

Opinia do Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury. (MZ 564)

I. Opis sytuacji problemowej

Ministerstwo Zdrowia deklaruje, że wydanie niniejszego rozporządzenia podyktowane jest koniecznością realizacji postanowień ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473), zwanej dalej „ustawą”, oraz wypełnia upoważnienie ustawowe zawarte w art. 16j ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Rozporządzenie określa wysokości wynagrodzeń zasadniczych rezydentów różnicując je w zależności od wybranej dziedziny medycyny oraz od okresu odbytej specjalizacji w tym trybie, biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia dostępności świadczeń specjalistycznych dla pacjentów. Obecnie obowiązujące stawki wynagrodzeń zasadniczych ustalone były w roku 2012 i dla dużej części lekarzy nie są satysfakcjonujące.

Jak deklaruje Projektodawca, proponowane zmiany spowodują, że wysokości wynagrodzeń lekarzy rezydentów będą zgodne z rozwiązaniami przyjętymi w ustawie. Ustawa zakłada, że do dnia 31 grudnia 2021 r. każdy pracownik wykonujący zawód medyczny będzie miał zagwarantowane wynagrodzenie zasadnicze nie niższe od poziomu najniższego wynagrodzenia zasadniczego ustalonego zgodnie z art. 3 ustawy. Przy czym podwyższanie wynagrodzeń jest rozłożone w poszczególnych latach 2017-2021 w ten sposób, że na dzień 1 lipca 2017 r. wynagrodzenie pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 10% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika. W kolejnych latach wynagrodzenie zasadnicze

ww. pracownika podwyższa się corocznie co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika by na dzień 31 grudnia 2021 r. i w następnych latach wysokość wynagrodzenia zasadniczego nie była niższa niż ustalone najniższe wynagrodzenie.

Jednocześnie w projektowanym rozporządzeniu, ustalenie nowych wysokości wynagrodzeń zasadniczych lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w trybie rezydentury powinno odbyć się przy zachowaniu obecnych zasad ich różnicowania oraz wprowadzona zostanie dodatkowa finansowa motywacja do podejmowania specjalizacji w deficytowych dziedzinach medycyny, które mają szczególne znaczenie ze względów epidemiologicznych. W efekcie oczekiwany jest wzrost zainteresowania odbywaniem wybranych przez Ministra Zdrowia specjalizacji, co powinno przełożyć się na wzrost liczby specjalistów w tych dziedzinach medycyny.

Niniejsza regulacja obejmuje lata 2017-2019 z uwagi na to, że od roku 2020 do ustalenia najniższego wynagrodzenia zasadniczego będą miały zastosowanie nieznane na ten moment odczyty rzeczywistych wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej z roku poprzedzającego ustalenie.

Ministerstwo Zdrowia jest świadome, że projektowane rozporządzenie spowoduje wzrost wydatków budżetowych, będący następstwem podwyższenia wynagrodzeń lekarzy odbywających specjalizację w trybie rezydentury. W roku 2018 środki na przedmiotowe wynagrodzenia pochodzą z Funduszu Pracy.

Projektodawca zakłada podnoszenie wynagrodzeń od 1 lipca 2017 r., a następnie od 1 stycznia każdego roku.

Obecnie wysokości wynagrodzeń rezydentów są zróżnicowane w zależności od roku odbywania specjalizacji i uznania ich za priorytetowe, co determinuje funkcjonowanie czterech stawek wynagrodzenia zasadniczego i pozwala Ministrowi Zdrowia oddziaływać na decyzje lekarzy dotyczące wyboru odbywanej specjalizacji.

Za punkt wyjścia do kalkulacji skutków podwyżek przyjęto zwiększanie najniższego wynagrodzenia lekarza odbywającego specjalizację w trybie rezydentury w zwykłej dziedzinie medycyny w pierwszych dwóch latach szkolenia zgodnie z przepisami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1473). Zachowano jednocześnie dotychczasowe zasady różnicujące poziom wynagrodzenia w zależności od roku odbywania specjalizacji oraz od obecności danej specjalizacji na liście dziedzin uznanych za priorytetowe zgodnie z poniższymi mnożnikami:

zwykła dziedzina medycyny przez pierwsze dwa lata specjalizacji -	1,
zwykła dziedzina medycyny po drugim roku specjalizacji -	1,09,
priorytetowa dziedzina medycyny przez pierwsze dwa lata specjalizacji -	1,14,
priorytetowa dziedzina medycyny po drugim roku specjalizacji -	1,23.

Dodatkowo, chcąc zapewnić dostępność świadczeń specjalistycznych dla pacjentów, o której mowa w art. 16j ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Minister Zdrowia widząc potrzebę zwiększenia zainteresowania wyborem specjalizacji z kręgu szczególnie deficytowych dziedzin medycyny zdecydował, że wysokość wynagrodzenia w dziedzinach: chirurgii ogólnej, chorobach wewnętrznych, medycynie rodzinnej, medycynie ratunkowej, pediatrii i psychiatrii będzie o 1 200 złotych wyższa niż przy zastosowaniu opisanego powyżej mechanizmu.

Zakłada się, że to zwiększenie wynagrodzenia zasadniczego w przyszłości (po wpisaniu stosownej delegacji w nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty) przybierze formę dodatku motywacyjnego do wynagrodzenia zasadniczego.

Zachęcenie lekarzy do odbycia szkolenia specjalizacyjnego w ww. sześciu 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.

Koszty zawierają pochodne od wynagrodzeń zasadniczych w wysokości 19,91%

Kalkulację sporządzono przy założeniu utrzymywania się ogólnej struktury rezydentur priorytetowych i zwykłych w relacji ok. 39% do 61%.

W trzecim roku od danego postępowania kwalifikacyjnego przynależne do tego postępowania etaty traktowane są jako rezydentury po drugim roku specjalizacji.

Do obliczenia dodatkowego kosztu dyżurów medycznych stanowiącego podstawę wpływów budżetowych z tytułu podatków i odprowadzanych pochodnych przyjęto, iż każdy lekarz odbywa średnio 4 dyżury miesięcznie jedynie w porze dziennej, w liczbie 10 godzin i 5 minut, będącej dopełnieniem etatowych 37 godzin 55 minut tygodniowo do dopuszczalnych przepisami 48 godzin pracy (bez konieczności podpisywania tzw. klauzuli opt-out).

Ministerstwo Zdrowia twierdzi, że wprowadzenie już teraz dodatkowej 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. Odsetek lekarzy specjalistów, którzy osiągnęli już wiek powyżej 50 lat jest najwyższy w dziedzinach: chirurgia ogólna, medycyna rodzinna i pediatria. Natomiast w dziedzinach choroby wewnętrzne medycyna ratunkowa i psychiatria odsetek lekarzy specjalistów powyżej 50 roku życia również jest wysoki i wynosi prawie 50%. Oznacza to pilną konieczność odmłodzenia kadry specjalistów w ww. dziedzinach.

W konsekwencji, w tych dziedzinach medycyny wysokości wynagrodzeń będą kształtowały się na różnych poziomach w zależności od tego, kiedy lekarz został zakwalifikowany do odbywania specjalizacji w trybie rezydentury.

Projektodawca wskazuje, że rozporządzenie będzie powodowało wzrost obciążeń jednostek szkolących lekarzy, ponieważ Minister Zdrowia nie refunduje kosztów pełnienia przez lekarzy dyżurów medycznych, a wskutek wzrostu wynagrodzeń zasadniczych wzrośnie podstawa do ich obliczania. Przy przyjętych założeniach dotyczących liczby, czasu trwania i pory pełnienia obowiązkowych dyżurów medycznych zakłada się, że koszt ten będzie stanowił ok. 37% kosztu wzrostu wynagrodzeń zasadniczych.

Projektowane rozporządzenie oprócz pozytywnego oddziaływania na gospodarstwa domowe będzie skutkowało zwiększeniem się kosztów prowadzenia działalności przez przedsiębiorców realizujących umowy rezydenckie. Koszty te będą następstwem zwiększenia się podstawy do ustalenia wynagrodzenia za realizowane przez lekarzy dyżury medyczne i pochodnych odprowadzanych od tak zwiększonej podstawy.

Proponuje się wejście w życie regulacji z dniem następującym po dniu ogłoszenia z mocą od dnia 1 lipca 2017 r., co jest podyktowane koniecznością uwzględnienia tego terminu w realizacji postanowień ustawy. Wejście w życie rozporządzenia w dniu następującym po dniu ogłoszenia nie spowoduje naruszenia zasady demokratycznego państwa prawnego. Dodatkowo, wydanie rozporządzenia jeszcze przed najbliższym postępowaniem kwalifikacyjnym na specjalizacje, które odbywa się w terminie od dnia 1 października do dnia 31 października 2017 r., pozwoli spełnić ważny interes państwa polegający na wyborze przez lekarzy wyłonionych przez Ministra Zdrowia deficytowych dziedzin medycyny.

II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji

Główne metody zbierania danych i informacji opierały się na:

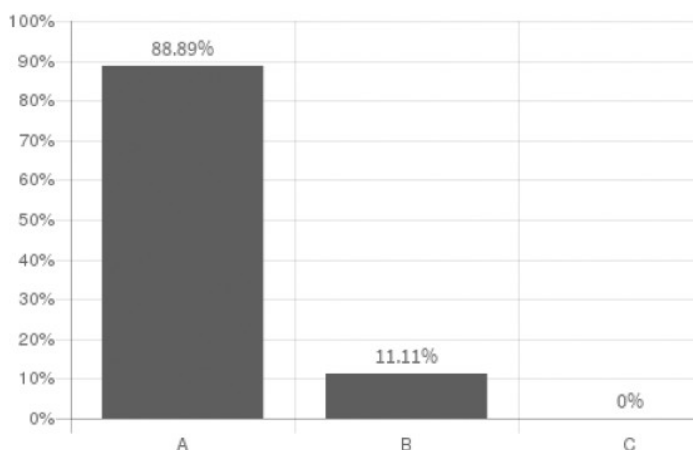
1. Analizie desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, Ocen Skutków Regulacji, stron www: administracji publicznej i samorządowej, portali tematycznych, wypowiedziach oraz treści materiałów eksperckich z obszaru ochrony zdrowia.
2. Ankietyzacji organizacji pacjenckich, m.in. poprzez Platformę Konsultacji stworzoną w ramach projektu „Wspólnie decydujemy - wsparcie konsultacji społecznych w ochronie zdrowia” (wyniki przedstawiono poniżej),
3. Wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami, przedstawicielami administracji publicznej z obszaru ochrony zdrowia oraz reprezentantami organizacji pacjenckich.

III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich

Konsultacje/ankietowanie na Platformie Konsultacji prowadzone były w postaci zestawu pytań (otwartych i zamkniętych). Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

1. Czy uposażenia lekarzy-rezydentów powinny być zwiększone?

A. Tak
B. Nie
C. Nie mam zdania



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

ARS
VIVENDI



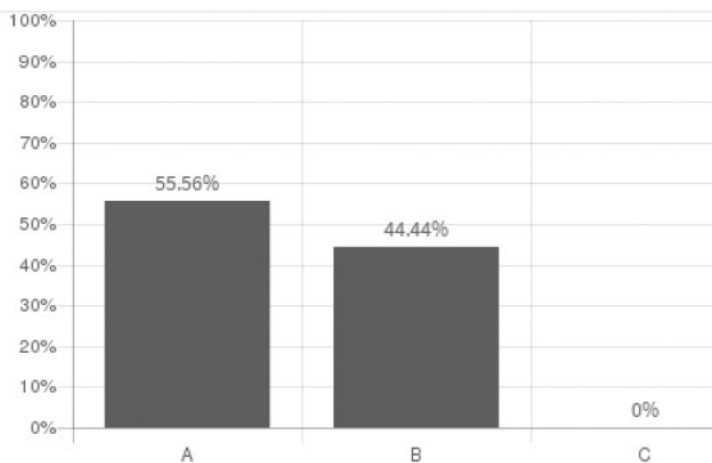
Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

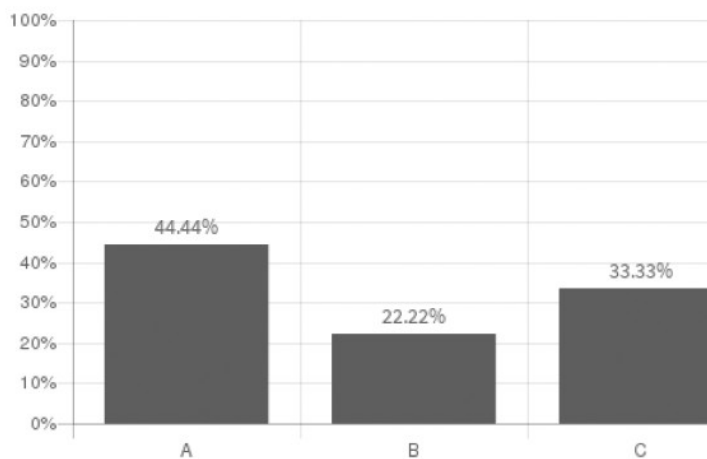
2. Czy zmiana uposażeń lekarzy-rezydentów powinna stanowić część szerszej reformy systemu wynagradzania w służbie zdrowia?

A. Tak
B. Nie
C. Nie mam zdania



3. Czy podstawowym czynnikiem motywującym lekarzy-rezydentów do wyboru preferowanych przez Ministerstwo Zdrowia specjalizacji powinna być zróżnicowana wysokość uposażeń?

A. Tak
B. Nie
C. Nie mam zdania



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

ARS
VIVENDI

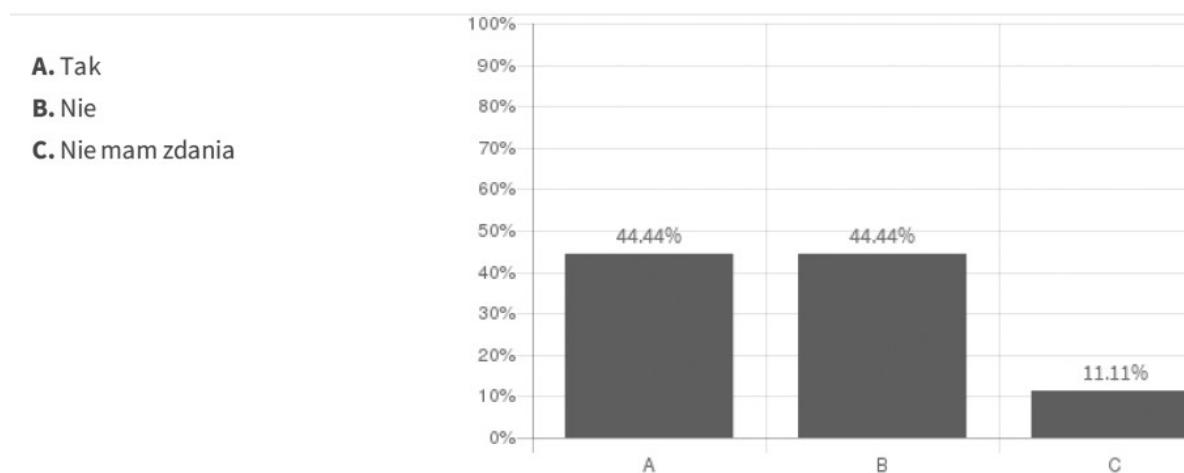


Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

4. Czy lista preferowanych specjalizacji przygotowana przez Ministerstwo Zdrowia jest zgodna z odczuwanym przez Panią/Pana brakiem lekarzy specjalistów?



Pytania otwarte:

1. Jakie grupy interesariuszy powinny być konsultowane w procesie tworzenia nowego systemu wynagradzania dla lekarzy-rezydentów?
2. Ile powinno wynosić minimalne wynagrodzenie lekarzy-rezydentów?
3. Jakie inne zawody medyczne wymagają Pani/Pana zdaniem korekty systemu wynagradzania?

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji stanowią elementy opinii wyrażonej w stanowisku Ars Vivendi.

IV. Stanowisko Ars Vivendi

Niniejsze stanowisko w sprawie przedstawionego do konsultacji społecznych Projektu powstało na podstawie wskazanych wcześniej metod zbierania danych i informacji, przeprowadzonej analizy stanu obecnego oraz konsultacji z organizacjami pacjentskimi.

Większość respondentów – przedstawicieli organizacji pacjentskich oraz ekspertów jest zdania, że rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury jest krokiem w dobrym kierunku. Z uznaniem odnotowują fakt podjęcia próby waloryzacji wynagrodzeń lekarzy odbywających specjalizację w ramach rezydentury. W przedmiotowej sprawie doszło bowiem do wieloletnich zaniedbań legislacyjnych. Dzisiejszy brak perspektyw zarówno w kwestii jakości wynagrodzeń jak i możliwości zatrudnienia i rozwoju ścieżki kariery, zniechęca młodych lekarzy od podejmowania wysiłku kształcenia specjalizacyjnego. Jednak niektóre proponowane rozwiązania budzą poważne wątpliwości:

1. Zaproponowana wysokość wynagrodzenia dla rezydentów wynika z przepisów ustawy o minimalnym wynagrodzeniu pracowników wykonujących zawody medyczne. Dlatego, w specjalizacjach deficytowych projekt nie zakłada zwiększenia uposażenia podstawowego, a jedynie dodatki, które nie wliczają się w podstawę wynagrodzenia. Nie można więc mówić o podwyżce.
2. Środki na podwyżki podstawowego uposażenia rezydentów będą zapewnione przez MZ, ale pochodne z nich wynikające (np. dyżury) musi zapewnić jednostka szkoląca, jest to blisko 1/3 wynagrodzenia zasadniczego. Rozporządzenie o specjalizacjach przerzuca te koszty na pracodawców zatrudniających rezydentów i sama jednostka będzie musiał je zapewnić co obciąży znacząco budżet jednostek.
3. Wysokość proponowanych wynagrodzeń lekarzy rezydentów, w szczególności należących do najliczniejszej grupy 17 załącznika nr 1 do projektu rozporządzenia, nie spełnia oczekiwań

środowiska lekarskiego co może prowadzić do dalszego pogarszania jego warunków pracy na tle innych grup zawodowych. Wniosek ten potwierdza uchwała nr 12/06/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 17 marca 2006 roku, sygnowana przez ówczesnego Prezesa NRL Konstantego Radziwiłła, która postuluje uposażenie dla lekarza bez specjalizacji na poziomie minimum dwu krotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w sektorze przedsiębiorstw. Proponowane aktualnie przez Ministerstwo Zdrowia rozwiązania nie zbliżają się istotnie do wymienionych postulatów.

4. Zastrzeżenia ekspertów budzi sposób selekcji specjalizacji objętych podwyżkami – zaskakują wysokie podwyżki dla specjalizacji reprezentowanych dość licznie i pomijanie niektórych innych, skrajnie deficytowych. Proponowane stawki wydają się zbyt niskie po wielu latach nauki i odpowiedzialnej pracy. Dotyczy to szczególnie rezydentów, którzy znaleźli się w grupie "pozostałe dziedziny medycyny". Dziwi zatem, że w projekcie omawianego rozporządzenia chirurgia onkologiczna, ginekologia onkologiczna, hematologia, onkologia i hematologia dziecięca, onkologia kliniczna, radioterapia onkologiczna znajdują się w wykazie specjalności "wyróżnionych" wyższą kwota zarobków rezydenta (3720 zł brutto w pierwszych dwóch latach itd), chirurgia ogólna ma jeszcze wyższą kwotę (4463 zł), zaś np. chirurgia klatki piersiowej znalazła się w grupie "pozostałe dziedziny medycyny" z propozycją zarobków 3263 zł (różnica do chirurgii ogólnej 1200 zł, zaś do dyscyplin onkologicznych prawie 500 zł).

5. Zarobki młodych lekarzy są niesatysfakcjonujące. Jednak sytuacja bardzo niskich wynagrodzeń dotyczy wszystkich lekarzy, w tym lekarzy specjalistów. Istnieje pilna potrzeba podwyżek wynagrodzenia lekarzy specjalistów, którzy po wprowadzeniu w życie opiniowanego rozporządzenia będą zarabiali tyle samo lub nawet mniej niż lekarze rezydenci. Przykładowo, wynagrodzenie zasadnicze lekarza w szpitalu uniwersyteckim z dwoma specjalizacjami, w tym z pediatrii, doktoratem i 30-letnim stażem pracy wynosi 4101 PLN. Wydaje się nieetyczne by osoba, która jest kierownikiem specjalizacji rezydenta - zarabiała mniej. Wraz z podwyżkami dla lekarzy rezydentów powinien iść wzrost wynagrodzenia dla doświadczonych lekarzy specjalistów. Proponowane podwyżki tylko w

jednej grupie lekarzy rezydentów mogą skutkować wyższym wynagrodzeniem rezydenta w porównaniu z lekarzem doświadczonym, starszym asystentem, adiunktem, specjalistą. Problem płac w medycynie winien być zatem rozwiązany systemowo, nie zaś w drodze doraźnych interwencji.

Podwyżka uposażenia rezydentów w specjalizacjach preferowanych spowoduje że ich wynagrodzenia zbliżą się lub w wielu przypadkach przekroczą zarobki lekarzy specjalistów co niechybnie spowoduje presję tej drugiej grupy na podwyżki oraz wywoła napięcia w grupie specjalistów, którzy przecież szkolą rezydentów nic za to nie otrzymując. Takie działania przypominają sytuację sprzed kilku lat, gdy podwyżki dla rezydentów doprowadziły do eskalacji żądań płacowych w grupie specjalistów, na co nie ma pieniędzy w budżetach szpitali.

Załącznik nr 2 do Rozporządzenia określa wynagrodzenie rezydentów na poziomie wyższym niż lekarzy specjalistów. Chyba nie taka była intencja autora propozycji, zważywszy na fakt, iż lekarz ze specjalizacją zazwyczaj jest nauczycielem lekarza odbywającego specjalizację w ramach rezydentury, posiada w stosunku do rezydenta większe kwalifikację, wynikające chociażby z posiadania tytułu specjalisty i ukończonego szkolenia specjalizacyjnego. Ponadto zważywszy na postanowienia kodeksu pracy, z których wprost wynika, iż wynagrodzenie powinno być tak ustalone by odpowiadało rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganych przy jej wykonywaniu z uwzględnieniem ilości i jakości świadczonej pracy, jest pewne, że wdrożenie rozporządzenia wymusi duże podwyżki dla lekarzy specjalistów. Spowoduje to pogorszenie już nie najlepszej sytuacji podmiotów leczniczych.

6. Zróżnicowanie stawek uposażenia dla tzw. „starych” i „nowych” rezydentów w danej specjalności będzie antagonizować obie grupy lekarzy specjalizujących się.

I tak np. istnieje duże ryzyko protestów lekarzy – specjalistów z II stopniem specjalizacji w zakresie chirurgii ogólnej, których uposażenie miesięczne jest istotnie niższe w porównaniu do uposażenia rezydentów. Ta sytuacja jest nie do przyjęcia zarówno dla specjalistów chirurgii ogólnej w stosunku do rezydentów odbywających szkolenie specjalizacyjne w

ramach rezydentury od 2015 roku, jak też w stosunku do obecnych rozwiązań dla rezydentów rozpoczynających szkolenie specjalizacyjne. Podwyższenie uposażenia rezydentów, całkowicie uzasadnione, bez jednoczesnego podwyższenia uposażenia w grupie specjalistów w zakresie chirurgii ogólnej może przyczynić się do gwałtownych protestów całej grupy zawodowej. Nie da się budować racjonalnej polityki w tym zakresie bez jednoczesnego zwiększenia uposażenia miesięcznego dla wszystkich lekarzy, którzy uprawiają daną dyscyplinę zawodową.

Dodatkowo eksperci zwracają uwagę na ryzyko, że zwiększenie wynagrodzeń dla rezydentów mogłoby sprzyjać poprawie sytuacji kadrowej, ale przy braku poprawy płac lekarzy specjalistów może doprowadzić do kształcenia osób, które nie znajdą satysfakcjonującego finansowo zatrudnienia i wybiorą emigrację.

7. Ważny wydaje się problem, przedstawiany przez niektórych ekspertów, że projekt rozporządzenia może być niezgodny z kodeksem pracy, gdyż dopuszcza, a wręcz wymusza różnice w wynagrodzeniu osób za wykonywanie tej danej pracy. Niezgodny jest również z ustawą o zawodzie lekarza, która pozwala różnicować wynagrodzenie rezydentów ze względu na dziedzinę medycyny i rok specjalizacji a nie ze względu na rok rozpoczęcia specjalizacji. Pojęć tych nie można uznać za tożsame, gdyż możliwe są przerwy w odbywaniu specjalizacji.

Proponowany wzrost wynagrodzenia zasadniczego w 6 dziedzinach, w zależności od daty rozpoczęcia specjalizacji stoi w sprzeczności z art. 18 3c § 1 k.p. Kodeksu pracy. Niezależnie od daty rozpoczęcia specjalizacji lekarze rezydenci posiadają te same kwalifikacje zawodowe potwierdzone dokumentami lub praktyką i doświadczeniem zawodowym, a także odpowiedzialność i wysiłek co sprawia, że wykonują pracę o jednakowej wartości.

Podział lekarzy rezydentów na dwie grupy uposażenia zgodnie z § 1 i 2 projektu rozporządzenia według kryterium czasu rozpoczęcia specjalizacji wydaje się niezgodny z aktualnie obowiązującym prawodawstwem. Wymieniony przepis prowadzić będzie do sytuacji, w której dwie osoby za tą samą pracę otrzymywać będą różne wynagrodzenia. Co

więcej, lekarz z niższymi kwalifikacjami może w takich okolicznościach pobierać większe uposażenie w porównaniu do kolegi o wyższych kwalifikacjach. Przykładowo, lekarz rezydent medycyny rodzinnej na 1 roku specjalizacji otrzymać może niebawem wyższe wynagrodzenie niż lekarz rezydent tej samej specjalizacji w trakcie 2 roku szkolenia. Sytuacje tego typu były wielokrotnie piętnowane w orzecznictwie sądów pracy. Stawki wynagrodzenia zaproponowana w rozporządzeniu różnicują rezydentów na tych którzy już rozpoczęli specjalizację od tych którzy rozpoczną od nowego roku. Różnice w wynagrodzeniach zasadniczych wyniosą od 907 -1200 zł. Jest to niczym nie uzasadnione zróżnicowanie, które będzie budziło napięcia i kontrowersję wśród samych rezydentów.

8. Kolejny problem jaki rodzić będzie wdrożenie rozporządzenia jest taki, że po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego, np. w chirurgii, uposażenie miesięczne rezydenta ulegnie obniżeniu do stawek, które obowiązują w poszczególnych jednostkach szpitalnych. Nie przyczyni się to do poprawy sytuacji kadrowej. Brak rozwiązań kompleksowych w zakresie realnego podwyższenia uposażenia dla całej grupy zawodowej chirurgów ogólnych może spowodować dalszy brak zainteresowania tą specjalnością, która decyduje o bezpieczeństwie obywateli, zwłaszcza w stanach nagłych, w sytuacjach kryzysowych, z którymi spotykamy się coraz częściej. Postępująca degradacja prestiżu pracy chirurga przekłada się na wyraźnie malejące zainteresowanie tą dyscypliną. W niektórych rejonach od lat nie ma chętnych do rozpoczęcia specjalizacji z chirurgii ogólnej. Brak kompleksowego rozwiązania sprawy miesięcznego uposażenia podstawowego chirurgów – jako grupy zawodowej w całości, mimo bardzo dobrej decyzji odnośnie podwyższenia uposażenia miesięcznego rezydentów, nie przełoży się na poprawę rekrutacji chętnych do szkolenia specjalizacyjnego w chirurgii ogólnej.

Przy obecnym ogólnym niedoborze lekarzy w Polsce, a także strukturze demograficznej środowiska lekarskiego, większość specjalizacji powinna być uznana za deficytowe. Rozwiązania płacowe zaproponowane w projekcie nie uwzględniają oczekiwań przedstawionych w obywatelskim projekcie ustawy o minimalnym wynagrodzeniu w ochronie zdrowia, wyrażonych przez przedstawicieli Porozumienia Zawodów Medycznych.

W związku z przedstawionymi wątpliwościami wydaje mi się właściwe ponowne przygotowanie projektu przedmiotowego rozporządzenia.

Opinię przygotował:

Witold Michałek