



Naczelna Izba Aptekarska

L. dz. P -130 /2017

Warszawa, dnia 1 marca 2017 r.

Pani Józefa SZCZUREK-ŻELAZKO

**Sekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia**

Szanowna Pani Minister

W związku z pracami nad ustawowym określeniem sposobu ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, w imieniu Naczelnej Rady Aptekarskiej, wskazuję na konieczność wyeliminowania dysproporcji płacowych pomiędzy wynagrodzeniami pracowników należących do tych samych, czy zbliżonych grup zawodowych.

Obecnie wspomniane dysproporcje dotyczą w bardzo istotnym stopniu farmaceutów szpitalnych, co powoduje poczucie niesprawiedliwości i pokrzywdzenia.

Proponujemy, aby akt normatywny określający sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych przyjmował zasadę, że osoby wykonujące zawód farmaceuty są traktowane na takich zasadach, jak osoby wykonujące zawód lekarza.

Podkreślić należy, że zgodnie z art. 183c Kodeksu pracy, pracownicy mają prawo do jednakowego wynagrodzenia za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości. Pracami o jednakowej wartości są prace, których wykonywanie wymaga od pracowników porównywalnych kwalifikacji zawodowych, potwierdzonych dokumentami przewidzianymi w odrębnych przepisach lub praktyką i doświadczeniem zawodowym, a także porównywalnej odpowiedzialności i wysiłku (art. 183c § 3 Kodeksu pracy).

Farmaceuci w celu uzyskania kwalifikacji zawodowych muszą ukończyć studia medyczne na tej samej uczelni, co lekarze. Studia przeprowadzane są bez podziału na stopnie. Warunkiem uzyskania dokumentu prawa wykonywania zawodu jest również odbycie stażu zawodowego. Analogicznie wygląda też kształcenie podyplomowe – farmaceuci podlegają obowiązkowi kształcenia ustawicznego, odbywają specjalizacje w dziedzinach farmacji określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia. W zakresie odpowiedzialności – farmaceuci

odpowiadają nie tylko za zaopatrzenie, ale również za jakość produktu leczniczego – w odniesieniu do leków gotowych w zakresie swoich kompetencji (określenie parametrów jakościowych w SIWZ, kontrola serii i dat ważności, nadzór nad procesem wstrzymywania i wycofywania produktów leczniczych z obrotu), zaś w odniesieniu do leków przygotowywanych na specjalne potrzeby pacjenta (leki recepturowe, leki apteczne, cytostatyki, żywienie pozajelitowe, płyny infuzyjne) – za całość jakości i bezpieczeństwa przygotowanych w aptece szpitalnej leków. Analiza zapisów prawa w zakresie odpowiedzialności zawodowej, pozwala stwierdzić, iż sankcje za przewinienia zawodowe są jednakowe dla obu tych grup zawodowych, z których to sankcji najbardziej dotkliwą jest kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu.

W zakresie wysiłku wkładanego w pracę, farmaceuci pomimo częściowo odmiennego charakteru świadczonych usług farmaceutycznych, również wkładają wiele sił i pracy w wykonywanie swojego zawodu. Do niektórych tylko funkcji nowoczesnej apteki szpitalnej i czynności wykonywanych przez farmaceutów należy wykonywanie leków recepturowych i leków aptecznych, sporządzanie leków do żywienia pozajelitowego i dojelitowego, przygotowywanie leków w dawkach dziennych dla pacjenta w tym leków cytostatycznych, wytwarzanie płynów infuzyjnych, przygotowywanie roztworów do hemodializy i dializy otrzewnowej, monitorowanie działań niepożądanych, udział w badaniach klinicznych, udział w racjonalizacji terapii.

Farmaceuci uczestniczą wspólnie z lekarzami w pracach m.in.: Komitetu Terapeutycznego, Komitetu ds. Zakażeń, Komitetu ds. Żywienia do- i pozajelitowego, Komitetu ds. Antybiotykoterapii, Komitetu ds. Badań Klinicznych.

W odniesieniu do celu projektowanych zmian, którym jest zapewnienie pacjentom profesjonalnej kadry medycznej, a tym samym odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego, należy wziąć pod uwagę również rolę farmaceuty szpitalnego, jako eksperta współodpowiedzialnego za całokształt farmakoterapii i polityki lekowej szpitali.

Kolejnym argumentem jest fakt, że farmaceuci szpitalni sprawują nadzór nad olbrzymimi środkami finansowymi. Koszty związane z zakupem leków i wyrobów medycznych stanowią kilkadziesiąt procent budżetu szpitala. Tylko na leki stosowane w chemioterapii i programach lekowych budżet NFZ na 2016 r. planowany jest na kwotę 3,462 miliarda złotych (dokładnie 3 462 168 000 zł). Dość trudno jest oszacować całkowitą ilość pieniędzy, w których wydawaniu pośredniczą apteki szpitalne, jednak wg raportu IMS za 1 kwartał 2016 rynek leków szpitalnych (w cenach producenta netto) wyniósł 1,01mld zł. Zakładając 5% marży hurtowej i 8% VAT oraz ekstrapolując to do całego roku otrzymamy kwotę 4,58 miliarda złotych. Wartość ta odnosi się tylko do leków (pomijając wyroby

medyczne). Zgodnie z danymi uzyskanymi z CSIOZ – pracę tę wykonuje tylko 1710 farmaceutów szpitalnych zatrudnionych w aptekach szpitalnych i działach farmacji.

Kierując się potrzebą zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego polskim pacjentom, mając na względzie analogiczne wymagania, odpowiedzialność i wysiłek wymagane do wykonywania zawodów lekarza i farmaceuty, należy wprowadzić mechanizmy zapewniające równorzędne traktowanie tych grup zawodowych.

Farmaceuci szpitalni posiadają olbrzymią motywację wewnętrzną do wykonywania zawodu i podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych. W sytuacji gdy farmaceuci sami ponoszą koszt kształcenia podyplomowego, należy wprowadzić również mechanizmy motywacji zewnętrznej.

z poważaniem

Prezes
Naczelnej Rady Aptekarskiej

El.
Elżbieta Piotrowska-Rutkowska