

Stanowisko ZPP w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (UD 366)

Problem dotyczący wynagradzania pracowników służby zdrowia przejawia się w debacie publicznej od wielu lat. Wskazać należy, że wydatki na służbę zdrowia powoli, ale systematycznie rosną. Ministerstwo zdrowia zaplanowało na 2022 r. budżet na ten cel w wysokości 133,6 mld złotych (około 5,75% PKB). Jednym z kluczowych składników w tym budżecie są wynagrodzenia pracowników służby zdrowia.

Problematyką wynagrodzeń w służbie zdrowia postanowił zająć się ustawodawca, wprowadzając między innymi ustawę z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Przepisy te mają być zmienione za sprawą Ministerstwa Zdrowia, które 1 kwietnia 2022 r. przedstawiło projekt ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (UD 366). Warto zwrócić uwagę, że projekt ustawy zakłada wzrost wynagrodzeń minimalnych dla wszystkich pracowników podmiotów świadczących usługi zdrowotne – zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym.

Co istotne problem niskich wynagrodzeń pojawiający się w publicznej debacie dotyczył przede wszystkim sektora publicznego. To właśnie z niego specjaliści przechodzili do prywatnych klinik i szpitali bądź też otwierali własną praktykę lekarską. Braki kadrowe w państwowej służbie zdrowia doprowadziły nie tylko do obniżenia jakości świadczonych przez publiczną służbę zdrowia usług, ale także do przeciążenia pracą pracowników publicznych zakładów ochrony zdrowia.

W świetle powyższego dziwi fakt, że ustawodawca w 2017 r. postanowił objąć zakresem regulacji również pracowników podmiotów prywatnych, które nie realizują świadczeń finansowanych przez NFZ - o czym świadczy art. 1 w związku z art. 2 pkt ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. **Ustawodawca wprowadził zatem tą ustawą minimalne wynagrodzenie branżowe, które regulowane jest odmiennie od minimalnego wynagrodzenia powszechnego.** O ile zrozumiąle jest ingerowanie państwa w zasady wynagradzania pracowników publicznej służby zdrowia, to dyskusyjne jest wychodzenie poza ten

zakres i wprowadzanie regulacji dotyczących wynagradzania także pracowników instytucji prywatnych, których funkcjonowanie w żaden sposób nie jest subsydiowane przez publiczne środki. Wskazać bowiem należy, że wynagrodzenia w tym przypadku nie tylko są wyższe, ale ponadto regulowane przez rynek. Z tego też powodu regulacja ustawowa nie powinna ingerować w warunki wynagradzania pracowników prywatnych placówek medycznych w sytuacji, gdy podmioty te (w przeciwieństwie do podmiotów realizujących świadczenia finansowane przez NFZ) nie otrzymają z budżetu państwa żadnych środków na sfinansowanie wzrostu wynagrodzeń. Warto zaznaczyć także, iż wzrost wynagrodzeń w publicznej służbie zdrowia powoduje także wzrost presji płacowej na podmiotach prywatnych, a tym samym działają mechanizmy rynkowe, bez konieczności ingerencji ustawodawcy i ustalania powszechnego minimalnego wynagrodzenia branżowego.

O ile obecnie obowiązujące przepisy w niewielkim tylko stopniu wpływają na faktyczne wynagrodzenia w prywatnej opiece zdrowotnej z uwagi na zależność wskazaną powyżej – rynkowe wynagrodzenia pracowników w sektorze prywatnym są bowiem zdecydowanie wyższe – o tyle planowane zmiany przepisów mogą w istotny sposób wpłynąć również na publiczne placówki medyczne. W zakresie minimalnego wynagradzania pracowników służby zdrowia zdziwienie budzi bowiem objęcie tymi normami niemal wszystkich osób zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej - nie tylko lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych i innych osób wykonujących zawody medyczne, ale także pracowników wykonujących czynności administracyjne i techniczne. W świetle nowych przepisów pracownicy administracyjni, często zajmujący stanowiska analogiczne do tych występujących u pracodawców branż niemedyceńskich, zostaną objęci normami określającymi minimalne wynagrodzenie oraz ustawowo unormowanymi zasadami podwyżek dla branży medycznej.

Wskazać należy, że proponowane zmiany przepisów będą prowadziły do podwyższenia wynagrodzeń wielu pracowników, również w zawodach niemedyceńskich, co spowoduje zbliżenie ich poziomu do wynagrodzeń pracowników wykonujących bardziej specjalistyczne czynności – techników, higienistów etc. Mogą także wystąpić istotne różnice w sposobach wynagradzania pomiędzy różnymi placówkami medycznymi (tzw. kominy płacowe). Może to prowadzić do sytuacji konfliktowych oraz do dalszego zwiększenia presji cenowej na pracodawcach.

Ustawa zawiera szereg innych zapisów, które budzą uzasadnione wątpliwości w zakresie możliwości ich wykonania. Wątpliwości te dotyczą między innymi ochrony danych osobowych i danych dotyczących wynagradzania podwykonawców i pracowników działających w relacjach B2B.

W świetle powyższych wątpliwości Związek Przedsiębiorców i Pracodawców proponuje wprowadzenie korekt do projektu ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (UD 366), które uczynią zasady ustalania wynagrodzenia bardziej przejrzystymi oraz wyeliminują pojawiające się wątpliwości dotyczące ochrony danych osobowych.

W pierwszej kolejności przedstawiamy propozycję zmiany zasad ustalania wynagrodzeń. Proponujemy między innymi nowelizację art. 5 pkt 3 ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych poprzez nadanie mu brzmienia:

„3) uwzględniła wysokość wynagrodzenia odpowiadającą adekwatnemu średniemu wzrostowi wynagrodzenia we wszystkich strukturach organizacyjnych danego podmiotu leczniczego. W przypadku, gdy obecne wynagrodzenie danego pracownika znacząco odbiega od średniej wynagrodzeń pozostałych członków zespołu w danej grupie szeregowania, Pracodawca może zastosować inny wskaźnik wzrostu wynagrodzenia, przy zachowaniu obowiązkowego, minimalnego poziomu wynagrodzenia w danej grupie szeregowania.”.

Doprecyzowanie treści art. 5 pkt. 3. ustawy pozwoli na zniwelowanie zjawiska migracji wewnętrznej wśród pracowników struktur organizacyjnych danego podmiotu leczniczego. Oryginalne brzmienie projektowanego art. 5 pkt. 3 prowadziłyby do powstania systemowych dysproporcji wśród wynagrodzeń osób zatrudnionych na tym samym stanowisku, ale w różnych placówkach medycznych w ramach tego samego podmiotu leczniczego. W przypadku braku stosownych zmian legislacyjnych, różnice w poziomie wynagrodzenia tych osób wynikałyby nie tyle z ich odmiennych kompetencji czy kwalifikacji zawodowych, a byłyby narzucone systemowo (odgórnie) przez ustawodawcę, jako pokłosie specyfiki siatki stanowisk w danej placówce leczniczej. Obecnie proponowane brzmienie zapisów ustawy w sposób znaczący wzmocni dysproporcje w poziomie wynagrodzeń, przyczyniając się do tworzenia i wzmocnienia zjawiska tzw. kominów płacowych. Oznacza to w praktyce, iż ta sama wysokość podwyżki w ujęciu procentowym faworyzować będzie osoby z danej grupy szeregowania, których zarobki, w porównaniu z innymi pracownikami, są już teraz wyższe. Apelujemy zatem, by w pkt. 3 uwzględnić rozwiązanie, które powiązałoby skalę podwyżki z poziomem obecnego wynagrodzenia danego pracownika.

Kolejną proponowaną zmianą jest nadanie nowego brzmienia proponowanemu art. 31ha ust.

1 i 4:

„Art. 31ha. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, o którym mowa w art. 31n pkt 2c, w terminie 21 dni od nadzwyczajnego wzrostu kosztu udzielania świadczeń zdrowotnych zleca Prezesowi Agencji dokonanie analizy dotyczącej zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania tych świadczeń oraz przygotowuje raport w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania, zwany dalej „raportem w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej [...]

4. Minister właściwy do spraw zdrowia po zapoznaniu się z raportem w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz rekomendacją Prezesa Agencji w terminie 21 dni od wpłynięcia raportu Agencji zatwierdza lub zmienia taryfę świadczeń określoną przez Prezesa Agencji oraz przekazuje ją Prezesowi Agencji w celu opublikowania, w formie obwieszczenia, w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji.”.

Proponowane powyżej zmiany mają na celu ujednoczenie i usystematyzowanie terminów zdefiniowanych w ustawie. Wydaje się to mieć kluczowe znaczenie dla prawidłowej dynamiki procesu aktualizacji wysokości świadczeń zdrowotnych przygotowywanej przez Prezesa AOTMiT na zlecenie Ministra właściwego ds. zdrowia.

Kolejne proponowane zmiany dotyczą ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Proponujemy nadać nowe brzmienie art. 31lc poprzez następującą zmianę w projekcie ustawy:

„w art. 31lc:

a) w ust. 2 w pkt 3 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 4 i 5 w brzmieniu:

„4) stanowisko pracy osoby zatrudnionej u świadczeniodawców, o których mowa w ust. 4, na podstawie umowy o pracę w zakresie, w jakim dane te dotyczą osób biorących udział w realizacji świadczeń udzielanych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; [...]”.

Proponowana zmiana ma na celu usunięcie niezgodności projektowanych przepisów z przepisami RODO oraz kodeksu cywilnego. Obecnie obowiązujące przepisy mogą czynić wykonanie obowiązków w projektowanej ustawie niemożliwym. Pozyskanie przez AOTMiT danych osobowych pracownika zatrudnionego na danym stanowisku nie jest warunkiem niezbędnym do prawidłowego określenia sposobu i poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych. W związku z tym apelujemy o wykreślenie z proponowanej treści ustawy wymogu przekazywania AOTMiT danych personalnych pracowników realizujących świadczenia finansowane ze środków NFZ, a także wykreślenie obowiązku przekazywania wszelkich danych osobowych i finansowych dotyczących charakteru współpracy

z osobami realizującymi swoje obowiązki zawodowe na podstawie kontraktów gospodarczych, umów cywilnoprawnych i w formule podwykonawstwa (zgodnie z propozycją powyżej).

Kolejne z proponowanych zmian również odnoszą się do art. 31lc ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i dotyczą ust. 4a do 4d ustawy:

„po ust. 4 dodaje się ust. 4a–4d w brzmieniu:

4a. Świadczeniodawca, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, udostępnia Agencji nieodpłatnie, w terminie wskazanym przez Prezesa Agencji, nie krótszym niż 14 dni od dnia otrzymania wniosku o udostępnienie danych, dane dotyczące wszystkich osób zatrudnionych u niego na podstawie umowy o obejmujące informacje o wymiarze zatrudnienia i wysokości poszczególnych składowych wynagrodzenia, oraz kosztów zatrudnienia ponoszonych przez świadczeniodawcę, a także dane dotyczące udzielania oraz finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

4b. Dane, o których mowa w ust. 4a, obejmują:

1) (wykreślone)

2) dane o wysokości poszczególnych składowych wynagrodzenia i wymiarze zatrudnienia oraz kosztów zatrudnienia ponoszonych przez świadczeniodawcę, w zakresie, w jakim dane te dotyczą osób biorących udział w realizacji świadczeń udzielanych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

3) dane dotyczące udzielania oraz finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

4c. Wytyczne dotyczące sposobu przekazywania danych, o których mowa w ust. 4b, określa Prezes Agencji w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji.

4d. Dane, o których mowa w ust. 4b, są wykorzystywane przez Agencję w celu realizacji zadań określonych w art. 31n pkt 1a i 2c.”.

Proponowana przez regulatora treść art. 31lc ust. 4a – 4d ustawy powoduje, iż świadczeniodawcy nie będą w stanie wywiązać się z tak skonstruowanej normy z uwagi na kolizję z obecnie funkcjonującymi normami prawa (kodeks cywilny, RODO). Podmiot korzystający z usług podwykonawcy nie ma podstawy prawnej, by żądać danych dotyczących personaliów i warunków wynagradzania osób zatrudnionych przez swojego podwykonawcę. Dodatkowo w sytuacji, gdy podwykonawstwo realizowane jest przez przedsiębiorstwo lecznicze niezwiązane prawnie ze zleceniodawcą, niejasne jest, czy zarówno na podmiot zlecający, jak i podwykonawcę nałożony jest obowiązek samodzielnego raportowania danych wskazanych w artykule 4a-4d.

W świetle przedstawionych powyżej wątpliwości uważamy, że zaproponowane zmiany przyczynią się do zwiększenia jakości projektowanego prawa, usunięcia konfliktów systemowych, a także doprowadzą do stworzenia bardziej przejrzystego i sprawiedliwego sposobu wynagradzania pracowników. Z związku z powyższym apelujemy o uwzględnienie zgłoszonych propozycji w ramach konsultacji projektu ustawy.