



Warszawa, 23 listopada 2015 r.

**Pan  
Konstanty Radziwiłł  
Minister Zdrowia**

My niżej podpisaní przedstawiciele reprezentatywnych organizacji pracowników i pracodawców przekazujemy Panu Ministrowi w załączeniu dokument przedstawiający nasze stanowisko w sprawie wzrostu wynagrodzeń pracowników służby zdrowia.

Poniższy dokument zawiera diagnozę stanu prawnego wynikającego z wejścia w życie rozporządzenia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz jego zmiany z dnia 14 października 2015 r., a także propozycję rozwiązań wzrostu wynagrodzeń pracowników służby zdrowia w rodzaju leczenia szpitalne.

w imieniu :

Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej

Konfederacji Lewiatan

Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność”

Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych



**Pracodawcy RP**

Rok założenia 1989



LEWIATAN



**SEKRETARIAT  
OCHRONY ZDROWIA**



## Wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych Ocena skutków regulacji dla uprawnionych i podmiotów leczniczych.

## Spis treści

<b>WSTĘP.</b>	<b>3</b>
<b>OCHRONA PRAW NABYTYCH.</b>	<b>3</b>
<b>WNIOSKI.</b>	<b>5</b>
<b><u>ANALIZA ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA Z DNIA 8 WRZEŚNIA 2015 ROKU W SPRAWIE OGÓLNYCH WARUNKÓW UMÓW O ŚWIADCZENIE OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ ROZPORZĄDZENIA ZMIENIAJĄCEGO.</u></b>	<b>5</b>
1. ZGODNOŚĆ Z ART. 92 UST 1 KONSTYTUCJI RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ W ZWIĄZKU Z NORMĄ KOMPETENCYJNĄ ZAWARTĄ W ART. 137 USTAWY O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH Z DNIA 27 SIERPNI 2004 ROKU (Dz.U. z 2015 poz. 581).	5
2. ZGODNOŚĆ Z ART. 7 KONSTYTUCJI RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ, KTÓRY ZAWIERA NORMĘ ZAKAZUJĄCĄ DOMNIEMYWANIA KOMPETENCJI ORGANU WŁADZY PUBLICZNEJ I TYM SAMYM NAKAZUJE, BY WSZELKIE DZIAŁANIA TEGO ORGANU BYŁY OPARTE NA WYRAŹNIE OKREŚLONEJ NORMIE KOMPETENCYJNEJ.	7
3. ZGODNOŚĆ Z ART. 216 UST 1 KONSTYTUCJI RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ W ZW. Z ART. 42 UST 2 USTAWY O FINANSACH PUBLICZNYCH Z DNIA 27 SIERPNI 2009 R. (Dz.U. Nr 157, poz. 1240) TEKST JEDNOLITY Z DNIA 21 CZERWCA 2013 R. (Dz.U. z 2013 r. poz. 885).	8
4. ZGODNOŚĆ Z ART. 44 UST 1 PUNKT 3 USTAWY O FINANSACH PUBLICZNYCH Z DNIA 27 SIERPNI 2009 R. (Dz.U. Nr 157, poz. 1240) TEKST JEDNOLITY Z DNIA 21 CZERWCA 2013 R. (Dz.U. z 2013 r. poz. 885), WSKAZUJĄCYM ŻE WYDATKI PUBLICZNE MOGĄ BYĆ PONOSZONE NA CELE I W WYSOKOŚCIACH USTALONYCH W PLANIE FINANSOWYM JEDNOSTKI SEKTORA FINANSÓW PUBLICZNYCH	9
5. ZGODNOŚĆ Z ART. 117 USTAWY O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH Z DNIA 27 SIERPNI 2004 (Dz.U. z 2015 r. poz. 581) W ZW. Z ART. 119 I W ZW. Z ART. 5. PUNKT 34 TEJ USTAWY, W ZAKRESIE CELU NA JAKI MOGĄ ZOSTAĆ PRZEZNACZONE ŚRODKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA.	10
6. ZGODNOŚĆ Z ART. 65 UST. 4 KONSTYTUCJI RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.	11
7. ZGODNOŚĆ Z ART. 32 KONSTYTUCJI RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ, ZAWIERAJĄCY NAKAZ RÓWNEGO TRAKTOWANIA PRZEZ WŁADZE PUBLICZNE ORAZ ZAKAZ DYSKRYMINACJI,	12
<b>WNIOSKI.</b>	<b>12</b>
<b><u>ANALIZA GWARANCJI FINANSOWANIA WZROSTU WYNAGRODZEŃ.</u></b>	<b>13</b>
<b>WNIOSKI.</b>	<b>16</b>
<b><u>WZROST WYNAGRODZEŃ W PRZEPISACH KODEKSU PRACY.</u></b>	<b>16</b>
<b>WNIOSKI.</b>	<b>18</b>
<b>WNIOSKI.</b>	<b>19</b>
<b><u>REKOMENDACJA.</u></b>	<b>20</b>
<b>DEFINICJA PROBLEMU.</b>	<b>20</b>
<b>DOCELOWE ROZWIĄZANIE.</b>	<b>22</b>
<b>ROZWIĄZANIE PRZEJŚCIOWE.</b>	<b>24</b>
<b>PODSUMOWANIE.</b>	<b>24</b>
<b><u>PODSTAWY PRAWNE.</u></b>	<b>25</b>

## Wstęp.

Przedmiotem opracowania jest analiza bezpieczeństwa prawnego i finansowego przyznanych przyznanego pielęgniarkom i położnym wzrostu wynagrodzeń zarówno dla samych uprawnionych jak i dla podmiotów leczniczych.

Wejście w życie przepisów zawartych w § 2 rozporządzenia MZ z dnia 8 września 2015r w sprawie ogólnych warunków umów o świadczenie opieki zdrowotnej oraz w rozporządzeniu zmieniającym z dnia 14 października 2015 pokazało że przyjęte konstrukcje prawne nie tylko nie rozwiązało problematyki wzrostu wynagrodzeń ale jest źródłem licznych kolizji prawnych i napięć społecznych. Zatem już na wstępie można przyjąć założenie, że regulacja ta nie spełniła swojej roli. Po pierwsze nie daje poczucia stabilizacji społecznej, stanowi źródło konfliktów dyskryminując inne grupy zawodów medycznych oraz różnicując pielęgniarki i położne w zależności od sposobu nawiązanego stosunku pracy, oraz w zależności od terminu nawiązania stosunku pracy. Po drugie wzbudza poważne wątpliwości w zakresie gwarancji finansowania.

Celem niniejszej rozprawy jest analiza konstrukcji prawnych zawartych w rozporządzeniu będącym przedmiotem dyskusji pod względem najistotniejszych, zdaniem autorów, kwestii: pewności nadanych uprawnień, zgodności z przepisami obowiązującego prawa oraz gwarancji finansowania . W końcowej części przedstawiono wnioski oraz rekomendacje, które w opinii autorów powinny być przedmiotem dalszych rozważań zmierzających do przyjęcia niewadliwej regulacji prawnej gwarantującej tym samym ochronę praw nabytych oraz dającej gwarancję finansowania.

## Ochrona praw nabytych.

Prawa nabyte to inaczej uprawnienia uzyskane na podstawie indywidualnego aktu władzy państwowej lub na podstawie ustawy. Zasada ochrony praw słusznie (niewadliwie) nabytych nie została wskazana *expressis verbis* w konstytucji, natomiast jest podstawą realizacji zasady zaufania do państwa. W tym kontekście należy przyjąć, że ochrona praw nabytych jest konstytucyjnie gwarantowanym prawem wynikającym z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Zaufanie do państwa należy rozumieć rozszerzająco: jako **zasadę zaufania obywateli do państwa, a tym samym i prawa przez nie stanowionego** oraz **zasadę bezpieczeństwa prawnego obywateli**. Jak wskazuje Trybunał Konstytucyjny *"zasada zaufania do państwa i stanowionego przez nie prawa opiera się na wymaganii pewności prawa, a więc takim zespole cech przysługujących prawu, które zapewniają jednostce bezpieczeństwo prawne; umożliwiają*

jej decydowanie o swoim postępowaniu na podstawie pełnej znajomości przesłanek działania organów państwowych oraz konsekwencji prawnych, jakie jej działania mogą pociągnąć za sobą" [patrz: wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 14. Czerwca 2000r., sygn. akt: P 3/00, OTK 2000, Nr 5, poz. 138].

Zasada ochrony praw nabytych chroni przede wszystkim nabyte prawa podmiotowe, zarówno publiczne, jak i prywatne. Konstytucyjnej ochronie podlegają prawa podmiotowe nabyte *in concreto* (na podstawie indywidualnego aktu władzy państwowej) i *in abstracto* (wprost na podstawie ustawy). Przy czym podkreślić należy, że ochronie konstytucyjnej podlegają wyłącznie prawa słusznie (niewadliwie) niewadliwie nabyte.

Zakresem ochrony prawnej objęte jest wyłącznie prawo niewadliwie nabyte: "*Zasada państwa prawnego zawiera w sobie zasadę zaufania obywateli do państwa, z tą zaś łączy się na zasadzie związków instrumentalnych z **zasadą ochrony praw nabytych (...). Zakresem jej objęte są prawa słusznie (sprawiedliwie) nabyte***" [patrz: Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11. lutego 1992r., sygn. akt: K 14/91, OTK 1992, Nr 1, poz. 7, s. 127].

Powyższe orzeczenie Trybunału konstytucyjnego ma kluczowe znaczenie w przedmiocie prowadzonej analizy i jednocześnie rodzi pytanie o kryteria słusznego (niewadliwego) nabycia uprawnień. W doktrynie wskazuje się, że prawo słusznie nabyte to uprawnienie które spełnia zarówno przesłanki materialne, (czyli jest zgodne z przepisami zawartymi w konstytucji i ustawach) jak i przesłanki formalne (czyli czy przyjęty instrument prawny jest adekwatny w celu unormowania danego prawa).

Wyjaśnienie zasady kwalifikacji danego prawa jako prawa słusznie nabytego na przykładzie oceny zwolnień od podatku: Trybunał Konstytucyjny przyjął, że "*uznaniu zwolnień od podatku za przedmiot "praw nabytych" stoi na przeszkodzie - przede wszystkim - zasada powszechności opodatkowania dochodów. Bez jednoznacznie sformułowanej podstawy prawnej, zawartej w ustawie, nie może powstać swoiste prawo do zwolnienia podatkowego, skoro zgodnie z art. 84 Konstytucji: Każdy jest obowiązany do ponoszenia ciężarów i świadczeń publicznych, w tym podatków, określonych w ustawie. Podatnikom nie może być przypisane bezterminowe "prawo do zwolnień podatkowych" określonego typu wyprowadzane jedynie z faktu korzystania z ustawowych zwolnień w okresie przeszłym. Nie jest więc możliwe objęcie określonych zwolnień podatkowych mianem "praw niewadliwie nabytych"*" [patrz: wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 8. stycznia 2009 r., sygn. akt: P 6/07, OTK-A 2009, Nr 1, poz. 2].

**Zatem w przypadku kiedy nabyte prawo stoi w sprzeczności z konstytucją prawo to należy traktować incydentalnie, ponieważ nie spełnia ono przesłanek praw niewadliwie nabytych. Oznacza to, że ustawodawca każdorazowo ma prawo uchylić normy przyznające prawa incydentalne. A contrario prawa niewadliwie**

nabyte są przedmiotem silnej ochrony konstytucyjnej, a ich ograniczenie może być uzasadnione jedynie wówczas gdy nie istnieje możliwość realizacji danej normy, zasady lub wartości konstytucyjnej bez naruszenia praw nabytych. Trybunał określił kryteria dopuszczalności ograniczeń praw nabytych [**patrz:** wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 17.października 2000 r., SK 5/99, OTK 2000, Nr 7, poz. 25]

## Wnioski.

1. Ochrona praw niewadliwie (słusznie) nabytych jest konstytucyjnym gwarantem zaufania jednostki do państwa i stanowionego prawa.
2. Prawa niewadliwie nabyte są przedmiotem silnej ochrony konstytucyjnej, a pozbawienie tego prawa może być uzasadnione jedynie wówczas gdy nie istnieje możliwość realizacji danej normy, zasady lub wartości konstytucyjnej bez naruszenia praw nabytych. Trybunał określił kryteria dopuszczalności ograniczeń praw nabytych.
3. Prawa niespełniające kryteriów praw słusznie nabytych stanowią prawa incydentalne i jako takie nie podlegają one ochronie konstytucyjnej.

## Analiza rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o świadczenie opieki zdrowotnej oraz rozporządzenia zmieniającego.

W celu oceny czy prawo pielęgniarek i położnych do wzrostu wynagrodzeń przyznanych na mocy *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o świadczenia opieki zdrowotnej oraz rozporządzenia zmieniającego* przeanalizowano oba rozporządzenia pod względem zgodności z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej i ustawami. Analiza norm przyznających wzrost wynagrodzeń pielęgniarkom i położnym rodzi zastrzeżenia formalne w następujących zakresach:

1. **Zgodność z art. 92 ust 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej w związku z normą kompetencyjną zawartą w art. 137 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 roku (Dz.U. z 2015 poz. 581).**

## Uzasadnienie:

Norma zawarta w przepisie art. 137 ust. 2 wskazuje kompetencję ustawową Ministra Zdrowia do określenia, „w drodze rozporządzenia, ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia właściwego wykonania umów”. Jednocześnie zgodnie z przepisem art. 137 ust. 1:

„Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmują:

- 1) przedmiot umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2) sposób finansowania świadczeń opieki zdrowotnej,
- 3) tryb ustalania kwoty zobowiązania, w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych na okres dłuższy niż rok,
- 4) zakres i warunki odpowiedzialności świadczeniodawcy z tytułu nieprawidłowego wykonania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- 5) przesłanki, sposób ustalania wysokości oraz tryb nakładania kar umownych,
- 6) przesłanki i tryb rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki jej wygaśnięcia.”

Mając na uwadze powyższe podkreślić należy, że ustawodawca udzielając ministrowi właściwemu kompetencji ustawowej do określenia na drodze rozporządzenia dokładnie wskazał w katalogu zamkniętym zakres przedmiotowy ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: OWU), zatem poszerzenie zakresu OWU o zasady wynagrodzeń personelu należy uznać za przekraczające kompetencje wskazanej delegacji.

Tu należy wskazać, że zgodnie z przepisem art. 92 Konstytucji „rozporządzenia są wydawane przez organy wskazane w Konstytucji, na podstawie szczegółowego upoważnienia zawartego w ustawie i w celu jej wykonania”. Na gruncie nauki prawa konstytucyjnego i orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego ze wskazanej normy wynika, że zasadniczą funkcję rozporządzenia stanowi konkretyzacja norm prawnych zawartych w ustawie. Celem art. 92 ust. 1 Konstytucji jest bowiem przede wszystkim ograniczenie swobody organu upoważnionego. Zatem niedopuszczalne jest wprowadzanie na drodze rozporządzenia norm prawnych przekraczających upoważnienie zawarte w ustawie.

Określenie w rozporządzeniu zasad niewynikających z ustawy stanowi również naruszenie zasad technik prawodawczych, bowiem „w rozporządzeniu zamieszcza się tylko przepisy regulujące sprawy przekazane do unormowania w przepisie

upoważniającym (upoważnieniu ustawowym)” oraz „W rozporządzeniu nie zamieszcza się przepisów niezgodnych z ustawą upoważniającą lub z innymi ustawami i ratyfikowanymi umowami międzynarodowymi, chyba że przepis upoważniający wyraźnie na to zezwala.” [patrz: § 115 I § 115 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie Zasad techniki prawodawczej Dz.U.2002.100.908].

Aby rozporządzenie spełniało „przesłanki legalności musi:

- 1) być wydane przez organy wskazane w Konstytucji;
- 2) być wydane na podstawie i w celu wykonania szczegółowego upoważnienia ustawowego;
- 3) być wydane przez organy wyraźnie określone w upoważnieniu ustawowym;
- 4) regulować tylko i wyłącznie sprawy określone w upoważnieniu;
- 5) regulować te sprawy zgodnie z wytycznymi ustawowymi zawartymi w upoważnieniu.

Jeśli rozporządzenie nie spełnia któregokolwiek z tych wymogów, to jest aktem sprzecznym z Konstytucją i nie może być uznane za akt obowiązujący”<sup>1</sup>.

**2. Zgodność z art. 7 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, który zawiera normę zakazującą domniemywania kompetencji organu władzy publicznej i tym samym nakazuje, by wszelkie działania tego organu były oparte na wyraźnie określonej normie kompetencyjnej.**

Uzasadnienie:

Wprowadzane omawianym rozporządzeniem zasady wzrostu wynagrodzeń personelu medycznego tj. pielęgniarek i położnych budzą poważne zastrzeżenia formalne w zakresie zgodności z art. 7 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, który zawiera normę zakazującą domniemywania kompetencji organu władzy publicznej i tym samym nakazuje, by wszelkie działania tego organu były oparte na wyraźnie określonej normie kompetencyjnej.

Zgodnie z zasadą wyrażoną w art. 7 Konstytucji organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa. Jest to jedna z podstawowych zasad działania organów władzy publicznej i dotyczy ona każdej formy działalności tych organów, w tym również tworzenia prawa.

W związku z tym, należy również podkreślić, że w przepisach prawa administracyjnego występuje zakaz domniemania kompetencji. „Jeżeli bowiem zasada

---

<sup>1</sup> Komentarz do §115 rozporządzenia w sprawie "Zasad techniki prawodawczej", Grzegorz Wierczyński.



konstytucyjna nakłada na organy władzy publicznej obowiązek działania na podstawie i w granicach prawa (art. 7 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej), niedopuszczalne jest domniemanie kompetencji tych organów, czy też wywodzenie ich uprawnień z podobnych rozwiązań legislacyjnych (*analogia legis*), gdyż art. 7 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej" zawiera normę zakazującą domniemywania kompetencji takiego organu i tym samym nakazuje, by wszelkie działania organu władzy publicznej były oparte na wyraźnie określonej normie kompetencyjnej" [**patrz:** postanowienie SN z dnia 18 stycznia 2005 r., WK 22/04, OSNKW 2005, nr 3, poz. 29, wyrok z dnia 6 września 2007 r., Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie, II OSK 784/07].

Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie wskazywał w swoim orzecznictwie, że każdy przypadek niewłaściwej realizacji upoważnienia ustawowego stanowi jednocześnie naruszenie przepisów zawartych w Konstytucji, które określają tryb i warunki wydawania aktów podustawowych [**patrz:** m.in. wyroki Trybunału Konstytucyjnego: z dnia 5 listopada 2001 r., sygn. akt: U 1/01, OTK 2001, nr 8, poz. 247; z dnia 30 stycznia 2006 r., sygn. akt: SK 39/04, OTK-A 2006, nr 1, poz. 7 i z dnia 22 lipca 2008 r., sygn. akt: K 24/07, OTK-A 2008, nr 6, poz. 110].

Treść przepisu upoważniającego ma fundamentalne znaczenie z punktu widzenia zakresu spraw, które mogą być uregulowane w danym akcie wykonawczym. Trybunał Konstytucyjny orzekł, że brak stanowiska ustawodawcy w jakiejś sprawie musi być interpretowany jako nieudzielenie w danym zakresie kompetencji normodawczej. Kompetencji takiej nie można bowiem domniemywać [**patrz:** orzeczenie z dnia 28 maja 1986 r., U 1/86, OTK 1986, nr 1, poz. 2; należy podkreślić, że Trybunał powołał się przy tym na opinię S. Wronkowskiej-Jaśkiewicz; patrz też orzeczenia: z dnia 20 października 1986 r., sygn. akt: P 2/86, OTK 1986, nr 1, poz. 6; z dnia 5 listopada 1986 r., sygn. akt: U 5/86, OTK 1986, nr 1, poz. 1]. Oznacza to m.in. że zakres upoważnienia jest ustalany w drodze wykładni językowej i nie może być rozszerzany w drodze wykładni funkcjonalnej. Z tego, że rozporządzenie jest aktem wydawanym w celu wykonania ustawy wynika, że ma ono konkretyzować regulację ustawową i nie może regulować zagadnień całkowicie pominiętych przez ustawodawcę [**patrz:** wyroki Trybunału Konstytucyjnego: z dnia 11 grudnia 2000 r., sygn. akt: U 2/00, OTK 2000, nr 8, poz. 296; z dnia 8 października 2002 r., sygn. akt: K 36/00, OTK-A 2002, nr 5, poz. 63; z dnia 14 października 2002 r., sygn. akt: U 4/01, OTK-A 2002, nr 5, poz. 64].

### **3. Zgodność z art. 216 ust 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej w zw. z art. 42 ust 2 ustawy o finansach publicznych z dnia 27 sierpnia 2009 r. (Dz.U. Nr 157, poz. 1240) tekst jednolity z dnia 21 czerwca 2013 r. (Dz.U. z 2013 r. poz. 885).**

#### Uzasadnienie:

Przepis art. 42 ust. 2 ustanawia jedną z podstawowych zasad gospodarki finansowej w sektorze publicznym - zasadę niefunduszowania, zwaną także zasadą uniwersalizmu albo - w odniesieniu do budżetów - zasadą jedności materialnej budżetu.

Przyjęty model finansowania wzrostu wynagrodzeń narusza zasadę uniwersalizmu zakazującą przeznaczania środków publicznych pochodzących z poszczególnych tytułów na finansowanie imiennie wymienionych wydatków, wyjątek od tej zasady stanowią wydatki określone w odrębnej ustawie. Tu należy wskazać, że ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowana ze środków publicznych jasno wskazuje jakie koszty mogą być finansowane z budżetu NFZ i brak jest wskazania umożliwiającego przekazanie środków na wynagrodzenia personelu medycznego. Zatem przekazanie środków z budżetu NFZ na wzrost wynagrodzeń personelu stanowi naruszenie art. 216 Konstytucji w związku z art. 42 ust 2 ustawy o finansach publicznych w związku z art. 117 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

#### **4. Zgodność z art. 44 ust 1 punkt 3 ustawy o finansach publicznych z dnia 27 sierpnia 2009 r. (Dz.U. Nr 157, poz. 1240) tekst jednolity z dnia 21 czerwca 2013 r. (Dz.U. z 2013 r. poz. 885), wskazującym że wydatki publiczne mogą być ponoszone na cele i w wysokościach ustalonych w planie finansowym jednostki sektora finansów publicznych**

#### Uzasadnienie:

Analizowany przepis wskazuje, że wydatki publiczne mogą być ponoszone na cele i w wysokościach ustalonych w ustawie budżetowej. Co oznacza, że wydatki publiczne mogą być ponoszone na cele i w wysokości określonych w planach finansowych jednostek sektora finansów publicznych. Zatem wydatki publiczne mają obligatoryjnie charakter planowy. W doktrynie podkreśla się, że brak planistycznej podstawy dokonania wydatków wyklucza ich poniesienie. Planowy charakter wydatków zakłada określenie ich celów i wysokości. W piśmiennictwie podkreśla się jednocześnie, że kwoty wydatków ujęte w budżecie lub innym planie finansowym mają charakter upoważnienia - zezwolenia dla danego wykonawcy zadania

Należy wskazać, że zatwierdzony plan finansowy NFZ na rok 2016 nie zawiera pozycji wskazującej przeznaczenie budżetu na wzrost wynagrodzeń personelu medycznego. Co więcej brak jest możliwości wskazania takiej pozycji w planie finansowym NFZ,

ponieważ ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych umożliwia przeznaczenie środków publicznych wyłącznie na świadczenia opieki zdrowotnej i koszty związane z działalnością NFZ. W tym kontekście brak jest możliwości realizacji zarówno przepisów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września, jak i w rozporządzeniu zmieniającym.

**5. Zgodność z art. 117 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 (Dz.U. z 2015 r. poz. 581) w zw. z art. 119 i w zw. z art. 5. punkt 34 tej ustawy, w zakresie celu na jaki mogą zostać przeznaczone środki Narodowego Funduszu Zdrowia.**

Uzasadnienie:

Przepis artykułu 117 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004* (Dz.U. z 2015 r. poz. 581) określa przedmiot przeznaczenia środków, wskazując że kosztami Funduszu mogą być:

- koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych;
- koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji;
- koszty refundacji określone ustawą o refundacji;
- koszt zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b (wszystkie wskazane przepisem zadania polegają na finansowaniu świadczeń)
- koszty zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie;
- koszty działalności Funduszu, w szczególności koszty amortyzacji, koszty związane z utrzymaniem nieruchomości, koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diet i zwroty kosztów podróży;
- koszty poboru i ewidencji składek na ubezpieczenie zdrowotne;
- koszt wypłaty odszkodowań;
- inne koszty wynikające z odrębnych przepisów.
- Środki finansowe Funduszu mogą być przeznaczone również na spłatę kredytów i pożyczek.

Zatem poza kosztami związanymi z finansowaniem świadczeń należy przyjąć, że pozostałe koszty są kosztami operacyjnymi wynikającymi z bieżącej działalności funduszu. Co potwierdza również przepis art. 119 tej samej ustawy zawierający w szczegółowym upoważnieniu dla Ministra Zdrowia dotyczącym podziału środków na poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ określenie celu przeznaczenia środków wskazując, że „Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu,

określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy tryb i kryteria podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych”.

Ponad to pojęcie „świadczenia opieki zdrowotnej” określone w art. 5 wskazanej ustawy nie umożliwia przyjęcia interpretacji, że świadczenia opieki zdrowotnej stanowią li tylko bezpośrednie wynagrodzenie personelu medycznego realizującego świadczenia.

## 6. Zgodność z art. 65 ust. 4 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

### Uzasadnienie:

Ustrojodawca określa zarówno przedmiot jak i drogę dopuszczalnej regulacji w zakresie wysokości wynagrodzeń, wskazując że minimalną wysokość wynagrodzenia za pracę określa ustawa (ustawa o wysokości minimalnego wynagrodzenia). Pozostawiając regulację wynagrodzenia w pozostałym zakresie podmiotom związanym umową czyli pracownikowi i pracodawcy. Konsekwentne wskazanie regulacyjne zawiera Kodeks pracy w art. 10 § 2 wskazując, że „państwo określa minimalną wysokość wynagrodzenia za pracę”.

Konstytucja uznaje ochronę wynagrodzenia za element ochrony wolności wyboru i wykonywania zawodu oraz wyboru miejsca pracy. Trybunał Konstytucyjny wskazał, że z przepisu zawartego w art. 65 ust 4 konstytucji nie wynika, aby konstytucyjnym obowiązkiem państwa było zapewnienie "obywatelom odpowiednio wysokich, satysfakcjonujących ich zarobków", a "uzyskiwanie przez kogokolwiek dochodów w ogóle, a tym bardziej ich "poprawa", czyli zwiększenie wysokości, nie są niczym prawem konstytucyjnym" [**patrz:** wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 21 kwietnia 2004 r., sygn. akt: K 33/03, OTK-A 2004, Nr 4, poz. 31]. Trybunał Konstytucyjny nie podzielił poglądu, że sprawiedliwe i godziwe wynagrodzenie wyznaczone jest przez wartość pracy, o której decydują prawa rynku. Zdaniem Trybunału już sam art. 65 ust. 4 zaprzecza takiemu wnioskowi. Niezależnie bowiem od wartości rynkowej praca ma być wynagradzana godziwie w takim rozumieniu, iż wystarcza to na zaspokojenie pewnych uzasadnionych potrzeb życiowych jednostki (minimalnego standardu życia) [**patrz:** wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 maja 2001 r., sygn. akt: K 19/00, OTK 2001, Nr 4, poz. 82]. Mając na uwadze powyższe przyjąć należy, że wysokość wynagrodzenia w zakresie wyższym niż minimalna wysokość wynagrodzenia jest wynikiem ustaleń pomiędzy pracownikiem a pracodawcą. Ustawodawca pozostawia stronom w tym zakresie dowolność. Zasada ta znajduje również zastosowanie w przypadku umów

cywilnoprawnych, gdzie wysokość wynagrodzenia jest przedmiotem umowy zawartej między stronami.

## 7. Zgodność z art. 32 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, zawierający nakaz równego traktowania przez władze publiczne oraz zakaz dyskryminacji,

### Uzasadnienie:

Norma wyrażona w art. 32 Konstytucji RP oznacza prawo każdego do równego traktowania przez władze publiczne oraz zakaz dyskryminowania w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny. Jest to równość w znaczeniu materialnym co oznacza, że wszystkie podmioty charakteryzujące się daną cechą powinny być traktowane tak samo. Jednocześnie tak rozumiana zasada równości dopuszcza możliwość różnego traktowania różnych adresatów lub podmiotów znajdujących się w odmiennej sytuacji faktycznej. Równość w znaczeniu materialnym służy zagwarantowaniu równych szans poszczególnym podmiotom. Mając na uwadze powyższe pielęgniarce i położne jak osoby posiadające prawo do wykonywania zawodu powinny być objęte tym samym prawem do wzrostu wynagrodzeń niezależnie od miejsca świadczonej opieki zdrowotnej. Natomiast analizowane regulacje wprowadzające wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych nie zapewnia równości pielęgniarek i położnych wobec prawa, ponieważ nadal jest spora grupa, która prawem do podwyżek nie została objęta. Do dyskryminowanej grupy należą: pielęgniarce i położne zatrudnione przez podmiot zewnętrzny, pielęgniarce i położne pozostające ze świadczeniodawcą w stosunku umowy o pracę, ale zatrudnione i zgłoszone do NFZ za pośrednictwem systemu SZOI po 15 września 2015 roku. **Zatem rozporządzenie ma charakter dyskryminacyjny również wobec osób posiadających prawo do wykonywania zawodu pielęgniarce i położnej i pozostających ze świadczeniodawcą w stosunku pracy. Wprowadzonym przez ustawodawcę czynnikiem różnicującym jest termin nawiązania stosunku pracy tj. 15 września 2015.**

### Wnioski.

1. Analizowane rozporządzenie wyczerpuje przesłanki praw wadliwie nabytych zarówno w zakresie przesłanek materialnych jak i formalnych.

2. Zatem prawa nabyte na mocy rozporządzenia spełniają przesłanki praw incydentalnych i jako takie nie podlegają ochronie praw nabytych, co oznacza że w dowolnym momencie przepisy nadające uprawnienia mogą być uchylone lub zmienione.

## Analiza gwarancji finansowania wzrostu wynagrodzeń.

Przed wszystkim należy wskazać że zgodnie z ustawą o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych do Oddziału Narodowego Funduszu zdrowia mogą być przekazane wyłącznie środki na świadczenia opieki zdrowotnej. Katalog pojęcia świadczenie opieki zdrowotnej określa ustawa i nie znajduje się w tym katalogu świadczenie w rozumieniu środków wzrostu wynagrodzeń. Wynagrodzenia personelu medycznego realizującego świadczenie nie są świadczeniem sensu stricto, a stanowią koszt realizacji świadczenia, który jest uwzględniany w Taryfie świadczeń.

Analizując stan faktyczny gwarancji finansowania wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych należy wskazać, że w obrocie publicznym znajdowały się trzy akty, zawierające różne wartości kwot przeznaczonych na finansowanie wzrostu wynagrodzeń:

- **projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na stronie Rządowego Centrum Legislacji**  
<http://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12277555/12313634/12313635/dokument187025.pdf>

Źródła finansowania	<p><b>Skutki finansowe projektowanych regulacji dla Narodowego Funduszu Zdrowia.</b></p> <p>Środki finansowe przeznaczone na realizację zmian na rzecz poprawy poziomu finansowania pracy pielęgniarek i położnych będą zapisane w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia. Od września 2015 r. do końca 2016 r. zostanie przekazana kwota w wysokości ok. 0,69 mld zł (z tego ok.75 mln zł zostanie uruchomione w 2015 r.). W 2017 r. będzie to kwota ok. 0,98 mld zł.</p> <p>Przy szacowaniu skutków finansowych projektowanego rozporządzenia uwzględniona została niższa szacowana liczba etatów pielęgniarek i położnych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach świadczeń objętych regulacją:</p>
---------------------	--

ilość etatów pielęgniarskich:

RAZEM	196 552,88	24 480,75	221 033,62
-------	------------	-----------	------------

- projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na komercyjnej stronie <http://www.pielęgniarki.info.pl/article/view/id/5169>, dokument ten uznaje się za wiarygodny ponieważ opatrzony był metryką aktu prawnego zawierającego nazwiska i podpisy pracowników Ministerstwa Zdrowia,

Źródła finansowania	<p><b>Skutki finansowe projektowanych regulacji dla Narodowego Funduszu Zdrowia.</b>          Środki finansowe przeznaczone na realizację zmian na rzecz poprawy poziomu finansowania pracy pielęgniarek i położnych będą zapisane w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia. Od września 2015 r. do końca 2016 r. zostanie przekazana kwota w wysokości ok. 1,6 mld zł (z tego ok. 229 mln zł zostanie uruchomione w 2015 r.). W 2017 r. będzie to kwota ok. 2,5 mld zł.</p>
	<p>Przy szacowaniu skutków finansowych projektowanego rozporządzenia uwzględniona została poniższa szacowana liczba etatów pielęgniarek i położnych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach świadczeń objętych regulacją:</p>

ilość etatów pielęgniarskich:

RAZEM	196 552,88	24 480,75	221 033,62
-------	------------	-----------	------------

- zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2015 roku w sprawie uruchomienia rezerwy ogólnej uwzględnionej w planie NFZ na 2015 rok.

**ZARZĄDZENIE Nr 64/2015/DEF  
PREZESA  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 30 września 2015 r.

**w sprawie uruchomienia rezerwy ogólnej uwzględnionej w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2015 rok**

Na podstawie art. 124 ust. 6 i 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, 1240, 1269 i 1365) zarządza się, co następuje:

§ 1. W planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2015 rok, zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 31 lipca 2014 r., z późniejszymi zmianami, zmniejsza się kwotę określoną w pozycji B1 „obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną” z 668.518 tys. zł do 0 tys. zł, z przeznaczeniem na zwiększenie środków w pozycji B2 „koszty świadczeń opieki zdrowotnej” w planach oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia.

§ 2. Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2015 rok uwzględniający zmiany, o których mowa w § 1, stanowi załącznik do zarządzenia.

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**PREZES  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Tadeusz Jędrzejczyk

Analizując plan finansowy NFZ na rok 2016, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 18 września 2015 r. (zgodny z projektem planu z 30 czerwca 2015.) wskazać należy, że brak jest w nim środków przeznaczonych na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych:

**Tabela nr 8 Koszty w latach 2013-2016**

[tys. zł]

Wyszczególnienie	2013 wykonanie	2014 wykonanie	2015 plan *	2016 projekt planu finansowego	Dynamika		
					2014/2013	2015/2014	2016/2015
1	2	3	4	5	6	7	8
Koszty	64 775 011	66 124 110	69 352 241	73 291 899	102,1%	104,9%	105,7%

/\* Plan finansowy na 2015 r. zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów, w dniu 31 lipca 2014 r.

Koszty Funduszu stanowią: planowany odpis aktualizujący składkę należną, koszty poboru i ewidencjonowania składek, obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną, koszty świadczeń opieki zdrowotnej, koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie, koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego, koszty administracyjne, pozostałe koszty, koszty finansowe.



## Wnioski.

1. Z analizy stanu prawnego należy wnioskować, że brak jest możliwości finansowania wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w sposób bezpośredni ze środków NFZ.
2. Zgodnie z analizą stanu prawnego należy przyjąć, że wynagrodzenia personelu medycznego realizującego świadczenia stanowią koszt świadczenia, który jako taki powinien być ujęty w taryfie świadczeń.
3. Analiza stanu faktycznego nie pozwala przyjąć, że wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych ma gwarancje finansowania w budżecie. Z analizowanych dokumentów nie wynika bowiem żaden spójny przyjęty przez ustawodawcę i płatnika koszt analizowanej regulacji.

## Wzrost wynagrodzeń w przepisach kodeksu pracy.

Na analizowanym gruncie wiele wątpliwości budzi fakt braku równego dostępu do uprawnienia przyznającego wzrost wynagrodzeń pielęgniarce i położnym pozostającym ze świadczeniodawcą w stosunku pracy, ale zatrudnionych przed i po 15 września 2015 roku.

Zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej środki przyznane świadczeniodawcom przez NFZ uwzględniają wyłącznie stan zatrudnienia wskazany, w przeliczeniu na liczbę etatów, przez podmiot leczniczy na dzień ogłoszenia rozporządzenia. **Wzrost zatrudnienia pielęgniarek i położnych tj. zwiększenie liczby etatów w stosunku do liczby zgłoszonych etatów zgodnie ze stanem na dzień ogłoszenia rozporządzenia nie będzie wpływał na zwiększenie sumy pieniężnej przekazywanej podmiotowi leczniczemu przez NFZ na realizację zobowiązania wynikającego z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.**

Zatem wskazać należy, że **o ile dodatek**, będący przedmiotem niniejszej opinii, przeznaczony na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych jest obowiązkiem **ex lege** i jako taki wyłącza wolę podmiotu leczniczego będącego pracodawcą w wyborze grupy pracowników której przyznanie dodatku dotyczy, **to o tyle zgodnie z §2 ust 4 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej „sposób podziału środków** określonych w ust. 3 pkt 1 na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, z

uwzględnieniem zapewnienia średniego wzrostu wynagrodzenia wraz z innymi składnikami i pochodnymi o 300 zł w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu” **pozostawia woli stron zawierających porozumienie, a w przypadku braku porozumienia świadczeniodawcy czyli pracodawcy.**

**Mając na uwadze powyższe przyjąć należy, że sposób podziału środków przyznanych na mocy § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powinien zostać uregulowany w regulaminie wynagradzania lub układzie zbiorowym pracy.**

Analizując przedmiotowy stan prawny należy podkreślić, że „*pracownicy mają równe prawa z tytułu jednakowego wypełniania takich samych obowiązków*” [patrz: **art. 11[2] Kodeksu pracy**]. Oznacza to, że na pracodawcy ciąży obowiązek zapewnienia wszystkim pielęgniarkom i położnym, niezależnie od momentu nawiązania stosunku pracy równego prawa do wynagrodzenia a zatem i prawa do średniego wzrostu wynagrodzenia wraz z innymi składnikami i pochodnymi o 300 zł w przeliczeniu na etat. Zatem w przypadku pielęgniarek i położnych zatrudnionych po dniu wejścia w życie rozporządzenia będzie to dodatkowy koszt pracodawcy, który będzie musiał zapewnić ze środków przeznaczonych na realizację świadczeń opieki zdrowotnej.

W tym kontekście, z uwagi na cel jaki stawia przed podmiotami leczniczymi ustawodawca, **należy podkreślić szczególny charakter pracodawcy**, jakim jest podmiot leczniczy. Zgodnie z **art. 15 ustawy o działalności leczniczej** „*podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia*” i **art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty** „*Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki*” co należy interpretować łącznie z przepisem **art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej** „*obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa (ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)*. Na powyższą interpretację zwraca uwagę Sąd Najwyższy: „udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia jest własnym ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy będącego zakładem opieki zdrowotnej czy lekarzem. Należy jednak podkreślić, że nie wyłączają one obowiązków Narodowego Funduszu Zdrowia wynikających z innych ustaw. **Obowiązki wynikające z powołanych przepisów art. 7 u.z.o.z. (obecnie art. 15 ustawy o działalności leczniczej) i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty mają charakter bezwzględny i**

wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne [patrz: Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2014 r. sygn. akt: I CSK 161/13].

Nie sposób pominąć w tym kontekście zasady wydatkowania środków publicznych wskazanej w **art. 44 ust. 3 punkt 2 ustawy o finansach publicznych**: „Wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób umożliwiający terminową realizację zadań”. Oznacza to, że środki publiczne przekazywane podmiotom leczniczym na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju i zakresie winny być dysponowane w pierwszej kolejności na realizację tychże w sposób umożliwiający zapewnienie ciągłości świadczeń, czyli taką organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia pacjentów, w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W tym kontekście wskazać należy że o ile podmiot leczniczy jako pracodawcę obowiązuje nakaz równego traktowania pracowników a tym samym zakaz dyskryminacji bezpośredniej i pośredniej „chyba że postanowienie, kryterium lub działanie jest obiektywnie uzasadnione ze względu na zgodny z prawem cel, który ma być osiągnięty, a środki służące osiągnięciu tego celu są właściwe i konieczne.” [patrz: **art. 18 [3a] §4 in fine Kodeksu pracy**]. Co oznacza, że w szczególnych okolicznościach jakimi będą zagrożenie ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej podmiot leczniczy jako pracodawca może ograniczyć prawo do wzrostu wynagrodzeń wyłącznie do pielęgniarek i położnych identyfikowanych numerem prawa do wykonywania zawodu, które zostały zgłoszone w systemie teleinformatycznym. Prawo takie pracodawca powinien zastrzec w regulaminie wynagradzania określając sposób przyznawania dodatku na wzrost wynagrodzeń wynikającego z § 2 **Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej**.

## Wnioski.

1. Wskazane uregulowanie zasad przyznawania dodatku do wynagrodzeń pielęgniarek i położnych winno czynić zadość zasadzie racjonalnego działania oraz gospodarności jako zasadom gospodarowania finansami publicznymi, tym samym uwzględniać czasową ekspektatywę finansowania wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych z budżetu NFZ, której miarą jest czas obowiązywania aneksu do umowy o świadczenia zdrowotne.
2. Podmiot leczniczy ma prawo uwarunkować wypłatę dodatku do wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, będącego przedmiotem niniejszej opinii, od daty uznania na koncie bankowym podmiotu leczniczego jako miary faktycznego posiadania

dodatkowych środków przeznaczonych na podwyżki w aneksie umowy NFZ wskazanym w przepisach zawartych w § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Podmiot leczniczy w szczególnych okolicznościach tj zagrożeniu ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej ma prawo zastrzec możliwość ograniczenia grupy pracowników uprawnionych do otrzymania wskazanego dodatku tj. pielęgniarek i położnych wskazanych na dzień ogłoszenia rozporządzenia, w przeliczeniu na liczbę etatów, w systemie teleinformatycznym NFZ i identyfikowanych numerem dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej albo informację o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska.

## Wnioski.

1. **Z uwagi na przyjętą konstrukcję prawną wprowadzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o świadczenia opieki zdrowotnej jak i rozporządzeniem zmieniającym prawo pielęgniarek i położnych do wzrostu wynagrodzeń stanowi prawo incydentalne niebędące przedmiotem konstytucyjnej ochrony praw niewadliwie (słusznie) nabytych. Jako prawo incydentalne nie zabezpiecza interesów uprawnionych, może być bowiem w dowolnym momencie zmienione lub uchylone. Zatem przyjęty instrument prawny rodzi skutki sprzeczne z celem jaki miał zostać zrealizowany.**
2. Przepisy zawarte w §2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o świadczenia opieki zdrowotnej jak i rozporządzeniem zmieniającym naruszają szereg przepisów prawa zawartych zarówno w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz ustawach.
3. **Wprowadzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o świadczenia opieki zdrowotnej jak i rozporządzeniem zmieniającym mechanizm wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych nie zawiera gwarancji finansowania.** Mając na uwadze fakt, że zarówno ustawa o finansach publicznych jak i ustawa o świadczenia zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych nie daje możliwości zawiązania rezerwy na wynagrodzenia jakiegokolwiek grupy zawodowej, przyjęć należy że **brak możliwości zawarcia**

**gwarancji finansowania wzrostu wynagrodzeń jest efektem przyjęcia wadliwej regulacji w zakresie wzrostu wynagrodzeń, a zatem nie jest zależny od ilości środków w budżecie.**

4. **Konstrukcja prawna zawarta w omawianej regulacji koliduje z licznymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego zawartymi między innymi w Konstytucji, kodeksie pracy, kodeksie spółek handlowych, kodeksie cywilnym a także jest niezgodna z zasadami współżycia społecznego, przeczy zasadom słuszności, proporcjonalności i subsydiarności.**
5. **Konstrukcja prawna zawarta w omawianej regulacji jest rozwiązaniem dyskryminacyjnym zarówno wobec samych pielęgniarek i położnych jako osób posiadających to samo prawo do wykonywania zawodu a także w obrębie grupy pielęgniarek i położnych pozostających w stosunku pracy wyklucza bowiem grupę zatrudnionych po 15 września 2015 jak i wobec innych grup zawodów medycznych i jako takie stanowi źródło licznych niepokojów społecznych.**
6. Mając na uwadze wszystkie powyższe argumenty należy podnieść, że przepisy zawarte w §2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o świadczenia opieki zdrowotnej jak i rozporządzeniem zmieniającym powinny zostać wyeliminowane z obrotu prawnego i zastąpione niewadliwym długoterminowym rozwiązaniem, które będzie przedmiotem konstytucyjnej ochrony praw nabytych.

## Rekomendacja.

### Definicja problemu.

Szukając rozwiązania, w każdym tak i w tym wypadku, przede wszystkim należy dobrze zdefiniować problem. Nie chodzi bowiem o to, na co wskazywałaby treść diskutowanego Rozporządzenia Ministra Zdrowia, o ile powinny wzrosnąć wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, tylko jaki powinien być wzajemny względny poziom wynagrodzeń różnych grup zawodowych personelu podmiotów leczniczych. W ocenie autorów pierwotnym źródłem konfliktu w obszarze wynagrodzeń nie wydaje się być niski poziom wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, tylko rosnąca na przestrzeni lat dysproporcja pomiędzy wynagrodzeniami różnym grup zawodowych, a w szczególności w relacji do wynagrodzeń lekarzy. Ponad dwukrotny wzrost budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia

w ostatniej dekadzie nie przełożył się w równym stopniu na wzrost wynagrodzeń wszystkich grup zawodowych. Nawet jeśli przyjąć, co nie wydaje się jednak prawdą, że poziom podwyżek pielęgniarek i położnych wskazany Rozporządzeniem satysfakcjonuje w perspektywie krótkoterminowej minimalne oczekiwania tych grup zawodowych, to pozostaje pytanie jaki powinien być docelowy poziom wynagrodzeń tej i innych grup zawodowych. Poza niespełniającym oczekiwań odwołaniem do wynagrodzenia minimalnego czy też minimum socjalnego, odpowiedzi na to pytanie nie należy poszukiwać w kwotach bezwzględnych tylko we względnych proporcjach wynagrodzeń. Ich wartość bezwzględna może w rzeczywistości zależeć od zmiennych leżących w obszarach nie poddających się łatwemu sterowaniu. W spojrzeniu makro byłby to np. całkowity poziom wydatków na zdrowie, czy poziom finansowania danego rodzaju i zakresu świadczeń, a w spojrzeniu mikro aspekty ekonomiczne danego podmiotu leczniczego. Pierwszoplanowym w tym ujęciu powinna być więc dyskusja proporcji wynagrodzeń, a dopiero w drugiej kolejności dyskusja nakładów publicznych czy też szczegółowego budżetu danego podmiotu. Rozwiązywanie problemu wynagrodzeń jednej grupy przez celowany wzrost nakładów jest najgorszym możliwym rozwiązaniem zarówno pod względem metodologii, jak i skuteczności rozwiązywania problemów o globalnej naturze – w tym wynagrodzeń innych grup zawodowych. **W konkluzji tego fragmentu dyskusji należy stwierdzić, że pierwotnym problem są dysproporcje wynagrodzeń, a rozwiązanie, którego powinniśmy poszukiwać to referencyjna wzajemna proporcja wynagrodzeń wszystkich grup zawodowych, a nie bezwzględny poziom wynagrodzenia jednej grupy.** Rozważania ich bezwzględnego poziomu to zagadnienie na osobną dyskusję zarówno tę o globalnym charakterze jak i taką prowadzoną z osobną w relacji do każdego podmiotu leczniczego z jego kierownictwem. Powinna być ona prowadzona po rozwiązaniu zdefiniowanego jak powyżej problemu pierwotnego.

### Cechy poszukiwanego rozwiązania.

Nim przystąpimy do jego poszukiwań należy określić charakterystykę, główne cechy rozwiązania. Pierwszoplanową cechą powinna być **parametryczność**, to jest zdolność rządu, ministra zdrowia, do efektywnego prowadzenia polityki społecznej i zdrowotnej w ochronie zdrowia z pomocą narzędzia sterującego procesami mikro z perspektywy makro. Nazwa takiego narzędzia już padła – jest nim referencyjna proporcja wynagrodzeń. Referencyjna, czyli z jednej strony pozwalająca na odwoływanie się do tej wartości, jak i prezentująca globalny wzorzec. Powinna być ona ustalana przez ministra zdrowia w drodze rozporządzenia i właściwie opisana w stosownej ustawie. Druga cecha rozwiązania, którego szukamy to **obiektywność**. Minister zdrowia lub jego przedstawiciel powinien podejmować decyzję w sprawie referencyjnej proporcji

wynagrodzeń w oparciu o obiektywne dane zebrane i opisane w ściśle opisanym metodologicznym procesie. W obszarze wynagrodzeń, który jest niezmiernie wrażliwą sferą, nie może być miejsca na arbitralność i dogmatyzm. Trzecią cechą rozwiązania powinien być jego **uniwersalizm**. Innymi słowy rozwiązanie powinno wskazywać względne referencyjne poziomy wynagrodzeń nie tylko w grupie pielęgniarek i położnych ale we wszystkich grupach zawodowych, to jest grupie lekarzy, pielęgniarek, pozostałego personelu medycznego (w podziale na grupy pracowników), pracowników administracji i zarządu. Pokreślmy, że nie chodzi tu powielenie oczywistych błędów ustawy „kominowej”. Chodzi o wskazanie referencyjnych proporcji wynagrodzeń, a nie ich wyrażonego w złotych poziomu. Taka regulacja jest w ocenie autorów uzasadniona ze względu na publicznych charakter środków i potrzebę ich optymalnej dystrybucji. **Podsumowując cechy poszukiwanego rozwiązania powinno się ono poddawać parametrycznej kontroli oraz cechować obiektywnością i uniwersalizmem.** Tylko w takim wypadku będzie mogło być poddane merytorycznej dyskusji społecznej i efektywnemu wdrożeniu.

#### Docelowe rozwiązanie.

Rozwiązanie problemu podsuwa nam znowelizowana ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w dziale „Taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej”. Definiuje ona w szczególności pojęcie **taryfy świadczeń**. Zgodnie z definicją zawartą w ustawie jest to zestawienie świadczeń gwarantowanych wraz z przypisanymi im wartościami względnymi, z wyłączeniem świadczeń gwarantowanych, których zasady finansowania określa ustawa o refundacji. Kluczową cechą taryfy świadczeń jest jej **względność**. Taryfa jest wyrażana dla każdego analizowanego rodzaju lub zakresu we względnej skali punktowej. Taryfę świadczeń określa Prezes Agencji Oceny Technologii medycznych i Taryfikacji. Metodologia taryfikacji bazuje na dwu fundamentach, które nadają jej obiektywności – porównywalnych danych kosztowych oraz referencyjnemu przebiegu świadczenia. Pierwszy wymaga stosowania przez świadczeniodawcę przekazującego Agencji dane o kosztach porównywalnego w skali systemu rachunku kosztów opracowanego na podstawie zaleceń dotyczących **standardu rachunku kosztów** w drodze rozporządzenia przez Ministra Zdrowia. W tym zakresie Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców. Należy podkreślić, że rozporządzenie to w tabeli 2.4, opisującej rozwinięcia analityczne trzeciego stopnia dla kont 500-509, wymienia w szczególności następujące podlegające gromadzeniu i analizie wynagrodzenia:

- a. Wynagrodzenia osobowe ze stosunku pracy lekarzy, pielęgniarek, pozostałego personelu medycznego (w podziale na grupy pracowników), pracowników administracji, zarządu,
- b. Wynagrodzenia za dyżury lekarzy, pielęgniarek, pozostałego personelu medycznego (w podziale na grupy pracowników),
- c. Wynagrodzenia za pracę w godzinach nocnych lekarzy, pielęgniarek, pozostałego personelu medycznego (w podziale na grupy pracowników)
- d. Wynagrodzenia za pracę w godzinach nadliczbowych lekarzy, pielęgniarek, pozostałego personelu medycznego (w podziale na grupy pracowników), pracowników administracji,
- e. Wynagrodzenia bezosobowe pracowników (w podziale na grupy pracowników),
- f. Nagrody, premie dla lekarzy, pielęgniarek, pozostałego personelu medycznego (w podziale na grupy pracowników), pracowników administracji, zarządu,
- g. Odprawy i gratyfikacje dla lekarzy, pielęgniarek, pozostałego personelu medycznego (w podziale na grupy pracowników), pracowników administracji, zarządu.

Ponieważ w ramach standardu rachunku kosztów Minister Zdrowia wprowadził wymóg podziału analityki kosztowej na grupy pracowników, tworzy to podstawy do przeprowadzenia przez Agencję sformalizowanej dyskusji proporcji tych wynagrodzeń w podziale na lekarzy, pielęgniarki, pozostały personel medyczny (w rozbiciu na grupy), pracowników administracji i zarządu. Drugi z wymienionych elementów kalkulacji taryfy świadczeń – referencyjny przebieg świadczenia – wypracowywany jest przez ekspertów dziedzinowych przy wsparciu towarzystw naukowych. Uwzględnia od wszystkie niezbędne elementy i kroki w realizacji świadczenia w tym, co ma kluczowe znaczenie z perspektywy niniejszej dyskusji, wymiaruje działania personelu. **W ocenie autorów, biorąc pod uwagę przedstawioną charakterystykę danych o kosztach ponoszonych przez świadczeniodawców przekazujących informacje Agencji, charakterystykę i zawartość referencyjnego przebiegu świadczenia oraz bieżące zadania w zakresie taryfikacji świadczeń, kompetencje merytoryczne i doświadczenie Agencji, poszukiwanym rozwiązaniem problemu obecnej dysproporcji wynagrodzeń i potrzeby określenia ich właściwych wzajemnych relacji w różnych grupach wynagrodzeń jest „Taryfa wynagrodzeń” ogłaszana przez Prezesa Agencji.** Taryfa wynagrodzeń, podobnie do Taryfy świadczeń, byłaby względna i referencyjna. Wskazywałaby jaki powinien być względny referencyjny poziom wynagrodzeń. Przy jej opracowaniu istotny głos miałyby, podobnie jak to miało miejsce w wypadku taryfy świadczeń, nowo ustanowiona **Rada ds. Taryfikacji**



**Wynagrodzeń**, działająca przy Prezesie Agencji. Jej reprezentujący środowiska i interesariuszy skład byłby także gwarantem dochowania proporcji i niwelowania dysproporcji wynagrodzeń, podobnie jak ma to obecnie miejsce w przypadku działań Rady ds. Taryfikacji (świadczeń). Przełożenie referencyjnej Taryfy wynagrodzeń na wartości rzeczywiste na poziomie zakładu pracy to kwestia techniczna w gestii kierownika zakładu. Ustawa wdrażająca Taryfę wynagrodzeń, poprzez nowelizację ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, określałaby kompetencje kierownika zakładu w zakresie transpozycji Taryfy wynagrodzeń na poziom zakładu pracy, wskazywałaby dostosowawcze okresy przejściowe oraz dopuszczalne warunki odstępstw od referencyjnej taryfy i ich maksymalną wartość.

### Rozwiązanie przejściowe.

Do czasu opracowania przez Agencję Taryfy wynagrodzeń w danym zakresie lub rodzaju, powinny obowiązywać dla poszczególnych grup pracowników i grup zawodowych uzgodnienia umowy społecznej opisane w dyskutowanym Rozporządzeniu Ministra Zdrowia przyjęte w formie ustawy incydentalnej. Ustawa incydentalna nie może jednak powielać wadliwych przepisów dyskutowanego rozporządzenia, musi zatem przyjąć inne konstrukcje prawne które będą niewadliwe pod względem formalno-prawnym i zagwarantowane na poziomie finansowania. Jednocześnie należy założyć, że uprawnienia do wzrostu wynagrodzeń personelu medycznego wynikające z ustawy incydentalnej powinny być *ex lege* zastępowane uzgodnieniami na poziomie zakładu pracy dla każdej grupy zawodowej w oparciu o publikowaną sukcesywnie Taryfę wynagrodzeń.

### Podsumowanie.

W proponowanym rozwiązaniu problemu opartym o względną i referencyjną Taryfę wynagrodzeń **dialog społeczny prawników, pracodawców i rządu o wartości wynagrodzeń nie ogniskowałby się wokół konkretnej wielkości wynagrodzenia konkretnej grupy, a dotyczyłby nakładów publicznych na zdrowie, dystrybucję środków na rodzaje i zakresy świadczeń oraz względne proporcje lub dysproporcje wynagrodzeń wśród określonych grup zawodowych.** Szczegółowe kwestie bezwzględnej wartości wynagrodzeń określonych grup i osób byłyby domeną kierownika zakładu pracy, który określałby je zgodnie Taryfą wynagrodzeń, ustawowym pełnomocnictwem i z najlepszymi praktykami zarządzania. Warunki te nie dotyczyłyby usług zdrowotnych finansowanych z innych źródeł niż środki publiczne.

## Podstawy prawne.

- *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483),*
- *Kodeks pracy z dnia 26 czerwca 1974 r. (Dz.U. Nr 24, poz. 141) tj. z dnia 23 grudnia 1997 r. (Dz.U. 1998 Nr 21, poz. 94), tj. z dnia 17 września 2014 r. (Dz.U. z 2014 r. poz. 1502),*
- *Ustawa o finansach publicznych z dnia 27 sierpnia 2009 r. (Dz.U. Nr 157, poz. 1240), tj. z dnia 21 czerwca 2013 r. (Dz.U. z 2013 r. poz. 885),*
- *Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. Nr 112, poz. 654), tj. z dnia 7 grudnia 2012 r. (Dz.U. z 2013 r. poz. 217), tj. z dnia 8 kwietnia 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 618)*
- *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz.U. 1997 Nr 28, poz. 152), tj. z dnia 8 lutego 2002 r. (Dz.U. Nr 21, poz. 204), tj. z dnia 2 listopada 2005 r. (Dz.U. Nr 226, poz. 1943), tj. z dnia 21 lipca 2008 r. (Dz.U. Nr 136, poz. 857), tj. z dnia 27 września 2011 r. (Dz.U. Nr 277, poz. 1634), tj. z dnia 10 marca 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 464),*
- *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. Nr 210, poz. 2135), tj. z dnia 25 sierpnia 2008 r. (Dz.U. Nr 164, poz. 1027), tj. z dnia 8 kwietnia 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 581),*
- *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 8 września z dnia 8 września 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 1400.*



Warszawa, 23 listopada 2015 r.

**Pan  
Konstanty Radziwiłł  
Minister Zdrowia**

My niżej podpisani przedstawiciele reprezentatywnych organizacji pracowników i pracodawców przekazujemy Panu Ministrowi w załączeniu dokument przedstawiający nasze stanowisko w sprawie wzrostu wynagrodzeń pracowników służby zdrowia.

Poniższy dokument zawiera diagnozę stanu prawnego wynikającego z wejścia w życie rozporządzenia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz jego zmiany z dnia 14 października 2015 r., a także propozycję rozwiązań wzrostu wynagrodzeń pracowników służby zdrowia w rodzaju leczenia szpitalne.

w imieniu :

Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej

Konfederacji Lewiatan

Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność”

Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych