



**Michał Modro**, 2022-08-16 08:07

Michał Modro:

Podwyżki dla pracowników ochrony zdrowia, ... hit czy kit?



**W dniu 12 sierpnia (ostatni piątek) odbył się Zespół Trójstronny ds. Zdrowia przy Ministrze Zdrowia. Na posiedzeniu Zespołu omawiane były wyłącznie zagadnienia dotyczące podwyżek. Kiedy wracałem z posiedzenia usłyszałem w radiu, że szpitale mają problem z wypłatą bo (cytuje) „otrzymały pieniądze na podwyżki w ramach budżetu na świadczenia, a nie na podwyżki dla pracowników”. Ta bzdura mieści się w Top 10, które słyszałem, i przebija twierdzenie, że Elvis wciąż żyje ...**

**Wyjaśnijmy zatem wszystko co dotyczy podwyżek krok po kroku. Po co? Po to, aby, każdy (również nie będący specjalistą), po przeczytaniu tego artykułu mógł sobie sam odpowiedzieć na pytanie „Podwyżki dla pracowników w ochronie zdrowia - hit, czy kit?„.**

## **Cztery podstawowe fakty dotyczące podwyżek dla pracowników w ochronie zdrowie.**

**Po pierwsze - podwyżki wynagrodzenia zostały przewidziane dla pracowników medycznych, niemedycznych oraz tych zatrudnionych na podstawie umów cywilnych, w tym zlecenia i B2B.**

*Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. 2017 poz. 1473 ze zm. Dz. U. z 2021 r. poz. 1801, z 2022 r. poz. 1352) określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne oraz pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, zatrudnionych w podmiotach leczniczych, uwzględniający rodzaj wykonywanej pracy oraz sposób osiągania najniższego wynagrodzenia zasadniczego (**art. 1**).*

**Ustawa ustanawia zatem wysokość najniższego wynagrodzenia dla pracowników zatrudnionych na podstawie umów o pracę, którzy są pracownikami medycznymi zgodnie z „Załącznikiem do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.”**

Zgodnie z **art. 5 ustawy** określa się również zasady podwyższania wynagrodzenia osoby zatrudnionej w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, niewykonującej zawodu **medycznego**, tak aby wynagrodzenie to: 1) odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu; 2) uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy; 3) uwzględniało wysokość wynagrodzenia odpowiadającą adekwatnemu średniemu wzrostowi wynagrodzenia w danym podmiocie w ustalonym okresie.

**W tym roku została podjęta również decyzja przez Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia o wydatkowaniu dodatkowych (około 2.5 mld. złotych) na podwyżki dla pracowników medycznych zatrudnionych w ramach umów cywilnych, w tym B2B i zlecenia.**

**Po drugie - proces legislacyjny odbył w drodze dialogu społecznego.**

**W lutym 2022 r. minęło 17 lat funkcjonowaniu Zespołu Trójstronnego ds. Zdrowia, w ramach którego strona rządowa, strona związków zawodowych (pracowników) oraz, *last not least*, strona pracodawców wypracowują wspólne stanowisko dotyczące rozwiązań w ochronie zdrowia.**

Jako, że od samego początku uzgodnień dotyczących (nazwijmy to roboczo) podwyżek dla pracowników w ochronie zdrowia byłem członkiem tego zespołu, w tym jego prezydium, mogę potwierdzić, że cały proces legislacyjny odbywał się w oparciu o ustalenia partnerów społecznych.

Trzeba oczywiście wyraźnie podkreślić, że nie było tutaj pełnej zgody dotyczącej przebiegu procesu legislacyjnego oraz poszczególnych rozwiązań dotyczących wypłaty podwyżek, ze strony związkowej (reprezentującej pracowników), w tym zakresie sposobu wypłaty podwyżek (o tym jeszcze dalej).

Odpowiadając na pytanie postawione w czasie ostatniego Zespołu Trójstronnego ds. Zdrowia przy Ministrze Zdrowia, „*czy ustawa mogła wejść wcześniej w życie?*”, należy szczerze przyznać, że pewnie mogła.

**Czy uniknęlibyśmy zamieszania wokół podwyżek dla pracowników ochrony zdrowia w wyniku wcześniejszego wejścia w życie ustawy?**

**W mojej ocenie nie, choć być może dynamika przebiegu tego procesu „rozłożyła by się w czasie”, co być może obniżyło by natężenie emocji i temperaturę toczącej się obecnie dyskusji.**

**Po trzecie - NFZ oraz Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wykonały swoje zobowiązania zgodnie z założonymi, na Zespole Trójstronnym, terminami.**

Przypomnę, że ustawa z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw **weszła w życie od dnia 29 czerwca.**

**W dniu 13 lipca 2022 r.** ukazało się Obwieszczenie Prezesa AOTMiT dotyczące nowej wyceny świadczeń. **Ta nowa wycena świadczeń pozwala na przeprowadzenie procesu podwyżek dla pracowników medycznych, w tym wykonujących zawód na innej podstawie niż umowa o pracę oraz dla pracowników niemedyceńskich.**

**Do końca lipca 2022 r.** zostały przekazane przez NFZ aneksy do umów uwzględniające nową wycenę świadczeń zdrowotnych (z rozmów z pracownikami wiem, że pracowali oni do późnych godzin wieczornych oraz w soboty i niedziele), które mają zapewnić sfinansowanie podwyżek dla personelu medycznego i administracyjnego.

**Po czwarte - faktycznie nastąpiło podwyższenie budżetów podmiotów wykonujących działalność leczniczą przez nową wycenę świadczeń.**

**Wypłata podwyżek nastąpiła przed zwiększenie budżetów podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Ale czy to utrudnia lub wręcz uniemożliwia wypłatę podwyżek?**

**Bez wątpliwości jest to zmiana w stosunku do sposobu wypłat w poprzednim roku, bowiem wypłaty były dokonywane w przypisaniu do konkretnego pracownika, według sprawozdania pracodawcy.**

Mam jednak wątpliwość, czy taki sposób (przekazanie środków na konkretnego pracownika) wypłaty był w ogóle możliwy w kontekście tego, że podwyżki dotyczą zarówno pracowników administracji oraz tych wykonujących pracę na podstawie umów cywilno-prawnych (w szczególności zlecenia i umowy B2B). A zatem i źródła finansowania są różne (częściowo z budżetu Państwa - około 6 mld złotych, a częściowo z środków własnych NFZ - około 2,5 mld. złotych).

Przeciwko zwiększeniu wyceny świadczeń i przekazaniu pracodawcom ogólnych budżetów była strona związków zawodowych (pracowników). **Strona związkowa obwiała się, że pracodawcy (a przynajmniej ich część) w sytuacji, gdy pracownicy u tych pracodawców osiągną już poziom minimalnego wynagrodzenia określony zgodnie z „Załącznikiem do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników**

*zatrudnionych w podmiotach leczniczych*”, pozostałą część środków przeznaczą na koszty związane z podwyżkami, gazu, prądu lub pokryją inne koszty związane ze wzrostem cen (można powiedzieć, że te przewidywania częściowo się potwierdzają).

Nie ma co ukrywać, że za takim podziałem środków pomiędzy pracodawców, była właśnie ... strona pracodawców. Ja sam głosując za takim rozwiązaniem wychodziłem z założenia, że (i) jest on zgodny z prawem (ze względu na różne źródła finansowania podwyżek), (ii) przyspieszy to proces wypłaty (nie trzeba będzie czekać na informacje do pracodawców dotyczące poszczególnych podwyżek „na pracownika”), (iii) a ponadto nie doprowadzi do pokrzywdzenia pracowników.

### **A jak wygląda sytuacja...?**

Faktem jest, że część świadczeniodawców nie podpisuje aneksów, na podstawie, której mają być przekazane środki na podwyżki dla pracowników.

### **Dlaczego?**

Otóż część pracodawców twierdzi, że kwoty im proponowane w ramach aneksów nie wystarczają na pokrycie zobowiązań wynikających z *ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych*, a zatem, że będzie się musiało zadłużać.

### **Czy to prawda?**

Należy przyjąć, że może tak być.

### **A jaka jest tego przyczyna?**

Odpowiedź na to pytanie zawarta jest w informacji, którą przedstawił NFZ, a dotyczącej struktury podpisywanych aneksów. To bardzo ciekawe i pouczające dane. **Szpitala będące w tzw. „sieci szpitali”, których łącznie jest 576, podpisały aneksy w liczbie 482, co stanowi 84% wszystkich szpitali w sieci. Te statystyki wyglądają gorzej w przypadku tych szpitali dla, których organem tworzącym jest samorząd miasta lub powiatu, bowiem w tym przypadku liczna podpisanych aneksów to 222 na 345 podmiotów, czyli 75 %. Patrząc na ilość podpisanych aneksów w województwach tylko 45% podmiotów w sieci szpitali podpisało je w województwie małopolskim, a w wielkopolskim 60% do 75% opolskim podkarpackim i lubuskim.**

### **Jakie z tego płynie wnioski?**

A otóż taki, że tam, gdzie restrukturyzacja szpitali przebiegała gorzej (lub wcale) efektywność pracy jest znacznie mniejsza, a tym samym dużo mniej efektywne wykorzystanie personelu do wykonywania umów z NFZ (czyli, napiszmy to wprost, do zarabiania pieniędzy). W tych podmiotach występuje niekorzystna struktura kosztów osobowych w porównaniu do osiągniętych przychodów z umów zawartych z NFZ.

Oczywiście to znaczne uproszczenie tego zagadnienia. Jednak celowe. Faktem jest to, że są podmioty lepiej i gorzej zarządzane. **Tam gdzie, ta struktura kosztów osobowych, w porównaniu do osiągniętych przychodów z umów zawartych z NFZ, nie jest korzystna dla pracodawcy, łatwiej jest powiedzieć „nie starcza nam pieniędzy na podwyżki dla pracowników i będziemy musieli się zadłużać”, niż przeprowadzić solidną analizę kosztów i działania restrukturyzacyjne.**

Oczywiście, że mogą zdarzyć się przypadki, gdzie pomimo dobrego zarządzania nie starczy środków na podwyżki. Jednak i tu NFZ, w mojej ocenie, stanął na wysokości zadania, bowiem takie przypadki są rozpatrywane przez NFZ indywidualnie. NFZ przeznaczył także dodatkowe 350.000 mln złotych dla takich podmiotów do końca roku 2022.

### Gdzie jest największy problem dotyczący podwyżek?

Co może wydawać się dziwne największy problem z podwyżkami nie występuje w leczeniu szpitalnym, ale w POZ.

### Dlaczego POZ'y nie podpisują aneksów? Bo jest za mało pieniędzy?

Według danych NFZ podwyżki, na jeden POZ mający około 2500 pacjentów (jeden lekarz, pielęgniarka środowiskowa, położna środowiskowa), wyniosły 7,3 %, czyli około 7000 złotych miesięcznie. Wydaje mi się, że to mimo wszystko niezłe środki.

Na posiedzeniu Zespołu Trójstronnego ds. Zdrowia przy Ministrze Zdrowia wystąpił przedstawiciel Porozumienia Zielonogórskiego, które zrzesza około 2000 POZ i wyjaśnił dlaczego POZ'y nie podpisują aneksów. Otóż dlatego, że NFZ zmienił termin wypowiedzenia umów zawartych na POZ z 45 do 90.

Trudno to zrozumieć? Wcale nie. 45 dni wypowiedzenia umów to świetny środek nacisku, który streszcza się w następującym twierdzeniu - „*jak się z nami nie dogadacie to za 45 dni pacjenci zostaną bez opieki*”. 90 dni to termin, w którym można podjąć różne działania celem zabezpieczenia świadczeń POZ.

No i na koniec sprawa naprawdę bulwersująca, przed którą przestrzegali związki zawodowe.

Otóż zdarzają się pracodawcy, którzy próbują „zaoszczędzić na swoich pracownikach”.

Sposoby są dwa:

- **pierwszy** (nazwę go najbardziej popularnym, choć w kontekście całej sytuacji to słowo nie jest do końca adekwatne) **poprzez ocenę dokonywaną przez pracodawców, iż dla określenia minimalnego wynagrodzenia obojętna jest kwestia faktycznie posiadanych kwalifikacji, a decydujące są „kwalifikacje wymagane na zajmowanym stanowisku”** (sam napisałem o tym artykuł <https://www.medexpress.pl/minimalne-wynagrodzenia-w-ochronie-zdrowia-zajmowane-stanowisko-w-azniejsze-niz-uzyskane-kwalifikacje/82317> jednak nie napisałem jak należy weryfikować okoliczność „kwalifikacje wymagane na zajmowanym stanowisku,,, a o tym za chwilę) - **zabieg jest prosty, otóż przyjmuje się, że na danym stanowisku nie są wymagane określone kwalifikacje zgodnie z „Załącznikiem do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych”, np. dla pracownika z wymaganym wyższym wykształceniem na poziomie magisterskim i specjalizacją (wskaźnik pracy 1,29) przyjmuje się, że na danym stanowisku wystarczy osoba wkonujący zawód z wymaganym wyższym wykształceniem na poziomie studiów I stopnia lub wręcz średnim (wskaźnik pracy 0,94), co w sposób oczywisty prowadzi do przyznania niższej kowty podwyżki lub wręcz wcale;**
- **drugi to obejścia regulacji ustawowej poprzez podniesienie kwoty wynagrodzenia zasadniczego przy jednoczesnej likwidacji dodatków stażowych, celowościowych lub**

innych wypracowanych bonifikat należnych pracownikowi przed przyznana podwyżką.

**Czy pracodawcom faktycznie uda się poczynić oszczędności w taki sposób jak opisany powyżej?**

**Moim zdaniem nie.**

**Dlaczego?**

Napiszę o tym w innym artykule, ale tak po krótkce przypomnę, że zgodnie z **art. 8 Kodeksu pracy** (Nadużycie prawa podmiotowego) **„Nie można czynić ze swego prawa użytku, który byłby sprzeczny ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem tego prawa lub zasadami współżycia społecznego. Takie działanie lub zaniechanie uprawnionego nie jest uważane za wykonywanie prawa i nie korzysta z ochrony.”**

*„Ilekcio w Kodeksie pracy jest mowa o prawie pracy, rozumie się przez to przepisy Kodeksu pracy oraz przepisy innych ustaw i aktów wykonawczych, określające prawa i obowiązki pracowników i pracodawców, a także postanowienia układów zbiorowych pracy i innych opartych na ustawie porozumień zbiorowych, regulaminów i statutów określających prawa i obowiązki stron stosunku pracy.” (Art. 9 § 1 Kodeksu pracy).*

**Dla mnie oznacza to, tyle, że jeżeli dany pracownik został wskazany do oferty, jako posiadający określone kwalifikacje (dzięki czemu pracodawca składając ofertę do NFZ spełnił kryteria wymagane do złożenia oferty, albo rankingujące i otrzymał dodatkowe punkty), to obecnie musi tę umowę wykonywać przy wykorzystaniu zasobów personelu medycznego o odpowiednich kwalifikacjach. Tym samym te kwalifikacje, zgodnie z ofertą i umową zawartą z NFZ stają się „kwalifikacjami wymaganymi na zajmowanym stanowisku”. Pracodawca nie może zasadnie twierdzić, że na danym stanowisku nie są wymagane określone kwalifikacje, skoro, tylko dzięki pracownikowi o tych kwalifikacjach może wykonać umowę zawartą z NFZ i nie może na tym stanowisku zatrudnić osoby bez takich kwalifikacji.**

**Twierdzenie, że kwalifikacje wymagane przez umowę zawartą z NFZ, nie są „kwalifikacjami wymaganymi na zajmowanym stanowisku” jest czynieniem przez pracodawcę, ze swojego prawa „użytku, który jest sprzeczny ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem tego prawa lub zasadami współżycia społecznego”.**

**A zatem „Podwyżki dla pracowników w ochronie zdrowia - hit, czy kit?”**

**Odpowiedz sobie proszę sam na to pytanie.**

**W mojej ocenie, jeżeli kit to bez wątplenia ilość informacji nieprawdziwych, które pojawiły się w przestrzeni publicznej na temat podwyżek oraz zachowanie pracodawców, którzy „udają”, że nie wymagają od pracowników określonych kwalifikacji na zajmowanych przez nich stanowiskach.**