

POSTĘPOWANIA KONKURSOWE W PODMIOTACH LECZNICZYCH
– WYZWANIA FORMALNOPRAWNE I AKSJONORMATYWNE ZE WZGLĘDU NA ZASADY
CZY DZIAŁANIA POZOROWANE ZE WZGLĘDU NA OKOLICZNOŚCI?
PROCEDURES OF CONTEST IN HEALTHCARE ENTITIES
– FORMAL AND LEGAL CHALLENGES AND AXION-NORMATIVE ONES
DUE TO THE RULES OR MOCK ACTIONS DUE TO THE CIRCUMSTANCES?

BERNADETA PISZCZYSŁOWA

WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI W GORZOWIE WIELKOPOLSKIM SP. Z O.O.,
UL. DEKERTA 1, 66-400 GORZÓW WIELKOPOLSKI

Streszczenie

Podmioty lecznicze są instytucjami, które funkcjonują tak, by oferować określone usługi zdrowotne. Ich struktura jest sformalizowaną, a jednocześnie relacyjną przestrzenią międzyludzką. Jej poprawność, racjonalność i logika działania jej wewnętrznych podmiotów jest nośnikiem transmisji i wymiany określonych dóbr. Sposób zatrudniania personelu medycznego, zwłaszcza forma postępowania konkursowego, niesie ze sobą wiele niejasności i wątpliwości. W artykule podejmuje się próbę opisu sposobów formalnego przeprowadzania takich konkursów, specyfiki zatrudnienia personelu medycznego oraz naświetlenia niektórych aspektów mniej formalnych, a budzących wątpliwości. Te nie są bez znaczenia także dla normatywnego postrzegania zjawiska. A artykule ma miejsce także analiza sytuacji polskiej, której charakterystyka określa specyfikę i osobliwość zjawiska.

Słowa kluczowe: podmioty lecznicze, postępowania konkursowe, zatrudnienie, wartości społeczne, racjonalność, działania pozorowane.

Abstract

Healthcare entities are institutions that operate to offer specific health services. Their structure is a formalized, yet relational interpersonal space. Its correctness, rationality and logic of operation of its internal entities is a carrier of transmission and exchange of specific goods. The way of employing medical staff, especially the procedure of contest, brings with it many ambiguities and doubts. The article attempts to describe the formal ways of conducting contests, the specifics of employing medical personnel and highlighting some of the less formal and questionable aspects. These are also important for the normative perception of the phenomenon. The article also includes an analysis of the Polish situation, whose characteristics determine the specificity and singularity of the phenomenon.

Key words: healthcare entities, procedures of contests, employment, social values, rationality, simulated actions.

WPROWADZENIE

Rzeczywistość społeczna rządzi się swoimi prawami, lecz trudno zaprzeczyć, iż istnieją takie zasady i reguły, które bywają zawieszane, bądź rugowane z przestrzeni życia społecznego. I dzieje się to nierzadko bez żadnych perturbacji zarówno dla indywidualnego dobrostanu jednostki, jak i – w konsekwencji – dla życia wspólnoty, zbiorowości czy instytucji. Służba zdrowia to szeroki obszar działania jednostek i instytucji, których funkcjonowanie może być poddawane opisowi, ocenie oraz wyjaśnianiu. Na realizację takiego przedsięwzięcia składają się działania poznawcze uwzględniające różnorodne elementy, w tym uwzględnienie miar i wskaźników dotyczących działania podmiotów leczniczych, opinie na temat korzystania lub rezygnacji z oferowanych świadczeń przez beneficjentów, ich styl życia w kontekście czynników ryzyka (Raciborski, 2012: s. 120), ale także, wszystkie inne elementy dotyczące bezpośrednio lub pośrednio personelu medycznego i strukturalno-funkcjonalnego aspektu systemowego tej instytucji. Takie spojrzenie nie będzie jednak kompletnym i komplementarnym, jeśli nie uwzględni jeszcze innego elementu, jakim jest wymiar aksjonormatywny, tym bardziej, gdy nie czyni się obcą fundamentalnej idei budowania dobrego społeczeństwa (Bogunia-Borowska, 2015: s. 21). Istnieją bowiem wartości, bez których społeczeństwo nie mogłoby istnieć. Są to wartości podstawowe (Marianiński, 2016: s. 1280). One – jak się wydaje – konstytuują i gwarantują poprawność funkcjonowania jakiejkolwiek instytucji, w tym także podmiotu leczniczego.

Podmioty lecznicze są instytucjami, które stają się w codziennych okolicznościach swojej działalności nośnikami wartości, o których można stwierdzić, iż są nie do przecenienia. W nich bowiem dokonuje się proces doprowadzania jednostek do wspomnianej poprawy poczucia dobrostanu psychofizycznego. Ich zasiedlanie się w przestrzeni społecznej ma charakter obiektywny, uniwersalny, czyli ich zasięg nie ogranicza się do określonej grupy czy klasy społecznej (przynajmniej nie powinien). Trafnie stwierdza Marek Ziółkowski: „Za przejaw przeświadczenia o istnieniu wartości obiektywnych można uznać poszukiwania wartości uniwersalnych, tzn. stanów będących wartościami dla całego gatunku ludzkiego” (Ziółkowski, 2002: s. 290).

Kwestie aksjonormatywne znajdują swoje uzasadnienie w przestrzeni, która – jak mogłoby się wydawać – jest względem niej zupełnie indyferenta. W naukach społecznych można mówić o etosie jako motywarze społecznych interakcji oraz źródło procesów decyzyjnych dotyczących aktywności podmiotów. W podmiotach leczniczych działają osoby, których aktywność może być rozpatrywana w odniesieniach aksjologicznych i sensotwórczych (Zaręba, Zarzecki, 2015: s. 7). Jest tu więc miejsce na wartości społeczne, o których Piotr Sztompka twierdzi, iż stanowią „formy relacji międzyludzkich przynoszących satysfakcje życiowe ich uczestnikom, a efektywność działania grupom, w których występują” (Sztompka 2020: s. 335). Kiedy efektywność działania jest wątpliwa, gdyż przerost formalizacji i pozorowanych co do skutków posunięć administracyjnych jest większa od rzeczywistych wyników, pojawia się pytanie o nie tylko racjonalność w działaniu, lecz o kompetencje w wartościowaniu (głównie w odniesieniu do zarządzania i organizacji).

Niniejsza analiza jest próbą przedstawienia różnorodnych problemów, dylematów i zjawisk zachodzących w obszarze podmiotów leczniczych oraz w tej specyficznej kwestii ich funkcjonowania, jakimi są wyzwania i determinanty dotyczące zatrudnienia, a ściślej, związane z postępowaniami konkursowymi (te są głównym elementem „provokacji badawczej” autorki). Analizując powyższe kwestie zamierza się odnieść – przynajmniej fragmentarycznie – do wspomnianej przestrzeni aksjonormatywnej, wskazując na to, jak niekiedy zawile, niejasne i jedynie pozorowane działania przekładają się nie tylko na perturbacje funkcjonalne systemu, lecz i ogólnie pojmowane poczucie dobrostanu jednostek włączonych do podmiotów leczniczych. Oprócz społecznych (niekiedy socjologicznych wątków) w niniejszej analizie podejmuje się głównie próbę opisu wspomnianych zjawisk w zgodności z wymogami dyscypliny, jaką jest zarządzanie zasobami ludzkimi oraz podmiotami leczniczymi.

PODMIOTY LECZNICZE I ZATRUDNIENIE

Podmioty lecznicze prowadzą działalność statutową w oparciu o przepisy prawa powszechnie obowiązującego. Należą do nich m.in. ustawa o działalności leczniczej (Dz.U. 2020, poz. 295), ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 2020, poz. 514) oraz ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2020, poz. 562). W przepisach przywołanych wyżej określono wymagania w zakresie wykonywania zawodu przez lekarzy, pielęgniarki i położne oraz zasady ich zatrudniania. Wymagania dotyczące zatrudnienia kadr medycznych ujęte zostały również w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia jako jeden z warunków przystąpienia podmiotów leczniczych do postępowania konkursowego, a następnie zawarcia umowy na realizację świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze (gwarancja wykonania zobowiązań wynikających z umowy).

Problem zatrudnienia kadr medycznych w podmiotach leczniczych jest niezwykle istotny, gdyż to personel medyczny, zwłaszcza specjalistyczny, realizuje świadczenia zdrowotne zakontraktowane przez podmioty lecznicze w NFZ. Zwłaszcza w obecnych czasach problem jest znaczący, gdy życie ludzkie ulega wydłużeniu, ludzie zmagają się często z chorobami przewlekłymi, a na skutek rozwoju techniki, niektórych sektorów przemysłu oraz zanieczyszczenia środowiska powstają coraz to nowsze jednostki chorobowe.

Podmioty lecznicze zatrudniają personel medyczny w różnych formach. Do najczęściej stosowanych form zatrudnienia należą: umowa o pracę, umowa tzw. kontraktowa, umowa zlecenia oraz umowa o wolontariat. Umowy przywołane wyżej stosowane są również w formach elastycznych, w zakresie przede wszystkim: czasu na jaki umowa została zawarta (czas określony lub nieokreślony) oraz wymiaru czasu pracy. Jak więc widać, istnieje szeroki wachlarz stosowanych form zawierania umowy, będącej za każdym razem swego rodzaju porozumieniem, którego efektem ma być realizacja określonego dobra (jest tu więc miejsce także dla wymiaru normatywnego). Strony zawierają umowę. I można by w tym aspekcie zamknąć jakakolwiek inną interpretację. Lecz, jak zauważa Jacek Tittenbrun w odniesieniu do teorii wymiany społecznej Georga C. Homansa, ta „[...]

chwytą tylko pewien wąski aspekt doświadczeń ludzkich zachowań w społeczeństwie, związany z «tłumaczeniem ich względami opłacalności» (Tittenbrun, 2012: s. 216).

Umowa o pracę ma charakter pracowniczy i stanowi podstawową formę zatrudnienia personelu medycznego w podmiotach leczniczych. Podstawę prawną zawarcia umowy o pracę stanowi Kodeks pracy (Dz.U. 2019, poz. 1495). W sensie ekonomicznym jest to forma transakcji – wymiany rynkowej opartej na kontrakcie łączącym pracodawcę i pracobiorcę oraz określającym ich wzajemne relacje (Giermanowska, 2013: s. 30). Warto przypomnieć, iż ten rodzaj zawierania umowy związanej z zatrudnieniem pracownika jest także metaforycznym ujęciem funkcjonowania społeczeństwa, funkcjonowanie przestrzeni międzyludzkiej, w której wymiana i interakcja są podstawą porozumienia i wymiany dóbr. A dodatkowo – co podkreśla się w naukach społecznych, w tym w socjologii zwłaszcza – stanowi nośnik i treść tzw. kapitału społecznego. Podmioty lecznicze są przestrzenią relacji, zarówno tych związanych z wykonywaniem formalnoprawnych transakcji jak i dokonujących się wokół nich jak i poprzez nie, wielorakim odniesieniem społecznym. One zasadniczo są polem transakcji efektywności jednostek i wszystkich innych podmiotów, z czym wiąże się przecież – jak podkreśla Piotr Sztompka – poziom posiadanego kapitału społecznego (Sztompka, 2016: s. 335).

Odminną formą od zatrudnienia pracowniczego jest zatrudnienie niepracownicze. Jego podstawę prawną stanowi Kodeks cywilny (Dz.U. 2019, poz. 1495). W podmiotach leczniczych, jak wcześniej wskazano, stosuje się wybrane formy zatrudnienia o charakterze niepracowniczym. Wśród nich wyróżniamy:

1. Umowy cywilnoprawne nienazwane – określane mianem kontraktów cywilnoprawnych, w których zgodnie z art. 3531 § 1 Kodeksu cywilnego strony mogą ułożyć stosunek prawny według własnego uznania, pod warunkiem, że jego treść lub cel nie będą sprzeciwiały się właściwości stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego (Augustynowicz, 2012: s. 470). Umowy te realizowane są często w formie samozatrudnienia, tj. prowadzenia indywidualnej działalności gospodarczej w celach zarobkowych przez lekarzy, personel posiadający wyższe lub średnie wykształcenie medyczne, pielęgniarki i położne. Praktyka zawodowa jest jedną z form prawnych wykonywania zawodu lekarza oraz pielęgniarki, a istnienie praktyk zawodowych lekarzy i pielęgniarek – trwałym elementem systemu opieki zdrowotnej w Polsce (Kozik, 2012: s. 287). Poważny wzrost poziomu zatrudnienia w tej formie nastąpił w dziedzinach wymagających wysokich kwalifikacji (Leighton, Syrett, Hecker, Holland, 2014: s. 234-235). W podmiotach leczniczych zawodami należącymi do tych dziedzin są przede wszystkim: lekarze, pielęgniarki i położne, diagnosty laboratoryjni, farmaceuci, ratownicy medyczni oraz technicy medyczni m.in. elektroradiologii. Personel medyczny realizujący świadczenia zdrowotne nie tylko posiada wysokie kwalifikacje zawodowe, ale co więcej, z uwagi na szybko zachodzące zmiany technologiczne, postęp w zakresie sposobów przeprowadzania diagnostyki i leczenia pacjentów, jak również postęp techniczny dotyczący m.in. aparatury medycznej i sprzętu medycznego, ma obowiązek na bieżąco podnosić i uzupełniać kwalifikacje. Samozatrud-

nienie jest więc konsekwencją dostosowania się człowieka do skomplikowanych wymogów współczesności, gdyż człowiek jako istota społeczna coraz bardziej zaczyna liczyć się z własnym środowiskiem społecznym mając narastającą świadomość jego przemożnego wpływu, wynikającą m.in. z faktu, że otoczenie społeczne stanowi jedną z niezbędnych dla jego rozwoju determinant (Kwiatkowska, 2011: s. 111).

2. Umowa zlecenia – inaczej zwana umową starannego działania, polega na zleceniu przez zleceniodawcę wykonania określonej pracy w określonym terminie. Zleceniobiorca, zgodnie z art. 734-751 Kodeksu cywilnego, zobowiązuje się, do wykonania określonych zadań na rzecz zleceniodawcy. Istotnym jest, że zleceniobiorca nie prowadzi działalności gospodarczej, a rozliczenia z ZUS oraz Urzędem Skarbowym dokonuje zleceniodawca na podstawie oświadczenia o zatrudnieniu i wynagrodzeniu składanego przez zleceniobiorcę przy zawieraniu umowy. Nie ma już przeszkód formalnoprawnych do zatrudniania lekarzy posiadających odpowiednie wymagane kwalifikacje, którzy nie prowadzą indywidualnej praktyki lekarskiej, pielęgniarek i położnych oraz innego personelu medycznego, którzy nie są przedsiębiorcami, na podstawie innego rodzaju umowy cywilnoprawnej, tj. umowie zlecenia. Umowa tego rodzaju może zostać zawarta z wykwalifikowanym personelem medycznym na wszystkie czynności, które leżą w ich kompetencjach przyznanych przez przepisy prawa powszechnie obowiązującego.
3. Wolontariat – jest świadczeniem nieodpłatnym, zgodnie z ustawą o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz.U. 2020 poz. 284). W przypadku świadczenia pomocy przez wolontariusza przez okres powyżej 30 dni strony spisują porozumienie o współpracy. W porozumieniu o wolontariat określa się m.in. wymagane kwalifikacje, zakres zadań i czas ich wykonania. W tej formie lekarze odbywają często kolejne specjalizacje, gdy pierwszą specjalizację odbywali w formie rezydentury lub umowy o pracę.

Dla kierowników podmiotów leczniczych zatrudnianie kadr medycznych na podstawie umów cywilnoprawnych jest dogodne, gdyż dzięki takiemu zatrudnieniu można w sposób elastyczny zorganizować czas świadczenia usług przez personel, aby w sposób najbardziej efektywny realizować świadczenia zdrowotne. Dzięki temu istnieje możliwość minimalizacji kosztów pracy (świadczenia usług), poprzez lepsze dostosowanie struktury i wielkości zatrudnienia do rzeczywistych potrzeb podmiotu oraz efektywnej organizacji pracy (nie mamy tu do czynienia – jak to jest w przypadku umów o pracę – z wymiarem etatu, normami czasu pracy, przestojem związanym z niewykonywaniem pracy, urlopami wypoczynkowymi). Natomiast personel medyczny podejmujący zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej osiąga korzyść w postaci wyższych dochodów (nieдоступnych zazwyczaj za pracę świadczoną na podstawie umowy o pracę), które rekompensują utratę pakietu świadczeń socjalnych wynikających z zatrudnienia na podstawie umowy o pracę. Umowa cywilnoprawna daje też zatrudnionemu personelowi większą niezależność od podmiotu(-ów) zatrudniającego(-ych) i czerpania profitów z więcej niż jednego źródła zatrudnienia, pod warunkiem, że do umowy cywilnoprawnej

nie załączono umowy lojalnościowej. Zwłaszcza w przypadku pielęgniarek i położnych, którym na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia (Dz.U. 2015, poz. 1628) przyznany został dodatek do wynagrodzenia. Dodatek ten wypłacany jest pielęgniarce/położnej przez każdy z podmiotów leczniczych, w których jest ona zatrudniona.

O ile umowy o pracę z personelem medycznym zawierane są na podstawie Kodeksu pracy bez przeprowadzania dodatkowego postępowania, o tyle umowy cywilnoprawne w przypadku lekarzy, innego personelu posiadającego wyższe wykształcenie medyczne, pielęgniarek i położnych oraz personelu medycznego posiadającego średnie wykształcenie medyczne zawierane są w wyniku rozstrzygnięcia postępowania konkursu ofert, do którego stosuje się przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2020, poz. 695). W tym przypadku prawa i obowiązki Prezesa Funduszu i dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wykonuje kierownik podmiotu leczniczego przeprowadzającego postępowanie konkursowe. Do udzielenia tego rodzaju zamówienia nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych (Dz.U. 2020, poz. 288). Podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą może więc udzielić zamówienia na świadczenie usług zdrowotnych w określonym zakresie podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania tych świadczeń. W specyfikacji warunków zamówienia należy określić zakres lub dziedzinę medycyny, w jakich będą świadczone usługi. Przy czym, zarówno w przypadku lekarzy, pielęgniarek i położnych, jak i pozostałego personelu z wykształceniem medycznym, przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez udzielającego zamówienie i przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i/lub rejestru działalności gospodarczej.

Wartość zamówienia ustalana jest na podstawie całkowitego szacunkowego wynagrodzenia przyjmującego zamówienie, bez podatku od towarów i usług, ustalone przez podmiot leczniczy z należytą starannością i nie wcześniej niż trzy miesiące przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia. Jeżeli zaistniała okoliczność mająca wpływ na ustaloną już wartość zamówienia, należy zmienić jej wysokość przed wszczęciem postępowania o udzielenie zamówienia. Niezwykle istotnym jest, iż nie można dzielić zamówienia na części lub zaniżać jego wartości. Powyższych przepisów nie stosuje się do tych zamówień, których wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 tys. euro liczonej według średniego kursu złotego w stosunku do euro. Kurs ustala się zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 35 ust. 3 ustawy Prawo zamówień publicznych.

KONKURSY I WYNAGRODZENIE

Dokonując wyboru najkorzystniejszych ofert, komisja konkursowa kieruje się następującymi kryteriami:

- właściwymi kwalifikacjami i posiadaniem stopnia specjalizacji, innymi umiejętnościami zawodowymi potwierdzonymi certyfikatem, zaświadczeniem, lub kartą skierowania na specjalizację, zgodną z profilem udzielania świadczeń;
- doświadczeniem zawodowym;
- wysokością zaproponowanej przez oferenta stawki w kwocie za jednostkę udzielania świadczeń zdrowotnych (za godzinę lub punkt, ryczałtu, wynagrodzenia za procedurę, zabieg czy innego rodzaju świadczenia);
- dyspozycyjnością określoną harmonogramem (Kubot, 2012: s. 11-12).

Istotnym jest to, że przyjmujący zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z umowy, chyba że umowa stanowi inaczej.

Podmiot leczniczy może udzielić zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych lekarzowi wykonującemu jednoosobowo działalność gospodarczą jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny. Podobnie w przypadku pielęgniarek i położnych podmiot leczniczy może udzielić zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych pielęgniarce lub położnej wykonującej działalność jako indywidualna praktyka pielęgniarki indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

Postępowanie przeprowadzane jest przez komisję konkursową powołaną przez kierownika jednostki. Umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych zawierana jest w formie pisemnej na czas udzielania świadczeń w określonym zakresie lub na czas określony. W umowie powinny być określone następujące warunki:

- oznaczenie stron umowy;
- sposób organizacji świadczenia usług oraz ich udzielania, w tym miejsca, dni i godzin;
- zakres i specyfikę świadczeń zdrowotnych oraz odpowiedzialność z tytułu ich wykonywania lub zaniechania;
- w przypadku lekarzy: określenie możliwości kierowania pacjentów na konsultacje oraz kierowania na leczenie lub konsultacje do innych ośrodków;
- informację na temat użyczenia pomieszczeń, powierzenia sprzętu i aparatury medycznej;
- warunków niezbędnych do zawarcia umowy: zaświadczenie o stanie zdrowia, szkolenia bhp i ppoż, ubezpieczenie OC;
- możliwość zastępstw oraz sposób powiadamiania o terminach nieświadczenia usług;
- termin obowiązywania umowy;

- wynagrodzenie;
- sposób rozliczania świadczonych usług;
- obowiązek dotyczący prowadzenia dokumentacji, rozliczania się z niej, odpowiedzialności z tego tytułu oraz postępowania w trakcie kontroli prowadzonych przez NFZ lub inne instytucje kontrolujące;
- zobowiązanie przyjmującego zamówienie do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej;
- termin i miejsce składania faktur lub rachunków oraz wymogi związane z potwierdzeniem wykonania świadczonych usług;
- zasady rozliczeń i terminy przekazywania należności;
- termin wypłaty należności;
- przyjęcie przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia;
- wysokość kar umownych i tytuły, z powodu których mogą być naliczane;
- możliwości i sposoby rozwiązania umowy;
- informację o obowiązku zachowania tajemnicy służbowej i ochronie danych osobowych;
- ewentualnie zakaz konkurencji.

W umowie mogą być zawarte ponadto postanowienia dotyczące:

- minimalnej lub maksymalnej liczby godzin świadczenia usług;
- minimalnej liczby dyżurów medycznych, w ramach których będą świadczone usługi;
- konieczności udziału w szkoleniach wewnętrznych i zewnętrznych;
- dni nieświadczenia usług lub przeznaczone na podnoszenie kwalifikacji – płatne lub nie, ze wskazaniem w jaki sposób będą rozliczane (liczba godzin czy ryczałt);
- która za stron zapewnia odzież oraz obuwie robocze i ochronne.

W niektórych umowach cywilnoprawnych zamieszczane są zapisy, dzięki którym podmiot leczniczy zabezpiecza się przed ewentualnymi zarzutami w różnych obszarach, jak np.:

- przyjmujący zamówienie świadcząc usługi zdrowotne w ramach wykonania umowy cywilnoprawnej jest niezależny i nie podlega organizacyjnie ani służbowo udzielającemu zamówienie;
- oświadczenie przyjmującego zamówienie, że świadczenia objęte umową będzie wykonywał w ramach prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej, w ramach której ponosi pełne ryzyko gospodarcze związane z właściwym wykonywaniem przedmiotu zamówienia;
- przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do nieświadczenia jakichkolwiek usług będących przedmiotem umowy na rzecz innych publicznych lub niepublicznych podmiotów leczniczych, jeżeli mogłoby to wpłynąć na obniżenie

jakości świadczenia będącego przedmiotem tej umowy lub wręcz przeciwnie, że nie ogranicza przyjmującego zamówienie w zakresie udzielania świadczeń w ramach działalności gospodarczej na rzecz innych podmiotów, ale łącznie ze zobowiązaniem do niezwłocznego poinformowania podmiotu leczniczego, pod rygorem rozwiązania umowy bez zachowania terminów wypowiedzenia;

- zapis zabraniający pobierania od pacjentów opłat za świadczenia zdrowotne wykonywane w ramach danej umowy, a także przyjmowania jakichkolwiek prezentów i innych form gratyfikacji.

Wynagrodzenie w umowach cywilnoprawnych określone jest w zależności od rodzaju i sposobu świadczenia usług. Ustalenie rodzaju i wysokości wynagrodzenia powinno zostać poprzedzone staranną i rzetelną kalkulacją uwzględniającą w obliczeniach zarówno przychody podmiotu leczniczego, jak i ponoszone przez ten podmiot koszty. Wynagrodzenie określone jest w formie: godzinowej, ryczałtu miesięcznego, kwoty za przeprowadzony zabieg, udziału procentowego w wartości punktu za wskazane w umowie procedury, zabiegi, badania, wystawione przez przyjmującego zamówienie orzeczenia lub zaświadczenia. Najczęściej stosowane jest wynagrodzenie w formie stawki godzinowej za świadczenie usług. Jest to najbardziej przejrzyste określenie wynagrodzenia, gdyż w tym przypadku udzielający zamówienie w rachunku lub fakturze podaje liczbę godzin rzeczywiście świadczonych usług. Poza tym stosowane jest wynagrodzenie określone kwotowo za określonego rodzaju dyżur, np. za dyżur medyczny 24-godzinny. W niektórych podmiotach leczniczych stosowane są jednocześnie różne rodzaje wynagrodzenia, np. w przypadku umowy o kierowanie oddziałem może to być stawka godzinowa za świadczenie usług zdrowotnych w godzinach dopołudniowych, stawka za świadczenie usług zdrowotnych na dyżurach medycznych, ryczałt miesięczny za kierowanie oddziałem. Niekiedy ustala się w umowie wynagrodzenie dodatkowe wynikające z podziału puli środków finansowych stanowiących określony procent wartości dodatniego wyniku finansowego wypracowanego przez oddział, w którym przyjmujący zamówienie świadczy usługi, w określonym przedziale czasu (np. kwartał), a także określony procent przychodów oddziału uzyskanego z NFZ w danym miesiącu. Tak określone wynagrodzenie jest czynnikiem motywującym, zwłaszcza dla lekarzy i personelu posiadającego wyższe wykształcenie medyczne, którzy mają największy wpływ na realizację kontraktu z NFZ poprzez wykonywanie określonych w umowach z NFZ badań, zabiegów i procedur oraz ich rozliczanie.

Również organizacja świadczenia usług może być określona w umowach cywilnoprawnych w różny sposób, spotkać więc można zapisy:

- zgodnie z harmonogramem ustalonym przez ordynatora lub kierownika;
- od poniedziałku do piątku każdego tygodnia, w podstawowym czasie działalności oraz pełnienia dyżurów, a liczba dyżurów będzie comiesięcznie ustalana przez osobę kierującą oddziałem w porozumieniu z przyjmującym zamówienie;
- w zależności od potrzeb udzielającego zamówienie oraz w oparciu o harmonogram ustalony przez strony umowy;
- w czasie uzgodnionym z właściwym przedstawicielem udzielającego zamówienie;

- w czasie pełnienia stacjonarnych dyżurów medycznych w dni powszednie od poniedziałku do piątku oraz w określone przez udzielającego zamówienia dni wolne od pracy, soboty, niedziele i święta;
- według comiesięcznie ustalonego rozkładu usług – uzgodnionego między stronami umowy;
- od poniedziałku do piątku każdego tygodnia w czasie podstawowej ordynacji oddziału oraz poza godzinami normalnej ordynacji oddziału zgodnie z ustalonym przez strony, co miesiąc, z odpowiednim wyprzedzeniem – harmonogramem.

Istotnym jest, że w przypadku umów cywilnoprawnych zawieranych przez podmioty lecznicze problem stanowi treść umowy. Mówi się o swobodzie kształtowania zapisów umowy cywilnoprawnej w zakresie praw i obowiązków przez strony tej umowy, ale podmiot leczniczy może zatrudniać na podstawie umów cywilnoprawnych po przeprowadzeniu konkursu ofert na świadczenie usług. Jednym z wymogów procedury konkursowej jest obowiązek podania do publicznej wiadomości treści umowy wraz z ogłoszeniem informacji o przeprowadzonym konkursie i specyfikacją szczegółowych warunków konkursu. Zarówno kryteria, jak i warunki są jawne, nie mogą być zmieniane w trakcie postępowania, i muszą zostać ogłoszone w taki sposób, aby każdy zainteresowany mógł się z nimi zapoznać. Ogłasza się więc nie tylko informacje dotyczące organizacji konkursu, tj. gdzie, w jakiej formie i do kiedy należy składać oferty, termin przeprowadzenia konkursu, termin rozstrzygnięcia, termin związania ofertą oraz specyfikację szczegółowych warunków konkursu, ale także wzór umowy, jaka będzie wiązała strony po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego. Nie ma więc mowy o zachowaniu tajemnicy handlowej. Nie ma możliwości określenia indywidualnych warunków umowy. Pojawia się więc pytanie o swobodę kształtowania zapisów umowy. Dodać należy, że zmiana postanowień umowy niekorzystnych dla udzielającego zamówienia jest nieważna, gdyby powodowała konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru tej oferty, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy. Należałoby w tej sytuacji rozważyć przeprowadzenie nowego postępowania konkursowego. Problemem pozostaje nadal treść umowy, którą przygotowuje podmiot leczniczy, a nie jest negocjowana przez strony umowy. Świadczeniodawca może więc zaakceptować jej treść i przystąpić do konkursu ofert, lub nie.

Kolejnym problemem związanym z ustawowym obowiązkiem przeprowadzenia postępowania konkursowego jest brak personelu medycznego. Dla kogo przeprowadzać konkursy? Kierownicy podmiotów leczniczych dokonują wręcz niemożliwego, znajdując na rynku usług medycznych specjalistyczne kadry medyczne. Postępowanie konkursowe po jego ogłoszeniu powinno być publikowane co najmniej siedem dni, aby każdy mógł się z jego warunkami zapoznać. A co w sytuacji, gdy specjalista lekarz potrzebny jest „od zaraz”? Ma to miejsce w sytuacjach, gdy w podmiotach leczniczych brakuje lekarzy np. do obsadzenia list dyżurowych? „Taka sytuacja tworzy swoisty węzeł gordyjski, który trudno nie tylko rozplątać, ale także przeciąć. Lekarski obowiązek ratowania życia pacjentów nie zwalnia me-

nedżerów szpitali z poszanowania praw personelu. Lekarz nie może zostawić pacjentów bez opieki, bo grozi mu odpowiedzialność cywilna i karna, ale także ma prawo do odpoczynku. I to nie tylko pracując na etacie, ale także będąc lekarzem kontraktowym - musi przecież dołożyć «należytej staranności przy wykonywaniu zawodu i zaciągniętych zobowiązań». W obu przypadkach może też - w wyniku przemęczenia - stwarzać zagrożenie dla zdrowia własnego i pacjentów (wypalenie zawodowe, ryzyko błędu), co stanowi problem nie tylko dla lekarzy, ale też dla menadżerów szpitali, a nawet samych pacjentów” (Wykowski, 2020).

Warto zauważyć, że są obecnie sytuacje, w których umowa cywilnoprawna staje się podstawą zatrudnienia i stanowi alternatywę dla innego rodzaju umów, np. umowy o udzieleniu zamówienia na świadczenia zdrowotne wobec zatrudnienia pracowniczego lekarzy oraz pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych (Musiała, 2011: s. 85). Na rynku usług medycznych ta forma pozwala na „wykorzystanie” potencjału specjalistycznych kadr medycznych w wielu podmiotach leczniczych. Zatrudnienie personelu medycznego w dwu lub większej liczbie podmiotów leczniczych w dobie deficytu wysoko wykwalifikowanych kadr medycznych powoduje, że pacjenci mają dostęp do specjalistów.

Podejmując decyzje w zakresie formy zatrudnienia należy wziąć pod uwagę możliwości, jakie dają stronom poszczególne umowy, jak również preferencje stron umowy i możliwości finansowe podmiotu leczniczego. Stosowanie przez kierujących podmiotami leczniczymi form zatrudnienia zaproponowanych przez wykwalifikowany personel medyczny, wyjście naprzeciw niektórym oczekiwaniom, może spowodować zainteresowanie zatrudnieniem w tym podmiocie leczniczym.

REALIA POLSKIE

Wszystkie podmioty lecznicze w Polsce mają trudności z pozyskiwaniem wysokospecjalistycznych kadr medycznych, a przede wszystkim: lekarzy, pielęgniarek i położnych, ratowników medycznych, diagnostów laboratoryjnych, techników elektroradiologii. „Problemy kadrowe szpitali są zjawiskiem ogólnopolskim. Ich przyczyny są złożone i wynikają zarówno z niedostatecznego finansowania szpitali, jak i z niedoboru pracowników na rynku pracy oraz warunków pracy personelu w szpitalach. Znaczenie ma także infrastruktura, łatwiej jest bowiem pozyskać kadrę dla szpitali nowo budowanych i dobrze wyposażonych, niż do szpitali o gorszych warunkach lokalowo-sprzętowych” (Fedorowski, 2020). Równie intrygująca jest następująca relacja: „Obecnie jest luka pokoleniowa. Brakuje 68 tysięcy lekarzy, co sprawia, że jesteśmy na ostatnim miejscu w Europie jeśli chodzi o liczbę lekarzy na 1000 mieszkańców: w Polsce jest to 2,4, średnia europejska to 3,6. Także czwarte miejsce od końca w Unii Europejskiej zajmujemy, jeśli chodzi o wydatki na służbę zdrowia. To 6,5 procent PKB, średnia wynosi prawie 10 procent. W europejskim konsumenckim indeksie zdrowia za 2018 rok zajęliśmy miejsce 32., za nami są tylko Węgry, Rumunia i Albania. Nasi specjaliści są cenieni, ale za granicą i są w europejskiej czołówce, jeśli chodzi o skuteczność ratowania życia. To jednak zasługa samych lekarzy a nie systemu, w którym pracują” (Balinowski, 2020).

Firma Manpower przeprowadziła badania, z których wynika, jaki personel medyczny poszukiwany jest przez szpitale.

Tabela 1. Personel medyczny – stanowiska deficytowe

l.p.	stanowisko	Szpitalę zgłaszające zapotrzebowanie na personel medyczny (w %)
1	pielęgniarki	72% szpitali
2	lekarze	68% szpitali
3	położne	13% szpitali
4	technicy elektroradiologii	7% szpitali
5	diagności laboratoryjni/laboranci	7% szpitali

Źródło: J. J. Fedorowski, Niedobór talentów w branży medycznej, www.termedia.pl (dostęp 18.04.2020).

W przypadku pielęgniarek, na rynku usług medycznych występuje deficyt we wszystkich specjalizacjach. W przypadku lekarzy również, ale największy deficyt dotyczy dziesięciu specjalizacji.

Tabela 2. Dziedziny specjalizacji lekarskich najtrudniejszych do pozyskania

l.p.	dziedzina medycyny	niedobór (w %)
1	Pediatrya	23%
2	Choroby wewnętrzne	23%
3	Anestezjologia	21%
4	Chirurgia	15%
5	Medycyna ratunkowa	13%
6	Neonatologia	13%
7	Urologia	11%
8	Ginekologia	10%
9	Neurologia	8%
10	Choroby płuc	7%

Źródło: J. J. Fedorowski, Niedobór talentów w branży medycznej, www.termedia.pl (dostęp 18.04.2020).

Jak niewielki wskaźnik lekarzy w Polsce przypada na 1000 mieszkańców obrazuje tabela nr 3. W porównaniu z innymi państwami Europy sytuacja w Polsce nie wygląda dobrze.

Tabela 3. Liczba lekarzy na 1000 osób w państwach europejskich

L.p.	Państwo	Liczba lekarzy w osobach w przeliczeniu na 1000 osób	Liczba lekarzy w tys.
1	Włochy	6,70	403,50
2	Węgry	6,70	65,00
3	Grecja	6,00	65,20
4	Hiszpania	5,40	253, 80
5	Norwegia	5,35	29,00
6	Portugalia	5,20	53,60
7	Niemcy	4,70	392,40
8	Litwa	4,60	12,85
9	Szwecja	4,30	44,00
10	Polska	4,00	151,30
11	Rosja	3,80	549,00
12	Malta	3,80	1,90
13	Islandia	3,80	1,40
14	Czechy	3,70	39,00
15	Cypr	3,70	4,30
16	Estonia	3,47	4,60
17	Francja	3,40	226,50
18	Słowacja	3,30	18,00
19	Łotwa	3,25	6, 20
20	Słowenia	3,10	6,40
21	Belgia	3,00	34,00
22	Luksemburg	3,00	1,80

Źródło: N. Pazura, Liczba lekarzy i pielęgniarek na tysiąc mieszkańców w państwach Europy. Polska na szarym końcu w rankingu pielęgniarek per capita, www.euractiv.pl, 29.03.2020, (dostęp: 28.04.2020).

Również deficyt w zatrudnieniu pielęgniarek w podmiotach leczniczych jest coraz większy, a jego skutki mogą być dramatyczne. Deficyt spowodowany jest przede wszystkim coraz wyższą średnią wieku pielęgniarek (już ponad 50 lat) i coraz mniejszą liczbą pracujących w zawodzie, ale także coraz mniejszą liczbą chętnych do nauki tego

zawodu. Jeśli chodzi o wskaźnik pielęgniarek na 1000 osób sytuacja w Polsce wygląda jeszcze tragiczniej niż w przypadku lekarzy.

Tabela 4. Liczba pielęgniarek na 1000 osób w państwach europejskich

L.p.	Państwo	Liczba pielęgniarek w osobach w przeliczeniu na 1000 osób
1	Norwegia	18,00
2	Islandia	14,50
3	Niemcy	12,95
4	Luksemburg	11,70
5	Belgia	10,90
6	Francja	10,48
7	Szwecja	10,10
8	Słowenia	9,90
9	Rosja	8,60
10	Malta	8,50
11	Litwa	7,70
12	Czechy	7,10
13	Portugalia	6,70
14	Węgry	6,51
15	Estonia	6,20
16	Włochy	5,80
17	Hiszpania	5,70
18	Słowacja	5,65
19	Łotwa	5,50
20	Polska	5,00
21	Cypr	5,00
22	Grecja	3,30

Źródło: N. Pazura, Liczba lekarzy i pielęgniarek na tysiąc mieszkańców w państwach Europy. Polska na szarym końcu w rankingu pielęgniarek per capita, www.euractiv.pl, 29.03.2020, (dostęp: 28.04.2020).

Zauważyć należy, że Polska boryka się zarówno z brakiem lekarzy, jak i pielęgniarek. „W ostatnich latach faktycznie podjęto działania, które mają poprawić sytuację z pielęgniarekami w kraju. Jednak owoce tego zobaczymy dopiero za parę lat. Potrzeba czasu, aby wykształcić w tym trudnym zawodzie pielęgniarki. Jeszcze więcej, aby przygotować

pielęgniarki specjalistyczne” (Ciszak, 2020). W tym celu m.in. z dniem 1 stycznia 2019 roku weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2018 poz. 2012). Rozporządzenie to wprowadziło nowe kryteria dotyczące zatrudnienia pielęgniarek w podmiotach leczniczych. Według wprowadzonych przepisów średnio na 5 szpitalnych łóżek w oddziałach szpitalnych powinny przypadać minimum dwie pielęgniarki. Przy czym liczba pielęgniarek jest różna w zależności od rodzaju oddziału.

Tabela 5. Liczba pielęgniarek (współczynnik) w oddziałach szpitalnych w przeliczeniu na 1 łóżko

Rodzaje oddziałów	Współczynnik zatrudnienia pielęgniarek
Oddziały zabiegowe	0,7
Oddziały niezabiegowe	0,6
Oddziały zabiegowe dziecięce	0,9
Oddziały niezabiegowe dziecięce	0,8

Źródło: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2018 poz. 2012)

ZAKOŃCZENIE

Wczytując się w dostępną literaturę, bazując na osobistych doświadczeniach zawodowych oraz analizując przedstawione dane statystyczne, trudno znaleźć uzasadnienie dla konieczności przeprowadzania postępowań konkursowych na stanowiska w grupach medycznych, zwłaszcza lekarzy i pielęgniarek. A przynajmniej nie w takiej formie, jaka obecnie obowiązuje. Obowiązki związane z procedurą, a więc podawanie do publicznej wiadomości zapisów umów nie ułatwia procesu zatrudnienia personelu medycznego na podstawie umów cywilnoprawnych. Sam fakt przeprowadzanie postępowania konkursowego dla personelu medycznego, którego nie ma – na rynku usług medycznych deficyt specjalistycznych kadr medycznych ulega permanentnemu pogłębieniu – wydaje się absurdalne. Często postępowania konkursowe przeprowadzane są dla zasady, ponieważ takie są wymogi ustawowe. Pojawia się jednak pytanie o sens takich działań, choćby dlatego, że nierzadko do konkursu nikt nie przystępuje. Brakuje chętnych osób, które zgłosiłyby swoje oferty. Pytanie o zasadność takich działań w związku z przeprowadzaniem konkursu ofert, dotyczy także sytuacji, w której do konkursu przystąpi jeden lekarz, lub jedna pielęgniarka. Takie sytuacje zdarzają się coraz częściej. Taka sytuacja ma miejsce od dawna. Już Klasyk socjologii Émile Durkheim twierdził, iż niektóre instytucje i or-

ganizacje mają „przede wszystkim przeciw sobie własną przeszłość” (Durkheim, 2011: s. 11). Zmiana nie wydaje się łatwą, mimo socjologicznej prawdy o tym, że społeczeństwo nieustannie się zmienia, staje się, (Sztompka, 2012: s. 587), a także – jak konstatował Florian Znaniecki – takim zmianom, w obrębie społeczeństwa, podlegają społeczne relacje (Znaniecki, 2011: s. 141).

Pytania i wątpliwości przytoczone powyżej dotyczą rzeczywistych sytuacji. Nie są to tylko kwestie czysto techniczne, organizacyjne, systemowe. Jak się wydaje, mają także znaczenie „teleologiczne” i dotyczą aktywności systemowej, w które zarządzenie, formalnoprawne rozporządzenie „spycha” konkretne podmioty jednostkowe w przestrzeń fikcyjnych oddziaływań i regulacji. Rozwiązania o charakterze systemowym mogłyby zmienić sytuację podmiotów leczniczych w tym zakresie. Rozwiązania systemowe jednak powinny być poprzedzane solidnym, uczciwym i transparentnym rozeznaniem i oceną sytuacji, w której priorytetowa jest waloryzacja jednostki w jej podmiotowej sprawczości i zdolności do kreatywnego działania. A drugorzędną – choć przecież nie zbyteczną – właściwą i zrjonalizowaną strukturyzacja działania, w tym przypadku dokonywana w podmiotach leczniczych. Obserwacja i doświadczenia codzienne osób włączonych do funkcjonowania tych instytucji wywołują dość niekomfortową refleksję: archiwa obarastają składowanymi dokumentami potwierdzającymi przeprowadzane postępowania konkursowe, lecz pożądanych efektów w postaci zatrudnienia kolejnych specjalistów medycznych brakuje.

Czy ta sytuacja w przyszłości się zmieni? Trudno jednoznacznie stwierdzić. Nie oczekuje się, by wszystko funkcjonowało w oparciu o doskonałą zbieżność teorii z praktyką. Czym innym będzie dążenie oparte o naiwną wiarę w doskonałość instytucji i świata, a czym innym nadzieja na racjonalną korektę, nawet jeśli tej nadziei towarzyszy spora doza wątpienia. Lecz i ona nie jest bez znaczenia: „[...] zasada wątpienia, na której opiera się nauka, ale która odniesiona refleksyjnie narusza i obala fałszywe i kruche pseudopewniki, mogłaby stać się w nowoczesności standardem, który na pierwszym miejscu stawia zasadę ostrożności i dopuszczenia możliwości uchylania podjętych decyzji. W przeciwieństwie do rozpowszechnionej opinii, wątpienie ponownie czyni wszystko – naukę, wiedzę, krytycyzm lub moralność – możliwym, tyle tylko, że innym, kilka rozmiarów mniejszym, ostrożniejszym, zindywidualizowanym, kolorowym i otwartym na doświadczenie społeczne. W związku z tym jest ono również ciekawsze, bardziej otwarte na sprzeczności, nieoczekiwane i rozbieżne rezultaty, a towarzyszy temu tolerancja oparta na fundamentalnym przekonaniu o nieuchronności błędu” (Beck, 2009: s. 53).

BIBLIOGRAFIA

1. Augustynowicz A. (2012), Diagnosta laboratoryjny w laboratorium – formy prawne nawiązania współpracy, „Diagnostyka Laboratoryjna”, nr 4 (48), s. 468-482.
2. Beck U. (2009), Ponowne odkrycie polityki: przyczynek do teorii modernizacji refleksywnej, w: Modernizacja refleksyjna. Polityka, tradycja i estetyka w porządku społecznym nowoczesności, red. U. Beck, A. Giddens, S. Lash, tłum. J. Konieczny, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 11-78.

3. Bogunia-Borowska M. (2015), *Życie w dobrym społeczeństwie. Wartości jako fundament dobrego społeczeństwa*, w: *Fundamenty dobrego społeczeństwa. Wartości*, red. M. Bogunia-Borowska, Wydawnictwo Znak, Kraków, s. 13-45.
4. Durkheim É. (2011), *O podziale pracy społecznej*, tłum. K. Wakar, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
5. Giermanowska E. (2013), *Ryzyko elastyczności czy elastyczność ryzyka. Instytucjonalna analiza kontraktów zatrudnienia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
6. Kozik M. (2012), *Lekarska praktyka zawodowa od A do Z.*, C.H. Beck, Warszawa.
7. Kubot Z. (2012), *Umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne*, KLEMAR, Wrocław.
8. Kwiatkowska G.E. (2011), *Człowiek w środowisku pracy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
9. Leighton P., Syrett M., Hecker R., Holland P. (2014), *Nowoczesne formy zatrudnienia*, tłum. K. Piotrowska, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa.
10. Mariański J. (2016), *Wartości podstawowe*, w: *Encyklopedia Aksjologii Pedagogicznej*, red. K. Chałas, A. Maj, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom, s. 1280-1284.
11. Musiała A. (2011), *Zatrudnienie niepracownicze*, Difin, Warszawa.
12. Raciborski Ł. (2012), *Stan zdrowia*, w: *Współczesne społeczeństwo polskie*, red. A. Giza, M. Sikorska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 103-138.
13. Sztompka P. (2016), *Kapitał społeczny. Teoria przestrzeni międzyludzkiej*, Horyzont Znak, Kraków.
14. Sztompka P. (2012), *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Nowe poszerzone wydanie, Wydawnictwo Znak, Kraków.
15. Sztompka P. (2020), *Wartości społeczne*, w: *Słownik Socjologiczny 1000 Pojęć*, P. Sztompka, Horyzont Znak, Kraków 2020, s. 335.
16. Tittenbrun J. (2012), *Gospodarka w społeczeństwie. Zarys socjologii gospodarki i socjologii ekonomicznej w ujęciu strukturalizmu socjoekonomicznego*, ZYSK i S-KA Wydawnictwo, Poznań.
17. Zaręba S., Zarzecki M. (2015), *Weberowska kategoria „panowania urzędników” jako egzemplum etosu środowiskowo-zawodowego pracowników administracji publicznej w badaniu Polskiego Pomiaru Postaw i Wartości*, w: *Służba publiczna. Etos pracy urzędników w Polsce*, red. S. Zaręba, M. Zarzecki, Kontrast, Warszawa 2015, s. 7-21.
18. Ziółkowski M. (2002), *Wartości*, w: *Encyklopedia Socjologii*, red. W. Kwaśniewicz i inni, t. 4 (S-Ż), Oficyna Naukowa, Warszawa, s. 289-297.
19. Znaniecki F. (2011), *Relacje społeczne*, tłum. E. Hałas, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

NETOGRAFIA

1. Balinowski P., W Polsce brakuje 68 tysięcy lekarzy. Powodem limity przyjęć na studia i luka pokoleniowa, www.fakty.interia.pl, (dostęp 18.04.2020).
2. Ciszak P., Brak pielęgniarek w szpitalach. „Oddziały będą zamykane”, 25.10.2019 www.money.pl, (dostęp: 24.04.2020).
3. Fedorowski J.J., Niedobór talentów w branży medycznej, www.termedia.pl, (dostęp 18.04.2020).
4. Pazura N., Liczba lekarzy i pielęgniarek na tysiąc mieszkańców w państwach Europy. Polska na szarym końcu w rankingu pielęgniarek per capita, www.euractiv.pl, 29.03.2020, (dostęp: 28.04.2020).
5. Wykowski J., Lekarz kończy dyżur, ale nie ma zmiennika. To węzeł gordyjski dla całego systemu, www.rynek.zdrowia.pl, 23.0.2020, (dostęp 18.04.2020).

WYKAZ AKTÓW PRAWNYCH

1. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny (Dz.U. 2019, poz. 1495) Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 roku Kodeks pracy (Dz.U. 2019, poz. 1495).
2. Ustawa z dnia 05 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 2020, poz. 514).
3. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz.U. 2020 poz. 284).
4. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (Dz.U. 2020, poz. 288).
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2020, poz. 695).
6. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. 2020, poz. 295).
7. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz.U. 2020, poz. 562).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2015, poz. 1628).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2018 poz. 1012).