



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

BIULETYN

Z 26. POSIEDZENIA
RADY OCHRONY PRACY (IX KAD.)
W DNIU 11 WRZEŚNIA 2012 R.

Rada Ochrony Pracy (nr 26/IX kad.)

11 września 2012 r.

Rada Ochrony Pracy, obradująca pod przewodnictwem poseł **Izabeli Katarzyny Mrzygłockiej (PO)**, przewodniczącej Rady i **Zbigniewa Żurka** zastępcy przewodniczącej, zrealizowała następujący porządek dzienny:

- wyrażenie opinii na temat wniosku marszałek Sejmu pani Ewy Kopacz dotyczącego odwołania, na wniosek głównego inspektora pracy pani Iwony Hickiewicz, pana Grzegorza Łyjaka ze stanowiska zastępcy głównego inspektora pracy,
- przestrzeganie przepisów prawa pracy w placówkach ochrony zdrowia – materiał opracowany przez Państwową Inspekcję Pracy,
- sprawy bieżące.

W posiedzeniu udział wzięli: **Iwona Hickiewicz** główny inspektor pracy wraz ze współpracownikami, **Urszula Michalska** przewodnicząca Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, **Zdzisław Bujas** wiceprzewodniczący zarządu krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych FZZ.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Ewa Mierosławska** – z sekretariatu Rady w Biurze Prawnym i Spraw Pracowniczych.

Przewodnicząca Rady Ochrony Pracy Izabela Katarzyna Mrzygłocka:

Otwieram posiedzenie Rady Ochrony Pracy. Witam głównego inspektora pracy panią Iwonę Hickiewicz wraz ze współpracownikami, przedstawicieli resortu gospodarki, związków zawodowych oraz członków Rady.

Porządek dzienny posiedzenia przewiduje: pkt 1. – wyrażenie opinii na temat wniosku marszałek Sejmu pani Ewy Kopacz w sprawie odwołania pana Grzegorza Łyjaka, na wniosek głównego inspektora pracy pani Iwony Hickiewicz, ze stanowiska zastępcy głównego inspektora pracy, pkt 2. – przestrzeganie przepisów prawa pracy w placówkach handlowych – materiał opracowany przez Państwową Inspekcję Pracy, pkt 3. – sprawy bieżące.

Czy jest sprzeciw wobec proponowanego porządku dziennego? Nie widzę zgłoszeń.

Stwierdzam, że Rada przyjęła porządek dzienny.

Przechodzimy do punktu pierwszego porządku dziennego – wyrażenie opinii na temat wniosku marszałek Sejmu pani Ewy Kopacz w sprawie odwołania pana Grzegorza Łyjaka, na wniosek głównego inspektora pracy pani Iwony Hickiewicz, ze stanowiska zastępcy głównego inspektora pracy.

Informuję, że pani marszałek przesłała do Rady Ochrony Pracy pismo z prośbą o wyrażenie opinii w sprawie wniosku głównego inspektora pracy o odwołanie pana Grzegorza Łyjaka ze stanowiska zastępcy głównego inspektora pracy w związku ze złożoną przez niego rezygnacją z zajmowanego stanowiska, uzasadnioną okolicznościami natury osobistej. Oto treść pisma marszałek Sejmu z 6 września br.: „Na podstawie art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy uprzejmie proszę o przedstawienie opinii dotyczącej wniosku głównego inspektora pracy z dnia 31 sierpnia 2012 r. o odwołanie pana Grzegorza Łyjaka ze stanowiska zastępcy głównego inspektora pracy, który przekazuję w załączeniu”.

Odczytam teraz treść wniosku głównego inspektora pracy pani Iwony Hickiewicz skierowanego do pani marszałek: „Kierując się postanowieniami art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy wnoszę o odwołanie pana Grze-

gorza Łyjaka ze stanowiska zastępcy głównego inspektora pracy. W załączeniu przekazuję rezygnację pana Grzegorza Łyjaka z zajmowanego stanowiska z dnia 31 sierpnia 2012 r., uzasadnioną okolicznościami natury osobistej, złożoną na ręce pani marszałek za moim pośrednictwem. Jednocześnie uprzejmie proszę o pozytywne rozpatrzenie niniejszego wniosku”.

Zastępca głównego inspektora pracy pan Grzegorz Łyjak skierował do marszałek Sejmu pani Ewy Kopacz – za pośrednictwem głównego inspektora pracy pani Iwony Hickiewicz – rezygnację z zajmowanego stanowiska: „ w związku z zaistniałymi okolicznościami natury osobistej zwracam się z uprzejmą prośbą o odwołanie mnie z funkcji zastępcy głównego inspektora pracy”.

W związku z powyższym, zgodnie z art. 5 ust. 3 ustawy o Państwowej Inspekcji Pracy, Rada Ochrony Pracy ma wyrazić opinię w sprawie odwołania pana Grzegorza Łyjaka ze stanowiska zastępcy głównego inspektora pracy. §6 pkt 3 Regulaminu Rady przewiduje, iż uchwały dotyczące spraw personalnych powinny zapadać w głosowaniu tajnym. Rada, oczywiście, może podjąć decyzję o innej formie głosowania, czyli głosowaniu jawnym.

Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos?

Pan Michał Chałoński, proszę.

Członek Rady Michał Chałoński:

Uważam, że w sprawach personalnych powinno być głosowanie tajne. Niemniej jednak sądzę, że w sytuacji, gdy osoba sama rezygnuje z zajmowanego stanowiska, głosowanie tajne nie jest uzasadnione. Trudno zmuszać kogoś do zajmowania stanowiska, jeżeli on sam tego nie chce.

Przewodnicząca Rady Izabela Katarzyna Mrzygłocka:

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń.

Został zgłoszony wniosek o przeprowadzenie jawnego głosowania.

Kto z państwa jest za przyjęciem wniosku? Kto jest przeciw? Kto wstrzymał się od głosu?

Stwierdzam, że Rada jednogłośnie przyjęła wniosek o przeprowadzenie jawnego głosowania.

Kto jest za jest wyrażeniem pozytywnej opinii w sprawie wniosku o odwołanie pana Grzegorza Łyjaka ze stanowiska zastępcy głównego inspektora pracy? Kto jest przeciw? Kto wstrzymał się od głosu?

Stwierdzam, że Rada jednogłośnie opowiedziała się za pozytywnym zaopiniowaniem wniosku o odwołanie pana Grzegorza Łyjaka ze stanowiska zastępcy głównego inspektora pracy.

Wobec wyniku głosowania, prześlemy do pani marszałek uchwałę, w której znajdzie się informacja, że Rada Ochrony Pracy pozytywnie zaopiniowała wniosek o odwołanie pana Grzegorza Łyjaka ze stanowiska zastępcy głównego inspektora pracy.

Przechodzimy do punktu drugiego porządku dziennego – Przestrzeganie przepisów prawa pracy w placówkach ochrony zdrowia – materiał został opracowany przez Państwową Inspekcję Pracy.

Proszę o zabranie głosu głównego inspektora pracy panią Iwonę Hickiewicz.

Główny inspektor pracy Iwona Hickiewicz:

Przekazaliśmy Radzie materiał poświęcony przestrzeganiu przepisów prawa pracy w placówkach ochrony zdrowia. Jego prezentacji dokona pani Teresa Cabała – nadinspektor pracy w Okręgowym Inspektoracie Pracy w Krakowie, krajowy koordynator i ekspert ds. służby zdrowia w Państwowej Inspekcji Pracy.

Nadinspektor pracy w Okręgowym Inspektoracie Pracy w Krakowie Teresa Cabała:

Przedłożony materiał stanowi próbę oceny stanu praworządności w placówkach ochrony zdrowia. Ocenę tę oparto przede wszystkim na wynikach kontroli przeprowadzonych w 2011 r., ale także w 2010 r. Prowadzona działalność kontrolna koncentrowała się przede wszystkim na problematyce prawnej ochrony pracy. Natomiast wybrane zagadnienia bezpieczeństwa i higieny pracy były badane w ramach kontroli skargowych.

W 2011 r. inspektorzy pracy przeprowadzili 1458 kontroli w 1061 podmiotach zajmujących się opieką zdrowotną. Jednakże 307 z nich było ukierunkowanych na zbadanie wybranych, analogicznych w każdej z badanych placówek, problemów z zakresu prawnej ochrony pracy. Pozostałe obejmowały badanie wybranych przez inspektorów pracy lub zgłoszonych przez osoby składające skargę pojedynczych problemów z zakresu bezpieczeństwa oraz prawnej ochrony pracy.

Do najczęściej ujawnianych uchybień należało nieudzielenie lub udzielenie nieprawidłowej informacji o warunkach zatrudnienia oraz nieprawidłowości w zakresie treści zakładowych źródeł prawa pracy, nieudzielenie w wymaganym terminie urlopów wypoczynkowych. Poważnym problemem były także nieprawdziwe, sprzeczne z prawem, zapisy w umowach o pracę, jak również nie wyposażanie pracowników w odzież roboczą i środki ochrony indywidualnej.

Jednakże jako najpoważniejszy problem, bezpośrednio wpływający na sytuację zatrudnionych w podmiotach leczniczych należy wskazać kwestie związane z wypłatą wynagrodzenia za pracę oraz innych należnych pracownikom świadczeń. Niewypłacanie należnego wynagrodzenia za pracę w godzinach nadliczbowych odnotowano w ponad 55% kontrolowanych placówek, niewypłacanie ekwiwalentu za używanie własnej odzieży i obuwia roboczego w ponad 1/3, zaś nie wypłacanie wynagrodzenia za pełnione dyżury medyczne czy też różnych innych składników wynagrodzenia za pracę – w 1/5.

Szczególne zaniepokojenie budzą nieprawidłowości w zakresie czasu pracy, np. niezapewnienie wymaganego odpoczynku dobowego i tygodniowego, zatrudnianie pracowników powyżej przeciętnie 5 dni w tygodniu w przyjętym okresie rozliczeniowym. W większości przypadków dotyczyło to lekarzy, pielęgniarek, rejestratorek medycznych oraz kierowców transportu sanitarnego. Choć zatrudnianie pracowników powyżej dopuszczalnego limitu godzin nadliczbowych w roku kalendarzowym ujawniono jedynie w 8% placówek, skala przekroczeń była ogromna – 82 pracowników przekroczyło dopuszczalny limit godzin nadliczbowych o średnio 293 godziny rocznie, czyli 24 godziny miesięcznie. Stwierdzono przypadek przekroczenia przez pielęgniarkę limitu 150 godzin nadliczbowych o 866 godzin. Oznacza to, że ta pielęgniarka pracowała w godzinach nadliczbowych średnio ponad 84 godziny miesięcznie.

Dokonane ustalenia wskazują, że w wielu podmiotach leczniczych liczba zatrudnionych lekarzy i pielęgniarek jest zbyt mała, aby w pełni zrealizować wymóg zapewnienia całodobowej opieki nad pacjentem. W takiej sytuacji pracodawcy planują pracę w godzinach nadliczbowych i często nie rekompensują jej stosownym wynagrodzeniem lub czasem wolnym od pracy.

Kontrole ujawniły również, że pracodawcy chcąc sprostać potrzebie zapewnienia całodobowej opieki nad pacjentem nadal stosują rozwiązania będące próbą omijania przepisów o czasie pracy. Polegają one na wykonywaniu przez tę samą osobę pracy tego samego rodzaju i w tym samym miejscu pracy – bez zachowania wymaganego odpoczynku – na podstawie kilku stosunków prawnych, w tym na podstawie umowy o pracę, umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, zawartej przez pracodawcę z indywidualną lub specjalistyczną praktyką lekarską lub też na podstawie drugiego stosunku prawnego zawartego przez pracownika z firmą zewnętrzną.

Podstawowym efektem nadmiernie wydłużonego okresu wykonywania pracy jest obniżenie sprawności psychofizycznej. Zatem wystąpienie wyżej opisanych zjawisk ma wpływ nie tylko na bezpieczne wykonywanie pracy przez samych pracowników, ale także na sprawowanie opieki nad pacjentami, a co za tym idzie – na właściwy poziom udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Przedstawiłam nieprawidłowości ujawnione w 307 kontrolach, przeprowadzonych według jednolitych wytycznych w 306 podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Pozostałe 1151 kontroli przeprowadzone w 755 podmiotach leczniczych wynikały z rozpatrywania zgłoszonych skarg lub z rozpoznania własnego.

W 2011 r. do Państwowej Inspekcji Pracy wpłynęło 936 skarg na podmioty zajmujące się opieką zdrowotną. Podniesiono w nich łącznie 1834 problemy z zakresu prawnej ochrony pracy oraz 329 dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy.

W zakresie prawnej ochrony pracy skarżący najczęściej podnosili zarzut nieterminowej wypłaty wynagrodzenia, przy czym te zarzuty najczęściej znajdowały potwierdzenie w trakcie prowadzonych czynności kontrolnych. W skargach często podnoszono również kwestie nierzetelnego prowadzenia ewidencji czasu pracy, niewypłacenia lub obniżenia świadczenia urlopowego czy niewypłacenia dodatku do wynagrodzenia za pracę w porze nocnej, przysługującego na podstawie Kodeksu pracy.

W następstwie przeprowadzonych kontroli 45% spośród ogółu zgłoszonych problemów znalazło potwierdzenie w zgromadzonym przez inspektorów pracy materiale dowodowym, zaś 46% zgłoszeń okazało się bezzasadne.

Skarżący najczęściej podnosili nieprawidłowości związane z wyposażeniem ich w odzież i obuwiu robocze oraz środki ochrony indywidualnej, przy czym zarzut dotyczący niezapewnienia środków ochrony indywidualnej w większości przypadków nie potwierdził się w trakcie prowadzonych czynności kontrolnych. W skargach często podnoszono również sprawy związane z przygotowaniem do pracy (w tym dotyczące szkoleń w zakresie bhp, badań profilaktycznych, uprawnień kwalifikacyjnych), badaniem okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz dotyczące obiektów i pomieszczeń pracy, a także stanowisk i procesów pracy.

Dowody zgromadzone przez inspektorów pracy pozwoliły na potwierdzenie występowania 53% spośród ogółu zgłoszonych problemów, 42% okazało się bezzasadne.

Podczas pozostałych prowadzonych kontroli ujawniono także nieprawidłowości z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, takie jak:

- dopuszczanie do pracy pracowników bez wymaganých szkoleń w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
- brak udokumentowanej oceny ryzyka zawodowego bądź nieprawidłowa ocena ryzyka zawodowego oraz nieinformowanie pracowników o ryzyku zawodowym, które wiąże się z wykonywaną pracą i o zasadach ochrony przed występującymi zagrożeniami,
- dopuszczanie do pracy pracowników bez aktualnych orzeczeń lekarskich potwierdzających brak przeciwwskazań do pracy na powierzonym stanowisku pracy, niejednokrotnie brak badań wstępnych i okresowych,
- niewłaściwy stan techniczny ścian, posadzek, okien, drzwi, schodów, pochylni, pomostów,
- brak zabezpieczenia lub niewłaściwe oznakowanie miejsc niebezpiecznych, a stwarzających zagrożenie potknięcia się, upadku lub uderzenia,
- stosowanie do dezynfekcji powierzchni i sprzętu środków zawierających substancje niebezpieczne bez kart charakterystyki,
- nieprzeprowadzenie rejestru prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych oraz rejestru prac w kontakcie z czynnikami rakotwórczymi lub mutagennymi.

Kontrolujący stwierdzili również nieprawidłowości w zakresie organizacji nadzoru i kontroli stanu bhp polegające na braku służby bezpieczeństwa i higieny pracy lub nieprawidłowej jej organizacji oraz dotyczące badania okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy.

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami podczas wszystkich kontroli przeprowadzonych w podmiotach leczniczych (1458 kontroli w 1061 podmiotach) inspektorzy pracy wydali 2449 decyzji, w tym 129 decyzji nakazujących wypłatę wynagrodzenia za pracę lub innego świadczenia należnego pracownikowi na łączną kwotę 1.133.405 zł, skierowali do pracodawców 993 wystąpienia zawierające 6987 wniosków, stwierdzili popełnienie 1027 wykroczeń przeciwko prawom pracownika. 158 osób zostało ukaranych grzywną w drodze mandatu na łączną kwotę 185.850 zł. Skierowano 53 wnioski o ukaranie do sądu oraz zastosowano 284 środki oddziaływania wychowawczego. Inspektorzy skierowali do prokuratury 4 zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa.

W ocenie kontrolujących, jedną z najczęściej występujących przyczyn naruszeń przepisów pozostaje niewłaściwa interpretacja przepisów prawa pracy i brak odpowiedniej wiedzy. Inne, zidentyfikowane przez inspektorów pracy, przyczyny stwierdzonych nieprawidłowości to:

- brak właściwego nadzoru nad osobami kierującymi poszczególnymi komórkami organizacyjnymi, których obowiązkiem jest m.in. prowadzenie dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy, planowanie i rozliczanie czasu pracy podległego personelu,

- brak woli stosowania przez pracodawców przepisów prawa,

- nasilające się braki kadrowe pracowników medycznych w grupach zawodowych lekarzy i pielęgniarek,

- względy ekonomiczne, tj. dążenie do obniżania kosztów działalności zakładu, w tym oszczędzanie na kosztach pracy poprzez zmniejszanie zatrudnienia,

- niezajomość obowiązujących przepisów prawa przez kierownictwo zakładu oraz pracowników merytorycznych zajmujących się sprawami kadrowo-płacowymi.

W ocenie pracodawców, przyczynami stwierdzonych nieprawidłowości są zbyt mała liczba zatrudnionych pracowników medycznych (pielęgniarek, lekarzy) oraz niewystarczające środki finansowe na działalność statutową podmiotów, co wymusza konieczność poszukiwania oszczędności.

W 2011 r. w zakładach należących do działu Opieka zdrowotna, inspektorzy pracy zbadali okoliczności i przyczyny 28 wypadków przy pracy, w tym 16 zbiorowych (w 2010 r. inspektorzy zbadali 34 wypadki przy pracy, w tym 21 zbiorowych). W analizowanych zdarzeniach wypadkowych poszkodowanych zostało 47 osób pracujących, z których 3 poniosły śmierć, a 3 odniosły ciężkie obrażenia ciała (rok wcześniej 60 poszkodowanych, w tym 3 ofiary śmiertelne i 3 z ciężkimi obrażeniami ciała).

Ogółem, w omawianym dziale gospodarki, w zbadanych przez inspektorów wypadkach przy pracy zaistniałych w ubiegłym roku, poszkodowanych zostało 19 osób o stażu pracy w danym zakładzie pracy trwającym 9 lat i dłużej, tj. 40,4% ogółu poszkodowanych. Wśród poszkodowanych dominowali specjaliści do spraw zdrowia (głównie pielęgniarki i położne) – 46,8% ogółu poszkodowanych oraz średni personel do spraw zdrowia (głównie ratownicy medyczni) – 27,7%.

Przyczyny zaistniałych wypadków – to przede wszystkim przyczyny ludzkie wynikające z nieprawidłowego zachowania pracownika – 57,3%. Przyczyny wynikające z niewłaściwej ogólnej organizacji pracy stanowiły 30,9% ogółu przyczyn, zaś techniczne (związane z wadami konstrukcyjnymi lub niewłaściwymi rozwiązaniami technicznymi i ergonomicznymi czynnika materialnego) – 11,8% ogółu przyczyn wypadków.

Wyniki działań kontrolno-nadzorczych inspektorów pracy w 2011 r. wskazują na nadal niezadowolający stan przestrzegania przepisów w podmiotach leczniczych. Ujawnione nieprawidłowości dotyczyły zarówno publicznych, jak i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Wyniki kontroli wskazują na zasadność decyzji o kontynuowaniu w placówkach ochrony zdrowia działań kontrolno-nadzorczych, ukierunkowanych w szczególności na zagadnienia prawnej ochrony pracy, w których najczęściej stwierdzano nieprawidłowości. Dokonanie długookresowej (obejmującej lata 2010 – 2012) analizy wyników kontroli planowych oraz problemów poruszanych w skargach pracowników ochrony zdrowia umożliwi ocenę adekwatności planowanego zakresu przedmiotowego kontroli i pozwoli na ewentualne ustalenie innych kierunków działalności kontrolnej.

Przewodnicząca Rady Izabela Katarzyna Mrzygłocka:

Dziękuję za przedstawienie informacji.

Otwieram dyskusję. Kto z państwa chciałby zabrać głos?

Pan poseł Stanisław Szwed, proszę.

Członek Rady Stanisław Szwed:

Główny problem sygnalizowany przez panią inspektor – aczkolwiek w zbyt małym zakresie, stąd prosiłbym o uzupełnienie – dotyczy nieprzestrzegania przepisów o czasie pracy w placówkach ochrony zdrowia oraz łączenia różnych form zatrudnienia. Pielęgniarki i lekarze są zatrudniani w szpitalach na podstawie umowy o pracę, a następnie w tych samych jednostkach lub innych podmiotach – na umowy cywilnoprawne. z danych przedstawionych przez panią inspektor wynika, że niejednokrotnie czas pracy przekracza dobę. To jest chyba główny problem, który występuje w służbie zdrowia.

W mojej ocenie, jego zakres narasta, co wynika z prywatyzacji i zmiany właścicieli podmiotów leczniczych.

Druga kwestia dotyczy zasadności i bezzasadności skarg. W materiale przedstawiono wykres, w którym dokonano podziału na skargi zasadne i bezzasadne. Np. niewypłacanie dodatku do wynagrodzenia za pracę w porze nocnej – 0 skarg zasadnych, 73 skargi bezzasadnych, nierzetelne prowadzenie ewidencji czasu pracy – 7 skarg zasadnych, 81 bezzasadnych. Prosiłbym o wyjaśnienia w sprawie tej klasyfikacji. Nie ukrywam, że jestem zaskoczony danymi dotyczącymi braku zasadnych skarg na np. niewypłacanie dodatku do wynagrodzenia za pracę w porze nocnej, czy zatrudnianie pracowników w niedziele bez zapewnienia innego dnia wolnego od pracy lub dodatku do wynagrodzenia. Może wystąpił błąd w doborze materiału dowodowego.

Członek Rady Elżbieta Rafalska:

Co należy uczynić, aby Państwowa Inspekcja Pracy w podsumowaniu materiału zawarła bardziej surową ocenę niż stwierdzenie, iż stan przestrzegania przepisów prawa pracy w podmiotach leczniczych nadal nie jest zadowalający. Kiedy czytałam przedłożony materiał, to włos na głowie mi się jeżył, nie tylko ze względu na zakres naruszeń praw pracowniczych. Wyobraziłam sobie jako pacjenta, który obsługiwany jest przez anestezjologa pracującego bez przerwy przez 103 godziny, pielęgniarkę zatrudnioną na umowę o pracę, która następnie tę samą pracę wykonuje w nadgodzinach. W każdym kontrolowanym obszarze inspektorzy ujawnili przekroczenia na poziomie 38%, 43%, 45%, 50%. Jest to zatrważające. Tymczasem w podsumowaniu stwierdza się lakonicznie, iż stan przestrzegania przepisów nie jest zadowalający. W moim przekonaniu, stan jest alarmujący.

Sądzę, że kwestii wypłacania wynagrodzeń nie można łatwo rozwiązać ze względu na zadłużenie szpitali. Skala tego problemu będzie raczej narastać. Ale kwestie pracy w godzinach nadliczbowych, przestrzegania norm czasu pracy są kompletnie nie do zaakceptowania. Uważam, że musi być czytelna i surowa ocena zaprezentowanych wyników kontroli.

Przeprowadzono dużą liczbę kontroli. Należy z satysfakcją odnotować ich dużą częstotliwość w placówkach ochrony zdrowia. Moim zdaniem, wyniki tych kontroli są alarmujące.

Zgłaszam wniosek, aby Rada zwróciła się do sejmowej Komisji Zdrowia o zapoznanie się z przedłożonym materiałem. Skoro w tym dokumencie zawarta jest konkluzja, iż przepisy wcześniejszej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i obecnej ustawy o działalności leczniczej są niejasne i nieprecyzyjne, to należałoby zmierzać do poprawy w tym zakresie zamiast formułować łagodną ocenę stanu ich przestrzegania.

Chciałabym zauważyć, że na rynku funkcjonują publiczne i niepubliczne placówki ochrony zdrowia. Kontrakty na świadczenie usług medycznych zawierają także podmioty prywatne. Moim zdaniem, dla czytelności oglądu sytuacji byłoby dobrze, gdyby inspekcja pracy wskazała, czy skala problemów jest typowa dla wszystkich podmiotów, czy też sytuacja różni się w zależności od formy własności podmiotu. W przedłożonym materiale nie ma podziału podmiotów udzielających świadczeń medycznych. Wiadomo, że podmioty publiczne prowadzą inną gospodarkę finansową niż podmioty niepubliczne działające w formule spółek, które mają inne rygory finansowe. Ma to wpływ na formę zatrudnienia, wynagrodzenia i dokumentowanie czasu pracy.

Przedłożony materiał zawiera informację o przypadkach niezapewnienia pracownikom pełniącym dyżury medyczne co najmniej 11-godzinnego nieprzerwanego wypoczynku po zakończeniu dyżuru. Inspektorzy ujawnili, że ci pracownicy świadczyli pracę, pełnili dyżury medyczne oraz pozostawali w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez 40, 48, 72, 96, a nawet 103 godziny i 35 minut. Kolejny przykład – lekarz oddziału zabiegowego świadczył pracę i pozostawał w dyspozycji pracodawcy przez 4 doby pracownicze bez wymaganego odpoczynku. Inny przykład – 55 godzin w pogotowiu ratunkowym. Jest to zagrożenie dla zdrowia lekarza czy pielęgniarki, ale przede wszystkim dla obsługiwanych przez nich pacjentów. Rozumiem, że to nie jest zakres działania właściwy dla Rady Ochrony Pracy. Ale trudno jest oddzielić gra-

nice odpowiedzialności. Dlatego wnoszę o przekazanie przedłożonego materiału Komisji Zdrowia z prośbą o podjęcie działań – być może o charakterze legislacyjnym – ewentualnie spowodowanie kontroli NIK. Dla mnie ten materiał jest zatrważający.

Przewodnicząca Rady Izabela Katarzyna Mrzygłocka:

Wydaje się, że możemy przekazać Komisji Zdrowia stanowisko Rady. Jeśli chodzi o materiał, to jeżeli Komisja Zdrowia będzie zainteresowana, to będzie mogła wystąpić do inspekcji pracy o jego przekazanie.

Zastępca przewodniczącej Rady Zbigniew Żurek:

Jeżeli kogoś urażę, to od razu chciałbym przeprosić. Mam pytanie do Państwowej Inspekcji Pracy – jaka jest relacja tych, jak mówiła pani poseł porażających, liczb do stanu faktycznego? Może jestem człowiekiem małej wiary, ale nie wierzę, że ktoś jest w stanie pracować bez przerwy przez 103 godziny. Żaden człowiek nie jest w stanie funkcjonować, a tym bardziej pracować non stop, przez ponad 4 doby. Nie chcę mówić o lekarzach, którzy śpią na dyżurach itp. Czy państwo mają świadomość, że być może stan wynikający z kontroli jest niezgodny ze stanem faktycznym? Czy istnieje koncepcja monitoringu tej kwestii? Moim zdaniem, jest to bardzo ważne, być może stanowi klucz do wyjaśnienia tych porażających liczb.

Członek Rady Maciej Sekunda:

Chciałbym poruszyć kwestie związane z konstrukcją przepisów prawa pracy. Przedłożony materiał wskazuje na problemy z interpretacją przepisów. Może byłoby dobrze, gdyby Państwowa Inspekcja Pracy przekazała do właściwego resortu wątpliwości w tej sprawie w celu zmiany tego stanu rzeczy. Bowiem problemy z interpretacją przepisów będą skutkować ich nieprzestrzeganiem.

W materiale zwraca się uwagę na błędne zapisy w regulaminach pracy i regulaminach wynagrodzeń. Nie wiem, czy na ten stan nie wpływa fakt, że to jest grupa zawodowa, która stosunkowo mało uczy się. Mówię o bieżącym dokształcaniu. Nie ma środków na szkolenia grupy pracowników odpowiadających za stan przestrzegania przepisów prawa pracy. Może należałoby wystąpić np. do Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, aby część środków przeznaczonych na szkolenia w ramach projektów unijnych skierować do służby zdrowia.

Chciałbym zwrócić uwagę na zaskakujące stwierdzenie dotyczące zatrudniania pracowników bez aktualnych badań lekarskich. Wydawałoby się, że w przypadku tej grupy zawodowej nie powinny występować tego rodzaju nieprawidłowości.

Zastępca przewodniczącej Rady prof. Danuta Koradecka:

Z materiału wynika, że kontrolowane placówki ochrony zdrowia stanowią 5% ogółu funkcjonujących. Czyli ok. 300 podmiotów na 6500. Zatem nie jest to duża próba. Kontrole przeprowadzono w 2010 i 2011 r. Nie wiem, czy zastosowaną tę samą metodykę.

Jeżeli chodzi o problematykę czasu pracy, to przypominam, że w okresie transformacji dokonano istotnych zmian w wielu dziedzinach i zawodach. Natomiast kompletnym zaskoczeniem była dyrektywa dotycząca czasu pracy w służbie zdrowia. Brakuje mi stanowiska Ministra Zdrowia w tej sprawie. Szkoda, że minister, ewentualnie jego przedstawiciel, nie uczestniczy w dzisiejszym posiedzeniu.

Czy jesteśmy w stanie, dysponując tą liczbą lekarzy i pielęgniarek, przestrzegać właściwego czasu pracy? Problem polega na braku odpowiedniej liczby lekarzy i pielęgniarek. Wszyscy kluczają wokół tego problemu. Pojawiają się rozwiązania polegające na jednoczesnym zatrudnianiu na umowę o pracę i kontrakt w kilku placówkach. Podobna sytuacja występuje w zawodzie górnik. Górnicy również pracują w kilku kopalniach.

Obowiązują przepisy o czasie pracy. Ale są tak interpretowane, aby umożliwić świadczenie pracy na podstawie różnych stosunków prawnych. Wydaje się, że należy zwrócić się do resortu zdrowia o analizę sytuacji w zakresie czasu pracy pracowników służby zdrowia.

Kolejna kwestia dotyczy warunków pracy. One nie były przedmiotem kontroli. PIP odsyła do innych materiałów. Stan warunków pracy w służbie zdrowia – zagrożenia biologiczne, elektromagnetyczne, dźwiganie ciężarów, przenoszenie ciężko i obłożnie cho-

rych – można określić jako średniowiecze. Zwracam uwagę, że dla poprawy warunków pracy niekoniczne są duże nakłady. Myślę, że należałoby opracować program Ministra Zdrowia, który uwzględniając możliwości finansowe, określiłby perspektywę poprawy w tym zakresie, a także możliwość obsłużenia placówek zdrowia przez zasoby ludzkie, którymi obecnie dysponujemy. Bo tutaj powstaje konflikt.

Przewodnicząca Rady Izabela Katarzyna Mrzygłocka:

Chciałabym wyjaśnić, że Ministerstwo Zdrowia otrzymało zaproszenie na dzisiejsze posiedzenie Rady. Niestety – z niewiadomych nam powodów – nikt z przedstawicieli resortu nie przybył na posiedzenie. Na pewno skierujemy nasze stanowisko do Ministra Zdrowia. Będziemy prosić o odpowiedź.

Członek Rady Maciej Duszczyk:

W 2005 r., kiedy pracowałem w Urzędzie Komitetu Integracji Europejskiej, przygotowaliśmy ekspertyzę dotyczącą konsekwencji wejścia w życie dyrektywy o czasie pracy w służbie zdrowia w wymiarze przeciętnie 48 godzin tygodniowo bez klauzuli *opt-out*, umożliwiającej przedłużenie czasu pracy w indywidualnych przypadkach. Określiliśmy wówczas liczbę lekarzy, których należałoby zatrudnić, aby spełnić wymogi dyrektywy. Wyniosła ona ok. 24 tys. Przypomnę, że w Polsce jest ok. 120 tys. lekarzy mających prawo do wykonywania zawodu. Oznaczało to dodatkowe zatrudnienie prawie 1/4 tej grupy w celu spełniania wymogów dyrektywy. Tu tkwi problem.

Gdy zapoznawałem się z przedłożonym materiałem, zastanawiałem się nad stanowiskiem Rady. Możemy jedynie apelować, żeby było więcej lekarzy. Zatrudnienie większej liczby lekarzy nie jest kwestią finansową. Bo dotychczas zatrudnieni otrzymują te środki za godziny nadliczbowe. Ale gdzie szukać dodatkowych lekarzy? Jak zapisać konkretny wniosek w stanowisku Rady?

Zgadzam się z panią poseł, że sytuacja jest dramatyczna. We wspomnianej wyżej ekspertyzie badaliśmy również faktyczny czas pracy lekarza. W ramach badania skłoniliśmy lekarzy do stosowania swego rodzaju urządzenia mierzącego czas pracy. Gdy szli spać, to wyłączali urządzenie. Okazało się, że lekarz podczas dyżuru pracuje średnio ok. 60% czasu pracy.

Statystyki dotyczące liczby lekarzy *per capita* dowodzą, że Polska jest jednym z ostatnich państw członkowskich Unii Europejskiej, który ma bardzo słaby wskaźnik w tym zakresie. Do tego należy dodać kwestię specjalizacji. Otóż, w przypadku anestezjologów i neonatologów występuje dramatyczna sytuacja. Na ten stan, szczególnie gdy chodzi o anestezjologów, ma wpływ emigracja. Ich kwalifikacje są bardzo łatwo uznawane, co sprzyja podejmowaniu zatrudnienia w innych państwach. Niektóre szpitale powiatowe musiały zaprzestać działalności, gdy z trzech zatrudnionych anestezjologów, wyjechał jeden z pierwszą specjalizacją.

Nie wiem, co może zrobić Rada Ochrony Pracy. Możemy apelować o kształcenie większej liczby lekarzy. A to jest proces długofalowy. Jeśli chodzi o kwestie migracji lekarzy, to można starać się uzupełnić niedobory lekarzami z innych państw. Tu jednak pojawia się problem – zajmuję się migracjami – tzw. humanitarnego powodu pozyskiwania lekarzy z innych państw. Zabieranie lekarza z innego państwa jest pozbawianiem jego obywateli opieki medycznej. To bardzo partykularne działanie. Nie jest ono pochwalane w polityce migracyjnej. Niemniej jednak różne państwa podejmują tego rodzaju działania. Wielka Brytania ma podpisaną umowę z Filipinami. Przewiduje ona finansowanie przez Zjednoczone Królestwo kształcenia pielęgniarek i położnych w Filipinach, a następnie długookresowe (20 lat) zatrudnienie w Wielkiej Brytanii.

Wszystkie państwa – np. Wielka Brytania, Niemcy, a nawet Szwecja – mają problem dotyczący czasu pracy lekarzy. W Polsce ze względu na liczbę lekarzy *per capita* jego zakres jest większy. Bowiem dynamicznie wzrasta konsumowanie usług medycznych, natomiast nie rośnie w tym samym tempie liczba lekarzy, którzy są w stanie je wykonać. Dlatego sytuacja jest tak bardzo złożona. Stąd musimy dłużej popracować nad projektem stanowiska.

Przewodnicząca Rady Izabela Katarzyna Mrzygłocka:

Nie limitujemy czasu pracy nad projektami stanowisk.

Członek Rady Alicja Olechowska:

Zgadzam się, że wskaźniki dotyczące czasu pracy oraz ujawnione nieprawidłowości w placówkach kontrolowanych przez Państwową Inspekcję Pracy są zatrważające. Chciałabym jednak przekazać sugestie dotyczące rynku pracy zawodów związanych ze służbą zdrowia. Odnoszę wrażenie, że byłoby warto skontrolować liczbę osób zarejestrowanych w urzędach pracy, ubiegających się o pracę w placówkach medycznych, w tym jako pielęgniarki.

Z przedłożonych materiałów wynika, że pielęgniarki często przekraczają normatywny czas pracy. Są osoby chętne i z odpowiednimi kwalifikacjami do pracy w tym zawodzie. Niekiedy zwracają się do posłów z prośbą o interwencję. Ale, niestety, okazuje się, że nie ma etatów. Zatem należałoby przyjrzeć się wnikliwie dysproporcji między osobami, które starają się o pracę w placówkami a osobami, na które nałożone są dodatkowe godziny pracy, wielokrotnie przekraczające dopuszczalne limity.

Chciałabym również zwrócić uwagę na występowanie mobbingu w kontrolowanych placówkach. Dziwię się niskiemu wskaźnikowi mobbingu w tych podmiotach. Można powiedzieć, że to dobrze. Ale podejrzewam, że ten czynnik został zbadany niezbyt wnikliwie. Nie znam szpitala, w którym lekarze i pielęgniarki nie skarżyliby się, że wywierane na nich przez dyrekcję naciski dotyczące wywiązywania się z obowiązków – nawet wtedy, gdy są chorują – są tak ostre i restrykcyjne, że – to przykład z wczorajszego dnia – poważnie chora, na chorobę zakaźną – pielęgniarka jest zdecydowana iść do pracy w okresie zwolnienia lekarskiego, bo musi sporządzić sprawozdanie. Zatem zapewne w każdej placówce służby zdrowia występuje mobbing w szerokim zakresie. Dyrektorki szpitali skarżą się, że nie mają wyjścia i muszą podległych pracowników zmuszać do wykonania konkretnych zadań. Wystarczyłoby zwiększyć liczbę etatów lub przyjąć na zlecenia osoby, które chciałyby pracować, aby nie wykorzystywać ponad normatywnie zatrudnionych pracowników, którzy nie dają już rady.

Członek Rady Elżbieta Rafalska:

W przedłożonym materiale jest mowa o 1458 kontrolach przeprowadzonych w 2011 r. w 1061 podmiotach leczniczych. Nie wiem, dlaczego pani prof. Koradecka wspomniała o 307 kontrolowanych jednostkach.

Zupełnie niezrozumiała i kompletnie nieusprawiedliwiona jest nieobecność przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia na dzisiejszym posiedzeniu. Rozumiem, że nie musi to być wiceminister, ale powinien być dyrektor departamentu lub inne upoważnione osoby. Reprezentanci resortu powinni przedstawić nam kompleksową informację. Państwowa Inspekcja Pracy zajmuje się jednym aspektem – przestrzeganiem przepisów prawa pracy. Nie ma wpływu na finansowanie i pozostałe relacje.

Proszę o wystosowanie zapytania do resortu o przyczynę nieobecności jego przedstawicieli na dzisiejszym posiedzeniu Rady Ochrony Pracy.

Przewodnicząca Rady Izabela Katarzyna Mrzygłocka:

Wystosowaliśmy do Ministerstwa Zdrowia zaproszenie na dzisiejsze posiedzenie. Przypominam, że przy konstruowaniu planu pracy nikt z państwa nie zgłosił propozycji, aby materiał na ten temat przygotował również resort zdrowia. Zatem nie należy teraz zgłaszać pretensji, skoro wcześniej nie zgłoszono odpowiedniej propozycji.

Członek Rady Elżbieta Rafalska:

Uważam, że w planie pracy Rady na przyszły rok należy uwzględnić przygotowanie przez Ministerstwo Zdrowia materiałów na ten temat. Zapowiadam zgłoszenie tej propozycji do planu pracy.

Przewodnicząca Rady Izabela Katarzyna Mrzygłocka:

Jeżeli pani poseł zgłosi tę propozycję, to Rada rozpatrzy ją i zapewne zostanie uwzględniona.

Zastępca przewodniczącej Rady Stanisław Stolorz:

W ochronie zdrowia mamy do czynienia z tzw. umowami śmieciowymi. Ta sprawa powinna zostać zbadana w szerszym kontekście. Zasadniczą formą zatrudnienia lekarzy, pielęgniarek i całego zespołu medycznego powinny być umowy o pracę. Należy też zadbać o dostosowanie czasu pracy do wymogów europejskich.

Ustawa miała chronić interesy lekarzy, pielęgniarek i personelu medycznego. Tak się nie stało, ponieważ przeważały względy ekonomiczne. Okazuje się, że na niektórych oddziałach szpitalnych na umowę o pracę zatrudnieni są jedynie ordynatorzy i rezydenci. Nie wystarcza środków na tę formę zatrudnienia dla pozostałych. Wyższe wynagrodzenia brutto przegrywają z tzw. umowami śmieciowymi. Ponadto w przypadku tych ostatnich nie trzeba przestrzegać Kodeksu pracy.

W przedłożonym materiale zabrakło jasnego określenia liczby tzw. umów śmieciowych w kontrolowanych placówkach. Wiem, że Inspekcja Pracy nie ma możliwości sprawdzenia umów cywilnoprawnych.

Zgadzam się z opinią pani prof. Koradeckiej. Chodzi o relacje pacjent – lekarz. W pewnym momencie zagubiliśmy je ze względów finansowych.

Nie będę mówił o migracji lekarzy. Sadzę, że to nie jest temat na posiedzenie Rady Ochrony Pracy. Chciałbym jednak wspomnieć o czasie pracy. Nieprawidłowości w tym zakresie wynikają z braku lekarzy specjalistów i pielęgniarek. Powinniśmy przyjrzeć się tej sprawie. Owszem, względy ekonomiczne mają pewne znaczenie, ale życie ludzkie nie może być zagrożone. Bowiem do tego prowadzi nieprzestrzeganie przepisów prawa pracy. Nikt nie jest w stanie – o czym mówił pan przewodniczący Żurek – pracować nieprzerwanie przez 103 godziny. Trzeba wyjaśnić te kwestie.

Członek Rady Renata Górna:

Chciałabym zabrać głos w dwóch sprawach. Zgadzam się z opinią pani poseł Rafalskiej na temat czasu pracy. Istotnie, skala naruszeń w tym zakresie jest zatrważająca i przerażająca. Wydaje się, że byłaby ona jeszcze bardziej wyrazista, gdyby w kontroli uwzględniono podział na placówki publiczne oraz podmioty lecznicze, które uzyskały obecnie status przedsiębiorców. Chodzi o placówki przekształcane w spółki prawa handlowego. Przypuszczam, że normy czasu pracy są tam bardziej naruszane niż w placówkach publicznych.

W materiale PIP stwierdza się, iż forma własności nie ma decydującego znaczenia w zakresie skali naruszeń czasu pracy. Ale z licznych skarg wpływających do związków zawodowych wyraźnie wynika, że w podmiotach leczniczych o statusie spółek skala naruszeń jest zdecydowanie większa. Wydaje mi się, że w następnych latach należałoby objąć kontrolą rutynową podmioty lecznicze ze względu na formę własności. Wówczas można byłoby ujawnić skalę naruszeń w zależności od statusu podmiotu. Aczkolwiek przyznaję, że czas pracy jest kwestią o charakterze systemowym.

Sięgnęłam do poprzednich stanowisk Rady w sprawie czasu pracy w ochronie zdrowia. W lipcu 2008 r. Rada Ochrony Pracy zajmowała się czasem pracy w ochronie zdrowia. Zdumiewające jest, że wszystkie ówczesne wnioski – wtedy dyżur był włączony do czasu pracy i obowiązywała klauzula *opt-out* – są aktualne. Problemy, na które Rada zwracała uwagę przez 4 lata nadal występują.

Zastanawiałam się – podobnie jak pan Maciej Duszczyk – jakie wnioski obecnie mogłaby Rada zaproponować. Jest to bardzo trudne. Myślę, że jednak zasadnym byłby wniosek do Ministra Zdrowia, aby przyjrzał się temu zagadnieniu w kontekście deficytu kadr medycznych. Ponadto zwracam uwagę na wpływ podwójnego zatrudnienia na naruszenia czasu pracy.

Druga kwestia dotyczy warunków pracy. Pani prof. Koradecka zwróciła uwagę na tę sprawę. Proponowałabym, aby stan przestrzegania bhp w placówkach leczniczych nie był jedynie przedmiotem kontroli skargowych. Stan bezpieczeństwa i higieny pracy powinien być wpisany do planu pracy PIP jako działalność zaplanowana i rutynowa. 44% naruszeń poruszanych w skargach dotyczyło braku środków ochrony indywidualnej czy braku odzieży. Pani inspektor powiedziała, że większość tych skarg była niezasadna. Chyba jedynie 19% było zasadne. Ale gdy analizowaliśmy przyczyny wypadków, okazało się, że 10% przyczyn stanowiły upadki, poślizgnięcia, spadające przedmioty itp. Zatem zwrócenie uwagi na środki ochrony indywidualnej, a szerzej – na kontrolę stanu bezpieczeństwa w tych podmiotach miałoby charakter prewencyjny i przyczyniłoby się do ograniczenia lub wyeliminowania tych naruszeń.

Ostatnia uwaga dotyczy nakładów na ochronę zdrowia. Ta sprawa mogłaby się pojawiać we wnioskach stanowiska Rady. Zwracam uwagę, że nakłady na ochronę zdrowia w kolejnych latach są nadal niewystarczające. Ochrona zdrowia jest niedofinansowana. Sądzę, że apel do Ministra Zdrowia o zwiększenie nakładów byłby uzasadniony. Z pewnością to przyczyniłoby się do wyeliminowania pewnych nieprawidłowości w zakresie warunków pracy i zatrudniania.

Członek Rady Karol Bielski:

Część tematów, które chciałem poruszyć bardziej szczegółowo, została już wyczerpana. Chciałbym skupić się na kilku kwestiach. Na pewno należy ocenić negatywnie stan przestrzegania przepisów prawa pracy w placówkach ochrony zdrowia. Przedstawione wskaźniki pokazują niekorzystny obraz stosowania tych przepisów.

Znaczącą przyczyną naruszeń przepisów, chociażby o czasie pracy, są braki kadrowe. Wskazywało na to kilku mówców. Wiem, że są podejmowane działania w celu rozwiązania tego problemu. Następuje restauracja kształcenia średniego personelu medycznego. Z pewnością efekty pojawią się za kilka lat. Należy jednak obserwować tę tendencję. Miejmy nadzieję, że w następnym roku – jeżeli będziemy mieli możliwość zapoznania z wynikami kontroli PIP – wskaźniki poprawią się.

Chciałbym skoncentrować się – pomijając aspekt systemowych problemów służby zdrowia – na kwestii braku przestrzegania przepisów bhp. Wiemy o brakach kadrowych, co może powodować naruszenie przepisów o czasie pracy. Ale nie można uznać za zasadne jakichkolwiek wyjaśnień w zakresie naruszeń przepisów bhp. W medycynie w coraz większym stopniu ma zastosowanie sprzęt elektryczny i elektroniczny, który emituje pola elektromagnetyczne. Personel medyczny coraz częściej jest narażony na zagrożenia, z którymi wcześniej nie miał do czynienia. Brak działań w tym zakresie powoduje, że przy przemęczeniu, te czynniki mogą dodatkowo bardzo niekorzystnie wpłynąć na personel, który w tym obszarze powinien być bezwzględnie chroniony. Wnoszę, aby w stanowisku Rady podkreślić szczególnie ten aspekt, wynikający z kontroli Państwowej Inspekcji Pracy.

Głównym problemem – obok braku kadry – jest niedostateczne finansowanie. W trakcie reformy służby zdrowia w końcu lat 90-tych było wiadomo, że optymalny wskaźnik przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych wynosi 12%. Obecnie osiągnięto wskaźnik 9% od poziomu 7,75%. Różnica między optymalnym a realnym wskaźnikiem – to brak dostatecznego finansowania służby zdrowia. Szkoda, że w posiedzeniu nie uczestniczą przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia. Bowiem wydaje się, że jest to główny resort, który powinien być zainteresowany szybkim osiągnięciem optymalnego wskaźnika finansowania służby zdrowia. Tymczasem media informują o tragicznej sytuacji finansowej niektórych placówek, np. Centrum Zdrowia Dziecka. To szczególnie przykre, ponieważ CZD jest jedną z nielicznych placówek wyspecjalizowanych w leczeniu niemowląt, dzieci oraz bardzo młodych osób.

Problemy, które znajdują szczególny wyraz w mediach nakładają się na problemy, z którymi boryka się szpitalnictwo, chociażby na Mazowszu, gdzie istnieją wysokoreferencyjne jednostki przeprowadzające kosztochłonne procedury medyczne. Środki przewidziane w planie finansowym na następny rok są niższe niż w bieżącym roku. To na pewno nie pomoże w poprawie warunków pracy, norm zatrudnienia czy terminowego wypłacania wynagrodzeń. Proponuję, aby zwrócić się z prośbą do Ministerstwa Zdrowia oraz do osób, które w NFZ zajmują się planowaniem środków, o spojrzenie z tej perspektywy na problematykę przestrzegania przepisów prawa pracy w placówkach służby zdrowia.

Członek Rady Michał Chałoński:

Narzekamy na nieobecność przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Chciałbym wiedzieć, dlaczego – mimo zaproszenia – nie uczestniczą w dzisiejszym posiedzeniu. Chciałbym, aby ktoś zadzwonił do ministra i zapytał o przyczyny nieobecności przedstawicieli resortu na dzisiejszym posiedzeniu Rady. Mówiono, że wystarczająca byłaby obecność dyrektora departamentu. Tak, ale w posiedzeniu powinien uczestniczyć co najmniej wiceminister zdrowia. Rada zajmuje się ważnymi sprawami. Dziś mówimy o przestrze-

ganiu przepisów prawa pracy w placówkach ochrony zdrowia. Nieobecność przedstawicieli resortu na tym posiedzeniu zakrawa na kpinę. Prosiłbym o wykonanie telefonu do ministerstwa.

Przechodząc do kwestii merytorycznych – zgodziliśmy się, że jest zbyt mała liczba lekarzy w stosunku do potrzeb, co wpływa na występowanie nieprawidłowości. Materiał przedstawiony przez Państwową Inspekcję Pracy dotyczy bardzo ważnych spraw o charakterze systemowym oraz pewnych drobnych kwestii, aczkolwiek równie ważnych jak systemowe. Uważam, że w naszym stanowisku powinniśmy skoncentrować się głównie na sprawach systemowych. Nie interesuje mnie sposób przestrzegania przepisów prawa pracy w publicznych i prywatnych placówkach służby zdrowia. Bardziej interesowałaby mnie sytuacja w tym zakresie w podmiotach zadłużonych i niezadłużonych. Nie wiem, czy przeprowadzono kontrole w tych podmiotach.

Mówimy o zadłużeniu placówek służby zdrowia. W wielu wypadkach – z niezawinionych przez siebie powodów, ale podejrzewam, że nie tylko. Ale jednak funkcjonują niezadłużone placówki służby zdrowia. Chciałbym wiedzieć, czy fakt niezadłużenia szpitala wynika z przestrzegania czy nieprzestrzegania przepisów prawa pracy. Bardzo prosiłbym o informację w tej kwestii, oczywiście nie na dzisiejszym posiedzeniu. Proszę też o zwrócenie uwagi na tę sprawę podczas przeprowadzania kontroli.

Członek Rady Zdzisław Trela:

Chciałbym zwrócić uwagę na jedną kwestię. Musimy wystąpić z wnioskiem do odpowiednich władz, żeby likwidowane szkoły o dużej powierzchni – np. w Krakowie – zostały przeznaczone na cele kształcenia lekarzy. Zwracam uwagę na blokowanie dostępu do tego zawodu. Od wielu lat zauważam to zjawisko w Krakowie. Ordynator szpitala na ul. Kopernika ma dużo więcej do powiedzenia niż prezydent Krakowa. Wydaje mi się, że należałoby zwrócić uwagę na tego rodzaju sprawy.

Chciałbym przyznać rację panu przewodniczącemu Żurkowi. Mam 4 zawody, m.in. jestem piekarzem. Piekłem m.in. chałki. Kiedy w okresie świątecznym wzrastało zapotrzebowanie, to w 48 godzinie pracy wydawało mi się, że chałka przybrała kolor różowy. Padłem głową w tabule. Lekarz nie jest w stanie pracować bez przerwy przez 100 godzin. Dlatego przyjąłem te dane ze zdziwieniem.

Proszę o wystąpienie z wnioskiem o zwiększenie liczby szkół medycznych i pielęgniarskich, bo w przeciwnym razie nie poradzimy sobie.

Członek Rady Bożena Borys-Szopa:

Wydawało mi się, że już wszystko zostało powiedziane. Dlatego dopiero teraz zabieram głos w dyskusji. Dziękuję Państwowej Inspekcji Pracy za przedłożony materiał.

Omawiamy dziś kolejną branżę. Na podstawie materiału PIP możemy mówić o pewnych brakach w działalności osób, które odpowiadają za przekształcenia, ale w zasadzie nie ponoszą odpowiedzialności. Mówię to z perspektywy województwa śląskiego. Problemy przedstawione w materiale PIP można idealnie przyłożyć do każdej prywatyzowanej branży – górnictwa, hutnictwa, służby zdrowia. Innymi słowy – nieprawidłowości opisane przez Państwową Inspekcję Pracy idealnie pasują do każdej przekształcanej branży.

W przypadku służby zdrowia mamy do czynienia z poważniejszym problemem. Otóż, przekształca się branżę, która dotychczas nie była przygotowana na generowanie jakichkolwiek zysków. Ochrona zdrowia nigdy nie była branżą, która miała na siebie zarabiać. Miała realizować konstytucyjne prawo każdego obywatela Rzeczypospolitej Polskiej – najogólniej mówiąc – do dostępu do leczenia.

We czwartek na posiedzeniu komisji Sejmiku Województwa Śląskiego będziemy zajmować się przekształceniami w służbie zdrowia. Prosiłbym inspekcję pracy o przedstawienie nieprawidłowości w zakresie przekształceń służby zdrowia. Jestem przekonana, że zaprezentowane zostaną analogiczne naruszenia jak na dzisiejszym posiedzeniu Rady.

Proszę przypomnieć sobie – zwracam się do członków Rady sprzed lat – co mówiono w momencie dokonywania przekształceń w górnictwie. Mówiliśmy o spółkach okołógórnicznych, o zatrudnianych ludziach spoza zawodu górniczego, o zagrożeniach wynika-

jących z likwidacji zasadniczych szkół górniczych oraz liceów, techników i wszystkich szkół profilowanych. Dzisiaj te same wypowiedzi odnoszą się do służby zdrowia.

Nie wiem, co mielibyśmy osiągnąć przez sprawdzenie liczby lekarzy i pielęgniarek zarejestrowanych jako bezrobotni. Cóż nam to da? Nic. Jedno wiemy z pewnością – w każdej przekształcanej branży ten proces zaczyna się nie od uruchomienia dodatkowych usług, świadczenia ich na zewnątrz lecz likwidacji stanowisk pracy i ograniczenia zatrudnienia. Powtarzam – dotyczy to każdej branży. Jeżeli poszukujemy oszczędności poprzez tzw. reorganizację zatrudnienia, to musimy przyznać, że – prędzej czy później – pojawią się nieprawidłowości w zakresie czasu pracy.

Pani Renata Górna wspomniała o stanowisku Rady z 2008 r. Obawiam się, że za 2 czy 3 lata będziemy mówić w ten sposób, jak mówiliśmy o spółkach okołogórniczych w górnictwie, wówczas gdy zdarzyły się już wielkie katastrofy. W przypadku służby zdrowia zapewne nie będzie takich katastrof. Ale – jak powiedziała pani poseł Rafalska – chodzi o najcenniejszą rzecz – życie nas wszystkich.

Członek Rady Jerzy Langer:

Wszystko zostało powiedziane na temat chorej służby zdrowia, bo tak należy to określić. Chciałbym zwrócić uwagę na jeden aspekt z przedłożonego materiału. Dla mnie niezrozumiałe jest, jak to możliwe w służbie zdrowia, że w 44% skontrolowanych podmiotów stwierdzono nieprawidłowości związane z wyposażeniem pracowników w odzież roboczą oraz środki ochrony indywidualnej. Znamy powód bagatelizowania przepisów w tym zakresie w małych firmach budowlanych. Wydawałoby się, że w służbie zdrowia jest to podstawa, jeżeli chodzi o profilaktykę i zabezpieczenie pracowników.

Jeżeli chodzi o katastrofy, to jako katastrofę traktuję śmierć lekarza w trakcie dyżuru z powodu fizycznego wyczerpania na skutek liczby przepracowanych godzin.

Przewodnicząca Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej Urszula Michalska:

Dziękuję za możliwość uczestnictwa w dzisiejszym posiedzeniu Rady, tak ważnym dla branży, którą reprezentuję. Dziękuję Państwowej Inspekcji Pracy za przedstawiony materiał. Przyznam, że nie zaskoczył mnie. To jest rzeczywistość, która występuje w – według starego nazewnictwa – w zakładach opieki zdrowotnej, według nowego – w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Bardziej interesuje mnie kształt raportu PIP po 1 roku czy 2 latach funkcjonowania nowego systemu pod rządami ustawy o działalności leczniczej.

Może za długo pracuję w ochronie zdrowia. Pamiętam lata, kiedy obowiązywał system budżetowy i kiedy dyrektorzy odpowiadali za wykonanie lub niewykonanie czy naruszenie budżetu. Ale również odpowiadali za zatrudnienie niezbędnej liczby pracowników do wykonania danej czynności. Obecnie pracownik jest złem koniecznym. W pogarszającej się sytuacji w zakładzie opieki zdrowotnej najłatwiejszym rozwiązaniem jest zmniejszenie kosztów pracy. Stanowią one znaczącą część kosztów funkcjonowania podmiotu.

Nie zgadzam się z opinią, że mamy za mało lekarzy i pielęgniarek. Nie oznacza to, iż uważam ich liczbę za wystarczającą. Działania naprawcze należy zacząć od systemu kształcenia. W bieżącym roku wystąpiły problemy z planowaniem środków na specjalizacje na następny rok. Resort sięgnął po środki z Funduszu Pracy. Jeśli chodzi o przyszły rok, to nie ma jednolitego przyzwolenia w tej kwestii. Mówi się, że liczba rezydentur będzie zdecydowanie mniejsza. Jeżeli będzie po 1 specjalistce na województwo, to o jakim zapotrzebowaniu na kadrę medyczną mówimy? Chodzi tu o bezpieczeństwo nie tylko pracowników, ale przede wszystkim pacjenta. Często nie jesteśmy świadomi, że lekarz czy pielęgniarka mogą spędzić w pracy tyle godzin. Obawiam się, że przedstawione dane kreślą lepszy obraz niż w rzeczywistości.

Zgadzam się, że dyżur dyżurowi nierówny. Praca na ostrym dyżurze nie zawsze wymaga 24 czy 16 godzin stania przy stole operacyjnym czy jazdy w karetce. Na posiedzeniu Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia rozpatrywaliśmy m.in. problem zatrudniania ratowników medycznych w systemie ratownictwa medycznego. Ci ludzie często są jednocześnie kierowcami karetek pogotowia. Pracują w jednym podmiocie. Kończą pracę i przechodzą do następnego. Zatem zdarza się prze-

kroczenie norm czasu pracy. Proszę pamiętać, że ratownik, o którym mówię jest jednocześnie kierowcą pojazdu.

Trudno zrozumieć przepisy prawa. W jaki sposób należy ułożyć plan pracy w szpitalu, czyli w placówce sprawującej całodobową opiekę, uwzględniając zatrudnienie technika RTG w wymiarze 5 godzin dziennie, którego praca kończy się o godz. 2.00 w nocy? Czy o tej godzinie ma przyjść następny, czy też ma pozostać dotychczas pracujący? Otóż, szpitale bardzo często fikcyjnie – ale nie ma innego wyjścia – zatrudniają tych ludzi na innym stanowisku – rejestratorki, sekretarki – aby mogli pracować do rana. Bo o 2.00 w nocy jeden technik nie ma możliwości dotarcia ze szpitala do domu, a drugi – z domu do szpitala. Nie każdy dysponuje własnym środkiem transportu.

Inna sprawa dotyczy pielęgniarek. Pielęgniarka zatrudniona na umowę o pracę kończy pracę i zaczyna następny dyżur zatrudniona przez podmiot zewnętrzny, który podpisuje umowę ze szpitalem. Taka jest rzeczywistość. Pracuję w tym chorym systemie. Znam go od wielu lat. Dlatego mogę posługiwać się przykładami.

Mój szczególny niepokój – zwracam się do pani prof. Koradeckiej – budzi inna kwestia. Na szczęście, na razie są to pojedyncze sygnały. Dotyczą zatrudniania osób na umowach cywilnoprawnych na stanowiskach o szczególnym charakterze wymienionych w nowej ustawie o emeryturach pomostowych. Ci ludzie nie są świadomi tego faktu. Natomiast osoby zatrudnione na tych stanowiskach na podstawie umowy o pracę jako miejsce świadczenia pracy mają wskazany w umowach teren szpitala lub oddział szpitalny. Konia z rzędem temu, kto po latach powie, czy faktycznie ta osoba wykonywała prace wykazane w załączniku do ustawy. Bo jak to udowodnić, skoro dokumenty świadczą zupełnie co innego?

Wiemy, że w systemie ochrony zdrowia brakuje dostatecznych środków. Nie dziwię się, co może bulwersować niektórych państwa, że w posiedzeniu nie uczestniczą przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia. Proszę powiedzieć, w jakim zakresie Minister Zdrowia odpowiada za pracowników ochrony zdrowia? Poza przygotowaniem projektów aktów prawnych, wydaniem rozporządzeń nie sprawuje żadnego nadzoru. Wiem o tym doskonale. Bowiem analizowaliśmy również wynagrodzenia w ochronie zdrowia. Minister zdrowia może jedynie prosić pracodawców zakładów opieki zdrowotnej o przesłanie danych. Pracodawcy nie są zobowiązani do ich przekazania.

Od kilku lat zwracamy uwagę na brak dialogu w ochronie zdrowia. Dziwi mnie, że inne przepisy przygotowuje i wydaje Ministerstwo Zdrowia, a inne dyktuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Dyrektor placówki kontraktując świadczenia musi załączyć wykaz kadry do ich wykonania. NFZ wprowadził elektroniczną możliwość sprawdzenia danych. Wykazał, że jeden lekarz jest jednocześnie zatrudniony w tym samym czasie w kilku placówkach. Tego rodzaju fikcje są spowodowane przede wszystkim brakiem środków.

Zarzucanie szpitalowi, że wydaje zbyt dużo środków na funkcjonowanie jest często bezpodstawne. Bowiem jeśli jest zobligowany do zatrudnienia określonego specjalisty, bo w przeciwnym razie nie otrzyma kontraktu – mimo posiadania odpowiedniego sprzętu i wyposażenia itp. – to zatrudnia tego specjalistę. Pracodawcy będą tak postępować.

Działania naprawcze należy rozpocząć od kształcenia. Przed kilku laty praktycznie zostało zlikwidowane kształcenie pielęgniarek. Realizowały je różne uczelnie, które chcąc pozyskać środki, umieszczały w swojej ofercie kształcenie w zawodzie pielęgniarki, fizjoterapeuty. Natomiast praktyki osoby pobierające naukę musiały załatwiać sobie we własnym zakresie.

Ten system jest naprawdę chory. Mam nadzieję, że jeśli będę miała możliwość spotkania się z Radą za 2 lub 3 lata, to sytuacja ulegnie poprawie.

Wiceprzewodniczący zarządu krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych FZZ Zdzisław Bujas:

Muszę poruszyć kilka podniesionych już kwestii, bo nie do końca zgadzam się z państwem. Jestem praktykiem od 38 lat. w 1975 r. składałem przysięgę. Pracuję do dnia dzisiejszego. Obecnie – w gabinecie konsultantów, poprzednio – przez 35 lat na anesteziologii i intensywnej terapii. Sądzę, że wszyscy państwo wiedzą, jak ciężka to jest praca.

Lekarz potrafi pracować przez 120 godzin non stop. Pielęgniarka potrafi pracować przez 72 godziny. Mamy na to dowody. Mogę wskazać przykład. Lekarz pełni dyżur w pogotowiu nieprzerwanie przez 6 dób w cyklu po 2 doby u jednego pracodawcy, kolejne 2 – u innego, a następne 2 u pracodawcy, u którego rozpoczynał cykl. Pielęgniarka u jednego pracodawcy pracuje przez 12 godzin na umowę o pracę, następnie jedzie do innego miasta, gdzie w tamtejszej placówce pełni dyżur przez 24 godziny, będąc zatrudniona na kontrakcie zawartym z podmiotem zewnętrznym, po czym wraca na kolejny dyżur, który pełni w placówce, gdzie zatrudniona jest na umowę o pracę. To tragedia. Państwowa Inspekcja Pracy nie jest w stanie tego skontrolować.

Wielokrotnie zwracaliśmy się do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o podjęcie – wspólnie z NFZ – monitoringu czasu pracy poszczególnych specjalistycznych pracowników ochrony zdrowia – lekarzy i pielęgniarek. Nikt nie chce nam pomóc. NFZ dowodzi, że przy zawieraniu kontraktu z daną placówką dołączany jest wykaz obsady pełniącej dyżur. Ale nie wie, że dane do kontraktu podawane są bez zgody lekarza i pielęgniarki. Później okazuje się, że lekarz, czego nie jest świadom, jest zatrudniony jednocześnie w kilku podmiotach. Obecnie prowadzone są pewne postępowania prokuratorskie w tych sprawach. Ale to jest codzienne zjawisko w państwie prawa, gdzie liczy się każdą złotówkę.

Od wielu lat współpracujemy z Głównym Inspektorem Pracy. Udało nam się zdyscyplinować dyrektorów wielu jednostek do zminimalizowania szkód pracowniczych. Niemniej jednak niektórzy wolą zapłacić 500 zł czy 1000 zł kary za łamanie prawa i nadal kroczyć szlakiem patologii, praktykowanych od wielu lat. Te środki zostaną niejako zwrócone w premii zatwierdzonej przez radę społeczną. To są fakty.

Chciałbym przypomnieć, że 23 grudnia 1999 r. zostało wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia dotyczące pielęgniarek i położnych w sprawie minimalnych norm. Była ono próbą ograniczenia lub wyeliminowania patologii w zakresie bezpieczeństwa pacjenta – nie tylko dorosłego, ale również dziecka. Zdarzały się przypadki, które także obecnie występują, szczególnie w szpitalach powiatowych, sprawowania opieki nad oddziałem dziecięcym przez jedną pielęgniarkę, często bez lekarza, który pracuje na kilku oddziałach. Ale NFZ twierdzi, że dysponuje wykazem personelu. Zachęcam państwa do odwiedzenia szpitala powiatowego i przyjrzenia się temu zjawisku. To tragedia. Mówimy o tym. Ale, niestety, nie ma woli rozwiązania tego problemu nie tylko po stronie pracodawcy, lecz także – co mówię z przykrością – po stronie pracowniczej. Lekarz czy pielęgniarka często świadomie łamie prawo i etykę, pracując kilka dób z rzędu. Państwowa Inspekcja Pracy nic tutaj nie poradzi. Konieczne są zmiany w świadomości.

W 1999 r. przygotowaliśmy wstępny raport – który przekazaliśmy Ministrowi Zdrowia – dotyczący niedoszacowania etatowego pielęgniarek i położnych w Polsce. Obliczono wówczas, że w naszym kraju jest ok. 230 tys. pielęgniarek i położnych, co w pewnym stopniu zabezpiecza bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Zwracam uwagę, że liczba praktykujących pielęgniarek i położnych była co najmniej o 20% mniejsza. Zatem liczba 230 tys. dotyczy pielęgniarek i położnych posiadających prawo wykonywania zawodu. Korporacja nie mogła pozwolić, aby usługi medyczne czy opiekuńcze świadczyły osoby bez kwalifikacji. Pilnujemy przestrzegania pewnych wymogów np. cyklu przeszkolenia w zawodzie, co dotyczy lekarza i pielęgniarki. Ale pytam, kto przyjdzie pracować za 1500 zł? Studia medyczne pielęgniarskie są bardzo trudne i nie stwarzają perspektyw. Pielęgniarka powinna godziwie zarabiać. Nie określam kwoty, ale na pewno nie może to być 1500 zł. Jeżeli tego nie zmieni się, to nie będzie chętnych do kształcenia w tym zawodzie.

W przypadku lekarzy istotną kwestią jest dostęp do specjalizacji. Jeżeli obecnie Ministerstwo Zdrowia redukuje liczbę specjalizacji, to jaką tworzy perspektywę dla zawodów medycznych? Będziemy nie tylko na ostatnim miejscu w Europie, ale także na świecie.

W dyskusji postulowano skierowanie stanowiska Rady do Komisji Zdrowia. Mam nadzieję, że Komisja przyjmie je i przeprowadzi monitoring obecnej sytuacji. Organy założycielskie twierdzą, że nie mogą podjąć żadnych działań. Wskazują na dyrektorów, którzy odpowiadają za placówkę. Twierdzą, że nie mogą im nakazać, żeby lekarz nie pełnił dyżuru na trzech oddziałach, a na oddziale żeby były trzy pielęgniarki zamiast jednej, tak jak na oddziale dziecięcym.

Jeżeli Komisja Zdrowia nie zajmie się tym problemem, to Rada Ochrony Pracy ani Państwowa Inspekcja Pracy nie będą mogły nic zrobić. PIP bada określony zakres, więcej nie może uczynić.

Kto mówi dzisiaj o zakłóciach wśród personelu medycznego? Który szpital prowadzi rejestr? Kto mówi o urazach? Ile lekarzy i pielęgniarek nie korzysta ze zwolnienia, bo sami się leczą? Nie ma nawet dokumentacji. Kiedy Instytut Medycyny Pracy rozpoczął ocenę chorób zawodowych, to nie dysponował materiałem bazowym. Nie było wówczas w Polsce dokumentacji medycznej 5000 lekarzy i pielęgniarek z urazami kostnymi kręgosłupa, dermatozami czy żylakami podudzia.

To jest poważny problem. Oczekuję na stanowisko Rady Ochrony Pracy. Nie zwalniam ministra Zdrowia z odpowiedzialności. Nie można nazwać odpowiedzialnością przesunięcia terminu wydania rozporządzenia w sprawie norm minimalnych o kolejne pół roku czy brak monitoringu kontraktów.

Cieszę się, że Rada poruszyła problemy, z którymi borykamy się od 13 lat. Związkowcy nazywani są buntownikami. Zwracam uwagę, że wykonujemy swoje zawody. Pracujemy czynnie, a dodatkowo pełniimy niewdzięczną dziś rolę związkowców. Ale jeżeli będzie takie zrozumienie problemów jak na dzisiejszym posiedzeniu Rady, to na pewno nam i pacjentom będzie łatwiej.

Zastępca przewodniczącej Rady Zbigniew Żurek:

Lista mówców została wyczerpana. Zamykam dyskusję.

Proszę o udzielenie odpowiedzi.

Nadinspektor pracy w Krakowie Teresa Cabała:

Kwestie dotyczące świadczenia pracy na podstawie różnych stosunków prawnych – umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej, umowy zawartej z indywidualną lub specjalistyczną praktyką lekarską – omówione zostały w przedłożonym przez nas materiale na str. 6 – 11. Ten problem wynika z faktu, iż pracodawcy chcąc sprostać wymogowi zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej – dotyczy to zakładów lecznictwa zamkniętego, czyli podmiotów leczniczych udzielających świadczeń stacjonarnych i całodobowych – zmuszeni są do poszukiwania innych rozwiązań będących próbą ominięcia przepisów o czasie pracy.

Polegają one na zatrudnieniu własnego pracownika po jego godzinach pracy na pełnienie dyżuru medycznego w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej. Czyli od godz. 7.00 do godz. 14.35 lekarz świadczy pracę w ramach stosunku pracy. Następnie od godz. 14.35 do godz. 7.00 rano pełni dyżur medyczny w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej. o godz. 7.00 kończy dyżur i podejmuje pracę u swojego pracodawcy na tym samym stanowisku pracy. Czas pracy w ramach stosunku pracy oraz wykonywanie pracy w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej w tym samym miejscu pracy sumują się. Zatem niejednokrotnie lekarz jest w pracy na tym samym stanowisku nieprzerwanie przez 103 godziny i 35 minut. To są fakty. W przedłożonym materiale podaliśmy przykład lekarza oddziału zabiegowego, który świadczył pracę, pełnił dyżur medyczny oraz pozostawał w gotowości do pracy, podczas której wzywany był do szpitala nieprzerwanie przez 103 godziny i 35 minut.

Materiał dotyczący przestrzegania przepisów o czasie pracy i wypłacie wynagrodzenia za świadczoną pracę prezentowany był przez Państwową Inspekcję Pracy na posiedzeniu Komisji ds. Kontroli Państwowej w dniu 26 maja 2011 r. Wówczas Inspekcja również przedstawiała trzy wnioski. Pierwszy dotyczył potrzeby zmian legislacyjnych, które powinny zmierzać do stworzenia systemu prawnego uniemożliwiającego świadczenie pracy przez personel medyczny na podstawie różnych stosunków prawnych bez zapewnienia prawa do odpoczynku. Drugi – dotyczył jednoznacznego wskazania w ustawie o działalności leczniczej, iż czas pozostawania w gotowości do pracy nie może ograniczać prawa do wypoczynku. Trzeci – dotyczył jednoznacznego wskazania w ustawie o działalności leczniczej, czy pracownicy świadczący pracę w skróconych normach czasu pracy do 5 godzin mogą pełnić dyżury medyczne lub być zatrudnieni w przedłużonym do 12 godzin wymiarze dobowym czasu pracy.

Odpowiadając na kolejne pytania, chciałabym wyjaśnić, że Państwowa Inspekcja Pracy przeprowadziła w ubiegłym roku 1458 kontroli. Natomiast 307 kontroli w 306 podmiotach leczniczych przeprowadzono zgodnie z planem działania PIP według jednolitych wytycznych. Dotyczyły one zagadnień prawnej ochrony pracy. Problemy z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy badane były w związku ze skargami, które wpłynęły do urzędu. W ubiegłym roku do PIP wpłynęło 936 skarg. 329 dotyczyło spraw związanych z bezpieczeństwem i higieną pracy. Zatem jeśli chodzi o bhp, to były badane tylko te problemy, które wynikały z konieczności zbadania skarg wnoszonych przez osoby lub organizacje związkowe. Dlatego trudno mi dzisiaj odnieść się do kwestii warunków pracy.

Jedną z przyczyn nieprawidłowości ujawnionych przez inspektorów pracy i wskazywanych przez pracodawców jest dążenie do obniżenia kosztów działalności zakładu w związku z niewystarczającymi środkami finansowymi na działalność statutową. Pracodawcy poszukują oszczędności na kosztach pracy. Dlatego stosowane są różne formy zatrudnienia w tym samym miejscu pracy i analogicznej rodzajowo pracy. od 1 stycznia 2008 r. każda godzina pełnionego dyżuru medycznego jest wliczana do czasu pracy oraz jest opłacana jak godzina nadliczbowa. Dlatego wynagrodzenie za tę godzinę jest wyższe. Stąd pracodawcy stosują inne formy zatrudnienia, naruszając przepisy o czasie pracy i nie zapewniając wymaganego odpoczynku.

Odnosząc się do stwierdzonych nieprawidłowości i porównania czy występują w większym zakresie w publicznych, czy niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, chciałabym wyjaśnić, że w przedłożonym materiale wskazaliśmy, iż nieprawidłowości występują zarówno w jednych, jak i drugich placówkach. Natomiast nieprawidłowości w zakresie czasu pracy występują częściej w podmiotach leczniczych, które udzielają stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, czyli w szeroko pojętym leczeniu szpitalnym. W tym leczeniu pracodawca musi zapewnić pacjentowi całodobową opiekę lekarską i pielęgnarską. W przypadku leczenia ambulatoryjnego ta opieka musi być zapewniona w zasadzie od godz. 7.00 do 18.00. Zatem tutaj nie ma problemu z zapewnieniem w tym samym miejscu pracy wymaganego odpoczynku dobowego czy tygodniowego.

Jeśli chodzi o kwestię zadłużenia szpitali, to chciałabym wyjaśnić, że ta problematyka wykracza poza kompetencje Państwowej Inspekcji Pracy. Przypuszczam, że kontrolowani odmówiliby nam przedłożenia dokumentacji w tym zakresie.

Zastępca przewodniczącej Rady Zbigniew Żurek:

Dziękuję za udzielenie odpowiedzi.

Projekt stanowiska przygotowuje Zespół ds. Prawno-Organizacyjnych wspólnie z Zespołem ds. Bezpieczeństwa i Ochrony Zdrowia w Środowisku Pracy.

Przechodzimy do punktu trzeciego porządku dziennego – sprawy bieżące.

Informuję, że następne posiedzenie Rady odbędzie się 9 października br. Tematem posiedzenia będzie: Europejska Strategia Bezpieczeństwa i Higieny Pracy – materiał przygotowuje Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy we współpracy z partnerami społecznymi oraz kampanie informacyjne w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy – materiał przygotowuje Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy oraz Państwowa Inspekcja Pracy.

Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos w sprawach bieżących?

Członek Rady Jan Rulewski:

Na jednym z poprzednich posiedzeń zwróciłem się z prośbą do prezydium o przekazanie informacji na temat wypadku w okolicach Bydgoszczy, w którym trzy osoby poniosły śmierć. do badania okoliczności i przyczyn tego wypadku dopuszczono wiele podmiotów z wyjątkiem inspektora pracy. Ten przykład jest ilustracją tezy, że służby nadzoru i kontroli w naszym państwie ulegają coraz bardziej dalece posuniętej degradacji.

Wiem, że dokonano wielu ustaleń. M.in. Okręgowy Inspektorat Pracy w Bydgoszczy również sformułował pewne ustalenia. Ale Rada nie otrzymała informacji na ten temat. Czy może jest to związane z faktem, iż już od 1,5 roku główny inspektor pracy nie powołał okręgowego inspektora pracy w Bydgoszczy?

Zastępca przewodniczącej Rady Zbigniew Żurek:

Przekażemy informację w możliwym dla nas zakresie w terminie do następnego posiedzenia. Mówię w imieniu prezydium.

Członek Rady Maciej Sekunda:

Na poprzednim posiedzeniu Rady wskazałem pewną sprzeczność w materiałach Wyższego Urzędu Górniczego dotyczącą liczby wypadków ciężkich i śmiertelnych. Zwróciłem uwagę, że w niektórych latach wypadków śmiertelnych jest więcej niż wypadków ciężkich. Sprawdziłem dane w GUS. One potwierdzają tę nieprawidłowość, choć w całej gospodarce liczba wypadków ciężkich jest dwukrotnie większa od liczby wypadków śmiertelnych. Ta anomalia występuje w górnictwie. Należałoby ustalić jej przyczyny.

Sprawdzając dane statystyczne GUS okazało się, że w żadnym roku nie potwierdzają one danych WUG. Wielokrotnie zwracaliśmy uwagę na sprzeczności między danymi Państwowej Inspekcji Pracy i Głównego Urzędu Statystycznego. Wydaje się, że nadszedł najwyższy czas, aby poprosić przedstawicieli GUS o wyjaśnienia. Rada ocenia stan przestrzegania bhp, warunki pracy. Jak możemy debatować w sytuacji, gdy otrzymujemy nieprawdziwe dane? Może poprosić przedstawicieli GUS o odniesienie się do tych sprzeczności.

Zastępca przewodniczącej Rady Zbigniew Żurek:

Uważam, że jest to dobry pomysł. Zostanie uwzględniony podczas prac nad projektem stanowiska w sprawie bezpieczeństwa pracy w górnictwie.

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos?

Członek Rady Jan Rulewski:

Jako przyczynę braku informacji o wspomnianym przeze mnie wypadku wskazałem brak – od 1,5 roku – okręgowego inspektora pracy w Bydgoszczy. W tym czasie zmieniło się dwóch głównych inspektorów pracy.

Zastępca przewodniczącej Rady Zbigniew Żurek:

Postaramy się – w ramach naszej wiedzy i kompetencji – odpowiedzieć na uwagi pana senatora w terminie do następnego posiedzenia Rady.

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń.

Wyczerpaliśmy porządek dzienny. Zamykam posiedzenie Rady Ochrony Pracy.