Okręgowej Rady w Szczecinie i jej prezydium – VI kadencja. Inicjator i współorganizator Centrum Urazowego dla Dorosłych i Centrum Urazowego dla Dzieci w SPSK nr 1 w Szczecinie. Obecnie wiceprezes i członek zarządu Stowarzyszenia Plac Solidarności.

Marian Simka - doktor habilitowany nauk medycznych, specjalista angiolog. Kierownik Zakładu Anatomii na Uniwersytecie Opolskim. Jest autorem około 200 publikacji w zakresie chorób naczyń, leczenia ran i chirurgii naczyniowej.

Dawid Sześciło - Prawnik zajmujący się administracją publiczną na wszystkich jej poziomach, kieruje Zakładem Nauki Administracji na Wydziale Prawa i Administracji UW, pracuje dla organizacji pozarządowych i instytucji międzynarodowych, wykładał gościnnie i był stypendystą uczelni w Stanach Zjednoczonych, Austrii, Szwecji, Wielkiej Brytanii i Portugalii. Członek Kolegium Ekspertów Instytutu Strategii 2050.

Piotr Wiland - profesor zwyczajny z dziedziny nauk medycznych, lekarz, reumatolog i specjalista chorób wewnętrznych, nauczyciel akademicki. Pełni funkcję kierownika Katedry i Kliniki Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Pełnił funkcję Konsultanta Krajowego z dziedziny reumatologii oraz Prezesa Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego. Autor wielu publikacji naukowych, monografii książkowych z dziedziny reumatologii, chorób wewnętrznych oraz pogranicza immunologii, genetyki i badań nad lekami.