

Warszawa, dn. 07.09.2026

Minister Zdrowia
Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Prezes Rady Ministrów
Kancelaria Prezesa Rady Ministrów
Al. Ujazdowskie 1/3
00-583 Warszawa

PETYCJA W INTERESIE PUBLICZNYM

w sprawie zmiany projektu UD439 dotyczącego wynagrodzeń, czasu pracy i zasad zatrudniania osób wykonujących zawody medyczne

Szanowni Państwo,

zwracam się o **zmianę projektu UD439 przed jego przyjęciem przez Radę Ministrów**, w szczególności w zakresie regulacji dotyczących wynagrodzeń, minimalnego wymiaru zatrudnienia oraz sposobu wartościowania pracy poszczególnych zawodów medycznych.

Nie kwestionuję potrzeby ograniczenia nadmiernego czasu pracy medyków ani działań służących bezpieczeństwu pacjentów. Problemem jest jednak sposób, w jaki projekt próbuje osiągnąć te cele.

Projekt przewiduje m.in. maksymalną stawkę godzinową dla umów cywilnoprawnych, maksymalne wynagrodzenie miesięczne oraz zasadę zatrudnienia co najmniej w wymiarze 1/2 etatu w określonych podmiotach.

Jednocześnie uzasadnienie projektu wskazuje na potrzebę ograniczenia tzw. presji płacowej pracowników medycznych na świadczeniodawców.

To budzi zasadnicze pytanie: czy państwo, ograniczając możliwość negocjowania warunków pracy, jednocześnie zapewnia sprawiedliwy i obiektywny system wartościowania kompetencji wszystkich profesji medycznych?

1. NIE SPRZECIW WOBEC LEKARZY. SPRZECIW WOBEC UTRWALANIA ASYMETRII

Nie kwestionuję prawa lekarzy do wysokich wynagrodzeń.

Nie można jednak ignorować faktu, że **na rynku funkcjonują ogromne różnice pomiędzy stawkami poszczególnych zawodów medycznych.**

W praktyce stawka rzędu **240 zł brutto za godzinę** jest poziomem kojarzonym przede wszystkim z kontraktowym rynkiem lekarskim, podczas gdy **wysoko wykwalifikowani przedstawiciele innych profesji medycznych otrzymują wielokrotnie niższe stawki.**

Przykładowo magister pielęgniarstwa posiadający specjalizację może na rynku kontraktowym funkcjonować przy stawkach rzędu **90–100 zł brutto za godzinę.**

Nie oznacza to, że lekarz i pielęgniarka powinni zarabiać tyle samo.

Oznacza natomiast, że jeżeli państwo wprowadza administracyjne limity wynagrodzeń i ingeruje w mechanizmy rynku pracy, powinno jednocześnie stworzyć **transparentny system wartościowania kwalifikacji, kompetencji, odpowiedzialności i samodzielności zawodowej.**

W przeciwnym razie regulacja może nie zlikwidować asymetrii, lecz ją **utrwalić.**

2. BRAK ODPOWIEDNIEGO UWZGLĘDNIENIA Zaawansowanych KOMPETENCJI PIELĘGNIARSKICH

Szczególnie problematyczne jest pominięcie rzeczywistego potencjału **Advanced Practice Nursing (APN).**

Jeżeli pielęgniarka posiada wyższe wykształcenie, specjalizację, dodatkowe kwalifikacje oraz kompetencje pozwalające na wykonywanie bardziej zaawansowanych zadań, system powinien potrafić tę wartość rozpoznać również ekonomicznie.

Nie wystarczy zwiększać odpowiedzialności i zakresu kompetencji.

Kompetencje muszą mieć swoją wartość systemową.

Dotyczy to również **innych wysoko kwalifikowanych profesji, m.in. fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych, ratowników medycznych czy psychologów klinicznych.**

Nie postuluję automatycznego zrównania wynagrodzeń.

Postuluję **racjonalne i mierzalne powiązanie wynagrodzenia z poziomem kwalifikacji, kompetencji, odpowiedzialności i samodzielności zawodowej.**

3. PÓŁ ETATU NIE MOŻE BYĆ SUBSTYTUTEM DOBREJ ORGANIZACJI

Projekt zakłada co do zasady zatrudnienie określonych medyków w szpitalach i poradniach przyszpitalnych co najmniej w wymiarze 1/2 etatu.

Rozumiem cel: większe związanie personelu z podstawowym miejscem pracy i poprawa ciągłości opieki.

Jednak ustawowy obowiązek minimalnego wymiaru zatrudnienia może być rozwiązaniem zbyt sztywnym.



Już dziś publiczne podmioty lecznicze nie zawsze są zainteresowane zatrudnianiem pracowników w wymiarze 1/2 etatu, ponieważ organizacja grafików, dyżurów i odpowiedzialności za zabezpieczenie świadczeń często wymaga innych modeli.

Nie można więc jednocześnie narzucać pracownikowi określonego minimum i pozostawiać go w sytuacji, w której **pracodawca nie jest zainteresowany takim modelem zatrudnienia**.

To nie zwiększa automatycznie elastyczności systemu. Może ją ograniczyć.

Wnoszę zatem o:

- 1. zmianę projektu UD439 tak, aby nie utrwał istniejącej asymetrii ekonomicznej pomiędzy zawodami medycznymi;**
- 2. stworzenie transparentnego mechanizmu wartościowania pracy medyków, uwzględniającego co najmniej poziom wykształcenia, specjalizację, dodatkowe kwalifikacje, zakres kompetencji, odpowiedzialność oraz stopień samodzielności zawodowej;**
- 3. jednoznaczne uwzględnienie w tym systemie rozwoju Advanced Practice Nursing (APN) oraz innych form zaawansowanej praktyki zawodowej;**
- 4. uwzględnienie w analizie również innych wysoko kwalifikowanych profesji uczestniczących w systemie ochrony zdrowia, w tym psychologów klinicznych, fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych i ratowników medycznych;**
- 5. przeprowadzenie przed przyjęciem ustawy analizy porównawczej wynagrodzeń, kwalifikacji, kompetencji i odpowiedzialności poszczególnych zawodów medycznych;**
- 6. wykorzystanie potencjału AOTMiT do przygotowania obiektywnego modelu analizy kosztów pracy i wartości kompetencji, zamiast opierania regulacji wyłącznie na historycznych relacjach płacowych;**
- 7. ponowną analizę obowiązku zatrudnienia w wymiarze co najmniej 1/2 etatu oraz dopuszczenie rozwiązań zapewniających ciągłość opieki bez nadmiernego ograniczania elastyczności zatrudnienia;**
- 8. przedstawienie publicznego uzasadnienia kryteriów, według których określono maksymalne wynagrodzenia oraz zasady różnicowania sytuacji poszczególnych profesji medycznych;**
- 9. przeprowadzenie ponownych konsultacji projektu w zakresie skutków proponowanych regulacji dla zawodów innych niż lekarski.**

ŻĄDANIE SYSTEMOWE

Nie oczekuję, aby wszystkie zawody medyczne były wynagradzane identycznie.

Oczekuję czegoś innego:

[REDACTED]

aby państwo potrafiło wyjaśnić, dlaczego konkretne kompetencje są wyceniane w określony sposób.

Jeżeli państwo chce ograniczać możliwość negocjowania wynagrodzeń, powinno równocześnie zagwarantować **transparentne zasady wartościowania pracy**.

Nie można budować nowoczesnej ochrony zdrowia, zwiększając odpowiedzialność i kompetencje jednych zawodów, a następnie pozostawiając ich ekonomiczną pozycję w systemie opartą przede wszystkim na historycznej hierarchii profesji.

Pacjent potrzebuje zespołu.

Lekarza.
Pielęgniarki.
Fizjoterapeuty.
Ratownika.
Diagnosty laboratoryjnego.
Psychologa klinicznego.
I wielu innych profesjonalistów.

Dlatego potrzebujemy systemu, który **wynagradza rzeczywiste kompetencje i odpowiedzialność, a nie tylko nazwę zawodu**.

Wnoszę o potraktowanie niniejszej petycji jako głosu w interesie publicznym oraz o zmianę projektu UD439 przed jego przyjęciem przez Radę Ministrów.

Proszę również o przekazanie informacji o sposobie rozpatrzenia petycji oraz o przedstawienie stanowiska Ministerstwa Zdrowia wobec każdego z przedstawionych postulatów.

**Reforma ochrony zdrowia - tak.
Ograniczenie patologicznego przepracowania - tak.
Racjonalizacja wydatków publicznych - tak.**

Ale nie poprzez ustawowe utrwalanie asymetrii płacowej i kompetencyjnej pomiędzy zawodami, które wspólnie odpowiadają za bezpieczeństwo pacjenta.

Z poważaniem,

[REDACTED]
Kierownik
[REDACTED]