



Minister Zdrowia



RPW/74609/2017 P
Data: 2017-12-21

Warszawa, 19. 12. 2017

NSK.078.128.2017.AK

BIURO RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH	
WPEŁ.	2017 -12- 21
ZAL.	NR

Pan
Adam Bodnar
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku

w odpowiedzi na wystąpienie Pana Rzecznika z dnia 25 października 2017 r., znak: V.7014.29.2016.EO, w sprawie braku prawnych mechanizmów regulujących maksymalny czas pracy personelu medycznego, proszę przyjąć poniższe wyjaśnienia.

Polskie przepisy normujące czas pracy pracowników podmiotów leczniczych (dawniej: zakładów opieki zdrowotnej), z dniem 1 stycznia 2008 r. zostały dostosowane do wymogów dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. w sprawie niektórych aspektów organizacji czasu pracy. Przyjęte wówczas i obowiązujące na gruncie *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, z późn. zm.)* rozwiązania prawne, zakładają wykorzystanie ram prawnych określonych przepisami dyrektywy 2003/88/WE w maksymalnie elastyczny sposób, pozwalający na zapewnienie właściwego funkcjonowania podmiotów leczniczych w warunkach ograniczonej dostępności kadr medycznych (przede wszystkim lekarzy). W art. 6 dyrektywy określony został maksymalny tygodniowy wymiar czasu pracy w ten sposób, że na Państwa Członkowskie został nałożony obowiązek zapewnienia, że przeciętny wymiar czasu pracy pracownika, w okresie siedmiodniowym, łącznie z pracą w godzinach nadliczbowych, nie przekracza 48 godzin. Jednocześnie dyrektywa przewiduje dopuszczalne odstępstwa i wyjątki. Zgodnie z art. 22 dyrektywy Państwo Członkowskie ma prawo wyboru



niestosowania art. 6 dyrektywy, musi jednak zapewnić gwarancję poszanowania zasad ogólnych ochrony bezpieczeństwa i zdrowia pracowników (tzw. klauzula opt-out). Oznacza to, że żaden pracownik nie może, bez wyrażonej na piśmie zgody, zostać zmuszony do pracy w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień i ma prawo taką zgodę wycofać. Pracodawca nie może przy tym dyskryminować pracownika z powodu braku zgody na pracę przekraczającą określony w art. 6 dyrektywy maksymalny tygodniowy wymiar czasu pracy. Pracodawca jest również zobowiązany do prowadzenia dokumentacji pracowników, którzy wyrazili zgodę na klauzulę opt-out oraz udostępniania jej na wniosek właściwych organów. W *ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* zagadnienia powyższe zostały unormowane w art. 96.

Podkreślenia przy tym wymaga, że obowiązujące przepisy prawa zezwalają na świadczenie pracy przez personel medyczny w podmiotach leczniczych na różnych podstawach prawnych, zarówno na podstawie umów o pracę, jak i umów cywilnoprawnych. O wyborze podstawy prawnej zatrudnienia decydują zainteresowane strony. W przypadku lekarzy, pielęgniarek i innych osób wykonujących zawód medyczny, z którymi podmiot leczniczy (np. szpital) zawarł umowę cywilnoprawną, o czasie wykonywania czynności przesądza wówczas treść umowy zawartej przez strony. Strony umowy swobodnie decydują zatem nie tylko o podstawie zatrudnienia (umowa o pracę / umowa cywilnoprawna), ale i o sposobie realizacji umowy.

Jeżeli kierownik podmiotu leczniczego zdecyduje się na zawarcie z osobą wykonującą zawód medyczny (np. lekarzem) umowy cywilnoprawnej, postanowienia tej umowy powinny z jednej strony zapewniać prawidłowe funkcjonowanie podmiotu leczniczego (np. ciągłość dostępu do świadczeń), ale jednocześnie powinny pozwalać na takie wykonywanie pracy aby zapewnione było bezpieczeństwo zarówno pacjentów, jak i osób udzielających świadczeń zdrowotnych (lekarzy). Kierownik szpitala jest bowiem zgodnie z *ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* odpowiedzialny za właściwe całościowe zarządzanie podległą mu placówką, w tym za takie kształtowanie stosunków prawnych łączących szpital z lekarzami oraz pozostałym personelem medycznym, które pozwoli zabezpieczyć przede wszystkim dobro pacjenta. Również lekarz, którego oświadczenie woli przy zawieraniu umowy jest tak samo ważne jak oświadczenie woli kierownika szpitala, powinien mieć na względzie późniejszą możliwość faktycznej realizacji postanowień umowy, na której zawarcie wyraża zgodę, zgodnie z przewidzianymi prawem zasadami wykonywania zawodu oraz deontologią zawodową.

Mając na względzie powyższe, należy podkreślić, że przyczyną nadmiernego wydłużania czasu pracy lekarzy są nie tyle niewystarczające zabezpieczenia zawarte w przepisach prawa, ale przede wszystkim, na co wskazuje również Państwowa Inspekcja Pracy, deficyt kadr medycznych. Ministerstwo Zdrowia podejmuje systematycznie działania zmierzające do zwiększenia liczby personelu medycznego w Polsce, jednak z uwagi na tok nabywania wiedzy i umiejętności, efekty tych działań przyniosą odczuwalną poprawę sytuacji kadrowej dopiero w perspektywie najbliższych lat. Stąd też, w celu sprostania wymaganiom w zakresie jakości oraz dostępności do świadczeń zdrowotnych na poziomie porównywalnym jak w rozwiniętych krajach europejskich, istnieje potrzeba zapewnienia dopuszczalności elastycznego kształtowania stosunków prawnych, na podstawie których lekarze oraz pozostali pracownicy wykonujący zawody medyczne świadczą pracę w podmiotach leczniczych.

Jednocześnie pragnę poinformować, że 8 czerwca 2017 r. uchwalona została *ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473)*, na mocy której w okresie od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 31 grudnia 2021 r. podmioty lecznicze w drodze corocznych rozmów ze związkami zawodowymi będą ustalać wysokość stopniowego wzrostu wynagrodzeń zasadniczych pracowników wykonujących zawody medyczne, z uwzględnieniem minimalnych wymogów określonych w ustawie. Ze skutkiem od dnia 1 lipca 2017 r. podwyżki wynagrodzenia zasadniczego powinny wynosić minimum 10 % kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym, a wynagrodzeniem zasadniczym danego pracownika. Następnie od 1 lipca 2018 r. do 1 lipca 2021 r. podwyższanie odbywać się będzie corocznie o ustalone kwoty, nie niższe jednak niż 20 % różnicy pomiędzy ustalonym dla danego roku najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a aktualnym wynagrodzeniem zasadniczym danego pracownika. W załączniku do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. określone zostały współczynniki pracy służące do obliczenia kwoty najniższego wynagrodzenia zasadniczego dla wyszczególnionych w tym załączniku grup zawodowych. Zakresem ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. zostali objęci wszyscy lekarze, którym w zależności od kwalifikacji, w tym posiadanego stopnia specjalizacji, zostały przypisane odpowiednie współczynniki pracy. Ustawa ma zastosowanie również do lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację w ramach rezydentury oraz lekarzy stażystów, jednak ich wynagrodzenia regulowane są następującymi rozporządzeniami:

- 1) *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2017 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizacje w ramach rezydentury (Dz. U. poz. 2017). Rozporządzenie weszło w życie 31 października 2017 r. z mocą od dnia 1 lipca 2017 r. oraz*
- 2) *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2014 r. poz. 474), które zostało zmienione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty Dz. U. poz. 2194). Zgodnie z tym rozporządzeniem, miesięczne wynagrodzenie zasadnicze lekarza i lekarza dentyisty odbywającego staż, naliczane od dnia 1 lipca 2017 r. wynosić będzie 2369 zł.*

Na mocy ww. rozporządzeń wynagrodzenia lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających szkolenia specjalizacyjne w ramach rezydentury oraz lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających staż, zostały podwyższone, stosownie do wymagań określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2017 r., w przypadku lekarzy, którzy są obecnie w trakcie specjalizacji w ramach rezydentury, stawki miesięcznych wynagrodzeń zasadniczych brutto kształtują się następująco:

- *dziedzina zwykła do 2 lat odbywania specjalizacji w trybie rezydentury – 3570 zł (podwyżka 400 zł),*
- *dziedzina zwykła po 2 latach odbywania specjalizacji w trybie rezydentury – 3891 zł (podwyżka 433 zł),*
- *dziedzina priorytetowa (15 dziedzin) do 2 lat odbywania specjalizacji w trybie rezydentury – 4070 zł (podwyżka 468 zł),*
- *dziedzina priorytetowa (15 dziedzin) po 2 latach odbywania specjalizacji w trybie rezydentury – 4391 zł (podwyżka 501 zł).*

Dodatkowo, w przypadku lekarzy, którzy dopiero przystąpią do odbywania specjalizacji w ramach rezydentury, zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji począwszy od bieżącego postępowania kwalifikacyjnego, które rozpoczęło się 1 października 2017 r.,

stawki miesięcznych wynagrodzeń zasadniczych brutto w dziedzinach uznanych za szczególnie deficytowe, kształtować się będą następująco:

- o dziedzina uznana za priorytetową lub deficytową (20 dziedzin) do 2 lat odbywania specjalizacji w trybie rezydentury – 4770 zł (podwyżka 1168 zł w dotychczasowych 15 dziedzinach uznanych za priorytetowe oraz 1600 zł w dodanych deficytowych 5 dziedzinach medycyny: choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, psychiatria, kardiologia dziecięca, ortodoncja),
- o dziedzina uznana za priorytetową lub deficytową (20 dziedzin) po 2 latach odbywania specjalizacji w trybie rezydentury – 5297 zł.

Dla wzmocnienia efektów oddziaływania na decyzje lekarzy dotyczące wyboru odbywanej specjalizacji, widząc potrzebę zwiększenia zainteresowania wyborem specjalizacji z kręgu deficytowych dziedzin medycyny mających szczególne znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, Minister Zdrowia zdecydował przy tym, że lekarze kwalifikowani na rezydenturę w dziedzinach: chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, kardiologia dziecięca, ortodoncja, psychiatria oraz w 15 dziedzinach uznanych dotychczasowo za priorytetowe, otrzymają wynagrodzenia zasadnicze wyższe o co najmniej 1168 zł niż ustalone dla lekarza odbywającego specjalizację w zwykłej dziedzinie medycyny przy zastosowaniu opisanego powyżej mechanizmu. Tak podwyższone wynagrodzenie zasadnicze przysługuje dla lekarzy i lekarzy dentystów we wskazanych 20 dziedzinach medycyny zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji w trybie rezydentury począwszy od bieżącego postępowania kwalifikacyjnego, które rozpoczęło się 1 października 2017 r. Zachęcenie lekarzy do odbycia szkolenia specjalizacyjnego w wyżej wskazanych dziedzinach medycyny jest konieczne ze względu na wysokie zapotrzebowanie na specjalistów w tych dziedzinach sygnalizowane Ministrowi Zdrowia zarówno przez konsultantów krajowych, jak i przez wojewodów. Wprowadzenie motywacji finansowej do podjęcia wybranych specjalizacji jest szczególnie istotne w aktualnej sytuacji epidemiologicznej i demograficznej, tj. przy istnieniu ewidentnych zagrożeń dla zdrowia i życia mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej i postępującym starzeniu się naszego społeczeństwa. Szczególne traktowanie ww. dziedzin medycyny jest niezbędne dla zaspokojenia potrzeb społeczeństwa w zakresie realizacji podstawowych świadczeń zdrowotnych i zwiększenia dostępności do kompleksowej opieki jak również dla zapobieżenia dramatycznemu starzeniu się kadry specjalistów w tych dziedzinach.

Odnosząc się do kolejnych pytań Pana Rzecznika uprzejmię informuję, że resort zdrowia podejmuje stałe działania mające na celu zwiększanie liczby personelu medycznego w Polsce, w szczególności lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny, co wiąże się z koniecznością utrzymania na rynku pracy optymalnej liczby lekarzy i lekarzy dentyistów. Działania te, poza zwiększaniem limitów przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko dentyistyczny i zmian w kierunku zapewnienia innowacyjnego kształcenia symulacyjnego w dziedzinach klinicznych, zmierzają do wprowadzenia korzystnych zmian w systemie odbywania stażu podyplomowego oraz kształcenia specjalizacyjnego.

Warto podkreślić, że limity przyjęć na studia lekarskie wciąż rosną. W roku akademickim 2015/2016 na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentyistycznym ustalono limit 7550 miejsc, który w roku akademickim 2016/2017 podwyższono do 8490 miejsc (wzrost o 940 miejsc). W roku akademickim 2017/2018 ustalono limit 8935 miejsc, co oznacza, że ogólna pula miejsc wzrosła w stosunku do roku akademickiego 2016/2017 o kolejne 445 miejsc.

W uczelniach medycznych systematycznie wzrasta liczba osób studiujących w trybie studiów stacjonarnych finansowanych w ramach budżetowej dotacji na działalność dydaktyczną. W okresie ostatnich trzech lat akademickich (od roku akademickiego 2014/15) liczba wszystkich studiujących w trybie studiów stacjonarnych wzrosła o przeszło trzy tysiące studentów. W tym liczba studiujących na kierunku lekarskim wzrosła o przeszło 1,5 tys. studentów. Osiągnięty wzrost liczby studiujących na kierunku lekarskim jest spowodowany głównie faktem podniesienia w latach akademickich 2015/16 i 2016/17 znacząco limitów przyjęć na ten kierunek studiów. Skutkiem wzrostu limitów przyjęć na kierunek lekarski w uczelniach medycznych jest realny wzrost przyjętych studentów na I rok studiów (studiów stacjonarnych), który w roku akademickim 2017/18 wyniósł przeszło 3,9 tys. osób, podczas gdy jeszcze w roku akademickim 2014/15 wynosił ok 3,2 tys. osób. W związku ze zwiększonymi obecnie przyjęciami na studia lekarskie przewiduje się wzrost liczby absolwentów tego kierunku w uczelniach medycznych i osiągnięcie poziomu przeszło 4,5 tys. absolwentów w roku 2022 (dla porównania w roku 2016 było 3,2 tys. absolwentów kierunku lekarskiego). Natomiast uwzględniając dodatkowo absolwentów kierunku lekarskiego z uczelni niemedycznych, to w roku 2023 będzie ich przeszło 5,6 tys. osób.

Ponadto informuję, że resort zdrowia, wychodząc naprzeciw licznym postulatом młodych lekarzy, podjął prace zmierzające do wprowadzenia zmian systemowych związanych z procesem kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów poprzez nowelizację ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Nowelizacja ustawy przewiduje nowe propozycje rozwiązań w odbywaniu szkolenia specjalizacyjnego w poszczególnych dziedzinach medycyny w celu uczynienia tego procesu bardziej dostępnego dla wszystkich lekarzy bez uszczerbku dla jakości kształcenia specjalizacyjnego. Planowane zmiany przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty przyczynią się m.in. do:

- utworzenia centralnego systemu kwalifikacji na miejsca rezydentkie oraz pozostałe miejsca pozarezydentkie na terenie całego kraju, co da możliwość większego wykorzystania wolnych miejsc specjalizacyjnych,
- wprowadzenia wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji za każdego lekarza specjalizującego się pod ich kierunkiem,
- określenia na nowo przepisów dotyczących szkolenia z zakresu umiejętności zawodowych,
- sformalizowania realizacji kursów specjalizacyjnych w trybie e-learningowym,
- wprowadzenia do porządku prawnego dwóch nowych egzaminów państwowych, które będą miały za zadanie sprawdzenie na danym etapie efektów szkolenia odbytego przez lekarzy ustawicznego doskonalenia zawodowego, tj. Państwowego Egzaminu Modułowego i Państwowego Egzaminu Umiejętności.

Warto też wskazać, że w 2016 i 2017 r. nastąpiła zmiana przepisów rozporządzenia w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, umożliwiającą łatwiejsze zdobywanie punktów edukacyjnych przez lekarzy i lekarzy dentystów w poszczególnych zakresach doskonalenia zawodowego, które są zaliczone do ewidencji doskonalenia zawodowego oraz zniesione zostały ograniczenia i limity punktów edukacyjnych w poszczególnych zakresach doskonalenia.

Podjęto również działania mające na celu usprawnienie i uelastycznienie procesu szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentystów. Jednym z ww. działań zainicjowanych przez Ministra Zdrowia w celu udoskonalenia szkolenia specjalizacyjnego jest aktualizacja obowiązujących programów specjalizacyjnych

w poszczególnych dziedzinach medycyny, przeprowadzana obecnie przez konsultantów krajowych. Wyżej wspomniana aktualizacja programów specjalizacji ma m.in. dostosować te programy do faktycznych możliwości realizacji procedur medycznych wraz z dostosowaniem tych procedur do wytycznych światowych i europejskich towarzystw naukowych oraz do aktualnej wiedzy medycznej, tak aby proces kształcenia przyszłych lekarzy uwzględniał postęp technologii medycznych.

Z gwarantem

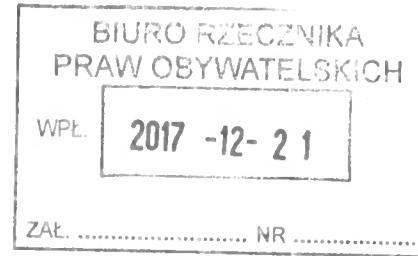
Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

Marek Tombariewicz

MINISTERSTWO ZDROWIA
Departament Nauki i Szkolnictwa Wzszego
00-952 Warszawa
ul. Miodowa 15

POLECONY

**PRIORYTET
PRIORYTARE**



NSK.078.128.2017



502656 2017-12-20 02 POLECONA

Pan dr Adam Bodnar
Rzecznik Praw Obywatelskich
Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
Warszawa Al. Solidarności 77
00-090 Warszawa

PRIORYTET

476437