



Sektorowa Rada ds. Kompetencji

Zdrowie i Opieka Społeczna

Szanowni Państwo,

przekazujemy kolejny newsletter dotyczący projektu Sektorowa Rada ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna. Bieżące wydanie skupia się m.in. na zagadnieniu zmiany modelu wynagrodzeń w ochronie zdrowia w kontekście koncepcji zarządzania kompetencjami.

Więcej informacji na temat działalności Rady, a także wcześniejsze wydania newsletterów możecie Państwo znaleźć na stronie projektu: www.rada.pracodawcyrp.pl.

O kompetencjach w ochronie zdrowia

Zmiany w modelu wynagradzania w opiece zdrowotnej vs. zarządzanie kompetencjami

W lipcu zostało zawarte porozumienie pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, a Ministrem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia. Zgodnie z porozumieniem Minister Zdrowia na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dokona nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), w celu zapewnienia pielęgniarkom i położnym, o których mowa w tych rozporządzeniach, zatrudnionym na podstawie stosunku pracy, wzrostu wynagrodzenia zasadniczego w wysokości nie niższej niż 1200 zł miesięcznie od dnia 1 lipca 2019 r. w przeliczeniu na jeden pełen etat, z tym że od dnia 1 września 2018 r. – w wysokości nie niższej niż 1100 zł miesięcznie w przeliczeniu na pełen etat. Porozumienie dotyczyło także włączenia dotychczasowych dodatków do wynagrodzenia zasadniczego, czy wprowadzenia porady pielęgniarskiej jako świadczenia gwarantowanego, finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Źródło: <https://www.gov.pl/zdrowie/podpisano-porozumienie-z-pielegniarkami-i-poloznymi>

Ponadto Rada Ministrów przyjęła przedłożony przez Ministra Zdrowia projekt ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Istotną zmianą jest przeniesienie grupy pielęgniarek i położnych nie posiadających specjalizacji, ale zatrudnionych na stanowiskach wymagających wykształcenia magisterskiego, do wyższej grupy zawodowej. Oznacza to podwyższenie ich współczynnika pracy z 0,64 na 0,73. W przypadku pielęgniarek i położnych zatrudnionych na stanowisku pracy, na którym wymagane jest posiadanie specjalizacji niezależnie od poziomu wykształcenia i ukończonego kierunku studiów, będzie miał zastosowanie jednakowy współczynnik pracy jak w przypadku pielęgniarek i położnych bez specjalizacji, które są zatrudnione na stanowiskach, na których wymagany jest tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo (współczynnik pracy w wysokości 0,73). Zmiany te mają na celu podniesienie gwarantowanej prawem kwoty najniższego wynagrodzenia zasadniczego tej grupy pielęgniarek i położnych. Źródło:

<https://www.gov.pl/zdrowie/rada-ministrow-przyjela-projekt-ustawy-o-sposobie-ustalania-najnizszego-wynagrodzenia1>

Minister Zdrowia realizuje także porozumienie z rezydentami zawarte na początku 2018 r. Lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury w dziedzinie określonej jako nie priorytetowa będą mogli otrzymać wynagrodzenie większe o 600 zł miesięcznie, zaś w dziedzinie określonej jako priorytetowa – o 700 zł miesięcznie. Wyższe wynagrodzenie zasadnicze wiąże się ze zobowiązaniem lekarza do przepracowania – w podmiocie leczniczym finansowanym ze środków publicznych – łącznie 2 lat w ciągu kolejnych pięciu lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego. W nowych regulacjach założono także uwzględnienie dyżurów medycznych pełnionych w ramach programu specjalizacji w kosztach umów rezydenckich, przy czym finansowanych z budżetu państwa będzie 40 godzin i 20 minut dyżuru w miesiącu (4 x 10 godz. 5 min.). Źródło: <https://www.gov.pl/zdrowie/minister-zdrowia-realizuje-porozumienie-z-rezydentami>

Z kolei wynagrodzenie lekarza specjalisty zatrudnionego na etacie będzie mogło wynieść 6750 zł, pod warunkiem że będzie on pracował tylko u jednego pracodawcy, czyli w jednym szpitalu. Lekarz specjalista dodatkowo zatrudniony będzie mógł być m.in. w hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz w zakładach rehabilitacji leczniczej i opieki długoterminowej. Źródło: <https://www.gov.pl/zdrowie/minister-zdrowia-realizuje-porozumienie-z-rezydentami>

We wrześniu Minister Zdrowia podpisał nowe Rozporządzenie w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację w ramach rezydentury. Wysokość miesięcznego zasadniczego wynagrodzenia lekarzy i stomatologów odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury zależy od dziedziny medycyny i od okresu specjalizacji. Źródło: <https://www.gov.pl/zdrowie/realizujemy-porozumienie-z-rezydentami>

Eksperti z zakresu ochrony zdrowia podsumowali zmiany w modelu wynagradzania w ochronie zdrowia w kontekście zarządzania kompetencjami. Odnieśli się do następujących kwestii:

- Czy zaproponowane zmiany w modelu wynagradzania pielęgniarek i lekarzy są zgodne z koncepcją zarządzania kompetencjami?
- Co jest optymalnym rozwiązaniem w obszarze wynagrodzeń i kierunków ograniczania deficytów kadrowych, aby można było jednocześnie upowszechnić model zarządzania kompetencjami w polskim sektorze ochrony zdrowia?
- Jakie szanse i zagrożenia niosą ze sobą nowe regulacje wynagrodzeń pielęgniarek i lekarzy, w kontekście ich potrzeb, a także potrzeb rynku pracy?

Dr Jerzy Gryglewicz, ekspert Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego

Uważam, że podwyżki płac dla personelu medycznego zostały zapewnione bez zwiększenia zakresu i czasu pracy. Bo jeśli podnosimy lekarzom i pielęgniarkom wynagrodzenie, które nie jest uzależnione od efektów ich pracy, czy to w zakresie kompetencji, czy zaangażowania, to absolutnie możemy powiedzieć, że ten mechanizm stoi w sprzeczności z zasadami zarządzania. Jest to mechanizm charakterystyczny dla rozwiązań z poprzedniego systemu gospodarczego, w którym bez względu na istotne czynniki różnicujące wydajność pracy, pracownik otrzymywał taką samą kwotę ustaloną przez decyzje ministerialne.

Niewątpliwie większość personelu medycznego uzyskuje w stosunku do innych grup zawodowych niewielkie wynagrodzenia, o czym świadczy fakt, że bardzo wielu z nich, czy to lekarzy, czy pielęgniarek wybiera pracę w krajach ościennych, w Unii Europejskiej, gdzie wynagrodzenie jest znacznie wyższe. W drodze do właściwej wyceny pracy względem innych profesji sięgnięto po rozwiązanie najprostsze, zarówno w grupie lekarzy, jak i pielęgniarek zapewniono równą kwotę

podwyżki, nie uwzględniając specyfiki pracy, zaangażowania, czy też kompetencji. Wszyscy wiemy, że każda praca na równym stanowisku może mieć różną wydajność dla przykładu: szpital powiatowy, w którym jest zaledwie 180 porodów rocznie, czyli poród odbywa się co dwa dni, porównajmy ze szpitalem w Warszawie, gdzie tych porodów jest 20 dziennie – czyli mamy wystandaryzowaną procedurę medyczną, jaką jest poród (powiedzmy niepowikłany, który przebiega mniej więcej tak samo), a kwoty które przyznajemy w tym momencie personelowi medycznemu w sposób arbitralny przez Ministra Zdrowia, są zupełnie nie uzależnione od obciążenia pracą.

Polski system ochrony zdrowia cechuje się przede wszystkim niedoborem kar medycznych, lekarzy i pielęgniarek, gdyż mamy najniższe w Europie wskaźniki tych pracowników medycznych w przeliczeniu na 1000 mieszkańców. Skoro mamy najniższą liczbę tego personelu medycznego, to siłą rzeczy nasz system opierał się na bardzo efektywnym ich wykorzystaniu. Przez efektywność rozumiem również to, że zarówno lekarze, jak i pielęgniarki, pracują często ponad normę pracy, które są dosyć ściśle określone w ramach Unii Europejskiej. Wielu lekarzy podpisuje klauzule opt-out, która daje im możliwość pracy w godzinach nadliczbowych, ale przede wszystkim bardzo dużo lekarzy i pielęgniarek pracuje na kontraktach, w ramach których nie obowiązuje ich kodeks pracy i mogą mieć często dużą liczbę dyżurów. Są przypadki lekarzy, którzy pracują mając 15 dyżurów w miesiącu.

Efektom tej podwyżki może być niekorzystne zjawisko, spadek zaangażowania lekarzy, brak motywacji do zwiększania swojej efektywności. Siłą rzeczy te podwyżki w istotny sposób mogą zaspokoić potrzeby finansowe, ekonomiczne tych lekarzy, przez co nie będą musieli pracować biorąc więcej dyżurów, co w sposób paradoksalny może uwidocznić braki kadrowe personelu medycznego z jeszcze większą siłą.

Atutem takich rozwiązań jest łatwość ich wprowadzenia od strony technicznej, wszyscy lekarze na etacie otrzymują kwotę 6750 zł, czyli innymi słowami tworzymy minimalną płacę. Również pielęgniarki otrzymują tę samą kwotę podwyżki. Ten sygnał jest sygnałem negatywnym i cofa nas w rozwiązaniach systemowych. Po wejściu reformy kas chorych ustalono jedną kluczową zasadę, że za politykę płacową w swojej placówce odpowiada dyrektor tej placówki, dysponując budżetem przeznaczonym na świadczenia zdrowotne, których ważnym kosztem wytworzenia są oczywiście wynagrodzenia.

Natomiast dzisiaj Minister Zdrowia negocjując z lekarzami i pielęgniarkami staje się nagle wielkim ogólnopolskim pracodawcą. W przypadku zmian w wynagrodzeniu pielęgniarek Minister składa deklarację pokrycia części środków, ale od początku jest jasne, że one absolutnie nie pokrywają łącznej kwoty konsekwencji finansowych decyzji o wzroście minimalnego wynagrodzenia. Z perspektywy pacjenta i menedżera, którzy oczekują wysokiej efektywności pracy niezbędne jest różnicowanie dodatków i wynagrodzenia i powiązania ich z np. liczbą wykonywanych przez danego lekarza procedur medycznych. Już na dzień dzisiejszy system NFZ bardzo często w odniesieniu do lekarzy, w przypadku pielęgniarek zdecydowanie rzadziej, identyfikuje liczbę procedur medycznych, które zostały sprawozdane do NFZ, a następnie rozliczone. Dodatkowo mapy potrzeb zdrowotnych w sposób jednoznaczny wskazują ośrodki, w których wykonuje się dużo procedur medycznych i te ośrodki, szpitale, które nie działają w trybie tak intensywnym i mimo dosyć dużej liczby łóżek szpitalnych, tych pacjentów leczonych jest stosunkowo mniej. Gdybyśmy nałożyli na to parametry takie jak np. reoperacje, ponowne hospitalizacje to posiadalibyśmy dodatkowe mierniki jakościowe.

Obecne rozwiązania Ministra Zdrowia nie uwzględniają żadnych innych aspektów, poza posiadaniem tytułu lekarza specjalisty i to jest jedyny parametr. Czyli nie ważne czy ten lekarz jest wybierany przez pacjentów, czy jest dobrze oceniany, czy jest punktualny, czy ma dobre efekty leczenia – ma gwarantowany ten sam poziom wynagrodzenia. Trudna zatem mówić o rozwiązaniach, które działają na rzecz podnoszenia kwalifikacji i kompetencji. Bo skoro bez względu na posiadane kompetencje,

które są sumą kwalifikacji i predyspozycji wszyscy otrzymują 6750 zł, to skąd mają pochodzić bodźce, żeby się nieustannie kształcić i rozwijać swoje kompetencje.

Codziennie stykamy się z nowymi zdobyczami postępu technicznego i technologicznego, innowacyjne metody diagnostyki i leczenia, nowoczesne modele opieki, dynamicznie zmieniające się przepisy prawa wymuszają stałą aktualizację wiedzy i doskonalenie umiejętności. Strategia kadrowa w polskim systemie ochrony zdrowia powinna dotyczyć nie tylko wzrostu liczby osób, legitymujących się kwalifikacjami medycznymi, ale również stałym, stymulowanym systemowo rozwojem kompetencji. Narzędziami służącymi do realizacji tych dwóch celów jest polityka wynagradzania i benefitów oraz programy rozwojowe.

Zofia Małas, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

W pielęgniarstwie mamy sytuację kryzysową, gdyż ponad 170 000 pielęgniarek i położnych jest po 40. roku życia, 37 000 po 60. roku życia, a tylko 35 000 osób pracujących w tym obszarze jest przed 40. rokiem życia. Zatem średnia wieku w tych zawodach wynosi 52 lata. Jeżeli nie wdrożymy takich mechanizmów, jak chociażby wzrostu płac i zbliżeniu, na pewno nie od razu, ale etapami, wynagrodzeń do krajów ościennych – Niemców, Czechów, już nie mówiąc o Szwajcarii gdzie są bardzo wysokie wynagrodzenia, to pielęgniarki będą z Polski uciekać. To są naczynia połączone i młodzież będzie pracować tam, gdzie otrzyma lepsze wynagrodzenie. Młode pielęgniarki chcą pracować w Polsce, tylko chcą zarabiać adekwatnie do wkładu pracy czy odpowiedzialności.

My, jako środowisko pielęgniarckie, już dużo wcześniej przedstawialiśmy nasze propozycje co do wynagrodzeń w odniesieniu do poziomu wykształcenia i kompetencji. Obecnie od momentu wejścia do UE mamy kształcenie pielęgniarek systemem bolońskim, w którym pierwszy stopień to licencjat, drugi stopień to magister pielęgniarstwa, a wyższe są już tytuły naukowe. Istotne też, żeby nie zapominać o kadrze pielęgniarckiej kształconej w poprzednim systemie, czyli w liceach medycznych i pomaturalnych szkołach pielęgniarckich czy położniczych, ponieważ ten personel jeszcze jest na rynku. Mamy też bardzo dobrze rozwinięte kształcenie podyplomowe, począwszy od kursów dokształcających, specjalistycznych, kwalifikacyjnych i specjalizacji. Na chwilę obecną funkcjonuje ponad 20 dziedzin specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa, w tym 6 wspólnych dla pielęgniarstwa i położnictwa. Specjalizacja trwa około 2 lat i jest to ponad 1000 godzin, w tym część praktyczna i część teoretyczna. Po ukończeniu tych różnych form kształcenia podyplomowego, również pielęgniarki i położne nabywają dodatkowych, wyższych kompetencji.

Dodatkowe kompetencje są ustawowo określone w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, zgodnie z którymi pielęgniarki i położne mogą już ordynować leki czy wypisywać recepty. To jest nowość, która się powoli przyjęła na rynku, więc coraz więcej pielęgniarek i położnych ma te uprawnienia. W ostatnim porozumieniu z Ministrem Zdrowia i Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia jest porada pielęgniarcka, porada receptowa oddzielnie kontraktowana. Wszystko po to, gdyż nie zawsze pacjent musi i powinien trafić do lekarza. Jeżeli np. skończą się pacjentowi leki, a pielęgniarka czy położna ma uprawnienia, czyli ma dodatkowe kwalifikacje i wynikające z tego kompetencje, może dokonać badania fizykalnego pacjenta, może ocenić jego stan zdrowia, może przedłużyć leki, które mu się kończyły albo widzi, że jest potrzeba, wtedy oczywiście kieruje takiego pacjenta do lekarza. Ale gros pacjentów wcale nie musi za każdym razem trafiać do lekarza, może się nim zająć pielęgniarka czy położna. Zatem zarządzanie kompetencjami już powoli się dzieje. Pielęgniarka już od 1 stycznia będzie mogła mieć tzw. poradę receptową i będzie mogła to kontraktować w NFZ oddzielnie. Pielęgniarki mają również uprawnienia do przepisywania sprzętu pomocniczego, specjalistycznych opatrunków, sprzętu higieniczno-pielęgnacyjnego. Tylko tak naprawdę nie do końca jest to produkt, który jest dodatkowo finansowany, bo w tej chwili pielęgniarki wypisują recepty, ale za tą wielką odpowiedzialnością, nie idzie dodatkowe wynagrodzenie. A przecież przed każdym wypisaniem recepty pielęgniarka musi zbadać pacjenta, ma do tego umiejętności i uprawnienia. To jest przyszłość, ale jeżeli nie przerzucimy pewnych

kompetencji na wszystkie piony medyków, nie tylko lekarzy, to inaczej nie wydostaniemy się z tego impasu, który jest w ochronie zdrowia. Mamy pielęgniarki, fizjoterapeutów, dietetyków czy farmaceutów i powinniśmy podzielić, jakie kompetencje pewne osoby, które posiadają wykształcenie medyczne mogą przejąć. Niewątpliwie należy to zrewidować.

Pacjent przychodząc do poradni, nie zawsze musi trafić do lekarza, pielęgniarka może odciążyć lekarza, co pozwoli zmniejszyć kolejki. Ważną kwestią jest także prestiż tego zawodu, nad którym należy pracować. Nie podwyższymy go, jeżeli pielęgniarkę będzie się utożsamiać wyłącznie z basenem czy ze śłaniem łóżek. Pielęgniarki w tej chwili są przygotowane do wykonywania bardzo specjalistycznych czynności i to robią, ale z pewnością trzeba jeszcze zrobić dobrą, pozytywną kampanię dla pielęgniarstwa. Istotna jest także kwestia mentalności pacjentów, którzy choćby na chwilę, ale muszą wejść do lekarza, zatem trzeba edukować pacjentów i ich rodziny, że nie zawsze i na każdym etapie ten lekarz jest potrzebny i niezbędny.

Jeśli chodzi o dodatek, który był jeszcze przez poprzedniego Ministra, Pana Ministra Zembalę, można powiedzieć „wystrajkowany”, to nie chcielibyśmy, aby pozostał cały czas dodatkiem. Pielęgniarkom zależało, żeby to znalazło odzwierciedlenie w płacy podstawowej. Od 2010 roku mieliśmy stanowisko, że pielęgniarka w Polsce, jako specjalista, bo to są takie umiejętności, powinna zarabiać od średniej krajowej w górę. W zależności właśnie od tego, jakie ma kompetencje i wykształcenie. I mówiliśmy, że wejście do systemu powinno gwarantować średnią krajową, półtorej, do dwóch średnich krajowych, jeżeli pielęgniarka już jest magistrem pielęgniarstwa czy ma doktorat w dziedzinie nauk medycznych. Jeżeli ma specjalizację, ma te wyższe uprawnienia i kompetencje, to tak powinny kształtować się wynagrodzenia w naszej grupie pielęgniarstwa. Takie są też nasze dążenia sprecyzowane przynajmniej od 10-15 lat i to porozumienie, które teraz zostało zawarte, a na podstawie którego wyszło rozporządzenie w sprawie wzrostu płacy pielęgniarek i położnych, to jest krok w bardzo dobrym kierunku, bo wreszcie powoli zaczęlibyśmy się zbliżać do średniej krajowej, a może już ją niejednokrotnie pokonać.

Prof. dr hab. med. Andrzej Matyja, Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Z przykrością stwierdzam, że system ochrony zdrowia, niezależnie od momentu jego oceny, nigdy nie był traktowany przez władze z należytą troską. Patrząc na wszystkie skutki wprowadzanych zmian, frustracje środowisk medycznych i pacjentów, można byłoby podsumować, że dla żadnej władzy od 1989 roku do tej pory, zdrowie nie było obszarem priorytetowym. Nastawienie decydentów pokutuje przede wszystkim taką, a nie inną, jakością propozycji planów na przyszłość. Planów, które powinny być długoterminowe, a są na bardzo krótki okres czasu. Jeżeli nawet założenia te nie są takie złe, to zazwyczaj ich realizacja jest fatalna. Bardzo często brak woli politycznej sprawia też, że prawo które jest stanowione, nie nadąża za rzeczywistością i za tym co się dzieje na rynku medycznym.

Obecnie prawie 70% lekarzy w Polsce skończyło 40 lat, a średnia wieku pielęgniarki to ponad 50 lat. W związku z tym potrzebujemy rozwiązań, które odciążą personel medyczny od wykonywania czynności, których nie tylko ten personel mógłby nie wykonywać, ale także są to czynności, które niczemu nie służą i nie podlegają żadnym analizom. Problem papierologii, która zabiera czas przeznaczony dla pacjenta, niesamowicie narasta. Wszyscy managerowie i znawcy systemu ochrony zdrowia na świecie mówią, że 20% czasu powinna zajmować papierologia, a 80% czasu powinno być przeznaczone dla pacjenta – u nas niestety jest odwrotnie. Potrzebujemy więc rozwiązań, które odciążą personel medyczny, bo przecież są inne zawody, które mogłyby przyczynić się, wykonując niektóre czynności, do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Koniecznością jest także odbiurokratyzowanie całego systemu.

Zdrowie jest taką gałęzią gospodarki, w której nie tylko ekonomika powinna rządzić. W obecnym systemie najczęściej zmiany, które są proponowane, nie przystają do rzeczywistości, a przede wszystkim nie są systemowe. Według mnie służą gaszeniu pożarów, jednak sposoby ich gaszenia

często tylko potęgują problemy w przyszłości. Nie można dawać wszystkim podwyżek po równo, bez względu na to ile już na tę chwilę zarabiają, jak pracują, jaką ponoszą odpowiedzialność za swoją pracę itd. Myśmy to przecież już przeżyli – „czy się stoi, czy się leży, 2000 się należy”. Obecne propozycje podwyżki płac, nie odbiegają od tego powiedzenia.

Istotne jest, aby w ochronie zdrowia zacząć płacić tak, by ludzi motywować. Musimy stworzyć system, który jest obecnie w wielu krajach, w którym pracownik ochrony zdrowia wie, ile będzie zarabiał w perspektywie kolejnych lat. Pieniądze są bardzo ważnym, ale tylko jednym z elementów motywujących. Motywacja na pewno zależy m.in. od sytuacji życiowej danej osoby, perspektyw, rozwoju itp. Mając swoje plany, każdy może tak kształtować swoją ścieżkę rozwoju, aby nowe kompetencje procentowały mu w przyszłości. Czy zwiększenie motywacji wpływa na zaangażowanie, efektywność, profesjonalizm? Absolutnie nie jest to zależność liniowa. Zależać będzie ona przede wszystkim od tego, jakie mechanizmy, a więc jakie metody płacenia zostaną zastosowane. W tej chwili płaci się za wykonanie czynności i za wpis do dokumentacji, natomiast rozlicza się nie z tego czy pacjent jest zdrowy, czy wrócił do pracy. Obecnie płacimy tylko za to, czy lekarz wykonał określoną procedurę i opisał ją zgodnie z wymogami płatnika. Powinno się rozważyć totalnie inny system płacenia, za to czego wymaga się od lekarza, za efekty jego pracy, a przede wszystkim należałoby wtedy uwzględnić takie czynniki, jak stan zdrowia pacjenta w chwili gdy rozpoczynamy proces leczenia. Za przypadki ciężkie, powikłane płacić więcej. Należałoby płacić za efektywność, a nie tak jak jest w tej chwili, za realizację procedur. Wówczas na pewno motywacja do zdobywania kompetencji, do pracy ukierunkowanej na efektywność bezwzględnie się zmieni i będzie wyższa.

Obecnie uśrednione płace w szpitalach klinicznych w Polsce, są zdecydowanie niższe od płac w szpitalach powiatowych. A problem kadrowy jest zdecydowanie większy w szpitalach powiatowych, nie w szpitalach klinicznych. Można to tłumaczyć tym, że młodzi ludzie, garną się do pracy w szpitalach klinicznych, bo tam mają większe możliwości zdobywania kompetencji, kształcenia się, szybszego dostępu do wiedzy, do praktyki, do obycia z nowoczesnymi technologiami. Jakies 10-15 lat temu głównym powodem wyjazdu lekarza z Polski była sytuacja finansowa, teraz gdy pytamy, czym motywują wyjazd, to przede wszystkim słyszymy: chcemy mieć lepsze warunki rozwoju – zawodowego, osobistego, a nie tylko finanse. Ostatnie zmiany zakładają podwyżkę 6750 zł, zobowiązanie do lojalności, bon patriotyczny – sprawdziliśmy więc kwestię odpracowania tego bonu. Gdy specjalista wyjedzie do tzw. Starej Unii (motywowany nie finansowo, tylko chęcią rozwoju), wówczas może spłacić to zobowiązanie z maksymalnie dwóch pensji. Czy wobec tego ta motywacja spowoduje, że wstrzymamy emigrację polskich lekarzy? Myślę, że nie tędy droga.

Nie można bez końca mówić, że się robi reformę, nie wciągając środowisk medycznych w projektowanie i wdrażanie tych zmian. Wielokrotnie mówiliśmy, że regulacja płac musi być systemowa. Proponowaliśmy i proponujemy wynagrodzenie dla specjalisty na poziomie 3 średnich krajowych i odpowiednio niższą płacę, przy niższym wykształceniu. Myślę, że środowisko pielęgniarskie proponowałoby podobne rozwiązania. Musimy wszyscy w zdrowiu budować konsensus i szukać rozwiązań możliwych do wdrożenia, a nie okopywać się na własnych stanowiskach. Interesariuszy systemu jest wielu i nie może być tak, że kto mocniej krzyknie, ten w tym momencie jest na fali.

Dr n. med. Andrzej Krupa, Zastępca Dyrektora ds. Medycznych w SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym

Z jednej strony jestem w stanie zrozumieć środowisko pielęgniarskie, które walczy, żeby zapewnić sobie bezpieczeństwo pracy i godne wynagrodzenie. Z drugiej strony mam wrażenie, że w kontekście kompetencji chce utrzymać pewnego rodzaju status quo, poprzez zagwarantowanie sobie stabilizacji. Uważam też, że walka toczy się o archaiczne struktury, które są już dziś przeżytkiem. Wszystko się bowiem zmieniło – zmieniły się choroby i sposób postępowania z nimi, przebudowy wymagają także modele opieki. Nie zmieniła się natomiast struktura organizacyjna, która jest dostosowana do innych

warunków i innych sposobów leczenia. Musimy więc iść dziś drogą rozwoju kompetencji rozumianych jako suma kwalifikacji, predyspozycji i doświadczenia, a nie tylko zatrudnieniem w danym oddziale.

Opieka zdrowotna bardzo zmieniła się w ostatnich 20-30 latach. Spowodowane to było m.in. niesamowitym skokiem technologicznym, nastąpiły zmiany sposobu postępowania medycznego czy postępowania z pacjentem. Kiedyś dominującą rolę w opiece nad pacjentem sprawowały szpitale – tam był zgromadzony najlepszy sprzęt, najlepsi specjaliści, tam się kształciły pielęgniarki, które po nabyciu umiejętności wychodziły i pracowały w tzw. terenie, dziś w podstawowej opiece zdrowotnej. Na przełomie lat uległo to jednak dużej zmianie, ale przez te lata w niewielkim stopniu uległa zmianom struktura szpitali.

Z własnego doświadczenia mogę powiedzieć, że kiedyś miałem w szpitalu oddział okulistyczny, który liczył 40 łóżek. Było to wówczas uzasadnione – np. odbywały się operacje zaćmy, które wtedy miały zupełnie inny przebieg i wymagały hospitalizacji, podczas gdy dziś to zabieg trwający 15-20 minut. Pomimo zmiany trybu realizacji tego zabiegu oddziały okulistyczne nadal pozostały, w niektórych tylko szpitalach zmniejszono liczbę łóżek, nadal pracuje tam taka sama liczba personelu pielęgniarskiego i lekarskiego, która funkcjonuje w takich strukturach, jak lata temu. To samo tyczy się oddziałów chirurgicznych – endoskopia zmieniła diametralnie sposoby postępowania chirurgicznego, nie ma dziś już pewnych chorób np. choroby wrzodowej, którą teraz leczymy antybiotykoterapią, a nie jak kiedyś operacyjnie, ale te oddziały również pozostały. To samo dotyczy pediatrii – na oddziałach pediatrycznych postęp technologiczny jest ogromny, dziś liczba chorujących dzieci jest znacznie niższa (choć oczywiście są okresy nasilenia), rozwinęła się diagnostyka w kierunku pediatrycznym. Ten olbrzymi postęp medyczny wymaga już dziś także innych kwalifikacji całego personelu, nie tylko lekarskiego, ale również – albo i w szczególności – pielęgniarskiego. Ponadto kiedyś na oddziały pediatryczne rodzicom wstęp był wybroniony. Wtedy była potrzebna olbrzymia liczba pielęgniarek, które opiekowały się dziećmi, doglądały, karmiły, wykonywały pewne czynności pielęgnacyjne, opiekuńcze – dzisiaj te czynności przejęli rodzice. Więc pytanie, czy taka ilość personelu pielęgniarskiego w takiej strukturze jest nam nadal potrzebna.

Wszystkie te zmiany, w szczególności postęp technologiczny, nie pociągnęły za sobą zmian w sposobie zatrudniania i organizacji pracy. Pojawiły się także potrzeby zatrudnienia osób, które z racji swojej funkcji i umiejętności są potrzebne bezwzględnie np. w pracowni endoskopii, kolonoskopii czy gastrokopii, gdzie działa nie tylko personel lekarski, ale także personel pielęgniarski. Z jednej strony dzisiaj mamy więc rozbudowaną starą strukturę jeżeli chodzi o szpitalnictwo i obecność pielęgniarek na oddziałach, z drugiej strony mamy nowoczesne technologie, wymagające nowych umiejętności i ciągłego kształcenia się w tym zakresie, zatem istnieje tu olbrzymia rozbieżność.

Dlatego warto skupić się na opisie czynności i opracować ścieżki rozwoju w sektorze ochrony zdrowia. Pielęgniarka, która kończy studia, tak jak każdy inny pracownik, powinna przechodzić konkretną ścieżkę kariery, mieć szansę na rozwój. Należałoby zatem określić co pielęgniarka można zrobić przy jakich umiejętnościach, a następnie jakie kompetencje pielęgniarka zdobędzie po kolei w swojej karierze i do czego może ostatecznie dojść. Powinna to być ścieżka rozwoju rozpoczynająca się od najniższego poziomu: pielęgniarka najpierw uczy się, doskonali, osiąga pewien szczyt umiejętności, a potem przekazuje swoją wiedzę organizacyjną i doświadczenie młodszym koleżankom, stając się nauczycielką dla następnego pokolenia. W środowisku lekarskim są takie ścieżki – po odbyciu specjalizacji lekarz po jakimś czasie ma szansę zostać np. ordynatorem czy kierownikiem oddziału. W przypadku pielęgniarek te drogi są zamknięte i z pewnością nie jest to motywujące, w każdym biznesie są bowiem określone ścieżki kariery, a bez tego trudno jest coś konstruktywnego zbudować. Także biorąc pod uwagę starzenie się tej grupy zawodowej, wydaje się bardzo istotne, aby sytuację tę dobrze rozwiązać. Brak wyraźnych ścieżek kariery powoduje bowiem małe zainteresowanie tym zawodem wśród młodych osób.

Rozliczanie przez efekty to też istotne zagadnienie, teraz płaci się personelowi za to, że jest, a nie za to, że coś robi. Ale to już odrębne zagadnienie. Może jestem niepoprawnym optymistą ale wierzę, że wszystkie te zmiany można wprowadzić, tylko trzeba chcieć, a środowisko musi je zrozumieć. Oczywiście wszystkie zmiany powinny być wypracowane ze środowiskiem medycznym, w dialogu i porozumieniu, a nie narzucone.

Krzysztof Marcin Zakrzewski, Dyrektor Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota

Zaproponowane przez rząd zmiany w wynagrodzeniach pielęgniarek i położnych nie korespondują z koncepcją rozwoju kadry medycznej w oparciu o model zarządzania kompetencjami. Należy wskazać, iż rządzący koncentrują się przede wszystkim na kwestiach zarządzania bieżącego, reagując ad hoc na zaistniałe sytuacje kryzysowe – spowodowane aktywnością protestacyjną różnych grup zawodowych w ochronie zdrowia, a nie na projektach długofalowych.

Zawód pielęgniarki i położnej jest profesją wymagającą multidyscyplinarnych umiejętności, ciągłego pogłębiania swojej wiedzy oraz dużego wkładu pracy. Jednocześnie zawód ten nie niesie za sobą, znaczącej rekompensaty finansowej pozwalającej na godną egzystencję, co zniechęca wielu młodych ludzi do kształcenia się w tej materii.

Jednocześnie część osób studiujących pielęgniarstwo lub położnictwo z założenia widzi swoją przyszłość zawodową w pracy poza granicami kraju. Oznacza to postępowanie deficytu kadrowego, ze względu na fakt starzenia się tej grupy zawodowej. Jednocześnie należy podkreślić, iż beneficjentami obecnego systemu ochrony zdrowia są przede wszystkim lekarze. Jest to grupa zawodowa o najwyższym statusie materialnym w Polsce, zaś pozostali pracownicy podmiotów leczniczych mogą liczyć na znacznie mniejsze uposażenia.

Dysproporcja w zarobkach rodzi więc frustrację i skłonności do podejmowania akcji protestacyjnych przez różne środowiska zawodowe np. pielęgniarki, ratownicy medyczni etc. Dlatego też wejście w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 29 sierpnia 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 1681) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 29 sierpnia 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 1682) należy traktować nie jak wkład w model zarządzania kompetencjami, lecz po prostu wyrównywanie dysproporcji w zarobkach oraz zwiększenia pewności wynagrodzenia, ze względu na przejście części tzw. „dodatku zembalowego” do wynagrodzenia zasadniczego. Aktem prawnym, który można nazwać w stopniu umownym jako próbę ustawodawcy wprowadzenia modelu zarządzania kompetencjami w podmiotach leczniczych jest ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych z dnia 8 czerwca 2017 r. (Dz.U. z 2017 r. poz. 1473). W załączniku do ustawy wprowadzono dziesięć punktów określających kwalifikacje wymagane wobec pracowników medycznych wraz z określeniem współczynnika pracy. Dla pielęgniarek i położnych są to następujące trzy kategorie: (7) pielęgniarka lub położna z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, ze specjalizacją; (8) pielęgniarka albo położna, ze specjalizacją; (9) pielęgniarka albo położna, bez specjalizacji.

Ustawodawca położył nacisk na uzyskiwane przez pielęgniarki i położne wyższych kwalifikacji wskazując pośrednio na premiowanie pielęgniarek lub położnych wykonujących funkcje samodzielne, z ukończonymi kursami specjalizacyjnymi. Różnica ta wynosi aż 41% między punktem 7 a 9 załącznika do ustawy. Rzecz jasna są to wskazane jedynie główne kategorie zawodu pielęgniarek i położnych, bez uwzględnienia innych czynników, jak choćby nabytych innych uprawnień.

Gdyby jednak ustawodawca podszedł w sposób poważny do kwestii zarządzania kompetencjami pielęgniarek i położnych, to wymagana byłaby znacząca korekta ustawy macierzystej tej grupy zawodowej oraz wydania aktów wykonawczych. Osiągnąć to można różnymi metodami np. wprowadzeniem systemu punktacyjnego kursów doskonalących i powiązania z systemami wynagradzania w podmiotach leczniczych.

Można też wrócić do pomysłu konieczności zdobywania przez pielęgniarki i położne punktów edukacyjnych, na zasadach analogicznych do kształcenia ustawicznego lekarzy.

Istotna jest jednak zmiana filozofii podejścia do zawodu pielęgniarek i położnych z funkcji archaicznej, de facto służebnej w stosunku do zawodu lekarza, na funkcje samodzielne i koordynujące oraz wspomagające proces leczniczy. Pielęgniarstwo jako grupa zawodowa powinna w dużo większym stopniu przejmować obowiązki lekarzy, w szczególności w zakresie zarządzania zdrowiem pacjenta, przedłużania recept, wstępnej oceny stanu zdrowia oraz monitorowania wskaźników zdrowotnych. Do osiągnięcia tego niezbędne są zachęty w postaci adekwatnego wynagradzania, po uzyskanych pożądanych kwalifikacji, zmiany programów nauczania na studiach magisterskich pielęgniarskich lub położnictwa, wprowadzania w większym stopniu nowych zawodów medycznych, w zakresie bieżącej pielęgnacji pacjenta, oraz czas i konsekwencja w realizacji wizji.

Uważam, iż za utrzymanie statusu quo ponosi winę także część środowiska pielęgniarskiego. Z punktu widzenia zarządzającego widzę ograniczoną chęć podnoszenia kwalifikacji zawodowych, dużą roszczeniowość, brak chęci wdrażania mechanizmów ekwiwalentności na terenie zakładu. Środowisko pielęgniarek i położnych koncentruje się na żądaniach zwiększenia uposażeń, bez jednoczesnej chęci akceptacji rozwiązań projakościowych oraz wykorzystania możliwości uzyskania dodatkowych przychodów. Dotyczy to choćby kwestii przepisywania recept, znajomości komputera, przepisów prawnych, realizacji nowych projektów, czy też znajomości języka obcego. Dlatego też jak wskazałem powyżej zmiana modelu zarządzania kompetencjami musi być procesem długotrwałym, ponadpolitycznym oraz obejmować też zmianę filozofii myślenia, poprzez nadawanie nowych uprawnień, w powiązaniu z konkretnymi benefitami za ich realizację.

Pozostałe informacje z obszaru zdrowia

Forum Ochrony Zdrowia podczas Forum Ekonomicznego w Krynicy

Forum Ochrony Zdrowia, będące częścią Forum Ekonomicznego w Krynicy-Zdroju, odbyło się już po raz 8. Wydarzenie pokazuje, jak ważnym aspektem w debacie publicznej jest zdrowie. Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, animator Rady w obszarze zdrowia, w ramach inicjatywy „Wspólnie dla zdrowia” poprowadziła wraz z prof. Piotrem Czauderną debatę przedstawicieli rządu z udziałem Łukasza Szumowskiego Ministra zdrowia, Teresą Czerwińską Minister finansów, Elżbietą Rafalską Minister rodziny, pracy i polityki społecznej, Jerzym Kwiecińskim Ministrem rozwoju, Markiem Zagórskim Ministrem cyfryzacji oraz Joanną Kopcińską Rzeczniką rządu. Sesję pt. „Inwestycje w zdrowie a gospodarka zdrowia – wyzwania zdrowotne państwa w kontekście rozwoju gospodarczego” poprzedziło wystąpienie Premiera Mateusza Morawieckiego. „Zapewne podczas rozmowy nie zaspokoiliśmy wszystkich oczekiwań, nie podjęliśmy każdego z ważnych tematów i nie udzieliliśmy odpowiedzi na ważne pytania, jednak z pewnością jednoznacznie wybrzmiało, że zdrowie wymaga inwestycji, a sektor nowoczesnych narzędzi, procesów i zmiany postaw, które warunkują wzrost efektywności nakładów przeznaczanych na ochronę zdrowia. Za przełomowe uznano posiedzenie rządu poświęcone inwestycjom w zdrowie. Na tę sesję czekano od lat i została odebrana przez wielu uczestników jako symbol nowego podejścia do zdrowia w polityce. To naturalnie zwiększy też presję na konkretne działania i skuteczne interwencje w najbardziej wrażliwych obszarach opieki zdrowotnej jakimi są: dostępność, jakość, problemy kadrowe, poziom finansowania czy integrację polityk. Rozwiązanie problemów sektora zdrowia wymaga wspólnego działania wielu resortów, nakierowanego na strategiczny cel nowoczesnego państwa, jakim jest zachowanie zdrowia Polaków

i skuteczne leczenie oraz ograniczanie następstw choroby. Jednym z największych wyzwań wskazanych przez Minister Rafalską jest rosnący absenteizm, który ogranicza dostępność i tak ograniczonych zasobów ludzkich w Polsce. W dobie starzejącego się społeczeństwa zdrowie pracujących musi być przedmiotem szczególnej troski i skutecznych działań systemowych. Wzmocnienie efektywności ochrony zdrowia dokonać się musi poprzez zrównoważone inwestycje w regionach oraz rozwój infrastruktury cyfrowej. To doświadczenia innych sektorów administracji i rozwiązania już wdrożone oraz użytkowane przez obywateli naszego kraju, mogą stać się drogą do pokonania barier w upowszechnianiu nowoczesnych narzędzi cyfrowych. Nie ulega wątpliwości, że to cyfryzacja systemu ochrony zdrowia umożliwi najwyższą optymalizację procesów i zasobów. Co ważne każdy z uczestników debaty podkreślił znaczenie inwestycji w zdrowie, które możemy mierzyć np. poprzez analizę łącznych kosztów choroby. Minister Czerwińska wyraziła zainteresowanie opracowaniem metodologii liczenia kosztów bezpośrednich i pośrednich chorób i tym samym lepszego alokowania zasobów finansowych w obszar zabezpieczenia zdrowotnego. Ochrona zdrowia to ponad polityczny interes wszystkich Polaków. Ale to politycy mają najwięcej narzędzi, aby udowodnić odpowiedzialność za skuteczne wsparcie obywateli w trosce o ich zdrowie. Nadanie zdrowiu priorytetu w polityce państwa, wyrażone realnymi prozdrowotnymi działaniami we wszystkich resortach jest jedyną szansą na podjęcie wyzwań demograficznych i epidemiologicznych oraz odpowiedzialny rozwój społeczny i gospodarczy” – podsumowała dr Małgorzata Gałązka-Sobotka.

Szczegółowe informacje na temat Forum Ekonomicznego znajdują się na stronie: www.forum-ekonomiczne.pl

Seminarium „Jak dostosować kompetencje i kwalifikacje do rozwiązań e-health? – narzędzia Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji w rozwoju sektora zdrowie”

25 września 2018 r. odbyło się seminarium Instytutu Badań Edukacyjnych, organizowane we współpracy z Ministerstwem Zdrowia oraz Sektorową Radą ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna. Podczas spotkania poruszone zostały m.in. zagadnienia takie jak: zintegrowany system kwalifikacji (ZSK), e-health i zastosowanie sztucznej inteligencji (AI) w sektorze zdrowia – wyzwania dla rynku pracy, rola specjalistów i ekspertów sektora zdrowia w ZSK, czy zapewnianie jakości kwalifikacji – dlaczego warto zostać instytucją certyfikującą lub podmiotem zewnętrznego zapewniania jakości. Na koniec spotkania odbyła się dyskusja pt. Rozwój kwalifikacji rynkowych w sektorze zdrowie. Więcej informacji na temat zintegrowanego systemu kwalifikacji przedstawimy Państwu w kolejnej edycji newslettera, szczegółowe informacje można znaleźć na stronie Instytutu Badań Edukacyjnych: www.kwalifikacje.edu.pl

Aktualności z obszaru pomocy społecznej

Obchody Jubileuszu 100-lecia polskiej polityki społecznej

We wrześniu br. kończy się cykl 16 konferencji regionalnych organizowanych we wszystkich województwach przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wspólnie z partnerami społecznymi - Polskim Towarzystwem Polityki Społecznej, Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, PFRON, Instytutem Pracy i Spraw Socjalnych, Centralnym Instytutem Ochrony Pracy, Narodowym Centrum Kultury z okazji Jubileuszu 100-lecia polskiej polityki społecznej oraz dla uczczenia obchodów święta odzyskania niepodległości przez Polskę. 11 kwietnia - w dniu, w którym Polska przed blisko wiekiem przystąpiła do Międzynarodowej Organizacji Pracy – odbyła się Konferencja „Przeszłość-Teraźniejszość-Przyszłość” inaugurująca te obchody.

Wydarzeniami towarzyszącymi konferencji i spotkaniom regionalnym była także: okolicznościowa, mobilna wystawa pt. „Polityka społeczna w XX-leciu międzywojennym” oraz książka „Stulecie polskiej polityki społecznej 1918 – 2018” pod red. E. Bojanowskiej, M. Grewińskiego, M. Rymszy i G. Uścińskiej.

Jednocześnie w chwili obecnej trwają przygotowania do organizacji uroczystych seminariów poświęconych podsumowaniu Jubileuszu 100-lecia polskiej polityki społecznej. Seminaria organizowane przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej mają odbyć się w listopadzie lub na początku grudnia 2018 roku. Podczas seminariów najbardziej zasłużonym politykom społecznym wręczone zostaną odznaczenia Primus in Agendo (odznaczenia MRPiPS) oraz odznaczenie im. E. Abramowskiego (odznaczenie PTPS). Miejsce i dokładna data uroczystych seminariów nie jest jeszcze ustalona.

Źródło: <https://www.mpips.gov.pl/niepodlegla/sto-lat-polityki-spoecznej-w-polsce---konferencja/>
<https://www.mpips.gov.pl/aktualnosci-wszystkie/art,5528,9866,100-lat-polskiej-polityki-spoecznej.html>
<http://ptps.org.pl/100-polskiej-polityki-spoecznej>

Projekt ustawy o centrach usług społecznych

W Kancelarii Prezydenta RP trwają prace nad projektem ustawy o centrach usług społecznych. Celem działania centrum będzie koordynacja i integracja usług społecznych na poziomie lokalnym. Koncepcja rozwoju i koordynacji usług społecznych przy wykorzystaniu centrum usług społecznych powstała w wyniku prac sekcji Polityka społeczna, rodzina Narodowej Rady Rozwoju. Projekt ustawy zakłada, że centra usług społecznych będą tworzone przez zainteresowane samorządy gminne (jako rozwiązanie fakultatywne). Gminy będą mogły elastycznie konstruować ofertę usług społecznych na podstawie rozpoznanych potrzeb społeczności lokalnej. Założeniem jest to, by z usług mogli korzystać wszyscy zainteresowani mieszkańcy. W centrach będą prowadzone także działania skierowane do społeczności lokalnej, ukierunkowane na integrację mieszkańców i budowanie więzi społecznych. Podczas prac nad projektem Kancelaria Prezydenta RP współpracuje z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, dbając w ten sposób, by proponowane rozwiązania wpisywały się w szerszą koncepcję rozwoju systemu polityki społecznej oraz integracji usług z różnych obszarów na poziomie lokalnym.

Na przełomie sierpnia i września br. wyjściowa wersja projektu ustawy została skierowana do konsultacji społecznych. Dotychczas w Kancelarii Prezydenta RP odbyły się spotkania konsultacyjne z ekspertami – naukowcami zajmującymi się problematyką polityki społecznej, z przedstawicielami samorządów terytorialnych i korporacji samorządowych, a także z Radą Pomocy Społecznej, pracownikami socjalnymi i organizatorami społeczności lokalnej. Planowane są jeszcze konsultacje z przedstawicielami organizacji pozarządowych świadczących usługi społeczne, a także z przedstawicielami środowisk osób z niepełnosprawnością.

Ten etap konsultacji zakończy spotkanie z Radą Dialogu Społecznego. Zgłoszone podczas konsultacji uwagi i postulaty zostaną przeanalizowane przez Kancelarię Prezydenta RP, a wnioski zostaną wykorzystane przy tworzeniu ostatecznego kształtu rozwiązań legislacyjnych i uzasadnienia projektu ustawy.

Źródło: <http://www.prezydent.pl/kancelaria/nrr/aktualnosci/art,67,konsultacje-spoeczne-ustawy-o-centrach-uslug-spoecznych.html>
[http://centrumprasowe.pap.pl/cp/pl/news/info/126870,13,kancelaria-prezydenta-rp-konsultacje-spoeczne-ustawy-o-centrach-uslug-spoecznych-\(komunikat\)](http://centrumprasowe.pap.pl/cp/pl/news/info/126870,13,kancelaria-prezydenta-rp-konsultacje-spoeczne-ustawy-o-centrach-uslug-spoecznych-(komunikat))

Emerytura dla matek z czwórką dzieci – projekt ustawy

Trwają prace legislacyjne nad ustawą o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym. Jak przekonuje projektodawca, ustawa ma na celu uhonorowanie tych osób, które wychowały co najmniej czworo dzieci, a ze względu na długoletnie zajmowanie się potomstwem nie mogły wypracować emerytury (w wysokości odpowiadającej co najmniej kwocie najniższej emerytury).

Wskazane świadczenie ma przysługiwać matce, która urodziła i wychowała lub wychowała co najmniej czworo dzieci. W przypadku śmierci matki dzieci albo porzucenia ich przez matkę, świadczenie ma przysługiwać ojcu, który wychował co najmniej czworo dzieci.

Świadczenie może zostać przyznane po osiągnięciu wieku emerytalnego (matka – 60 lat, ojciec – 65 lat) w przypadku, gdy rodzic nie posiada dochodu zapewniającego niezbędne środki utrzymania albo

ma prawo do emerytury lub renty w wysokości niższej niż wysokość najniższej emerytury. Warunkiem przyznania świadczenia jest zamieszkiwanie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w trakcie jego pobierania.

Rodzicielskie świadczenie uzupełniające będzie przyznawane na wniosek matki lub ojca, składany w jednostce organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Przyznanie świadczenia ma nastąpić w drodze decyzji administracyjnej, a jego wysokość nie może być wyższa od najniższej emerytury. Świadczenie ma podlegać waloryzacji.

Start programu planowany jest na 1 stycznia 2019 roku.

Źródło: <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12315552/12531138/12531139/dokument355585.pdf>

Planowane zmiany w Środowiskowych Domach Samopomocy – projekt rozporządzenia

Trwają prace legislacyjne nad projektem rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej zmieniającego rozporządzenie w sprawie środowiskowych domów samopomocy. Projekt jest w fazie konsultacji społecznych.

W związku z realizacją programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za Życiem” wynika konieczność zapewnienia miejsc w ośrodkach wsparcia osobom ze spektrum autyzmu lub osobom z niepełnosprawnością sprzężoną, w tym miejsc całonocnego pobytu. Dla tych osób konieczne jest określenie standardów usług i wyposażenia jednostek.

Źródło: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12314150>

Klauzula informacyjna

Wykonując obowiązek informacyjny zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych- RODO (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119) niniejszym informujemy, iż:

- 1) Administratorem Pani /Pana danych osobowych jest Uczelnia Łazarskiego z siedzibą w Warszawie, ul. Świeradowskiej 43, 02-662 Warszawa.
- 2) Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować pod adresem - iod@lazarski.edu.pl.
- 3) Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane w celu wysyłki Newslettera powstałego w projekcie: Sektorowa Rada ds. Kompetencji Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna sfinansowanego w ramach: Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Działanie numer 2.12 Zwiększenie wiedzy o potrzebach kwalifikacyjno-zawodowych.
- 4) Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a i lit f RODO.-
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez Administratora przez okres niezbędny do realizacji wyżej wymienionych celów (cofnięcia zgody lub zakończenia projektu).
- 6) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, upoważnieni pracownicy i podmioty którym Administrator powierzył lub zlecił przetwarzanie danych.
- 7) Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.
- 8) Posiada Pani/Pan prawo żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a w przypadku udzielenia zgody posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie (bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem).
- 9) Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

10) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, do jakich zostały zebrane.

O „Sektorowej Radzie ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna”

„Sektorowa Rada ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna” tworzy przestrzeń do wymiany opinii pomiędzy trzema elementami systemu kształtowania kompetencji i potrzeb kompetencyjnych w branży opieki zdrowotnej i pomocy społecznej: pracodawcami, systemem edukacji i przedsiębiorcami działającymi w danym sektorze. Zadaniem Rady jest także identyfikacja i prognozowanie potrzeb kompetencyjnych dla obu podsektorów oraz monitoring legislacji i zmian merytorycznych dotyczących zawodów w tych obszarach. Rada ma także tworzyć rekomendacje i zalecenia dotyczące badań i rozwoju kompetencji w nowych zawodach dla obu sektorów. Więcej informacji: <http://rada.pracodawcyrp.pl/>

Realizatorzy projektu „Sektorowa Rada ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna”



Newsletter powstaje w ramach projektu: Sektorowa Rada ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna, sfinansowanego w ramach: Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Działanie numer 2.12 Zwiększenie wiedzy o potrzebach kwalifikacyjno-zawodowych.

