



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VIII kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM-10-112-18

Druk nr 2793
Warszawa, 31 lipca 2018 r.

Pan
Marek Kuchciński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

- o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Jednocześnie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

Z poważaniem

(-) Mateusz Morawiecki

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych

Art. 1. W ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473) wprowadza się następujące zmiany:

1) tytuł ustawy otrzymuje brzmienie:

„o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych”;

2) art. 1 otrzymuje brzmienie:

„Art. 1. Ustawa 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 osiągnięcia najniższego wynagrodzenia zasadniczego.”;

3) w art. 2:

a) pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) najniższe wynagrodzenie zasadnicze – najniższe miesięczne wynagrodzenie zasadnicze przysługujące pracownikowi wykonującemu zawód medyczny oraz pracownikowi działalności podstawowej, innemu niż pracownik wykonujący zawód medyczny, zatrudnionym w podmiocie leczniczym, obliczone w sposób określony w art. 3 albo art. 7”;

b) po pkt 3 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 4 w brzmieniu:

„4) pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny – osoba zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, inna niż pracownik wykonujący zawód medyczny, która wykonuje pracę pozostającą w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zatrudniona na stanowisku

działalności podstawowej określonym w części pierwszej załącznika do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, 138, 650, 1128 i 1375) lub stanowisku analogicznym.”;

4) w art. 3:

a) w ust. 1:

– wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Do dnia 31 grudnia 2021 r. podmiot leczniczy dokonuje podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze, z uwzględnieniem następujących warunków:”;

– pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w terminie określonym w pkt 3, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustala corocznie do dnia 15 czerwca, w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia, zwanego dalej „zarządzeniem”:

a) kierownik podmiotu leczniczego,

b) podmiot tworzący, o którym mowa w art. 4 pkt 1 – w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych i jednostek wojskowych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.”;

– w pkt 5 lit. b–e otrzymują brzmienie:

„b) na dzień 1 lipca 2018 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy

- najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,
- c) na dzień 1 lipca 2019 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,
 - d) na dzień 1 lipca 2020 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,
 - e) na dzień 1 lipca 2021 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika.”,
- b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:
- „2. Pracownikowi wykonującemu zawód medyczny oraz pracownikowi działalności podstawowej, innemu niż pracownik wykonujący zawód medyczny, zatrudnionym w niepełnym wymiarze czasu pracy najniższe wynagrodzenie zasadnicze oblicza się proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy określonego w ramach stosunku pracy.”,
- c) ust. 4 otrzymuje brzmienie:
- „4. Od dnia 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, nie może być niższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone w sposób określony w ust. 1 na dzień 31 grudnia 2021 r.”;
- 5) załącznik do ustawy otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszej ustawy.

Art. 2. 1. Pierwsze porozumienie, o którym mowa w art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w zakresie pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, oraz pielęgniarek i położnych w zakresie zmiany ich współczynników pracy, zawiera się w terminie miesiąca od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

2. Jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w terminie określonym w ust. 1, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego, w zakresie, o którym mowa w tym przepisie, ustala, w terminie 14 dni od dnia upływu terminu, o którym mowa w ust. 1, w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia:

- 1) kierownik podmiotu leczniczego;
- 2) podmiot tworzący, w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, 138, 650, 1128 i 1375) – w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych i jednostek wojskowych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 i 7 tej ustawy.

3. Porozumienie, o którym mowa w ust. 1 i zarządzenie, o którym mowa w ust. 2, dotyczą sposobu podwyższania wynagrodzeń zasadniczych na dzień 1 lipca 2018 r.

Art. 3. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Załącznik
do ustawy
z dnia
(poz. ...)

WSPÓLCZYNNIKI PRACY

Lp.	Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku	Współczynnik pracy
1	2	3
1	Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny	1,27
2	Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny	1,17
3	Lekarz albo lekarz dentysta, bez specjalizacji	1,05
4	Lekarz stażysta albo lekarz dentysta stażysta	0,73
5	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–4, wymagający wyższego wykształcenia i specjalizacji	1,05
6	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–5, wymagający wyższego wykształcenia, bez specjalizacji	0,73
7	Pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	1,05
8	Pielęgniarka albo położna, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia albo pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa	0,73
9	Pielęgniarka albo położna inna niż określona w lp. 7 i 8, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	0,64
10	Fizjoterapeuta albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–9, wymagający średniego wykształcenia	0,64
11	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny	0,53

UZASADNIENIE

Po dokonaniu analizy funkcjonowania ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473), zwanej dalej „ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r.”, w początkowym okresie jej obowiązywania zasadne okazało się dokonanie w niej zmian.

Obecnie ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. reguluje sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne, czyli osób zatrudnionych w ramach stosunku pracy w podmiotach leczniczych, wykonujących zawód medyczny, w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, ze zm.), a także osób zatrudnionych w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, które biorą bezpośredni udział w wykonywaniu zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej polegających na sprawowaniu zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz prowadzeniu działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska, a także na prowadzeniu działalności oświatowo-zdrowotnej.

Najistotniejszą zmianą jest rozszerzenie zakresu podmiotowego ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, którymi w rozumieniu projektowanej ustawy są osoby zatrudnione w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, inne niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, które wykonują pracę pozostającą w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz które są zatrudnione na stanowiskach działalności podstawowej określonych w części pierwszej załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 896) lub na stanowiskach analogicznych.

Odesłanie w definicji pojęcia „pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny” do części pierwszej załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.

o działalności leczniczej służy ułatwieniu identyfikacji pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny. Z uwagi na fakt, że pojęcie pracownika działalności podstawowej nie występuje w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zasadne jest wskazanie grupy stanowisk, które obecnie kwalifikuje się do tej grupy. Przywołanie przedmiotowego rozporządzenia pozwala na rozróżnienie pracowników działalności podstawowej (jak w części I załącznika do rozporządzenia) – których poziom najniższego wynagrodzenia zasadniczego ma być uregulowany przedmiotową ustawą – od nieobjętych ustawą pracowników administracyjnych, technicznych, ekonomicznych (jak w części II załącznika do rozporządzenia) i pracowników gospodarczych (jak w części III załącznika do rozporządzenia). Projektowana ustawa w zakresie pracowników działalności podstawowej, którzy nie wykonują zawodu medycznego, nie wprowadza ograniczenia do pracowników, którzy są zatrudnieni w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Grupa osób, które postanowiono objąć zakresem ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r., została ograniczona do pracowników, którzy wykonują pracę w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Kategoria komórki organizacyjnej zakładu leczniczego, której działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, funkcjonuje w obrocie prawnym i podlega wykazaniu przez podmiot leczniczy w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Zgodnie z art. 100 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą jako podmiot leczniczy, podlega obowiązkowi złożenia organowi prowadzącemu rejestr wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Wniosek ten powinien zawierać między innymi wykaz komórek organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Na podstawie upoważnienia zawartego w art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zostało wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594, z późn. zm.). Dla celów zidentyfikowania komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, można posiłkować się wykazem zawartym w załączniku nr 2 do ww. rozporządzenia. Dla wyróżnienia grupy pracowników działalności podstawowej, innych

niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, znaczenie miała rola tej grupy pracowników w sektorze ochrony zdrowia oraz wpływ ich pracy na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Zarówno bowiem pracowników wykonujących zawody medyczne, jak i pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, którzy wykonują pracę pozostającą w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w komórkach działalności medycznej zakładu leczniczego, łączy wspólna cecha relewantna, którą jest uczestniczenie w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych.

Przepisy w zaproponowanym brzmieniu mają na celu ochronę interesu niewątpliwej wagi, tj. konstytucyjnie zagwarantowanego prawa obywatela do ochrony zdrowia. W celu zapewnienia przez państwo realizacji tego uprawnienia zasadne jest podejmowanie działań mających na celu poprawę warunków zatrudnienia nie tylko profesjonalnej kadry medycznej, ale także pracowników tzw. działalności podstawowej, którzy co prawda nie posiadają uprawnień do samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych, ale – wykonując pracę w komórkach działalności medycznej zakładu leczniczego – wspierają udzielanie tych świadczeń. Ich praca ma zatem wpływ na jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pracowników medycznych w podmiotach leczniczych, co uzasadnia wyróżnienie tej grupy pracowników i objęcie jej zakresem zmienianej ustawy.

Celem wprowadzenia progu najniższej płacy zasadniczej dla grupy pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, jest również przeciwdziałanie rosnącym dysproporcjom między poziomem wynagrodzeń pracowników medycznych a poziomem płac pracowników działalności podstawowej, których praca pozostaje w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

W świetle powyższego rozszerzenie zakresu podmiotowego ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. na tak wyodrębnioną grupę pracowników posiada istotne uzasadnienie i pozostaje w zgodności z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej. Zgodnie bowiem z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 10 stycznia 2005 r., sygn. akt K 31/03, różnicowanie sytuacji podmiotów podobnych jest dopuszczalne, jeżeli zostały dochowane trzy wymogi:

- 1) wprowadzone przez ustawodawcę kryteria różnicowania muszą być racjonalnie uzasadnione i muszą mieć związek z celem i treścią przepisów, w których zawarta jest dana norma;
- 2) waga interesu, któremu ma służyć różnicowanie podmiotów podobnych, musi pozostawać w odpowiedniej proporcji do wagi interesów, które zostaną naruszone w wyniku różnego traktowania podmiotów podobnych;
- 3) różnicowanie podmiotów podobnych musi znajdować podstawę w wartościach, zasadach lub normach konstytucyjnych.

W załączniku do projektu ustawy zaproponowano przypisanie grupie pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, współczynnika pracy w wysokości 0,53.

Kolejną zmianą jest wprowadzenie terminu do dnia 15 czerwca każdego roku na wydanie przez kierownika podmiotu leczniczego lub podmiot tworzący (w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych) zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia.

Obecnie ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. określa, na jaki dzień pracodawca jest obowiązany dokonywać podwyższenia wynagrodzeń zasadniczych pracowników objętych zakresem regulacji. Termin ten przypada na dzień 1 lipca każdego roku. Przed tym dniem pracodawca, który w terminie do dnia 31 maja nie zawrze porozumienia z organizacjami związkowymi lub przedstawicielem pracowników, będzie musiał wydać stosowne zarządzenie. Brak jest jednak obecnie w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. określonego terminu, w którym powyższe zarządzenie powinno być wydane. Wydaje się zatem, że wprowadzenie terminu na wydanie zarządzenia usprawni coroczny proces realizacji ustawowego obowiązku podwyższania wynagrodzeń zasadniczych.

Projekt przewiduje ponadto, że w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek wojskowych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, sposób podwyższania wynagrodzeń pracowników objętych ustawą, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, będzie ustalał podmiot tworzący (tak jak obecnie w przypadku jednostek budżetowych), a nie kierownik podmiotu leczniczego. Zgodnie z art. 2 pkt 2 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. podmiotem leczniczym jest podmiot, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tak więc definicja ta obejmuje także formę funkcjonowania

podmiotu leczniczego, jaką jest jednostka wojskowa wymieniona w art. 4 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. W podmiotach leczniczych działających w formie jednostek wojskowych mogą być zatrudnieni pracownicy wykonujący zawód medyczny oraz pracownicy działalności podstawowej, inni niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, natomiast w obecnym brzmieniu przepisów do pracowników działalności podstawowej zatrudnionych w jednostkach wojskowych nie będzie miała zastosowania procedura podwyższania wynagrodzenia przez Ministra Obrony Narodowej w drodze zarządzenia, w przypadku braku porozumienia (jak dla jednostek budżetowych). Ponieważ podmiotem tworzącym w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej jest podmiot albo organ, który utworzył podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej albo jednostki wojskowej, w projekcie należy uwzględnić analogiczną procedurę dla podmiotów w formie jednostek budżetowych oraz jednostek wojskowych, które są finansowane bezpośrednio z budżetu państwa. Ponadto projekt zakłada zmianę w grupach zawodowych określonych w lp. 7–9 załącznika do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. polegającą na przeniesieniu pielęgniarek i położnych zatrudnionych na stanowiskach wymagających wykształcenia wyższego magisterskiego na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, lecz niewymagających specjalizacji, z dotychczasowej grupy zawodowej określonej w lp. 9 do grupy określonej w lp. 8. Obecnie grupa zawodowa określona w lp. 8 załącznika do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. obejmuje tylko pielęgniarki i położne ze specjalizacją (niezależnie od poziomu wykształcenia i ukończonego kierunku studiów), zatem pielęgniarki i położne, które posiadają wykształcenie wyższe magisterskie na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, ale zatrudnione są na stanowiskach pracy niewymagających specjalizacji, są kwalifikowane do grupy zawodowej pielęgniarek i położnych z najniższym współczynnikiem pracy (grupa określona w lp. 9). Proponowana zmiana załącznika do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. spowoduje, że współczynnik pracy 1,05 będzie obowiązywał przy ustalaniu wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarek i położnych zatrudnionych na stanowiskach pracy, na których wymagane jest posiadanie tytułu magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i specjalizacji. Natomiast pielęgniarki i położne zatrudnione na stanowisku pracy, na którym wymagane jest posiadanie specjalizacji, niezależnie od poziomu wykształcenia i ukończonego kierunku studiów, będą miały jednakowy współczynnik pracy jak pielęgniarki i położne bez

specjalizacji, które są zatrudnione na stanowiskach, na których wymagany jest tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo (współczynnik pracy w wysokości 0,73). Przedmiotowa zmiana zakłada również, że grupa zawodowa pielęgniarek i położnych określonych w lp. 9 ma obejmować pielęgniarke i położne inne niż kwalifikowane do grupy w lp. 7 i 8, bez specjalizacji.

Projekt przewiduje ponadto doprecyzowanie nazewnictwa grup zawodowych pielęgniarek i położnych w załączniku do zmienianej ustawy, celem dostosowania go do aktualnych przepisów:

- 1) rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 10 lutego 2017 r. w sprawie tytułów zawodowych nadawanych absolwentom studiów, warunków wydawania oraz niezbędnych elementów dyplomów ukończenia studiów i świadectw ukończenia studiów podyplomowych oraz wzoru suplementu do dyplomu (Dz. U. poz. 279);
- 2) art. 67 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarke i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123, z późn. zm.).

Projekt ustawy zawiera przepisy dostosowujące, zgodnie z którymi wprowadza się odrębne terminy na zawarcie pierwszego porozumienia (lub zarządzenia, jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte) o sposobie podwyższania na dzień 1 lipca 2018 r. wynagrodzeń zasadniczych w podmiocie leczniczym, w zakresie realizacji zmian wprowadzanych niniejszą ustawą, tj. uregulowania sposobu ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, oraz zmiany współczynnika pracy pielęgniarek i położnych w zakresie zmian ich współczynnika pracy wymagających tytułu magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, jednocześnie niewymagających posiadania specjalizacji.

Proponowana nowelizacja ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. nie będzie skutkowała przekazaniem podmiotom leczniczym w 2018 r. dodatkowych, ponad obecnie planowane, środków finansowych z budżetu państwa, jak również z Narodowego Funduszu Zdrowia. W przypadku pracowników objętych projektowaną zmianą ustawy, których pracodawcy (podmioty lecznicze) otrzymują środki finansowe z Narodowego Funduszu Zdrowia, koszty podwyżek powinny zostać sfinansowane przez pracodawców

ze środków uzyskanych w ramach wzrastających przychodów i odpowiednio kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych i w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Projektowana regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.

Projektowana ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. Projekt ustawy zawiera przepisy dostosowujące, zgodnie z którymi wprowadza się odrębne terminy na zawarcie pierwszego porozumienia (lub zarządzenia, jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte) o sposobie podwyższania, na dzień 1 lipca 2018 r., wynagrodzeń zasadniczych w podmiocie leczniczym, w zakresie realizacji zmian wprowadzanych niniejszą ustawą.

Zgodnie z przepisami ustawy aktualizacja obowiązku dostosowania poziomu wynagrodzeń w podmiotach leczniczych do najniższego wynagrodzenia zasadniczego następować będzie corocznie na dzień 1 lipca – do dnia 31 grudnia 2021 r., z uwagi na systematyczny wzrost kwoty przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie najniższego wynagrodzenia.

Projekt nie wymagał przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Wejście w życie przedmiotowej regulacji spowoduje konieczność podwyższenia wynagrodzeń tej grupy pracowników objętych nowelizacją, których wynagrodzenia są niższe niż najniższe wynagrodzenia określone w ustawie. Sytuacja mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw nie będzie przy tym inna niż pozostałych podmiotów leczniczych. Przedmiotowe zmiany mają spowodować wzrost zainteresowania podjęciem pracy w tych przedsiębiorstwach, poprawę warunków płacowych pracowników objętych projektowanymi zmianami, wzrost konkurencyjności zatrudnienia pracowniczego w stosunku do zatrudnienia na podstawie umów cywilnoprawnych, zmniejszenie dysproporcji między poziomami wynagrodzeń poszczególnych grup zawodowych, a w efekcie długofalowym także poprawę jakości i dostępności udzielanych świadczeń oraz wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego w podmiotach leczniczych. Wprowadzenie

terminu na wydanie przez kierownika podmiotu leczniczego zarządzenia w sprawie sposobu podwyższania wynagrodzeń zasadniczych oraz wskazanie podmiotu tworzącego jednostki wojskowej jako podmiotu uprawnionego do wydania zarządzenia o sposobie podwyższania wynagrodzeń zasadniczych ma usprawnić proces dokonywania podwyżek w podmiotach leczniczych.

Nie istnieją alternatywne środki w stosunku do projektowanej ustawy umożliwiające osiągnięcie zamierzonego celu.

<p>Nazwa projektu Projekt ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pani Józefa Szczurek-Żelazko – Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pan Jakub Bydłoń – Dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego w Ministerstwie Zdrowia, tel. 22 53 00 101</p>	<p>Data sporządzenia 20.07.2018 r.</p> <p>Źródło: Decyzja Prezesa Rady Ministrów</p> <p>Nr w wykazie prac Rady Ministrów: UD 388</p>
---	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Po dokonaniu analizy funkcjonowania ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473), zwanej dalej „ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r.”, w początkowym okresie jej obowiązywania zasadne okazało się dokonanie w niej zmian w zakresie podmiotowym tej ustawy, współczynnikach pracy niektórych pielęgniarek i położnych oraz harmonogramie dokonywania podwyżek wynagrodzeń zasadniczych pracowników objętych ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r.

1. Zakres podmiotowy ustawy

Obecnie ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. reguluje sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne, czyli osób zatrudnionych w ramach stosunku pracy w podmiotach leczniczych, wykonujących zawód medyczny, w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, ze zm.), a także osób zatrudnionych w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, które biorą bezpośredni udział w wykonywaniu zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej polegających na sprawowaniu zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz prowadzeniu działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska, a także na prowadzeniu działalności oświatowo-zdrowotnej.

Dla zapewnienia przez państwo realizacji ochrony interesu niewątpliwie wagi, tj. konstytucyjnie zagwarantowanego prawa obywatela do ochrony zdrowia, zasadne okazało się podejmowanie działań mających na celu poprawę warunków zatrudnienia nie tylko profesjonalnej kadry medycznej, ale także pracowników tzw. działalności podstawowej, innych niż pracownik wykonujący zawód medyczny, którzy co prawda nie posiadają uprawnień do samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych, ale wykonując pracę w komórkach działalności medycznej zakładu leczniczego, bezpośrednio wspierają udzielanie tych świadczeń. Ich praca ma zatem wpływ na jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pracowników medycznych w podmiotach leczniczych, co uzasadnia wyróżnienie tej grupy pracowników i objęcie jej zakresem zmienianej ustawy.

Celem wprowadzenia progu najniższej płacy zasadniczej dla grupy pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, jest również przeciwdziałanie rosnącym dysproporcjom między poziomem wynagrodzeń pracowników medycznych a poziomem płac pracowników działalności podstawowej, których praca pozostaje w bezpośrednim związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Dysproporcje płacowe między poszczególnymi grupami zawodowymi, a szczególnie rażąco niskie wynagrodzenia części pracowników należących nawet do tych samych lub zbliżonych grup zawodowych, powodują natomiast poczucie niesprawiedliwości i pokrzywdzenia wśród pracowników sektora ochrony zdrowia, wpływając przy tym niekorzystnie na relacje między poszczególnymi grupami pracowników.

Według informacji przekazanych przez podmioty lecznicze oraz danych z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), liczebność grupy pracowników działalności podstawowej, którzy nie wykonują zawodu medycznego, wynosi ok. 36 tys. pełnych etatów przeliczeniowych, średnia wysokość ich miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego, według stanu na listopad 2017 r., wynosi ok. 1990 zł brutto, natomiast średnia wysokość ich łącznego wynagrodzenia miesięcznego wynosi ok. 2570 zł brutto.

2. Zmiany dotyczące grup zawodowych pielęgniarek i położnych

Obecnie grupa zawodowa określona w lp. 8 załącznika do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. obejmuje tylko pielęgniarki i położne ze specjalizacją (niezależnie od poziomu wykształcenia i ukończonego kierunku studiów), zatem pielęgniarki i położne, które posiadają wykształcenie wyższe magisterskie na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, ale zatrudnione są na stanowiskach pracy niewymagających specjalizacji, są kwalifikowane do grupy zawodowej pielęgniarek i położnych z najniższym współczynnikiem pracy (grupa określona w lp. 9). Jednakowa wysokość współczynnika pracy (0,64), a tym samym jednakowe najniższe wynagrodzenie zasadnicze dla wszystkich pielęgniarek i położnych zatrudnionych na stanowiskach niewymagających specjalizacji (bez względu na fakt posiadania

wykształcenia wyższego magisterskiego), okazały się budzić liczne kontrowersje i poczucie niesprawiedliwości wśród przedstawicieli tej grupy zawodowej.

Według informacji przekazanych przez podmioty lecznicze oraz danych z CSIOZ, liczebność grupy pielęgniarek i położnych zatrudnionych na stanowiskach wymagających wykształcenia wyższego magisterskiego na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, lecz niewymagających specjalizacji, wynosi ok. 29 tys. pełnych etatów przeliczeniowych, średnia wysokość ich miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego, według stanu na listopad 2017 r., wynosi ok. 2772 zł brutto, natomiast średnia wysokość ich łącznego wynagrodzenia miesięcznego wynosi ok. 4587 zł brutto.

Ponadto zaktualizowania wymagało nazewnictwo zastosowane dla określenia w załączniku do ustawy grup zawodowych pielęgniarek i położnych według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku.

3. Termin na wydanie zarządzenia w sprawie sposobu podwyższania wynagrodzeń zasadniczych oraz podmiot uprawniony do wydania tego zarządzenia

Zgodnie z ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r. termin, w którym pracodawca jest obowiązany dokonywać podwyższenia wynagrodzeń zasadniczych pracowników objętych zakresem regulacji, przypada na dzień 1 lipca każdego roku. Przed tym dniem podmiot leczniczy lub podmiot tworzący w przypadku jednostek budżetowych, w przypadku braku zawarcia w terminie do dnia 31 maja danego roku porozumienia z organizacjami związkowymi lub przedstawicielem pracowników, musi wydać stosowne zarządzenie. Brak jest jednak obecnie w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. określonego terminu, w którym powyższe zarządzenie powinno być wydane.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

1. Rozszerzenie zakresu podmiotowego ustawy

Najistotniejszą zmianą jest rozszerzenie zakresu podmiotowego ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne. Grupa osób, które postanowiono objąć ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r., została ograniczona do pracowników, którzy nie wykonując zawodów medycznych, są pracownikami działalności podstawowej i wykonują pracę w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i które zatrudnione są na stanowiskach działalności podstawowej określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej lub stanowiskach analogicznych. Dla wyróżnienia grupy pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, znaczenie miała rola tej grupy pracowników w sektorze ochrony zdrowia oraz wpływ ich pracy na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Zarówno bowiem pracowników wykonujących zawody medyczne, jak i pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, którzy wykonują pracę pozostającą w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w komórkach działalności medycznej zakładu leczniczego, łączy wspólna cecha relewantna, którą jest uczestniczenie w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych.

W załączniku do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. zaproponowano przypisanie przedmiotowej grupie pracowników współczynnika pracy w wysokości 0,53. Najniższe wynagrodzenie zasadnicze dla ww. grupy zawodowej wynosić będzie zatem do końca 2019 r. 2067 zł brutto (do dnia 31 grudnia 2019 r. ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. przewiduje utrzymanie stałej kwoty bazowej służącej do obliczenia najniższego wynagrodzenia zasadniczego – w wysokości 3900 zł brutto). Natomiast do końca 2021 r. wynagrodzenie zasadnicze pracowników należących do dodawanej grupy zawodowej nie będzie mogło być niższe niż 2664 zł brutto. Jest to wysokość wynagrodzenia prognozowana na podstawie przewidywanej na 2020 r. kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, określonej w *Wytycznych dotyczących stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw – aktualizacja maj 2018 r.* opublikowanych przez Ministra Finansów.

Określenie w projekcie ustawy docelowej wysokości najniższych wynagrodzeń zasadniczych dla pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, tak samo jak w przypadku pozostałych pracowników objętych ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r., w żadnym miejscu nie wyłącza ogólnych przepisów prawa pracy normujących zasady ustalania wynagrodzenia za pracę, w tym nie wyklucza możliwości ustalenia dla każdego z pracowników wynagrodzenia zasadniczego wyższego niż określone w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. oraz różnicowania wysokości wynagrodzeń poszczególnych pracowników – w zależności od posiadanego doświadczenia zawodowego, stażu pracy, dodatkowych kwalifikacji itp.

Projektowana ustawa wprowadzi w odniesieniu do pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, przepisy o charakterze ochronnym, gwarantujące tym pracownikom ochronę wynagrodzenia zasadniczego. Dla pracowników najmniej zarabiających projektowana ustawa będzie stanowić gwarancję stopniowego podwyższania wynagrodzeń.

2. Zmiany w zakresie grup zawodowych pielęgniarek i położnych w załączniku do zmienianej ustawy

Projekt zakłada zmianę w grupach zawodowych określonych w lp. 7–9 załącznika do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. polegającą na przeniesieniu pielęgniarek i położnych zatrudnionych na stanowiskach wymagających wykształcenia wyższego magisterskiego na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, lecz niewymagających specjalizacji – z dotychczasowej grupy zawodowej określonej w lp. 9 do grupy określonej w lp. 8.

Proponowana zmiana załącznika do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. spowoduje, że współczynnik pracy 1,05 będzie obowiązywał przy ustalaniu wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarek i położnych zatrudnionych na stanowiskach pracy, na których wymagane jest posiadanie tytułu magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i specjalizacji. Pielęgniarki i położne zatrudnione na stanowisku pracy, na którym wymagane jest posiadanie specjalizacji, niezależnie od poziomu wykształcenia i ukończonego kierunku studiów, będą miały jednakowy współczynnik pracy jak pielęgniarki i położne bez specjalizacji, które są zatrudnione na stanowiskach, na których wymagany jest tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo (współczynnik pracy w wysokości 0,73). Przedmiotowa zmiana zakłada również, że grupa zawodowa pielęgniarek i położnych określonych w lp. 9 ma obejmować pielęgniarki i położne inne niż określone w grupie w lp. 7 i 8, bez specjalizacji. Powyższa zmiana wydaje się uzasadniona również z punktu widzenia polityki kształcenia kadry medycznej, z uwagi na cel, jakim jest promowanie podnoszenia kwalifikacji przez pielęgniarki i położne – nie tylko w drodze specjalizacji, ale też przez odbywanie studiów wyższych magisterskich na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo.

Projektowana ustawa, która rozszerza zakres podmiotowy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, jak również podnosi wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarkom i położnym zatrudnionym na stanowisku wymagającym wykształcenia wyższego magisterskiego na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, ale niewymagającym specjalizacji, kontynuuje zatem systemowe rozwiązanie prawne zmierzające do stopniowej poprawy warunków płacowych pracowników podmiotów leczniczych oraz niwelowania dysproporcji w zakresie poziomu wynagrodzeń zasadniczych grup pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Projekt przewiduje ponadto doprecyzowanie nazewnictwa grup zawodowych pielęgniarek i położnych w załączniku do zmienianej ustawy, celem dostosowania go do aktualnych przepisów rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 10 lutego 2017 r. w sprawie tytułów zawodowych nadawanych absolwentom studiów, warunków wydawania oraz niezbędnych elementów dyplomów ukończenia studiów i świadectw ukończenia studiów podyplomowych oraz wzoru suplementu do dyplomu (Dz. U. poz. 279) oraz art. 67 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123, z późn. zm.).

3. Wprowadzenie terminu i zmiana organu uprawnionego do wydania zarządzenia w sprawie sposobu podwyższania wynagrodzeń zasadniczych

Projekt ustawy zakłada ponadto wprowadzenie terminu do dnia 15 czerwca każdego roku na wydanie przez kierownika lub podmiot tworzący zarządzenia w sprawie sposobu podwyższania wynagrodzenia zasadniczego oraz przeniesienie na podmiot tworzący uprawnienia do wydania tego zarządzenia w stosunku do podmiotów leczniczych działających w formie jednostek wojskowych. Powyższe zmiany mają na celu usprawnienie corocznego procesu realizacji ustawowego obowiązku podwyższania wynagrodzeń zasadniczych.

Informacja o innych rozważanych rozwiązaniach problemu, w tym rozwiązaniach pozalegisłacyjnych

Z uwagi na cel, jakim jest zapewnienie pacjentom profesjonalnej kadry medycznej, a tym samym odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego, projektowana ustawa zawiera dopuszczalne ograniczenie swobody działalności prowadzonej przez podmioty lecznicze. Zgodnie bowiem z art. 22 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej ograniczenie wolności działalności gospodarczej jest dopuszczalne tylko w drodze ustawy i tylko ze względu na ważny interes publiczny. Forma ustawy jest zatem niezbędna, a za ważny interes publiczny należy uznać gwarancję bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów. Dodatkowo w art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej sformułowano kryteria dopuszczalności wprowadzania ograniczeń w korzystaniu z konstytucyjnych wolności i praw, wskazując, że są one możliwe tylko wówczas, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej albo wolności i praw innych osób.

Uzgodnienie warunków płacowych byłoby ewentualnie możliwe w trybie ponadzakładowego układu zbiorowego pracy, w razie zgodnej woli stron uprawnionych do jego zawarcia – tj. podmiotów posiadających zdolność układową. Jednakże, mimo istnienia takiej możliwości prawnej, podmioty uprawnione do zawarcia układu zbiorowego dotychczas nie zawarły układu w przedmiocie objętym zakresem projektowanej ustawy.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

W krajach Unii Europejskiej można zaobserwować trzy modele regulowania kwestii wynagradzania w sektorze ochrony zdrowia:

- 1) ogólnokrajowy branżowy akt prawny, w którym ustawodawca ustala miesięczne minimalne stawki wynagrodzenia pracowników ochrony zdrowia;
- 2) ponadzakładowe układy zbiorowe pracy;
- 3) modele mieszane łączące w sobie cechy rozwiązań opartych na powszechnie obowiązującym przepisie szczególnym z układami zbiorowymi pracy.

Ad 1. Jeżeli chodzi o pierwszy z modeli, oparty o ogólnokrajową regulację ustanawiającą płacę minimalną jako modelowe rozwiązanie, można wskazać rozwiązanie zastosowane w Wielkiej Brytanii.

W tym przypadku zasady wynagradzania pracowników publicznej służby zdrowia reguluje akt prawny, który określa wysokość rocznej płacy podstawowej dla pracowników służby zdrowia.

Przegląd wysokości określonych w ten sposób płac dokonywany jest co do zasady każdego roku. Uregulowanie to stosowane jest również poza publiczną służbą zdrowia – w zdecydowanej większości przypadków jest podstawą polityki

płacowej stosowanej przez podmioty prywatne (choć nie jest to obligatoryjne). Pula środków na wynagrodzenia osób zatrudnionych w sektorze publicznej służby zdrowia wydzielana jest z budżetu państwa (finansowana z przychodów podatkowych i składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne).

System płac dla pracowników publicznej służby zdrowia obejmuje dziewięć różnych przedziałów wynagrodzeń rocznych, co zezwala na ustandaryzowanie wysokości płac dla pracowników sektora medycznego. Posiadane umiejętności, staż pracy i uprawnienia zawodowe decydują o zakwalifikowaniu do jednego z przedziałów płacowych.

Ad 2. Przykładem kraju, w którym kwestie wynagrodzeń w sektorze zdrowia regulowane są w drodze układów zbiorowych, jest Holandia. Wynagrodzenia w sektorze ochrony zdrowia negocjowane są tam przez stronę pracodawców i pracowników. Zawarte w ten sposób układy zbiorowe mają zasięg ogólnokrajowy i obejmują wszystkie grupy zawodowe.

Ad 3. We Francji funkcjonuje model mieszany, w ramach którego wynagrodzenia personelu medycznego oraz personelu pomocniczego są regulowane na szczeblu krajowym. Jednocześnie poziom wynagrodzeń personelu medycznego (oprócz lekarzy) oraz pomocniczego zatrudnionego w klinikach oraz przychodniach prywatnych określony jest w układzie zbiorowym.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
podmioty lecznicze	21 978 podmiotów leczniczych	Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	Przedmiotowe zmiany mają spowodować poprawę warunków płacowych pracowników objętych projektowanymi zmianami, zwiększenie liczby zatrudnionych osób w podmiotach leczniczych oraz konkurencyjności zatrudnienia pracowniczego w stosunku do zatrudnienia na podstawie umów cywilnoprawnych, zmniejszenie dysproporcji między poziomami wynagrodzeń poszczególnych grup zawodowych, a w efekcie długofalowym także poprawę jakości i dostępności udzielanych świadczeń oraz wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego w podmiotach leczniczych. Wprowadzenie terminu na wydanie przez kierownika podmiotu leczniczego zarządzenia w sprawie sposobu podwyższania wynagrodzeń zasadniczych ma usprawnić proces dokonywania podwyżek w podmiotach leczniczych. Projekt będzie oddziałował również na podmioty lecznicze działające w formie jednostek wojskowych, gdyż zgodnie z projektem, w razie braku zawarcia przez strony uprawnione porozumienia, zarządzenie w sprawie sposobu podwyższania wynagrodzeń zasadniczych pracowników tego podmiotu wydawał będzie podmiot tworzący, czyli Minister Obrony Narodowej. Jednakże w chwili obecnej, mimo że istnieje uprawnienie do tworzenia przez Ministra Obrony Narodowej podmiotu leczniczego w formie jednostki wojskowej, nie istnieje żaden taki podmiot.
pielęgniarki i położne posiadające wykształcenie wyższe magisterskie na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, lecz nieposiadające specjalizacji	około 28 900 osób	dane z CSIOZ	Przedmiotowe zmiany mają spowodować poprawę warunków płacowych pielęgniarek i położnych, których dotyczy projektowana zmiana, zwiększenie liczby zatrudnionych w podmiotach leczniczych pielęgniarek i położnych posiadających wykształcenie wyższe magisterskie na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz konkurencyjności zatrudnienia pracowniczego w stosunku do zatrudnienia na podstawie umów cywilnoprawnych, promowanie podnoszenia kwalifikacji i kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo, zachęcenie do

			podejmowania zatrudnienia w kraju przez wykwalifikowane pielęgniarki i położne, a w efekcie długofalowym także poprawę jakości i dostępności udzielanych świadczeń oraz wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego w podmiotach leczniczych.
pracownicy działalności podstawowej, inni niż pracownicy wykonujący zawody medyczne	około 35 350 osób	dane z podmiotów leczniczych	Przedmiotowe zmiany mają spowodować poprawę warunków płacowych pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, zwiększenie liczby zatrudnionych osób w podmiotach leczniczych, a w efekcie długofalowym także poprawę jakości i dostępności udzielanych świadczeń oraz wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego w podmiotach leczniczych.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt nie był przedmiotem prekonsultacji.

Projekt został wysłany do konsultacji publicznych i opiniowania na okres 21 dni do następujących podmiotów:

- 1) Rada Dialogu Społecznego;
- 2) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 3) Naczelna Rada Lekarska;
- 4) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych;
- 5) Naczelna Rada Aptekarska;
- 6) Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych;
- 7) Krajowa Rada Fizjoterapeutów;
- 8) Polska Rada Ratowników Medycznych;
- 9) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 10) Komisja Krajowa NSZZ „Solidarność”;
- 11) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia;
- 12) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy;
- 13) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
- 14) Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych;
- 15) Związek Zawodowy Anestezjologów;
- 16) Związek Zawodowy Chirurgów Polskich;
- 17) Związek Zawodowy Neonatologów;
- 18) Związek Zawodowy Lekarzy Specjalności Chirurgicznych;
- 19) Porozumienie Zielonogórskie – Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 20) Kolegium Lekarzy Rodzinnych;
- 21) Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych;
- 22) Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 23) Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”;
- 24) Forum Związków Zawodowych;
- 25) Federacja Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 26) Rada Krajowa Federacji Konsumentów;
- 27) Fundacja Stefana Batorego;
- 28) Konfederacja Lewiatan;
- 29) Związek Pracodawców Niepublicznej Opieki Zdrowotnej;
- 30) Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 31) Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali;
- 32) Stowarzyszenie Menadżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ;
- 33) Polska Federacja Szpitali;
- 34) Stowarzyszenie Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego;
- 35) Konsorcjum Szpitali Wrocławskich;
- 36) Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego;
- 37) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej;
- 38) Business Centre Club – Związek Pracodawców;
- 39) Związek Rzemiosła Polskiego;
- 40) Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Niepublicznych;
- 41) Unia Metropolii Polskich;
- 42) Unia Uzdrawisk Polskich;

- 43) Związek Powiatów Polskich;
- 44) Związek Miast Polskich;
- 45) Związek Gmin Wiejskich Rzeczypospolitej Polskiej;
- 46) Federacja Związków Gmin i Powiatów Rzeczypospolitej Polskiej;
- 47) Konwent Marszałków Rzeczypospolitej Polskiej;
- 48) Unia Miasteczek Polskich;
- 49) Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 50) Federacja Pacjentów Polskich;
- 51) Ogólnopolska Federacja Organizacji Pozarządowych;
- 52) Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych „Medyk”;
- 53) Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Elektroradiologii;
- 54) Polska Izba Ubezpieczeń;
- 55) Rada Działalności Pożytku Publicznego;
- 56) Porozumienie Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy;
- 57) Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego;
- 58) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Diagnostyki Medycznej i Fizjoterapii;
- 59) Ogólnopolski Związek Zawodowy Fizjoterapia;
- 60) Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych;
- 61) Związek Zawodowy Psychologów;
- 62) Organizacja Międzyzakładowa Farmaceutów Szpitalnych OPZZ Konfederacja Pracy;
- 63) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Fizjoterapii;
- 64) Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii;
- 65) Polskie Towarzystwo Dietetyki;
- 66) Polskie Towarzystwo Elektroradiologii;
- 67) Związek Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 68) Ruch Społeczny – Obywatele dla Zdrowia;
- 69) Stowarzyszenie Razem dla Zdrowia;
- 70) Polskie Towarzystwo Psychiatryczne;
- 71) Polskie Towarzystwo Psychologiczne;
- 72) Związek Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień;
- 73) Polska Rada Psychoterapii;
- 74) Stowarzyszenie Oddziałów Psychiatrycznych przy Szpitalach Ogólnych;
- 75) Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych;
- 76) Polskie Stowarzyszenie Dietetyków;
- 77) Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych;
- 78) Polskie Towarzystwo Toksykologiczne;
- 79) Polskie Towarzystwo Techników Dentystycznych;
- 80) Polskie Towarzystwo Optometrii i Optyki.

Stosownie do postanowień § 36 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.), zwanej dalej „Regulaminem pracy RM”, projekt został skierowany do konsultacji publicznych, w tym do organizacji społecznych lub innych zainteresowanych podmiotów albo instytucji w celu przedstawienia ich stanowiska. Projekt został zamieszczony, zgodnie z postanowieniami § 52 ust. 1 Regulaminu pracy RM, w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji. Ponadto, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248), z chwilą przekazania projektu do uzgodnień z członkami Rady Ministrów został on zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia. Żaden z podmiotów nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem ustawy w trybie ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa.

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostały omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z 2018 r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0–10)
Dochody ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NFZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

FGŚP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saldo ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NFZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FGŚP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Źródła finansowania	<p>Projekt spowoduje zwiększenie wydatków ponoszonych przez podmioty lecznicze, które zatrudniają pracowników objętych zakresem projektowanej nowelizacji za wynagrodzeniem niższym niż określone w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r.</p> <p>Proponowana nowelizacja ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. nie będzie wpływała w latach 2018–2028 na wydatki sektora finansów publicznych, w tym wydatki budżetu państwa wskazane w regule wydatkowej zawartej w art. 6 zmienianej ustawy.</p> <p>Skutki finansowe przedmiotowej regulacji dla budżetu państwa będą finansowane w ramach limitu wydatków określonego corocznie w ustawie budżetowej we właściwych częściach budżetowych. Corocznie limit wydatków na wynagrodzenia i pochodne dla właściwych dysponentów części powinien być odpowiednio dostosowany przez Ministra Finansów i uwzględniać skutki finansowe wynikające ze zmian przedmiotowej ustawy.</p> <p>W przypadku pracowników objętych projektowaną zmianą ustawy, których pracodawcy (podmioty lecznicze) otrzymują środki finansowe z Narodowego Funduszu Zdrowia, koszty podwyżek powinny zostać sfinansowane przez pracodawców ze środków uzyskanych w ramach wzrastających przychodów i odpowiednio kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>W przypadku podmiotów leczniczych sektora prywatnego, które nie są świadczeniodawcami, podwyżki będą finansowane ze środków własnych tych podmiotów, w tym ewentualnie ze zwiększonych przychodów wynikających na przykład z podwyższenia cen usług lub pakietów medycznych.</p>
---------------------	---

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<p>Szacuje się, że wejście w życie ustawy może ponadto spowodować wydatki, które obrazuje poniższa tabela (w ujęciu narastającym w mln zł).</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>2018</th> <th>2019</th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>wszystkie podmioty lecznicze</td> <td>23,00</td> <td>68,99</td> <td>146,19</td> <td>254,27</td> <td>1062,30</td> <td>1062,30</td> </tr> <tr> <td>w tym: jednostki budżetowe</td> <td>0,72</td> <td>2,40</td> <td>5,17</td> <td>9,16</td> <td>15,32</td> <td>15,83</td> </tr> </tbody> </table> <p>Wskazane wyżej wydatki skalkulowane zostały przy założeniu, że koszty podwyżek wynagrodzeń pielęgniarek i położnych częściowo zostaną pokryte środkami na podwyżki wynagrodzeń ww. grupy zawodowej przeznaczonymi na realizację przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.).</p> <p>Łącznie skutek finansowy podwyżek wynikających z przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czyli rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), zwanych dalej „OWU”, przypadający na jedną pielęgniarkę/położną to kwota 1600 zł brutto z kosztami pracodawcy</p>		2018	2019	2020	2021	2022	2023	wszystkie podmioty lecznicze	23,00	68,99	146,19	254,27	1062,30	1062,30	w tym: jednostki budżetowe	0,72	2,40	5,17	9,16	15,32	15,83
	2018	2019	2020	2021	2022	2023																
wszystkie podmioty lecznicze	23,00	68,99	146,19	254,27	1062,30	1062,30																
w tym: jednostki budżetowe	0,72	2,40	5,17	9,16	15,32	15,83																

(4 x 400 zł), co daje kwotę ok. 1334 zł brutto podwyżki na jedną pielęgniarkę/położną (4 x 333,6 zł).

Z uwagi na fakt, że podwyżki wynagrodzeń w oparciu o środki przekazywane na podstawie OWU dokonywane były (przed wejściem w życie ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r.) prawie wyłącznie w formie dodatków do wynagrodzeń, istnieje możliwość wykorzystania przez podmioty lecznicze pozyskanych w ten sposób funduszy na sfinansowanie skutków wzrostu wynagrodzeń zasadniczych wynikających z projektowanej ustawy. Stosowny przepis przewidujący zaliczanie środków na podwyżki pozyskiwanych z OWU na pokrycie kosztów podwyżek koniecznych do uzyskania poziomu najniższych wynagrodzeń zasadniczych wynikających z projektu ustawy zawarty jest w jej art. 3 ust. 3.

Założono ponadto, że podwyżki wynagrodzeń pielęgniarek i położnych realizowane na podstawie OWU będą nadal dokonywane w taki sposób, że każda pielęgniarka/położna zgłoszona do płatnika jako uprawniona do podwyżki z OWU otrzymuje taką samą kwotę wzrostu wynagrodzenia. Powoduje to, że nie można przyjąć, że wszystkie środki przekazywane podmiotom leczniczym na podstawie podwyżek z OWU przeznaczone będą tylko dla pielęgniarek/położnych, których wynagrodzenia zasadnicze są niższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze określone w projekcie ustawy. W dotychczasowej praktyce podwyżki z OWU realizowane były w podmiotach leczniczych na podstawie porozumień zakładających objęcie jednakowymi podwyżkami wszystkich pielęgniarek bez względu na dotychczasowe wynagrodzenie.

Dopływ dodatkowych rosnących corocznie kwot środków z podwyżek z OWU zakończy się w 2019 r. Od 2020 r. płatnik przekazywał będzie jedynie kwoty pozwalające na podtrzymanie skutków podwyżek z OWU wg stanu na 2019 r. Natomiast mechanizm przyjęty w projekcie ustawy przewiduje dochodzenie do docelowych wynagrodzeń w okresie do dnia 31 grudnia 2021 r. co powoduje, że od pewnego momentu pracodawcy będą musieli przeznaczać na podwyższenie wynagrodzeń pielęgniarek/położnych do poziomu najniższych określonych ustawą dodatkowe środki – inne niż pochodzące z OWU (z szacunkowych obliczeń skutków finansowych projektu wynika, że skutki finansowe dotyczące wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych z tytułem magistra bez specjalizacji wystąpią dopiero w 2022 r.).

W związku z faktem, iż poziom najniższych wynagrodzeń nie będzie rósł po dniu 31 grudnia 2021 r., począwszy od dnia 1 stycznia 2022 r. pracodawcy będą musieli jedynie utrzymywać skutek ustalenia na dzień 31 grudnia 2021 r. poziomów najniższych wynagrodzeń. Oznacza to, że od 2022 r. nastąpi utrzymanie skutków finansowych na stałym poziomie – nie będą już podwyższane wynagrodzenia zasadnicze pracowników, jednak będzie występował skutek podwyższenia wynagrodzeń dokonanego przed 2022 r.

Po konsultacjach publicznych została dokonana korekta obliczeń skutków finansowych projektowanej ustawy dla wszystkich podmiotów leczniczych, ponieważ po przekazaniu projektu do konsultacji publicznych zostały w dniu 25 maja 2018 r. opublikowane przez Ministra Finansów zaktualizowane *Wytyczne dotyczące stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw – aktualizacja maj 2018 r.*

Koszty podwyżek wynagrodzeń pracowników zatrudnionych w finansowanych z budżetu państwa podmiotach leczniczych podległych i nadzorowanych przez Ministra Zdrowia pochodzą będą ze środków, które podmioty te otrzymują z budżetu państwa z części 46 – Zdrowie, a koszty podwyższenia wynagrodzeń pracowników wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych, jak również koszty podwyższania wynagrodzeń pracowników zespołów ratownictwa medycznego, zostaną pokryte z posiadanych przez te jednostki środków z części 85 – Wojewodowie.

Koszty wynikające z wejścia w życie przedmiotowej ustawy w zakresie wzrostu wynagrodzeń pracowników zatrudnionych w finansowanych z budżetu państwa podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności, zostaną pokryte w ramach środków planowanych w części 37–Sprawiedliwość.

Koszty wynikające z wejścia w życie przedmiotowej ustawy w zakresie wzrostu wynagrodzeń pracowników zatrudnionych w finansowanych z budżetu państwa jednostkach podległych i nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz w Straży Granicznej zostaną pokryte ze środków zaplanowanych w części 42 – Sprawy wewnętrzne.

Wydatki związane ze wzrostem wynagrodzeń w finansowanych z budżetu państwa w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, zostaną sfinansowane w ramach wydatków obronnych wskazanych w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 25 maja 2001 r. o przebudowie i modernizacji technicznej oraz finansowaniu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2018 r. poz. 37).

Wydatki związane ze wzrostem wynagrodzeń w finansowanych z budżetu państwa podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Szef Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, finansowane będą ze środków otrzymywanych przez te jednostki z części 57 – Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego.

Obliczenia skutków finansowych obejmują wzrosty wynagrodzeń zasadniczych oraz skutek w postaci podwyższenia pochodnych od wynagrodzeń (dodatkových składników wynagrodzeń wypłacanych pracownikom) – w wymiarze stanowiącym całkowity koszt pracodawcy, zatem wraz ze składkami finansowanymi przez pracownika i pracodawcę oraz zaliczką na podatek dochodowy.

Do obliczeń przyjęto dane z informacji przekazanych przez podmioty lecznicze dotyczące średnich wysokości wynagrodzeń w wybranych grupach zawodowych oraz informacji CSIOZ, dotyczących liczby osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Na potrzeby obliczeń wydatków wskazanych w powyższej tabeli dla wszystkich podmiotów leczniczych, w latach 2018 i 2019 przyjęto, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r., najniższe wynagrodzenia zasadnicze obliczone na podstawie stałej kwoty bazowej w kwocie 3900 zł. W latach 2020 i 2021 do obliczenia najniższego wynagrodzenia zasadniczego przyjęto prognozy wysokości przeciętnego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w latach 2019 i 2020 zawarte w załączniku do Wytycznych dotyczących stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw – aktualizacja maj 2018 r. opublikowanych przez Ministra Finansów na stronie <http://www.mf.gov.pl/ministerstwo-finansow>. Natomiast dla obliczeń wydatków w 2022 i 2023 r. przyjęto wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego prognozowanego na 2021 rok (zgodnie z art. 3 ust. 4 zmienianej ustawy, od dnia 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny nie może być niższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone w sposób określony w art. 3 ust. 1 na dzień 31 grudnia 2021 r.).

Projektowana ustawa nie ustala wysokości wynagrodzeń niektórych pracowników podmiotów leczniczych, a określa jedynie najniższą prawnie dopuszczalną wysokość wynagrodzenia zasadniczego tych pracowników. Zawiera ona przepisy o charakterze gwarancyjnym, dotyczące wszystkich podmiotów leczniczych niezależnie od źródła finansowania – tym samym stanowi regulację analogiczną do ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2017 r. poz. 847, z późn. zm.), z tą tylko różnicą, że przedmiotowy projekt reguluje poziom najniższego wynagrodzenia zasadniczego określonej „sektorowo” grupy osób – pracowników wykonujących zawody medyczne w podmiotach leczniczych.

Projektowana ustawa – tak samo jak ustawa z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę – nie wskazuje źródła finansowania podwyżek wynagrodzeń pracowników zarabiających poniżej minimalnego poziomu określonego w ustawie. Zatem tak jak w przypadku ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, projektowana ustawa również nie powinna stanowić podstawy do dochodzenia przez podmioty lecznicze roszczeń o przekazywanie środków na sfinansowanie podwyżek wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych wobec corocznie podnoszonego poziomu wynagrodzenia minimalnego.

Zgodnie z projektem ustawy wynagrodzenia zasadnicze pracowników objętych nowelizacją, zarabiających mniej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze, będą podwyższane stopniowo w latach 2018–2021, przy czym wynagrodzenia zasadnicze muszą być podwyższone do poziomu najniższego wynagrodzenia zasadniczego do dnia 31 grudnia 2021 r.

Przyjmując powyższy mechanizm dojścia do najniższego wynagrodzenia zasadniczego określony w ustawie (minimalne coroczne podwyższanie wynagrodzeń pracowników) oraz dostosowywania po 2019 r. wynagrodzeń do rosnącej kwoty przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej, łączna kwota wydatków podmiotów leczniczych finansowanych z budżetu państwa od dnia 1 lipca 2018 r. do dnia 31 grudnia 2028 r. wynosić będzie około 133 824 416 zł (w ujęciu narastającym). Na tę kwotę składają się następujące wydatki:

1. wojewódzkie, powiatowe i graniczne stacje sanitarno-epidemiologiczne: 9 580 492 zł;
2. Dom Pracownika Służby Zdrowia w Warszawie: 266 163 zł;
3. Dom Lekarza Seniora im. dr Kazimierza Fritza w Warszawie: 400 252 zł;
4. Ośrodek Diagnostyczno-Badawczy Chorób Przenoszonych Drogą Płciową w Białymstoku: 169 265 zł;
5. Krajowy Ośrodek Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie: 787 005 zł;
6. Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie: 12 142 083 zł;
7. Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Branicach: 5 963 765 zł;
8. Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Gostyninie-Zalesiu: 0 zł (podmiot w trakcie

- likwidacji);
9. Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim: 5 746 966 zł;
 10. Ośrodek Readaptacyjno-Rehabilitacyjny w Karczewie: 5 598 061 zł;
 11. regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa: 68 831 387 zł;
 12. Lotnicze Pogotowie Ratunkowe: 97 744 zł;
 13. Przychodnia Lekarska Służby Zagranicznej (MSZ): 0 zł;
 14. podmioty lecznicze, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej: 18 921 000 zł;
 15. Straż Graniczna (MSWiA): 2 785 389 zł;
 16. podmioty lecznicze, dla których podmiotem tworzącym jest Szef Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego: 243 844 zł;
 17. podmioty lecznicze, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Sprawiedliwości: 2 291 000 zł.

Powyższe dane pochodzą od ww. podmiotów, które, na wniosek Ministra Zdrowia, dokonały kalkulacji przewidywanych kosztów projektowanej zmiany ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. w latach 2018–2028, przyjmując dokonywanie corocznych minimalnych podwyżek wynagrodzeń określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. Na potrzeby szacunków kosztów zmiany ustawy jednostki miały przyjąć wskazany przez Ministra Zdrowia prognozowany poziom najniższych wynagrodzeń zasadniczych, który został sporządzony dla celów przedmiotowych obliczeń zgodnie ze wskazanym wyżej mechanizmem zgodnym z aktualnymi na dzień dokonywania przedmiotowych obliczeń Wytycznymi dotyczącymi stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw (aktualizacja październik 2017 r.), opublikowanymi przez Ministra Rozwoju i Finansów na stronie <http://www.mf.gov.pl/ministerstwo-finansow>. Ponadto jednostki miały uwzględnić nie tylko koszt podwyższenia wynagrodzeń zasadniczych, ale również skutek w postaci podwyższenia pochodnych od wynagrodzeń (dodatkowych składników wynagrodzeń wypłacanych pracownikom).

Wyliczenie nie dotyczy podmiotów leczniczych finansowanych z innych źródeł niż budżet państwa, w szczególności działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (spzoz) pokrywających koszty swojej działalności wyłącznie ze środków własnych pochodzących z Narodowego Funduszu Zdrowia.

W obliczeniach nie uwzględniono ewentualnych wydatków podmiotów tworzących spzoz, ponieważ zgodnie z art. 52 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, spzoz pokrywa z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i reguluje zobowiązania. W szczególności podkreślenia wymaga, że jednostka samorządu terytorialnego nie ma podstaw prawnych do przekazywania środków finansowych z przeznaczeniem na finansowanie wynagrodzeń osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych, dla których jest podmiotem tworzącym.

Wejście w życie ustawy może spowodować jedynie pośredni wpływ na sytuację finansową podmiotów tworzących spzoz, wynikający z ewentualnych przesunięć środków finansowych w planach finansowych poszczególnych podmiotów leczniczych, jednakże oszacowanie tak daleko idących hipotetycznych skutków jest niemożliwe. Jednocześnie, zgodnie z art. 59 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, podmiot tworzący pokrywa stratę netto spzoz za rok obrotowy, w kwocie jaka nie może być pokryta przez ten spzoz.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0–10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z 2018 r.)	duże przedsiębiorstwa	0	0	0	0	0	0	0
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	0	0	0	0	0	0	0
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	12,50	37,51	79,49	138,25	577,60	577,60	4310,98
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Przedmiotowe zmiany mają spowodować wzrost zainteresowania podjęciem pracy w tych przedsiębiorstwach, poprawę warunków płacowych pracowników objętych projektowanymi zmianami, wzrost konkurencyjności zatrudnienia pracowniczego w stosunku do zatrudnienia na podstawie umów cywilnoprawnych, zmniejszenie dysproporcji między poziomami wynagrodzeń poszczególnych grup zawodowych. Wprowadzenie						

		projektowanych zmian może się ponadto przełożyć na zwiększenie konkurencyjności publicznych podmiotów leczniczych w stosunku do podmiotów leczniczych sektora prywatnego, co w konsekwencji może spowodować wzrost zatrudnienia w sektorze publicznym.
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Wejście w życie przedmiotowej regulacji spowoduje konieczność podwyższenia wynagrodzeń tej grupy pracowników objętych nowelizacją, których wynagrodzenia są niższe niż najniższe wynagrodzenia określone w ustawie. Sytuacja mikro-, małych i średnich przedsiębiorców nie będzie przy tym inna niż pozostałych podmiotów leczniczych. Przedmiotowe zmiany mają spowodować wzrost zainteresowania podjęciem pracy w tych przedsiębiorstwach, poprawę warunków płacowych pracowników objętych projektowanymi zmianami, wzrost konkurencyjności zatrudnienia pracowniczego w stosunku do zatrudnienia na podstawie umów cywilnoprawnych, zmniejszenie dysproporcji między poziomami wynagrodzeń poszczególnych grup zawodowych.
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Wprowadzenie projektowanych regulacji może mieć w efekcie przełożenie na liczbę i profesjonalność zatrudnionej w podmiotach leczniczych kadry, a tym samym wyższy poziom bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Projektowana ustawa przez wprowadzenie poziomu najniższego wynagrodzenia zasadniczego i obowiązku podwyższania wynagrodzeń zasadniczych najmniej zarabiających pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, jak również podwyższenie współczynnika pracy dla części pielęgniarek i położnych, spowoduje wzrost zarobków ww. pracowników, a co za tym idzie również poprawę sytuacji ekonomicznej i społecznej ich rodzin. W efekcie długofalowym wzrost zatrudnienia w podmiotach leczniczych, jak też poprawa warunków płacowych osób już zatrudnionych, wpłynąć ma pozytywnie na dostępność i jakość świadczeń zdrowotnych, również dla osób niepełnosprawnych i starszych.
Niemierzalne	Konkurencyjność gospodarki	Wprowadzane regulacje mogą mieć pośredni wpływ na wysokość opłat za usługi medyczne w podmiotach leczniczych sektora prywatnego, a co za tym idzie – może przyczynić się do wzrostu cen pakietów medycznych.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<p>Wpływ na obywateli (w ujęciu pieniężnym) wynika z oszacowanych podwyżek wynagrodzeń netto pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.</p> <p>Ponadto podwyższenie poziomu wynagrodzeń osób objętych projektowaną ustawą będzie miało wpływ na funkcjonowanie tych podmiotów, które w strukturze zatrudnienia mają duży udział osób, których wynagrodzenie zasadnicze statuuje się na poziomie niższym niż najniższe miesięczne wynagrodzenie zasadnicze, o którym mowa w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. Wpływ będzie szczególnie istotny w przypadkach, gdy wydatki na wynagrodzenia stanowią istotną część całkowitych kosztów danego przedsiębiorstwa, marże uzyskiwane przez przedsiębiorstwo są niskie, a struktura kosztów nie pozwala na oszczędności w innym obszarze niż koszty pracy. Niestety nie ma danych, które by pozwalały określić, w których podmiotach problem taki może wystąpić.</p>	
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu		
<input type="checkbox"/> nie dotyczy		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy	
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

		<input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy	
Komentarz:			
9. Wpływ na rynek pracy			
<p>Podejmowane działania mają podnieść poziom wynagrodzenia osób objętych projektowanymi zmianami, osiągających najniższe dochody, co w efekcie przyczynić się ma do wzrostu zadowolenia pracowników oraz zatrzymania migracji poza granice kraju. Jednocześnie poprawa warunków wynagradzania w sektorze ochrony zdrowia ma zachęcić do podejmowania kształcenia w zawodach pielęgniarki i położnej, a nowo wykształconą kadrę do zatrudniania się w podmiotach leczniczych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W efekcie zjawisko powyższe wpłynąć ma na wzrost liczebności profesjonalnej kadry medycznej zatrudnionej w podmiotach leczniczych.</p> <p>Ponadto wzrost wynagrodzeń profesjonalnej kadry medycznej pozwoli na zapobieganie zjawisku dumpingu cenowego, wynikającego z zaniżonych kosztów pracy pracowników sektora ochrony zdrowia w stosunku do analogicznych kosztów za granicą.</p>			
10. Wpływ na pozostałe obszary			
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:		<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe <input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie	
Omówienie wpływu		Wzrost liczebności i poziomu wykształcenia kadry w podmiotach leczniczych powinien wpłynąć pozytywnie na jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego			
<p>Projektowana ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. Projekt ustawy zawiera przepisy dostosowujące, zgodnie z którymi wprowadza się odrębne terminy na zawarcie pierwszego porozumienia (lub zarządzenia, jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte) o sposobie podwyższania, na dzień 1 lipca 2018 r., wynagrodzeń zasadniczych w podmiocie leczniczym, w zakresie realizacji zmian wprowadzanych niniejszą ustawą.</p> <p>Zgodnie z przepisami ustawy aktualizacja obowiązku dostosowania poziomu wynagrodzeń w podmiotach leczniczych do najniższego wynagrodzenia zasadniczego następować będzie corocznie na dzień 1 lipca – do dnia 31 grudnia 2021 r., z uwagi na systematyczny wzrost kwoty przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie najniższego wynagrodzenia.</p>			
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?			
<p>Ewaluacja efektów projektu</p> <p>Projekt ustawy zakłada, że docelowa wysokość minimalnego wynagrodzenia zasadniczego miałyby zostać osiągnięta do dnia 31 grudnia 2021 r. Ponadto do dnia 31 grudnia 2019 r. kwota bazowa, stanowiąca podstawę do obliczania obowiązującego najniższego wynagrodzenia zasadniczego, została ustalona na stałym poziomie 3900 złotych brutto (kwota ta odpowiada wysokości przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2015 r. ogłoszonego w komunikacie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z 9 lutego 2016 r.). Natomiast od dnia 1 stycznia 2020 r. do dnia 31 grudnia 2021 r. kwotę bazową stanowić będzie przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w gospodarce narodowej w poprzednim roku. Od dnia 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny nie będzie mogło być niższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone na dzień 31 grudnia 2021 r.</p> <p>Określenie mierników rezultatu</p> <p>Kontrolę wykonywania obowiązku podwyższania wynagrodzeń zgodnie z przepisami ustawy sprawować mają podmioty tworzące podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami oraz Państwowa Inspekcja Pracy.</p> <p>Jednocześnie Ministerstwo Zdrowia będzie badać poziom wynagrodzeń przez systematyczne przeprowadzanie ankiet wynagrodzeniowych i analizę ich wyników. Analizie poddawany będzie również poziom zatrudnienia w podmiotach leczniczych oraz tendencja zmian w liczbie osób kształcących się w zawodach medycznych.</p>			
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)			
Raport z konsultacji publicznych i opiniowania.			

Załącznik do OSR

**Raport z konsultacji publicznych i opiniowania
do projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody
medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych**

Lp.	Treść uwagi	Zgłaszający uwagę	Stanowisko
1	2	3	4
Uwagi w zakresie rozszerzenia zakresu podmiotowego projektowanej ustawy			
	Projektowana ustawa powinna dotyczyć na jednolitych zasadach wszystkich pracowników podmiotu leczniczego.	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”	Proponuje się nie uwzględnić. Wnioskowana zmiana wykraczałaby poza zakres nowelizacji. Grupa pracowników, których postanowiono dodatkowo objąć ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r., została ograniczona do pracowników, którzy nie wykonują zawodów medycznych, są pracownikami działalności podstawowej i wykonują pracę w komórkach organizacyjnych działalności medycznej zakładu leczniczego.
	art. 2 pkt 4 – zawarcie warunku, że ustawa ma dotyczyć tych pracowników, którzy wykonują pracę w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, tworzy ryzyko, że wykluczy się pracowników w tych podmiotach leczniczych, w których pracownicy nie mają przypisania w umowach o pracę konkretnych komórek organizacyjnych, tylko mają ogólne wskazanie miejsca wykonywania pracy jako dany podmiot leczniczy.	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”	Proponuje się nie uwzględnić. Projektowana ustawa kwalifikuje do grupy pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, osoby które w sensie faktycznym wykonują pracę w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, a nie tylko te które

		mają w umowach o pracę określone te komórki jako miejsce zatrudnienia.
	w art. 2 pkt 3b ustawy z 8 czerwca 2017 r. – skreślić słowo: „bezpośredni”	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” Proponuje się uwagę uwzględnić.
	Projekt zmiany ustawy zakłada podwyższenie wynagrodzenia zasadniczego dla pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownik wykonujący zawód medyczny - zatrudnionych w podmiocie leczniczym na podstawie umowy o pracę. Jednocześnie ustawodawca w projekcie zmiany ustawy zaproponował definicję „pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny”. Należy negatywnie zaopiniować proponowaną zmianę rozszerzenia zakresu podmiotowego ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o powyżej zdefiniowaną grupę pracowników z uwagi na wątpliwości interpretacyjne. Dotyczy to w szczególności zastosowanego przez ustawodawcę odesłania do przepisów wydanych na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, 138, 650) tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami z dnia 20 lipca 2011 r. (Dz. U. Nr 151, poz. 896).	Urząd Miasta Krakowa Proponuje się uwagę uwzględnić, poprzez zmianę definicji pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, w taki sposób, aby jasno wynikało z niej, że chodzi o osoby zatrudnione na stanowiskach działalności podstawowej określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160 z późn. zm.) i stanowiskach analogicznych we wszystkich podmiotach leczniczych niezależnie od formy i źródła finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych.
	Ponadto, proponuje się rozważenie poszerzenia zakresu podmiotowego, do którego odnosi się projektowana ustawa, o wszystkich pracowników zatrudnionych w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, innych niż pracownik wykonujący zawód medyczny, zatrudnionych na stanowiskach administracyjnych, technicznych, ekonomicznych, gospodarczych oraz obsługi określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zgodnie z zasadą równego traktowania proponowana zmiana obejmowałaby wszystkich pracowników obsługi zarówno w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, jak i w podmiocie leczniczym, którym jest stacja sanitarno-epidemiologiczna. Należy podkreślić, że w stacjach sanitarno-epidemiologicznych grupa tzw. pracowników obsługi jest grupą nieliczną - na dzień 31 grudnia 2017 r. liczba etatów pracowników administracyjnych, technicznych, ekonomicznych, gospodarczych i obsługi wyniosła 2899.12 etatów,	Główny Inspektorat Sanitarny Proponuje się nie uwzględnić. Wnioskowana zmiana wykraczałaby poza zakres nowelizacji. Grupa pracowników, których postanowiono objąć ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r., została ograniczona do pracowników, którzy nie wykonując zawodów medycznych, są pracownikami działalności podstawowej i

<p>natomiast łącznie w Państwowej Inspekcji Sanitarnej liczba etatów wynosi: 14 132. 23 (dane statystyczne: druk MZ-45A). Państwowa Inspekcja Sanitarna należy do najniżej wynagradzanych służb w Polsce. Przy jednoczesnym stałym wzroście obowiązków ustawowych i dotychczasowym braku systemowych rozwiązań służących zwiększaniu wynagrodzeń stacji sanitarno-epidemiologicznych istnieje pilna konieczność objęcia podwyżkami wynagrodzeń wszystkich pracowników' tych jednostek.</p>		<p>wykonywują pracę w komórkach organizacyjnych działalności medycznej zakładu leczniczego.</p>
<p>Federacja ZZPOZIPS podtrzymuje uwagi wyrażone za pośrednictwem OPZZ na posiedzeniu Zespołu ds. usług publicznych RDS w dniu 20.02.2018r. (potwierdzone pisemnie i przesłane do Pani Minister tego samego dnia). Niezmiennie podnosimy problem nieuwzględnienia wszystkich pracowników ochrony zdrowia, co już ma swoje odzwierciedlenie w proponowanym tytule projektu ustawy. Pozytywną zmianą jest rozszerzenie zakresu podmiotowego o pracowników działalności podstawowej innych niż wykonujących zawody medyczne, jednak w tej pominiętej grupie są także pracownicy, bez których prawidłowe funkcjonowanie placówek ochrony zdrowia nie jest możliwe (informatycy, wysokospecjalistyczne służby techniczne itp.).</p>	<p>Federacja Związków Zawodowych POZIPS</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. j.w.</p>
<p>Projekt ustawy dotyczy pracowników wykonujących zawody medyczne, zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Przez osobę wykonującą zawód medyczny rozumiana jest, zgodnie z definicją zawartą w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Fizycy medyczni niewątpliwie spełniają tę definicję.</p> <p>Zgodnie z „Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej” (Dz.U. 2011 nr 51 poz. 265, z późn. zm.), w jednostce prowadzącej radioterapię megawoltową specjalista fizyk medyczny jest odpowiedzialny m.in. za planowanie leczenia (par 30, ust. 1). „Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2006 r. w sprawie minimalnych wymagań dla zakładów opieki zdrowotnej ubiegających się o wydanie zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii onkologicznej” (Dz.U. 2006 nr 75 poz. 528, z późn. zm.) formułuje wymagania odnośnie minimalnej liczby fizyków medycznych, w tym fizyków medycznych ze specjalizacją, w podmiotach prowadzących teleradioterapię radykalną i paliatywną, brachyterapię oraz leczących choroby nowotworowe przy użyciu produktów radiofarmaceutycznych (par. 11-14). Zgodnie z „Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej” (Dz.U. 2013 poz. 1413, z późn. zm.) zatrudnianie fizyka medycznego jest wymagane także od świadczeniodawców realizujących niektóre badania diagnostyczne z zakresu medycyny nuklearnej (badania scyntygraficzne, SPECT, PET).</p> <p>Specjalizacja w dziedzinie fizyki medycznej jest regulowana tymi samymi przepisami, co specjalizacja w dziedzinie fizjoterapii (Dz.U. 2002 nr 173 poz. 1419).</p> <p>W związku z tym wnioskujemy o uwzględnienie naszej grupy zawodowej w tym projekcie.</p>	<p>Ogólnopolski Związek Zawodowy Fizyków Medycznych</p>	<p>Proponuje się uwzględnić uwagę w takim zakresie, że grupa pracowników, których postanowiono objąć ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r., zostanie rozszerzona o pracowników, którzy nie wykonując zawodów medycznych, są pracownikami działalności podstawowej i wykonują pracę w komórkach organizacyjnych działalności medycznej zakładu leczniczego.</p>

<p>Z uwagi na fakt, że projekt opiera się na ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 Nr 112 poz. 654), w szczególności na definicji zawartej w art. 2 pkt.1 ppkt.2 "osoba wykonująca zawód medyczny - osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny", katalog zawodów medycznych jest katalogiem szerokim, nieograniczającym się jedynie do osób, które ukończyły studia medyczne, oraz które w rozumieniu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania są zaliczane do zawodów regulowanych.</p> <p>Psychoterapia jest istniejącym i uznanym w Polsce zawodem/specjalnością, wyszczególnionym pod numerem 228905 w klasyfikacji zawodów i specjalności wprowadzonej rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. 2014 poz. 1145), które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2015 r. Zaliczono ją w tym dokumencie do kategorii "Specjaliści ochrony zdrowia gdzie indziej niesklasyfikowani". Jednocześnie kategorie "osoby świadczące psychoterapię" i "osoby ubiegające się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty" zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2013 r., poz. 1386).</p> <p>Wyniki badań naukowych potwierdzają, że bez uwzględnienia psychoterapii (psychoterapii indywidualnej, psychoterapii par, psychoterapii rodzinnej i psychoterapii grupowej) nie może być mowy o skutecznej ochronie zdrowia psychicznego. Wynika z tego wprost, iż niezbędne jest zagwarantowanie pacjentom możliwości korzystania z psychoterapii prowadzonej przez osoby mające do tego przygotowanie.</p> <p>Zgodnie ze standardami przyjętymi w Polsce proces specjalistycznego kształcenia w psychoterapii oznacza łącznie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • posiadanie dyplomu ukończenia studiów wyższych na poziomie magisterskim; • ukończenie specjalistycznego całościowego podyplomowego szkolenia w psychoterapii trwającego minimum 4 lata i obejmującego minimum 1200 godzin kształcenia teoretycznego i praktycznego, zgodnego z ramowym programem nauczania PRP i potwierdzonego zaświadczeniem lub innym dokumentem; • spełnienie dodatkowych wymogów opisanych w procedurach certyfikacyjnych poszczególnych stowarzyszeń zawodowych, w tym dotyczących praktyki klinicznej oraz superwizji; • egzamin certyfikacyjny (zewnętrzny, niezależny od ośrodków szkolących) przeprowadzany przez stowarzyszenia zrzeszające psychoterapeutów. <p>Chcemy podkreślić, że w wyniku prac Polskiej Rady Psychoterapii został opracowany tzw. Ramowy Program Szkolenia w Psychoterapii, który został wprowadzony przez wszystkie organizacje zrzeszone w Radzie.</p> <p>Należy pamiętać, że całościowe specjalistyczne podyplomowe szkolenie w psychoterapii jest szkoleniem odrębnym od specjalizacji w psychologii klinicznej czy psychiatrii. Tak jak w przypadku specjalizacji w</p>	<p>Polska Rada Psychoterapii</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Przyjęty w załączniku do ustawy podziela na grupy zawodowe wg kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku przyznaje wyższe współczynniki pracy pracownikom zatrudnionym na stanowiskach na których wymagane jest ukończenie specjalizacji (tytuł specjalisty uzyskiwany po ukończeniu kształcenia specjalizacyjnego i zdaniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w danej dziedzinie).</p>
--	----------------------------------	--

<p>psychologii klinicznej czy psychiatrii, do trwającego co najmniej 4 lata specjalistycznego podyplomowego szkolenia w psychoterapii, mogą przystępować jedynie osoby posiadające dyplom ukończenia studiów wyższych na poziomie magisterskim.</p> <p>W tym stanie rzeczy wnosimy o zmianę projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych w zakresie załącznika "Współczynnik pracy", wnosząc o:</p> <p>1) objęcie projektem osoby świadczące psychoterapię poprzez zastąpienie zapisu w załączniku do projektu ustawy "Współczynnik pracy", pozycja lp. 5 zapisem w następującym brzmieniu: "Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-4, wymagający wyższego wykształcenia i specjalizacji lub ukończenia szkolenia podyplomowego w wymiarze minimum 1200 godzin"</p> <p>Podsumowując, proponowane przez nas zmiany pozwolą na zabezpieczenie wysokiego standardu świadczeń oraz poszerzenie kadry osób prowadzących psychoterapię. W konsekwencji zwiększy się liczba osób prowadzących psychoterapię w publicznym systemie opieki zdrowotnej (zbyt mała obecnie) oraz zwiększy się dostępność do usług i budowanie większego wsparcia dla pacjentów, co dodatkowo przemawia za proponowanymi przez nas rozwiązaniami.</p> <p>Chcemy podkreślić, że Polska Rada Psychoterapii skupia 22 organizacje i tym samym reprezentuje szerokie środowisko psychoterapeutów w Polsce. Cieszymy się z włączenia Rady w proces konsultacji społecznych dotyczących ww projektu. Jednocześnie PRP potwierdza gotowość do dalszego aktywnego uczestnictwa w procesie konsultacji społecznych projektów regulacji dotyczących ochrony zdrowia psychicznego, zawodów medycznych oraz wszelkich regulacji dotyczących świadczenia psychoterapii.</p>		
<p>1. Art. 1. ust. 1. Termin "niektórych pracowników" jest niejasny, nie odnosi się ani do pracowników medycznych, ani do pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne. Tytuł ustawy nie precyzuje co ustawa reguluje oraz jakich pracowników dotyczy. Pozostawienie poprzedniego tytułu lub doprecyzowanie obecnego.</p>	<p>Ogólnopolski Związek Zawodowy Psychologów</p>	<p>1. Proponuje się uwagi nie uwzględnić. Nie wydaje się zasadne – również z punktu widzenia poprawności legislacyjnej – przenoszenie części merytorycznej ustawy (przepisów precyzujących zakres podmiotowy ustawy) do tytułu ustawy. Wskazanie w tytule ustawy, iż dotyczy ona sposobu ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych ma na celu zasygnalizowanie, że nie obejmuje ona wszystkich pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Jednakże</p>

	<p>2. Art. 1. ust. 2 Jak wyżej: ustawa powinna określać tylko sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne. Pracownik działalności podstawowej nie podlega Ministrowi Zdrowia, gdyż nie jest zawodem regulowanym przez ustawę z dn. 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej. Minister Zdrowia nie powinien zatem regulować kwestii wynagrodzeń tej grupy pracowników. Pozostawienie bez zmian art. 1 z ustawy z dn. 8 czerwca 2017 r.</p>	<p>wiążący dla adresatów ustawy będzie nie przedmiot ustawy wskazany ogólnikowo w tytule, ale jej zakres podmiotowy i przedmiotowy określony szczegółowo w części merytorycznej ustawy.</p> <p>2. Proponuje się nie uwzględnić. Unormowania w zaproponowanym brzmieniu mają na celu ochronę interesu niewątpliwej wagi, tj. konstytucyjnie zagwarantowanego prawa obywatela do ochrony zdrowia. Dla zapewnienia przez państwo realizacji tego uprawnienia zasadne jest podejmowanie działań mających na celu poprawę warunków zatrudnienia nie tylko profesjonalnej kadry medycznej, ale także pracowników, tzw. działalności podstawowej, którzy co prawda nie posiadają uprawnień do samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych, ale - wykonując pracę w komórkach działalności medycznej zakładu leczniczego - wspierają udzielanie tych świadczeń. Ich praca ma zatem wpływ na jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pracowników medycznych w podmiotach leczniczych, co uzasadnia wyróżnienie tej grupy pracowników i objęcie jej zakresem zmienianej ustawy.</p>
--	--	--

<p>Wielu przedstawicieli zawodów pomocniczych przy udzielaniu świadczeń, określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (takich jak koder medyczny, statystyk medyczny, sekretarka medyczna czy rejestratorka medyczna), nie jest zatrudnionych w komórkach organizacyjnych wymienionych w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594, z późn. zm.). Dlatego też, z uwagi na różną strukturę organizacyjną podmiotów (odrębne działy czy sekcje rozliczeń, statystyki medycznej czy rejestracji), z przykrością należy stwierdzić, iż proponowana przez Resort zmiana ustawy nie obejmie tej grupy pracowników podmiotów leczniczych. Dlatego też proponujemy zmianę zapisu art. 2 pkt. 4 projektu, tj.</p> <p>„4) pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny - osoba zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, inna niż pracownik wykonujący zawód medyczny, która wykonuje pracę pozostającą w bezpośrednim związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zatrudniona na stanowiskach działalności podstawowej określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, 138 i 650) oraz komórkach działalności pomocniczej, związanych z obsługą administracyjną lub informatyczną związaną z udzielaniem świadczeń lub ich dokumentowaniem i sprawozdawczością, prowadzoną na podstawie odrębnych przepisów.”</p> <p>Biorąc pod uwagę aspekt społeczny oraz wskazaną w uzasadnieniu chęć wyrównywania poczucia niesprawiedliwości i pokrzywdzenia wśród pracowników sektora ochrony zdrowia nieobjętych regulacją, proszę o przyjęcie w/w uwagi.</p>	<p>Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Grupa pracowników, których postanowiono objąć ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r., została ograniczona do pracowników, którzy nie wykonując zawodów medycznych, są pracownikami działalności podstawowej i wykonują pracę w komórkach organizacyjnych działalności medycznej zakładu leczniczego.</p>
<p>Stanowczo protestujemy przeciwko pomijaniu miejsca i roli psychologów w ochronie zdrowia. W proponowanych przepisach, po raz kolejny, nie uwzględniono licznej rzeszy psychologów, którzy zatrudnieni w systemie ochrony zdrowia, współuczestniczą w świadczeniu usług zdrowotnych.</p> <p>Można jedynie przypuszczać, że to właśnie przepis art. 2 w nowym, dodanym punkcie 4, dotyczy także psychologów. Psychologowie zatrudniani w podmiotach leczniczych wykonują specjalistyczną psychologiczną diagnostykę oraz różnorodne formy oddziaływań psychologicznych, a ich działalność profesjonalna ma istotne znaczenie dla przebiegu procesu leczniczego. Znajduje to swoje odzwierciedlenie w licznych przepisach prawnych dotyczących świadczeń gwarantowanych, w których udział psychologa w oddziaływaniach wobec pacjentów, jest jednym z wymogów Narodowego Funduszu Zdrowia. Nieporozumieniem byłoby więc traktowanie tej specjalistycznej, profesjonalnej pracy jako jedynie „...pozostającej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych” (punkt 3 projektu).</p> <p>Proponujemy następujące zmiany:</p> <p>1. uzupełnienie art. 2 o wyraźny zapis: <i>psycholog zatrudniony w systemie ochrony zdrowia w podmiocie leczniczym jest pracownikiem przynależnym do grupy zawodowej wykonującej zawód medyczny wymagający wyższego wykształcenia.</i></p> <p><i>Uzasadnienie:</i></p>	<p>Polskie Towarzystwo Psychologiczne</p>	<p>Proponuje się uwzględnić uwagę w takim zakresie, że grupa pracowników, których postanowiono objąć ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r., zostanie rozszerzona o pracowników, którzy nie wykonując zawodów medycznych, są pracownikami działalności podstawowej i wykonują pracę w komórkach organizacyjnych działalności medycznej zakładu leczniczego.</p>

<p>Tylko takie wyraźne sformułowanie pozwoli wymienić psychologa i umieścić go w grupie 5 lub 6, ponieważ grupy te dotyczą pracowników wykonujących zawód medyczny, a nie będących lekarzami. Bez wskazania psychologa będzie on jedynie <u>uznaniowo</u> umieszczany w jednej z tych grup 5 lub 6, gdyż mimo swojego przygotowania i wykonywanych czynności, nie jest uznawany za wykonującego zawód medyczny w placówce leczniczej i może być też klasyfikowany w grupie 11, w sposób nieuzasadniony.</p> <p>2. Psychologowie zatrudnieni w systemie ochrony zdrowia powinni także zostać umieszczeni, jako odrębna kategoria, w załączniku "Współczynniki pracy", w którym obecnie ich nie ma.</p> <p><i>Uzasadnienie:</i></p> <p>Brak psychologów w grupach zawodowych wymienianych w załączniku dotyczącym „Współczynników pracy” powoduje szereg nieporozumień dotyczących ich miejsca w systemie organizacyjnym placówek leczniczych. Problem ten sygnalizowaliśmy w piśmie do Pana Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła z dnia 27 października 2017 r., a przedłożony projekt nie rozwiązuje go. Uzupełniając grupy zawodowe w załączniku trzeba wyróżnić trzy grupy wymaganych kwalifikacji psychologów, co jest zgodne z istniejącym obecnie zatrudnieniem psychologów w placówkach leczniczych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - psycholog ze specjalizacją w dziedzinie psychologia kliniczna; - psycholog z I stopniem specjalizacji lub po 2 latach szkolenia specjalizacyjnego; - psycholog bez specjalizacji. <p>Zaproponowana w projekcie tabela współczynników pracy, jest naszym zdaniem krzywdząca dla pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Ogólnopolski Związek Zawodowy Psychologów, wspólnie z Porozumieniem Zawodów Medycznych, przedłożą propozycję nowych wskaźników.</p>		
<p>W myśl projektu ustawy o innych zawodach medycznych "Nie stanowi przerwy w wykonywaniu zawodu medycznego: (...) kierowanie pracą zawodową osób wykonujących dany zawód medyczny."</p> <p>Niestety w obecnej sytuacji osoby zatrudnione na stanowiskach kierowników lub koordynatorów działów/sekcji, w których zatrudnione są osoby wykonujące zawód medyczny; traktowane są jako personel administracyjny (nie medyczny), pomimo iż posiadają wykształcenie medyczne (średnie lub wyższe) i kierują pracą podległego personelu np.: dietetyków w szpitalnych działach żywienia.</p> <p>W związku z powyższym proponujemy zapis:</p> <p>Art 1.2</p> <p>"Art. 1. Ustawa określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne, pracowników kierujących pracą zawodową osób wykonujących zawód medyczny oraz pracowników działalności podstawowej, innemu niż pracownik wykonujący zawód medyczny, zatrudnionym w podmiocie leczniczym, obliczone w sposób określony w art. 3 albo art. 7"</p> <p>oraz odpowiednie zapisy o treści "pracowników kierujących pracą zawodową osób wykonujących zawód medyczny" w Art. 1.3,a, c, d, e, f, g, Art. 2.1 oraz w załączniku do ustawy w pkt 5, 6, 7, 10.</p>	<p>Polskie Towarzystwo Dietetyki</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić.</p> <p>Wnioskowana zmiana wykraczałaby poza zakres nowelizacji.</p> <p>Grupa pracowników, których postanowiono objąć ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r., została ograniczona do pracowników, którzy nie wykonując zawodów medycznych, są pracownikami działalności podstawowej i wykonują pracę w komórkach organizacyjnych działalności medycznej zakładu leczniczego. Przepisanie właściwego współczynnika pracy zależy od spełnienia wymagań dla grup zawodowych, określonych w</p>

			załączniku do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r,
	Ustawa winna obejmować wszystkich zatrudnionych w podmiotach leczniczych.	Porozumienie Zawodów Medycznych	uwzględnić. Wnioskowana zmiana wykraczałaby poza zakres nowelizacji. Grupa pracowników, których postanowiono objąć ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r., została ograniczona do pracowników, którzy nie wykonując zawodów medycznych, są pracownikami działalności podstawowej i wykonują pracę w komórkach organizacyjnych działalności medycznej zakładu leczniczego.
	W art. 1 pkt 3 projektu zaproponowano dodanie pkt 4 do art. 2 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473) w brzmieniu „pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny – osoba zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, inna niż pracownik wykonujący zawód medyczny, która wykonuje pracę pozostającą w bezpośrednim związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zatrudniona na stanowiskach działalności podstawowej określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, 138 i 650).” Powyższa definicja pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny może w praktyce nastęrczać trudności z identyfikacją osób, do których ustawa znajduje zastosowanie wobec użycia ocennej formuły „pracy pozostającej w bezpośrednim związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych” oraz odesłania do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. Nr 151, poz. 896), które – zgodnie z tytułem – nie obejmują swoim zakresem podmiotów leczniczych mających status przedsiębiorcy (art. 4 ust. 1 pkt. 1 ustawy o działalności leczniczej).	Główny Inspektor Pracy	Proponuje się uwzględnić, przez usunięcie słowa „bezpośrednim” w definicji pojęcia „pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny”.
	Wyżej wymieniony projekt zmiany ustawy ponownie nie uwzględnia wszystkich grup pracowniczych zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Nadal dyskryminowani są pracownicy wykonujący zawady niemedyczne, pozwalające na sprawne funkcjonowanie jednostek medycznych. Oczekujemy, że w ostatecznym kształcie ustawa uwzględni postulowane przez NSZZ Solidarność rozwiązania prawne.	Pracownicy „niemedyczni” szpitali Warmii i Mazur zrzeszeni w	Proponuje się nie uwzględnić. Wnioskowana zmiana wykraczałaby poza zakres nowelizacji. Grupa pracowników, których postanowiono objąć ustawą z dnia

<p>Zapis w projekcie ustawy, który stanowi, że „<i>W porozumieniu zawartym z pracownikami, lub w zarządzeniu kierownika powinny być określone również zasady podwyższania wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, niewykonujących zawodu medycznego, tak aby ich wynagrodzenie odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy,</i>” nie obliuguje kierownika podmiotu leczniczego do uwzględnienia interesu tej grupy pracowników, a jedynie takie rozwiązania rekomenduje. Taka propozycja zapisu jest nie do przyjęcia i akceptacji dla związkowców. Z doświadczenia ostatniego roku wynika, iż kierownicy podmiotów leczniczych nie realizują tego punktu ustawy i w drodze zarządzenia wydają wedle własnego widzi mi się komunikaty. Postulowane przez pracowników zmiany są oczekiwane od kilku lat, pokrzywdzeni pracownicy „niemedyczni” nie mieli podwyżek od dłuższego czasu. Była Pani premier w exposé obiecała podwyżki dla wszystkich grup zawodowych w służbie zdrowia. Konsekwencją takiej ustawy będą niepotrzebne niepokoje i protesty grup pracowników wykonujących zawody niemedyczne w służbie zdrowia. Z powyższym postulujemy o:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wyszczególnienie we współczynnikach pracy wszystkich grup zawodowych zatrudnionych w podmiotach leczniczych. 2. Wykreślenie w art. 3 ust 1 pkt 4 	<p>NSZZ Solidarność</p>	<p>8 czerwca 2017 r., została ograniczona do pracowników, którzy nie wykonując zawodów medycznych, są pracownikami działalności podstawowej i wykonują pracę w komórkach organizacyjnych działalności medycznej zakładu leczniczego.</p>
<p>W projekcie ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, należy wskazać, że w projekcie nie uwzględniono (pominięto) pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej, to jest zatrudnionych w podmiotach leczniczych, którymi są stacje sanitarno - epidemiologiczne. Państwowa Inspekcja Sanitarna należy do najniższej wynagradzanych służb w Polsce, przy jednoczesnym stałym wzroście obowiązków ustawowych i dotychczasowym brakiem systemowych rozwiązań służących zwiększaniu wynagrodzeń stacji sanitarno - epidemiologicznych. W związku z powyższym istnieje pilna konieczność objęcia systematycznymi podwyżkami wynagrodzeń wszystkich pracowników tych jednostek. W ostatnich latach, dla przykładu, Państwowa Inspekcja Sanitarna poszerzyła zakres obowiązków ustawowych m. in. o nadzór nad zakazem wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych (od roku 2010), wydawanie opinii w oparciu o przepisy art. znowelizowanego w roku 2017 art. 207 ustawy o działalności leczniczej, na podstawie którego organy PIS wydają opinie w formie postanowień o wpływie niespełniania przez podmiot leczniczy wymagań określonych w <i>rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą</i>, na bezpieczeństwo pacjentów (od stycznia 2018 r.). Ponadto, w związku z nasilającym się ruchem towarów na granicy UE, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej są obciążone zwiększoną liczbą kontroli i badań laboratoryjnych. W związku z powyższym proponuje się, aby przepisami nowelizowanej ustawy objąć wszystkich pracowników Państwowej Inspekcji, w tym grupie pracowników (około 3 tys.) nie podlegającym dotychczas przepisom ustawy. Zmiana ta stanowiłaby objęcie przepisami <i>ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego wszystkich pracowników stacji sanitarno -</i></p>	<p>Regionalna Sekcja Pracowników Stacji – Sanitarno – Epidemiologicznych Region Śląsko - Dąbrowski</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. j.w.</p>

<p><i>epidemiologicznych, w tym tych którzy nie wykonują zawodów medycznych, a zostali nazwani na potrzeby niniejszego projektu ustawy „pracownikami obsługi”, które w znacznym stopniu rozwiąże narastające niezadowalanie, frustrację i zmniejszy fluktuację kadr w Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Natomiast utrzymanie stanu, w którym przepisami ustawy objęta jest część pracowników stacji sanitarno - epidemiologicznych, będzie rodziło w następnym latach wrastające dysproporcje w wysokości wynagrodzeń w zależności od rodzaju zajmowanego stanowiska pracy, pomimo podobnych wymagań kwalifikacyjnych i doświadczenia zawodowego.</i></p> <p><i>Grupa tzw. pracowników obsługi w stacjach sanitarno - epidemiologicznych jest grupą nieliczną - na dzień 31 grudnia 2017 r. liczba etatów pracowników administracyjnych, technicznych, ekonomicznych, gospodarczych i obsługi wyniosła 2899, 12 etatów, natomiast łącznie w Państwowej Inspekcji Sanitarnej liczba etatów wynosi: 14 132, 23 (dane statystyczne: druk MZ-45A).</i></p> <p><i>Wnosi się zatem o dodanie w art. 1 pkt 3 projektu ustawy definicji „pracownika obsługi”, wskazując w ten sposób pracowników zatrudnionych na stanowiskach administracyjnych, technicznych, ekonomicznych, gospodarczych i obsługi, tzn. tych, którzy są wymienieni w cz. III załącznika do <i>rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej</i> (Dz.U. 2010 nr 48 poz. 283).</i></p> <p><i>Koniecznym jest również doprecyzowanie kwestii związanej z doborem współczynników pracy, wg których państwowy inspektor sanitarny reprezentujący pracodawcę będzie ustalał wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny. Po wejściu w życie ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. w sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne w podmiotach leczniczych, zaistniały istotne problemy z doborem wskaźnika w odniesieniu do pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej zdefiniowanych w art. 2 pkt 3 ppkt b ustawy legitymujących się albo uzyskaniem specjalizacji albo ukończeniem studiów podyplomowych.</i></p> <p><i>Dla pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych zostały bowiem określone kwalifikacje wymagane na poszczególnych stanowiskach pracy w <i>rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej</i> (Dz, U. poz. 283). W przypadku niektórych stanowisk (jak np. inspektora, asystenta i starszego asystenta), wymagane kwalifikacje zostały w ww. rozporządzeniu sformułowane alternatywnie. Oznacza to, że na tych stanowiskach wymaga się posiadania specjalizacji lub dodatkowych kwalifikacji mających zastosowanie w realizacji zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej (określonych w <i>rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r, w sprawie wykazu dodatkowych kwalifikacji, jakie musi posiadać państwowy inspektor sanitarny posiadający tytuł zawodowy magistra - Dz, U. poz, 635</i>). Takie doprecyzowanie powinno również znaleźć zastosowanie w projekcie omawianej ustawy.</i></p> <p><i>W związku z powyższym w projekcie ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych konieczne jest wprowadzenie następujących zmian:</i></p> <p>a) art. 1 pkt 2 projektu ustawy otrzymuje brzmienie:</p> <p>„2) art. 1 otrzymuje brzmienie:</p> <p>Art. 1. Ustawa określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników</p>		
---	--	--

wykonujących zawody medyczne, pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne oraz pracowników obsługi zatrudnionych w podmiotach leczniczych, uwzględniający sposób wykonywanej pracy oraz sposób osiągania najniższego wynagrodzenia zasadniczego.”;

b) **art. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:**

„3) w art. 2:

c) pkt 1 otrzymuje brzmienie:

1) najniższe wynagrodzenie zasadnicze - najniższe miesięczne wynagrodzenie zasadnicze przysługujące pracownikowi wykonującemu zawód medyczny, pracownikowi działalności podstawowej, innemu niż pracownik wykonujący zawód medyczny oraz pracownikowi obsługi* zatrudnionym w podmiocie leczniczym, obliczone w sposób określony w art. 3 albo art. 7;”

d) po pkt 3 dodaje się pkt 4 i 5 w brzmieniu:

„4) pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny - osoba zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, inna niż pracownik wykonujący zawód medyczny, która wykonuje pracę pozostającą w bezpośrednim związku z udzielaniem świadczeń zdrowych w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zatrudniona na stanowiskach działalności podstawowej określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, 138 i 650).;

5) *pracownik obsługi - osoba zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym. inna niż pracownik wykonujący zawód medyczny. która wykonuje prace pozostająca w bezpośrednim związku z wykonywaniem zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej polegających na sprawowaniu zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego, prowadzeniu działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska oraz na prowadzeniu działalności oświatowo-zdrowotnej. zatrudniona na stanowiskach administracyjnych, technicznych, ekonomicznych, gospodarczych i obsługi określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1261.2111. z 2018 r. poz. 138. 650.).*

e) **art. 1 pkt 4 podpunkt a projektu otrzymuje brzmienie:**

„a) w ust. 1 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Do dnia 31 grudnia podmiot leczniczy dokonuje podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny, pracownika działalności podstawowej, innego niż pracowników wykonujący zawód medyczny oraz pracownika obsługi. którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze, z uwzględnieniem następujących

<p>warunków:”,</p> <p>f) art 1 pkt 4 podpunkty c - e projektu otrzymują brzmienie:</p> <p>“c) w ust. 1 w pkt 5 lit. b-e otrzymują brzmienie:</p> <p>„b) na dzień 1 lipca 2018 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny, pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny oraz pracownika obsługi podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,</p> <p>g) na dzień 1 lipca 2019 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny, pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny <i>oraz pracownika obsługi</i>. podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,</p> <p>h) na dzień 1 lipca 2020 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny, pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny <i>oraz pracownika obsługi</i>, podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,</p> <p>i) na dzień 1 lipca 2021 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny, pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny <i>oraz pracownika obsługi</i>. podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika.”,</p> <p>j) ust. 2 otrzymuje brzmienie:</p> <p>„2. Pracownikowi wykonującemu zawód medyczny, pracownikowi działalności podstawowej, innemu niż pracownik wykonujący zawód medyczny <i>oraz pracownikowi obsługi</i>. zatrudnionym w niepełnym wymiarze czasu pracy najniższe wynagrodzenie zasadnicze oblicza się proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy określonego w ramach stosunku pracy.”,</p> <p>d) ust. 4 otrzymuje brzmienie:</p> <p>„4. <i>Od dnia 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny, pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny oraz pracownika obsługi. nie może być niższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone w sposób określony w ust. 1 na dzień 31 grudnia 2021 r.</i>”;</p>		
<p>Również objęcie wymogiem minimalnego wynagrodzenia wynikającego z projektu ustawy osób zatrudnionych w podmiocie leczniczym, innych niż pracowników wykonujących zawody medyczne, które świadczą pracę pozostającą w bezpośrednim związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych nie wydaje się zasadne co najmniej z dwóch powodów. Mianowicie wobec tych pracowników już zastosowanie ma Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie <i>wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej</i>, a po wtóre kwestia ta spowoduje dysproporcje finansowe pomiędzy tymi pracownikami a grupą pracowników administracyjnych, czy gospodarczych i technicznych, którzy dla sprawnego funkcjonowania podmiotu leczniczego pełnią równie istotną funkcję.</p>	<p>Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Projektowana ustawa przewiduje rozszerzenie grupy pracowników, objętych ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r. o pracowników, którzy nie wykonując zawodów medycznych, są pracownikami działalności podstawowej i wykonują pracę w</p>

		<p>komórkach organizacyjnych działalności medycznej zakładu leczniczego. Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. ustanawia poziom najniższego wynagrodzenia zasadniczego, a więc podstawowego składnika wynagrodzenia wynikającego z umowy o pracę. Tymczasem ustawa z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę stanowi o minimalnym wynagrodzeniu za pracę do obliczania, którego przyjmuje się oprócz wynagrodzenia zasadniczego również inne przysługujące pracownikowi składniki wynagrodzenia i inne świadczenia wynikające ze stosunku pracy.</p>
	<p>Nieobjęcie regulacją płac pozostałych pracowników, o których mowa w art. 5 obowiązującej ustawy skutkowało m.in. apelem z 18 maja 2018 r. Delegatów Sekcji Krajowej Pracowników Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych na XXIV Walnym Zebraniu skierowanym do zakładowych organizacji związkowych stacji sanitarno-epidemiologicznych o niezawieranie porozumień, o których mowa w tejże ustawie, bowiem pomimo treści art. 5 podwyżką wynagrodzeń nie objęto dotychczas pozostałych pracowników.</p>	<p>Lubuski Urząd Wojewódzki</p> <p>Proponuje się nie uwzględnić. Grupa pracowników, których postanowiono objąć ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r., została ograniczona do pracowników, którzy nie wykonując zawodów medycznych, są pracownikami działalności podstawowej i wykonują pracę w komórkach organizacyjnych działalności medycznej zakładu leczniczego. Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 8 czerwca 2018 r. podwyższając wynagrodzenia zasadnicze pracowników wykonujących zawód medyczny oraz pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, kierownik podmiotu</p>

			leczniczego powinien zweryfikować również poziom wynagrodzeń pracowników niewykonyjących zawodu medycznego – tak aby ich wynagrodzenie odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy.
	Autorzy ustawy zapomnieli, a może nie mają świadomości, że do funkcjonowania Szpitali i innych placówek opieki zdrowotnej niezbędni są też pracownicy administracyjni, ekonomiczni, techniczni, posiadający cenzus wyższego wykształcenia, ale też kwalifikacje zawodowe (palacze, konserwatorzy). Ministerstwo od lat pracuje nad rozszerzeniem informatyzacji świadczeń medycznych, ale zapomina o informatykach, którzy powinni te systemy wdrożyć i serwisować. Aby tych pracowników utrzymać, należy myśleć o wzroście ich płac w sytuacji rosnącej konkurencji na rynku pracy. Wyłuskiwanie kolejnych grup zawodowych i centralne ustalenie poziomu minimalnego wynagrodzenia przez Pana Ministra jest drogą prostą do zadłużenia jednostek nie ponosząc odpowiedzialności za swoje decyzje. Na dzień dzisiejszy Pan Minister gasząc pożary obiecuje różnym grupom zawodowym podwyżki powodując chaos w poziomie wynagrodzeń w poszczególnych zakładach opieki zdrowotnej. Pisząc później do dyrektorów, aby się honorowo zachowali i dali podwyżki np. ratownikom medycznym.	Związek Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień	Jw.
	Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych podtrzymuje uwagi przedstawione na posiedzeniu Zespołu problemowego ds. usług publicznych Rady Dialogu Społecznego w dniu 20 lutego 2018 r. (potwierdzone pisemnie i przesłane do Pani Minister tego samego dnia). Niezmiennie podnosimy problem nieuwzględnienia wszystkich pracowników ochrony zdrowia, co już ma swoje odzwierciedlenie w proponowanym tytule projektu ustawy. Pozytywną zmianą jest rozszerzenie zakresu podmiotowego o pracowników działalności podstawowej innych niż wykonujących zawody medyczne, jednak w tej pominiętej grupie są także pracownicy, bez których prawidłowe funkcjonowanie placówek ochrony zdrowia nie jest możliwe (informatycy, wysokospecjalistyczne służby techniczne itp.).	Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych	Jw.
	Podtrzymywanym rozwiązaniem nie do zaakceptowania jest wybiórcze traktowanie grup pracowników, którzy na co dzień ściśle ze sobą współpracują wykonując rzetelnie swoje obowiązki na rzecz pacjentów - niestety, zarówno obowiązująca ustawa konfliktuje pracowników, a obecnie przedłożony projekt nowelizacji jeszcze bardziej ten konflikt pogłębia.	Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych	Jw.
	Wskazać należy, że zapis poz. 4 załącznika do ustawy stanowi źródło powstających wątpliwości. Projekt ustawy, jak i sama ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. odnosi się do pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych . Ustawa określa definicję podmiotu leczniczego, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.	internauta	Proponuje się nie uwzględnić. Lekarze stażyści oraz lekarze dentyści stażyści w dalszym ciągu będą objęci ustawą z dnia 8

<p>Lekarz stażysta i lekarz stażysta dentysta odbywać mogą staż nie tylko w podmiotach leczniczych ale w oparciu o umowy z praktykami zawodowymi, które podmiotami leczniczymi nie są.</p> <p>Nadto bez względu na miejsce odbywania stażu wynagrodzenie lekarzy stażystów określone jest rozporządzeniem Ministra Zdrowia, a więc przepisami innymi niż nowelizowana ustawa.</p> <p>Z uwagi na powyższe proponuje się albo wykreślenie poz. 4 załącznika albo wprost wskazanie w treści ustawy, iż wynagrodzenie lekarza stażysty i lekarza stażysty dentysty określają przepisy odrębne.</p> <p>Z uwagi na źródło finansowania wynagrodzenia nie znajduje żadnych uzasadnionych podstaw różnicowanie sytuacji stażystów w zależności od miejsca odbywania stażu (podmiot leczniczy a praktyka zawodowa). Dodatkowo wysokości wynagrodzenia, podwyżki nie są władne określać ani pracodawcy ani związki zawodowe skoro kompetencja w tym zakresie należy zgodnie z ustawą o zawodach lekarza wyłącznie do Ministra Zdrowia.</p>		<p>czerwca 2017 r. jednakże ich zasadnicze wynagrodzenie miesięczne będzie w dalszym ciągu określone na podstawie przepisów rozporządzeń wydawanych przez Ministra Zdrowia.</p>
<p>Na poparcie zasługuje poszerzenie kręgu osób objętych ustawą, czyli osób, dla których określa się najniższe wynagrodzenie zasadnicze, o pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne. Wątpliwości samorządu lekarskiego budzi natomiast sposób zdefiniowania w ustawie, kto mieści się w pojęciu „pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny”. Projektowany art. 2 pkt 4 ustawy będzie odsyłał w tym zakresie do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej - czyli rozporządzenia określającego kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Może to budzić wątpliwości, czy nowelizacja ustawy będzie gwarantowała podwyżki pracownikom działalności podstawowej we wszystkich podmiotach leczniczych, czy tylko pracownikom działalności podstawowej w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Proponuje się zatem, aby wykaz stanowisk, na których zatrudnia się pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny został zamieszczony bezpośrednio w załączniku do ustawy.</p>	<p>Naczelna Rada Lekarska</p>	<p>Proponuje się uwagę uwzględnić, poprzez zmianę definicji pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, w taki sposób, aby jasno wynikało z niej, że chodzi o osoby zatrudnione na stanowiskach działalności podstawowej określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160 z późn. zm.) i stanowiskach analogicznych.</p>
Uwagi w zakresie podwyższenia kwoty bazowej		
<p>1. Kto zdecyduje o konieczności zatrudnienia osoby z magistrem oraz specjalizacją? Równorzędnie z omawiana ustawa powinna wejść w życie ustawa o wymaganej na dyżurach minimalnej ilości pielęgniarek o konkretnym wykształceniu (np. jedna pielęgniarka specjalistka z magistrem, jako główna zarządzająca pracą zespołu; trzy pielęgniarki specjalistki podające leki; dwie uczące się po ukończonym licencjacie oraz oddziałowa).</p> <p>2. Uważam, że sytuacja jest na tyle beznadziejna (ilość pracujących pielęgniarek w Polsce), że należy jak najszybciej wprowadzić zmiany placowe, a nie czekać aż do 2021 roku. PLACA TO GŁÓWNA PRZYCZYNA REZYGNACJI PIELEGNIAREK Z PRACY W ZAWODZIE. Surrealistyczne jest również to, że współczynniki nie są liczone od obecnej średniej krajowej, a od średniej krajowej z poprzedniego roku.</p>	<p>internauta</p>	<p>1. To nie jest uwaga do projektu ustawy.</p> <p>2. Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji. W art. 7 zmienianej ustawy przewidziano utrzymanie kwoty bazowej w wysokości 3900 zł do końca 2019 r., celem złagodzenia skutków podwyższenia kosztów podmiotów leczniczych</p>

			<p>przeznaczanych na wynagrodzenia pracowników. Skutki finansowe podwyższania wynagrodzeń pracowników w ramach realizacji przepisów zmienianej ustawy spoczywają w dalszym ciągu na podmiotach leczniczych, konieczne zatem jest pozostawienie im możliwości stopniowego dochodzenia do najniższych wynagrodzeń zasadniczych oraz utrzymanie tymczasowej kwoty bazowej na stałym poziomie.</p> <p>Po 2019 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze zależne będzie od poziomu przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim roku, a nie w roku ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ponieważ w dacie dokonywania podwyżek tj. 1 lipca nie jest jeszcze znane przeciętne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w tym roku- jest ono ogłaszane przez Prezesa GUS dopiero w lutym roku następnego.</p>
	Pozostawienie kwoty bazowej na poziomie 3900zł do końca 2019r. jest zdecydowanie niekorzystnym dla pracowników rozwiązaniem w kontekście znacznie wyższego i rosnącego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej.	Federacja Związków Zawodowych POZiPS	Jw.
	Zgodnie z Komunikatem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 18 maja 2018 r. w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w kwietniu 2018 r. przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw w kwietniu 2018 r. wyniosło 4839,99 zł. Wobec tego zapisy w ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne nie przystają do realiów gospodarczych i są nie do zaakceptowania przez środowisko pielęgniarskie.	internauta	Jw.

<p>Uchylenie art.7 w całości. Kwota bazowa powinna być ustalona na poziomie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenie brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.</p>	<p>Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii</p>	<p>Jw.</p>
<p>1. Art. 1. 3) a) Pozostawienie zapisów o dwóch różnych możliwościach dokonywania obliczeń najniższego wynagrodzenia zasadniczego stwarza ryzyko nadużyć i powstawania nierówności płacowych w określonych grupach. Znacząco różne kwoty: 3900 zł brutto oraz przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto ogłaszane przez Prezesa GUS w "Monitorze Polskim" jest przyczyną nierówności płacowych, tym samym narusza zasady sprawiedliwości społecznej, którą ma gwarantować ta ustawa. 2. Usunięcie zapisu w art. 2. ust. 1.: "albo art. 7". Art. 1. 4) a) Art. 1. 4) a) stoi w sprzeczności z pozostawionym Art. 7. ustawy z dn. 8 czerwca 2018 r. Uwagi jak wyżej. Pozostawienie dwóch dowolnie różnych możliwości obliczania najniższego wynagrodzenia zasadniczego stwarza ryzyko nadużyć i nierówności płacowych. Znacząco różne kwoty: 3900 zł brutto oraz przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto ogłaszane przez Prezesa GUS w "Monitorze Polskim" jest przyczyną nierówności płacowych, tym samym narusza zasady sprawiedliwości społecznej, którą ma gwarantować ta ustawa. 1. Usunięcie zapisu w art. 2. ust. 1.: "albo art. 7".</p>	<p>Ogólnopolski Związek Zawodowy Psychologów</p>	<p>1. Jw. 2. Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji. Art. 1 pkt 4 lit. a projektu ustawy nie wprowadza zmian dotyczących sposobu obliczania najniższego wynagrodzenia zasadniczego, jedynie rozszerza grupę osób, których najniższe wynagrodzenie zasadnicze powinno być podwyższone do poziomu nie niższego niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze. Bez zmian pozostaje również regulacja art. 7, który stanowi przepis szczególny w stosunku do art. 3 ust. 1 zmienianej ustawy w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą i jako taki tymczasowo modyfikuje algorytm obliczania najniższego wynagrodzenia zasadniczego. Ponieważ regulacja art. 7 dotyczy wszystkich osób objętych ustawą, sama ustawa natomiast wprowadza niejako sektorową płacę minimalną, na poziomie wyższym niż</p>

			ogólnokrajowa, nie można mówić o naruszeniu zasady równego traktowania lub sprawiedliwości społecznej.
	<p>Projektowana ustawa określa dla nowo dodanej grupy pracowników działalności podstawowej innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny współczynnik pracy na poziomie 0,53. Przy wskazanej w ustawie wysokości podstawy naliczania w kwocie 3900 złotych brutto kwota minimalnego wynagrodzenia wyniosłaby <u>2067 złotych brutto</u>. Należy wspomnieć, że od dnia 1 stycznia 2018 r. minimalne wynagrodzenie za pracę w Polsce wynosi <u>2100 złotych brutto</u>. Jest ono zapisane ustawowo i planuje się dalsze podnoszenie tej kwoty w kolejnych latach. Wydaje się zatem, że opiniowana ustawa proponuje obniżenie wynagrodzenia zasadniczego pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, w stosunku do ogólnej płacy minimalnej w Polsce. Rozwiązanie to budzi stanowczy sprzeciw i naraża na śmieszność. Należy zmienić podstawę naliczania wynagrodzenia brutto z 3900 zł na co najmniej aktualne przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej, które w 2017 r. wyniosło 4271,51 zł. Najlepszym wskaźnikiem jest jednak przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, które oddaje realną wartość pracy. Porozumienie Rezydentów OZZL apeluje o umieszczenie tego ostatniego w projektowanej nowelizacji ustawy z zapisem corocznej rewaloryzacji.</p> <p>Analizowana zmiana: Art. 7. Do dnia 31 grudnia 2019 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty 3900 zł brutto.</p> <p>Proponowana zmiana: Art. 7. Do dnia 31 grudnia 2019 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.</p> <p>Uzasadnienie: Posługiwanie się sztywną kwotą 3900 złotych brutto czyni całą ustawę nieodpowiadającą na potrzeby społeczne oraz nierozwiązującą zakładanych problemów, dla których została stworzona. Proponowana zmiana ma w zamierzeniu uczynić ustawę działaniem realnym, a nie pozorowanym, jak proponuje to ustawodawca. Niezbędne jest natychmiastowe odniesienie wynagrodzeń do wysokości aktualnie obowiązującej kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, gdyż ten wskaźnik najlepiej oddaje wartość pracy.</p>	Porozumienie Rezydentów OZZL	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji. W art. 7 zmienianej ustawy przewidziano „zamrożenie” kwoty bazowej w wysokości 3900 zł do końca 2019 r. celem złagodzenia skutków podwyższenia kosztów podmiotów leczniczych przeznaczanych na wynagrodzenia pracowników. Skutki finansowe podwyższania wynagrodzeń pracowników w ramach realizacji przepisów zmienianej ustawy spoczywają w dalszym ciągu na podmiotach leczniczych, konieczne zatem jest pozostawienie im możliwości stopniowego dochodzenia do najniższych wynagrodzeń zasadniczych oraz utrzymanie tymczasowej kwoty bazowej na stałym poziomie. Należy ponadto wskazać, że w przeciwieństwie do kwoty 2100 zł stanowiącej w 2018 r. płacę minimalną w Polsce, która zawierać może w sobie wynagrodzenie zasadnicze oraz niektóre dodatki do wynagrodzenia, ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. reguluje poziom najniższego wynagrodzenia zasadniczego, czyli samego podstawowego wynagrodzenia określonego w</p>

			umowie o pracę, bez dodatkowych składników wynagrodzenia. Są to zatem kwoty, które w przypadku większości pracowników sektora ochrony zdrowia (którzy otrzymują dodatki do wynagrodzeń) nie powinny być porównywane.
	Pozostawienia kwoty bazowej na poziomie 3900 zł do końca 2019 r. jest zdecydowanie niekorzystnym dla pracowników rozwiązaniem, w kontekście znacznie wyższego i rosnącego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej.	Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych	Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji. W art. 7 zmienianej ustawy przewidziano utrzymanie kwoty bazowej w wysokości 3900 zł do końca 2019 r., celem złagodzenia skutków podwyższenia kosztów podmiotów leczniczych przeznaczanych na wynagrodzenia pracowników. Skutki finansowe podwyższania wynagrodzeń pracowników w ramach realizacji przepisów zmienianej ustawy spoczywają w dalszym ciągu na podmiotach leczniczych, konieczne zatem jest pozostawienie im możliwości stopniowego dochodzenia do najniższych wynagrodzeń zasadniczych oraz utrzymanie tymczasowej kwoty bazowej na stałym poziomie.
	zmiana kwoty bazowej jako podstawy do wyliczenia podwyższenia wynagrodzenia Postulujemy, aby kwota bazowa była ustalona na poziomie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Fizjoterapii	Jw.
	Zastrzeżenia Naczelnej Rady Lekarskiej budzi też art. 7 ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, który przewiduje, że do dnia 31 grudnia 2019 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty	Naczelna Rada Lekarska	Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji. W art. 7 zmienianej

<p>3.900 zł brutto. Przepis ten powinien zostać znowelizowany w taki sposób, aby podstawą do obliczania minimalnego wynagrodzenia było przeciętne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku ogłaszane przez Prezesa GUS, które w miesiącu grudniu 2017 r. wynosiło 4.972,92 zł. Posługiwanie się w ustawie kwotą 3.900 złotych brutto nie daje objętym ustawą pracownikom podmiotów leczniczych prawa do realnego wzrostu wynagrodzenia nadążającego za podwyżkami średniej krajowej w innych sektorach rynku pracy.</p>	<p>ustawy przewidziano „zamrożenie” kwoty bazowej w wysokości 3900 zł do końca 2019 r. celem złagodzenia skutków podwyższenia kosztów podmiotów leczniczych przeznaczanych na wynagrodzenia pracowników. Skutki finansowe podwyższania wynagrodzeń pracowników w ramach realizacji przepisów zmienianej ustawy spoczywają w dalszym ciągu na podmiotach leczniczych, konieczne zatem jest pozostawienie im możliwości stopniowego dochodzenia do najniższych wynagrodzeń zasadniczych oraz utrzymanie tymczasowej kwoty bazowej na stałym poziomie. Od stycznia 2020 r. wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego ustalana będzie na podstawie przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, które stanowi wskaźnik bardziej adekwatny od przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku. Również ustawa z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę wiąże poziom minimalnego wynagrodzenia za pracę z poziomem przeciętnego wynagrodzenia za pracę w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym.</p>
---	--

	Uwagi w zakresie zmiany w zakresie paramentów określających dynamikę wzrostu najniższych wynagrodzeń		
	<p>Należy rozważyć zwiększenie dynamiki wzrostu wynagrodzeń poprzez – alternatywnie:</p> <p>a) skrócenie ścieżki dojścia wynagrodzeń do wysokości średniej krajowej;</p> <p>b) zastąpienie kwoty bazowej w wysokości 3900 zł kwotą aktualnej średniej krajowej,</p> <p>c) dodanie art. 5 o treści: „zagwarantowanie, iż wynagrodzenie zasadnicze pracownika podmiotu leczniczego nie może być niższe niż kwota aktualnego wynagrodzenia, o którym mowa w art. 6 ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.</p>	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”	<p>a) b) Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji. Przepisy zmienianej ustawy, które regulują ścieżkę dojścia do najniższych wynagrodzeń zasadniczych mają na celu złagodzenie skutków podwyższenia kosztów podmiotów leczniczych przeznaczanych na wynagrodzenia pracowników. Ponieważ ciężar ponoszenia ww. kosztów w dalszym ciągu spoczywa na podmiotach leczniczych, konieczne jest pozostawienie ww. regulacji, aby podmioty lecznicze miały czas na dostosowanie polityki finansowej do przedmiotowych regulacji oraz pewną swobodę w rozkładaniu tempa dokonywania podwyżek wynagrodzeń. Podkreślenia wymaga, że ustawa przewiduje minimalne podwyżki wynagrodzeń zasadniczych w danym roku, pracodawcy mogą zatem przewidzieć większe tempo i wysokości podwyżek w kolejnych latach.</p> <p>c) Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji. Ustawa z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę oraz ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. stanowią równorzędne regulacje i</p>

		<p>obie powinny być stosowane przez pracodawców/podmioty lecznicze. Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. obecnie oraz w brzmieniu nadawanym jej projektowaną ustawą nie zawiera przepisu wyłączającego stosowanie ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, dlatego nie powinno ulegać wątpliwości, że wynagrodzenia pracowników objętych ustawą z 8 czerwca 2017 r. nie mogą naruszać również przepisów ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.</p>
	<p>1) Art 1 pkt 4 podpunkt c (s.3) - Wydaje się zasadne by określić jedną wartość procentową podwyżki. UZASADNIENIE: Zostawienie przedziału otwartego może stanowić niebezpieczeństwo wprowadzenia minimalnej wartości podwyżki spełniającej kryteria (np. 21%), co będzie zgodne z ustawą, ale niewidoczne z pozycji podwyżkę otrzymującego. 2) Sugeruję większą wartość współczynnika w pierwszej „transzy”. Niech to będzie wartość 40% różnicy UZASADNIENIE: Przy wartości 20% różnicy podwyżka często będzie niewidoczna dla kwoty końcowej wynagrodzenia. Art. 2. 1 (s.4)</p>	<p>Ewa Koziątek- Maślanka; Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychologii klinicznej dla województwa warmińsko-mazurskiego</p> <p>1) 2) Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji. Przepisy zmienianej ustawy, które regulują ścieżkę dojścia do najniższych wynagrodzeń zasadniczych mają na celu złagodzenie skutków podwyższenia kosztów podmiotów leczniczych przeznaczanych na wynagrodzenia pracowników. Ponieważ ciężar ponoszenia ww. kosztów w dalszym ciągu spoczywa na podmiotach leczniczych, konieczne jest pozostawienie obecnych regulacji, aby podmioty lecznicze miały czas na dostosowanie polityki finansowej do przedmiotowych regulacji oraz pewną swobodę w rozkładaniu tempa dokonywania podwyżek wynagrodzeń. 3) Uwaga niezrozumiała.</p>

<p>3) Ważne jest by uściślić termin wejścia w życie zmian dla wszystkich zawodów, o których mowa w ustawie UZASADNIENIE: Ustalenie jednego terminu wejścia w życie zmian utrudni „przeciąganie” braku zmian maksymalnie długo. Załącznik, pkt 5; pkt 6.</p>		
<p>Przekazuję swoją propozycję: w art. 3 ust. 1 pkt 5 lit. c-e wskazane byłoby zmienić podane wartości procentowe na odpowiednio 25%, 33%, 55%, co pozwoli na bardziej równomierne podnoszenie pensji pracowników.</p> <p>Na przykładzie pracownika z pensją zasadniczą 1800 zł z grup 4/6/8 (wynagrodzenie przeciętne w PIS) określonych w załączniku do ustawy i wzroście średniego wynagrodzenia w gospodarce narodowej o 100 zł rocznie pracownik taki otrzyma począwszy od 2017 roku 105, 188, 151, 204, 178 i 784 zł, zaś w przypadku proponowanej zmiany byłyby to 105, 188, 188, 328, 364, 437. W obu wypadkach łącznie jest to 1611 zł podwyżki, zatem skutek dla budżetu jest neutralny.</p>	<p>internauta</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji. Przepisy zmienianej ustawy, które regulują ścieżkę dojścia do najniższych wynagrodzeń zasadniczych mają na celu złagodzenie skutków podwyższenia kosztów podmiotów leczniczych przeznaczanych na wynagrodzenia pracowników. Ponieważ ciężar ponoszenia ww. kosztów w dalszym ciągu spoczywa na podmiotach leczniczych, konieczne jest pozostawienie obecnych regulacji, aby podmioty lecznicze miały czas na dostosowanie polityki finansowej do przedmiotowych regulacji oraz pewną swobodę w rozkładaniu tempa dokonywania podwyżek wynagrodzeń. Podkreślenia wymaga, że ustawa przewiduje minimalne podwyżki wynagrodzeń zasadniczych w danym roku, pracodawcy mogą zatem przewidzieć większe tempo i wysokości podwyżek w kolejnych latach.</p>
<p>2. Usunięcie w ustawie z dn. 8 czerwca 2018 r. Art. 7. Art 1. 4) c), d), e) Proponowany wzrost wynagrodzeń na lata 2018- 2012 jest bardzo niski. W porównaniu ze wzrostem wynagrodzeń w sektorze prywatnym lub innych publicznych jednostkach, w tym samorządowych- proponowana dynamika wzrostu płac jest niewystarczająca. Powyższe stanie się dalszą przyczyną nierówności płacowych, pogłębiając dysproporcje wynagrodzeń w publicznej ochronie zdrowia, a innymi jednostkami publicznymi, samorządowymi, sektorem prywatnym. Narusza to zasady sprawiedliwości społecznej. Przeczy zatem celom stawianym w ustawie.</p>	<p>Ogólnopolski Związek Zawodowy Psychologów</p>	<p>Jw.</p>

<p>Umocni zjawisko odpływu wykwalifikowanej kadry medycznej do sektora prywatnego, podtrzymując dysproporcje między świadczeniami oferowanymi komercyjnie a publicznie. Obecnie wiele świadczeń w publicznej ochronie zdrowia nie jest dostępne zgodnie z zaleconymi standardami medycznymi oraz odbiega jakościowo i merytorycznie od świadczeń oferowanych komercyjnie. Zjawiska te, spowodowane regulacjami prawnymi postulowanymi przez MZ- uniemożliwiają konstytucyjnie gwarantowaną ochronę zdrowia obywateli. W miejsce kwoty "co najmniej o 20%" postuluje się wprowadzenie zapisu: "co najmniej o 30%".</p>		
<p>Kwota bazowa była ustalona na poziomie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenie brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, lub jeśli zostanie utrzymana kwota 3900 to postulujemy o proporcjonalny dla każdej grupy zawodowej czas dojścia: c) a) na dzień 1 lipca 2018 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 30% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika, na dzień 1 lipca 2019 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 30% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika, d) na dzień 1 lipca 2020 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 10% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika, e) na dzień 1 lipca 2021 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 10% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika.</p>	<p>Porozumienie Zawodów Medycznych</p>	<p>Jw.</p>
<p>1) Sugeruję większą wartość współczynnika w pierwszej „transzy”. Niech to będzie wartość 40% różnicy. UZASADNIENIE: Przy wartości 20% różnicy, podwyżka często będzie niewidoczna dla kwoty końcowej wynagrodzenia. 2) art 1 pkt 4 podpunkt c. - Wydaje się zasadne by określić jedną wartość procentową podwyżki. UZASADNIENIE: Zostawienie przedziału otwartego może stanowić niebezpieczeństwo wprowadzenia minimalnej wartości podwyżki spełniającej kryteria (np. 21%), co będzie zgodne z ustawą, ale niewidoczne z pozycji podwyżkę otrzymującego.</p>	<p>Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychologii klinicznej dla województwa warmińsko-mazurskiego</p>	<p>Jw. - Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji. Pozostawienie określenia jedynie minimalnych wysokości podwyżek uzasadnione jest z uwagi na objęcie zakresem ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. wszystkich podmiotów leczniczych, bez względu na formę i sposób</p>

			finansowania. Koniecznym jest zatem pozostawienie pewnej swobody w rozkładaniu harmonogramu/tempa dokonywania podwyżek wynagrodzeń.
	Uwagi w zakresie zmian w zakresie współczynników pracy		
	W Załączniku do ustawy należy uwzględnić zwiększenie wskaźnika w nowododanej grupie pracowników działalności podstawowej z 0,53 na 0,58. Jednocześnie w grupie należy wyodrębnić pracowników w stosunku do których stosowane są wyższe kryteria wykształcenia i kwalifikacji konieczne do zatrudnienia na określonym stanowisku (np. sekretarki medyczne, rejestratorki medyczne)	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”	Proponuje się nie uwzględnić. Określona w projekcie wysokość najniższych wynagrodzeń zasadniczych ustalona została w taki sposób aby realne było jej osiągnięcie w terminach wskazanych w projekcie przy uwzględnieniu możliwości finansowych sektora ochrony zdrowia. Wprowadzenie najniższej wysokości wynagrodzeń w postulowanej wysokości powodowałoby skutki finansowe przekraczające możliwości systemu ochrony zdrowia. Podkreślenia wymaga, że zmieniając ustawę regulować ma minimalny poziom wynagrodzenia zasadniczego pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny. W gestii pracodawców pozostanie zatem wynagradzanie ww. pracowników zgodnie z przepisami ogólnymi Kodeksu pracy, a więc przy uwzględnieniu w szczególności wymaganego na stanowiskach przez nich zajmowanych wykształcenia i kwalifikacji.
	W załączniku do projektowanej ustawy proponujemy zwiększenie współczynników pracy w punkcie 7, 8 i 9 w brzmieniu:	Naczelna Rada	Jw.

<p>Lp. 7. „Pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa lub położna z tytułem zawodowym magister położnictwa, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia – 2,0 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku poprzedniego, ogłaszanego przez Prezesa GUS;</p> <p>Lp. „8. Pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa lub położna z tytułem zawodowym magister położnictwa albo pielęgniarka lub położna z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia – 1,75 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku poprzedniego, ogłaszanego przez Prezesa GUS;</p> <p>Lp. „9. Pielęgniarka lub położna, inna niż określona w lp. 7 i 8 – 1,5 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku poprzedniego, ogłaszanego przez Prezesa GUS.</p> <p>Tym samym załącznik do projektowanej ustawy, w pkt 7-9, powinien przewidywać ww. wskaźniki dla powyższych kategorii pielęgniarek i położnych. NRPiP wnosi, aby minimalne wynagrodzenie miesięczne pielęgniarki i położnej ustalane było na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku poprzedniego, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, przy zastosowaniu następujących wskaźników:</p> <p>Powyższy zapis stworzy kryteria do systematycznej poprawy warunków płacy pielęgniarek i położnych zgodnie z ustaleniami zawartymi w Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce. Wprowadzenie proponowanego zapisu będzie jednym z rozwiązań systemowych, które powinny być konieczne wprowadzone mając na uwadze dramatyczny brak pielęgniarek na rynku usług medycznych. Pozwoliłoby to również na zwiększenie atrakcyjności zawodów pielęgniarki i położnej, a w konsekwencji na zachęcenie absolwentów studiów pielęgniarstwa i położniczych do podejmowania zatrudnienia w kraju. Efekty te przełożyłyby się na wzrost wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Polsce na tysiąc mieszkańców i – w poważnym stopniu – na zbliżenie polskich warunków wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej oraz poziomu wynagradzania tych zawodów do warunków i poziomu istniejących w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej.</p>	<p>Pielęgniarek i Położnych</p>	
<p>Związek nie akceptuje tej propozycji zmian i negatywnie opiniuje projekt, który w żaden sposób nie spełnia oczekiwań pielęgniarek i położnych.</p> <p>Podkreślam, że wszystkie założenia zawarte w projekcie zmian do ustawy (dotyczące zachowania proporcji w zakresie poziomów wynagrodzeń zasadniczych pracowników medycznych) zostały zniesione poprzez Porozumienie z dnia 08.02.2018r. zawarte przez Ministra Zdrowia z lekarzami rezydentami.</p> <p>Stosując identyczną proporcję wobec pielęgniarek i położnych należałoby podnieść w ustawie ich współczynniki pracy o 47,92%/: <u>Żądamy zatem dokonania zmiany współczynników pracy zapisanych w ustawie</u> w taki sposób, aby wyliczenie wynagrodzeń zasadniczych pielęgniarek i położnych wzrosło przynajmniej proporcjonalnie do grupy lekarzy specjalistów zgodnie z gwarancją udzieloną im przez Ministra Zdrowia w § 6 ust. 1 Porozumienia z dnia 08.02.2018r.</p>	<p>Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych</p>	<p>Jw.</p>

<p>W trakcie prowadzonych rozmów z OZZPiP, Ministerstwo Zdrowia deklarowało wstępnie, iż z uwagi na specyfikę pracy zawodu pielęgniarki i położnej widzi potrzebę podniesienia najniższego współczynnika pracy 0,64. W tej grupie jest najwięcej czynnych zawodowo pielęgniarek i położnych.</p> <p>Panie Ministrze, po raz kolejny pytamy: jakimi kryteriami kierowano się ustalając w ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia pracowników medycznych współczynniki pracy? Dlaczego nie uwzględnia się naszych sugestii?</p> <p>Odbieramy tę sytuację jako lekceważenie pozycji pielęgniarek i położnych w ochronie zdrowia. Trwa to od zbyt wielu lat i należy z tym skończyć, ponieważ przekłada się to wprost na zainteresowanie zawodem i tym samym bezpieczeństwo Polaków.</p> <p>Pozostawienie najliczniejszej grupy pielęgniarek i położnych - wykwalifikowanych profesjonalistów, wykonujących zawody w pełni samodzielne, wyspecjalizowane, regulowane prawem krajowym i europejskim, na takim poziomie wynagradzania jak zawody pozbawione tych cech (np. opiekun medyczny czy sekretarka medyczna) jest nie do pogodzenia z zasadami współżycia społecznego, tym samym dla nas niezrozumiałe i nieakceptowalne.</p> <p>W nowelizacji ustawy najniższa grupa zawodowa pielęgniarek i położnych musi mieć przypisany współczynnik pracy znacząco wyższy niż pracownicy wskazani obecnie w lp. 10 Tabeli stanowiącej załącznik do ustawy.</p> <p>Po raz kolejny wnioskujemy o uwzględnienie naszych uwag w dalszym procesie legislacyjnym i znaczącą modyfikację projektowanej zmiany.</p>		
<p>Kolejny raz dokonujecie dyskryminacji zawodu pielęgniarki i położnej w stosunku do innych wymienionych w załączniku do projektu ustawy o zmianie ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. grup zawodów. Projekt, podobnie jak obowiązująca ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. nie uwzględnia pielęgniarek pracujących w Domach Pomocy Społecznej. Praca pielęgniarki i położnej ma zasadniczy wpływ na jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych dla obywateli. Deprecjonacja oraz dyskryminacja pielęgniarek i położnych w stosunku do innych grup zawodowych wykonujących zawód medyczny przyczyni się do dalszego zmniejszenia się ilości pielęgniarek i położnych wykonujących swój zawód w kraju. Zakres kompetencji pielęgniarki i położnej wymieniony w Ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej jest bardzo szeroki. Jest specyficzny i nieporównywalny z innymi grupami zawodowymi. Jest więc rzeczą niedopuszczalną, aby pielęgniarka/położna z tytułem zawodowym licencjata czy pielęgniarka/położna posiadająca wykształcenie zdobyte zgodnie z nieobowiązującymi już zasadami, ale posiadająca prawo wykonywania zawodu i tak ważne w tym zawodzie doświadczenie została zakwalifikowana do grupy o współczynniku pracy 0,64!</p>	internauta	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres nowelizacji. Przepisami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. objęci są wyłącznie pracownicy podmiotów leczniczych. Tymczasem domy pomocy społecznej nie są podmiotami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej lecz placówkami świadczącymi usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej.</p> <p>Ponadto należy wyjaśnić, że określona w projekcie ustawy wysokość najniższych wynagrodzeń zasadniczych ustalona została w taki sposób aby</p>

			realne było jej osiągnięcie w terminach wskazanych w projekcie przy uwzględnieniu możliwości finansowych sektora ochrony zdrowia.
<p>Obecne zróżnicowanie tych grup zawodowych przy ustalaniu najniższego wynagrodzenia zasadniczego nie ma uzasadnienia w świetle wyceny świadczeń zdrowotnych Narodowego Funduszu Zdrowia wykonywanych osobiście przez osoby wykonujące zawód lekarza albo zawód psychologa, w szczególności w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenie uzależnień.</p> <p>Np. w katalogu zakresów świadczeń stanowiących załącznik do zarządzenia Nr 41/2018/SOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wizyta lekarska diagnostyczna trwająca co najmniej 45 minut została wyceniona przez Prezesa NFZ tak samo jak porada psychologiczna diagnostyczna trwająca również co najmniej 45 minut tj. 9, 83 pkt.</p> <p>Minimalne kwalifikacje dla powyższych świadczeń zostały określone w sposób następujący:</p> <ul style="list-style-type: none"> -w przypadku lekarza: "dopuszcza się możliwość realizowania świadczenia przy udziale lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii;, który ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji; - w przypadku psychologa: "psycholog z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej". <p>Innym przykładem jest sesja psychoterapii indywidualnej. W Tym przypadku jednakowo są traktowani psychoterapeuci posiadający dyplom lekarza lub magistra psychologii. Konieczny jest co najmniej „status osoby uczestniczącej co najmniej 2 lata w podyplomowym szkoleniu...”. Wycena punktowa sesji wynosi 15,29 pkt w przypadku osoby posiadającej certyfikat psychoterapeuty albo 10,92 pkt w przypadku uczestniczącej co najmniej dwa lata w podyplomowym szkoleniu, zarówno dla lekarza jak i psychologa. W związku z tym traktowanie lekarzy i psychologów przy ustalaniu minimalnego wynagrodzenia zasadniczego ma charakter dyskryminujący i dlatego powinno być zniesione.</p>	Psycholodzy, Stowarzyszenie Oddziałów Psychiatrycznych Szpitali Ogólnych	Proponuje się nie uwzględnić. Określona w projekcie wysokość najniższych wynagrodzeń zasadniczych ustalona została w taki sposób aby realne było jej osiągnięcie w terminach wskazanych w projekcie przy uwzględnieniu możliwości finansowych sektora ochrony zdrowia. Wprowadzenie dla grupy zawodowej psychologów najniższej wysokości wynagrodzeń w postulowanej wysokości powodowałoby skutki finansowe przekraczające możliwości systemu ochrony zdrowia. Podkreślenia wymaga, że zmieniając ustawę regulować ma minimalny poziom wynagrodzenia zasadniczego pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny. W dalszym ciągu w gestii pracodawców pozostanie więc ustalanie wynagrodzeń ww. pracowników zgodnie z przepisami ogólnymi Kodeksu pracy, a więc przy uwzględnieniu w szczególności wymaganego na stanowiskach przez nich zajmowanych wykształcenia i kwalifikacji.	
Projekt ustawy o wynagrodzeniach w służbie zdrowia jest niesprawiedliwy i krzywdzący dla pielęgniarek. Dyskryminuje się pielęgniarki i gorzej wycenia ich pracę i kwalifikacje względem innych zawodów	internauta	Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres	

<p>medycznych. Krzywdzące jest, że są tak duże różnice w pensji specjalistki a mgr ze specjalizacją ale i to, że nie uwzględnia się innych studiów mających zastosowanie w ochronie zdrowia np promocja zdrowia. Przecież edukacja zdrowotna i promocja zdrowia należy do zakresu obowiązków pielęgniarki. Dawniej zachęcano nas byśmy kończyły te studia a teraz nic z tego nie mamy.</p>		<p>nowelizacji. Projektowana ustawa w załączniku zawiera podział pracowników wykonujących zawód medyczny oraz pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnionych w podmiotach leczniczych na grupy zawodowe wg kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku. Wyższy współczynnik pracy został przewidziany na tych stanowiskach pracy, na których wymagane jest posiadanie specjalizacji. Należy podkreślić, że o wymaganiach na stanowiskach pracy i zatrudnianiu osób każdorazowo decyduje pracodawca (kierownik podmiotu leczniczego). Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. określa jedynie najniższe poziomy wynagrodzenia zasadniczego, nie wyłącza zaś ogólnych przepisów kodeksu pracy dotyczących kryteriów ustalania wysokości wynagrodzenia za pracę.</p>
<p>Projekt, jest niesprawiedliwy, szereguje pielęgniarki jako grupę osób najmniej zarabiających. Mgr pielęgniarstwa ze specjalizacją to nie jest osobą, którą można zastąpić Tak o se. Lata nauki i zdobyte doświadczenie to zdobycie umiejętności jedynych w swoim rodzaju. Czary mary od lat, zaniedbania, 203, białe miasteczka, niewykonania(kto je widział). Teraz Zębalowe. Jedno wielkie oszustwo. Pogarda i lekceważenie, postrzeganie nas jako Gąsek. Kalkulacje, przeliczenia, za rok może dwa. Czy Tak trudno ustalić jednakową dla wszystkich stawkę. Plus dodatki: za staż pracy, wykształcenie, oddział. Pielęgniarką z Soru i dermatologii w jednym szpitalu dostają tyle samo albo mniej. A praca mocno różna. Zasiadziały pielęgniarki które nie kiwnęły palcem w celu podniesienia kwalifikacji i zatrzymały się na pewnym etapie nie rozwijają się A bazują tylko na doświadczeniu bez gotowości do zmiany oddziału(bo nie poradzą sobie) często zarabiają O 1000 zł więcej niż pielęgniarka po studiach i specjalizacji ale młoda wiekiem. Brak jasno określonych ścieżek kariery pozwala na zasiadzenie, bo po co się rozwijać. Do dni dzisiejszych funkcje oddziałowych pełnią nobliwie Panie ,nawet 60 plus, są nie do ruszenia, nie mają</p>	<p>internauta</p>	<p>Jw.</p>

<p>wykształcenia, żyją wspomnieniami z młodości i nie pozwalają na innowacje. Pieniądze i brak perspektyw to jest sedno. Te podwyżki proponowane aktualnie są śmieszne nie spowodują samoistnego zreanimowania pielęgniarstwa. Ale opinia publiczna dowie się że znowu jak od lat zarabiamy krocie. Ja jestem spokojna rynek pracy wymusi godnie zarobki. A przed wyborami posłuchamy jaka to piękna przyszłość przed nami. Może ktoś uwierzy?. Najbardziej winne zaistniałej sytuacji są oderwane od rzeczywistości kobiety dzierżące niestety władze w środowisku pielęgniarstwie. Są beznadziejne, nie mają pojęcia o aktualnościach w środowisku, pozwalają się mamić. Żenujące.</p>		
<p>Smutne jest to, że jako pielęgniarki, które mają najwięcej kontaktu z pacjentem są kolejny raz oszukiwane. Podane współczynniki to deprecjacja nas jako ludzi, które mają rodziny i chcą godnie żyć z jednej pensji. Zawsze jesteśmy pomijane i co nam się zaproponuje powinniśmy przyjąć z pocałowaniem ręki. Pielęgniarka to dzisiaj nie służąca lekarza, ale osoba posiadające liczne kursy oraz wyższe wykształcenie, dlaczego dyrektor ma o tym decydować czy należy jej się wyższe wynagrodzenie czy nie. Dlaczego znowu zostawia się otwartą furtkę aby nie dać godnie zarobić pielęgniarce, bo 2300 zł brutto to nie jest godna pensja.</p>	internauta	Jw.
<p>Sprzeciwiam się proponowanemu projektowi ustawy. W dalszym ciągu w taki sam sposób traktuje pielęgniarkę z wyższym wykształceniem magisterskim bez specjalizacji co pielęgniarkę posiadającą średnie wykształcenie lub licencjat. Czuję się zażenowana i rozgoryczona tym, że na tym etapie wg państwa oceny mój dyplom powinien trafić do kosza.</p>	internauta	Jw.
<p>Nowelizacja projektu nic nie zmieni w dalszym ciągu będzie dyskryminacja płacy wśród pielęgniarek.</p>	internauta	Jw.
<p>Ten projekt to jedno wielkie nieporozumienie. Pole do nadużyć dla pracodawców, czego prawdopodobnie nie omieszkają wykorzystać. Bardzo zły i niesprawiedliwy. Współczynniki wynagrodzeń żenująco niskie i nic nie zmieniające w sytuacji gdy zawód pielęgniarki to zawód ginący. Niestety nie zachęca do podjęcia pracy.</p>	internauta	Jw.
<p>Przy ustalaniu współczynnika pracy pielęgniarek/położnych sklasyfikowanych w Załączniku do projektu ustawy z 23.05.2018 r. zakwalifikowano w lp. 9 pielęgniarki/położne posiadające wykształcenie I stopnia (z tytułem licencjata), przy współczynniku pracy 0,64 Przypisano im tym samym współczynnik pracy na poziomie 0,64 , podobnie jak wymienionym w lp. 10 innym pracownikom wykonującym zawód medyczny, wymagający średniego wykształcenia!</p> <p>II. Projekt z dnia 23.05.2018 r. , podobnie jak obowiązująca ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. deprymują zawód pielęgniarki/położnej. Pielęgniarka/ położna posiada kierunkowe wykształcenie medyczne. KZiS (Klasyfikacja Zawodów i Specjalności) wymienia pielęgniarki i położne w grupie 2 SPECJALIŚCI podgrupa 22 Specjaliści do spraw zdrowia. Niezależnie od poziomu wykształcenia wykonują regulowany zawód medyczny, który jest zawodem samodzielnym, mającym szeroki zakres kompetencji, musi posiadać aktualne prawo wykonywania zawodu. Nad należytem wykonywaniem zawodu, w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony, czuwa samorząd zawodowy, do którego przynależność pielęgniarek i położnych jest obowiązkowa. Członkowie samorządu podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu (Art. 36.1. Ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych, Dz.U. z 2018 r. poz. 916).</p> <p>III. Użycie w projekcie podobnie jak w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. w załączniku Współczynniki pracy</p>	internauta	Jw.

<p>zapisu w formie „Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku” pozwala pracodawcom do zakwalifikowania pielęgniarki/położnej do najniższego współczynnika pracy, nie uwzględniając tym samym ich wykształcenia. III. Jest więc rzeczą niedopuszczalną, aby pielęgniarka/położna z tytułem zawodowym licencjata czy pielęgniarka/położna posiadająca wykształcenie zdobyte zgodnie z nieobowiązującymi już zasadami, ale posiadająca prawo wykonywania zawodu i tak ważne w tym zawodzie doświadczenie została zakwalifikowana do grupy o współczynniku pracy 0,64!</p>		
<p>Obecna wersja Projektu nie jest możliwa do przyjęcia. Współczynnik dla diagnosty laboratoryjnego ze specjalizacją I, II stopnia jest identyczny jak dla lekarza/lekarza dentystry bez specjalizacji. Diagnosta laboratoryjny bez specjalizacji był traktowany jednakowo z innym zawodem medycznym/ bez specjalizacji czyli: -wywodzący się spoza uczelni medycznej, - będący w trakcie szkolenia podyplomowego, więc pracujący pod nadzorem diagnosty i bez prawa do autoryzacji wyników badań. Takie potraktowanie zawodu diagnosty nie uwzględnia kompetencji i odpowiedzialności prawnej, nie jest niczym uzasadnione i jawnie dyskryminujące. Istnieje grupa ok. 10% diagnostów ze specjalizacją I stopnia (analityk kliniczny analogicznie jak lekarze), którym nie można będzie przypisać żadnego ze współczynników, ponieważ osoby te nie zostały uwzględnione w żadnej z grup. Nasze sugestie oparte są o tabelę zaszeregowania pracowników podmiotów leczniczych (obwieszczenie MZ z dnia 30 stycznia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej) opisujące kategorie zaszeregowania zgodnie z wykształceniem i posiadanymi stopniami specjalizacji. Proponowane zmiany do Załącznika w/w Projektu (WSPÓŁCZYNNIKI PRACY) 1. Lekarz albo lekarz dentyista oraz diagnosta laboratoryjny, który uzyskał specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny- identyczny współczynnik pracy - miejsce stażu, program specjalizacji drugiego stopnia oraz tytuł Specjalisty diagnostyki laboratoryjnej jest zbieżny dla lekarza i diagnosty. Starszy asystent, 7 lat pracy, XIX kat. zasz. 2. Lekarz albo lekarz dentyista oraz diagnosta laboratoryjny, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny - identyczny współczynnik pracy, gdyż miejsce stażu, program specjalizacji I stopnia z analityki klinicznej oraz tytuł był taki sam dla lekarza i diagnosty. Asystent, 5 lat pracy, XVIII kat. zasz. 3. Lekarz albo lekarz dentyista oraz diagnosta laboratoryjny , bez specjalizacji - identyczny współczynnik pracy, gdyż ukończona identyczna uczelnia medyczna, podobny program i przedmioty, prawo do autoryzacji wyników badań, młodszy asystent XVII kat. zasz. 5. Farmaceuta, fizjoterapeuta (wykreślić diagnostę) albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–4, wymagający wyższego wykształcenia i specjalizacji 6. Farmaceuta, fizjoterapeuta, (wykreślić diagnostę) albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–5, wymagający wyższego wykształcenia, bez specjalizacji - tutaj jest inny zawód medyczny wywodzący się spoza uczelni medycznej, w trakcie szkolenia podyplomowego więc pracujący pod nadzorem diagnosty i bez prawa do autoryzacji wyników badań to nie są takie same kompetencje jak diagnosty lab.. 9. Pielęgniarka albo położna inna niż określona w lp. 7 i 8, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, starszy technik analityki medycznej, XIV kat. zasz. wraz z pielęgniarkami 10. Fizjoterapeuta albo inny pracownik</p>	<p>internauta</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Określona w projekcie wysokość najniższych wynagrodzeń zasadniczych ustalona została w taki sposób aby realne było jej osiągnięcie w terminach wskazanych w projekcie przy uwzględnieniu możliwości finansowych sektora ochrony zdrowia. Wprowadzenie dla grupy zawodowej diagnostów laboratoryjnych najniższej wysokości wynagrodzeń w postulowanej wysokości spowodowałoby skutki finansowe przekraczające możliwości systemu ochrony zdrowia. Podkreślenia wymaga, że zmieniana ustawa regulować ma minimalny poziom wynagrodzenia zasadniczego pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny. W dalszym ciągu w gestii pracodawców pozostanie więc ustalanie wynagrodzeń ww. pracowników zgodnie z przepisami ogólnymi Kodeksu pracy, a więc przy uwzględnieniu w szczególności wymaganego na stanowiskach przez nich</p>

<p>wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–9, wymagający średniego wykształcenia 11. Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny.</p>		<p>zajmowanych wykształcenia i kwalifikacji.</p>
<p>Aby zostać pielęgniarką należy mieć wykształcenie wyższe, dlaczego w tabeli plac zrównuje się je z personelem o średnim wykształceniu? Po drugie, kto zdecyduje o konieczności zatrudnienia osoby z magistrem oraz specjalizacją? Równorzędnie z omawianą ustawą powinna wejść w życie ustawa o wymaganej na dyżurach minimalnej ilości pielęgniarek o konkretnym wykształceniu (np. jedna pielęgniarka specjalistka z magistrem, jako główna zarządzająca pracą zespołu; trzy pielęgniarki specjalistki podające leki; dwie uczące się po ukończonym licencjacie oraz oddziałowa).. Ostatnie o czym pragnę wspomnieć to porozumienie rezydentów i współczynniki pracy tam ustalone. Według zapisów, aby być konsekwentnym pielęgniarki oraz inne zawody powinny mieć podwyższone współczynniki o 40% (jak wnioskował Związek Zawodowy Pielęgniarek i położnych). Pragnę również przypomnieć, że jesteśmy w stanie poddać się w walce o pacjenta i nareszcie zająć się pracą jedynie na jeden etat, proszę spróbować przeanalizować sobie jak wielkie okażą się braki personelu.</p>	<p>internauta</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres nowelizacji. Projektowana ustawa w załączniku zawiera podział pracowników wykonujących zawód medyczny oraz pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnionych w podmiotach leczniczych na grupy zawodowe wg kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku. Wyższy współczynnik pracy został przewidziany na tych stanowiskach pracy, na których wymagane jest posiadanie specjalizacji. Należy podkreślić, że o wymaganiach na stanowiskach pracy i zatrudnianiu osób każdorazowo decyduje pracodawca (kierownik podmiotu leczniczego). Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. określa jedynie najniższe poziomy wynagrodzenia zasadniczego, nie wyłącza zaś ogólnych przepisów kodeksu pracy dotyczących kryteriów ustalania wysokości wynagrodzenia za pracę.</p>
<p>Propozycja wskaźnika 0,53 dla pracowników działalności podstawowej innych niż wykonujących zawody medyczne jest absolutnie nie do zaakceptowania – 2067zł przy minimalnym wynagrodzeniu brutto 2100zł w roku 2018 i projekcji ponad 2200zł w roku przyszłym jest uwłaczające dla pracowników z różnym, często wyższym wykształceniem. Współczynniki pracy określone w tabeli stanowiącej załącznik do ustawy zawierają podstawową wadę – aktualnie nie przystają do kwot minimalnych wynagrodzeń proponowanych w innych aktach prawnych.</p>	<p>Federacja Związków Zawodowych POZiPS</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Określona w projekcie wysokość najniższych wynagrodzeń zasadniczych ustalona została w taki sposób aby realne było jej osiągnięcie w terminach wskazanych w projekcie przy uwzględnieniu możliwości</p>

			finansowych sektora ochrony zdrowia. Wprowadzenie najniższej wysokości wynagrodzeń w postulowanej wysokości powodowałoby skutki finansowe przekraczające możliwości systemu ochrony zdrowia. Podkreślenia wymaga, że zmieniana ustawa regulować ma minimalny poziom wynagrodzenia zasadniczego pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny. W gestii pracodawców pozostanie zatem wynagradzanie ww. pracowników zgodnie z przepisami ogólnymi Kodeksu pracy, a więc przy uwzględnieniu w szczególności wymaganego na stanowiskach przez nich zajmowanych wykształcenia i kwalifikacji.
	W przypadku pracowników inspekcji sanitarnej wiele kontrowersji – oprócz wymienionych powyżej – budzi zarówno kwalifikowanie pracowników do odpowiednich współczynników, o czym kilkakrotnie informowaliśmy Ministerstwo Zdrowia, jak i problemy z zabezpieczeniem finansowym na ten cel.	Federacja Związków Zawodowych POZiPS	To jest stwierdzenie, nie uwaga do projektu ustawy.
	Forum Związków Zawodowych negatywnie opiniuje projekt. Projektowane zmiany są niewystarczające i nie spełniają oczekiwań grup zawodowych pracowników medycznych. Proponowane zmiany po wejściu ich w życie pogłębią dyskryminację wielu grup pracowników medycznych, w tym pielęgniarek i położnych, także wewnątrz grupy zawodowej. Wersja zmian do ustawy jaka została ostatecznie przekazana do konsultacji społecznych w żaden sposób nie spełnia oczekiwań strony społecznej. Przypominamy, że postulat zmian przedstawiony był w piśmie FZZ z dnia 06.11.2017 r. L.Dz. FZZ IX 095/06/11/17, które dla przypomnienia przedstawiamy w załączeniu. W chwili obecnej wszystkie założenia zawarte w projekcie zmian do ustawy (dotyczące zachowania proporcji w zakresie poziomów wynagrodzeń zasadniczych pracowników medycznych) zostały zniesione poprzez Porozumienie z dnia 08.02.2018 r. zawarte przez Ministra Zdrowia z lekarzami rezydentami. § 6 ust. 1 Porozumienia z dnia 08.02.2018r. z lekarzami rezydentami przewiduje, że lekarze specjaliści	Forum Związków Zawodowych	Proponuje się nie uwzględnić. Określona w projekcie wysokość najniższych wynagrodzeń zasadniczych ustalona została w taki sposób aby realne było jej osiągnięcie w terminach wskazanych w projekcie przy uwzględnieniu możliwości finansowych sektora ochrony zdrowia. Wprowadzenie najniższej wysokości wynagrodzeń w postulowanej wysokości powodowałoby skutki finansowe

<p>zatrudnieni na podstawie stosunku pracy otrzymają wynagrodzenie zasadnicze w kwocie nie mniejszej niż 6.750,-zł. brutto nie później niż od dnia 01.07.2018r. (oczywiście rozumiemy, że przy założeniu, iż zobowiążą się do niewykonywania tożsamyh świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych w innej placówce medycznej niż główne miejsce zatrudnienia. Zauważyć jednak należy istnienie szeregu wyjątków, na jakie zgodziło się Ministerstwo Zdrowia tj. możliwości swobodnego świadczenia pracy dodatkowej w ramach POZ, AOS oraz zabiegów wykonywanych w trybie ambulatoryjnym i rehabilitacji medycznej oraz gwarancję zapewnienia swobody dodatkowej pracy w sektorze prywatnym, które prowadzą do wniosku, że każdy zainteresowany lekarz specjalista otrzyma w/w gwarantowane wynagrodzenie zasadnicze). W dodatku w praktyce takie poziomy wynagrodzeń będą musieli otrzymać, a w zasadzie już otrzymują, również lekarze specjaliści kontraktowi, bowiem nie zgodzą się pracować na tych samych stanowiskach co ich koledzy etatowi za niższe stawki. Rynek wymusi zrównanie tych stawek.</p> <p>W ustawie bez zmian zostaje w poz. 2 współczynnik pracy 1,17 dla lekarzy zatrudnionych na podstawie stosunku pracy, którzy uzyskali specjalizację pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny. Czyli w chwili obecnej ta grupa zawodowa ma docelowo do 31-12-2019r. otrzymać wzrost wynagrodzenia zasadniczego do poziomu 4.563.-zł. (współczynnik pracy 1,17 x zamrożona kwota 3.900,-zł.). W założeniu ustawy ten wzrost wynagrodzeń zasadniczych ma następować stopniowo. Tymczasem w § 6 ust. 1 Porozumienia z dnia 08.02.2018 r. zapisano gwarantowane przez Ministra Zdrowia wynagrodzenie zasadnicze tych samych lekarzy (zatrudnionych na podstawie stosunku pracy) od 01.07.2018r. na poziomie 6.750.-zł. To jest też tylko wynagrodzenie zasadnicze. Będzie ono powiększone o pochodne i o wynagrodzenie za dyżury.</p> <p>Dokonałiśmy zatem porównania i wychodzi na to, że aby lekarz specjalista osiągnął wynagrodzenie zasadnicze na poziomie 6.750,-zł. w ustawie współczynnik pracy powinien być wpisany na poziomie 1.73 (powinien to być wzrost o 47,92% z obecnego współczynnika pracy 1,17) i to już od 01.07.2018 r., a nie od 31.12.2019 r.</p> <p>Dodatkowo, aby zachować takie same proporcje w grupie zawodowej lekarzy to można wyliczyć, że lekarze, którzy uzyskali specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny (obecnie współczynnik pracy dla nich wynosi 1,27) powinni mieć ustalony współczynnik pracy na poziomie 1.88 (ten sam wzrost o 47,92%).</p> <p>Jednocześnie lekarz bez specjalizacji jest obecnie określony w ustawie ze współczynnikiem pracy 1,05 tj. jego wynagrodzenie zasadnicze docelowo powinno wynosić 4.095,-zł. (przy zamrożonej kwocie 3.900,-zł.). Nie ma wątpliwości, że lekarze rezydenci należą obecnie do tej grupy lekarzy bez specjalizacji. Zawarte Porozumienie gwarantuje natomiast tej grupie zawodowej wynagrodzenia zasadnicze od 01.07.2018 r. (niezależnie od terminu rozpoczęcia specjalizacji) na następujących poziomach :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarze na specjalizacji w trybie rezydentury na I i II roku w specjalizacjach preferowanych - kwota 4.700,-zł. miesięcznie, natomiast na pozostałych rodzajach specjalizacji 4.000,-zł. miesięcznie. 2) lekarze na specjalizacji w trybie rezydentury od 111 roku w specjalizacjach preferowanych - kwota 5.300,-zł. miesięcznie, natomiast na pozostałych rodzajach specjalizacji 4.500,-zł. miesięcznie. 	<p>przekraczające możliwości systemu ochrony zdrowia. Podkreślenia wymaga, że zmieniana ustawa regulować ma minimalny poziom wynagrodzenia zasadniczego pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny. W gestii pracodawców pozostanie zatem wynagradzanie ww. pracowników zgodne z przepisami ogólnymi Kodeksu pracy, a więc przy uwzględnieniu w szczególności wymaganego na stanowiskach przez nich zajmowanych wykształcenia i kwalifikacji.</p> <p>Jednocześnie należy podkreślić, że uzyskanie przez lekarza specjalistę zatrudnionego u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z NFZ, wyrównania wynagrodzenia zasadniczego będzie zależało od podpisania przez tego lekarza dobrowolnego zobowiązania do nieudzielania tych samych świadczeń w innym podmiocie leczniczym. Do lekarzy, którzy nie zdecydują się na złożenie ww. zobowiązania w dalszym ciągu będą miały zastosowanie przepisy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r.</p>
---	---

<p>Dodatkowo jeżeli lekarze rezydenci zobowiążą się do przepracowania w Polsce łącznie dwóch lat z pięciu kolejnych lat przypadających bezpośrednio po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego mają dodatkowo mieć powiększone wynagrodzenie zasadnicze (Porozumienie używa zwrotu „wpisane do podstawy wynagrodzenia”) o kolejne kwoty 700,-zł. (specjalizacje priorytetowe) lub 600,-zł. (specjalizacje pozostałe). Zatem w rzeczywistości gwarantowane przez Ministra Zdrowia wynagrodzenia zasadnicze dla lekarzy rezydentów od 01-07-2018 r. będą wynosić :</p> <p>1) lekarze na specjalizacji w trybie rezydentury na I i II roku w specjalizacjach preferowanych - kwota 5.400,-zł. miesięcznie, natomiast na pozostałych rodzajach specjalizacji 4.600,-zł. miesięcznie.</p> <p>2) lekarze na specjalizacji w trybie rezydentury od III roku w specjalizacjach preferowanych - kwota 6.000,-zł. miesięcznie, natomiast na pozostałych rodzajach specjalizacji 5.100,-zł. miesięcznie.</p> <p>Kwoty te są znacznie wyższe od kwoty gwarantowanej obecnie przez ustawę tj. 4.095,-zł. i będą wypłacane szybciej bo już od 01.07.2018r.</p> <p>Forum Związków Zawodowych przypomina uzasadnienie do projektu nowelizacji ustawy, gdzie Ministerstwo Zdrowia zapisało, że celem wprowadzenia progu najniższej płacy zasadniczej dla grupy pracowników działalności podstawowej jest przeciwdziałanie rosnącej dysproporcji pomiędzy wynagrodzeniem pracowników medycznych, a poziomem płac pracowników działalności podstawowej, których praca pozostaje w bezpośrednim związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.</p> <p>Skoro takie jest uzasadnienie stanowiska Ministerstwa Zdrowia to stanowczo żądamy przygotowania takiej zamiany ustawy, aby Minister Zdrowia przeciwdziałał rosnącej obecnie skokowo dysproporcji pomiędzy wynagrodzeniem lekarzy (specjalistów i rezydentów), a poziomem płac pozostałych pracowników medycznych</p> <p>Stosując identyczną proporcję wobec pozostałych grup zawodowych pracowników medycznych należałoby podnieść w ustawie ich współczynniki pracy o 47,92%. Żądamy zatem dokonania zmiany współczynników pracy zapisanych w ustawie w taki sposób, aby wyliczenie wynagrodzeń zasadniczych wzrosło przynajmniej proporcjonalnie do grupy lekarzy specjalistów zgodnie z gwarancją udzieloną przez Ministra Zdrowia w § 6 ust. 1 Porozumienia z dnia 08.02.2018 r. Można tego dokonać albo poprzez skokowy wzrost współczynnika pracy, albo poprzez ewentualnie niższy wzrost współczynnika pracy, ale z równoczesnym odmrożeniem od 01.07.2018 r. kwoty bazowej [obecnie 3.900,-zł.).</p>		
<p>Nie podoba mi się zbyt duża różnica kwot pomiędzy grupami zawodowymi pielęgniarek. Pielęgniarka z tytułem magistra lub specjalizacja powinna mieć wyższy współczynnik.:0,9 np. a bez specjalizacji 0,73 a ze specjalizacją i tytułem magistra 1,05.</p>	<p>internauta</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres nowelizacji. Projektowana ustawa w załączniku zawiera podział pracowników wykonujących zawód medyczny oraz pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnionych w podmiotach leczniczych na grupy</p>

			<p>zawodowe wg kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku. Wyższy współczynnik pracy został przewidziany na tych stanowiskach pracy, na których wymagane jest posiadanie specjalizacji. Należy podkreślić, że o wymaganiach na stanowiskach pracy i zatrudnianiu osób każdorazowo decyduje pracodawca (kierownik podmiotu leczniczego). Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. określa jedynie najniższe poziomy wynagrodzenia zasadniczego, nie wyłącza zaś ogólnych przepisów kodeksu pracy dotyczących kryteriów ustalania wysokości wynagrodzenia za pracę.</p>
	<p>W mojej opinii nadal nie dywersyfikuje ona pracowników z wykształceniem wyższym niepełnym (licencjat) i pełnym oraz bez wykształcenia wyższego. Osoby z licencjatem (z zakresu pielęgniarstwa lub fizjoterapii), w związku z odbyciem 3 letniego I stopnia studiów na danym kierunku posiadają niewątpliwie wyższy poziom wykształcenia niż osoby z wykształceniem średnim (pielęgniarskim lub jako technik fizjoterapii). Zawarte w ustawie współczynniki pracy nie premiuje w żaden sposób osób z wykształceniem na poziomie licencjatu. Jest to istotne szczególnie w przypadku pielęgniarek, których niedobór w Polsce zaczyna być coraz bardziej odczuwalny (można spodziewać się, że po przejściu starszych pielęgniarek na emeryturę sytuacja stanie się jeszcze bardziej poważna). W mojej opinii wykształcenie pielęgniarki na poziomie licencjatu jest w zupełności wystarczające do fachowego i bezpiecznego wykonywania zawodu. W wielu krajach odchodzi się od długotrwałego kształcenia personelu pielęgniarskiego na rzecz studiów 3-letnich. Premiowanie finansowe dopiero pielęgniarek z wykształceniem magisterskim może wymuszać czasochłonny i nie niezbędny w tym kontekście wysiłek edukacyjny. Uważam więc, że tabela powinna zawierać wspólne ujęcie pielęgniarek z tytułem magistra i licencjata, jako wykonujące zawód z wykształceniem wyższym (tak jest to sformułowane w przypadku fizjoterapeutów: „<i>fizjoterapeuta (...) wykonujący zawód medyczny (...), wymagający wyższego wykształcenia</i>”). Pielęgniarka wykonująca zawód z wykształceniem wyższym albo położna wykonująca zawód z wykształceniem wyższym, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia ze współczynnikiem pracy 1,05. Pielęgniarka albo położna, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie</p>	<p>Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Medycyny Pracy</p>	<p>Jw.</p>

<p>w ochronie zdrowia albo pielęgniarka wykonująca zawód z wykształceniem wyższym albo położna wykonująca zawód z wykształceniem wyższym ze współczynnikiem pracy – 0,80</p>		
<p>Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473), jak i procedowany projekt jej zmiany, nie uwzględniają specyficznej sytuacji grupy specjalistów terapii uzależnień i specjalistów psychoterapii uzależnień, którzy uzyskali kwalifikacje zawodowe na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 roku (Dz. U. z 2005r. Nr 179, poz. 1485 z późn. zm.) oraz na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2016r. poz. 487, z późn. zm.). Osoby te są głównymi wykonawcami świadczeń zdrowotnych w placówkach leczenia uzależnień.</p> <p>Aktualnie specjaliści terapii uzależnień i specjaliści psychoterapii uzależnień kwalifikowani są do grupy zawodowej nr 6: „Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-5, wymagający wyższego wykształcenia, bez specjalizacji” ze współczynnikiem pracy na poziomie 0,73.</p> <p>Krajowe Biuro wnioskuje o dodanie specjalistów terapii uzależnień i specjalistów psychoterapii uzależnień do grupy zawodowej nr 5: „Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-4, wymagający wyższego wykształcenia i specjalizacji” a tym samym ustalenie współczynnika pracy na poziomie 1.05.</p> <p>Proces nabywania kwalifikacji zawodowych przez specjalistów terapii uzależnień i specjalistów psychoterapii uzależnień oprócz uzyskania wykształcenia wyższego wymaga dodatkowo wieloletniego i wieloetapowego cyklu nauki, na który składa się minimum 650 godzinne szkolenie w zakresie umiejętności udzielania pomocy psychologicznej oraz nowoczesnych metod diagnozowania i terapii uzależnienia i psychoterapii członków rodzin, staż kliniczny w akredytowanych placówkach leczenia uzależnień i superwizja kliniczna do celów szkoleniowych. Zakończeniem procesu zdobywania kwalifikacji jest złożenie egzaminu przed komisją zewnętrzną w stosunku do podmiotu szkolącego i uzyskanie certyfikatu.</p> <p>Samo ukończenie wybranych kierunków studiów wyższych z tytułem magistra (w tym psychologii, pielęgniarstwa) nie uprawnia do wykonywania świadczeń w zakresie terapii osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Realizacja tych świadczeń wymaga zdobycia szczególnych kwalifikacji, które choć nie stanowią specjalizacji w znaczeniu zastosowanym w przepisach ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, nabywane są w zbliżony sposób jak tytuły specjalistów w medycynie, psychologii, fizjoterapii itp.</p> <p>W obecnej sytuacji w placówkach leczenia uzależnień pielęgniarki z tytułem magistra i specjalizacją, wykonujące w placówkach leczenia uzależnień zadania opiekuńcze i pomocnicze, mają znacznie bardziej uprzywilejowaną sytuację finansową niż specjaliści terapii uzależnień i specjaliści psychoterapii uzależnień, na barkach których spoczywa cały ciężar prowadzenia psychoterapii uzależnienia i członków rodzin osób uzależnionych.</p>	<p>Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Określona w projekcie wysokość najniższych wynagrodzeń zasadniczych ustalona została w taki sposób aby realne było jej osiągnięcie w terminach wskazanych w projekcie przy uwzględnieniu możliwości finansowych sektora ochrony zdrowia. Podział na grupy zawodowe i przypisanie pracownikom współczynników pracy zależy od kwalifikacji wymaganych przez pracodawcę na poszczególnych stanowiskach pracy. Do grupy 5 załącznika do ustawy kwalifikowani są pracownicy, którzy pracują na stanowiskach wymagających wyższego wykształcenia i specjalizacji (tytuł specjalisty uzyskiwany po ukończeniu kształcenia specjalizacyjnego i zdaniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w danej dziedzinie).</p>

<p>Kolejnym postulatem KZZPMLD, który nie został spełniony przez Ministerstwo Zdrowia jest wzrost współczynników wynagrodzeń w poszczególnych grupach. Te proponowane obecnie są absolutnie niewystarczające i oznaczają jedynie nieznaczne wyprzedzenie płacy minimalnej w grupie diagnostów laboratoryjnych bez specjalizacji oraz niemal zrównanie z płacą minimalną wynagrodzenia techników analityki medycznej. Współczynniki pracy powinny być proporcjonalne do propozycji zgłoszonych przez organizacje związkowe reprezentujące zawody medyczne, a obserwowane przez nas dysproporcje w poziomach wynagradzania poszczególnych grup zawodów medycznych są niedopuszczalne.</p> <p>Prace nad nowelizacją ustawy o diagnostyce laboratoryjnej trwają od 2017 roku. Brak rezultatów tych prac i jasnych regulacji odnośnie wymagań co do kwalifikacji i kompetencji personelu medycznych laboratoriów diagnostycznych, oraz brak kontraktowania i wyceny badań laboratoryjnych nie mogą być powodem dyskryminacji tej grupy zawodowej w ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.</p> <p>Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł na spotkaniu w Centrum Dialogu podkreślił, że trudno mówić o dialogu, jeśli rozmawia się tylko z jedną grupą reprezentatywną, podczas gdy pozostałe grupy zawodowe są z tego dialogu wyłączone. Zadajemy zatem pytanie, dlaczego grupa pracowników medycznych laboratoriów diagnostycznych wciąż jest z tego dialogu wyłączana?</p>	<p>Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Określona w projekcie wysokość najniższych wynagrodzeń zasadniczych ustalona została w taki sposób aby realne było jej osiągnięcie w terminach wskazanych w projekcie przy uwzględnieniu możliwości finansowych sektora ochrony zdrowia. Wprowadzenie dla grupy zawodowej najniższej wysokości wynagrodzeń w postulowanej wysokości spowodowałoby skutki finansowe przekraczające możliwości systemu ochrony zdrowia. Podkreślenia wymaga, że zmieniana ustawa regulować ma minimalny poziom wynagrodzenia zasadniczego pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny. W dalszym ciągu w gestii pracodawców pozostanie więc ustalanie wynagrodzeń ww. pracowników zgodne z przepisami ogólnymi Kodeksu pracy, a więc przy uwzględnieniu w szczególności wymaganego na stanowiskach przez nich zajmowanych wykształcenia i kwalifikacji.</p>
<p>W tabeli zaszeregowania pracowników podmiotów leczniczych zamieszczonej w dzienniku Ustaw RP z dnia 21-02-2017r Poz 304 jestem zaszeregowana w grupie z lekarzami specjalistami (kategoria zaszeregowania XIX). Teraz w ustawie o wynagrodzeniu współczynnik mam taki jak pielęgniarka ze specjalizacją która znajduje się w kategorii zaszeregowania XV. Nie rozumiem jak współczynnik przeliczeniowy mogę mieć o tyle niższy niż lekarze Przypominam że specjalizacje diagnostyczne zdają również lekarze a specjalizacje pielęgniarskie w przeciwieństwie do diagnostycznych są krótkie, darmowe i kończą się testem (jedynie egzaminem pisemnym). Ponadto powinno się w tabeli płac</p>	<p>internauta</p>	<p>Jw.</p>

<p>uwzględnić to że diagnosta może być młodszym asystentem-diagnosta bez specjalizacji-zaszeregowanie XVII, asystentem- diagnosta ze specjalizacją teoretyczną dawniej zwaną pierwszego stopnia lub ze specjalizacją po przepracowaniu 5 lat w zawodzie- zaszeregowanie XVIII, lub starszym asystentem-diagnosta który przepracował w zawodzie minimum 7 lat i posiada specjalizację- zaszeregowanie XIX. Czyli trzy różne współczynniki płacy. Ponadto technicy analityki medycznej są zaszeregowani z pielęgniarkami natomiast w proponowanych płacach są zdecydowanie niżej. Proponuję współczynniki ustalać zgodnie z zaszeregowaniem. i tak dla XXI grupy współczynnik 2,0 dla XX-1,85, dla XIX 1,7 i tak dalej pomniejszając każdą grupę leżącą niżej w tabeli o 0,15.</p>		
<p>Zmiana współczynników z 1,05 na 1,17 dla grupy zawodowej – 5 Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1 – 4 posiadający wyższe wykształcenie i specjalizację. Zmiana współczynników z 0,73 na 1,10 dla grupy zawodowej – 6 Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1 – 5 posiadający wyższe wykształcenie bez specjalizacji. Zmiana współczynników z 0,64 na 1,05 dla grupy zawodowej - 10 Fizjoterapeuta albo inny pracownik wykonujący inny zawód medyczny niż określony w lp. 1 – 9 posiadający średnie wykształcenie. Zmiana współczynników z 0,53 na 0,73 dla grupy zawodowej – 11 Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny. We wskazanych grupach zawodowych słowo „wymagający” np. wyższego wykształcenia zastępuje „posiadający” wyższe wykształcenie.</p>	<p>Ogólnopolski Związek Zawodowy Fizjoterapia</p>	<p>Jw.</p>
<p>Zmiana tytułu tabeli na grupy zawodowe według kwalifikacji oraz podwyższenie współczynników pracy do wartości przedstawionych poniżej</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny - 1,73 2. Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny - 1,60 3. Lekarz albo lekarz dentysta, bez specjalizacji - 1,50 4. Lekarz stażysta albo lekarz dentysta stażysta - 1,10 5. Pielęgniarka, położna, farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, psycholog kliniczny, neurologopeda ,albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w Tabeli posiadający wyższe wykształcenie na poziomie magisterskim oraz posiadający specjalizację II stopnia lub specjalizację - 1,40 6. Pielęgniarka, położna, farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, psycholog kliniczny, neurologopeda ,albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w Tabeli posiadający wyższe wykształcenie na poziomie magisterskim oraz posiadający specjalizację I stopnia - 1,30 7. Pielęgniarka, położna, farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w Tabeli posiadający wyższe wykształcenie na poziomie licencjackim oraz posiadający specjalizację; - 1,20 8. Pielęgniarka, położna, farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, psycholog, logopeda, elektroradiolog, dietetyk, albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w Tabeli 	<p>Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii</p>	<p>Jw.</p>

<p>posiadający wyższe wykształcenie na poziomie magisterskim bez specjalizacji - 1,10</p> <p>9. Pielęgniarka, położna, farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w Tabeli nie posiadający wyższego wykształcenia ale posiadający specjalizację; - 0,90</p> <p>10. Pielęgniarka, położna, farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, elektroradiolog, dietetyk albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w Tabeli posiadający wyższe wykształcenie na poziomie licencjackim bez specjalizacji; - 1,00</p> <p>11. Pielęgniarka, położna, technik farmaceutyczny, technik fizjoterapii, technik analityki medycznej, technik elektroradiologii albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w Tabeli nie posiadający wyższego wykształcenia i nie posiadający specjalizacji; - 0,80</p> <p>12. Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny – 0,60.</p>		
<p>Istotne dla ustawy jest zapobieganie nierównościom społecznym, dysproporcji płac w stosunku do wykształcenia i kwalifikacji.</p> <p>W obecnym sytuacji braku jednolitych 4 letnich studiów specjalizacyjnych dla innych zawodów medycznych lub możliwości uzyskiwania wykształcenia wyższego na poziomie licencjackim lub magisterskim oraz braku wymagań dotyczących wykształcenia wyższego, jako koniecznego do podjęcia specjalizacji w przypadku pielęgniarek i położnych- Minister Zdrowia powinien szczególnie uważnie wpływać na proponowane współczynniki pracy, tak aby nie pogłębiać dysproporcji między poszczególnymi grupami .</p> <p>Proponowane w obecnym kształcie rozróżnienia grup zawodowych oraz odpowiadające im współczynniki pracy są pobeżne i wykazują brak pełnej wiedzy i rzetelnego rozpatrzenia tego problemu przez Ministra Zdrowia.</p> <p>1. Wykreślenie z grupy lp. 5. sformułowania: "wymagający" i zastąpienie go, paralelnie do grup lp. 1- 4. terminem: "z" oraz wprowadzenie nazwy: "psycholog" oraz magisterskiego wykształcenia wyższego- czyli w pełnym brzmieniu: "Psycholog, farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta labolatoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-4 z wyższym wykształceniem magisterskim, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty". W przypadku tej grupy postuluje się współczynnik pracy: 1, 55</p> <p>2. Paralelnie w grupie lp. 6.: Wykreślenie z grupy lp. 6. sformułowania: "wymagający" i zastąpienie go, paralelnie do grup lp. 1- 4. terminem: "z" oraz wprowadzenie nazwy: "psycholog" oraz magisterskiego wykształcenia wyższego- czyli w pełnym brzmieniu: "Psycholog, farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta labolatoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-4 z wyższym wykształceniem magisterskim, bez specjalizacji". W przypadku tej grupy postuluje się współczynnik pracy: 1,30</p> <p>3. Postuluje się wprowadzenie nowej grupy zawodowej według kwalifikacji między grupą lp. 5. a lp. 6.- paralelnie, jak w grupie lp. 1- 4.: "Psycholog, farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta labolatoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-4 z wyższym wykształceniem magisterskim, który uzyskał</p>	<p>Ogólnopolski Związek Zawodowy Psychologów</p>	<p>Jw.</p>

<p>specjalizację pierwszego stopnia". W przypadku tej grupy postuluje się współczynnik pracy: 1,50</p> <p>4. Postuluje się zróżnicowanie współczynników pracy w grupie zawodowej pielęgniarek w stosunku do rodzaju wykształcenia (średnie, wyższe licencjackie, wyższe magisterskie) oraz specjalizacji (pielęgniarka ze średnim wykształceniem i specjalizacją, pielęgniarka z wyższym wykształceniem licencjackim i specjalizacją, pielęgniarka z wyższym wykształceniem magisterskim i specjalizacją). W stosunku do tego określenie proporcjonalnych współczynników pracy, które nie byłyby krzywdzące dla grup zawodowych, gdzie jest jednolite 5 letnie wykształcenie magisterskie i 4 letnia specjalizacja.</p>		
<p>1. Proponowana zmiana (dodanie 11 grupy) jest jak najbardziej pozytywną zmianą. Dzięki objęciu również tych grup zawodowych wspomnianą ustawą przestaną zdarzać się sytuacje, które obecnie mają miejsce w wielu placówkach systemu ochrony zdrowia - czyli zatrudnianie osób na tych stanowiskach za pensję zasadniczą znacząco poniżej pensji minimalnej. I chociaż otrzymują one dodatek wyrównawczy do wysokości minimalnej krajowej to od pensji zasadniczej wyliczane są chociażby składki emerytalne co negatywnie wpłynie na wysokość emerytur tych osób w przyszłości ale ma także negatywny skutek dla obecnego systemu emerytalnego.</p> <p>Zastrzeżenie budzi jednak wysokość współczynnika a raczej podstawa wyliczenia wynagrodzenia zasadniczego dla nowej grupy. Do 1 stycznia 2022 roku wysokość wynagrodzenia, do której na podstawie ustawy będzie podwyższane wynagrodzenie pracownika w grupie 11, to 2067 zł brutto. Oznacza to, że do 2022 pracodawca będzie miał obowiązek podwyższania wynagrodzenia zasadniczego do kwoty, która obecnie jest poniżej pensji minimalnej, a biorąc pod uwagę coroczne jej podwyżki, to w 2021 może być to już kilkaset złotych poniżej. Dla wielu osób może to oznaczać zamrożenie zarobków na poziomie pensji minimalnej i podwyższenie dodatku wyrównawczego. Od 01 stycznia 2022 wynagrodzenie zasadnicze będzie zależne od przeciętnego wynagrodzenia, co przy tym współczynniku będzie oznaczać, że będzie ono nieco powyżej pensji minimalnej. W takim przypadku należy zmienić podstawę wyliczania lub współczynnik tak aby wynagrodzenie zasadnicze, po zastosowaniu ustawy, było powyżej pensji minimalnej a nie znacząco poniżej.</p> <p>Dodatkowo jako Ogólnopolskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych uważamy, że w <i>Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami</i> powinna zostać dodana piąta kolumna, która wprost definiuje, w której grupie zawodowej zgodnie z ustawą o najniższych wynagrodzeniach znajduje się dany zawód.</p> <p>2. W przypadku opiekuna medycznego jest to naturalnie grupa 10 w przedmiotowym projekcie. Dostajemy z różnych placówek informacje, iż dyrekcja by uniknąć podwyżek „uznaje” opiekuna medycznego za zawód niemedyyczny wbrew definicji wynikającej z Dz.U. 2011 Nr 112 poz. 654, chociaż dalej udzielają oni świadczeń zdrowotnych wynikających z procesu opieki nad pacjentem i pielęgnacji (np. profilaktyki przeciwoleżynowej), ale dzięki temu pracodawcy nie wypłacają przewidzianych podwyżek. W innych placówkach otrzymują aneksy ze zmianą stanowisk z „opiekun medyczny” na np. „opiekun”. Jest to ewidentne działanie w celu obejścia zapisów ustawy a dopisanie grup zawodowych do wspomnianego Rozporządzenia ułatwi i ujednotoczy interpretację ustawy o minimalnym wynagrodzeniu i zapobiegnie takim sytuacjom.</p>	<p>Ogólnopolskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych</p>	<p>1. Jw.</p> <p>2. Na mocy projektowanej ustawy, grupa pracowników, których postanowiono objąć ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r., zostanie rozszerzona o pracowników, którzy nie wykonując zawodów medycznych, są pracownikami działalności podstawowej i wykonują pracę w komórkach</p>

		<p>organizacyjnych działalności medycznej zakładu leczniczego. Ostateczna decyzja o zakwalifikowaniu pracownika do właściwej grupy zawodowej, tak jak dotychczas, będzie podejmowana przez pracodawcę z uwzględnieniem kwalifikacji wymaganych na stanowisku zajmowanym przez pracownika.</p>
	<p>Biorąc pod uwagę istotne znaczenie zawodu ratownika medycznego w systemie ochrony zdrowia w Polsce, jesteśmy zaniepokojeni lekceważeniem przez Ustawodawcę należytego postrzegania naszej grupy zawodowej. Zauważyć należy, że ratownik medyczny stał się pierwszym i najważniejszym ogniwem procesu leczenia (wykonywania medycznych czynności ratunkowych), w sytuacjach zagrażających życiu w opiece przedszpitalnej. Jego wiedzę, doświadczenie, ale również odpowiedzialność, można porównać tylko z zawodem lekarza. Również umiejscowienie zawodu ratownika medycznego w systemie ratownictwa medycznego w miejscu, gdzie do tej pory swój zawód wykonywał lekarz, jednoznacznie określa znaczenie tej grupy zawodowej.</p> <p>Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych wnioskuje poniższy sposób uwzględnienia zawodu ratownika medycznego:</p> <p>Lekarz albo lekarz dentysta, bez specjalizacji. Ratownik medyczny posiadający wykształcenie wyższe w zawodzie ratownika medycznego lub specjalności ratownictwo medyczne - 1,05 Lekarz stażysta albo lekarz dentysta stażysta. Ratownik medyczny - 0,73.</p>	<p>Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych</p> <p>Proponuje się nie uwzględnić. Określona w projekcie wysokość najniższych wynagrodzeń zasadniczych ustalona została w taki sposób aby realne było jej osiągnięcie w terminach wskazanych w projekcie przy uwzględnieniu możliwości finansowych sektora ochrony zdrowia. Wprowadzenie dla grupy zawodowej ratowników medycznych najniższej wysokości wynagrodzeń w postulowanej wysokości powodowałoby skutki finansowe przekraczające możliwości systemu ochrony zdrowia. Podkreślenia wymaga, że zmieniana ustawa regulować ma minimalny poziom wynagrodzenia zasadniczego pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny. W dalszym ciągu w gestii pracodawców pozostanie więc ustalanie wynagrodzeń ww. pracowników zgodnie z przepisami ogólnymi Kodeksu pracy, a więc przy uwzględnieniu w szczególności wymaganego na</p>

			stanowiskach przez nich zajmowanych wykształcenia i kwalifikacji.
	Należy zdecydowanie podkreślić, że współczynniki pracy przyjęte w opiniowanej ustawie dla lekarzy w sposób istotny odbiegają od poziomu wynagrodzeń lekarzy od wielu lat postulowanego przez Krajowy Zjazd Lekarzy (np. apel nr 7 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 16 maja 2016 r. oraz apel tegorocznego XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy). Krajowy Zjazd Lekarzy apeluje o odpowiednie wartościowanie pracy lekarzy i ustalenie minimalnego wynagrodzenia na poziomie: A) dwukrotności średniej krajowej dla lekarza i lekarza dentystry bez specjalizacji B) dwuipółkrotności średniej krajowej dla lekarza z pierwszym stopniem specjalizacji C) trzykrotności średniej krajowej dla lekarza posiadającego specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty. Ustawa przewiduje znacznie niższe współczynniki, np. dla lekarza posiadającego specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty ustawa przewiduje współczynnik 1,27, a dla lekarza bez specjalizacji 1,05 „średniej krajowej”.	Porozumienie Rezydentów OZZL	Proponuje się nie uwzględnić. Określona w projekcie wysokość najniższych wynagrodzeń zasadniczych ustalona została w taki sposób aby realne było jej osiągnięcie w terminach wskazanych w projekcie przy uwzględnieniu możliwości finansowych sektora ochrony zdrowia. Wprowadzenie dla grupy zawodowej lekarzy najniższej wysokości wynagrodzeń w postulowanej wysokości spowodowałoby skutki finansowe przekraczające możliwości systemu ochrony zdrowia. Podkreślenia wymaga, że zmieniając ustawę regulować ma minimalny poziom wynagrodzenia zasadniczego pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny. W dalszym ciągu w gestii pracodawców pozostanie więc ustalanie wynagrodzeń ww. pracowników zgodnie z przepisami ogólnymi Kodeksu pracy, a więc przy uwzględnieniu w szczególności wymaganego na stanowiskach przez nich zajmowanych wykształcenia i kwalifikacji.
	Podstawą do określenia współczynników pracy powinien być konsensus pracowniczy zapisany w obywatelskim projekcie ustawy o warunkach zatrudnienia w ochronie zdrowia. Należy dążyć do przyjęcia ustawy z niniejszymi wskaźnikami zgodnie z rynkową ceną pracy profesjonalistów medycznych.	Porozumienie Rezydentów OZZL	Proponuje się nie uwzględnić. Określona w projekcie wysokość najniższych wynagrodzeń zasadniczych ustalona została w

			taki sposób aby realne było jej osiągnięcie w terminach wskazanych w projekcie przy uwzględnieniu możliwości finansowych sektora ochrony zdrowia.
	<p>Analizowana zmiana: Załącznik do ustawy Proponowana zmiana: Załącznik do obywatelskiego projektu ustawy w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia. Uzasadnienie: Uważamy, że należy przyjąć współczynniki wynagrodzenia zawarte w obywatelskim projekcie ustawy w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia realizujące oczekiwania całego środowiska medycznego, w tym stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej. Proponujemy, aby okres realizacji wymienionych współczynników trwał maksymalnie trzy lata.</p>	Porozumienie Rezydentów OZZL	Jw.
	<p>NOWA PROPOZYCJA WSPÓŁCZYNNIKI PRACY 1. Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny - 1,90 2. Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny - 1,65 3. Lekarz albo lekarz dentysta, bez specjalizacji - 1,50 4. Lekarz stażysta albo lekarz dentysta stażysta - 1,18 5. Pielęgniarka, położna, farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, psycholog kliniczny, neurologopeda, albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w Tabeli posiadający wyższe wykształcenie na poziomie magisterskim oraz posiadający specjalizację II stopnia lub specjalizację - 1,55 6. Pielęgniarka, położna, farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, psycholog kliniczny, neurologopeda, albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w Tabeli posiadający wyższe wykształcenie na poziomie magisterskim oraz posiadający specjalizację I stopnia - 1,50 7. Pielęgniarka, położna, farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w Tabeli posiadający wyższe wykształcenie na poziomie licencjackim oraz posiadający specjalizację; - 1,40 8. Pielęgniarka, położna, farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, psycholog, logopeda, elektroradiolog, dietetyk, albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w Tabeli posiadający wyższe wykształcenie na poziomie magisterskim bez specjalizacji - 1,30 9. Pielęgniarka, położna, farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w Tabeli nie posiadający wyższego wykształcenia ale posiadający specjalizację; - 1,20</p>	Porozumienie Zawodów Medycznych	Jw.

<p>10. Pielęgniarka, położna, farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, elektrolod, dietetyk albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w Tabeli posiadający wyższe wykształcenie na poziomie licencyjnym bez specjalizacji; - 1,10</p> <p>11. Pielęgniarka, położna, technik farmaceutyczny, technik fizjoterapii, technik analityki medycznej, technik elektrolodii albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w Tabeli nie posiadający wyższego wykształcenia i nie posiadający specjalizacji; - 1,00.</p>		
<p>Podczas moich kontroli jako konsultanta wojewódzkiego ds. farmacji szpitalnej zarówno w aptekach szpitalnych jak i w działach farmacji stwierdzam, że powtarzają się trzy istotne problemy, na które również zwróciła uwagę Najwyższa Izba Kontroli w trakcie audytu w aptekach szpitalnych w 2017 r. :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brak fachowego personelu. 2. Zanedbania dotyczące wyposażenia aptek szpitalnych. 3. Brak gospodarki lekiem i udziału farmaceutów w farmakoterapii pacjentów. <p>Największym jednak problemem jest brak wykształconej kadry, która mogłaby realizować zadania związane z gospodarką lekiem w szerokim tego słowa znaczeniu. Farmaceuta powinien brać czynny udział w racjonalnej farmakoterapii szpitalnej oraz wykonywać analizy farmakoekonomiczne, które pozwoliłyby znacznie obniżyć koszty leczenia w Szpitalach.</p> <p>Dlatego uważam, że brak wykształconego personelu i bardzo niskie zarobki farmaceutów może doprowadzić do jeszcze większych problemów w lecznictwie zamkniętym. Proponowana ustawa umieszcza farmaceutę ze specjalizacją na równi z lekarzem bez specjalizacji, a farmaceutę bez specjalizacji na równi z lekarzem stażystą. Taka sytuacja doprowadzi do jeszcze mniejszego zatrudnienia w aptekach szpitalnych. Lekarz, dentysta oraz farmaceuta są to trzy równorzędne zawody, które od szeregu lat funkcjonują równolegle w wyższych uczelniach medycznych i nie widzę powodu, dla którego w dzisiejszych czasach farmaceuta ma być dyskryminowany. Obecnie zarobki farmaceutów w szpitalach są tak małe, że w aptekach szpitalnych nie chcą pracować wykształceni farmaceuci i nie chcą również robić specjalizacji ani z farmacji szpitalnej ani z farmacji klinicznej.</p>	<p>Konsultant Wojewódzki w dziedzinie farmacji szpitalnej dla województwa małopolskiego</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Określona w projekcie wysokość najniższych wynagrodzeń zasadniczych ustalona została w taki sposób aby realne było jej osiągnięcie w terminach wskazanych w projekcie przy uwzględnieniu możliwości finansowych sektora ochrony zdrowia. Wprowadzenie dla grupy zawodowej farmaceutów najniższej wysokości wynagrodzeń w postulowanej wysokości spowodowałoby skutki finansowe przekraczające możliwości systemu ochrony zdrowia. Podkreślenia wymaga, że zmieniana ustawa regulować ma minimalny poziom wynagrodzenia zasadniczego pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny. W dalszym ciągu w gestii pracodawców pozostanie więc ustalanie wynagrodzeń ww. pracowników zgodnie z przepisami ogólnymi Kodeksu pracy, a więc przy uwzględnieniu w szczególności wymaganego na stanowiskach przez nich zajmowanych wykształcenia i kwalifikacji.</p>

<p>-dla lp. 7 - Pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - proponuję by współczynnik pracy wynosił 1,20, jest to mała grupa (około 7 %),</p> <p>- dla 1p. 8 - Pielęgniarka albo położna, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia albo pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa proponuję by współczynnik pracy wynosił 1,05,</p> <p>- dla 1p. 9 - Pielęgniarka albo położna inna niż określona w lp. 7 i 8, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia proponuję by współczynnik pracy wynosił 0,9.</p> <p>Pielęgniarki i położne to grupa profesjonalistów medycznych, które do tej pory nie były w sposób właściwy do swoich kwalifikacji zawodowych uposażane. Proponowane powyżej współczynniki w mojej opinii pozwolą na zmianę dotychczasowego sposobu gratyfikowania ich pracy.</p>	<p>Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego-położniczego dla województwa małopolskiego</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Określona w projekcie wysokość najniższych wynagrodzeń zasadniczych ustalona została w taki sposób aby realne było jej osiągnięcie w terminach wskazanych w projekcie przy uwzględnieniu możliwości finansowych sektora ochrony zdrowia. Wprowadzenie dla grupy zawodowej pielęgniarek najniższej wysokości wynagrodzeń w postulowanej wysokości spowodowałoby skutki finansowe przekraczające możliwości systemu ochrony zdrowia. Podkreślenia wymaga, że zmieniana ustawa regulować ma minimalny poziom wynagrodzenia zasadniczego pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny. W dalszym ciągu w gestii pracodawców pozostanie więc ustalanie wynagrodzeń ww. pracowników zgodnie z przepisami ogólnymi Kodeksu pracy, a więc przy uwzględnieniu w szczególności wymaganego na stanowiskach przez nich zajmowanych wykształcenia i kwalifikacji.</p>
<p>propozycje zmian w załączniku do ustawy dotyczącego współczynnika pracy:</p> <p>- dla lp. 7 tj. „Pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia” - proponuję by współczynnik pracy wynosił 1,25. Proponowany współczynnik uzasadniam koniecznością gratyfikacji posiadanych dodatkowych kwalifikacji zwłaszcza, że odsetek pielęgniarek/położnych w Polsce z tytułem magistra i posiadających dodatkowo specjalizację wynosi zaledwie 7%.</p>	<p>Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłych i niepełnosprawnych</p>	<p>Jw.</p>

<p>- wykreślenie lp. 8 tj. „Pielęgniarka albo położna, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia albo pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa”.</p> <p>- dla lp. 9 tj. „Pielęgniarka albo położna inna niż określona w lp. 7 i 8, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia” - proponuję by współczynnik pracy wynosił 1,05. Proponowany współczynnik wynika z faktu, że największy odsetek pielęgniarek/położnych posiada takie właśnie kwalifikacje i to ta grupa pielęgniarek przede wszystkim sprawuje opiekę nad chorymi.</p>	<p>wnych dla województwa małopolskiego</p>	
<p>1. Art. 1pkt 3 lit. b) <i>Doprecyzowania wymaga wprowadzenie podziału w definicji pracownika wykonującego zawód medyczny, o której mowa w art. 2 pkt 3 obowiązującej ustawy na podgrupę a (lit. a) i podgrupę b (lit. b) wymaga wprowadzenia analogicznego podziału w załączniku „Współczynniki pracy”, a nawet utworzenie odrębnego dostosowanego do pracowników, o których mowa w art. 2 pkt 3 lit. b.</i></p> <p>Wprowadzenie w załączniku „Współczynniki pracy” podziału na grupy zawodowe zgodnie z art. 2 pkt. 3 lit. a i lit. b. lub utworzenie odrębnego załącznika dotyczącego pracowników, o których mowa w art. 2 pkt 3 lit. b.</p> <p><i>Z przepisów o rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorstwami i wymaganych dla nich kwalifikacji, wyłączone są podmioty lecznicze Państwowej Inspekcji Sanitarnej, dla których ustalono inne regulacje prawne albo w istniejących przepisach dla pracowników podmiotów leczniczych utworzono odrębne załączniki dla pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych:</i></p> <p>- Rozporządzenie MZ z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorstwami (Dz.U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896),</p> <p>- Rozporządzenie MZ z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej (Dz.U. z 2010. r. Nr 48, poz.283),</p> <p>- Rozporządzenie MZ z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie wykazu dodatkowych kwalifikacji jakie musi posiadać państwowy inspektor sanitarny posiadający tytuł zawodowy magistra (DZ.U. z 2010 r, Nr 98, poz. 635).</p> <p><i>Pielęgniarki i położne zatrudnione w strukturach Państwowej Inspekcji Sanitarnej (których praca zalicza się do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej na podstawie art. 4 ust. 2 pkt. 6 ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej Dz. U. 2018. poz. 123) na stanowiskach wymagających specjalizacji lub studiów podyplomowych w zakresie odpowiadającym tej specjalizacji (asystent, starszy asystent, kierownik) niezależnie od objęcia ich ustawą z dnia 08 czerwca 2017 r., objęte są podwyższeniem wynagrodzeń w oparciu o Porozumienie zawarte w dniu 23 września 2015 r. pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych a Prezesem NFZ i Ministrem Zdrowia.</i></p> <p><i>Skutkuje to różnicowaniem wynagrodzeń pracowników zatrudnionych w Państwowej Inspekcji Sanitarnej, którzy jednocześnie są pielęgniarkami/położnymi z wynagrodzeniami innych pracowników zatrudnionych na tożsamyh stanowiskach nieposiadających takich kwalifikacji,</i></p>	<p>Lubuski Urząd Wojewódzki</p>	<p>1. Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres nowelizacji. Celem ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. jest określenie poziomów najniższych wynagrodzeń zasadniczych pracowników wykonujących zawód medyczny, nie zaś określanie kwalifikacji wymaganych na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy. O wymaganiach kwalifikacyjnych na poszczególnych stanowiskach pracy decyduje pracodawca w oparciu o obowiązujące w tym zakresie powszechne przepisy prawa.</p>

<p>a w konsekwencji narusza to też zapisy działu I rozdziału II a Kodeksu pracy dotyczące równego traktowania pracowników w zatrudnieniu.</p> <p>Załącznik „Współczynniki pracy” do obowiązującej ustawy i projektu jej zmian stosuje ten sam współczynnik pracy dla kadry zarządzającej i podległych jej pracowników.</p> <p>2. Istnieje konieczność utworzenia odrębnego załącznika dotyczącego struktury stanowisk w Państwowej Inspekcji Sanitarnej, ze wskazaniem, na których stanowiskach muszą być zatrudnieni wyłącznie <i>pracownicy wykonujący zawód medyczny</i>.</p> <p>W Państwowej Inspekcji Sanitarnej te same wymogi kwalifikacyjne dotyczą stanowiska: asystenta, starszego asystenta, kierownika, i będącego magistrem państwowego inspektora sanitarnego oraz jego zastępcy. Doprowadza to praktycznie do zrównania płac za różną pracę (spłaszczenia wynagrodzeń) pracowników zatrudnionych na stanowiskach kierowników z podległymi im pracownikami.</p>	<p>2. Proponuje się nie uwzględnić. Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. obejmuje zakresem podmiotowym wszystkie podmioty lecznicze i wszystkie osoby wykonujące zawody medyczne. Formułowanie alternatywnych (równorzędnych) oczekiwań co do wymaganego na danym stanowisku wykształcenia, jest zjawiskiem dopuszczalnym i występującym zarówno na poziomie powszechnych regulacji prawnych, jak też wewnętrznych polityk kadrowych w poszczególnych podmiotach leczniczych.</p> <p>Wartościowanie określonych w załączniku do ustawy kwalifikacji dla wszystkich pracowników wydaje się niezasadne ze względu na ilość zawodów medycznych, jak też brak regulacji prawnych określających wymogi na wszystkich stanowiskach we wszystkich podmiotach. Ponadto działanie takie wychodziłoby poza przedmiot regulacji ustawy, która nie dotyczy kwalifikacji wymaganych na poszczególnych stanowiskach pracy w podmiotach leczniczych, lecz najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawód medyczny.</p>
---	---

			<p>Ponadto w chwili obecnej przedmiotowa kwestia jest już regulowana na gruncie obowiązujących przepisów ogólnych Kodeksu pracy, które obowiązują wszystkich pracodawców. Zgodnie z art. 18^{3c} Kodeksu pracy pracownicy mają prawo do jednakowego wynagrodzenia za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości. Pracami o jednakowej wartości są prace, których wykonywanie wymaga od pracowników porównywalnych kwalifikacji zawodowych, potwierdzonych dokumentami przewidzianymi w odrębnych przepisach lub praktyką i doświadczeniem zawodowym, a także porównywalnej odpowiedzialności i wysiłku (art. 18^{3c} § 3 Kodeksu pracy).</p> <p>W związku z powyższym nie jest również zasadne dokonywanie w zmienianej ustawie wartościowania wymaganego wykształcenia jedynie dla pracowników, o których mowa w grupie 5 załącznika do ustawy i tylko tych, którzy są zatrudnieni w Państwowej Inspekcji Sanitarnej.</p>
	<p>Propozycji wskaźnika 0,53 dla pracowników działalności podstawowej innych niż wykonujących zawody medyczne, która jest absolutnie nie do zaakceptowania - 2067 zł przy minimalnym wynagrodzeniu brutto 2100 zł w roku 2018 i projekcji ponad 2200 zł w roku przyszłym (2019) jest uwłaczające dla pracowników z różnym, często wyższym wykształceniem; Współczynników pracy określonych w tabeli stanowiącej</p>	<p>Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Określona w projekcie wysokość najniższych wynagrodzeń zasadniczych ustalona została w taki sposób aby realne było jej</p>

	<p>załącznik do ustawy, które zawierają podstawową wadę - aktualnie nie przystają do kwot minimalnych wynagrodzeń proponowanych w innych aktach prawnych.</p>		<p>osiągnięcie w terminach wskazanych w projekcie przy uwzględnieniu możliwości finansowych sektora ochrony zdrowia. Wprowadzenie najniższej wysokości wynagrodzeń w postulowanej wysokości spowodowałoby skutki finansowe przekraczające możliwości systemu ochrony zdrowia. Podkreślenia wymaga, że zmieniana ustawa regulować ma minimalny poziom wynagrodzenia zasadniczego pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny. W gestii pracodawców pozostanie zatem wynagradzanie ww. pracowników zgodnie z przepisami ogólnymi Kodeksu pracy, a więc przy uwzględnieniu w szczególności wymaganego na stanowiskach przez nich zajmowanych wykształcenia i kwalifikacji.</p>
	<p>W przypadku pracowników inspekcji sanitarnej wiele kontrowersji - oprócz wymienionych powyżej - budzi zarówno kwalifikowanie pracowników do grup odpowiednich współczynników, o czym kilkakrotnie informowaliśmy Ministerstwo Zdrowia podczas posiedzeń Zespołu, jak i problemy z zabezpieczeniem środków finansowych na ten cel.</p>	<p>Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji. Projektowana ustawa w załączniku zawiera podział pracowników wykonujących zawód medyczny oraz pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnionych w podmiotach leczniczych na grupy zawodowe wg kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku. Wyższy współczynnik</p>

		<p>pracy został przewidziany na tych stanowiskach pracy, na których wymagane jest posiadanie specjalizacji. Należy podkreślić, że o wymaganiach na stanowiskach pracy i zatrudnianiu osób każdorazowo decyduje pracodawca (kierownik podmiotu leczniczego). Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. określa jedynie najniższe poziomy wynagrodzenia zasadniczego, nie wyłącza zaś ogólnych przepisów kodeksu pracy dotyczących kryteriów ustalania wysokości wynagrodzenia za pracę.</p> <p>Odnosząc się do kwestii zabezpieczenia środków finansowych na podwyżki wynagrodzeń, wskazania wymaga, że zmieniana ustawa stanowi niejako sektorową płacę minimalną i tak jak ustawa z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę nie przewiduje co do zasady wyodrębnionego źródła finansowania.</p>
	<p>2) Współczynnik pracy (tab.) (zmiana Ad 6) Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-5, z tytułem mgr, bez specjalizacji - 0,93 (zmiana ad 10) Fizjoterapeuta albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-9, wymagający minimum średnie wykształcenie bez tytułu mgr- (dotyczy technika i licencjata fizjoterapii) 0,73.</p>	<p>Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Fizjoterapii</p> <p>Proponuje się nie uwzględnić. Określona w projekcie wysokość najniższych wynagrodzeń zasadniczych ustalona została w taki sposób aby realne było jej osiągnięcie w terminach wskazanych w projekcie przy uwzględnieniu możliwości finansowych sektora ochrony zdrowia. Wprowadzenie dla grupy zawodowej pielęgniarek najniższej</p>

			<p>wysokości wynagrodzeń w postulowanej wysokości powodowałoby skutki finansowe przekraczające możliwości systemu ochrony zdrowia. Podkreślenia wymaga, że zmieniana ustawa regulować ma minimalny poziom wynagrodzenia zasadniczego pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny. W dalszym ciągu w gestii pracodawców pozostanie więc ustalanie wynagrodzeń ww. pracowników zgodnie z przepisami ogólnymi Kodeksu pracy, a więc przy uwzględnieniu w szczególności wymaganego na stanowiskach przez nich zajmowanych wykształcenia i kwalifikacji.</p>
	<p>Samorząd lekarski przypomina, że współczynniki pracy przyjęte w ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych w sposób istotny odbiegają od poziomu wynagrodzeń lekarzy, którego domaga się Krajowy Zjazd Lekarzy. W apelu nr 7 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 16 maja 2016 r. oraz w stanowisku nr 3 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r. w sprawie minimalnego wynagrodzenia lekarzy i lekarzy dentyistów przyjęto, że lekarze powinni otrzymywać wynagrodzenie w wysokości:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) jednej średniej krajowej - dla lekarza stażysty b) dwukrotnej średniej krajowej - dla lekarza i lekarza dentyisty bez specjalizacji c) dwu i pół krotnej średniej krajowej - dla lekarza pierwszym stopniem specjalizacji d) trzykrotnej średniej krajowej - dla lekarza posiadającego specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty <p>Współczynniki pracy przyjęte w ustawie, z których najwyższy - dla lekarzy posiadających tytuł specjalisty lub specjalizację drugiego stopnia określono na poziomie 1,27 są bardzo odległe od oczekiwań środowiska lekarzy. Projektowana nowelizacja ustawy niestety tego stanu rzeczy nie poprawia. Naczelna Rada Lekarska zgłasza postulat zwiększenia przyjętych w ustawie współczynników pracy do poziomu określonego przez</p>	<p>Naczelna Rada Lekarska</p>	<p>Jw.</p>

Krajowy Zjazd Lekarzy.		
Naczelna Rada Lekarska popiera proponowaną zmianę w załączniku do ustawy w zakresie, w jakim dotyczy to przeniesienia pielęgniarek i położnych posiadających odpowiednio tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub magistra położnictwa, lecz nieposiadających specjalizacji, z dotychczasowej grupy Ip. 9 do grupy Ip. 8, co zapewnia wzrost współczynnika pracy dla tej grupy zawodowej. Mimo wprowadzenia tego rozwiązania Rada wskazuje, że wciąż nierozwiązany pozostaje problem uzyskania satysfakcjonującego poziomu wynagrodzeń personelu pielęgniarskiego, którego braki są odczuwalne i wpływają na jakość opieki zdrowotnej.	Naczelna Rada Lekarska	Jw.
Podkreślając swoje poparcie dla poszerzenia kręgu osób objętych ustawą o pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że prawo do wzrostu wynagrodzenia zasadniczego dla tej grupy pracowników nie może być iluzoryczne. Zastrzeżenia budzi więc fakt, że projektowana ustawa określa dla pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny współczynnik pracy na poziomie 0,53. Przy wskazanej w ustawie wysokości podstawy naliczania w kwocie 3.900 złotych kwota minimalnego wynagrodzenia wyniosłaby 2.067 złotych. Należy w tym miejscu przypomnieć, że zgodnie z ustawą z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę i wydanym na jej podstawie rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 12 września 2017 r. (Dz.U z 2017 r. poz. 1747) od dnia 1 stycznia 2018 r. minimalne wynagrodzenie za pracę w Polsce wynosi 2.100 zł. Można zatem stwierdzić, że opiniowana ustawa nie tylko nie gwarantuje realnego wzrostu wynagrodzenia zasadniczego dla tej grupy pracowników, ale wręcz przewiduje dla nich wynagrodzenie niższe niż płaca minimalna obowiązująca w Polsce.	Naczelna Rada Lekarska	Proponuje się nie uwzględnić. Projektowana ustawa przewiduje rozszerzenie grupy pracowników, objętych ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r. o pracowników, którzy nie wykonując zawodów medycznych, są pracownikami działalności podstawowej i wykonują pracę w komórkach organizacyjnych działalności medycznej zakładu leczniczego. Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. ustanawia poziom najniższego wynagrodzenia zasadniczego, a więc podstawowego składnika wynagrodzenia wynikającego z umowy o pracę. Tymczasem ustawa z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę stanowi o minimalnym wynagrodzeniu za pracę do obliczania, którego przyjmuje się oprócz wynagrodzenia zasadniczego również inne przysługujące pracownikowi składniki wynagrodzenia i inne świadczenia wynikające ze stosunku pracy.

	<p>Ostatnie o czym pragnę wspomnieć to porozumienie rezydentów i współczynniki pracy tam ustalone. Według zapisów, aby być konsekwentnym pielęgniarki oraz inne zawody powinny mieć podwyższone współczynniki o 40% (jak wnioskował Związek Zawodowy Pielęgniarek i położnych).</p>	internauta	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Określona w projekcie wysokość najniższych wynagrodzeń zasadniczych ustalona została w taki sposób aby realne było jej osiągnięcie w terminach wskazanych w projekcie przy uwzględnieniu możliwości finansowych sektora ochrony zdrowia.</p>
	<p>Aby zostać pielęgniarką należy mieć wykształcenie wyższe, dlaczego w tabeli plac zrównuje się je z personelem o średnim wykształceniu?</p>	internauta	<p>Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej ustawy. Obowiązujący obecnie podział grupy zawodowej pielęgniarek i położnych był dyskutowany i uzgadniany ze stroną społeczną w toku prac Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia oraz jego podzespołów. Co również istotne, jednakowy podział został zaproponowany w załączniku do obywatelskiego projektu ustawy <i>w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia</i>. Projekt ten został sporządzony przez dziewięć organizacji związkowych, należących do Porozumienia Zawodów Medycznych, reprezentujących również pielęgniarki i położne. Przedmiotowy projekt wprowadza zmianę na korzyść w stosunku do obecnego brzmienia ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. - polegającą na podwyższeniu najniższego wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarkom i położnym, które posiadają wykształcenie wyższe</p>

			magisterskie, ale nie posiadają specjalizacji. Wskazania wymaga, że zmieniana ustawa reguluje minimalny poziom wynagrodzeń zasadniczych. W dalszym ciągu obowiązywać będą przepisy ogólne kodeksu pracy, zgodnie z którymi to do pracodawcy należy kształtowanie polityki płacowej w zarządzanym podmiocie.
	Uwagi w zakresie wyodrębnienia lub uwzględnienia w załączniku do ustawy kolejnych grup		
	w Załączniku do ustawy należy uwzględnić zwiększenie wskaźnika w nowododanej grupie pracowników działalności podstawowej z 0,53 na 0,58. Jednocześnie w grupie należy wyodrębnić pracowników w stosunku do których stosowane są wyższe kryteria wykształcenia i kwalifikacji konieczne do zatrudnienia na określonym stanowisku (np. sekretarki medyczne, rejestratorki medyczne)	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”	Proponuje się nie uwzględnić. Wnioskowana zmiana wykraczałaby poza zakres nowelizacji. Grupa pracowników, których postanowiono objąć ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r., została ograniczona do pracowników, którzy nie wykonując zawodów medycznych, są pracownikami działalności podstawowej i wykonują pracę w komórkach organizacyjnych działalności medycznej zakładu leczniczego.
	Zmiana załącznika do ustawy polegająca na wyodrębnieniu grupy zawodowej farmaceutów i przypisaniu farmaceutom identycznych współczynników pracy do tych jakie mają lekarze.	Naczelna Izba Aptekarska	Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres nowelizacji. Zawarty w załączniku do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. podział pracowników na grupy zawodowe tworzy jedynie ogólny katalog nie wymieniając wprost wszystkich zawodów, które występują w podmiotach leczniczych. Wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego przysługującego pracownikom, jest uzależniona od poziomu wykształcenia

			wymaganego na stanowisku pracy na którym zatrudniony jest dany pracownik (wykształcenie, na poziomie wyższym, średnim, posiadanie specjalizacji).
	Grupa pracowników, których postanowiono objąć ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r., została ograniczona do pracowników, którzy nie wykonując zawodów medycznych, są pracownikami działalności podstawowej i wykonują pracę w komórkach organizacyjnych działalności medycznej zakładu leczniczego.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Fizyków Medycznych	To jest stwierdzenie, a nie uwaga.
	<p>My farmaceuci szpitalni nie zgadzamy się na dyskredytowanie po raz kolejny naszego zawodu. W projekcie o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, przesłanym do konsultacji zapis dotyczący farmaceutów :„<u>Farmaceuta</u>, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w l.p. 1-4, <u>wymagający wyższego wykształcenia</u>, i specjalizacji” jest nie do zaakceptowania.</p> <p>Czy może być farmaceuta bez wyższego wykształcenia? Oczywiście jest, że nie może. Zapis jest niewłaściwy i wewnętrznie sprzeczny.</p> <p>Biorąc powyższe pod uwagę domagamy się wydzielenia osobnych grup i wprowadzenia następujących zapisów: „Farmaceuta, który uzyskał specjalizację lub <i>tytuł specjalisty w określonej dziedzinie farmacji</i>” oraz „Farmaceuta, bez specjalizacji” wraz z należyтыми współczynnikami.</p> <p>Należy podkreślić, że farmaceuci są odrębną grupą zawodową i pod tym względem powinni być tak samo potraktowani jak lekarze i pielęgniarki, którzy nie zostali połączeni z innymi grupami zawodowymi w ramach jednego zapisu. O tym jak ważną rolę winni sprawować i sprawują farmaceuci w procesie racjonalnej farmakoterapii oraz nadzoru nad jakością leku wyraźnie napisał NIK w raporcie, którego treść została przesłana do Ministerstwa Zdrowia. Brak należytego wynagradzania na pewno nie przyciągnie kadr i dalej szpitale pozostaną z obsadą 1- 2 farmaceutów na 300 łóżek, co na pewno nie przełoży się na bezpieczeństwo pacjentów i efekty ekonomiczne szpitala.</p>	Farmaceuci szpitalni	Jw.
	Postulat wpisania zawodu specjalisty psychoterapii uzależnień do grupy 5 obok zawodów medycznych wymagających wyższego wykształcenia oraz specjalizacji. Kompetencje specjalisty psychoterapii uzależnień i sposób ich uzyskiwania są równoważne z procesem specjalizacji w innych zawodach medycznych. Natomiast do grupy 6 powinny być wpisane osoby pozostające w procesie certyfikacji	NZOZ Poradnia Terapii Uzależnień Współuzależnienia, NZOZ PULS, Krakowskie Stowarzyszenie Terapeutów	Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres nowelizacji. Projektowana ustawa w załączniku zawiera podział pracowników wykonujących zawód medyczny oraz pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnionych w podmiotach leczniczych na grupy zawodowe wg kwalifikacji

		<p>Uzależnień, NZOZ Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależn ienia Działdowo, NZOZ Ośrodek Terapii Uzależnień Szansa Elbląg, Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współzależn ień w Kielcach, Specjaliści Psychoterapii Uzależnień i Instruktorzy Psychoterapii Uzależnień, Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia, Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależn ienia w Czarnym</p>	<p>wymaganych na zajmowanym stanowisku. Wyższy współczynnik pracy został przewidziany na tych stanowiskach pracy, na których wymagane jest posiadanie specjalizacji (tytuł specjalisty uzyskiwany po ukończeniu kształcenia specjalizacyjnego i zdaniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w danej dziedzinie). Należy podkreślić, że o wymaganiach na stanowiskach pracy i zatrudnianiu osób każdorazowo decyduje pracodawca (kierownik podmiotu leczniczego). Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. określa jedynie najniższe poziomy wynagrodzenia zasadniczego, nie wyłącza zaś ogólnych przepisów kodeksu pracy dotyczących kryteriów ustalania wysokości wynagrodzenia za pracę.</p>
--	--	--	---

		Borze, Świętokrzyski ego Centrum Psychiatrii w Morawicy	
	-Zasadnym byłoby wyszczególnienie, oprócz wymienionych zawodów, zawodu psychologa, w ten sposób, że w pkt 5 „specjalista psycholog kliniczny i psycholog kliniczny (z dawnym I stopniem specjalizacji) i „psycholog, z co najmniej 2letnim doświadczeniem klinicznym, pod opieką psychologa klinicznego” w pkt 6 UZASADNIENIE: Departament Dialogu Społecznego MZ w piśmie z dn. 11.01.2018 do Przewodniczącego Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Psychologów pisze: „Wobec powyższego osoba zatrudniona na stanowisku psychologa w podmiocie leczniczym, udzielająca w tym podmiocie świadczeń zdrowotnych, powinna być zakwalifikowana do grupy 5 lub 6 tabeli stanowiącej załącznik do ustawy z dnia 8 czerwca 2017-w zależności od tego, czy na stanowisku tym pracodawca wymaga posiadania specjalizacji, czy nie”. Brak jednoznacznego wskazania w załączniku może powodować swobodne przydzielanie psychologów do poszczególnych grup (nawet pojawiły się interpretacje kierowników placówek, że psycholog należy go grupy 11!!!!)	Ewa Koziatek- Maślanka; Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychologii klinicznej dla województwa warmińsko- mazurskiego	Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres nowelizacji. Zawarty w załączniku do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. podział pracowników na grupy zawodowe tworzy jedynie ogólny katalog nie wymieniając wprost wszystkich zawodów, które występują w podmiotach leczniczych. Wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego przysługującego pracownikom, jest uzależniona od poziomu wykształcenia wymaganego na stanowisku pracy na którym zatrudniony jest dany pracownik (wykształcenie, na poziomie wyższym, średnim, posiadanie specjalizacji).
	Dodać do punktu 12. 12.Ratownik medyczny rozpoczynając pracę (do 5 roku pracy) jako odpowiednik pielęgniarki / położnej bez specjalizacji wynagrodzenie zasadnicze równoważności 1.05 średniej krajowej. 12.1 Ratownik medyczny po 5 latach pracy (starszy ratownik medyczny) jako odpowiednik pielęgniarki / położnej ze specjalizacją wynagrodzenie zasadnicze równoważność 1,5 średniej krajowej 12.2 Ratownik medyczny z wykształceniem wyższym po 5 latach pracy (asystent ratownictwa medycznego) jako odpowiednik pielęgniarki / położnej z tytułem magistra ze specjalizacją wynagrodzenie zasadnicze równoważność 1,75-2 średnie krajowe. Uzasadnienie Ratownicy medyczni będący filarem Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne jako jedyna grupa zawodowa jest zobowiązana do kosztownego doskonalenia zawodowego, w każdym okresie edukacyjnym wielogodzinnym tokiem kształcenia oraz każdy z ratowników poddawany jest sprawdzeniu wiedzy poprzez zaliczenie egzaminu Proponujemy skupić się na równym traktowaniu jeśli chodzi o	Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych, Polska Rada Ratowników Medycznych	Proponuje się nie uwzględnić. j.w.

<p>zaszeregowanie grup zawodowych .Dlaczego w projekcie rządowym w przeciwieństwie do pań pielęgniarek jesteśmy ujęci jako inny zawód medyczny wymagający średniego wykształcenia ? Szkoły policealne dla rat. zostały zlikwidowane i obecnie aby zdobyć tytuł zawodowy rat. med. jak i pielęgniarki należy ukończyć studia wyższe! Optymalny kształt zaszeregowania rat. Med. naszym zdaniem powinien wyglądać tak jak powyżej.</p> <p>Ponadto mając na względzie art. 18^{3c} Kodeksu pracy należy uznać, że ratownicy medyczni pracujący w Systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne wykonują tożsame czynności (posiadając takie same uprawnienia do wykonywania Medycznych Czynności Ratunkowych) jak pielęgniarki systemu. Aktualne braki kadrowe personelu średniego w systemie ochrony zdrowia powodują że ratownicy zatrudnieni poza Systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne (Izby przyjęć, oddziały szpitalne, POZ, transporty) znajdują miejsca pracy na stanowiskach pielęgniarek co powoduje równocześnie że narzuca się im obowiązki wymagane od przedstawicielek tego zawodu nie dając wynagrodzeń wynikających z zapisów Kodeksu Pracy.</p> <p>Zarząd Polskiej Rady Ratowników Medycznych zwraca szczególną uwagę na dyskryminację zawodu ratownika medycznego względem innych grup zawodowych udzielających świadczeń medycznych. Należy wskazać, że w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne świadczeń medycznych udzielają 3 grupy zawodowe tj. lekarze (systemu), pielęgniarki (systemu) oraz ratownicy medyczni. Zarówno pielęgniarki udzielające medycznych czynności ratunkowych w ramach pomocy przedszpitalnej jak i ratownicy medyczni świadczą tożsame usługi na równorzędnych stanowiskach, medyczne czynności ratunkowe są jednakowe dla obu grup zawodowych, dlatego stanowczo nie zgadzamy się na różnicowane wysokości wynagrodzeń.</p>		
<p>Załącznik do ustawy- WSPÓŁCZYNNIKI PRACY (TABELA) . Nie jest merytoryczne oraz zgodne z zasadą sprawiedliwości społecznej, że pracodawca decyduje czy specjalista psycholog kliniczny ma należeć do lp. 6. tej czy lp. 5. tej grupy, w przypadku, gdy nie podejmuje takich decyzji co do pozostałych grup zawodowych. W przypadku pozostałych grup zawodowych tę decyzję reguluje ustawa.</p> <p>Obecnie sytuacja na rynku pracy psychologów w ochronie zdrowia kształtuje się zgodnie z odpowiedzią Ministra Zdrowia na pismo Sławomira Makowskiego, przewodniczącego OZZP z dn. 06. 04. 2018 r. Ministerstwo Zdrowia wskazało, że :"(...) osoba zatrudniona na stanowisku psychologa w podmiocie leczniczym (...) powinna być zakwalifikowana do grupy lp. 5. lub lp. 6. (...) - w zależności od tego, czy na stanowisku tym <u>pracodawca</u> wymaga specjalizacji, czy nie." <u>W praktyce powoduje to sytuacje, że psycholog kliniczny jest dalej kwalifikowany do grupy 6., bo tak jest dla pracodawcy taniej, niezależnie od rzeczywistych potrzeb na danym stanowisku.</u></p> <p>Pracodawca nie jest osobą kompetentną do oceny merytorycznej pracy psychologa oraz psychologa klinicznego. Do tej oceny jest uprawniony <u>Minister Zdrowia</u>, wspierany przez Krajowego Konsultanta ds Psychologii oraz inne podmioty i to on powinien regulować te kwestie ustawowo. MZ sprawuje bezpośrednią pieczę na specjalizacją psychologii klinicznej i powinien dbać o jej jakość i jakość tego typu świadczeń realizowanych w podległym mu sektorze ochrony zdrowia. Zapis taki powoduje też spadek jakości specjalistycznych świadczeń zdrowotnych i utrudnia do nich dostęp. Jest to niezgodne z konstytucyjnie gwarantowanym prawem dostępu do świadczeń zdrowotnych. Wtórnie preczy też</p>	<p>Ogólnopolski Związek Zawodowy Psychologów</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. O kwalifikacjach wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach pracy w podmiotach leczniczych decyduje pracodawca, uwzględniając obowiązujące w tym zakresie powszechne przepisy prawa.</p>

<p>sensowi prowadzenia przez MZ specjalizacji. Zwracamy się, że szczególną prośbą do Ministra Zdrowia o współpracę w tej kwestii i potraktowanie tego postulatu OZZP, jako najistotniejszego.</p> <p>2. Brak wymienienia psychologa oraz specjalisty psychologii klinicznej, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia lub specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty psychologii klinicznej, odpowiednio, jak w odniesieniu do grup lp. 1-4. Psycholodzy, podobnie, jak lekarze zdobywali specjalizację pierwszego oraz drugiego stopnia, obecnie jest to dopiero specjalizacja dla obu tych grup zawodowych ujednolicona. Brak wymienienia psychologów z ukończonym pierwszym stopniem specjalizacji oraz określenia dla nich współczynników pracy jest niesprawiedliwy, powoduje dysproporcje płac i nierówne traktowanie w stosunku do posiadanych kwalifikacji. Minister Zdrowia prowadzący specjalizację w zawodach medycznych powinien zapobiegać takim nierównościami.</p> <p>3. Odnośnie grupy lp. 7. : specjalizacja pielęgniarska trwa dwa lata, podczas, gdy innych zawodów medycznych zwykle 4 lata. Proponowane te same współczynniki pracy, niezależnie od czasu trwania specjalizacji- nie powinny być zatem takie same. W przypadku specjalizacji trwających 4 lata powinny być wyższe, niż w przypadku specjalizacji trwających 2 lata.</p> <p>1. Obecny kształt ustawy powoduje dysproporcje płacowe i zatrudnienia oraz dostępu do usług psychologicznych wprowadzając dowolne interpretacje przepisów według pracodawcy. Dopuszczana dowolność tych regulacji (dla jednych grup zawodowych: lekarzy, pielęgniarek- ustawowo, dla innych- przez pracodawcę) powoduje nierówności płacowe, zatrudnianie poniżej kompetencji na stanowisku psychologa, a nie specjalisty psychologii klinicznej, ryzyko nadużyć i utrudnianie dostępu do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez psychologów klinicznych. Tym samym kontynuuje nierówności płacowe i warunków pracy.</p> <p>2. Brak wprowadzenia literalnie grupy zawodowej: psychologa oraz specjalisty psychologii klinicznej, a wprowadzenie nazw innych grup zawodowych jest niesprawiedliwy, obniża prestiż zawodu, świadomość istnienia tego zawodu jako innego zawodu medycznego i podtrzymuje nierówności i dysproporcje pracownicze. W przypadku, gdy to pracodawca ma dokonywać interpretacji przepisów wobec psychologów i umiejscowienia ich w grupie lp. 5. lub lp. 6. grozi nadużyciami.</p> <p>3. Z uwagi na różne ścieżki kształcenia i brak regulacji prawnych dotyczących poszczególnych kwalifikacji zdobywania wykształcenia (wykształcenie wyższe licencjackie lub wyższe magisterskie), aby zachować równość kwalifikacji postuluje się w grupie lp. 5 i lp. 6 rozumienie wykształcenia wyższego jedynie jako pełnego magisterskiego.</p> <p>4. Paralelnie do grup określonych w lp. 1-4. proponuje się rozróżnienie: psychologa, psychologa, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia oraz psychologa, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty psychologii klinicznej.</p>		
<p>Ustawa powinna zagwarantować wynagrodzenie adekwatne do odpowiedzialności wykonywanej pracy. Czyli dyspozytorzy medyczni powinni być ujęci osobno na poziomie rezydentów.</p>	internauta	Jw.
<p>Załącznik, pkt 5;pkt 6 -Zasadnym byłoby wyszczególnienie, oprócz wymienionych zawodów, zawodu psychologa, w ten sposób, że w pkt 5 „specjalista psycholog kliniczny i psycholog kliniczny (z dawnym I stopniem</p>	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychologii	Jw.

<p>specjalizacji) i „psycholog, z co najmniej 2letnim doświadczeniem klinicznym, pod opieką psychologa klinicznego” w pkt 6</p> <p>UZASADNIENIE: Departament Dialogu Społecznego MZ w piśmie z dn 11.01.2018 do Przewodniczącego Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Psychologów pisze: „Wobec powyższego, osoba zatrudniona na stanowisku psychologa w podmiocie leczniczym, udzielająca w tym podmiocie świadczeń zdrowotnych, powinna być zakwalifikowana do grupy 5 lub 6 tabeli stanowiącej załącznik do ustawy z dnia 8 czerwca 2017-w zależności od tego, czy na stanowisku tym pracodawca wymaga posiadania specjalizacji, czy nie”. Brak jednoznacznego wskazania w załączniku może powodować swobodne przydzielanie psychologów do poszczególnych grup (nawet pojawiły się interpretacje kierowników placówek, że psycholog należy go grupy 11!!!)</p>	<p>klinicznej dla województwa warmińsko-mazurskiego</p>	
<p>Na chwilę obecną, nie ma możliwości uzyskania tytułu ratownika medycznego na poziomie niższym, niż wyższe wykształcenie. Proponowana ustawa nie zawiera wyszczególnienia ratownika medycznego przez co uogólnienie zawodów (po za pielęgniarkami i położnymi) , spowodowało umieszczanie ratowników medycznych z wykształceniem wyższym, pracujących w Państwowym Systemie Ratownictwa Medycznego nawet w sytuacji stanowiska kierownika zespołu P, na najniższym poziomie współczynnika, tj. 0,64.</p> <p>Sytuacja jest nielogiczna i absurdalna, aczkolwiek w wielu opiniach dot. Ustawy zasadniczej przepowiedziana. Nie licząc, że ktoś to czyta a już w ogóle że zostanie to ujęte, wylewam swą frustrację ze względu na kuriozum codzienności tego zawodu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wnoszę o ujęcie zawodu ratownika medycznego w proponowanej ustawie. • Wnoszę o różnicowanie współczynnika pracy dla ratownika medycznego względem jego wykształcenia, szczególnie w domniemaniu Państwowego Systemu Ratownictwa i pracy jako kierownik ZRM typu P. 	<p>Ratownik medyczny</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Zawód ratownika medycznego mimo, że nie został wprost wymieniony w załączniku do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. jest zaliczany do grupy zawodów medycznych, a wynagrodzenie zasadnicze osób zatrudnionych na stanowisku ratownika medycznego powinno być ustalone na poziomie wynikającym z kwalifikacji wymaganych przez pracodawcę na stanowisku zajmowanym przez ratownika medycznego (współczynnik pracy 0,64 albo 0,73).</p>
<p>1. dodać w pozycji 10. ratownik medyczny po ukończeniu szkoły policealnej</p> <p>2. dodać w pozycji 8. ratownik medyczny, który ukończył studia wyższe.</p> <p>W systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego w zespołach ratownictwa medycznego uprawnienia pielęgniarki systemu i ratownika medycznego są identyczne, taka sama jest również odpowiedzialność pracowników tych dwóch grup zawodowych. Dlatego też minimalne uposażenia zasadnicze dla tych grup nie powinny być różne. Podobna sytuacja występuje przy pracy ratownika medycznego i pielęgniarki systemu na stanowisku dyspozytora medycznego.</p> <p>Zawód ratownika medycznego to nowy zawód, którego znaczenie w organizacji ochrony zdrowia jest bardzo ważne. Różnicowanie wynagrodzeń w tym obszarze wydaje się niewłaściwe mając na uwadze</p>	<p>Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej</p>	<p>Jw.</p>

	<p>kształtowanie relacji wewnątrz zespołów ratownictwa medycznego. Tworząc grupy w „Tabeli współczynniki pracy” powinno się brać pod uwagę wykonywane obowiązki i odpowiedzialność, a nie tylko tytuł zawodowy.</p> <p>dodać zapis w pozycji 7 i pozycji 8: jeśli wykształcenie takie jest wymagane na danym stanowisku pracy. Aktualna nowelizacja co prawda koryguje zapisy punktów 7-9 dotyczących pielęgniarek, jednak nie ma wyraźnego stwierdzenia o wymaganiu wykształcenia czy specjalizacji na danym stanowisku pracy. W uzasadnieniu do ustawy pojęcie wymagane jest wyraźnie stosowane.</p>		
Uwagi w zakresie braku wskazania źródła finansowania podwyżek			
	wskazanie źródeł finansowania w podmiotach leczniczych działających w formie jednostek budżetowych	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”	Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji. Zmieniana ustawa stanowi niejako sektorową płacę minimalną i tak jak ustawa z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę nie przewiduje co do zasady wyodrębnionego źródła finansowania.
	<p>Zaproponowana przez ustawodawcę zmiana współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. dla grupy zawodowej pielęgniarek i położnych zatrudnionych na stanowiskach wymagających wykształcenia wyższego magisterskiego na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, lecz nie wymagających specjalizacji, stanowi dla miejskich podmiotów leczniczych kolejne, znaczące i nieplanowane zwiększenie kosztów wynagrodzeń, dla których źródło finansowania nie zostało wskazane przez ustawodawcę.</p> <p>Projektowane zmiany należy ocenić niekorzystnie z punktu widzenia ich skutków dla działalności podległych Gminie Miejskiej Kraków podmiotów leczniczych. Należy podkreślić, że podmioty te działają w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, pokrywają wydatki ze środków otrzymanych na realizację umów z publicznym płatnikiem świadczeń zdrowotnych (Narodowym Funduszem Zdrowia), nie mogąc zrekompensować sobie wzrostu kosztów poprzez podniesienie cen.</p> <p>Również w ocenie podmiotu tworzącego, przerzucenie odpowiedzialności za realizację ustawy na kierowników podmiotów leczniczych, bez wskazania źródła pokrycia podwyżek dla najniżej zarabiających pracowników wykonujących zawody medyczne, spowoduje dalsze pogarszanie się i tak ich trudnej sytuacji finansowej.</p>	Urząd Miasta Krakowa	Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji. Zmieniana ustawa stanowi niejako sektorową płacę minimalną i tak jak ustawa z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę nie przewiduje co do zasady wyodrębnionego źródła finansowania. Jedynie w przypadku pielęgniarek i położnych, zatrudnionych w podmiotach leczniczych będących świadczeniodawcami, zastosowanie znajdzie art. 3 ust. 3

			ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. zgodnie z którym pracodawcy mogą pokrywać koszty podwyżek dla pielęgniarek i położnych ze środków otrzymywanych na podstawie rozporządzeń wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
	Brak jest w dalszym ciągu wskazania źródła finansowania, co przekłada się na wprowadzanie w porozumieniach lub zarządzeniach przez niektórych pracodawców zapisu o uwarunkowaniu wejścia w życie wzrostu wynagrodzeń po uzyskaniu przez zakład dodatkowych środków finansowych na ten cel.	Federacja Związków Zawodowych POZiPS	Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji. Zmieniana ustawa stanowi niejako sektorową płacę minimalną i tak jak ustawa z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę nie przewiduje co do zasady wyodrębnionego źródła finansowania. Uznać należy przy tym, że przepisy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. nie dopuszczają możliwości uwarunkowania przez pracodawców podwyższenia wynagrodzeń pracowników od uzyskania dodatkowych środków finansowych na ten cel.
	Po raz kolejny apeluję o rozagę i pogłębioną analizę wpływu projektowanych zmian na funkcjonowanie świadczeniodawców. Umowy zawierane przez placówki medyczne z oddziałem NFZ mają charakter wieloletni i nie podlegają waloryzacji na zasadach ogólnie przyjętych. Oznacza to, że wszelkie proponowane zmiany wprost wpływają na możliwość funkcjonowania placówek i ich budżet, uniemożliwiając dyrektorom prowadzenie racjonalnej polityki finansowej. W konsekwencji może nawet dojść do drastycznego zmniejszenia udzielanych świadczeń, a nawet to likwidacji placówek zdrowotnych. Stąd wnosimy o powiązanie wzrostu wynagrodzeń pracowników wykonujących zawody medyczne ze wzrostem kwot otrzymywanych w ramach rozliczania świadczeń z NFZ.	Konfederacja Lewiatan	Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji. Zmieniana ustawa stanowi niejako sektorową płacę minimalną i tak jak ustawa z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę nie przewiduje co do zasady wyodrębnionego źródła finansowania. Wskazania wymaga

			ponadto, że równoległe do omawianego projektu procedowany jest obecnie projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw przewidujący zwiększenie finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia poprzez przyspieszenie tempa wzrostu nakładów finansowych na publiczny system ochrony zdrowia, w taki sposób, aby środki finansowe w wysokości nie niższej niż 6% produktu krajowego brutto były przeznaczane na ochronę zdrowia już od 2024 r. Wobec powyższego zakłada się, że podmioty lecznicze będą dysponowały większymi środkami finansowymi przekazywanymi w ramach kontraktu z NFZ.
	Ustawodawca powinien określić źródło finansowania wynagrodzeń pracowników w ochronie zdrowia oraz wyodrębnienie środków na wynagrodzenie pracowników z ogólnej puli ryczału lub kontraktu.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii	Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji. Zmieniana ustawa stanowi niejako sektorową płacę minimalną i tak jak ustawa z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę nie przewiduje co do zasady wyodrębnionego źródła finansowania.
	Nakładanie nowych obowiązków na podmioty lecznicze powinno wiązać się z zapewnieniem odpowiedniego finansowania. Zgodnie z założeniami proponowana nowelizacja ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. nie będzie skutkowałą przekazaniem podmiotom leczniczym w 2018 r. dodatkowych, ponad obecnie planowane, środków finansowych z budżetu państwa, jak również z Narodowego Funduszu Zdrowia. Enigmatyczne stwierdzenie jakoby „w przypadku pracowników objętych projektowaną zmianą	Pallmed sp. z o.o.	Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji. Zmieniana ustawa stanowi niejako sektorową płacę

<p>ustawy, których pracodawcy (podmioty lecznicze) otrzymują środki finansowe z Narodowego Funduszu Zdrowia, koszty podwyżek powinny zostać sfinansowane przez pracodawców ze środków uzyskanych w ramach wzrastających przychodów i odpowiednio kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia” należy uznać za niewystarczające, by uznać, że podmioty lecznicze będą w stanie sfinansować koszty podwyżek dzięki zwiększeniu finansowania ze strony NFZ. Wzrost kosztów prowadzenia działalności związany ze zwiększeniem kosztów wynagrodzeń powinien być poprzedzony dłuższym niż planowany okresem na przygotowanie się. Taki niezaplanowany wzrost kosztów prowadzenia działalności leczniczej ma negatywny wpływ na prowadzoną gospodarkę finansową. Dodatkowe obowiązki nakładane na przedsiębiorców nie powinny być wprowadzane z zaskoczenia. Niszczy to zaufanie do państwa oraz stabilność prowadzenia działalności gospodarczej co jest niezwykle istotne. Niezbędne jest zbudowanie narzędzi finansowych, które pozwolą podmiotom leczniczym sfinansować podwyżki z dodatkowych źródeł finansowania. Finansowanie podwyżek nie może odbywać się kosztem realizowanych świadczeń zdrowotnych.</p> <p>Należy dać podmiotom leczniczym czas, aby mogły przygotować się do tych zmian. Za niedopuszczalną należy uznać sytuację, w której podmioty lecznicze zawierają będą porozumienia (na gruncie obowiązującego prawa do 31.05.2018) ze świadomością, że w dużej części są to porozumienia, w związku z planowanymi zmianami, tylko fasadowe. Proponowane zmiany wprowadzające nowe grupy objęte podwyżkami oraz wprowadzające zmiany w podziale istniejących grup dot. pielęgniarek spowodują potrzebę gruntownej zmiany zawartych porozumień, a przez to wprowadzą zamieszanie i obniżają powagę istniejącego prawa.</p> <p>Reasumując należy zapewnić podmiotom leczniczym dodatkowe finansowanie pozwalające sfinansować podwyżki bez konieczności ograniczania finansowania świadczeń zdrowotnych bądź ich jakości oraz przełożyć czas wejścia w życie nowych przepisów, aby lepiej zaplanować sposób finansowania podwyżek oraz dać czas na wdrożenie nowych przepisów w politykę płacową i siatkę płac podmiotów leczniczych.</p>		<p>minimalną i tak jak ustawa z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę nie przewiduje co do zasady wyodrębnionego źródła finansowania.</p> <p>Wskazania wymaga ponadto, że równoległe do omawianego projektu procedowany jest obecnie projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw przewidujący zwiększenie finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia poprzez przyspieszenie tempa wzrostu nakładów finansowych na publiczny system ochrony zdrowia, w taki sposób, aby środki finansowe w wysokości nie niższej niż 6% produktu krajowego brutto były przeznaczane na ochronę zdrowia już od 2024 r. Wobec powyższego zakłada się, że podmioty lecznicze będą dysponowały większymi środkami finansowymi przekazywanymi w ramach kontraktu z NFZ.</p>
<p>Ustawodawca określi źródło finansowania wynagrodzeń pracowników w ochronie zdrowia oraz wyodrębnienie środków na wynagrodzenie pracowników z ogólnej puli ryczału lub kontraktu.</p>	<p>Porozumienie Zawodów Medycznych</p>	<p>Jw.</p>
<p>Załącznik do ustawy - współczynniki pracy -- przeniesienie pielęgniarek z wyższym wykształceniem bez specjalizacji z grupy 9 do grupy 8 to zmiana w wynagrodzeniu zasadniczym - 351 zł brutto na 1 etat (przy bazie 3 900). Natomiast przyjmując za bazę kwotę, o której mowa w art. 3.1 ustawy - 4 272, to skutek w wynagrodzeniu zasadniczym 384 zł brutto na 1 etat. Ponadto zróżnicowanie wynagrodzeń pielęgniarek w zależności od poziomu wykształcenia nie przekłada się na wysokość środków finansowych otrzymywanych z NFZ - będzie zatem stanowiło obciążenie świadczeniodawców i stąd też nie wydaje się zasadnym zrównywanie ich z pielęgniarkami wymienionymi w grupie 8, tj, z posiadającymi</p>	<p>Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach</p>	<p>Jw.</p>

specjalizację.		
Odnośząc się natomiast do koncepcji wprowadzenia minimalnego wynagrodzenia dla pracowników medycznych w ogóle podkreślić należy, że projektowana regulacja prawna nie wskazuje źródeł finansowania zmian, czyli wnioskować można, że zmiany będą stanowiły obciążenie podmiotów leczniczych i w konsekwencji przyczyniać się do osłabienia ich sytuacji finansowej.	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	Jw.
1) Brak wskazania źródła finansowania podwyżek zarówno w ustawie obowiązującej jak i projekcie zmian. Wskazanie w przedmiotowym projekcie źródła finansowania podwyżek. Jego brak może powodować niepotrzebne kłopoty z realizacją tych zadań lub przepis stanie się martwy. 2) <i>Dostosowanie do zapisów działu I rozdziału II a Kodeksu pracy, dotyczące równego traktowania pracowników w zatrudnieniu.</i> Doprecyzowanie zapisów i zapewnienie spójności przepisów w tym zakresie.	Lubuski Urząd Wojewódzki	1) Jw. 2) Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji. Zmieniana ustawa nie wyłącza przepisów ogólnych Kodeksu pracy, również tych zawierające ogólne dyrektywy dotyczące ustalania wynagrodzenia za pracę oraz równego traktowania w zatrudnieniu. W związku z powyższym zastosowanie znajdzie przepis art. 5 Kp, zgodnie z którym jeżeli stosunek pracy określonej kategorii pracowników regulują przepisy szczególne, przepisy kodeksu stosuje się w zakresie nieuregulowanym tymi przepisami.
Projekt przewiduje rozszerzenie grupy beneficjentów corocznej, obowiązkowej podwyżki wynagrodzeń zasadniczych wypłaconych w tym samym terminie tj. 1 lipca każdego roku bez gwarancji finansowania tych podwyżek. Uzasadnienie do ustawy na stronie 6 stwierdza, że należy to sfinansować w ramach środków z dotychczasowych umów z NFZ.	Związek Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień	To jest stwierdzenie, nie uwaga do projektu.
Mechanizm wprowadzenia stałego wzrostu wynagrodzeń w zakładach opieki zdrowotnej powinien być prosty. Pan Minister co roku ustali wzrost nakładów na opiekę zdrowotną i jednocześnie ustali minimalny wzrost wynagrodzeń. Ta decyzja powinna skutkować ustaleniem wzrostu płac poszczególnych grup zawodowych na podstawie porozumienia z zakładowymi organizacjami związkowymi.	Związek Pracodawców Opieki Psychiatrycznej	Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji. Zmieniana ustawa stanowi niejako sektorową płacę

<p>Przypomnę, że protokół z 2015 roku Najwyższej Izby Kontroli z przeprowadzonych w szpitalach kontroli wskazał, że już wówczas koszty zatrudnienia personelu stanowiły dominującą część wydatków szpitali ogółem. W skontrolowanych placówkach wynosiły one od ok. 47% do ponad 85% przychodów z NFZ, które z kolei w większości placówek stanowiły 99% wartości przychodów. Pozostały procent kosztów stanowiły koszty rzeczowe z przeznaczeniem na zakup leków i wyżywienie pacjentów, media, naprawy, remonty, sprzęt jednorazowy. W całości kosztów wynagrodzeń koszty zatrudnienia personelu medycznego stanowiły od 80% do 90% wszystkich wynagrodzeń. Raport ujawnił także, że większość kontrolowanych szpitali (16 spośród 22) uzyskała w całym badanym okresie ujemny wynik finansowy, a mimo to nadal przeznaczała na wynagrodzenia personelu kwoty przekraczające ich możliwości finansowe. Przyczyn problemu ponoszenia przez Szpitale znacznych kosztów na wynagrodzenia należy upatrywać w tworzącej się luce pokoleniowej wśród personelu medycznego. Deficyt wyspecjalizowanego personelu medycznego (lekarzy, pielęgniarek) powoduje, że te grupy zawodowe wykorzystując sytuację, starają się negocjować poziom wynagrodzeń. Szpitale, aby móc funkcjonować, kontynuować swoją działalność i dalej leczyć pacjentów zadłużają się, a kwoty jakie muszą przeznaczyć na wynagrodzenia personelu medycznego, przekraczają ich możliwości finansowe. Większościowe wykorzystanie przychodów na wypłatę wynagrodzeń powoduje, że Szpitale zaniedbują sferę inwestycyjną. Stara, zużyta aparatura i sprzęt stają się dodatkowym generatorem wzrostu kosztów związanych z częstymi naprawami i serwisowaniem wyposażenia.</p> <p>Konieczność realizacji przepisów regulujących wysokość wynagrodzenia, tj. ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, porozumienia Ministra Zdrowia z Porozumieniem Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy spowoduje duży wzrost kosztów, czego nieuniknioną konsekwencją będzie pogorszenie wyniku finansowego. W przypadku jednostek odnotowujących ujemny wynik finansowy może zaistnieć ryzyko wynikające z art. 59 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, gdzie wyraźnie zostało wskazane, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa stratę netto we własnym zakresie, a jeżeli strata netto za dany rok obrotowy nie może być pokryta we własnym zakresie oraz po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną to podmiot tworzący jest zobowiązany pokryć stratę netto za rok obrotowy lub wydać rozporządzenie, zarządzenie, albo podjąć uchwałę o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.</p> <p>Główną przyczyną wystąpienia trudnej sytuacji ekonomicznej Szpitali było i jest finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia na niewystarczającym poziomie. Środki finansowe przekazywane szpitalom w poprzednich latach nie pokrywały kosztów działalności. Kontrakty szpitali były znacząco niedoszacowane, ponieważ nie ulegała zmianie wycena punktu rozliczeniowego. Dokonując oszacowania wartości jednostki rozliczeniowej Fundusz nie uwzględniał rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń. NFZ do dnia dzisiejszego nie dysponuje wiedzą na temat rzeczywistych kosztów świadczeń zdrowotnych, które kontraktuje pomimo że zgodnie z § 15 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonując wyceny poszczególnych świadczeń Prezes Funduszu zobowiązany jest brać pod</p>	<p>ej i Leczenia Uzależnień</p>	<p>minimalną i tak jak ustawa z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę nie przewiduje co do zasady wyodrębnionego źródła finansowania.</p> <p>Wskazania wymaga ponadto, że równoległe do omawianego projektu procedowany jest obecnie projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw przewidujący zwiększenie finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia poprzez przyspieszenie tempa wzrostu nakładów finansowych na publiczny system ochrony zdrowia, w taki sposób, aby środki finansowe w wysokości nie niższej niż 6% produktu krajowego brutto były przeznaczane na ochronę zdrowia już od 2024 r. Wobec powyższego zakłada się, że podmioty lecznicze będą dysponowały większymi środkami finansowymi przekazywanymi w ramach kontraktu z NFZ.</p>
--	---------------------------------	--

<p>uwagę między innymi koszty ich udzielania przez świadczeniodawców, a w wybranych zakresach świadczeń, także koszty zapewnienia gotowości ich udzielania.</p>		
<p>1. Wprowadzenie niniejszym projektem w trakcie trwania umów zawartych zmian należy poddać szczegółowej analizie pod kątem potrzeb dokonania równoczesnych zmian wyceny poszczególnych świadczeń gwarantowanych oraz zwiększenia środków finansowych w trakcie trwania zawartych umów dla podmiotów leczniczych. Dotyczy to przede wszystkim zawartych umów wieloletnich, gdzie np. stawka osobodnia nie podlega aneksacji kwotowej tj. nie uwzględnia narastająco corocznie stopy inflacji, wzrostu kosztów zatrudnienia oraz jego pochodnych (np. leczenie, rehabilitacja uzdrowiskowa) itp. wzrostu kosztów niezależnych od woli pomiotu leczniczego.</p> <p>2. Podmioty lecznicze zostają pozbawione stabilności finansowej na skutek wprowadzenia, w trakcie trwania umów wieloletnich tak kosztownych zmian kosztów zatrudnienia, co przekłada się na brak możliwości długofalowego i stabilnego planowania przyszłych inwestycji oraz rozwoju z uwagi na niepewność związaną z ciągłymi zmianami legislacyjnymi.</p> <p>3. Skutki społeczno- ekonomiczne</p> <ul style="list-style-type: none"> • zmniejszenie dostępności do świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych dla pacjenta, • dla podmiotów leczniczych sponsorowana niepewność o byt zakładu leczniczego, potencjalna groźba likwidacji zakładów leczniczych, • w perspektywie realna szansa zwiększenia bezrobocia dla zawodów niemedyceńskich, • minimalizacja zawierania umów o pracę, a równolegle maksymalizacja umów cywilno-prawnych. 	<p>Związek Rzemiosła Polskiego</p>	<p>1. Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji.</p> <p>2. i 3. Podniesienie najniższego poziomu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych posiadających wykształcenie magisterskie jest konieczne w celu zwiększenia ilości zatrudnionych w podmiotach leczniczych pielęgniarek i położnych posiadających wykształcenie wyższe magisterskie na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, promowania podnoszenia kwalifikacji i kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo, zachęcenia do podejmowania zatrudnienia w kraju przez wykwalifikowane pielęgniarki i położne. Przedmiotowe zmiany mają również na celu spowodować poprawę warunków płacowych również pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne i w efekcie zwiększenie ilości zatrudnionych osób w podmiotach leczniczych. W efekcie długofalowym omawiane zmiany mają także spowodować poprawę jakości i dostępności udzielanych świadczeń oraz wzrost</p>

			bezpieczeństwa zdrowotnego w podmiotach leczniczych.
	Brak jest w dalszym ciągu jednoznacznego wskazania źródła finansowania regulacji płacowej, co przekłada się na wprowadzanie w porozumieniach lub zarządzeniach przez niektórych pracodawców zapisu o uwarunkowaniu wejścia w życie wzrostu wynagrodzeń po uzyskaniu przez zakład dodatkowych środków finansowych na ten cel.	Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych	Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji. Zmieniana ustawa stanowi niejako sektorową płacę minimalną i tak jak ustawa z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę nie przewiduje co do zasady wyodrębnionego źródła finansowania. Uznać należy przy tym, że przepisy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. nie dopuszczają możliwości uwarunkowania przez pracodawców podwyższenia wynagrodzeń pracowników od uzyskania dodatkowych środków finansowych na ten cel.
	W przypadku pracowników inspekcji sanitarnej wiele kontrowersji budzi zarówno kwalifikowanie pracowników do grup odpowiednich współczynników, o czym kilkakrotnie informowaliśmy Ministerstwo Zdrowia podczas posiedzeń Zespołu, jak i problemy z zabezpieczeniem środków finansowych na ten cel.	Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych	Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji. Projektowana ustawa w załączniku zawiera podział pracowników wykonujących zawód medyczny oraz pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnionych w podmiotach leczniczych na grupy zawodowe wg kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku. Wyższy współczynnik pracy został przewidziany na tych stanowiskach pracy, na których wymagane jest posiadanie specjalizacji. Należy podkreślić, że o wymaganiach na stanowiskach

			<p>pracy i zatrudnianiu osób każdorazowo decyduje pracodawca (kierownik podmiotu leczniczego). Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. określa jedynie najniższe poziomy wynagrodzenia zasadniczego, nie wyłącza zaś ogólnych przepisów kodeksu pracy dotyczących kryteriów ustalania wysokości wynagrodzenia za pracę.</p> <p>Odnosząc się do kwestii zabezpieczenia środków finansowych na podwyżki wynagrodzeń, wskazania wymaga, że zmieniana ustawa stanowi niejako sektorową płacę minimalną i tak jak ustawa z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę nie przewiduje co do zasady wyodrębnionego źródła finansowania.</p>
	<p>W uzasadnieniu do projektu ustawy wskazano, że proponowana nowelizacja nie będzie skutkowałą przekazaniem podmiotom leczniczym dodatkowych środków finansowych z budżetu państwa czy Narodowego Funduszu Zdrowia. A zatem po raz kolejny wzrasta obciążenie podmiotów leczniczych bez zapewnienia ich finansowania. Naczelna Rada Lekarska domaga się wprowadzenia do ustawy mechanizmu zwiększającego finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w związku z podwyżkami przewidzianymi w ustawie.</p>	<p>Naczelna Rada Lekarska</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji. Zmieniana ustawa stanowi niejako sektorową płacę minimalną i tak jak ustawa z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę nie przewiduje co do zasady wyodrębnionego źródła finansowania.</p> <p>Wskazania wymaga ponadto, że równolegle do omawianego projektu procedowany jest obecnie <i>projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej</i></p>

			<p><i>finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych</i> ustaw przewidujący zwiększenie finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia poprzez przyspieszenie tempa wzrostu nakładów finansowych na publiczny system ochrony zdrowia, w taki sposób, aby środki finansowe w wysokości nie niższej niż 6% produktu krajowego brutto były przeznaczane na ochronę zdrowia już od 2024 r. Wobec powyższego zakłada się, że podmioty lecznicze będą dysponowały większymi środkami finansowymi przekazywanymi w ramach kontraktu z NFZ.</p>
	Uwagi w zakresie zmiany w kryteriach określających grupy w załączniku do ustawy		
	<p>w Załączniku do ustawy w poz. Lp. 5 dodać: „lub dodatkowych kwalifikacji mających zastosowanie w realizacji zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej”</p>	<p>Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. określa jedynie minimalne poziomy wynagrodzenia zasadniczego dla poszczególnych grup zawodowych. Wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego przysługującego pracownikom jest uzależniona od poziomu wykształcenia wymaganego na stanowisku pracy, na którym zatrudniony jest dany pracownik i posiadania specjalizacji (jeśli dotyczy). Ostateczną decyzję o ustaleniu wynagrodzenia, z uwzględnieniem kryteriów ustalania wynagrodzenia określonych w ogólnych przepisach Kodeksu pracy, podejmuje pracodawca. Zgodnie z zasadą</p>

			równego traktowania w zakresie wynagrodzenia, osoby zatrudnione na tym samym stanowisku pracy i wykonujące jednakową pracę lub pracę o jednakowej wartości mają prawo do jednakowego wynagrodzenia.
	<p>W załączniku do projektowanej ustawy proponujemy tytuł kolumny drugiej: „Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku” zmienić na: „Grupy zawodowe według kwalifikacji posiadanych na zajmowanym stanowisku”.</p> <p>Zasadnym jest dokonanie zmiany tytułu na: „Grupy zawodowe według kwalifikacji posiadanych na zajmowanym stanowisku”, gdyż nie chodzi tu o kwalifikacje „wymagane na danym stanowisku”, a kwalifikacje „posiadane” przez danego pracownika. Dla przykładu - pielęgniarka lub położna posiadająca tytuł magistra i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, powinna mieć przypisany współczynnik 1,05 — bez względu na zajmowane rzeczywiście (faktycznie) stanowisko, niezależnie czy wymagany jest tytuł magistra i specjalizacja.</p> <p>W tym zakresie w praktyce pojawiły się ze strony pracodawców interpretacje odmienne. Zdarzają się przypadki, iż tytuł specjalisty nie jest przez pracodawcę uwzględniany, ponieważ pracodawca uważa, że na danym stanowisku pracy nie jest przydatna wiedza i umiejętności wynikające z określonej specjalizacji. Część pracodawców próbuje interpretować Tabelę w odniesieniu do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, poszukując tam kwalifikacji „wymaganych na danym stanowisku”.</p> <p>Powyższe interpretacje wydają się oczywiście błędne, przy uwzględnieniu okoliczności, że odwołanie się do ustawy o działalności leczniczej i wydanego na jej podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami z dnia 20 lipca 2011 r. jest bezpodstawne, chociażby z uwagi na okoliczność, że w odniesieniu do pielęgniarek, położnych (wyłączając kadrę kierowniczą) w cytowanym rozporządzeniu nie istnieją stanowiska, na których bezwzględnie wymagany jest „tytuł magistra i specjalizacja”. Istnieją bowiem alternatywne wymogi kwalifikacyjne. Mając na uwadze fakt, iż obecne kształcenie pielęgniarek i położnych odbywa się na poziomie szkół wyższych i do systemu ochrony zdrowia wchodzi pielęgniarki i położne z wyższym wykształceniem, co najmniej z tytułem zawodowym licencjata pielęgniarstwa, licencjata położnictwa.</p> <p>Nie ma możliwości dowolnej interpretacji przepisów, jeżeli wprost z aktów prawnych wynika, iż pielęgniarka, położna powinna posiadać tytuł specjalisty na zajmowanym stanowisku, np. pielęgniarka, położna wchodząca w skład zespołu kontroli zakażeń szpitalnych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 roku w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych (t.j. Dz. U. z 2014r., poz. 746).</p>	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Najniższe wynagrodzenie zasadnicze przysługuje pracownikom objętym ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r. w wysokości uzależnionej od zakresu obowiązków wykonywanych na określonym stanowisku pracy, nie zaś jedynie od kwalifikacji posiadanych przez pracownika.</p> <p>Przepisy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. nie wyłączają ogólnego uprawnienia pracodawcy do kształtowania wysokości wynagrodzenia w taki sposób, aby odpowiadało ono rodzajowi wykonywanej pracy, kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy.</p>

<p>Jednakże na przykład ustawa z dnia 27 października 2017 roku o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2017r., poz. 2217) wprowadza możliwość wymagań kwalifikacyjnych do wyboru: uzyskanie tytułu specjalisty lub ukończenie kursu kwalifikacyjnego lub tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub magistra położnictwa. W takim przypadku pielęgniarka, posiadająca tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa i kurs kwalifikacyjny i specjalizację może być różnie zaszeregowana przez pracodawcę: w grupie 9 – bo posiada kurs kwalifikacyjny lub w grupie 8 – bo posiada specjalizację lub tytuł magistra, albo w grupie 7 – bo posiada i tytuł magistra i specjalizację.</p> <p>Podobna sytuacja ma miejsce na przykład: w odniesieniu do kwalifikacji pielęgniarek systemu, pielęgniarek anestezyjologicznych. Pamiętać należy, iż na drodze legislacyjnej jest projekt zmiany rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, w którym wskazuje się w poszczególnych oddziałach etaty pielęgniarek i położnych z posiadanymi kwalifikacjami: ukończeniem kursu kwalifikacyjnego lub specjalizacją w danej dziedzinie pielęgniarstwa. Do której grupy pracodawca zaszereguje pielęgniarkę, jeżeli będzie ta osoba miała specjalizację i magistra pielęgniarstwa: znów pracodawca będzie miał wybór grupę 7 lub 8.</p> <p>Mając na uwadze rozbieżności interpretacyjne, zasadnym jest wprowadzenie zmiany tytułu kolumny drugiej w Tabeli Współczynniki pracy na proponowane, które będzie uwzględniało posiadane wykształcenie i kwalifikacje.</p> <p>Proponowana zmiana pozwoli na możliwość wynagradzania pielęgniarek i położnych zgodnie z obecnymi kwalifikacjami, tym samym na promowanie doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego, mając na uwadze ustawowy obowiązek aktualizacji wiedzy i podnoszenia kwalifikacji zawodowych.</p> <p>Promowanie dokształcania zawodowego pielęgniarek i położnych nabiera szczególnego znaczenia w sytuacji dramatycznego ich braku w podmiotach leczniczych. Ustawodawca świadomy powyższego powinien przygotowywać rozwiązania mające na celu promowanie zawodu pielęgniarki, położnej, dzięki którym uczniowie chcieliby studiować na tych kierunkach, a ich absolwenci – podejmować pracę w tym zawodzie.</p>		
<p>Wnosimy o równe potraktowanie pracowników medycznych Państwowej Inspekcji Sanitarnej posiadających specjalizację i kierunkowe studia podyplomowe lub doktoranckie zatrudnionych na stanowiskach asystenta/starszego asystenta w kontekście wysokości współczynnika pracy z uwzględnieniem wymagań określonych w <i>rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej</i>.</p> <p>Celem powyższego konieczne jest doprecyzowanie zapisów załącznika do ww. ustawy w pkt 5 i 6 tabeli. Wnosimy, aby zmienione zostało brzmienie pkt 5 i 6 ww. tabeli jak w załączeniu poniżej (kolor czerwony to część dopisana).</p> <p>Powyższe doprecyzowanie zapisów jest nieodzowne w obliczu kontrowersji i niesprawiedliwości związanych z zaliczaniem pracowników medycznych Państwowej Inspekcji Sanitarnej na wyższych stanowiskach (asystent/starszy asystent) do poszczególnych grup. W chwili obecnej doszło do sytuacji, gdzie w części województw pracownicy Stacji Sanitarno - Epidemiologicznych nie posiadający</p>	<p>Forum Związków Zawodowych Zarząd Wojewódzki województwa podlaskiego - Podlaska Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. określa jedynie minimalne poziomy wynagrodzenia zasadniczego dla poszczególnych grup zawodowych. Wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego przysługującego pracownikom jest uzależniona od poziomu wykształcenia wymaganego na stanowisku pracy, na którym zatrudniony jest dany pracownik i posiadania specjalizacji (tytuł</p>

<p>specjalizacji, ale z kierunkowymi studiami podyplomowymi lub doktoranckimi zostali zaliczeni do gr. 5 (współczynnik pracy 1,05), a w niektórych do grupy 6 (współczynnik pracy 0,73), co jest sytuacją kuriozalną w skali kraju. Jeden przepis, jedno prawo, a tak różne interpretacje i stanowiska Dyrektorów Stacji. Zmiana zapisów ww. ustawy pozwoliłaby wyeliminować powyższe problemy.</p> <p>Jak stanowi <i>rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno- epidemiologicznej</i>, pracownik zatrudniony na stanowisku asystenta/starszego asystenta winien posiadać studia wyższe II stopnia oraz specjalizację w dziedzinach medycyny mających zastosowanie w realizacji zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub dodatkowe kwalifikacje mające zastosowanie w realizacji zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej określone w odrębnych przepisach.</p> <p><i>Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27.05.2010 r. w sprawie wykazu dodatkowych kwalifikacji jakie musi posiadać państwowy inspektor sanitarny posiadający tytuł zawodowy magistra, dodatkowe kwalifikacje to ukończenie studiów podyplomowych lub doktoranckich w zakresie odpowiadającym specjalizacjom, o których mowa w ust. 1</i> tegoż rozporządzenia.</p> <p>W kontekście powyższego, uwzględnienie w pkt 5 tabeli jedynie pracowników medycznych ze specjalizacją jest wysoce niesprawiedliwe i nie uwzględnia wymagań co do kwalifikacji pracowników merytorycznych Państwowej Inspekcji Sanitarnej określonych ww. przepisami.</p>	<p>Zdrowia reprezentując a Związek Zawodowy Pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa podlaskiego</p>	<p>specjalisty uzyskiwany po ukończeniu kształcenia specjalizacyjnego i zdaniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w danej dziedzinie). Ostateczną decyzję o ustaleniu wynagrodzenia, z uwzględnieniem kryteriów ustalania wynagrodzenia określonych w ogólnych przepisach Kodeksu pracy, podejmuje pracodawca. Zgodnie z zasadą równego traktowania w zakresie wynagrodzenia, osoby zatrudnione na tym samym stanowisku pracy i wykonujące jednakową pracę lub pracę o jednakowej wartości mają prawo do jednakowego wynagrodzenia.</p>
<p>Dla Pań i Panów Pielęgniarek i Położnych nowelizacja nic nie zmienia, wręcz szkodzi całemu środowisku przez najbliższe lata. W projekcie nowelizacji ustawy, jak i obowiązującym akcie prawnym jest zapis o stanowiskach „wymagających wykształcenia” - wyższego pielęgniarek i położnych lub/i specjalizacji, co powoduje dowolność w interpelacji prawa przez dyrektorów placówek medycznych. W chwili obecnej największy problem jest z określeniem stanowisk pielęgniarskich, które wymagają wyższego wykształcenia magisterskiego i stanowisk, które wymagają wykształcenia wyższego ze specjalizacją. Stwarza to sytuację, w której na danym stanowisku pracują osoby z różnym poziomem wykształcenia, a są zakwalifikowane do jednej grupy, gdyż wykonują pracę na jednakowym stanowisku. Naszym zdaniem jest to pole do nadużyć, gdyż nikt nie zagwarantuje, czy osoby zarządzające uwzględnią wykształcenie, gdyż nie będzie konieczności zatrudniania osób z tym właśnie wysokim wykształceniem. Ustawa jak i projekt nowelizacji nie gwarantuje nawet kadrze zarządzającej stawek w niej opisanych gdyż "wymagane wykształcenie" na stanowisko choćby oddziałowej to cytując ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA z dnia 20 lipca 2011 r. : Przełożona pielęgniarek, położnych, zastępca przełożonej pielęgniarek, położnych między innymi wystarczają wymagania: „średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka lub położna i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania". Tak więc, nawet kadra zarządzająca może zostać pominięta w ustawie. Z uwagi na fakt, że podwyżki wynagrodzeń w oparciu o środki przekazywane na podstawie „porozumienia zembalowego” dokonywane były (przed wejściem w życie ustawy z 8 czerwca 2017 r.) prawie wyłącznie w formie dodatków do wynagrodzeń, dalej istnieje możliwość wykorzystania przez podmioty lecznicze pozyskanych w ten sposób funduszy na sfinansowanie skutków wzrostu</p>	<p>Stowarzyszenie Pielęgniarki Cyfrowe, Internauci</p>	<p>Jw.</p>

<p>wynagrodzeń zasadniczych wynikających z projektowanej ustawy. Kolejnym problemem jest to, iż nowelizacja ustawy w dalszym ciągu deprecjonuje Pielęgniarki z aktualnym prawem do wykonywania zawodu pracujące w Domach Pomocy Społecznej. Kilka tysięcy Pielęgniarek jest pominięte, zarówno z dodatkiem „zembalowym” jak i nie są uwzględnione w ustawie o najniższym wynagrodzeniu w zawodach medycznych, nowelizacja również je pomija. Na koniec konkret. Jeżeli nie będzie organu kontrolnego i jasnego systemu kar, gdy podmiot leczniczy nie będzie się wywiązywał z zapisów owego aktu prawnego (nawet w tej chwili są miejsca, gdzie pielęgniarka ma na umowie 1800 zł brutto) to niestety ustawa dla środowiska będzie martwym przepisem. To spowoduje dalsze odejścia z zawodu do innych sektorów gospodarki lub wyjazdów za granicą. Wnioski: Nowelizacja ustawy powinna być konsultowana ze środowiskiem, a nie udawać, że jest konsultowana.</p>		
<p>1. Projektowany pkt 4 dodawany do art. 2 nowelizowanej ustawy wymaga uzupełnienia o pracowników' działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r, w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej (Dz. U. poz. 283). Uwzględnienie w projektowanych zmianach pracowników działalności podstawowej zatrudnionych w stacjach sanitarno-epidemiologicznych wprowadzi równe traktowanie wszystkich pracowników działalności podstawowej, zarówno w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, jak również w jednostkach Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej są podmiotami leczniczymi w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Minister Zdrowia określił kwalifikacje dotyczące pracowników zatrudnionych w' podmiotach leczniczych w dwóch rozporządzeniach, tj. w rozporządzeniu z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami oraz rozporządzeniu z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej. Ponadto w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2014 r. w sprawie warunków wynagradzania zapracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej, również uwzględniono dwie grupy pracowników podmiotów leczniczych, tj. grupę pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych działających w formie jednostki budżetowej, z wyłączeniem pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych, oraz grupę pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych. W związku z powyższym, projektowanemu pkt 4 dodawanemu w art. 2 nowelizowanej ustawy proponuje się nadać następujące brzmienie: „4) pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny - osoba zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, inna niż pracownik wykonujący zawód medyczny, która: a) wykonuje pracę pozostającą w bezpośrednim związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zatrudniona na stanowiskach działalności podstawowej określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, 138 i 650),</p>	<p>Główny Inspektorat Sanitarny</p>	<p>1. Proponuje się nie uwzględnić. Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. już w obecnym jej brzmieniu obejmuje wszystkich pracowników działalności podstawowej, którzy biorą bezpośredni udział w wykonywaniu zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej.</p>

<p>b) bierze bezpośredni udział w wykonywaniu zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej polegających na sprawowaniu zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego, prowadzeniu działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska oraz na prowadzeniu działalności oświatowo-zdrowotnej, zatrudniona na stanowiskach działalności podstawowej określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1261 i 2111 oraz z 2018 r. poz. 138 i 650).”.</p> <p>2. W celu usunięcia wątpliwości interpretacyjnych na gruncie obecnie obowiązującej ustawy związanych z pojęciem specjalizacji proponuje się wprowadzenie zmian w załączniku do ustawy w lp. 5 poprzez dodanie odnośnika wyjaśniającego, że w odniesieniu do osób, o których mowa w art. 2 pkt 3 lit. b ustawy, przez specjalizację rozumie się również ukończenie studiów podyplomowych lub studiów doktoranckich, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 1 lit. b ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Mimo wątpliwości interpretacyjnych większość stacji sanitarno-epidemiologicznych stosowało wykładnię tej regulacji na korzyść pracownika, kierując się zakresem wykonywanej pracy przez tych pracowników, niezależnie od tego, czy posiadali oni specjalizację, czy studia podyplomowe lub studia doktoranckie w zakresie odpowiadającym tym specjalizacjom.</p> <p>W związku z powyższym, w załączniku do projektowanej ustawy grupom zawodowym według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku w lp. 5 proponuje się nadać następujące brzmienie oraz odnośnik w brzmieniu:</p> <p>lp. 5 „Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1—4, wymagający wyższego wykształcenia i specjalizacji¹⁵” ¹⁵ „Przez specjalizację rozumie się również dodatkowe kwalifikacje mające zastosowanie w realizacji zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej.”.</p>		<p>2. Proponuje się nie uwzględnić. Podział na grupy zawodowe i przypisanie pracownikom współczynników pracy zależy od kwalifikacji wymaganych przez pracodawcę na poszczególnych stanowiskach pracy. Do grupy 5 załącznika do ustawy kwalifikowani są pracownicy, którzy pracują na stanowiskach wymagających wyższego wykształcenia i specjalizacji (tytuł specjalisty uzyskiwany po ukończeniu kształcenia specjalizacyjnego i zdaniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w danej dziedzinie). Jednocześnie, zgodnie z zasadą równego traktowania w zakresie wynagrodzenia, pracodawca ma obowiązek zapewnić osobom zatrudnionym na tym samym stanowisku pracy i wykonującym jednakową pracę lub pracę o jednakowej wartości jednakowe wynagrodzenie.</p>
<p>Niestety decyzyjność dyrektorów placówek uniemożliwi nam godne zarobki. Poprzez jedno sformułowanie jakim jest "stanowisko wymaga wykształcenia" ta ustawa to jeden wielki bubel. W</p>	<p>internauta</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić.</p>

<p>społeczeństwie będzie żyło przekonanie że pielęgniarki i położne zarabiają nie wiadomo jakie pieniądze A tak naprawdę trafimy do grupy 0.64 bo dyrektorzy stwierdza że nasze stanowiska nie wymagają specjalizacji.</p>		<p>Najniższe wynagrodzenie zasadnicze przysługuje pracownikom objętym ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r. w wysokości uzależnionej od zakresu obowiązków wykonywanych na określonym stanowisku pracy, nie zaś jedynie od kwalifikacji posiadanych przez pracownika. Przepisy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. nie wyłączają ogólnego uprawnienia pracodawcy do kształtowania wysokości wynagrodzenia w taki sposób, aby odpowiadało ono rodzajowi wykonywanej pracy, kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy.</p>
<p>W załączniku do aktualnie obowiązującej ustawy w tabeli określone są wskaźniki dotyczące najniższego wynagrodzenia zasadniczego. W poz. 7 określony jest wskaźnik dla pielęgniarek i położnych. Brak zapisu iż „... jeżeli wykształcenie i specjalizacja są wymagane na stanowisku pracy”. Zapis ten z pewnością budzi wiele wątpliwości, czy pielęgniarka posiadająca wykształcenie magisterskie i specjalizację powinna mieć stawkę zasadniczą prawie dwukrotnie większą niż ratownik medyczny jeżeli pracują np. w tym samym zespole ratownictwa medycznego jako dwie równorzędne osoby. Aktualna nowelizacja co prawda koryguje zapisy punktów 7-9 dotyczących pielęgniarek, jednak nie ma wyraźnego stwierdzenia o wymaganiu wykształcenia czy specjalizacji na danym stanowisku pracy. Co ciekawe w uzasadnieniu pojęcie wymagane jest wyraźnie stosowane. Aby rozwiać wątpliwości należałoby zmienić zapis punktu 7 w załączniku: Aktualnie: Pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Propozycja: Pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa, <i>jeżeli wykształcenie takie jest wymagane na danym stanowisku pracy</i>, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie <i>na danym stanowisku pracy</i>, Przez analogię powinny być wprowadzone zmiany w punkcie 8 .</p>	<p>Komisja Polityki Społecznej i Ochrony Zdrowia Sejmiku Województwa Śląskiego Przewodniczący Klubu Radnych PiS</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Nazwa tabeli stanowiącej załącznik do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. w sposób jednoznaczny wskazuje, że podział na grupy zawodowe został dokonany według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku. Dotyczy to wszystkich grup zawodowych.</p>

<p>Uzasadnienie: Przy olbrzymim niedoborze kadry medycznej, w tym pielęgniarek i położnych, powinniśmy racjonalnie gospodarować zasobami ludzkimi. Proponowane zapisy nie gwarantują tego. Przykładowo, pielęgniarka posiadająca wykształcenie magisterskie i specjalizację z anestezji i intensywnej terapii zatrudniona w oddziale anestezji i intensywnej terapii czy na bloku operacyjnym jak najbardziej powinna mieć stosowną gratyfikację (wysoki wskaźnik), jeżeli jednak pielęgniarka ta zmieni pracę np. sanatorium, nocna i świąteczna opieka zdrowotna to czy faktycznie jej wynagrodzenie ma być zachowane na najwyższym poziomie. Oczywiście działa to w drugą stronę , pielęgniarka o specjalizacji pielęgniarstwo rodzinne po zatrudnieniu w oddziale szpitalnym będzie otrzymywać maksymalne wynagrodzenie (choć przydatność tej akurat specjalizacji będzie wątpliwa na danym stanowisku pracy).</p>		
<p>Specjalizacja wymagana na stanowisku to niefortunny zapis, który skłoni kierowników do zatrudniania pielęgniarek właśnie niezgodnie z posiadana specjalizacja aby zmniejszyć koszty zatrudnienia</p>	internauta	To nie jest uwaga.
<p>Ministerstwo Zdrowia w projekcie wyżej powołanej ustawy ponownie nie uwzględniło wielokrotnie zgłaszanych postulatów środowiska diagnostów laboratoryjnych. Sprzeciwiamy się dyskryminacji naszej grupy zawodowej. W załączniku do projektowanej ustawy, w pozycji 5 pozostawiono budzący nasz sprzeciw zapis „Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-4, wymagający wyższego wykształcenia i specjalizacji”. Zatem aby diagnoście laboratoryjnemu przysługiwał wyższy współczynnik pracy (1,05) musi wykonywać pracę wymagającą specjalizacji i nie wystarczy samo uzyskanie specjalizacji tak jak to ma miejsce w przypadku lekarzy i pielęgniarek pozycja 1, 2 i 7 załącznika do projektu Ustawy. Niepokojący jest fakt, że Ministerstwo Zdrowia dzieli pracowników medycznych na tych, którym co do zasady przyznaje się prawo do wyższego wynagrodzenia po uzyskaniu tytułu specjalisty oraz na tych, którzy mimo, że legitymują się tytułem specjalisty mogą lecz nie muszą otrzymać wyższe wynagrodzenie bo zależy to od stanowiska, na którym wykonują pracę w danej chwili. W ocenie diagnostów laboratoryjnych – członków naszego Związku, zapis w pozycji 5 załącznika do projektu Ustawy w obecnym brzmieniu jest skrajnie dyskryminujący grupę zawodową diagnostów laboratoryjnych. Z przykrością stwierdzamy, że kolejny raz musimy przekonywać Ministra Zdrowia o tym, że stanowimy integralną część polskiego systemu opieki zdrowotnej, a diagności laboratoryjni, technicy analityki medycznej i pozostali pracownicy MLD są tak samo istotnymi świadczeniodawcami w ochronie zdrowia, jak pozostałe zawody medyczne. Wnioskujemy zatem o zmianę zapisu w pozycji 5 załącznika do projektowanej Ustawy, przez nadanie mu nowego następującego brzmienia: „Lp. 5 – Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-4, posiadający wyższe wykształcenie i specjalizację.”</p>	Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych	Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres nowelizacji. Zawarty w załączniku do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. podział pracowników na grupy zawodowe tworzy jedynie ogólny katalog nie wymieniając wprost wszystkich zawodów, które występują w podmiotach leczniczych. Wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego przysługującego pracownikom, jest uzależniona od poziomu wykształcenia wymaganego na stanowisku pracy na którym zatrudniony jest dany pracownik (wykształcenie, na poziomie wyższym, średnim, posiadanie specjalizacji).
<p>Kształcenie na poziomie studiów magisterskich nie jest czymś wyjątkowym - jest naturalną konsekwencją podejmowania studiów w ogóle. W ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej (15 lipca 2011r.) art. 61 ust.1 wpisany jest obowiązek stałego aktualizowanie swojej wiedzy w różnych rodzajach kształcenia -</p>	internauta	Proponuje się nie uwzględnić. Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. określa jedynie minimalne poziomy

<p>obowiązek nie przywilej. Art.61 Ust.2. przewiduje również studia w innych dziedzinach niż pielęgniarstwo, ale mających zastosowanie w medycynie. W/w ustawa nie kategoryzuje wykształcenia w zależności od zajmowanego stanowiska - nakłada obowiązek kształcenia na wszystkie pielęgniarki i pielęgniarzy. W proponowanej nowelizacji wykonanie ustawowego obowiązku wiązałoby się z poddaniem się absolwentów studiów magisterskich rażącej niesprawiedliwości. Została rozpoczęta rządowa kampania promująca pielęgniarstwo - czy przyszły absolwent podejmie studia wiedząc, że studia magisterskie kończy tylko dla własnej satysfakcji. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 28.02.2017r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę i położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego nadaje pielęgniarce z tytułem magistra uprawnienia równorzędne z uprawnieniami specjalisty. Uważam, że proponowana nowela jest sprzeczna z ustawą o ZPiP oraz z w/w rozporządzeniem. Ponadto pozostawienie dowolności interpretacji przez pracodawcę może doprowadzić do wielu nieprawidłowości i degradacji stanowisk.</p>		<p>wynagrodzenia zasadniczego dla poszczególnych grup zawodowych. Wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego przysługującego pracownikom jest uzależniona od poziomu wykształcenia wymaganego na stanowisku pracy, na którym zatrudniony jest dany pracownik i posiadania specjalizacji (jeśli dotyczy). Ostateczną decyzję o ustaleniu wynagrodzenia, z uwzględnieniem kryteriów ustalania wynagrodzenia określonych w ogólnych przepisach Kodeksu pracy, podejmuje pracodawca. Zgodnie z zasadą równego traktowania w zakresie wynagrodzenia, osoby zatrudnione na tym samym stanowisku pracy i wykonujące jednakową pracę lub pracę o jednakowej wartości mają prawo do jednakowego wynagrodzenia.</p>
<p>Jestem pielęgniarką od 26 lat. W związku z ogromnymi zmianami w naszym zawodzie przez ten czas postanowiłam podnieść swoje kwalifikacje kończąc studia pedagogiczne ze specjalnością promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Dało mi to przez pewien czas pewne przywileje w moim zawodzie. Po pewnym czasie odbyłam kurs kwalifikacyjny, kilka kursów specjalistycznych, licencjat pielęgniarstwa, a w tym roku przystępuję do egzaminu specjalizacyjnego. W związku z ustawą o wynagrodzeniach w ochronie zdrowia z 2017 roku postanowiłam w poprzednim roku rozpocząć studia magisterskie na kierunku pielęgniarstwo, bo tylko takie mają gwarantować wyższe podwyżki. Na marginesie poprzednie studia straciły na wartości. Moje zastrzeżenie dotyczy, więc faktu, czy kolejne studia zagwarantują mi wyższy pułap zaszerogowania i wynagrodzenia, czy z powodów legislacyjnych okaże się, że znowu będą bezwartościowe. Aktualnie nie mamy pewności, czy podnoszenia kwalifikacji zawodowych gwarantuje nam automatycznie wzrost wynagrodzeń i in.</p>	<p>internauta</p>	<p>Jw.</p>
<p>Istotne dla ustawy jest zapobieganie nierównościami społecznymi, dysproporcji płac w stosunku do wykształcenia i kwalifikacji. W obecnej sytuacji braku jednolitych 4 letnich studiów specjalizacyjnych dla innych zawodów medycznych lub możliwości uzyskiwania wykształcenia wyższego na poziomie licencyjnym lub</p>	<p>Ogólnopolski Związek Zawodowy Psychologów</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Zawarty w załączniku do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. podział pracowników na grupy zawodowe</p>

<p>magisterskim oraz braku wymagań dotyczących wykształcenia wyższego, jako koniecznego do podjęcia specjalizacji w przypadku pielęgniarek i położnych- Minister Zdrowia powinien szczególnie uważnie wpływać na proponowane współczynniki pracy, tak aby nie pogłębiać dysproporcji między poszczególnymi grupami .</p> <p>Proponowane w obecnym kształcie rozróżnienia grup zawodowych oraz odpowiadające im współczynniki pracy są pobieżne i wykazują brak pełnej wiedzy i rzetelnego rozpatrzenia tego problemu przez Ministra Zdrowia.</p> <p>1. Wykreślenie z grupy lp. 5. sformułowania: "wymagający" i zastąpienie go, paralelnie do grup lp. 1- 4. terminem: "z" oraz wprowadzenie nazwy: "psycholog" oraz magisterskiego wykształcenia wyższego- czyli w pełnym brzmieniu: "Psycholog, farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-4 z wyższym wykształceniem magisterskim, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty". W przypadku tej grupy postuluje się współczynnik pracy: 1, 55</p> <p>2. Paralelnie w grupie lp. 6.: Wykreślenie z grupy lp. 6. sformułowania: "wymagający" i zastąpienie go, paralelnie do grup lp. 1- 4. terminem: "z" oraz wprowadzenie nazwy: "psycholog" oraz magisterskiego wykształcenia wyższego- czyli w pełnym brzmieniu: "Psycholog, farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-4 z wyższym wykształceniem magisterskim, bez specjalizacji". W przypadku tej grupy postuluje się współczynnik pracy: 1,30</p> <p>3. Postuluje się wprowadzenie nowej grupy zawodowej według kwalifikacji między grupą lp. 5. a lp. 6.- paralelnie, jak w grupie lp. 1- 4.: "Psycholog, farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-4 z wyższym wykształceniem magisterskim, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia". W przypadku tej grupy postuluje się współczynnik pracy: 1,50</p>		<p>tworzy jedynie ogólny katalog nie wymieniając wprost wszystkich zawodów, które występują w podmiotach leczniczych.</p> <p>Wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego przysługującego pracownikom, jest uzależniona od poziomu wykształcenia wymaganego na stanowisku pracy na którym zatrudniony jest dany pracownik (wykształcenie, na poziomie wyższym, średnim, posiadanie specjalizacji).</p>
<p>Postuluje się zróżnicowanie współczynników pracy w grupie zawodowej pielęgniarek w stosunku do rodzaju wykształcenia (średnie, wyższe licencjackie, wyższe magisterskie) oraz specjalizacji (pielęgniarka ze średnim wykształceniem i specjalizacją, pielęgniarka z wyższym wykształceniem licencjackim i specjalizacją, pielęgniarka z wyższym wykształceniem magisterskim i specjalizacją). W stosunku do tego określenie proporcjonalnych współczynników pracy, które nie byłyby krzywdzące dla grup zawodowych, gdzie jest jednolite 5 letnie wykształcenie magisterskie i 4 letnia specjalizacja.</p>	<p>Ogólnopolski Związek Zawodowy Psychologów</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Projektowana ustawa zakłada zmianę w grupach zawodowych pielęgniarek i położnych polegającą na przeniesieniu pielęgniarek i położnych zatrudnionych na stanowiskach pracy wymagających wykształcenia wyższego magisterskiego na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, lecz niewymagających specjalizacji, z dotychczasowej</p>

			grupy zawodowej określonej w lp. 9 do grupy określonej w lp. 8. Oznacza to podwyższenie współczynnika pracy do 0,73.
	<p>wprowadzenie rozwiązań zmierzających do podwyższenia współczynnika pracy pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej zatrudnionych na stanowiskach, na których wymagane kwalifikacje zostały sformułowane alternatywnie tj. na stanowiskach, na których wymagane jest posiadanie specjalizacji lub dodatkowych kwalifikacji mających zastosowanie w realizacji zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej, poprzez wyszczególnienie dodatkowych kwalifikacji w załączniku do ustawy w pozycji lp. 5:</p> <p>„Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, pracownik Państwowej Inspekcji Sanitarnej albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-4, wymagający wyższego wykształcenia i specjalizacji lub wyższego wykształcenia i dodatkowych kwalifikacji mających zastosowanie w realizacji zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej”.</p> <p>Liczne skargi i protesty zawarte w korespondencji prowadzonej z organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej w województwie podlaskim od dnia wejścia w życie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych wskazują, że jej zapisy są przyczyną konfliktów, frustracji i głębokiego rozgoryczenia oraz niezadowolenia pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych. Jest to związane ze stosowaniem wobec pracowników zatrudnionych w stacjach sanitarno-epidemiologicznych na tych samych stanowiskach, posiadających równorzędne kwalifikacje w myśl rozporządzenia Ministra Zdrowia dnia 22 marca 2010 r w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacjach sanitarno-epidemiologicznych (Dz.U. Nr 48 poz. 283) różnych współczynników pracy, niższego w stosunku do pracowników posiadających ukończone studia podyplomowe lub doktoranckie, niż wobec pracowników posiadających specjalizację.</p> <p>W opinii pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych skoro wymóg posiadania specjalizacji lub studiów podyplomowych lub doktoranckich, jako wykształcenia mającego zastosowanie w realizacji zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest wymogiem alternatywnym, przy ustalaniu sposobu podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego winien mieć zastosowanie współczynnik pracy 1,05 (zamiast 0,73).</p> <p>W roku 2017 w województwie podlaskim jedynie 4 z 15 stacji sanitarno-epidemiologicznych zawarło porozumienia na podstawie art. 3 ust.1 pkt 2 ww. ustawy, w których zawarto sposób ustalenia i zasady podwyższania wynagrodzenia zasadniczego pracowników zatrudnionych w ramach stosunku pracy. Dla pozostałych stacji sanitarno-epidemiologicznych sposób podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego ustalił Wojewoda Podlaski w drodze zarządzenia.</p> <p>Należy również zauważyć, że uzyskanie przez pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych specjalizacji w dziedzinach farmacji, diagnostyki laboratoryjnej, fizjoterapii, czy w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, wiąże się z poniesieniem przez osobę realizującą szkolenie wysokich wydatków. Ponadto w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia oraz fizjoterapii brak jest</p>	Wojewoda Podlaski	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. określa jedynie minimalne poziomy wynagrodzenia zasadniczego dla poszczególnych grup zawodowych. Wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego przysługującego pracownikom jest uzależniona od poziomu wykształcenia wymaganego na stanowisku pracy, na którym zatrudniony jest dany pracownik i posiadania specjalizacji (tytuł specjalisty uzyskiwany po ukończeniu kształcenia specjalizacyjnego i zdaniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w danej dziedzinie). Ostateczną decyzję o ustaleniu wynagrodzenia, z uwzględnieniem kryteriów ustalania wynagrodzenia określonych w ogólnych przepisach Kodeksu pracy, podejmuje pracodawca. Zgodnie z zasadą równego traktowania w zakresie wynagrodzenia, osoby zatrudnione na tym samym stanowisku pracy i wykonujące jednakową pracę lub pracę o jednakowej wartości mają prawo do jednakowego wynagrodzenia.</p>

<p>akredytowanych jednostek szkolących z uwagi na fakt, że podmioty lecznicze nie są zainteresowane realizacją szkoleń specjalizacyjnych w tych dziedzinach. Wobec powyższego, względy celowościowe przemawiają za odrębnym uregulowaniem w ustawie sposobu ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych posiadających ukończone studia podyplomowe lub studia doktoranckie.</p>		
<p>Zmiana tytułu tabeli na grupy zawodowe według kwalifikacji.</p>	<p>Porozumienie Zawodów Medycznych</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Nazwa tabeli stanowiącej załącznik do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. w sposób jednoznaczny wskazuje, że podział na grupy zawodowe został dokonany według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku.</p>
<p>Projekt nie uwzględnia wykształcenia magisterskiego bez specjalizacji, co jest absolutnie krzywdzące, zwłaszcza dla roczników dla których droga dojścia do tego tytułu zawodowego były jednolite pięcioletnie studia magisterskie. Warunkiem niezbędnym aby te studia rozpocząć było już posiadanie dyplomu pielęgniarskiego. Ponadto projekt nie uwzględnia też innych form kształcenia podyplomowego niż specjalizacje, a przecież są również kierunkowe studia podyplomowe na Uniwersytetach Medycznych, które również pielęgniarki kończą.</p>	<p>Internauta</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Przyjęty w załączniku do ustawy podział na grupy zawodowe wg kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku przyznaje wyższe współczynniki pracy pracownikom zatrudnionym na stanowiskach na których wymagane jest ukończenie specjalizacji (tytuł specjalisty uzyskiwany po ukończeniu kształcenia specjalizacyjnego i zdaniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w danej dziedzinie).</p>
<p>Uwagi w zakresie zmiany zasad regulujących wynagrodzenia lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury oraz lekarzy i lekarzy dentystów odbywających staż</p>		
<p>Wątpliwości interpretacyjne budzi także, zmiana polegająca na wprowadzeniu do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. art. 3a modyfikującego zasady wzrostu wynagrodzenia zasadniczego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury lub odbywających staż. Nie dokonano w tym zakresie zmiany załącznika nr 1 do ustawy.</p>	<p>Urząd Miasta Krakowa</p>	<p>Proponuje się uwzględnić. W związku z uwagą RCL proponuje się usunąć art. 1 pkt 5 projektu ustawy, w którym dodawany miał być art. 3a do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r.</p>
<p>Art. 1. 5) Szczególne potraktowanie grupy zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury oraz odbywających staż jest nieuzasadnione.</p>	<p>Ogólnopolski Związek</p>	<p>Jw.</p>

<p>Minister Zdrowia sprawuje pieczę nad wszystkimi zawodami medycznymi, w tym w zakresie stażowania oraz specjalizacji. Brak wyjaśnień dlaczego jedna grupa zawodowa ma szczególne, odrębne określone inną ustawą przepisy. Wprowadzanie osobnej regulacji prawnej dla jednej grupy zawodowej będzie przyczyną pogłębiania dysproporcji płac oraz praw pracowniczych. Pogłębi to nierówności społeczne w ochronie zdrowia. Przeczy to idei ustawy. Minister Zdrowia powinien zapewnić, zgodnie z zasadami sprawiedliwości społecznej, równość w prawach wszystkich zawodów medycznych. Po art. 3 a. Proponuje się dodać art 3. b w brzmieniu: "Warunków określonych w ust. 1 pkt 1- 5 nie stosuje się do psychologów odbywających specjalizację oraz psychologów odbywających staż, których zasadnicze wynagrodzenie miesięczne jest określone na podstawie odrębnych przepisów." Postuluje się w porozumieniu z OZZP, Krajowym Konsultantem ds Psychologii, Polskim Towarzystwem Psychologicznym stworzenie odrębnych takich przepisów, zgodnie z zasadami równego respektowania praw pracowniczych zawodów medycznych (tj. sprawiedliwości społecznej).</p>	<p>Zawodowy Psychologów</p>	
<p>Niedopuszczalnym, wątpliwym prawnie i dyskryminującym jest wykluczanie lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających staż podyplomowy oraz odbywających specjalizację z corocznych podwyżek opisanych w ustawie. Budzi to bardzo ostry sprzeciw i konieczne jest wykreślenie tego zapisu. Jest to również sprzeczne z ideą porozumienia zawartego pomiędzy Ministrem Zdrowia i Porozumieniem Rezydentów OZZL. Analizowana zmiana: Po art. 3 dodaje się art. 3a w brzmieniu: „Art. 3a. Warunków określonych w ust. 1 pkt 1–5 nie stosuje się do lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację w ramach rezydentury oraz lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających staż, których zasadnicze wynagrodzenie miesięczne jest określane na podstawie odrębnych przepisów”. Proponowana zmiana: Wykreślenie proponowanego zapisu. Uzasadnienie: Wyłączenie lekarzy w trakcie specjalizacji w trybie rezydentury i lekarzy stażystów jest sprzeczne z założeniem pierwotnym nowelizowanej ustawy. Coroczna waloryzacja pensji wyżej wymienionych lekarzy ma na celu uatrakcyjnienie warunków wykonywania zawodu oraz pracy w Polsce. Wyłączenie lekarzy w trakcie specjalizacji w trybie rezydentury i lekarzy wnioskodawcę. stażystów nosi znamiona dyskryminacji i wydaje się być sprzeczne z zasadą społecznej sprawiedliwości. Podpisane porozumienie pomiędzy Ministrem Zdrowia (MZ) i Porozumieniem Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy (PR OZZL) z dnia 8 lutego 2018 określiło minimalne ramy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, które zakładały wzrost środków dla sektora opieki medycznej, w tym wynagrodzenia całego personelu medycznego. Wobec powyższego niedopuszczalny jest brak gwarancji waloryzacji pensji lekarzy w trakcie specjalizacji w trybie rezydentury oraz lekarzy stażystów. Liczba lekarzy w Polsce w stosunku do potrzeb społeczeństwa jest niewystarczająca. Należy podejmować działania mające na celu zwiększenie ich liczby. Proponowana zmiana przepisów leży w sprzeczności z tą ideą. Przytaczany w dokumencie "Ocena Skutków Regulacji" argument: "(...) pojawiły się ponadto wątpliwości dotyczące relacji przepisów</p>	<p>Porozumienie Rezydentów OZZL</p>	<p>Proponuje się uwzględnić, poprzez usunięcie art. 1 pkt 5 projektu ustawy, którym dodawany miał być art. 3a do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r.</p>

<p>zmienianej ustawy w zakresie trybu i terminu podwyższania wynagrodzeń ww. pracowników, w stosunku do przepisów szczególnych regulujących wysokość ich wynagrodzenia (wynagrodzenia te są określane w drodze rozporządzeń Ministra Zdrowia)." jest niezrozumiałą. Nie istnieją żadne przeszkody prawne, aby corocznie publikować nowelizacje rozporządzenia Ministra Zdrowia. Istnieje możliwość doprecyzowania art. 3 ust. 1 w następującym kształcie:</p> <p>Art. 3 ust. 1: „Sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustalają, w drodze porozumienia, strony uprawnione w danym podmiocie leczniczym do zawarcia zakładowego układu zbiorowego pracy, zwanego dalej „porozumieniem”; w przypadku lekarzy w trakcie specjalizacji w trybie rezydentury i lekarzy stażystów Minister Zdrowia wydaje corocznie rozporządzenie w sprawie wynagrodzeń, spełniając zapisy ustawy.</p> <p>Mając na uwadze fakt, że art. 3 ust. 4 przytoczonej ustawy gwarantuje wzrost wynagrodzeń lekarzom w trakcie specjalizacji w trybie rezydentury oraz lekarzy stażystów do poziomu minimalnego określonego w ustawie, niezrozumiałe jest wyłączenie tej grupy z nowelizowanej ustawy. Biorąc po uwagę całokształt przytoczonych argumentów, należy zrezygnować z wyłączenia z ustawy lekarzy w trakcie specjalizacji w trybie rezydentury oraz lekarzy stażystów.</p>		
<p>Stanowczy sprzeciw Naczelnej Rady Lekarskiej budzi projektowany art. 3a ustawy, w myśl którego przepisów ustawy nie stosuje się do lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury oraz lekarzy i lekarzy dentystów odbywających staż, których zasadnicze wynagrodzenie jest określane na podstawie odrębnych przepisów. Wykluczenie lekarzy odbywających specjalizację w ramach rezydentury i lekarzy odbywających staż podyplomowy z corocznych podwyżek opisanych w ustawie jest w ocenie Rady niedopuszczalne. Nie ma żadnego powodu, aby gwarancje wynagrodzenia minimalnego dla tych grup pracowników nie były określone w akcie prawnym rangi ustawowej. Zupełnie na marginesie Rada wskazuje, że skoro ustawa chce wyłączyć z niej lekarzy stażystów, to niezrozumiałe jest dlaczego załącznik do ustawy po nowelizacji będzie nadal w pkt. 4 przewidywał wysokość współczynnika pracy (0,73) dla lekarzy stażystów i lekarzy dentystów stażystów.</p>	<p>Naczelna Rada Lekarska</p>	<p>Jw.</p>
<p>Uwagi w pozostałych zakresach</p>		
<p>Sekretariat Ochrony Zdrowia uznaje za konieczne scalenie w ustawie wszystkich aktów prawnych dotyczących wynagrodzeń pracowniczych.</p>	<p>Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji, jak również zmienianej ustawy.</p>
<p>W treści obecnie obowiązującej ustawy wnosimy w art. 3 o wykreślenie ustępu 3 w brzmieniu: „3. Ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego osoby zajmującej stanowisko pielęgniarki lub położnej uwzględnia wzrost miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki albo położnej dokonany na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków</p>	<p>Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych</p>	<p>Jw.</p>

<p>publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)”, a w jego miejsce powinna zostać wprowadzona regulacja, w myśl której środki finansowe zagwarantowane pielęgniarkom i położnym w porozumieniu z dnia 23 września 2015 r. zawartym pomiędzy Ministrem Zdrowia, Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia, Przewodniczącą Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i określone w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.) nie mogą być wykorzystywane do celów wynikających z ustawy (podnoszenia kwot wynagrodzeń zasadniczych w sposób i w wysokości wynikających z ustawy).</p> <p>Ponownie wnosimy o wykreślenie powyższego zapisu, gdyż jest rażąco krzywdzący dla pielęgniarek i położnych. Należy podkreślić, iż w ustawie nie zostały wskazane źródła finansowania wzrostu wynagrodzenia zasadniczego dla innych pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych.</p>		
<p>Zostałam wprowadzona w błąd, studiowałam przez wiele lat równocześnie pracując. Były to lata poświęceń i wyrzeczeń nie wspominając o kosztach jakie poniosłam. Obecnie jestem w punkcie wyjścia, moje pobory nie zmieniły się wcale. Czuje się oszukana i wprowadzona w błąd mgr pielęgniarstwa.</p>	internauta	To nie jest uwaga do projektu ustawy.
<p>Zgodnie z art. 2 ustawy pkt.1 ustawa 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 osiągnięcia najniższego wynagrodzenia zasadniczego.</p> <p>Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej DZ.U. 2017 poz. 2217 w art.7 ust.1 i ust. 2 określa kto może być pielęgniarką POZ.</p> <p>Pytanie dotyczy:</p> <p>1. Czy pielęgniarka, która wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, posiadająca tytuł zawodowy magister pielęgniarstwa i która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa wymienionego w art. .7 ustawy o poz powinna być zakwalifikowana do grupy zawodowej Lp.7 i mieć zastosowany współczynnik 1,05 ?</p> <p>Art.7 ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej w ust. 1 brzmi:</p> <p>Pielęgniarka POZ to pielęgniarka, która:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo 3) odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo 4) odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo 5) posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa 	internauta	<p>To nie jest uwaga do projektu ustawy. Tak jak to zostało wskazano w punkcie 7 załącznika, współczynnik pracy 1,05 powinien zostać zastosowany w przypadku pielęgniarki z tytułem zawodowym magister pielęgniarstw albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.</p> <p>W ustawie wyższy współczynnik pracy został przewidziany na tych stanowiskach pracy, na których wymagane jest posiadanie ww. specjalizacji. Należy podkreślić, że o wymaganiach na stanowiskach pracy i zatrudnianiu osób każdorazowo decyduje pracodawca (kierownik podmiotu leczniczego). Ustawa z dnia 8</p>

<p>Wątpliwości dotyczą tego czy pielęgniarka POZ posiadająca kwalifikacje tj. tytuł magistra pielęgniarstwa i specjalizację określoną w ustawie o POZ, powinna być zakwalifikowana do grupy zawodowej Lp. 7 załącznika i mieć zastosowany współczynnik 1,05 ?</p> <p>2. Czy pielęgniarka posiadająca tytuł zawodowy magister pielęgniarstwa, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa np. psychiatrycznego lub kardiologicznego lub innego ,zatrudniona w gabinecie np. chirurgicznym w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej powinna być zakwalifikowana do grupy zawodowej Lp.7 i mieć zastosowany współczynnik 1,05?</p>		<p>czerwca 2017 r. określa jedynie najniższe poziomy wynagrodzenia zasadniczego, nie wyłącza zaś ogólnych przepisów kodeksu pracy dotyczących kryteriów ustalania wysokości wynagrodzenia za pracę.</p>
<p>Pozytywną zmianą jest wprowadzenie terminu wydania zarządzenia przez pracodawcę lub podmiot tworzący w przypadku braku porozumienia.</p>	<p>Federacja Związków Zawodowych POZiPS</p>	<p>To jest stwierdzenie, a nie uwaga do projektu ustawy.</p>
<p>Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej pozytywnie oceniała wolę uregulowania wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia, jednak zarówno obowiązująca już ustawa, jak i jej nowelizacja w swej treści są dalekie od oczekiwań środowiska. Największą wadą tych rozwiązań jest wybiórcze traktowanie grup pracowników, którzy na co dzień ściśle ze sobą współpracują wykonując rzetelnie swoje obowiązki na rzecz pacjentów – niestety, ustawa konfliktuje ich, a projekt nowelizacji pogłębia jeszcze ten konflikt.</p>	<p>Federacja Związków Zawodowych POZiPS</p>	<p>Jw.</p>
<p>Stanowczo podtrzymujemy także żądanie nowelizacji art. 3 ust. 3 ustawy w taki sposób, aby podmioty lecznicze nie mogły zaliczać środków jakie otrzymują od Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie Porozumienia z dnia 23-09-2015r. Środki te powinny być zachowane jako odrębne, nie zaliczane w poczet realizacji minimalnych gwarantowanych wzrostów wynagrodzeń zasadniczych przewidzianych przez Ustawę.</p>	<p>Forum Związków Zawodowych</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji.</p>
<p>Stanowczo protestuje wyrównywanie płacy minimalnej kosztem dodatku zembalowego. Taka interpretacja nie jest dla pielęgniarki żadna podwyżka a powinna nią być!!!</p>	<p>internauta</p>	<p>Jw.</p>
<p>wydłużenie do dnia 30 czerwca, proponowanego w art. 3 ust. 1 pkt 4 zmienianej ustawy, terminu corocznego ustalenia sposobu podwyższania wynagrodzenia zasadniczego przez pracodawcę w drodze zarządzenia.</p>	<p>Wojewoda Podlaski</p>	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Z uwagi na fakt, że zmieniana ustawa wymaga dokonywania podwyżek na dzień 1 lipca każdego roku, wydaje się, że termin do 30 czerwca jest terminem zbyt późnym na wydanie zarządzenia w sprawie sposobu podwyższania wynagrodzeń zasadniczych. Powinien zostać przewidziany czas na obliczenie i dokonanie niezbędnych działań organizacyjno-księgowych w</p>

			<p>obrębie podmiotu leczniczego, aby możliwe było faktyczne podwyższenie wynagrodzeń pracowników od 1 lipca.</p> <p>Ponadto, kierownik podmiotu leczniczego co do zasady powinien być przygotowany do ustalenia sposobu podwyższania wynagrodzeń w podmiocie leczniczym już w momencie przystąpienia do ustalania możliwych warunków porozumienia z pracownikami.</p>
	Ustalenie terminu wydania zarządzenia przez pracodawcę.	Porozumienie Zawodów Medycznych	<p>Proponuje się nie uwzględnić. Projekt ustawy wprowadza termin na wydanie przez pracodawcę zarządzenia w sprawie sposobu podwyższania wynagrodzeń zasadniczych.</p>
	Art. 2 ust. 3 - wprowadzenie rozwiązań działających wstecz w przypadku uregulowań dotyczących wynagrodzeń pracowniczych jest nie do zaakceptowania z punktu widzenia zasad poprawnej legislacji, gdyż de facto powoduje retroaktywność aktów prawnych.	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	<p>Przedmiotowe zmiany rozszerzają grono pracowników objętych podwyżkami i podwyższają współczynnik pracy części pracowników objętych obecnie ustawą. Tylko w tym zakresie przepisy mają mieć zastosowanie do podwyżek, które zmieniana ustawa obecnie zobowiązuje przyznać od 1 lipca 2018 r. Takie regulacje są korzystne dla pracowników, a jednocześnie ułatwią wprowadzenie przedmiotowych zmian, gdyż pozwolą uniknąć konieczności dwukrotnego przeliczenia i podwyższania wynagrodzeń zasadniczych w krótkim czasie. Należy również zwrócić uwagę, że przyjęcie późniejszego wejścia w</p>

		<p>życie przedmiotowych zmian (po 1 lipca 2018 r.) rodziłoby wyższe skutki finansowe dla pracodawców/podmiotów leczniczych, ponieważ powodowałoby konieczność przyznania drugiej podwyżki w bieżącym roku, która musiałby, zgodnie z obecnym mechanizmem obliczania podwyżek, być obliczana jako 20% różnicy między najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a aktualnym na ten dzień wynagrodzeniem zasadniczym pracownika, czyli wynagrodzeniem podwyższonym już od dnia 1 lipca 2017 r.</p>
	<p>Ponadto w obowiązującej ustawie w art. 3 proponuje się dodanie ust. 3 a) w brzmieniu: „Ustalony sposób porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego osoby wykonującej zawód ratownika medycznego w pozaszpitalnym systemie państwowego ratownictwa medycznego uwzględnia wzrost miesięcznego wynagrodzenia danego ratownika medycznego dokonany na podstawie Aneksów do Umowy z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych Ratownictwo Medyczne.</p>	<p>Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej</p> <p>Uwaga nie może zostać uwzględniona. Wskazania wymaga, że powyższa uwaga wykracza poza zakres projektowanej regulacji i wykraczałaby poza postanowienia porozumienia Ministra Zdrowia ze związkami zawodowymi reprezentującymi ratowników medycznych zawartego 18 lipca 2017 r. Ponadto należy zauważyć, że grupa zawodowa ratowników medycznych otrzymuje dodatki do wynagrodzeń w kwocie połowę niższej niż grupa zawodowa pielęgniarek i położnych. Wprowadzenie przepisu zobowiązującego do włączania ratownikom medycznym ww. środków do wynagrodzenia zasadniczego w ramach realizacji ustawy z 8 czerwca 2017 r.</p>

			spowodowałyby zdecydowany sprzeciw tej grupy pracowników.
	Zastrzeżenia budzi art. 5 ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia, który nie będzie zmieniany w projektowanej nowelizacji. Przepis ten wskazuje, że: „W porozumieniu albo zarządzeniu określa się również zasady podwyższania wynagrodzenia osoby zatrudnionej w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, niewykonywającej zawodu medycznego, tak aby wynagrodzenie to odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganych przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy. Przepisy art. 4 stosuje się odpowiednio”. Skoro ustawa nie określa najniższego wynagrodzenia zasadniczego tej grupy pracowników podmiotu leczniczego, to niecelowe jest zobowiązanie pracodawcy do corocznego ujmowania tej grupy pracowników w porozumieniu lub zarządzeniu.	Naczelna Rada Lekarska	Proponuje się nie uwzględnić. Uwaga wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej regulacji.
	Wątpliwości budzi także zawarte w ocenie skutków regulacji stwierdzenie, że ustawa nie ma wpływu na sektor finansów publicznych. Stwierdzenie to nie odpowiada rzeczywistości, bowiem każda istotna zmiana regulacji wynagrodzeń znacznej grupy pracowników w sposób oczywisty dodatnio wpływa na sektor finansów publicznych.	Naczelna Rada Lekarska	Odnosząc się do uwagi należy wskazać, że Ocena Skutków Regulacji powinna uwzględniać skutki tej konkretnej regulacji. W OSR w tabeli obrazującej wpływ na sektor finansów publicznych nie były wykazywane wydatki tego sektora, dlatego też w tabeli tej nie były wykazywane przychody sektora finansów publicznych.



KPRM



AAA393849

Warszawa, 23 lipca 2018 r.

RUEP-69658-2018

Minister
Spraw Zagranicznych

DPUE.920.805.2018 / 10/AM

dot.: RM-10-112-18 z 23.07.2018 r.

Pan Jacek Sasin
Sekretarz Rady Ministrów

Opinia

o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, wyrażona przez ministra właściwego do spraw członkostwa Rzeczypospolitej Polskiej w Unii Europejskiej

Szanowny Panie Ministrze,

w związku z przedłożonym projektem ustawy pozwalam sobie wyrazić poniższą opinię.

Projekt ustawy nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Z poważaniem

z up. Ministra Spraw Zagranicznych
SEKRETARZ STANU

Konrad Szymański

p. Naczelnik
5-7-18 kmp

Do wiadomości:
Pan Łukasz Szumowski
Minister Zdrowia

