



**Stanowisko**  
**Zarządu Śląskiego Związku Gmin i Powiatów**  
**z dnia 29 kwietnia 2022 r.**

**w sprawie wzrostu od 1 lipca 2022 r. najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz dysproporcji płac pomiędzy personelem medycznym zatrudnionym w podmiotach leczniczych a domach pomocy społecznej**

W związku z planowanymi zmianami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. *o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych* Zarząd Śląskiego Związku Gmin i Powiatów wyraża swoje obawy, co do planowanego przyjęcia od 1 lipca 2022 r. zmian w siatce płac w podmiotach leczniczych. Zmiany budzą duże zaniepokojenie samorządów lokalnych wobec wpływu na podmioty lecznicze, jak również sytuację w domach pomocy społecznej.

Na wstępie należy wskazać, że nowelizacja ustawy reguluje wynagrodzenia tylko części pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, tj. osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Tymczasem dominującą formą zatrudnienia w grupie zawodowej lekarzy jest umowa cywilno-prawna (tzw. kontrakt). Ustawodawca powinien wziąć pod uwagę, że zdecydowana większość lekarzy, z wyłączeniem rezydentów i stażystów, zatrudnionych jest w podmiotach leczniczych na podstawie umów kontraktowych (ok. 70%). Jednocześnie wynagrodzenia tej grupy zawodowej stanowią największe obciążenie finansowe dla placówek medycznych. Mając to na uwadze należy podkreślić, że środki finansowe przekazywane przez Narodowy Fundusz Zdrowia na pokrycie przeprowadzonych regulacji płacowych pozwolą sfinansować tylko niewielką część wynagrodzeń lekarzy, tj. tych lekarzy, którzy pozostają w zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę. **Wynagrodzenia lekarzy "kontraktowych", którzy stanowią zdecydowaną większość, będą musiały zostać pokryte przez podmioty lecznicze z tzw. środków własnych.**

Należy wziąć pod uwagę, że wprowadzając zmiany wynagrodzeń, pracodawca musi uwzględnić wszystkie formy zatrudnienia. Kierujący placówkami medycznymi, wypełniając obowiązek nałożony w zmienionym art. 5, będą zobowiązani do wprowadzenia regulacji płacowych określających zasady podwyższania wynagrodzenia osób zatrudnionych w ramach stosunku pracy, niewykonujących zawodu medycznego, tak aby ich wynagrodzenie "uwzględniało wysokość wynagrodzenia odpowiadającą adekwatnemu średniemu wzrostowi wynagrodzenia w danym podmiocie w ustalonym okresie czasu". Tym samym determinuje to obowiązek przyjęcia regulacji płacowych w zakresie podwyższenia wynagrodzeń dla pozostałych pracowników niewykonujących zawodów medycznych. Ewentualne zwlekanie z wprowadzeniem podwyżki wynagrodzeń będzie naruszeniem przepisów oraz będzie skutkowało narażeniem podmiotów leczniczych na zarzut nierównego traktowania pracowników niemedycznych. Problemem jest to, że na wzrost wynagrodzeń dla tych grup zawodowych, tj. dla pracowników niemedycznych, NFZ nie przekazuje szpitalom środków finansowych. **Środki na sfinansowanie tych podwyżek szpitale muszą pokrywać same, co oznacza kolejne obciążenie finansowe podmiotów leczniczych, a pośrednio także podmiotów je tworzących.**

Planowany wzrost wynagrodzeń przyniesie szereg wyzwań i trudności dotyczących finansowania. Przede wszystkim efektem zmian będzie spłaszczenia siatki płac w obrębie poszczególnych grup zawodowych, co przyczyni się do zwiększonej liczby roszczeń i oczekiwań płacowych. Zagrożeniem może okazać się również brak tzw. dodatku za wysługę lat. Należy podkreślić, że większość podmiotów medycznych finansowanych ze środków publicznych posiada taki dodatek, którego wysokość wynosi do 20% wysokości wynagrodzenia zasadniczego w zależności od wysługi lat. Zdecydowana większość pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę będzie posiadało wynagrodzenie w wysokości najniższego wynagrodzenia zasadniczego. W takiej sytuacji brak dodatku za wysługę lat stanie się czynnikiem powodującym odpływ kadry pracowniczej do innych placówek medycznych. W przypadku zawodów / stanowisk "deficytowych" na rynku może dojść do braków kadrowych zagrażających prawidłowej działalności szpitali.

Inną kwestią, na którą należy zwrócić uwagę, jest fakt, że wynagrodzenia zasadnicze pracowników w dużej części placówek medycznych wynikają wprost z ustawy. Wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego zgodnie z treścią przedmiotowych regulacji opiera się wyłącznie o kryterium wykształcenia. Prowadzi to do sytuacji, w której pracownicy, wykonując tę samą pracę na takim samym lub analogicznym stanowisku oraz mając taki sam zakres obowiązków służbowych, będą otrzymywać różne wynagrodzenie ze względu na różnicę w wykształceniu. Jedną z podstawowych zasad prawa pracy, znajdująca swój bezpośredni wyraz w przepisach Kodeksu pracy, stanowi, że wynagrodzenie za pracę powinno być tak ustalone, aby odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganych przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy. W tym kontekście kryterium wykształcenia nie powinno być jedynym, które determinuje wysokość wynagrodzenia pracowników. Wykształcenie powinno raczej stanowić element kwalifikacji wymaganych do określonej pracy, natomiast o wysokości wynagrodzenia powinny decydować (także) inne czynniki. Problem ten bardzo dobrze widoczny jest w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych.

Problem podwyżki płac bezpośrednio dotyka także domy pomocy społecznej. Według obowiązującego wykazu podstawowych usług, który został określony dla DPS i stanowi standard ich funkcjonowania, niezależnie od typu, placówki te świadczą m.in. usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne i wspomagające. Obecnie w domach pomocy społecznej jest coraz mniej samodzielnych mieszkańców, a coraz więcej osób w zaawansowanym wieku ze znacznie ograniczoną sprawnością funkcjonalną, osób leżących z koncentracją problemów zdrowotnych – w zakresie zdrowia somatycznego, psychicznego lub z niepełnosprawnością intelektualną. Wydłużanie się czasu życia społeczeństwa wpływa na jakość życia mieszkańców i potęgowanie niepełnosprawności. Seniorzy wymagają specjalistycznej opieki i pielęgnacji, intensywnej rehabilitacji, podawania i kontroli leków, iniekcji, zmiany opatrunków, pielęgnacji odleżyn, wymiany cewników i innych procedur medycznych, w których istnieje konieczność zastosowania produktów leczniczych i wyrobów medycznych przez wykwalifikowany personel.

W tej sytuacji usługi opiekuńcze i wspomagające nie ograniczają się jedynie do pielęgnacji. W rzeczywistości w domach pomocy społecznej realizowane są świadczenia zdrowotne w zakresie zapobiegania i profilaktyki powikłań, ograniczenia konsekwencji procesu starzenia się, diagnozowania i leczenia w ramach posiadanych kwalifikacji i na zlecenie lekarza oraz prowadzenia intensywnej rehabilitacji mieszkańców. Taki stan wymaga zatrudniania w domach pomocy społecznej, pomimo braku ustawowego wymogu, pielęgniarek, ratowników medycznych, opiekunów medycznych i fizjoterapeutów, a czynności wykonywane przez ten personel, w rzeczywistości nie różnią się od tych, które

podejmowane są w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz w zakładach opiekuńczo-leczniczych. **Wskazuje to na proces zacierania się różnic w przedmiotowym zakresie działalności domów pomocy społecznej i podmiotów leczniczych, przy jednoczesnym wzroście dysproporcji w wysokości wynagrodzeń personelu medycznego, na niekorzyść domów pomocy społecznej.**

Konsekwencją dla DPS zapowiadanych podwyżek płac od 1 lipca 2022 roku będzie odpływ pracowników medycznych z domów pomocy społecznej do podmiotów leczniczych. Można zauważyć, że niskie wynagrodzenia w DPS tej grupy zawodowej powodują znaczną fluktuację kadry, która na przestrzeni ostatniego roku sięga od 30 do 34%, co powodująca znaczną destabilizację funkcjonowania DPS.

Brak posiadania wykwalifikowanego personelu (medyków, pielęgniarek, ratowników medycznych, opiekunów medycznych, fizjoterapeutów i innych pracowników podstawowej działalności) zagraża możliwości zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych osobom z niepełnosprawnościami, niezdolnym do samodzielnej egzystencji i wymagającym długotrwałej opieki. W tym miejscu należy podkreślić, że wszyscy mieszkańcy DPS-ów to osoby posiadające ubezpieczenie zdrowotne, które mają prawo do opieki zdrowotnej finansowanej z Narodowego Funduszu Zdrowia. W rzeczywistości koszty finansowania wynagrodzeń personelu medycznego są pokrywane przez jednostkę samorządu terytorialnego. W związku z tym, iż usługi zdrowotne są finansowane z budżetu NFZ, samorzady nie powinny finansować wynagrodzenia personelu medycznego zatrudnionego w DPS.

Zmiany przewidziane projektem ustawy nie prowadzą do rozwiązania zasadniczych i kluczowych problemów związanych z finansowaniem, a w konsekwencji także funkcjonowaniem służby zdrowia, a w rzeczywistości pogłębiają występujące w tym zakresie zjawiska niekorzystne. Zarząd Śląskiego Związku Gmin i Powiatów apeluje w związku z tym o dokonanie kwantyfikacji wpływu regulacji i ryzyka jakie mogą wystąpić po wprowadzeniu nowelizacji ustawy. Ponadto Zarząd Związku wnioskuje o uregulowanie kwestii płacowej wobec pracowników niewykonujących zawodów medycznych, uwzględniając te grupy zawodowe przy sfinansowaniu ze środków z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Bezwzględnie apelujemy także o uregulowanie kwestii wynagradzania personelu medycznego w sposób jednorodny, czyli finansowanie wszystkich usług zdrowotnych z budżetu NFZ niezależnie od miejsca udzielania świadczeń.

Projekt ustawy ponownie próbuje zrzucić częściowe finansowanie ochrony zdrowia na samorzady terytorialne. Przyjęcie proponowanych rozwiązań tylko pogłębi i tak trudną sytuację w jakiej znalazły się samorzady po wejściu w życie m.in. Polskiego Ładu.

Śląski Związek Gmin i Powiatów

*Piotr Kuczera*  
Przewodniczący Związku