Pracodawcy RP
Rok założenia 1989

Warszawa, 19 kwietnia 2022 r.

CML/0169/04/2022/BO/BR

Pan
Piotr Bromber
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

Dotyczy: przedłożonego do zaopiniowania i konsultacji społecznych, w dniu 1 kwietnia 2022 r., projektu zmian przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych

Szanowny Panie Ministrze,

w imieniu bardzo szerokiej reprezentacji naszych członków z obszaru ochrony zdrowia, Pracodawcy RP przedstawiają poniższe stanowisko w sprawie projektu ustawy zmieniającej przepisy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Pracodawcy RP od wielu lat apelują o zabezpieczenie odpowiednich środków finansowych, będących w dyspozycji NFZ, poprzez urealnienie nakładów przeznaczanych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o zmianę modelu finansowania świadczeń.

Sytuacja polskiego pacjenta z roku na rok uległa pogorszeniu. Pogorszeniu uległa również kondycja finansowa podmiotów leczniczych. Spadek realizacji procedur i liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń zdrowotnych, to wciąż narastający problem tzw. długu zdrowotnego. Do tego dochodzi jeszcze niezwykle dynamiczny wzrost kosztów działalności podmiotów leczniczych oraz nierówne ich traktowanie. Z uwagi na odmienny model funkcjonowania prywatnych i publicznych placówek medycznych, a także odmienny katalog wyzwań stojących przed każdym z wyżej wymienionych podmiotów, istotne wydaje się rozróżnienie specyfiki ich działalności w projektowanej legislacji. Próby tworzenia szeroko zakrojonej, uniwersalnej legislacji najczęściej odnoszą skutek odwrotny do zamierzonego – brak precyzji i troski o uwzględnienie istotnych niuansów legislacyjnych wynikających ze specyfiki funkcjonowania obu kategorii placówek medycznych w rezultacie pogarsza, a nie poprawia efektywność i jakość ich funkcjonowania, rodząc negatywne skutki dla pacjentów.

W ocenie Pracodawców RP największymi problemami w systemie opieki zdrowotnej są: niewystarczające finansowanie podmiotów leczniczych, nieadekwatna wycena świadczeń opieki zdrowotnej, przekładająca się na kondycję finansową świadczeniodawców, oraz niewykorzystanie potencjału prywatnego sektora medycznego w Polsce.

Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej
03-973 Warszawa
ul. Brukselska 7

T (+48 22) 518 87 00
F (+48 22) 828 84 37
E biuro@pracodawcyrp.pl
www.pracodawcyRP.pl

Oczywiście przedmiotowa regulacja dotyczy wszystkich podmiotów leczniczych w rozumieniu art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ale podmioty te są różnie finansowane i każda zmiana w zakresie wynagrodzeń – nawet o ile byłaby sfinansowana w ramach środków sektora publicznego (NFZ, budżet państwa) – rodzi presję na wzrost wynagrodzeń także w sektorze finansowanym ze środków prywatnych. Warto zaznaczyć, że w zakresie podmiotów leczniczych nieposiadających umów z NFZ projektowana ustawa (oraz obowiązująca regulacja) nakłada obowiązek bez pokrycia finansowego.

Wiele form działalności leczniczej podmiotów prywatnych już dziś skutecznie uzupełnia system i zapewnia ciągłość opieki nad pacjentem. Prywatny sektor opieki zdrowotnej w Polsce rozwijał się i nadal rozwija z korzyścią dla polskich pacjentów, między innymi poprzez inwestowanie własnych środków w rozwój infrastruktury medycznej, dając jednocześnie gwarancję, że potrzeby zdrowotne polskiego pacjenta są zaspokajane i realizowane na wysokim poziomie. Dlatego też korzyścią dla publicznego systemu opieki zdrowotnej mogłoby być wykorzystanie innowacyjności i kreatywności prywatnej opieki zdrowotnej. Nie wszystkie podmioty opierają jednak model realizacji świadczeń wyłącznie na współpracy z NFZ, traktując schemat wpływów z kontraktów NFZ jako kluczowy czynnik kształtujący bilans operacyjny przedsiębiorstwa. W rezultacie projektowana legislacja przede wszystkim adresuje wyzwania i poszukuje rozwiązań dla modelu biznesowego opartego o współpracę z partnerem publicznym, a nie funkcjonującego na zasadach rynkowych.

Opiniowany projekt zmian przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych niestety nie określa kto będzie finansował podwyżki wynagrodzeń, w szczególności w odniesieniu do podmiotów nieposiadających kontraktów z NFZ. Być może Minister Zdrowia ma w planach zabezpieczenie finansowe, ale nie ma na ten temat żadnej wzmianki ani w treści projektowanej ustawy, ani w uzasadnieniu. W OSR jest jedynie lakoniczne zdanie: „Szacuje się, że wejście w życie projektu ustawy może spowodować wydatki po stronie NFZ oraz budżetu państwa na poziomie ok. 7,2 mld zł w drugim półroczu 2022 r." oraz „Źródłem sfinansowania wydatków poza budżetem państwa będą koszty NFZ.", jednak nie daje to żadnej gwarancji finansowania – również w zakresie podmiotów leczniczych, których świadczenia zdrowotne są finansowane ze środków publicznych.
W projektowanej ustawie powinno być wskazane, że w ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (w ramach umów NFZ), podwyżki zostaną sfinansowane ze środków publicznych (NFZ). W poprzednim roku ta kwestia była uregulowana stosownym rozporządzeniem zmieniającym OWU. Obecnie nikt nie wspomina o zmianie lub wprowadzeniu nowych przepisów w tym zakresie. Dlatego konieczne jest przygotowanie konkretnych regulacji, które zagwarantują bezpieczeństwo finansowe podmiotów leczniczych już na obecnym etapie projektowania tych zmian.

Warto wskazać także, iż skutki finansowe projektowanych zmian legislacyjnych dotkną w równym stopniu sektor usług medycznych, realizujących świadczenia medyczne na zasadach rynkowych, bez szans na dodatkowe środki z NFZ. Zasadne wydaje się zatem wyłączenie podmiotów prywatnych z proponowanego schematu podwyżkowego, skoro sektor ten od wielu lat, samodzielnie i z powodzeniem zapewnia pacjentom dostęp do świadczeń medycznych, samodzielnie troszcząc się o zapewnienie zarówno doskonałości klinicznej, jak i efektywności kosztowej. Ponadto dobór formy współpracy przedstawicieli zawodów medycznych i niemedycznych z placówkami medycznymi nie powinien być dyktowany zapisami ustawy – byłoby to sprzeczne ze swobodą prowadzenia działalności gospodarczej (indywidualne praktyki lekarskie), naruszając dotychczas funkcjonujące przepisy. Warto wskazać także na fakt, iż pracowników ochrony zdrowia jest obecnie zbyt mało, by zarzucać ich dodatkowymi ograniczeniami – sytuacja taka w krótkim czasie z pewnością pogłębiłaby obserwowaną obecnie niewydolność polskiego systemu ochrony zdrowia.

W projektowanym brzmieniu art. 5 projektu omawianej ustawy określono zasady podwyższania wynagrodzenia osoby zatrudnionej w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, niewykonującej zawodu medycznego, tak aby „wynagrodzenie to uwzględniało wysokość wynagrodzenia odpowiadającą adekwatnemu średniemu wzrostowi wynagrodzenia w danym podmiocie w ustalonym okresie czasu". Również w tym przypadku **nie wskazano źródła finasowania niezbędnego dla pokrycia podwyżek wynagrodzeń pracowników otrzymujących już minimalne wynagrodzenia, tak aby zrealizować ustawowy postulat adekwatności wzrostu wynagrodzeń w danym podmiocie leczniczym**. Ponadto podmioty lecznicze muszą w planie podwyżek uwzględnić pracowników o wysokich kwalifikacjach, mających decydujący wpływ na jakość udzielanych usług zdrowotnych. Na dzień dzisiejszy placówki nie posiadają środków na ten cel, gdyż otrzymane niewielkie podwyżki wyceny niektórych świadczeń nie pokrywają nawet wzrostu kosztów eksploatacyjnych. Zatem jeśli ustawa narzuca podwyżki „pracowników innych niż pracownicy działalności podstawowej" średnio o tyle, o ile wzrosną wynagrodzenia w danym podmiocie leczniczym, to również należy wprowadzić mechanizm wyrównania tego wzrostu przez NFZ – analogiczny jak w przypadku zawodów medycznych i personelu działalności podstawowej oraz wykluczyć z projektowanego mechanizmu podmioty medyczne funkcjonujące na zasadach rynkowych, nie mające kontraktów z NFZ, poprzez które mogłyby uzyskać wspomniane wyrównania wzrostu kosztów operacyjnych.

Jeżeli ustawodawca nakazuje odgórny poziom podwyżek dla wszystkich osób zatrudnionych w podmiocie leczniczym (średnio wszystkim tyle samo), to powinien również określać sposób ich finansowania. Logicznym jest wprowadzenie identycznego systemu co w zakresie personelu medycznego i działalności podstawowej (współczynniki korygujące wypłacane przez NFZ).

Należy również wskazać, że w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia, finansowanego przez NFZ, powszechne jest zlecanie części zakresów świadczeń zdrowotnych podwykonawcom, którzy specjalizują się w określonych obszarach, co pozwala zaoferować pacjentom lepszą jakość świadczonych usług medycznych. U podwykonawców tych, będących podmiotami leczniczymi, również jest zatrudniony personel w oparciu o umowy o pracę, objęty podwyżkami wprowadzanymi przedmiotową ustawą. Rok temu osoby te nie były objęte dofinansowaniem do wynagrodzeń z NFZ pomimo tego, że pracownicy ci pełnią taką samą rolę i funkcję w publicznym systemie ochrony zdrowia i często pracują ramię w ramię z pozostałymi pracownikami, którzy byli objęci dofinansowaniem do wynagrodzeń. **Postulujemy, aby wszyscy pracownicy etatowi, pracujący w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia (w ramach NFZ), niezależnie od tego czy są zatrudnieni bezpośrednio, czy też przez podwykonawców, byli objęci dofinansowaniem do wynagrodzeń na takich samych zasadach.** Nie ma podstaw do różnicowania ich sytuacji. Ostatnie 2 lata pandemii pokazały, że istnieją prawne i techniczne możliwości, aby wypłacać tego typu „znaczone" środki finansowe, przeznaczone na rzecz etatowego personelu, podwykonawcom świadczeń udzielanych w ramach NFZ.

Podsumowując – oczywiście nie sposób nie docenić pozytywnych zmian dotyczących systemu ochrony zdrowia, jakie dokonały się w ostatnich latach, bo przecież doszło do zwiększenia nakładów na zdrowie i słusznego zwiększenia płac. Przy czym są to wciąż działania niewystarczające, ponieważ np. od wielu lat wyceny taryf nie są aktualizowane, co w ocenie Pracodawców RP jest pierwotną przyczyną zwiększających się problemów z zadłużeniem i płynnością finansową polskich szpitali. Poza tym system zupełnie nie zauważa prywatnego sektora opieki zdrowotnej, a tam są ci sami pacjenci i ten sam personel medyczny. Łatwo administracyjnie jest uregulować siatkę płac, jednak trudno ją zrealizować w praktyce, ponieważ powstają napięcia między grupami zawodowymi i są to problemy, które nie wynikają z nieumiejętności zarządzających szpitalami, tylko z wadliwej dyslokacji środków i braku desygnowania specjalnych funduszy na wynagrodzenia. **Nie zapominajmy przy okazji wynagrodzeń o PACJENCIE, bo to ON jest najważniejszy w systemie.**

Warto na zakończenie wskazać także, że zmiany w tabeli zaszeregowania stanowisk zaproponowane zostały w trakcie trwania roku budżetowego (kalendarzowego), poważnie utrudniając tym samym planowanie kosztów i wykonanie obowiązku zapewnienia minimalnego wynagrodzenia – zarówno dla przedstawicieli sektora publicznej, jak i prywatnej ochrony zdrowia.

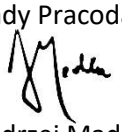
Prywatne podmioty lecznicze nie mogą ponadto liczyć na zasilenie budżetów zatrudnienia ze środków budżetu państwa lub NFZ, co dodatkowo potęguje inne wyzwania finansowe (rosnące koszty stałe, koszty energii, inflacja), z którymi muszą się mierzyć. Wprowadzanie zmian w tym obszarze w toku roku budżetowego naraża prywatne podmioty lecznicze na ryzyka finansowe, na które nie mogły się przygotować z wyprzedzeniem – przedmiotem konsultacji publicznych był wyłącznie mechanizm przyznawania podwyżek, a nie ich

szczegółowy wymiar. **Zatem prywatne podmioty lecznicze, które nie są finansowane w ramach NFZ, powinny być wyłączone z tej regulacji**. **Natomiast w przypadku podmiotów realizujących kontrakty z NFZ – konieczne jest wskazanie źródła i zasad finansowania dla pokrycia podwyżek wynagrodzeń, a także zwiększenie wyceny świadczeń opieki zdrowotnej. Konieczne jest również uwzględnienie w mechanizmie zabezpieczenia środków finansowych podwyżek wynagrodzeń personelu zatrudnionego na umowę o pracę u podwykonawców**.

Mamy nadzieję na zrozumienie przez Pana Ministra przedstawionych przez nas argumentów i jednocześnie bardzo liczymy na wyjście naprzeciw stronie społecznej, tak aby wspólnie stworzyć rozwiązania, które będą sprzyjać poprawie dostępności do opieki zdrowotnej oraz budować stabilność i bezpieczeństwo finansowe podmiotów leczniczych przy uwzględnieniu należytego poziomu wynagradzania personelu.

Z wyrazami szacunku

Członek Rady Pracodawców RP



Dr Andrzej Mądrala