



SEJM  
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ  
IX kadencja

**Druk nr 35**  
Warszawa, 22 listopada 2019 r.

Panie i Panowie Posłowie  
na Sejm  
Rzeczypospolitej Polskiej

Uprzejmie przekazuję wniesiony w VIII kadencji w dniu 19 stycznia 2017 r., na podstawie art. 118 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz art. 2, art. 4 ust. 3 i art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 24 czerwca 1999 r. o wykonywaniu inicjatywy ustawodawczej przez obywateli, a także na podstawie art. 32 ust. 1 regulaminu Sejmu, **obywatelski projekt ustawy**

## **- w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia.**

Projekt ustawy został wniesiony zgodnie z postanowieniami art. 7 ust. 2, art. 9 ust. 2 oraz art. 10 ust. 2 ustawy o wykonywaniu inicjatywy ustawodawczej przez obywateli.

Do reprezentowania Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej – na podstawie art. 14 ust. 1 ustawy o wykonywaniu inicjatywy ustawodawczej przez obywateli – został wskazany Pan Tomasz Dybek a jako osoba uprawniona do jego zastępstwa w pracach nad projektem ustawy wskazany został Pan Kacper Gajda.

MARSZAŁEK SEJMU

(-) Elżbieta Witek

## Projekt obywatelski

Ustawa  
z dnia .....  
w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia

Art. 1. Ustawa określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, uwzględniający rodzaj wykonywanej pracy oraz kwalifikacje wymagane przy jej wykonywaniu oraz tryb przyznania wynagrodzenia.

Art. 2. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) najniższe wynagrodzenie zasadnicze – najniższe miesięczne wynagrodzenie zasadnicze przysługujące pracownikowi zatrudnionemu w pełnym wymiarze czasu pracy w podmiocie leczniczym, obliczone w sposób określony w art. 3-5;
- 2) podmiot leczniczy – podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4 ust.1 pkt 1-6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz.618, z późn. zm.) ;
- 3) pracownik wykonujący zawód medyczny:
  - a. osoba wykonująca zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej , zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym lub wykonująca pracę w podmiocie leczniczym na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, albo umowy o dzieło - z wyłączeniem lekarzy stażystów i lekarzy dentystów stażystów, których wysokość wynagrodzenia określają odrębne przepisy,
  - b. Osoba zatrudniona w ramach stosunku pracy w Państwowej Inspekcji Sanitarnej, która bierze bezpośredni udział w wykonywaniu zadań Inspekcji 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.
  - c. Osoba nie wymieniona w pkt a i b, podejmująca pracę bezpośrednio związaną z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym lub wykonująca pracę w podmiocie leczniczym na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, albo umowy o dzieło i została wymieniona w Załączniku do niniejszej ustawy.

Art. 3. Najniższe wynagrodzenie ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do niniejszej ustawy i kwoty przeciętnego wynagrodzenia w rozumieniu art. 1 pkt 3a ustawy z dnia 10 października 2002r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2015r. poz. 2008) w roku poprzedzającym ustalenie.

Art.4. Pracownikowi wykonującemu zawód medyczny zatrudnionemu w niepełnym wymiarze czasu pracy przysługuje minimalne najniższe wynagrodzenie zasadnicze w wysokości proporcjonalnej do wymiaru czasu pracy określonego w umowie o pracę lub innej umowie będącej podstawą zatrudnienia, biorąc za podstawę minimalne wynagrodzenie ustalone w sposób określony w art. 3.

Art. 5. Podmiot leczniczy dokonuje podwyższenia wynagrodzenia pracownika wykonującego zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego taki sposób, że w terminie do dnia 1 lipca każdego roku, począwszy od roku 2017, podwyższenie wynagrodzenia zasadniczego pracownika wynosi co najmniej 33,33% kwoty stanowiącej różnicę między najniższym wynagrodzeniem zasadniczym, a wynagrodzeniem zasadniczym pracownika aż do osiągnięcia minimalnego wynagrodzenia z dniem 1 lipca 2019 roku.

Art. 6. Kontrolę wykonywania obowiązku, o którym mowa w art. 5 przeprowadza:

- 1) podmiot tworzący w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r o działalności leczniczej na zasadach określonych w tej ustawie;
- 2) Państwowa Inspekcja Pracy na zasadach określonych w ustawie z dnia 13 kwietnia 2007 r o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 640, z późn. zm.)

Art. 7. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 maja 2017 r.

## WSPÓŁCZYNNIKI PRACY

	Grupy zawodowe		Współczynnik pracy
1	2		3
Pracownicy wykonujący zawody medyczne	Lekarze i lekarze dentyści	Lekarz, lekarz dentysta bez specjalizacji, w tym lekarz rezydent	2
		Lekarz, lekarz dentysta ze specjalizacją	3
	Pielęgniarki i położne	Pielęgniarka i położna bez specjalizacji	1,5
		Pielęgniarka i położna ze specjalizacją	1,75
		Pielęgniarka i położna z tytułem magistra oraz ze specjalizacją	2
	Fizjoterapeuci	Technik/licencjat fizjoterapii	1,5
		Magister fizjoterapii	1,75
		Specjalista w dziedzinie fizjoterapii	2
	Pracownicy Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych	Technik analityki medycznej (staż 5 lat)	1,5
		Diagnosta laboratoryjny bez specjalizacji	1,75
		Diagnosta laboratoryjny ze specjalizacją	2
	Farmaceuci	Magister farmacji bez specjalizacji	1,75
		Magister farmacji ze specjalizacją	2
	Ratownicy medyczni	Ratownik medyczny	1,5
		Starszy ratownik medyczny ze średnim wykształceniem (po 5 latach pracy)	1,75
		Ratownik medyczny z wykształceniem wyższym po 5 latach pracy (asystent ratownictwa medycznego)	2
	Technicy medyczni - elektroradiolodzy	Technik elektroradiologii	1,5
		Starszy technik elektroradiologii	1,75
		Osoby z wyższym wykształceniem: licencjat/magister zatrudnione na stanowisku technika elektroradiologii	2

Psychologowie	Psycholog bez specjalizacji	1,75
	Psycholog kliniczny (1 stopień specjalizacji w starym systemie) lub psycholog w trakcie specjalizacji (po 2 roku)	1,85
	Specjalista psycholog kliniczny	2
Dietetycy	Dietetyk z wykształceniem średnim lub tytułem licencjata	1,5
	Dietetyk z tytułem magistra	1,75
	Dietetyk z tytułem magistra po 5 latach stażu	2
Logopedzi	Logopeda z tytułem magistra (4 semestry studiów podyplomowych lub 5 letnie logopedyczne studia magisterskie)- młodszy asystent	1,5
	Logopeda -z tytułem magistra (mgr 5 lat+ 4 semestry studiów logopedycznych+ 3 semestry studiów neurologopedycznych/ surdologopedycznych)- asystent	1,75
	Specjalista w zakresie neurologopedii/surdologopedii w rozumieniu przepisów zakresie ochrony zdrowia (mgr 5 lat+4 semestry PSL+2 semestry specjalizacji klinicznej CMKP ) – starszy asystent	2
Inne zawody wykonujące pracę w podmiotach leczniczych	Nie wymagające wykształcenia przynajmniej średniego	0,75
	Wymagające wykształcenia średniego	1
	Wymagające wykształcenia wyższego	1,25

## UZASADNIENIE

### do Obywatelskiego Projektu Ustawy o Warunkach Zatrudnienia w Ochronie Zdrowia

#### 1. Cel ustawy

Celem ustawy jest określenie najmniejszej kwoty wynagrodzenia zasadniczego, jaka będzie przysługiwać pracownikom wykonującym zawody medyczne zatrudnionym w podmiotach leczniczych. Potrzeba stworzenia takiej ustawy wynika z faktu, że istniejące dotychczas uwarunkowania prawne i faktyczne uniemożliwiają pracownikom wykonującym zawody medyczne, zatrudnionym w podmiotach leczniczych uzyskiwanie sprawiedliwych wynagrodzeń, adekwatnych do rangi wykonywanych zawodów, ich znaczenia społecznego, szczególnej odpowiedzialności pracowników medycznych, ich wykształcenia i kwalifikacji. Stanowi to – de facto – dyskryminację tych pracowników w stosunku do pracowników innych branż i zawodów.

Czynnikiem odpowiedzialnym za tę dyskryminację jest sposób finansowania podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych refundowanych ze środków publicznych. Ponieważ podmioty tego rodzaju stanowią ogromną większość podmiotów leczniczych w ogóle, to ich sytuacja ma decydujący wpływ na sytuację ogółu pracowników medycznych w zakresie ich warunków wynagradzania.

Podmioty lecznicze udzielające świadczeń refundowanych ze środków publicznych finansowane są przez NFZ. Ilość środków jakimi dysponuje NFZ jest dalece niewystarczająca w stosunku do zakresu i liczby świadczeń, które NFZ musi sfinansować. Pogląd ten jest podzielany praktycznie przez wszystkich, również przez kolejne rządy. Niestety poza stwierdzeniem tego faktu, rządzący nie dokonują żadnych kroków, które by to zmieniły. Efektem tego niedofinansowania jest limitowanie świadczeń refundowanych i zaniżanie cen za te świadczenia poniżej kosztów, jakie faktycznie i niezbędnie muszą ponieść podmioty lecznicze, aby te świadczenia wykonać. W związku z tym, że podmioty lecznicze – niezależnie od ich formy prawnej – są zobowiązane do zbilansowania się, a z w/w powodów nie są w stanie tego dokonać, tną koszty swojej działalności „bez względu na wszystko”. Najważniejszym elementem tych kosztów, a jednocześnie elementem, na który dyrektorzy podmiotów leczniczych mają największy i najłatwiejszy wpływ są wynagrodzenia pracowników. Dlatego wynagrodzenia te są powszechnie zaniżane. Można śmiało stwierdzić, że system publicznej ochrony zdrowia w Polsce funkcjonuje tylko „dzięki” temu, że wyzyskuje ekonomicznie pracowników. Odpowiedzialność za ten wyzysk ponosi państwo i to państwo powinno tę krzywdę naprawić. Niniejsza ustawa ma zapobiec nieograniczonemu zaniżaniu wynagrodzeń pracowników medycznych poprzez ustalenie minimalnego poziomu płac. Argument, że funkcję tę spełnia ustawowo określone wynagrodzenie minimalne dla wszystkich pracowników (w ustawie z dnia 10 października 2002 r o minimalnym wynagrodzeniu za pracę - Dz.U. z 2015 r poz. 2008) jest nietrafiony. Trzeba bowiem pamiętać, że pracownicy medyczni

wykonyują szczególny rodzaj pracy, o wielkiej odpowiedzialności, a wymagania im stawiane są też szczególnie wysokie, nie tylko jeśli chodzi o kwalifikacje (duża część pracowników medycznych musi mieć wykształcenie wyższe i stale dokształcać się) ale i odpowiednią postawę wynikającą z delikatnych relacji z osobami chorymi. Stąd naturalną rzeczą jest, że gwarantowany minimalny poziom wynagrodzeń pracowników medycznych powinien być wyższy niż powszechnie obowiązujący, nie uwzględniający powyższych uwarunkowań.

Jest jeszcze jeden bardzo ważny aspekt ogólnospołeczny tej sprawy. Zaniżone wynagrodzenia pracowników wykonujących zawody medyczne są przyczyną bardzo licznej emigracji zarobkowej przedstawicieli tych zawodów. Już dzisiaj liczba lekarzy i pielęgniarek w przeliczeniu na tysiąc mieszkańców jest najmniejsza spośród państw Unii Europejskiej, a przedstawicieli niektórych zawodów medycznych prawie wcale nie ma w polskich szpitalach. Zniesienie oczywistej dyskryminacji płacowej pracowników wykonujących zawody medyczne, zatrudnionych w podmiotach leczniczych będzie miało decydujący wpływ na likwidację emigracji zarobkowej tych grup zawodowych co jest życiową wręcz koniecznością dla dalszego normalnego funkcjonowania systemu publicznej ochrony zdrowia w Polsce. Niewprowadzenie proponowanej ustawy będzie skutkowało pogłębieniem się dramatycznego niedoboru kadr medycznych w naszym kraju i będzie stanowiło bezpośrednie zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli Polski.

Na koniec trzeba też zauważyć, że prawne uregulowanie minimalnych wynagrodzeń pracowników wykonujących zawody medyczne w podmiotach leczniczych jest koniecznym uzupełnieniem proponowanego i stopniowo wprowadzanego przez rząd nowego – budżetowego systemu publicznej ochrony zdrowia. Istotną cechą takiego systemu jest budżetowe (czyli ryczałtowe) wynagradzanie podmiotów leczniczych. Aby takie wynagrodzenie mogło spełniać swoją funkcję, nie doprowadzając do niesprawiedliwego (nieuzasadnionego merytorycznie) zróżnicowania sytuacji finansowej poszczególnych podmiotów leczniczych, konieczne jest standaryzowanie poszczególnych elementów wpływających na koszty funkcjonowania podmiotów czyli np: określenie rangi (stopnia referencyjnego) danego podmiotu, ustalenie wielkości populacji objętej opieką medyczną danego podmiotu, określenie zakresu świadczeń udzielanych przez poszczególne podmioty, ustalenie wymaganego sprzętu, wyznaczenie minimalnych norm zatrudnienia i – właśnie – minimalnych wartości wynagrodzeń poszczególnych zawodów medycznych. Warto zauważyć, że normy zatrudnienia i wynagradzania są nieodłącznym elementem wszystkich dziedzin tzw. budżetówki.

## **2. Wysokość minimalnego wynagrodzenia zasadniczego**

Zgodnie z projektem ustawy minimalne wynagrodzenie zasadnicze będzie stanowiło iloczyn kwoty bazowej i współczynnika określonego w załączniku do ustawy. Kwotą bazową jest przeciętne wynagrodzenie w rozumieniu art. 1 pkt 3a ustawy z dnia 10 października 2002 r o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz.U. z 2015 r poz. 2008) w roku poprzedzającym ustalenia dotyczące minimalnego wynagrodzenia. Współczynniki zostały ustalone dla

określonych grup poszczególnych zawodów, różniących się przede wszystkim kwalifikacjami. Przewidziano trzyletni okres dojścia do ustalonych wynagrodzeń, przewidując, że pracownicy, których płace są niższe niż ustawowe wartości minimalne, otrzymają co roku podwyżkę o 1/3 różnicy między ich wynagrodzeniem zasadniczym, a ustawowo określonym minimalnym wynagrodzeniem zasadniczym dla danej grupy w ich zawodzie.

### **3. Podstawa prawna zatrudnienia**

Minimalne wynagrodzenie będzie przysługiwało pracownikowi wykonującemu zawód medyczny, zatrudnionemu w podmiocie medycznym w ramach stosunku pracy albo na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem Cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia albo umowy o dzieło.

Minimalne wynagrodzenie będzie przysługiwało pracownikowi zatrudnionemu w pełnym wymiarze czasu pracy. Pracownikowi zatrudnionemu w niepełnym wymiarze czasu pracy minimalne wynagrodzenie będzie przysługiwało w wysokości proporcjonalnej do wymiaru czasu pracy określonego w odpowiedniej umowie. W przypadku umów cywilnoprawnych powinny mieć zastosowanie normy oraz wymiar czasu pracy przyjęte dla umów o pracę.

### **4. Zakres podmiotowy ustawy**

W załączniku do ustawy pracowników podzielono na grupy w oparciu o kryterium wykonywanego zawodu, posiadanego wykształcenia i specjalizacji. Ze względu na brak jednoznacznej ustawowej definicji pracownika medycznego, aby nie przeoczyć żadnego zawodu medycznego, obok zawodów wymienionych z nazwy zastosowano grupę zbiorczą dla innych pracowników medycznych z uwzględnieniem wyłącznie kryterium wykształcenia.

Z zakresu podmiotowego niniejszej ustawy nie wyłączono lekarzy stażystów i lekarzy dentyistów stażystów, których wysokość wynagrodzenia określona będzie, jak dotychczas w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2014 r. poz. 474), zgodnie z delegacją upoważnieniem ustawowym w art. 15 ust. 5 pkt 7 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464, z późn. zm.), przy czym ustalając wysokość ich wynagrodzenia będzie trzeba brać pod uwagę wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego dla lekarzy bez specjalizacji wynikającą z projektowanej ustawy.

Z grupy lekarzy i lekarzy dentyistów nieposiadających specjalizacji nie wyłączono także lekarzy rezydentów, których wysokość wynagrodzenia - tak jak dotychczas - będzie ustalana przez Ministra Zdrowia w drodze rozporządzenia, na podstawie art. 16j ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, przy czym ustalając wysokość ich wynagrodzenia będzie trzeba brać pod uwagę wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego dla lekarzy bez specjalizacji wynikającą z projektowanej ustawy.

### **5. Zgodność regulacji z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej**

Wprowadzenie szczególnych regulacji dotyczących ustalenia najniższego wynagrodzenia, wydaje się uzasadnione tylko w odniesieniu do wyodrębnionej grupy pracowników posiadających wspólną cechę relewantną, tj. do pracowników wykonujących zawody medyczne w podmiotach leczniczych. Unormowania te mają na celu ochronę interesu niewątpliwej wagi, tj. konstytucyjnie zagwarantowanego prawa obywatela do ochrony zdrowia. Dla zapewnienia przez państwo realizacji tego uprawnienia niezbędne jest podejmowanie działań mających na celu nie tylko wykształcenie profesjonalnej kadry medycznej, ale również zachęcenie jej do podjęcia zatrudnienia w zawodzie w podmiotach leczniczych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Tymczasem, jednym z głównych czynników wpływającym na decyzję osób posiadających wykształcenie medyczne co do podjęcia pracy w zawodzie jest poziom zarobków, który - w opinii tego środowiska zawodowego - winien odpowiadać szczególnej roli pracy przez nich wykonywanej.

Wobec powyższego, ograniczenie zakresu podmiotowego ustawy do wyodrębnionej grupy 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. 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.

Z powyższych względów, jakimi są 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 zapewniona, 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 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. Warto zauważyć, że w podobny sposób Ministerstwo Zdrowia uzasadnia wprowadzone ograniczenie swobody działalności gospodarczej podmiotów leczniczych, przedstawiając projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wprowadzającej tzw. sieć szpitali (system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej).

W odróżnieniu od ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2015 r. poz. 2008 oraz z 2016 r. poz. 1265), projektowana ustawa określa najniższy poziom miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego, to znaczy podstawowego wynagrodzenia brutto, określonego w umowie o pracę lub w umowie cywilnoprawnej, bez dodatkowych składników (dodatków) do wynagrodzenia oraz innych świadczeń związanych z pracą. Pełne wynagrodzenie pracownika, wykonującego zawód medyczny i zatrudnionego w podmiocie leczniczym, obejmujące także ewentualne dodatki do wynagrodzenia (np. z tytułu pełnienia dyżurów medycznych), nie będzie się zatem ograniczać do kwoty najniższego wynagrodzenia ustalonego zgodnie z projektowaną ustawą i może być od niego wyższe.

#### **6. Brak wyłączenia Kodeksu pracy**

Co istotne, przepisy niniejszego projektu ustawy nie wyłączają stosowania przepisów ogólnych ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.), zwanej dalej „Kodeksem pracy”, dotyczących zasad ustalania wynagrodzenia. Ustawa określa najniższe wynagrodzenie, zatem ustalone przez strony stosunku pracy konkretne wynagrodzenie przysługujące pracownikowi może być wyższe niż regulowane najniższe wynagrodzenie. Powinno ono bowiem odpowiadać w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu, a także uwzględniać ilość i jakość świadczonej pracy (zgodnie z art. 78 § 1 Kodeksu pracy). Zauważenia wymaga, że, wedle art. 18<sup>3c</sup> 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<sup>3c</sup> § 3 Kodeksu pracy).

#### **7. Źródła finansowania skutków ustawy**

##### **7.1. Źródła finansowania – publiczne**

Ustalenie, iż w okresie trzech lat od dnia wejścia w życie ustawy minimalne wynagrodzenia zasadnicze osiągną poziomy przewidziane w Załączniku do ustawy powoduje, że w tym okresie wystąpi konieczność zapewnienia odpowiednich środków w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Powinno to nastąpić przede wszystkim poprzez zwiększenie budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Przyjęte przez ustawę wysokości wynagrodzeń minimalnych zakładają wzrost poziomu wydatków budżetowych na ochronę zdrowia, w szczególności poprzez zwiększenie budżetu NFZ do poziomów rekomendowanych w wysokości 6,8% PKB rocznie. Wzrost wydatków budżetowych powinien zostać rozłożony po 1/3 rocznie, tak aby w okresie 3 lat osiągnąć zakładany poziom 6,8% PKB rocznie.

## 7.2. Źródła finansowania – niepubliczne

Zakładany wzrost minimalnych wynagrodzeń zasadniczych w okresie trzech lat od dnia wejścia w życie ustawy, spowoduje konieczność zapewnienia odpowiednich środków finansowych po stronie pracodawców, u których planowany wzrost wynagrodzeń zasadniczych nie będzie finansowany ze środków publicznych. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego opublikowanymi w raporcie Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2014r. (<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2014-r-,1,5.html>) struktura wydatków na opiekę zdrowotną, jako całość w Polsce przedstawia się następująco:

### Struktura wydatków (dane za 2013r.)

	dane w mld zł	% PKB
Wydatki budżetowe	74,8	4,50%
Wydatki prywatne	30,9	1,86%
<b>Ogółem</b>	<b>106</b>	<b>6,36%</b>

Wskazać należy, że w/w struktura w ujęciu procentowym jest nadal aktualna i szacuje się, że nie ulegnie zmianie w okresie 3 lat od wejścia w życie, tj. udział wydatków prywatnych w wydatkach ogółem wynosić będzie około 30%.

Przyjmując powyższe założenia, należy wskazać, jak w punkcie 7.1. powyżej, że wzrost minimalnych wynagrodzeń zasadniczych dla pracowników wymienionych w Załączniku do ustawy w okresie trzech lat od dnia wejścia jej w życie po stronie pracodawców (w większości podmiotów leczniczych) będzie proporcjonalny do wzrostu wydatków publicznych i wyniesie odpowiednio:

### Szacowany wzrost wydatków

	aktualny % PKB	szacowany % PKB	zmiana PKB
Wydatki budżetowe	4,50%	6,80%	2,30%

Wydatki prywatne	1,86%	2,81%	0,95%
<b>Ogółem</b>	<b>6,36%</b>	<b>9,61%</b>	<b>3,25%</b>

Przyjęte przez ustawę wysokości wynagrodzeń minimalnych zakładają wzrost poziomu wydatków prywatnych pracodawców na ochronę zdrowia, do poziomów rekomendowanych w wysokości 2,81% PKB rocznie. Wzrost wydatków prywatnych powinien zostać rozłożony po 1/3 rocznie, tak aby w okresie 3 lat osiągnąć zakładany poziom 2,81% PKB rocznie.

#### **8. Okres przejściowy**

Ponadto, z uwagi na planowane skutki finansowe powodowane przedmiotową regulacją, jej wejście w życie musi zostać poprzedzone stosownym okresem przejściowym.

#### **9. Przepisy techniczne oraz zasady swobodnego przepływu towarów**

Projektowana ustawa nie zawiera przepisów technicznych, ani nie wyłącza stosowania zasady swobodnego przepływu towarów, zatem 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).

#### **10. Prawo Unii Europejskiej**

Projekt ustawy nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Warszawa dnia 5.12.2016r.

**Oświadczenie o powołaniu Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej**  
*Ustawa w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia*



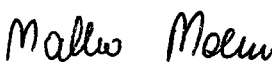

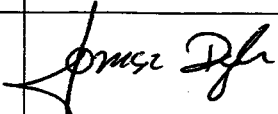
Niżej podpisane osoby oświadczają, że powołują z dniem 5.12.2016r. Komitet Inicjatywy Ustawodawczej *Ustawa w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia* (zwany dalej Komitetem) i przystępują do niego:

L.p.	Imię i Nazwisko	Adres	Pesel
1.	Krzysztof Bukiel		
2.	Cezary Staroń		
3.	Monika Mazur		
4.	Celina Kinicka		
5.	Tomasz Dybek		
6.	Magdalena Federowicz		
7.	Anna Sulinowska		
8.	Jonathan Britmann		
9.	Wojciech Anczurowski		

10.	Kacper Gajda		
11.	Joanna Matecka		
12.	Barbara Dudek		
13.	Jacek Sulich		
14.	Marcin Kasierski		
15.	Joanna Emche		

Jednocześnie w/w osoby wskazują, że pełnomocnikiem Komitetu jest Tomasz Dybek, a jego zastępcą jest Kacper Gajda. Zgodnie z art. 5 ust. 3 ustawy z dnia 24 czerwca 1999r o wykonywaniu inicjatywy ustawodawczej przez obywateli, pełnomocnik Komitetu i jego zastępcą występuje w imieniu i na rzecz Komitetu.

Podpisy członków Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej *Ustawa w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia:*

L.p.	Imię i Nazwisko	Podpis
1.	Krzysztof Bukiel	
2.	Cezary Staroń	
3.	Monika Mazur	
4.	Celina Kinicka	
5.	Tomasz Dybek	

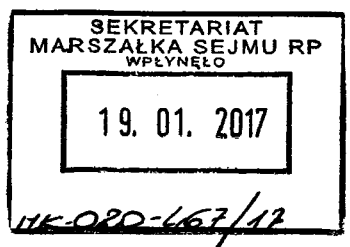
6.	Magdalena Federowicz	Magdalena Federowicz
7.	Anna Sulinowska	Anna Sulinowska
8.	Jonathan Britmann	Jonathan Britmann
9.	Wojciech Anczurowski	Wojciech Anczurowski
10.	Kacper Gajda	Kacper Gajda
11.	Joanna Matecka	Joanna Matecka
12.	Barbara Dudek	Barbara Dudek
13.	Jacek Sulich	Jacek Sulich
14.	Marcin Kasierski	Marcin Kasierski
15.	Joanna Emche	Joanna Emche

1648

Warszawa dnia 19.01.2017

Tomasz Dybek  
Pełnomocnik  
Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej  
*Ustawa w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia*

Marszałek Sejmu RP  
ul. Wiejska 4/6/8  
00-902 Warszawa



### Zawiadomienie

#### *o utworzeniu Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej Ustawa w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia*

Niniejszym zawiadamiam o utworzeniu Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej *Ustawa w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia*.

Adres siedziby Komitetu: *Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Fizjoterapii Zarząd Krajowy; ul. Prószkowska 76 budynek 9; 45-758 Opole*

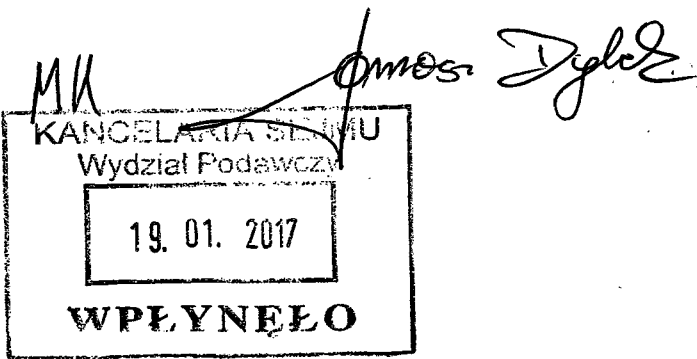
W załączeniu przekazuję: Oświadczenie o powołaniu Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej *Ustawa w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia*, zawierające dane, o których mowa w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 24 czerwca 1999r o wykonywaniu inicjatywy ustawodawczej przez obywateli.

Pełnomocnikiem Komitetu jest : Tomasz Dybek,

Zastępcą Pełnomocnika Komitetu jest : Kacper Gajda,

W załączeniu przekazuję obywatelski projekt *Ustawy w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia* oraz podpisy obywateli popierających ten projekt w liczbie 1500

Pełnomocnik Komitetu



Wpłynęło do:  
Biura Prawnego i Spraw Pracowniczych

Dnia

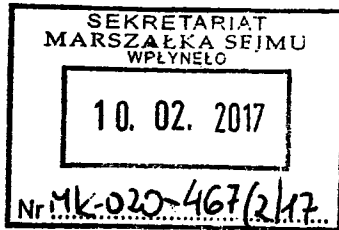
10.02.2017

Nr

BPS-020-2(8)/17

Opole, dnia 10.02.2017 roku

**Tomasz Dybek**  
**Pełnomocnik Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej**  
**Ustawy w sprawie warunków zatrudnienia**  
**w ochronie zdrowia**



**Szanowny Pan**  
**Marek Kuchciński**

**Marszałek Sejmu**  
**Rzeczypospolitej Polskiej**

Wasz znak: BPS-020-2 (7)/17

### UZUPEŁNIENIE BRAKÓW FORMALNYCH PROJEKTU USTAWY

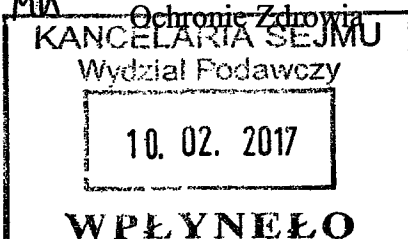
Niniejszym, jako Pełnomocnik Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej Ustawy w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia, w odpowiedzi na wezwanie z dnia 30 stycznia 2017 roku (Wasz znak: BPS-020-2 (7)/17), w załączeniu przedkładam uzupełnione Uzasadnienie do Obywatelskiego Projektu Ustawy o Warunkach Zatrudnienia w Ochronie Zdrowia, wskazujące źródła finansowania wydatków pracodawców, którzy nie będą finansowani ze środków publicznych, a pokryją wydatki z własnych środków pieniężnych.

Jednocześnie zwracam uwagę Pana Marszałka, że równoległy, dotyczący tego samego zagadnienia, rządowy projekt Ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, **nie przewiduje** określenia źródeł finansowania wzrostu wynagrodzeń minimalnych u pracodawców nie finansowanych ze środków publicznych, a jedynie skupia się na wydatkach budżetowych.

Z poważaniem

Załącznik:

Uzupełnione Uzasadnienie do Obywatelskiego Projektu Ustawy o Warunkach Zatrudnienia w Ochronie Zdrowia



## UZASADNIENIE

### do Obywatelskiego Projektu Ustawy o Warunkach Zatrudnienia w Ochronie Zdrowia

#### 1. Cel ustawy

Celem ustawy jest określenie najmniejszej kwoty wynagrodzenia zasadniczego, jaka będzie przysługiwać pracownikom wykonującym zawody medyczne zatrudnionym w podmiotach leczniczych. Potrzeba stworzenia takiej ustawy wynika z faktu, że istniejące dotychczas uwarunkowania prawne i faktyczne uniemożliwiają pracownikom wykonującym zawody medyczne, zatrudnionym w podmiotach leczniczych uzyskiwanie sprawiedliwych wynagrodzeń, adekwatnych do rangi wykonywanych zawodów, ich znaczenia społecznego, szczególnej odpowiedzialności pracowników medycznych, ich wykształcenia i kwalifikacji. Stanowi to – de facto – dyskryminację tych pracowników w stosunku do pracowników innych branż i zawodów.

Czynnikiem odpowiedzialnym za tę dyskryminację jest sposób finansowania podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych refundowanych ze środków publicznych. Ponieważ podmioty tego rodzaju stanowią ogromną większość podmiotów leczniczych w ogóle, to ich sytuacja ma decydujący wpływ na sytuację ogółu pracowników medycznych w zakresie ich warunków wynagradzania.

Podmioty lecznicze udzielające świadczeń refundowanych ze środków publicznych finansowane są przez NFZ. Ilość środków jakimi dysponuje NFZ jest dalece niewystarczająca w stosunku do zakresu i liczby świadczeń, które NFZ musi sfinansować. Pogląd ten jest podzielany praktycznie przez wszystkich, również przez kolejne rządy. Niestety poza stwierdzeniem tego faktu, rządzący nie dokonują żadnych kroków, które by to zmieniły. Efektem tego niedofinansowania jest limitowanie świadczeń refundowanych i zaniżanie cen za te świadczenia poniżej kosztów, jakie faktycznie i niezbędnie muszą ponieść podmioty lecznicze, aby te świadczenia wykonać. W związku z tym, że podmioty lecznicze – niezależnie od ich formy prawnej – są zobowiązane do zbilansowania się, a z w/w powodów nie są w stanie tego dokonać, tną koszty swojej działalności „bez względu na wszystko”. Najważniejszym elementem tych kosztów, a jednocześnie elementem, na który dyrektorzy podmiotów leczniczych mają największy i najłatwiejszy wpływ są wynagrodzenia pracowników. Dlatego wynagrodzenia te są powszechnie zaniżane. Można śmiało stwierdzić, że system publicznej ochrony zdrowia w Polsce funkcjonuje tylko „dzięki” temu, że wyzyskuje ekonomicznie pracowników. Odpowiedzialność za ten wyzysk ponosi państwo i to państwo powinno tę krzywdę naprawić. Niniejsza ustawa ma zapobiec nieograniczonemu zaniżaniu wynagrodzeń pracowników medycznych poprzez ustalenie minimalnego poziomu płac. Argument, że funkcję tę spełnia ustawowo określone wynagrodzenie minimalne dla wszystkich pracowników (w ustawie z dnia 10 października 2002 r o minimalnym wynagrodzeniu za pracę - Dz.U. z 2015 r poz. 2008) jest nietrafiony. Trzeba bowiem pamiętać, że pracownicy medyczni wykonują szczególny rodzaj pracy, o wielkiej odpowiedzialności, a wymagania im stawiane są też szczególnie wysokie, nie tylko jeśli chodzi o kwalifikacje (duża część pracowników

medycznych musi mieć wykształcenie wyższe i stale doksztalać się) ale i odpowiednią postawę wynikającą z delikatnych relacji z osobami chorymi. Stąd naturalną rzeczą jest, że gwarantowany minimalny poziom wynagrodzeń pracowników medycznych powinien być wyższy niż powszechnie obowiązujący, nie uwzględniający powyższych uwarunkowań.

Jest jeszcze jeden bardzo ważny aspekt ogólnospołeczny tej sprawy. Zaniżone wynagrodzenia pracowników wykonujących zawody medyczne są przyczyną bardzo licznej emigracji zarobkowej przedstawicieli tych zawodów. Już dzisiaj liczba lekarzy i pielęgniarek w przeliczeniu na tysiąc mieszkańców jest najmniejsza spośród państw Unii Europejskiej, a przedstawicieli niektórych zawodów medycznych prawie wcale nie ma w polskich szpitalach. Zniesienie oczywistej dyskryminacji płacowej pracowników wykonujących zawody medyczne, zatrudnionych w podmiotach leczniczych będzie miało decydujący wpływ na likwidację emigracji zarobkowej tych grup zawodowych co jest życiową wręcz koniecznością dla dalszego normalnego funkcjonowania systemu publicznej ochrony zdrowia w Polsce. Niewprowadzenie proponowanej ustawy będzie skutkowało pogłębieniem się dramatycznego niedoboru kadr medycznych w naszym kraju i będzie stanowiło bezpośrednie zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli Polski.

Na koniec trzeba też zauważyć, że prawne uregulowanie minimalnych wynagrodzeń pracowników wykonujących zawody medyczne w podmiotach leczniczych jest koniecznym uzupełnieniem proponowanego i stopniowo wprowadzanego przez rząd nowego – budżetowego systemu publicznej ochrony zdrowia. Istotną cechą takiego systemu jest budżetowe (czyli ryczałtowe) wynagradzanie podmiotów leczniczych. Aby takie wynagrodzenie mogło spełniać swoją funkcję, nie doprowadzając do niesprawiedliwego (nieuzasadnionego merytorycznie) zróżnicowania sytuacji finansowej poszczególnych podmiotów leczniczych, konieczne jest standaryzowanie poszczególnych elementów wpływających na koszty funkcjonowania podmiotów czyli np: określenie rangi (stopnia referencyjnego) danego podmiotu, ustalenie wielkości populacji objętej opieką medyczną danego podmiotu, określenie zakresu świadczeń udzielanych przez poszczególne podmioty, ustalenie wymaganego sprzętu, wyznaczenie minimalnych norm zatrudnienia i – właśnie – minimalnych wartości wynagrodzeń poszczególnych zawodów medycznych. Warto zauważyć, że normy zatrudnienia i wynagradzania są nieodłącznym elementem wszystkich dziedzin tzw. budżetówki.

## **2. Wysokość minimalnego wynagrodzenia zasadniczego**

Zgodnie z projektem ustawy minimalne wynagrodzenie zasadnicze będzie stanowiło iloczyn kwoty bazowej i współczynnika określonego w załączniku do ustawy. Kwotą bazową jest przeciętne wynagrodzenie w rozumieniu art. 1 pkt 3a ustawy z dnia 10 października 2002 r o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz.U. z 2015 r poz. 2008) w roku poprzedzającym ustalenia dotyczące minimalnego wynagrodzenia. Współczynniki zostały ustalone dla określonych grup poszczególnych zawodów, różniących się przede wszystkim kwalifikacjami. Przewidziano trzyletni okres dojścia do ustalonych wynagrodzeń, przewidując, że pracownicy, których płace są niższe niż ustawowe wartości minimalne, otrzymają co roku podwyżkę o 1/3

różnicy między ich wynagrodzeniem zasadniczym, a ustawowo określonym minimalnym wynagrodzeniem zasadniczym dla danej grupy w ich zawodzie.

### **3. Podstawa prawna zatrudnienia**

Minimalne wynagrodzenie będzie przysługiwało pracownikowi wykonującemu zawód medyczny, zatrudnionemu w podmiocie medycznym w ramach stosunku pracy albo na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem Cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia albo umowy o dzieło.

Minimalne wynagrodzenie będzie przysługiwało pracownikowi zatrudnionemu w pełnym wymiarze czasu pracy. Pracownikowi zatrudnionemu w niepełnym wymiarze czasu pracy minimalne wynagrodzenie będzie przysługiwało w wysokości proporcjonalnej do wymiaru czasu pracy określonego w odpowiedniej umowie. W przypadku umów cywilnoprawnych powinny mieć zastosowanie normy oraz wymiar czasu pracy przyjęte dla umów o pracę.

### **4. Zakres podmiotowy ustawy**

W załączniku do ustawy pracowników podzielono na grupy w oparciu o kryterium wykonywanego zawodu, posiadanego wykształcenia i specjalizacji. Ze względu na brak jednoznacznej ustawowej definicji pracownika medycznego, aby nie przeoczyć żadnego zawodu medycznego, obok zawodów wymienionych z nazwy zastosowano grupę zbiorczą dla innych pracowników medycznych z uwzględnieniem wyłącznie kryterium wykształcenia.

Z zakresu podmiotowego niniejszej ustawy nie wyłączono lekarzy stażystów i lekarzy dentyistów stażystów, których wysokość wynagrodzenia określona będzie, jak dotychczas w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2014 r. poz. 474), zgodnie z delegacją upoważnieniem ustawowym w art. 15 ust. 5 pkt 7 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464, z późn. zm.), przy czym ustalając wysokość ich wynagrodzenia będzie trzeba brać pod uwagę wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego dla lekarzy bez specjalizacji wynikającą z projektowanej ustawy.

Z grupy lekarzy i lekarzy dentyistów nieposiadających specjalizacji nie wyłączono także lekarzy rezydentów, których wysokość wynagrodzenia - tak jak dotychczas - będzie ustalana przez Ministra Zdrowia w drodze rozporządzenia, na podstawie art. 16j ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, przy czym ustalając wysokość ich wynagrodzenia będzie trzeba brać pod uwagę wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego dla lekarzy bez specjalizacji wynikającą z projektowanej ustawy.

### **5. Zgodność regulacji z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej**

Wprowadzenie szczególnych regulacji dotyczących ustalenia najniższego wynagrodzenia, wydaje się uzasadnione tylko w odniesieniu do wyodrębnionej grupy pracowników posiadających wspólną cechę relewantną, tj. do pracowników wykonujących zawody medyczne w podmiotach leczniczych. Unormowania te mają na celu ochronę interesu

niewątpliwej wagi, tj. konstytucyjnie zagwarantowanego prawa obywatela do ochrony zdrowia. Dla zapewnienia przez państwo realizacji tego uprawnienia niezbędne jest podejmowanie działań mających na celu nie tylko wykształcenie profesjonalnej kadry medycznej, ale również zachęcenie jej do podjęcia zatrudnienia w zawodzie w podmiotach leczniczych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Tymczasem, jednym z głównych czynników wpływającym na decyzję osób posiadających wykształcenie medyczne co do podjęcia pracy w zawodzie jest poziom zarobków, który - w opinii tego środowiska zawodowego - winien odpowiadać szczególnej roli pracy przez nich wykonywanej.

Wobec powyższego, ograniczenie zakresu podmiotowego ustawy do wyodrębnionej grupy 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. 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.

Z powyższych względów, jakimi są 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 zapewniona, 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 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. Warto zauważyć, że w podobny sposób Ministerstwo Zdrowia uzasadnia wprowadzone ograniczenie swobody działalności gospodarczej podmiotów leczniczych, przedstawiając projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wprowadzającej tzw. sieć szpitali (system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej).

W odróżnieniu od ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2015 r. poz. 2008 oraz z 2016 r. poz. 1265), projektowana ustawa określa najniższy poziom miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego, to znaczy podstawowego wynagrodzenia brutto, określonego w umowie o pracę lub w umowie cywilnoprawnej, bez dodatkowych składników (dodatki) do wynagrodzenia oraz innych świadczeń związanych z pracą. Pełne wynagrodzenie pracownika, wykonującego zawód medyczny i zatrudnionego w podmiocie leczniczym, obejmujące także ewentualne dodatki do wynagrodzenia (np. z tytułu pełnienia dyżurów medycznych), nie będzie się zatem ograniczać do kwoty najniższego wynagrodzenia ustalonego zgodnie z projektowaną ustawą i może być od niego wyższe.

## **6. Brak wyłączenia Kodeksu pracy**

Co istotne, przepisy niniejszego projektu ustawy nie wyłączają stosowania przepisów ogólnych ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.), zwanej dalej „Kodeksem pracy”, dotyczących zasad ustalania wynagrodzenia. Ustawa określa najniższe wynagrodzenie, zatem ustalone przez strony stosunku pracy konkretne wynagrodzenie przysługujące pracownikowi może być wyższe niż regulowane najniższe wynagrodzenie. Powinno ono bowiem odpowiadać w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu, a także uwzględniać ilość i jakość świadczonej pracy (zgodnie z art. 78 § 1 Kodeksu pracy). Zauważenia wymaga, że, wedle art. 18<sup>3c</sup> 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<sup>3c</sup> § 3 Kodeksu pracy).

## **7. Źródła finansowania skutków ustawy**

### **7.1. Źródła finansowania – publiczne**

Ustalenie, iż w okresie trzech lat od dnia wejścia w życie ustawy minimalne wynagrodzenia zasadnicze osiągną poziom przewidziany w Załączniku do ustawy powoduje, że w tym okresie wystąpi konieczność zapewnienia odpowiednich środków w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Powinno to nastąpić przede wszystkim poprzez zwiększenie budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Przyjęte przez ustawę wysokości wynagrodzeń minimalnych zakładają wzrost poziomu wydatków budżetowych na ochronę zdrowia, w szczególności poprzez zwiększenie budżetu NFZ do poziomów rekomendowanych w wysokości 6,8% PKB rocznie. Wzrost wydatków budżetowych powinien zostać rozłożony po 1/3 rocznie, tak aby w okresie 3 lat osiągnąć zakładany poziom 6,8% PKB rocznie.

## 7.2. Źródła finansowania – niepubliczne

Zakładany wzrost minimalnych wynagrodzeń zasadniczych w okresie trzech lat od dnia wejścia w życie ustawy, spowoduje konieczność zapewnienia odpowiednich środków finansowych po stronie pracodawców, u których planowany wzrost wynagrodzeń zasadniczych nie będzie finansowany ze środków publicznych. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego opublikowanymi w raporcie Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2014r. (<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2014-r-,1,5.html>) struktura wydatków na opiekę zdrowotną, jako całość w Polsce przedstawia się następująco:

### Struktura wydatków (dane za 2013r.)

	dane w mld zł	% PKB
Wydatki budżetowe	74,8	4,50%
Wydatki prywatne	30,9	1,86%
<b>Ogółem</b>	<b>106</b>	<b>6,36%</b>

Wskazać należy, że w/w struktura w ujęciu procentowym jest nadal aktualna i szacuje się, że nie ulegnie zmianie w okresie 3 lat od wejścia w życie, tj. udział wydatków prywatnych w wydatkach ogółem wynosić będzie około 30%.

Przyjmując powyższe założenia, należy wskazać, jak w punkcie 7.1. powyżej, że wzrost minimalnych wynagrodzeń zasadniczych dla pracowników wymienionych w Załączniku do ustawy w okresie trzech lat od dnia wejścia jej w życie po stronie pracodawców (w większości podmiotów leczniczych) będzie proporcjonalny do wzrostu wydatków publicznych i wyniesie odpowiednio:

### Szacowany wzrost wydatków

	aktualny % PKB	szacowany % PKB	zmiana PKB
Wydatki budżetowe	4,50%	6,80%	2,30%
Wydatki prywatne	1,86%	2,81%	0,95%
<b>Ogółem</b>	<b>6,36%</b>	<b>9,61%</b>	<b>3,25%</b>

Przyjęte przez ustawę wysokości wynagrodzeń minimalnych zakładają wzrost poziomu wydatków prywatnych pracodawców na ochronę zdrowia, do poziomów rekomendowanych w wysokości 2,81% PKB rocznie. Wzrost wydatków prywatnych powinien zostać rozłożony po 1/3 rocznie, tak aby w okresie 3 lat osiągnąć zakładany poziom 2,81% PKB rocznie.

## 8. Okres przejściowy

Ponadto, z uwagi na planowane skutki finansowe powodowane przedmiotową regulacją, jej wejście w życie musi zostać poprzedzone stosownym okresem przejściowym.

#### **9. Przepisy techniczne oraz zasady swobodnego przepływu towarów**

Projektowana ustawa nie zawiera przepisów technicznych, ani nie wyłącza stosowania zasady swobodnego przepływu towarów, zatem 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).

#### **10. Prawo Unii Europejskiej**

Projekt ustawy nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

**POSTANOWIENIE NR 6**  
**MARSZAŁKA SEJMU**  
**RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**  
**z dnia 16 lutego 2017 r.**

**o przyjęciu zawiadomienia o utworzeniu Komitetu Inicjatywy**  
**Ustawodawczej Ustawy w sprawie warunków zatrudnienia**  
**w ochronie zdrowia**

Na podstawie art. 6 ust. 4 ustawy z dnia 24 czerwca 1999 r. o wykonywaniu inicjatywy ustawodawczej przez obywateli (Dz. U. z 1999 r. Nr 62, poz. 688 oraz z 2014 r. poz. 498) postanawiam o przyjęciu zawiadomienia o utworzeniu Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej Ustawy w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia.

MARSZAŁEK SEJMU

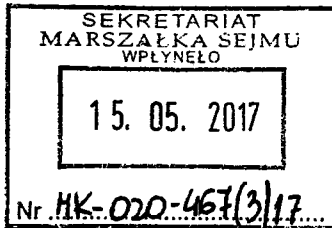


Marek Kuchciński



Warszawa, 15.05.2017 roku

dr Tomasz Dybek  
Pełnomocnik Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej  
Ustawy w sprawie warunków zatrudnienia  
w ochronie zdrowia  
tel. 22 622 20 00



**Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej**

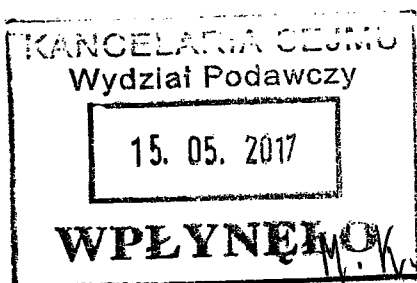
**Marek Kuchciński**

*Szanowny Panie Marszałku,*

Niniejszym, jako Pełnomocnik Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej Ustawy w sprawie Warunków Zatrudnienia w Ochronie Zdrowia, przedkładam 239 476 tyś. podpisów pod projektem Ustawy w sprawie Warunków Zatrudnienia w Ochronie Zdrowia, projekt Ustawy oraz jego uzasadnienie.

*z 29 10 2017 r. Szczęsny*

Pełnomocnik Komitetu  
dr Tomasz Dybek





SZEF  
KANCELARII SEJMU

BPSP-020-2(16)/17

Warszawa, 29 maja 2017 r.

Pan

Marek KUCHCIŃSKI

Marszałek Sejmu

*Szanowny Panie Marszałku,*

Uprzejmie informuję, iż po wniesieniu w dniu 15 maja 2017 r. do Marszałka Sejmu, przez Pełnomocnika Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej Ustawy w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia, projektu ww. ustawy wraz z załączonym wykazem podpisów obywateli udzielających poparcia przedłożonemu projektowi, Biuro Prawne i Spraw Pracowniczych sprawdziło czy projekt jest tożsamy z projektem przyjętym przez Marszałka Sejmu postanowieniem nr 6 z dnia 16 lutego 2017 r. oraz czy została złożona wymagana liczba podpisów.

Na podstawie § 8 ust. 1 i 2 zarządzenia Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 25 września 2000 r. w sprawie określenia trybu postępowania w Kancelarii Sejmu dotyczącego inicjatywy ustawodawczej obywateli powołano zespół liczący do sprawdzenia prawidłowości złożonych podpisów. Zespół w dniach od 18 do 23 maja 2017 r. dokonał następującego ustalenia: wykaz podpisów obywateli zawiera 27652 strony znajdujące się w 55 teczkach; ogółem zweryfikowano 107617 podpisów znajdujących się na pierwszych 11000 stron (22 tecki), z których 106294 podpisy uznano za złożone prawidłowo, natomiast 1323 podpisy złożono wadliwie. Wobec powyższego uznać należy, że spełniony został wymóg złożenia co najmniej 100000 podpisów osób udzielających poparcia projektowi ustawy.

Przy sprawdzaniu prawidłowości udzielenia poparcia projektowi ustawy badano czy dostarczone wykazy podpisów spełniają wymogi zawarte w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 24 czerwca 1999 r. o wykonywaniu inicjatywy ustawodawczej przez obywateli (Dz. U. Nr 62, poz. 688 z późn. zm.), tj. czy zawierają: imię (imiona), nazwisko, adres zamieszkania (ze wskazaniem nazwy miejscowości, nazwy ulicy, numeru domu oraz numeru mieszkania), a także numer ewidencyjny PESEL i podpis osoby udzielającej poparcia projektowi ustawy. Ponadto sprawdzano, czy każda strona wykazu zawiera nazwę Komitetu oraz tytuł projektu ustawy, której obywatel udziela poparcia.

Na podstawie przeprowadzonych czynności ustalono, iż projekt wraz załączonymi wykazami podpisów został złożony w przewidzianym ustawowo terminie, treść przedłożonego projektu nie została zmieniona w stosunku do projektu przyjętego przez Marszałka Sejmu w dniu 16 lutego 2017 r., a do projektu załączono wymaganą liczbę prawidłowo złożonych podpisów osób udzielających poparcia projektowi ustawy. Wobec powyższego, zgodnie z art. 10 ust. 3 ustawy o wykonywaniu inicjatywy ustawodawczej przez obywateli, istnieje podstawa do skierowania projektu ustawy do pierwszego czytania w Sejmie i zawiadomienia o tym Pełnomocnika Komitetu.

*Z poleceniem*

SZEF KANCELARII SEJMU

*Agnieszka Kaczmarek*  
Agnieszka Kaczmarek



Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

BPSP-020-2 (17)/17

Warszawa, 29 maja 2017 r.

**Pan**

**Tomasz Dybek**

Pełnomocnik

Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej

Ustawy w sprawie warunków zatrudnienia  
w ochronie zdrowia

*Szanowny,*

Zgodnie z art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 24 czerwca 1999 r. o wykonywaniu inicjatywy ustawodawczej przez obywateli (Dz. U. Nr 62, poz. 688 z późn. zm.) zawiadamiam, że wniesiony w dniu 15 maja 2017 r. projekt ustawy w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia zostanie skierowany do pierwszego czytania w Sejmie.

Jednocześnie nadmieniam, iż w myśl art. 14 ust. 1 ustawy o wykonywaniu inicjatywy ustawodawczej przez obywateli w pracach nad projektem ustawy Komitet reprezentuje przedstawiciel lub osoba uprawniona do jego zastępstwa, powołana w trybie określonym w art. 5 ust. 3 i art. 6 ust. 2 pkt 3 ustawy o wykonywaniu inicjatywy ustawodawczej przez obywateli. Z uwagi na powyższe, zwracam się z prośbą o niezwłoczne przedłożenie pisemnej informacji w tej sprawie do Sekretariatu Posiedzeń Sejmu Kancelarii Sejmu.

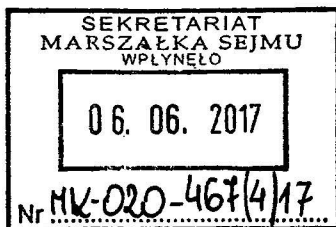
*Z poważaniem*

MARSZAŁEK SEJMU

Marek Kuchciński

Warszawa, 6.06.2017 roku

dr Tomasz Dybek  
Pełnomocnik Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej  
Ustawy w sprawie warunków zatrudnienia  
w ochronie zdrowia  
tel.



**Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej**

**Marek Kuchciński**

W odpowiedzi na pismo z dnia 29 maja br. roku uprzejmie informuję iż Komitet Inicjatywy Ustawodawczej Ustawy w sprawie Warunków Zatrudnienia w Ochronie Zdrowia reprezentuje przedstawiciel dr Tomasz Dybek i osoba uprawniona do jego zastępstwa Kacper Gajda.

Adres dla Korespondencji:

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Fizjoterapii  
UL. Prószkowska 76 bud.9 p.6  
45-758 Opole  
gmail.com

tel.

Pełnomocnik Komitetu  
dr Tomasz Dybek

Warszawa, 8 czerwca 2017 r.

BAS-WAPM-1053/17

Pan  
Marek Kuchciński  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

### Opinia

**w sprawie zgodności z prawem Unii Europejskiej obywatelskiego projektu ustawy w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia (pełnomocnik Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej: Tomasz Dybek)**

Na podstawie art. 34 ust. 9 uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 lipca 1992 roku – Regulamin Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej (Monitor Polski z 2012 r. poz. 32, ze zmianami) sporządza się następującą opinię:

#### **1. Przedmiot projektu ustawy**

Projekt ustawy określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne, zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

#### **2. Stan prawa Unii Europejskiej w materii objętej projektem**

Prawo UE nie reguluje kwestii, o których mowa w projekcie ustawy.

#### **3. Analiza przepisów projektu pod kątem ustalonego stanu prawa Unii Europejskiej**

Przepisy projektu nie należą do materii regulacji prawa Unii Europejskiej.

#### **4. Konkluzja**

Przedmiot projektu ustawy w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Akceptował:  
Dyrektor  
Biura Analiz Sejmowych

Wojciech Arndt

Warszawa, 8 czerwca 2017 r.

BAS-WAPM-1054/17

Pan  
Marek Kuchciński  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

### Opinia

**w sprawie stwierdzenia – w trybie art. 95a ust. 3 regulaminu Sejmu – czy obywatelski projekt ustawy w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia (pełnomocnik Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej: Tomasz Dybek) jest projektem ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej**

Projekt ustawy określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne, zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Przedmiot projektu ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów mających na celu wykonanie prawa UE.

Projekt ustawy w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia **nie jest projektem ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej.**

Akceptował:  
Dyrektor  
Biura Analiz Sejmowych



Wojciech Arndt