



Ministerstwo Zdrowia

Podsekretarz Stanu

Cezary Cieślukowski

Warszawa, 2015 -09- 1 6

DS-KWZZ.0763.61.2015

Pani
Grażyna Musiałkiewicz
Przewodnicząca
Ogólnopolskiego Związku
Zawodowego Pracowników
Diagnostyki Medycznej i Fizjoterapii

W odpowiedzi na sygnowane przez szereg organizacji związkowych wystąpienie do Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia br. oraz w nawiązaniu do spotkania w Ministerstwie Zdrowia w tymże dniu uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

W odniesieniu do kwestii podniesienia wynagrodzeń w kontekście przygotowywanych rozwiązań adresowanych do grupy zawodowej pielęgniarek i położnych informuję, że podjęcie przez Ministerstwo Zdrowia prac nad przygotowaniem regulacji służących wzmocnieniu pozycji pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia i poprawie poziomu wynagrodzeń w tej grupie zawodowej wynika z faktu, że właśnie pielęgniarki i położne stanowią największą grupę wśród profesjonalistów medycznych, zaś zawód ten w średnio – i długookresowej perspektywie charakteryzować się może najpoważniejszym deficytem dopływu nowych kadr.

Pierwszy z wymienionych czynników – pielęgniarki i położne to najliczniejsza grupa zawodowa w sektorze zdrowia - powoduje, że jakiegokolwiek podwyższenie ich wynagrodzeń nie byłoby w praktyce możliwe do zrealizowania przez większość pracodawców na bazie aktualnie dostępnych środków własnych, bez dodatkowego

wsparcia finansowego dokonanego w oparciu o opracowywane obecnie w resorcie zdrowia i w NFZ rozwiązania. Należy jednocześnie podkreślić, że obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia dysponuje ograniczoną wielkością środków finansowych możliwych do przeznaczenia na podwyżki uposażeń.

Drugi z wymienionych czynników nakazuje Ministrowi Zdrowia podejmowanie wielokierunkowych działań na rzecz podniesienia atrakcyjności zawodu pielęgniarki i położnej w naszym kraju w celu zapewnienia pacjentom opieki świadczonej przez tę grupę w jak najszerszym zakresie. Jednym z podstawowych narzędzi podnoszenia tej atrakcyjności jest właśnie poprawa perspektyw finansowych związanych z wykonywaniem danej profesji.

Zaproponowane rozwiązania nie zdejmują oczywiście z dyrektorów podmiotów leczniczych odpowiedzialności za kształtowanie wynagrodzeń wszystkich grup zawodowych zatrudnionych w placówkach i nie ograniczają pracodawców w procesie regulowania płac osób wykonujących inne zawody niż pielęgniarki i położnej.

Informuję ponadto, że poziom wynagrodzeń również pozostałych grup zawodowych jest przedmiotem stałych analiz Ministerstwa Zdrowia, zaś zgłaszane postulaty płacowe dotyczące objęcia podwyżkami grup zawodowych innych niż pielęgniarki i położne były przedmiotem obrad Kolegium Ministra Zdrowia. Przeprowadzone analizy wskazały na olbrzymie trudności związane ze sfinansowaniem i organizacyjnym przeprowadzeniem ewentualnego równoczesnego podniesienia płac wszystkich grup zawodowych czynnych w ochronie zdrowia.

Nie oznacza to, że Ministerstwo Zdrowia nie dostrzega potrzeby podnoszenia wynagrodzeń wszystkich grup pracowników medycznych w miarę dostępnych, a wciąż boleśnie ograniczonych – w stosunku do artykułowanych przez pracowników ochrony zdrowia oczekiwań – zasobów publicznych środków finansowych.

W odniesieniu do postulatu podniesienia wynagrodzenia dla pracowników, o których mowa w art. 214 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.), należy zwrócić uwagę, że kwestie związane z czasem pracy pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych były przedmiotem szerokiej dyskusji na etapie prac legislacyjnych zarówno w Ministerstwie Zdrowia, jak i później na forum Parlamentu. Sprawie tej poświęcone było m. in. wysłuchanie publiczne zorganizowane 10 grudnia 2010 r. na mocy uchwały sejmowej Komisji Zdrowia.

Po zapoznaniu się ze wszystkimi argumentami Parlamentarzyści podjęli decyzję o wprowadzeniu do projektu ustawy przepisu przejściowego, z upływem którego pracownicy objęci dotychczas skróconą normą czasu zostali zobowiązani do pracy w podstawowym wymiarze czasu pracy – tj. maksymalnie 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Ustawa nie normowała natomiast kwestii automatycznego podwyższenia wynagrodzeń przedmiotowej grupy pracowników. Ustawodawca pozostawił tym samym dowolność w tym zakresie stronom stosunków pracy, a więc z jednej strony pracodawcom, z drugiej zaś - pracownikom. Nie wyłączył przy tym w żadnym zakresie ogólnych dyrektyw prawa pracy, w tym w szczególności tych dotyczących kryteriów kształtowania wysokości wynagrodzeń określonych w art. 78 Kodeksu pracy, jak również innych regulacji dotyczących sposobu zmiany istotnych elementów treści stosunku pracy. Mając na względzie powyższe należy poinformować, że brak jest również wśród przepisów prawa powszechnie obowiązującego przepisu dającego podstawy do automatycznej ingerencji w wysokość wypłacanego wynagrodzenia w związku ze zwiększeniem norm czasu pracy grup pracowników, o których mowa w art. 214 ustawy o działalności leczniczej, po 2 lipca 2014 r. Powyższe nie dotyczy oczywiście pracowników, których wynagrodzenie jest kształtowane poprzez odniesienie do stawki godzinowej.

Dodatkowo, również w kontekście postulatu wprowadzenia branżowej siatki płac przedstawiającej minimalne wynagrodzenie w każdej grupie zawodowej, należy wskazać, że Minister Zdrowia nie posiada uprawnień do kształtowania wysokości wynagrodzeń pracowników zatrudnionych w poszczególnych podmiotach leczniczych. Warunki wynagradzania pracowników podmiotów leczniczych nie będących jednostkami budżetowymi ustalane są w wewnętrznych systemach wynagradzania - układach zbiorowych pracy lub w regulaminach wynagradzania (art. 771 i 772 k.p.). Zgodnie z art. 46 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą odpowiada kierownik tego podmiotu, do niego zatem należy decydowanie w sprawach dotyczących organizacji i funkcjonowania podmiotu, w tym w kwestiach związanych z wynagradzaniem pracowników. Działania podejmowane przez kierownika winny znajdować uzasadnienie w rzeczywistych potrzebach i możliwościach istniejących w zarządzanym przez niego podmiocie.

Ponadto informuję, że z prowadzonych systematycznie przez Ministerstwo Zdrowia badań ankietowych średnich poziomów wynagrodzeń osób wykonujących zawody

medyczne i zatrudnionych w polskich szpitalach wynika, że średni poziom uposażeń osób zatrudnionych na stanowiskach pracy, na których obowiązywała skrócona do 5 godzin dobową normą czasu pracy, nie odbiegał w ostatnich latach od średniego poziomu wynagrodzeń innych osób wykonujących zawód medyczny lokowanych w porównywalnej grupie personelu medycznego, ale zatrudnionych na stanowiskach pracy, na których obowiązuje dobową normą czasu pracy wynosząca przeciętnie 7 godzin 35 minut (np. technicy radiologii, radioterapii w porównaniu do innych techników medycznych).

W odniesieniu do postulatu uczestnictwa przedstawicieli grup zawodowych reprezentowanych przez sygnatariuszy przywołanego na wstępie wystąpienia w procesie tworzenia przez resort zdrowia nowych rozwiązań prawnych należy podkreślić, że Ministerstwo przykłada wielką wagę do dialogu ze wszystkimi partnerami społecznymi reprezentującymi uczestników systemu ochrony zdrowia w naszym kraju. W pełni zdajemy sobie sprawę, że skuteczne funkcjonowanie opieki zdrowotnej i owocność wprowadzanych rozwiązań i działań naprawczych wymaga wypracowywania jak najszerszego konsensusu społecznego uwzględniającego – w miarę posiadanych zasobów i dostępnych możliwości – różnorodne potrzeby i interesy.

Podjęcie przez Ministerstwo Zdrowia wspólnie z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych oraz Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych prac nad przygotowaniem regulacji służących wzmocnieniu pozycji pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia i poprawie poziomu wynagrodzeń w tej grupie zawodowej nie oznacza ograniczenia partnerskiego dialogu wyłącznie do tych organizacji.

W ostatnim okresie członkowie Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia uczestniczyli w kilku spotkaniach z przedstawicielami związków zawodowych oraz organizacji pracodawców poświęconych m. in. wskazanym wyżej kwestiom pracowniczym. Propozycje rozwiązań legislacyjnych zostały również poddane pełnym konsultacjom publicznym.

W odniesieniu do kwestii norm zatrudnienia uprzejmie informuję, że na podstawie art. 33d ust. 5 oraz art. 33e ust. 6 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2014 r. poz. 1512) wydane zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2006 r. w sprawie minimalnych wymagań dla zakładów opieki zdrowotnej

ubiegających się o wydanie zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii onkologicznej (Dz. U. z 2013 r. poz. 874), oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych (Dz. U. Nr 59, poz. 365, z późn. zm.), w których określone zostały minimalne wymagania dotyczące m.in. liczebności i kwalifikacji personelu, dla podmiotów ubiegających się o wydanie zgody na udzielanie przedmiotowych świadczeń zdrowotnych, w taki sposób aby poziom zatrudnienia poszczególnych grup personelu w jednostkach ochrony zdrowia gwarantował właściwy poziom ochrony radiologicznej pacjentów.

Ponadto na podstawie art. 33g ust. 7 ww. ustawy, w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia opublikowane zostało obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie ogłoszenia wykazu wzorcowych procedur radiologicznych z zakresu medycyny nuklearnej (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 82), obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie ogłoszenia wykazu wzorcowych procedur radiologicznych z zakresu radioterapii onkologicznej (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 81), oraz obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2014 r. w sprawie ogłoszenia wykazu wzorcowych procedur radiologicznych z zakresu radiologii - diagnostyki obrazowej i radiologii zabiegowej (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 85), zawierające wykazy wzorcowych procedur radiologicznych, w których również określono zarówno liczbę, jak i kwalifikacje personelu biorącego udział w realizacji danej procedury.

Zatem obowiązujące przepisy z zakresu ochrony radiologicznej określają wymagany w jednostkach ochrony zdrowia stosujących promieniowanie jonizujące w celach medycznych, poziom zatrudnienia poszczególnych grup personelu i jego kwalifikacje, z punktu widzenia bezpieczeństwa radiologicznego pacjentów.

Natomiast w odniesieniu do norm zatrudnienia w ratownictwie medycznym należy zauważyć, że obowiązujące przepisy odnoszące się do jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne wskazują na minimalne normy zatrudnienia personelu medycznego w tych jednostkach tj. w zespołach ratownictwa medycznego i w szpitalnych oddziałach ratunkowych. I tak, w zakresie zespołów ratownictwa medycznego zastosowanie ma art. 36 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r.

o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r., poz. 757 z późn. zm.), który stanowi, że:

„1. Zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na:

- 1) zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny;*
- 2) zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.*

3. W skład zespołów, o których mowa w ust. 1, wchodzi kierowca, w przypadku gdy żaden z członków zespołów ratownictwa medycznego nie spełnia warunków, o których mowa w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. Nr 30, poz. 151, z późn. zm.).”

Z kolei w odniesieniu do szpitalnych oddziałów ratunkowych regulacje w zakresie personelu są zawarte w § 13 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2015 r. poz. 178):

„Minimalne zasoby kadrowe oddziału stanowią:

- 1) ordynator oddziału (lekarz kierujący oddziałem);*
- 2) pielęgniarka oddziałowa, będąca pielęgniarką systemu;*
- 3) lekarze w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym co najmniej jeden lekarz systemu przebywający stale w oddziale;*
- 4) pielęgniarki lub ratownicy medyczni w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału.”*

Powyższe wymagania mają charakter minimalny. Każdorazowo kierownik podmiotu leczniczego, który ponosi odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym w myśl przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, powinien dostosować skład i liczbę personelu m. in. do liczby i rodzaju udzielanych świadczeń, przepisów prawa pracy oraz zasad BHP itp.

Minimalne wymogi w zakresie liczby personelu medycznego muszą mieć przy tym charakter uniwersalny, który da się zastosować zarówno do dużych podmiotów

lecniczych, obsługujących większą liczbę pacjentów, jak i do małych podmiotów, udzielających mniej świadczeń zdrowotnych.

W odniesieniu do postulatu urealnienia wyceny procedur medycznych przede wszystkim należy podkreślić, że aktualna wycena świadczeń ustalona w jednostkach rozliczeniowych dla poszczególnych zakresów określona przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów (Dz. U. Nr 81 poz. 484), uwzględnia koszty ich udzielania, w tym koszty pracy personelu.

Ponadto informuję, że zgodnie z ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2014 r., poz. 1138), nowym zadaniem Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji od dnia 1 stycznia bieżącego roku jest określenie taryfy świadczeń gwarantowanych w danym zakresie lub rodzaju, z wyłączeniem świadczeń gwarantowanych, których zasady określa ustawa o refundacji.

Taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej prowadzona jest na podstawie planu taryfikacji Agencji na dany rok, który opiniowany jest przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i Radę do spraw Taryfikacji oraz zatwierdzany przez Ministra Zdrowia w pierwszej połowie roku poprzedzającego rok, którego dotyczy plan. Przedmiot taryfikacji stanowią świadczenia gwarantowane wskazane w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w poszczególnych zakresach. Docelowo, w kolejnych latach, Agencja planuje określić taryfę świadczeń gwarantowanych, w tym procedur realizowanych przez grupy zawodowe wymienione we wspomnianym na wstępie wystąpieniu – zarówno w zakresie samodzielnych świadczeń gwarantowanych, jak również elementów całościowego procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

Jednocześnie pragnę podkreślić, iż na potrzeby taryfikacji świadczeń gwarantowanych Agencja gromadzi i analizuje informacje o rzeczywistych kosztach poniesionych przez świadczeniodawców w związku z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Taki zakres gromadzonych danych ma zapewnić opublikowanie taryf opartych na realnie ponoszonych kosztach, co jest równoznaczne z urealnieniem wyceny świadczeń.

Pragnę również wyjaśnić iż, zgodnie z ustaloną przez Agencję metodyką taryfikacji świadczeń gwarantowanych, w celu uwzględnienia w taryfie zmian cen towarów oraz usług, zmian wielkości wynagrodzeń oraz pozostałych kosztów, które

świadczeniodawcy ponoszą w ramach swojej podstawowej działalności, został wyznaczony tzw. mnożnik zmian wielkości kosztów świadczeń, obliczany na podstawie danych aktualnych na miesiąc przygotowania taryfy. Jednym ze wskaźników wchodzących w skład tego mnożnika jest wskaźnik zmian wynagrodzeń. Ma on na celu ujęcie zmian kosztów związanych z wynagrodzeniami ze stosunku pracy, z umów zleceń lub o dzieło oraz kontraktów zawieranych z osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą. Do jego ustalenia zostanie wykorzystana „Informacja na temat wyników ankiety dotyczącej wysokości wynagrodzeń z tytułu umów o pracę oraz cywilnoprawnych” opracowywana przez Ministerstwo Zdrowia z okresu dwóch lat, za które dane są dostępne. Dodatkowo wskaźnik ten będzie uwzględniał wszelkie planowane zmiany wynagrodzeń w sektorze służby zdrowia, które wynikają z aktów prawnych, obowiązujących na dzień obwieszczenia taryfy świadczeń.

W kwestii powołania nowych samorządów zawodowych dla zawodów medycznych informuję, że w ochronie zdrowia funkcjonuje ponad dwadzieścia zawodów medycznych i tylko kilka spośród nich ma powołany samorząd zawodowy. Samorząd zawodowy, zgodnie z art. 17 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 78, poz. 483, z późn. zm.) ma podwójne zadanie: reprezentowanie osób wykonujących zawód zaufania publicznego oraz sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem tego zawodu w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Pierwsze z ww. zadań ma charakter typowo korporacyjny, a dla jego realizacji nie jest konieczna formuła samorządu. Zadania takie jak np.: ochrona interesów członków grupy zawodowej, mogą być realizowane przez inne formy organizacji, np.: zrzeszenia zawodowe.

Również postulowane utworzenie samorządu zawodowego ratowników medycznych wymaga analizy, w szczególności w kontekście przywołanego wyżej art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, zgodnie z którym podstawowe zadanie, jakie ma do zrealizowania samorząd zawodowy polega na sprawowaniu pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu zaufania publicznego w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Jednocześnie należy wskazać, iż przed ewentualnym podjęciem decyzji o utworzeniu samorządu ratowników medycznych istnieje konieczność dokonania oceny sytuacji również przez wojewodów, którzy są odpowiedzialni za organizację i nadzór nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne na terenie właściwego im województwa. Niezbędne będzie w tym zakresie utworzenie elektronicznej bazy danych ratowników medycznych, która obejmie rejestracją wszystkich ratowników medycznych. Analizie powinny zostać poddane informacje dotyczące m.in. struktury wykształcenia ratowników medycznych, w tym liczby osób z wykształceniem wyższym

zawodowym oraz liczby osób z wykształceniem średnim medycznym. Podobna analiza przeprowadzona została pierwotnie w przypadku pielęgniarek i położnych. Uwzględnienia wymaga również fakt, iż ratownicy medyczni – w przeciwieństwie do lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek oraz położnych – nie rejestrują praktyk zawodowych indywidualnych ani grupowych.

W nawiązaniu do kwestii uregulowania zawodu fizjoterapeuty w ustawie oraz powołania samorządu zawodowego fizjoterapeutów, należy wskazać, że obecnie regulacje w przedmiotowym zakresie uwzględniają trzy projekty ustaw:

- 1) rządowy projekt ustawy o zawodzie fizjoterapeuty,
- 2) poselski projekt ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz o zmianie innych ustaw (druk nr 3001),
- 3) obywatelski projekt ustawy o zawodzie fizjoterapeuty (druk nr 3813).

Odnosnie do rządowego projektu ustawy o zawodzie fizjoterapeuty informuję, że w wyniku ustaleń podjętych na organizowanych w Ministerstwie Zdrowia spotkaniach został opracowany projekt ustawy o zawodzie fizjoterapeuty. Celem przedmiotowego projektu jest uregulowanie zasad wykonywania zawodu fizjoterapeuty, w tym kształcenia, zarówno przeddyplomowego, jak i podyplomowego, składania Fizjoterapeutycznego Egzaminu Państwowego i Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego Fizjoterapeutów, uzyskiwania prawa do wykonywania zawodu, kompetencji zawodowych fizjoterapeuty oraz zasad odpowiedzialności zawodowej. Pragnę ponadto podkreślić, iż w projekcie tym przewiduje się powołanie samorządu zawodowego.

Jednocześnie informuję, że poselski projekt ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz o zmianie innych ustaw (druk nr 3001) został złożony w Sejmie RP w dniu 23 lipca 2014 r. przez posłów Klubu Parlamentarnego Polskiego Stronnictwa Ludowego. Projekt ten zawierał rozwiązania prawne po części zbieżne z regulacjami, które zostały wypracowane w Ministerstwie Zdrowia. W dniu 19 marca 2015 r. odbyło się posiedzenie Komisji Zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, którego tematem był ww. poselski projekt ustawy. Komisja Zdrowia skierowała przedmiotowy projekt ustawy do Podkomisji nadzwyczajnej do rozpatrzenia poselskiego projektu ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz o zmianie innych ustaw (druk nr 3001). W posiedzeniach ww. podkomisji brali udział także przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, odnosząc się merytorycznie do zawartych w projekcie ustawy rozwiązań oraz zgłaszanych poprawek. W trakcie tych prac projekt został doprecyzowany zarówno pod względem

merytorycznym, jak i legislacyjnym. W dniu 15 lipca 2015 r. przyjęto sprawozdanie Podkomisji.

Ponadto informuję, że w chwili obecnej trwają prace nad przygotowaniem i przedłożeniem propozycji stanowiska Rządu wobec poselskiego projektu ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz o zmianie innych ustaw. Projekt stanowiska Rządu jest obecnie przedmiotem uzgodnień z członkami Rady Ministrów. Zgodnie z ww. projektem stanowiska, Rząd co do zasady popiera kierunek działań zmierzających do wprowadzenia stosownych regulacji prawnych dotyczących zawodu fizjoterapeuty. Mając na uwadze konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz wysokiej jakości udzielanych świadczeń w zakresie fizjoterapii, koniecznym jest uregulowanie zawodu fizjoterapeuty, w taki sposób, aby do realizacji ww. świadczeń dopuszczone były wyłącznie osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje potwierdzone dyplomem i działające w oparciu o Evidence Based Medicine, przy jednoczesnym wykluczeniu możliwości realizacji tego typu świadczeń w sektorze prywatnym przez tzw. uzdrowicieli. Jednocześnie, w celu zagwarantowania bezpieczeństwa pacjenta, zasadnym jest także stworzenie możliwości skutecznego pociągnięcia do odpowiedzialności karnej osoby nieposiadającej odpowiednich kwalifikacji, a podającej się za fizjoterapeutę, jak również pociągnięcia do odpowiedzialności karnej i zawodowej osoby, która nie przestrzega i nierzetelnie wykonuje określone przepisami prawa obowiązki.

Natomiast w nawiązaniu do obywatelskiego projektu ustawy o zawodzie fizjoterapeuty (druk nr 3813) informuję, iż wpłynął on do Sejmu w dniu 7 sierpnia br. i został skierowany do I czytania na posiedzeniu Sejmu.

Odpowiadając na postulaty dotyczące utworzenia ustawy o zawodzie technika elektroradiologii i elektroradiologa oraz utworzenia ustawy o pozostałych zawodach medycznych informuję, że opracowany w Ministerstwie Zdrowia projekt ustawy o niektórych zawodach medycznych i zasadach uzyskiwania tytułu specjalisty w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, miał w sposób kompleksowy regulować kwalifikacje i zasady wykonywania wybranych zawodów medycznych. Projekt ten 8 lipca 2010 r. został rekomendowany Radzie Ministrów przez Komitet Stały Rady Ministrów, jednakże zgodnie z dyspozycją Prezesa Rady Ministrów, został on zwrócony do Ministerstwa Zdrowia, w związku z brakiem możliwości zakończenia prac ustawodawczych nad ww. projektem w poprzedniej kadencji Sejmu i Senatu. Ponadto informujemy, iż obecnie Minister Sprawiedliwości realizuje zadanie dotyczące

deregulacji niektórych zawodów. Celem tej ustawy jest zmniejszenie liczby zawodów regulowanych w Polsce.

Odnosząc się do postulatu dotyczącego kwestii umożliwienia uzupełnienia wykształcenia pracownikom z tytułem technika na tzw. „studiach pomostowych” informuję, że wprowadzenie takich rozwiązań nie znajduje uzasadnienia. System kształcenia w zawodach medycznych w Polsce ulegał i wciąż ulega zmianom wynikającym z konieczności spójnego powiązania kształcenia z krajowym rynkiem pracy. Do najważniejszych zmian w tym zakresie należy wprowadzanie kształcenia na studiach pierwszego i drugiego stopnia, a także likwidację kształcenia prowadzonego w szkołach policealnych na poziomie średnim. Zmiany w systemie kształcenia stanowią odzwierciedlenie prowadzonej polityki kształcenia kadr medycznych.

W odniesieniu do kwestii dotyczącej doksztalcania się, zwracamy uwagę, iż osoby, które ukończyły policealne szkoły medyczne kształcące w zawodach medycznych i uzyskały tytuły zawodowe, niezależnie od transformacji kształcenia, posiadają kwalifikacje do wykonywania poszczególnych zawodów medycznych.

Jednakże pragnę zwrócić uwagę, iż ustawą z dnia 11 lipca 2014 r. o zmianie ustawy - Prawo o szkolnictwie wyższym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz.1198) została wprowadzona możliwość potwierdzania efektów uczenia się, rozumiana jako formalny proces weryfikacji posiadanych efektów uczenia się zorganizowanego instytucjonalnie poza systemem studiów oraz uczenia się niezorganizowanego instytucjonalnie, realizowanego w sposób i metodami zwiększającymi zasób wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych.

Zgodnie z przepisami wynikającymi z ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572 z późn. zm.) efekty uczenia się potwierdza się w zakresie odpowiadającym efektom kształcenia zawartym w programie kształcenia określonego kierunku, poziomu i profilu kształcenia.

Efekty uczenia się mogą zostać potwierdzone:

- osobie posiadającej świadectwo dojrzałości i co najmniej pięć lat doświadczenia zawodowego - w przypadku ubiegania się o przyjęcie na studia pierwszego stopnia lub jednolite studia magisterskie;

- osobie posiadającej tytuł zawodowy licencjata lub równorzędny i co najmniej trzy lata doświadczenia zawodowego po ukończeniu studiów pierwszego stopnia - w przypadku ubiegania się o przyjęcie na studia drugiego stopnia;
- osobie posiadającej tytuł zawodowy magistra lub równorzędny i co najmniej dwa lata doświadczenia zawodowego po ukończeniu studiów drugiego stopnia albo jednolitych studiów magisterskich - w przypadku ubiegania się o przyjęcie na kolejny kierunek studiów pierwszego lub drugiego stopnia lub jednolite studia magisterskie.

W wyniku potwierdzenia efektów uczenia się można zaliczyć studentowi nie więcej niż 50% punktów ECTS przypisanych do danego programu kształcenia określonego kierunku, poziomu i profilu kształcenia.

Zgodnie z ww. rozwiązaniami osoby, które uzyskały kwalifikacje do wykonywania zawodów medycznych w systemie szkolnictwa średniego, a będą chciały uzyskać tytuł licencjata, w chwili podjęcia studiów pierwszego stopnia na odpowiednim kierunku studiów, będą miały możliwość wystąpienia do uczelni o potwierdzenie efektów uczenia się, uzyskanych podczas wykonywania zadań zawodowych. Jednakże potwierdzanie efektów kształcenia nie ma zastosowania do kierunku analityka medyczna.

W odniesieniu do kwestii dotyczącej zapewnienia zatrudnienia pracownikom wykonującym zawód technika analityki medycznej i technika fizjoterapii do momentu wygaśnięcia zawodu, należy zwrócić uwagę, iż osoby, które ukończyły policealne szkoły medyczne kształcące w zawodach medycznych i uzyskały tytuły zawodowe, niezależnie od transformacji kształcenia, posiadają kwalifikacje do wykonywania poszczególnych zawodów medycznych. Jednocześnie informuję, że podstawą do wykonywania zawodów technika analityki medycznej oraz technika fizjoterapii są dyplomy potwierdzające nabycie przez daną osobę kwalifikacji zawodowych i nie traci on ważności z powodu niepodjęcia pracy w zawodzie lub przerwy w wykonywaniu zawodu. Z uwagi na fakt, że przepisy prawa nie nakładają obowiązku uzupełnienia wykształcenia na studiach licencjackich lub magisterskich, osoby posiadające tytuł technika niezależnie od ewentualnych zmian w obowiązujących przepisach nie utracą uprawnień do wykonywania przedmiotowych zawodów. Jednocześnie należy zauważyć, iż zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej za kształtowanie polityki kadrowej w podmiocie leczniczym odpowiedzialny jest kierownik tego podmiotu. To na nim spoczywa obowiązek zatrudniania pracowników posiadających kwalifikacje odpowiednie do zajmowanego stanowiska.

Kierownik podmiotu leczniczego na podstawie art. 23 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej został ponadto uprawniony do ustalenia regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego.

Regulamin ten określa m.in. strukturę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu, przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu, a także organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym. W odniesieniu do postulatu zakładającego wprowadzenie dodatkowej gratyfikacji przez NFZ dla placówek posiadających macierzyste pracownie diagnostyczne należy zauważyć, że wprowadzenie różnego poziomu finansowania tożsamyh świadczeń, w zależności, czy badania diagnostyczne prowadzone są przez pracownie znajdujące się w strukturze organizacyjnej danego świadczeniodawcy, czy też wykonywane są przez pracownie zewnętrzne na podstawie umowy o podwykonawstwo, świadczyłoby o nierównym traktowaniu świadczeniodawców i stałoby w sprzeczności z zasadami dokonywania wyceny świadczeń.

Odnosząc się z kolei do postulatu dotyczącego przeniesienia kształcenia specjalistów fizjoterapii oraz elektroradiologii do Centrum Kształcenia Kadr Medycznych i utworzenia specjalizacji kierunkowych informujemy, iż rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 173 poz. 1419 z późn. zm.) reguluje kwestię uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinie fizjoterapia. W chwili obecnej nie przewiduje się natomiast wprowadzenia specjalizacji w dziedzinie elektroradiologia. Ponadto informuję, że jednostką koordynującą realizację zadań związanych z opracowaniem programu specjalizacji jest Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP) - jednostka nadzorowana przez Ministra Zdrowia. Przeniesienie kształcenia do Centrum Kształcenia Kadr Medycznych wiązałoby się z koniecznością nowelizacji ww. rozporządzenia, którego przepisy, zgodnie z art. 219 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zostały utrzymane do dnia 30 czerwca 2016 r. Zgodnie z ww. rozporządzeniem specjalizację może prowadzić każdy podmiot, który uzyskał wpis na listę jednostek szkolących prowadzoną przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego oraz

spełnia warunki w nim określone. Powierzenie prowadzenia specjalizacji tylko jednemu podmiotowi nie znajduje uzasadnienia. Ponadto brak jest uzasadnienia do dokonania zmiany w tym zakresie z uwagi na fakt, iż obecnie przygotowany został projekt ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, który zawiera pewne nowe rozwiązania dotyczące kształcenia specjalizacyjnego między innymi lekarzy, lekarzy dentyistów, diagnostów laboratoryjnych i farmaceutów. Należy przy tym podkreślić, iż w Ministerstwie Zdrowia opracowany został projekt ustawy o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, który uwzględnia między innymi specjalizację w dziedzinie fizjoterapii i którego rozwiązania są kompatybilne z tymi, które zostały zawarte w projekcie ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw.

Odnosząc się do postulatu nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym poprzez wprowadzenie regulacji zwiększającej obsadę w zespołach podstawowych do minimum 3 osób uprzejmie informuję, że już obecnie istnieje możliwość rozszerzenia składu zespołu ratownictwa medycznego o dodatkową osobę np. ze względu na wymogi prawa pracy. Decyzję w tym zakresie podejmuje jednak kierownik podmiotu leczniczego. Polepszenie komfortu pracy w ZRM powinno następować głównie poprzez odpowiednie działania pracodawców, w szczególności przez zapewnienie właściwej organizacji pracy i wyposażenie personelu w sprzęt, który ułatwi wykonywanie obowiązków (np. urządzenie do przeprowadzania zewnętrznego masażu serca, nosze samojezdne, krzeselko kardiologiczne wyposażone w dodatkowy system płożowy do zjeżdżania po schodach). Niezbędne jest również przeszkolenie pracowników w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy, w szczególności w zakresie prawidłowych metod wykonywania ręcznych prac transportowych.

Informuję jednocześnie, że trwają prace nad nowelizacją ustawy o PRM, w związku z tym wszelkie sprawy związane z organizacją systemu będą ponownie przedmiotem konsultacji społecznych, w tym z udziałem związków zawodowych.

Natomiast w odniesieniu do postulatu wprowadzenia statusu Państwowego Ratownictwa Medycznego jako służby wzorem Straży Pożarnej na wstępie trzeba wskazać, że zgodnie z art. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zwanej dalej ustawą o PRM, „w celu realizacji zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego tworzy się system Państwowe Ratownictwo Medyczne”. Z cytowanego przepisu wynika

więc, że zapewnienie pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest zadaniem państwa. Nie oznacza to jednak, iż w zadanie to powinny być zaangażowane jedynie podmioty publiczne.

Zgodnie z art. 49 ust. 5 ustawy o PRM do postępowania w sprawie zawarcia umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, ich zawierania, rozliczania i kontroli stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zadania ZRM są świadczeniami opieki zdrowotnej, które zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stanowią działalność leczniczą. Działalność ta może być wykonywana jedynie przez podmioty lecznicze, którymi są:

- 1) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej,
 - 2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
 - 3) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - 4) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych,
 - 5) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
 - 5a) posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w pkt 5,
 - 6) osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania,
 - 7) jednostki wojskowe
- w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Podkreślenia wymaga, że zakres świadczeń oraz warunki ich wykonywania, jakie nakładane są na mocy ww. umów na niepubliczne i publiczne podmioty lecznicze są takie same. Status podmiotu leczniczego nie ma więc wpływu na jakość i dostępność do świadczeń ratowniczych.

Przywołane wyżej ustawy zakładają równość traktowania podmiotów leczniczych (publicznych i niepublicznych) przystępujących do konkursu ofert w Narodowym Funduszu Zdrowia i nie pozwalają na stworzenie służby ratownictwa medycznego, w kształcie podobnym do PSP lub Policji, także ze względu na możliwości i ramy prawne wykonywania zawodu przez kadry medyczne (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni). Zmiany legislacyjne dokonujące przekształcenia systemu PRM w służbę podległą np. wojewodzie, wymagałyby szerokiego zakresu zmian organizacyjnych w wielu obszarach (wprowadzenie pionowej struktury organizacyjnej i zarządczej, przekształcenia własnościowe, ograniczenie kompetencji jednostek samorządu terytorialnego, zmiany sposobu finansowania i rozliczania świadczeń lub usług itp.). Ponadto część publicznych zakładów opieki zdrowotnej (zwłaszcza szpitali powiatowych) przekształciła się już w podmioty lecznicze będące przedsiębiorcami i są to często jedyne podmioty na terenie danego powiatu udzielające świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego.

Biorąc pod uwagę powyższe zmiany oraz regulacje prawne, na chwilę obecną transformacja ratownictwa medycznego w służbę wiązałaby się z likwidacją wielu podmiotów leczniczych, co nie wydaje się możliwe.

Odnosząc się do kwestii wznowienia prac Zespołu do Spraw Opracowania Norm Zatrudnienia i Wartościowania Stanowisk Pracy dla Pracowników Wykonujących Zawody Medyczne Objętych Skróconą Dobową Normą Czasu Pracy należy zauważyć, że kwestie norm zatrudnienia na części stanowisk pracy zajmowanych przez pracowników zatrudnianych do 2 lipca 2014 r. w ramach skróconej normy czasu pracy uregulowane zostały w przywołanych wyżej rozporządzeniach Ministra Zdrowia: w sprawie minimalnych wymagań dla zakładów opieki zdrowotnej ubiegających się o wydanie zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii onkologicznej, oraz w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii

radioizotopowej chorób nienowotworowych, a także w wydanych na podstawie art. 33g ust. 7 ustawy wzorcowych procedur radiologicznych z zakresu medycyny nuklearnej, z zakresu radiologii - diagnostyki obrazowej i radiologii zabiegowej. Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że kwestia prawidłowości przyjętego przez Parlament uregulowania polegającego na zrównaniu czasu pracy pracowników medycznych podmiotów leczniczych bez równoczesnego określania w ustawie szczególnych przepisów określających zasady regulacji wynagrodzeń jest obecnie rozpatrywana przez Trybunał Konstytucyjny. Trybunał jako podmiot uprawniony do dokonywania wiążącej oceny obowiązujących przepisów prawa w swym orzeczeniu wypowie się, czy i w jakim zakresie konieczna byłaby ewentualna korekta przepisów dotyczących pracowników objętych do 1 lipca 2014 r. roku skróconą normą czasu pracy. Ocena dokonana przez Trybunał będzie wiążąca dla ustawodawcy i będzie podlegała realizacji w trybie określonym prawem.

Informując o powyższym zwracam się do Pani Przewodniczącej z uprzejmą prośbą o przekazanie niniejszego pisma również pozostałym sygnatariuszom wspomnianego na wstępie wystąpienia z dnia 5 sierpnia 2015 r.

Z wyrazami
szacunku,


PODSEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia
Cezary Cieślukowski