

**Dodatek do Biuletynu Informacyjnego  
opracowany przez Regionalną Sekcję Ochrony Zdrowia**



**Śląska Opolskiego**

*Zdrowie chorego najwyższym prawem  
Hipokrates*

Rola wszystkich osób, bez względu na wykształcenie, tworzących i budujących służbę zdrowia w Polsce jest niepodważalna. Zawody takie jak lekarz, pielęgniarka, ratownik medyczny, rehabilitant, farmaceuta, diagnosta laboratoryjny, technik, analityk, można by jeszcze długo wymieniać, są zawodami o podstawowym znaczeniu dla zdrowia i życia obywateli, włączonymi do grupy zawodów zaufania publicznego.



## **„Od pola do stołu”**

**– wielkanocne rozważania związkowca o rządowych działaniach  
na rzecz bezpieczeństwa żywności**

*Każde życzenie, nawet najmniej znaczące dla ludzi, ma wieczną wartość przed oczami Boga.  
Św. Jan Paweł II*

W ubiegłorocznym, wrześniowym numerze naszego „Biuletynu”, w artykule „Zmiany w systemie nadzoru nad bezpieczeństwem żywności. To realne zagrożenie dla naszego bezpieczeństwa zdrowotnego jako konsumentów czy tylko próby rozbicia dobrze działających struktur Państwowej Inspekcji Sanitarnej?” obiecywałam kontynuację tematu. Miałam pisać o zagrożeniach pracowniczych i naszych obawach oraz działaniach związkowców. Jednakże nastąpiła „cisza” i nie chcąc wywoływać „wilka z lasu” postanowiliśmy „trzymać rękę na pulsie”, ale już bez rozgłosu. Jak się okazało bardzo słusznie, bo była to „cisza przed burzą”. A my znowu zostaliśmy zmuszeni do działania.



W lutym br. Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi ponownie powrócił z poprawionymi – podobno uwzględniającymi w znacznym stopniu uwagi innych ministerstw i strony społecznej – projektami ustaw *o Państwowej Inspekcji Bezpieczeństwa Żywności*.

Dla przypomnienia sprawa dotyczy kwestii wyłączenia nadzoru nad bezpieczeństwem żywności i żywienia ze struktur Państwowej Inspekcji Sanitarnej i Ministra Zdrowia. Reorganizacji systemu nadzoru nad bezpieczeństwem żywności w Polsce, a w konsekwencji przekazania kompetencji nadzorowych nad bezpieczeństwem żywności, a co za tym idzie bezpieczeństwem zdrowia i życia ludzi Ministerstwu Rolnictwa i Rozwoju Wsi i ich pozbawienia Ministra Zdrowia.

Intencją ustawy jest propozycja powołania Państwowej Inspekcji Bezpieczeństwa Żywności podległej ministrowi właściwemu do spraw rolnictwa poprzez konsolidację kilku inspekcji (Inspekcji Weterynaryjnej, Państwowej Inspekcji Ochrony Roślin i Nasiennictwa, Inspekcji Jakości Handlowej Artykułów Rolno – Spożywczych, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Handlowej i Inspekcji Ochrony Środowiska).

Nadzór nad bezpieczeństwem żywności i żywienia w całości sprawowany jest obecnie jedynie przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, a tylko w części dotyczącej żywności pochodzenia zwierzęcego (w miejscach gdzie jest pozyskiwana, wytwarzana, przetwarzana i składowana) przez Inspekcję Weterynaryjną. **Urzędowa kontrola żywności w wykonaniu Inspekcji Sanitarnej ma więc charakter kompleksowy** i wpisuje się nie tylko w szeroko rozumiany nadzór

dok. na str. 2

epidemiologiczny ale przede wszystkim bezpieczeństwo zdrowotne ludności, które jest od niego ściśle uzależnione.

W świetle Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych podlega Ministrowi właściwemu do spraw Zdrowia. Ten model sprawdził się w różnych sytuacjach kryzysowych i ma wysoką ocenę nie tylko Komisji Europejskiej, ale i Najwyższej Izby Kontroli. W tegorocznym raporcie NIK, informującym o wynikach kontroli działania organów administracji rządowej na rzecz bezpieczeństwa żywności (ocena prawidłowości i skuteczności tegoż nadzoru) można przeczytać, że „Prawidłowość i efektywność prowadzonego przez Inspekcję nadzoru nad bezpieczeństwem żywności była zróżnicowana. Skontrolowane Inspekcje generalnie prawidłowo działały na rzecz zapewnienia bezpieczeństwa żywności. Niedostateczny był natomiast nadzór nad ubojem gospodarczym zwierząt oraz obrotom na rynku krajowym produktami pochodzącymi z tego uboju. Nadzór Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad bezpieczeństwem żywności był właściwy. Przestrzegano procedur systemu Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach (RASFF), przekazując bezzwłocznie informacje o zagrożeniach”.

Dlatego to **Państwowa Inspekcja Sanitarna od wielu lat pełni rolę głównego koordynatora działań** na wszystkich szczeblach administracji, m.in. w zakresie bezpieczeństwa żywności i żywienia poprzez wieloletni krajowy plan urzędowych kontroli żywności (MANCP), czy wspomniany system RASFF. Jest to działanie koordynujące także działania innych inspekcji, podległych Ministrowi Rolnictwa i Rozwoju Wsi.

**W komunikacie** Sekcji Krajowej Pracowników Stacji Sanitarно-Epidemiologicznych NSZZ „Solidarność” **„Dla konsumentów żywności nadiągają ciężkie dni”**, zamieszczonym obok, Dorota Walczak, Przewodnicząca Sekcji, przedstawia nasze obecne stanowisko w tej sprawie.

Ja chciałabym opowiedzieć o naszych obawach związanych ze stwierdzeniem Ministra Rolnictwa,

że powstanie nowej Inspekcji przyczyni się do lepszego wykorzystania „bazy” kadrowej i laboratoryjnej,

a jednocześnie nie spowoduje ujemnego w skutkach wpływu na rynek pracy. My jednak obawiamy się utraty pracy. Duże wątpliwości nasuwają się odnośnie pracowników oraz bazy laboratoryjnej Państwowej Inspekcji Sanitarnej, która posiada specjalistyczne akredytowane laboratoria badające wszystkie niezbędne parametry bezpieczeństwa żywności i wody.

Od czasu akcesji Polski do UE zainwestowane zostały bardzo duże środki unijne i krajowe w reorganizację, specjalizację, wyposażenie, rozwój i akredytację laboratoriów, które aktualnie wykonują pełny zakres badań wymaganych przepisami prawa wspólnotowego i krajowego.

A według propozycji zawartej w projekcie rządowym, pracownikom Inspekcji Sanitarnej zatrudnionym na stanowiskach związanych z realizacją zadań związanych z bezpieczeństwem żywności, przysługiwać będzie prawo zatrudnienia w odpowiednich jednostkach organizacyjnych nowopowstającej PIBŻ. Nie oznacza to automatycznie, że pracując (i mieszkając) obecnie w Opolu, w nowej inspekcji dostaną „przydział” pracy w Opolu. Projektowana ustawa przewiduje wręcz konieczność delegowania inspektorów do innych powiatów, a nawet województw – co przy małej mobilności ludności Polski (wynikającej z przyczyn głównie obiektywnych,

niezależnych od ludzi) może powodować ich zwolnienia. Ponadto z samych założeń ustawy wynika, że nastąpi zmniejszenie liczby osób zatrudnionych w szeroko pojętej administracji, która obecnie jest dublowana – a więc będzie to miało również wpływ na rynek pracy, może niewielki, ale na szczeblu małych powiatów znaczący.

#### **Tak więc znowu jest wiele wątpliwości:**

1. jak należy interpretować zapis „*W przypadku złożenia przez pracownika oświadczenia o odmowie przyjęcia proponowanych warunków zatrudnienia, dotychczasowy stosunek pracy wygasa 1 stycznia 2018 r.*”: gdybym nie chciała podjąć pracy w nowej inspekcji, do „starej” pracy nie mogę wrócić?
2. czy z zapisów dotyczących „przenoszenie/przekazywanie pracowników do PIBŻ” wynika 100 % gwarancja zatrudnienia dla pracowników po 01.04.2018 r.?

zapisy „*W przypadku złożenia przez pracownika oświadczenia o przyjęciu proponowanych warunków zatrudnienia, pracownik ten zachowuje dotychczasowe warunki wynagrodzenia przez 3 miesiące liczone od 1 stycznia 2018 r.*” oraz „*W okresie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy pracodawca, na zasadach Kodeksu pracy proponuje pracownikowi, .... , nowe warunki pracy lub płacy.*” nie uspakajają, a wręcz przeciwnie, budzą dalsze obawy co do miejsca i stanowiska pracy jak i należytego wynagrodzenia.

W tym miejscu chciałabym podziękować koleżance Urszuli Modrak z PSSE w Namysłowie za pomoc od strony merytorycznej w powstaniu tego artykułu.

**A czego w przeddzień naszego święta i Świąt Wielkanocnych chciałabym życzyć nam wszystkim. Pracownikom służby zdrowia na pewno SPOKOJU, byśmy mogli skupić się na pracy, a nie ciąglej walce o nią. Oczywiście także godnej zapłaty za tą pracę.**



**Państwu, mnóstwa pozytywnej energii, byście mogli cieszyć się Świątami Wielkanocnymi i nadchodzącą wiosną w rodzinnym gronie. Aby w tym wolnym od pracy i codziennych zajęć czasie poświęcić chwilę na refleksję o jakości naszego życia i jedzenia. Przytoczę słowa naszego kolegi, „sanepidowca” i związkowca Bogusława Kopacza: *Każdy z nas na pewno chciałby, aby woda i żywność, bez której trudno przeżyć, była jak najzdrowsza. Warto z wdzięcznością pomyśleć o wszystkich, którzy trują się, aby nie zabrakło nam chleba naszego powszedniego, a w święta także tego wszystkiego, co każdy z nas lubi. A poza wdzięcznością dla tych „co żywią i bronią” – polskich rolników, warto wspomnieć też o wielkiej ilości osób, które dbają, aby nasza żywność była bezpieczna.***

Przewodnicząca Komisji Międzyzakładowej  
NSZZ „Solidarność” przy WSSE w Opolu  
Ewa Brykalska

# Dla konsumentów żywności nadciągają

W lutym 2017 r. ukazały się nowe wersje projektów ustaw o Państwowej Inspekcji Bezpieczeństwa Żywności, których wnioskodawcą jest Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi.

Minister Rolnictwa zwrócił się do wszystkich ministrów o zgłoszenie uwag w terminie 7 dni od ich otrzymania. Poinformował również, że w/w projekty były już przedmiotem konsultacji w lipcu 2016r. Nadal mamy do czynienia z pomysłem Ministra Rolnictwa dotyczących bezpieczeństwa żywności.

Zabranie zadań żywnościowych z Państwowej Inspekcji Sanitarnej spowoduje zniszczenie inspekcji sanitarnej, która ma ponad 60 letnią tradycję i oczywiście pozbawi pracy część pracowników, a nadzór nad bezpieczeństwem żywności dla społeczeństwa na pewno będzie zagrożony.

- Nie wyobrażam sobie by jedna tak duża inspekcja (Państwowa Inspekcja Bezpieczeństwa Żywności-PIBŻ), która w większości ma skupić inspekcje podległe Ministrowi Rolnictwa a zatem głównie inspekcja rolna, była w stanie ocenić wpływ danych czynników zawartych w produktach żywnościowych na zdrowie ludzi. W tej dziedzinie naszym zdrowiem zajmują się lekarze medycyny i minister zdrowia, oni oceniają i określają normy żywnościowe. Głównym celem prawa żywnościowego jest zapewnienie bezpieczeństwa żywności, a tym samym ochrona zdrowia konsumentów.

PIBŻ będzie się również zajmowała nadzorem nad żywnością specjalnego przeznaczenia tzn. żywnością dla niemowląt i dzieci. Zawarto również zapisy o nadzorze nad wodą butelkowaną i mineralną, co to ma wspólnego z produkcją rolną?

Oceną czy nasza żywność jest bezpieczna i zdrowa prowadzić będą lekarze weterynarii, wiodąca grupa zawodowa według zapisów w projektach. Z pracowników „Sanepidu” będzie się wybierać pracowników, którzy przydadzą się do pracy w nowej inspekcji.

Jedną z pracownic Państwowej Inspekcji Sanitarnej powiedziała: „Dziecko i piesek w jednej poczekalni” – może

to pozwoli na zmniejszenie kolejek do lekarzy w przychodniach?

Państwowa Inspekcja Sanitarna, jest właściwa do zapewnienia niezależnego i obiektywnego nadzoru nad produkcją i obrotem żywnością w szerokim tego słowa znaczeniu, a nie Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi reprezentujące interesy rolników i producentów rolno-spożywczych.

**Państwowa Inspekcja Sanitarna wobec braku konfliktu interesów gwarantuje poprawne, obiektywne wykonywanie zadań - nie pozostaje na żadnym etapie w konflikcie interesów, nie musi wybierać między wielkością rynku rolnego i sprzedaży, a bezpieczeństwem żywności i żywienia.**

Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi nadal ignoruje opinie strony społecznej i wbrew licznym negatywnym stanowiskom wyrażanych m.in. przez Ministra Zdrowia, w tym uprzednio przez Pana Ministra Zbigniewa Religę, a także zawartych w Decyzji Prezydium Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność” oraz Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia dąży do zmniejszania uprawnień Ministra Zdrowia w zakresie bezpieczeństwa żywności i żywienia.

Sekcja Krajowa Pracowników Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych NSZZ „Solidarność” **podtrzymuje zgłoszone wcześniej uwagi** dotyczące koncepcji powołania Państwowej Inspekcji Bezpieczeństwa Żywności i **zglasza sprzeciw** wobec aktualnie wznawianych projektów przez Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi.



Dorota Walczak

Przewodnicząca Sekcji Krajowej Pracowników Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych NSZZ „Solidarność”

## Czy zdrowie na pewno jest priorytetem rządu?

Po roku 1989, w ochronie zdrowia zaszło wiele zmian, a dotyczyły one przede wszystkim źródeł jej finansowania. Najpierw zafundowano nam Kasy Chorych, których system działania był jeszcze do przyjęcia zarówno przez pacjentów jak i Placówki świadczące świadczenia medyczne. Kolejne Rządy zmieniły płatnika za usługi medyczne z Kas Chorych na Narodowy Fundusz Zdrowia i w tym momencie zaczęły się problemy zarówno ze świadczeniami jak i finansami w opiece zdrowotnej. Kontrakty zwierały jedynie wycenę za pracę lekarza pielęgniarki bez wliczenia w usługę pracy pozostałego personelu. Od kilku lat Placówki świadczące usługi medyczne na podstawie kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia mają aneksowane umowy na tym samym poziomie, nie jest wliczany wzrost kosztów leczenia, energii, wody, podatki itd. Nie ma możliwości negocjacji podwyżek płac dla zatrudnionych pracowników. Wraz z wejściem Polski do Unii Europejskiej nasze Placówki Ochrony Zdrowia muszą spełniać standardy unijne, żeby tego dokonać pracodawcy na dostosowanie przeznaczają większą część zawartego kontraktu. Od spełnienia tych wymogów zależy także utrzymanie się na rynku Placówek świadczących usługi medyczne.

W tym wszystkim gubią się jednak potrzeby zatrudnionych pracowników. Wszystkim nam zależy na tym, żeby pacjent, który jest leczony w mojej Placówce OZ opuścił ją zadowolony, a usługi jakie świadczymy były wykonane na wysokim poziomie tak aby pacjent chciał kiedyś do nas wrócić

jednak coraz częściej zauważa się tylko zmęczony, sfrustrowany personel, ponieważ żeby zapewnić sobie byt pracuje na dwóch a nawet trzech etatach dlatego, że jest niepewny dnia jutrzejszego.

**Jakie są jeszcze problemy w systemie opieki zdrowotnej w Polsce**

System opieki zdrowotnej w Polsce od wielu lat przeżywa poważne trudności, w rankingu Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia Polska opieka zdrowotna klasyfikuje się na 33 klasyfikuje się na 31 miejscu (dane z roku 2015).

Od wielu lat sytuacja w służbie zdrowia jest źle oceniana, zarówno przez pacjentów, personel medyczny, związki zawodowe jak i ekspertów w tej dziedzinie. Długo oczekiwana strategia zmian w systemie ochrony zdrowia przedstawiona przez obecnego Ministra Zdrowia w dużej mierze nie spełnia oczekiwań i propozycji wnoszonych przez NSZZ „Solidarność”

- Maria Ochman - Przewodnicząca Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”.

**Główne problemy przejawiają się między innymi:**

- w utrudnionym dostępie do leczenia specjalistycznego (w szczególności szpitalnego) i długimi kolejkami ocze-

dok. na str. 4

kujących na świadczenia czas oczekiwania sięga od kilku tygodni kilku lat i często rośnie, ze względu na znaczną liczbę pacjentów przyjmowanych poza kolejką bez uzasadnienia medycznego, w tym także w wyniku korupcji;

- niezadawalającą jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- niskimi płacami w sektorze opieki zdrowotnej i masową emigracją specjalistycznych kadr medycznych do pozostałych krajów Unii Europejskiej;
- zadłużaniem się publicznych zakładów opieki zdrowotnej (anektowanie umów o świadczenia medyczne na poziomie lat poprzednich).

**Wśród przyczyn generujących problemy najważniejszymi są:**

- deficyt lekarzy niektórych specjalności, wynikający z nieracjonalnych limitów przyjęć na uczelnie medyczne (Polska ma 2,2 lekarza na 1 tys. mieszkańców, najmniej spośród krajów UE ze średnią 3,4),
- archaiczna i nieefektywna struktura Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR),
- zbyt gęsta sieć małych szpitali powiatowych, które konkurując ze sobą nie są w stanie udźwignąć kosztów inwestycji i utrzymania, wpadają w zadłużenie,
- monopolistyczna pozycja publicznego płatnika (NFZ), który zarządza budżetem w sposób nieelastyczny, w cyklach rocznych, system rozliczania świadczeń medycznych premiującym nieefektywność i nadużycia, centralne planowanie limitu chorych w danej specjalizacji na dany rok, skutek- wielomiesięczne lub wieloletnie kolejki do specjalistów,
- nepotyzm i kumoterstwo w publicznych placówkach służby zdrowia, skutkujące przerostem zatrudnienia (zwłaszcza w działach administracyjnych),
- brak zdefiniowanego zakresu świadczeń dostępnych w ramach ubezpieczenia w NFZ,
- brak jednoznacznych kryteriów kolejności udzielania świadczeń, co w sytuacji trwałego ich deficytu prowadzi do korupcji,
- niewystarczający nadzór nad działaniem ośrodków leczniczych, co skutkuje oszustwami i korupcją,
- brak wykazu świadczeń ratujących życie, co w powtarzających się co rok sytuacjach wyczerpania limitu finansowania na dany rok prowadzi do odmawiania przez szpitale dostępu do świadczeń ze względu na ryzyko niepewność prawną co do uznania danego świadczenia za „ratujące życie” przez NFZ i wypłaty za udzielone nadwykonania,
- brak regulacji prawnych pozwalających na wprowadzenie dodatkowych (komercyjnych) ubezpieczeń zdrowotnych, co prowadzi np. do marnowania kosztownego sprzętu diagnostycznego jeśli limit świadczeń publicznych wyczerpał się w danym roku,
- ułomna, nieefektywna forma prawna, w jakiej funkcjonują publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ),
- niewystarczające kwalifikacje kadr zarządzających publicznymi jednostkami opieki zdrowotnej, co skutkuje nieefektywnym zarządzaniem – przepłacaniem za usługi zewnętrzne, dostawy leków, brakiem negocjacji cenowych z dostawcami itp.,
- przepisy zakazujące komercyjnego wykorzystywania sprzętu medycznego, co w sytuacji niskich limitów NFZ prowadzi do marnowania kosztownych urządzeń, które szpital i tak musi utrzymywać,
- ograniczona odpowiedzialność organów założycielskich SPZOZ za ich zobowiązania finansowe,
- brak konkurencyjności jednostek opieki zdrowotnej,
- zbiurokratyzowanie pracy lekarza poprzez nałożenie na

niego obowiązku prowadzenia dokumentacji poza medycznej,

- zacofanie służby zdrowia w zakresie zarządzania usługami medycznymi (rejestracja, terminy zabiegów) i niski poziom wykorzystania technologii informatycznych,
- masowe wyludzanie zwolnień lekarskich (L4), np. w celu wykonywania prac sezonowych poza głównym miejscem zatrudnienia, zwłaszcza w sektorze publicznym,
- brak sprawnego, zintegrowanego systemu informatycznego w opiece zdrowotnej (Rejestr Usług Medycznych jest budowany od 1992 roku), nieszczelny system e-wuś,
- chaotyczny proces legislacyjny związany z ochroną zdrowia.

Reformą służby zdrowia jest w naszej ocenie dobrze przygotowana, dobra dla Polaków, dobra dla pacjentów i dla systemu. Zaowocuje skróceniem kolejek, lepszą dostępnością usług medycznych, a przede wszystkim powszechnością systemu – premier Beata Szydło.

**Od roku 2015 mamy Rząd, z którym wiążemy wielkie nadzieje na naprawę systemu opieki zdrowotnej w Polsce,** a także na to że będzie ustanawiał ustawy pro-pracownicze, jednak jak daje się zauważyć Minister Zdrowia nie radzi sobie z naprawą w Polskiej Ochronie Zdrowia. Do jednego worka usiłuje się obecnie wrzucić opiekę zdrowotną, Ratownictwo Medyczne, Inspekcję Sanitarną i Weterynaryjną, Farmację. Brak jest racjonalnych rozwiązań dotyczących wynagrodzeń w Ochronie Zdrowia, proponowany był przelicznik do średniej krajowej, ale biorąc pod uwagę wynagrodzenia personelu niższego i pomocniczego dawał on poziom płacy minimalnej. Żadna łaska więc ze strony Pana Ministra Zdrowia bowiem płaca minimalna jest regulowana co roku przez Rząd, i tak w roku 2017 podniesienie płacy minimalnej do kwoty 2000 zł., spłaszczyło i ujednoliciło pensje pracowników posiadających różne wykształcenie i kwalifikacje zawodowe.

Pracownicy bardzo często pytają dlaczego „świeży” pracownik podejmujący pracę, nie posiadający stażu zawodowego ma pensje równoważną z pracownikiem, który posiada kilkudziesięcioletni staż pracy? Na to pytanie jest ciężko odpowiedzieć. Brana jest tu pod uwagę pensja brutto, która w obydwu wypadkach jest taka sama. I to warto żeby przy uzdrawianiu systemy Opieki Zdrowotnej wzięte również było pod uwagę. Żeby staż pracy i doświadczenie było należycie wynagradzane.

Coraz bardziej zauważalny jest brak konsekwencji w działaniach Pana Ministra Zdrowia spotykając się ze stroną społeczną przy omawianiu propozycji dotyczących projektów czy zmian w projektach ustawy dotyczącej lecznictwa czy też wynagrodzeń w ochronie zdrowia mówi wówczas głosem społeczeństwa, którego zmiany te dotyczyć mają, jednakże poza kręgiem zainteresowanych osób mówi co innego, więc **jak my pracownicy oczekujemy „dobrej zmiany” mamy wierzyć w to, że nareszcie mamy Ministra Zdrowia, który uzdrowi system.**

Służba zdrowia tylko jako jedno ciało działa jak tryby w maszynie, nie wolno nikomu dzielić pracowników na lepszych i gorszych. *Wśród społeczeństwa jesteśmy postrzegani jako „służba”, mamy służbę i powinniśmy być zadowoleni z tego, że mamy zajęcie.* Tylko gdzieś ktoś zapomniał, że jesteśmy ludźmi, którzy chcą być zadowoleni z wykonywanych obowiązków ale też i dobrze za ich wykonanie wynagradzani. Chcemy naprawy systemu opieki zdrowotnej poprzez wpływ większych środków finansowych do systemu na prawidłowe wykonywanie usług medycznych, a także na podwyżki pensji świadczących je pracowników.

Judyta Grajcar  
Przewodnicząca Regionalnej Sekcji Ochrony Zdrowia  
NSZZ „Solidarność” Śląska Opolskiego