

Nazwa projektu Ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pan Jakub Bydłoń - Dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego w Ministerstwie Zdrowia, tel. 22 53 00 101	Data sporządzenia 27.09.2016 r. Źródło: Expose Prezesa Rady Ministrów Nr w wykazie prac Rady Ministrów: UA 26
---	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Od lat nasila się problem niedostatecznej ilości profesjonalnej kadry medycznej na rynku pracy, który wiąże się z liczebnością osób kształcących się w zawodach medycznych oraz zjawiskiem emigracji zarobkowej poza granice kraju kadry wykształconej z publicznych środków. Proces ten skutkuje niedoborem ilości osób wykonujących zawód medyczny zatrudnionych w podmiotach leczniczych w Rzeczypospolitej Polskiej, co z kolei wpływać może niekorzystnie na jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych. Częstym czynnikiem zniechęcającym do kształcenia w zawodach medycznych bądź podejmowania zatrudnienia w podmiotach leczniczych jest poziom zarobków, który w ocenie społecznej uważany jest za zbyt niski.

Jednocześnie pracownicy medyczni osiągający najniższe dochody często podejmują zatrudnienie jednocześnie w kilku podmiotach, lub w jednym podmiocie w ramach różnych stosunków prawnych, pracując w czasie przekraczającym maksymalne ustawowe normy czasu pracy. Zjawisko takie zagrażać może bezpieczeństwu zdrowia i życia nie tylko tych pracowników, ale również pacjentów.

Dysproporcje płacowe - między poszczególnymi grupami zawodowymi – a szczególnie rażąco niskie wynagrodzenia części pracowników należących nawet do tych samych lub zbliżonych grup zawodowych - powodują natomiast poczucie niesprawiedliwości i pokrzywdzenia w środowisku medycznym, wpływając przy tym niekorzystnie na relacje między poszczególnymi grupami pracowników.

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

Projekt określa poziom najniższego wynagrodzenia zasadniczego przysługującego poszczególnym grupom zawodowym pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych i sposób jego ustalania. Najniższe wynagrodzenie zasadnicze brutto będzie stanowiło iloczyn kwoty bazowej i współczynnika pracy określonego dla poszczególnych grup zawodowych w załączniku do ustawy.

Projekt ustawy zakłada podział pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych na 10 grup zawodowych. Grupy zawodowe określone zostały w oparciu o kryterium poziomu wykształcenia wymaganego od danego pracownika oraz dodatkowo posiadanej przez niego specjalizacji. Określone w projekcie ustawy docelowe poziomy najniższych wynagrodzeń zasadniczych, co do zasady ustalone zostały na poziomie zbliżonym do faktycznych średnich wynagrodzeń zasadniczych wypłacanych obecnie w działających w Rzeczypospolitej Polskiej podmiotach leczniczych. Wysokości najniższych wynagrodzeń zasadniczych zostały dodatkowo skorygowane w ten sposób, aby odzwierciedlać postulowaną przez partnerów społecznych proporcję pomiędzy wynagrodzeniami poszczególnych grup zawodowych zatrudnionych w sektorze ochrony zdrowia.

Do dnia 31 grudnia 2019 r. kwota bazowa została ustalona na poziomie 3900 złotych brutto (kwota ta odpowiada wysokości przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2015 r. ogłoszonego w komunikacie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 9 lutego 2016 r.). Docelowo kwotę bazową, począwszy od dnia 1 stycznia 2020 r., stanowić będzie przeciętne wynagrodzenie miesięczne 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, z późn. zm.) w poprzednim roku.

Zgodnie z projektem ustawy docelowy zakładany poziom najniższego wynagrodzenia zasadniczego miałby zostać osiągnięty do dnia 31 grudnia 2021 r. W okresie przejściowym (tj. do dnia 31 grudnia 2021 r.) podmioty lecznicze (pracodawcy) w wyniku corocznych rozmów będą ustalać ze związkami zawodowymi wysokość wzrostu wynagrodzeń, z uwzględnieniem sytuacji i możliwości finansowych placówki oraz w sposób zapewniający proporcjonalny dla każdej grupy zawodowej średni wzrost wynagrodzeń. Sposób podwyższania wynagrodzeń pielęgniarek i położnych uwzględniać powinien wzrost miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki albo położnej dokonany na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.). W porozumieniu zawartym z pracownikami, lub w zarządzeniu kierownika powinny być określone również zasady podwyższania wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, niewykonujących zawodu medycznego, tak aby ich wynagrodzenie odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganym przy jej

wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy.

Najniższe wynagrodzenia zasadnicze - obliczone przy założeniu kwoty bazowej w kwocie 3900 zł brutto (stała kwota obowiązująca do dnia 31 grudnia 2019 r.) oraz współczynników pracy określonych w załączniku do projektowanej ustawy - kształtowałyby się następująco:

Lp.	Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku	Współczynnik pracy	Najniższe wynagrodzenie zasadnicze brutto
1	2	3	4
1.	Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny	1,27	4 953
2.	Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny	1,17	4 563
3.	Lekarz albo lekarz dentysta, bez specjalizacji	1,05	4 095
4.	Farmaceuci, fizjoterapeuci, diagności laboratoryjni albo inni pracownicy wykonujący zawody medyczne inne niż określone w lp. 1-3, wymagające wyższego wykształcenia i specjalizacji	1,05	4 095
5.	Farmaceuci, fizjoterapeuci, diagności laboratoryjni albo inni pracownicy wykonujący zawody medyczne inne niż określone w lp. 1-4, wymagające wyższego wykształcenia, bez specjalizacji	0,73	2 847
6.	Pielęgniarka lub położna z tytułem magistra, ze specjalizacją	1,05	4 095
7.	Pielęgniarka albo położna, ze specjalizacją	0,73	2 847
8.	Pielęgniarka albo położna, bez specjalizacji	0,64	2 496
9.	Fizjoterapeuci albo inni pracownicy wykonujący zawody medyczne inne niż określone w lp.1-8, wymagające średniego wykształcenia	0,64	2 496
10.	Pozostali pracownicy wykonujący zawody medyczne	0,525	2 047

Określenie w projekcie ustawy docelowej wysokości najniższych wynagrodzeń zasadniczych oraz wzajemnych relacji pomiędzy wynagrodzeniami dla poszczególnych kategorii zawodowych pracowników medycznych, w żadnym miejscu nie wyłącza ogólnych przepisów prawa pracy normujących zasady ustalania wynagrodzenia za pracę, w tym zakłada możliwość różnicowania wysokości wynagrodzeń poszczególnych pracowników w zależności od posiadanego doświadczenia zawodowego, stażu pracy, dodatkowych kwalifikacji itp.

Projektowana ustawa wprowadzi w odniesieniu do pracowników wykonujących zawody medyczne przepisy o charakterze ochronnym, gwarantujące pracownikom wykonującym zawody medyczne ochronę wynagrodzenia zasadniczego, które po upływie okresu przejściowego będzie odpowiadało co najmniej iloczynowi kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie i współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy. Dla grup zawodowych pracowników najmniej zarabiających projektowana ustawa będzie stanowić gwarancję stopniowego podwyższania wynagrodzeń.

Celem wprowadzanych regulacji jest wzrost zainteresowania kształceniem w zawodach medycznych, promowanie podejmowania zatrudnienia na terenie kraju oraz zachęcenie już zatrudnionej kadry do podwyższania kwalifikacji zawodowych w drodze specjalizacji. W efekcie proces ten ma mieć przełożenie na liczbę i profesjonalność zatrudnionej w podmiotach leczniczych kadry medycznej, a tym samym wyższy poziom bezpieczeństwa zdrowotnego.

Ponadto projektowana ustawa ma stanowić systemowe rozwiązanie prawne zmierzające do stopniowego niwelowania dysproporcji w zakresie poziomu wynagrodzeń zasadniczych grup pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Informacja o innych rozważanych rozwiązaniach problemu, w tym rozwiązaniach pozalegisacyjnych.

Z uwagi na cel, jakim jest zapewnienie pacjentom profesjonalnej kadry medycznej, a tym samym odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego, projektowana ustawa zawiera dopuszczalne ograniczenie swobody działalności prowadzonej przez podmioty lecznicze. Zgodnie bowiem z art. 22 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej ograniczenie wolności działalności gospodarczej jest dopuszczalne tylko w drodze ustawy i tylko ze względu na ważny interes publiczny. Forma ustawy jest zatem niezbędna, a za ważny interes publiczny należy uznać gwarancję bezpieczeństwa

zdrowotnego pacjentów. Dodatkowo w art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej sformułowano kryteria dopuszczalności wprowadzania ograniczeń w korzystaniu z konstytucyjnych wolności i praw, wskazując, że są one możliwe tylko wówczas, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Uzgodnienie warunków płacowych byłoby ewentualnie możliwe w trybie ponadzakładowego układu zbiorowego pracy, w razie zgodnej woli stron uprawnionych do jego zawarcia – tj. podmiotów posiadających zdolność układową. Jednakże, pomimo istnienia takiej możliwości prawnej, podmioty uprawnione do zawarcia układu zbiorowego nie doszły do porozumienia i dotychczas nie zawarły układu w przedmiocie objętym zakresem projektowanej ustawy.

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

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

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

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

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

Przegląd wysokości określonych w ten sposób płac dokonywany jest co do zasady każdego roku. Uregulowanie to stosowane jest również poza publiczną służbą zdrowia - w zdecydowanej większości przypadków jest podstawą polityki płacowej stosowanej przez podmioty prywatne (choć nie jest to obligatoryjne). Pula środków na wynagrodzenia osób zatrudnionych w sektorze publicznej służby zdrowia wydzielana jest z budżetu państwa (finansowana z przychodów podatkowych i składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne).

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

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

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

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
podmioty lecznicze	19 777 podmiotów leczniczych	Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	Ustalenie w drodze ustawy najniższych stawek wynagrodzeń zasadniczych przysługujących pracownikom wykonującym zawody medyczne zatrudnionym w podmiotach leczniczych
osoby wykonujące zawody medyczne zatrudnione na podstawie stosunku pracy w podmiotach leczniczych	Okolo 437 000 osób	Dane przekazane przez podmioty lecznicze, dane CSIOZ	Ustalenie w drodze ustawy najniższych stawek wynagrodzeń zasadniczych przysługujących pracownikom wykonującym zawody medyczne zatrudnionym w podmiotach leczniczych
lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury (budżet państwa).	Okolo 19 141 osób	Ministerstwa Zdrowia	Finansowanie wynagrodzeń zasadniczych rezydentów pochodzi z budżetu państwa, zatem dostosowanie przepisów odrębnych (rozporządzenia) określających wysokość wynagrodzenia rezydentów do przepisów projektowanej ustawy będzie generowało

			koszty po stronie budżetu państwa
--	--	--	-----------------------------------

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

Projekt nie był przedmiotem pre-konsultacji.

Projekt został wysłany do konsultacji publicznych i opiniowania na okres 30 dni do podmiotów takich jak:

- 1) Rada Dialogu Społecznego;
- 2) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 3) Naczelna Rada Lekarska;
- 4) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych;
- 5) Naczelna Rada Aptekarska;
- 6) Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych;
- 7) Polska Rada Ratowników Medycznych;
- 8) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 9) Komisja Krajowa NSZZ „Solidarność”;
- 10) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia;
- 11) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy;
- 12) Porozumienie Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy;
- 13) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
- 14) Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych;
- 15) Związek Zawodowy Anestezjologów;
- 16) Związek Zawodowy Chirurgów Polskich;
- 17) Związek Zawodowy Neonatologów;
- 18) Związek Zawodowy Lekarzy Specjalności Chirurgicznych;
- 19) Porozumienie Zielonogórskie – Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 20) Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego;
- 21) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Diagnostyki Medycznej i Fizjoterapii;
- 22) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Fizjoterapii;
- 23) Ogólnopolski Związek Zawodowy Fizjoterapia;
- 24) Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych;
- 25) Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii;
- 26) Związek Zawodowy Psychologów;
- 27) Organizacja Międzyzakładowa Farmaceutów Szpitalnych OPZZ Konfederacja Pracy;
- 28) Kolegium Lekarzy Rodzinnych;
- 29) Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych;
- 30) Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 31) Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”;
- 32) Forum Związków Zawodowych;
- 33) Federacja Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 34) Rada Krajowa Federacji Konsumentów;
- 35) Fundacja Stefana Batorego;
- 36) Konfederacja Lewiatan;
- 37) Związek Pracodawców Niepublicznej Opieki Zdrowotnej;
- 38) Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 39) Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali;
- 40) Stowarzyszenie Menadżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ;
- 41) Polska Federacja Szpitali;
- 42) Stowarzyszenie Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego;
- 43) Konsorcjum Szpitali Wrocławskich;
- 44) Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego;
- 45) Pracodawcy RP;
- 46) Business Centre Club - Związek Pracodawców;
- 47) Związek Rzemiosła Polskiego;
- 48) Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Niepublicznych;
- 49) Unia Metropolii Polskich;
- 50) Unia Uzdrowisk Polskich;
- 51) Związek Powiatów Polskich;
- 52) Związek Miast Polskich;
- 53) Związek Gmin Wiejskich RP;
- 54) Federacja Związków Gmin i Powiatów RP;

- 55) Konwent Marszałków RP;
- 56) Unia Miasteczek Polskich;
- 57) Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 58) Federacja Pacjentów Polskich;
- 59) Obywatelskie Stowarzyszenie DLA DOBRA PACJENTA;
- 60) Ogólnopolska Federacja Organizacji Pozarządowych;
- 61) Fundacja „Blisko Ciebie”;
- 62) Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych „Medyk”;
- 63) Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Elektroradiologii;
- 64) Koalicja na rzecz Pacjentów „Mam prawo do zdrowia”;
- 65) Polska Izba Ubezpieczeń;
- 66) Rada Działalności Pożytku Publicznego.

Projekt ustawy został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. poz. 1414, z późn. zm.) oraz Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji zgodnie z § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979, z późn. zm.).

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

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z 2016 r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem	250,07	500,15	400,12	331,30	124,07 4	244,35	252,90	261,76	270,92	280,40	290,21	4322,91
budżet państwa	10,27	20,53	16,43	13,60	52,22	10,28	10,64	11,02	11,40	11,80	12,21	180,40
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
pozostałe jednostki (oddzielnie)	239,81	479,61	383,69	317,70	118,5 2	234,07	242,26	250,74	259,52	268,60	278,00	4142,51
Wydatki ogółem	677,70	135,5 4 1	108,4 33	897,82	336,2 4 4	662,20	685,38	709,37	734,19	759,89	786,49	11715,22
budżet państwa	27,82	55,646 0	44,5168	36,859 9	141,50 73	27,868 5	28,843 9	29,853 4	30,8983	31,9797	33,0990	488,90
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
pozostałe jednostki (oddzielnie)	649,88	129,9 7 6	103,9 8 1	860,96	322,0 9 3	634,33	656,53	679,51	703,29	727,91	753,39	11226,32
Saldo ogółem	- 427,63	- 855,26	- 684,21	- 566,53	- 212,1 7 0	- 417,85	- 432,47	- 447,61	- 463,28	- 479,49	- 496,27	-7392,30
budżet państwa	- 17,56	- 35,11	- 28,09	- 23,26	- 89,29	- 17,59	- 18,20	- 18,84	- 19,50	- 20,18	- 20,89	-308,49
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
pozostałe jednostki (oddzielnie)	- 410,08	- 820,15	- 656,12	- 543,27	- 203,2 4 1	- 400,26	- 414,27	- 428,77	- 443,78	- 459,31	- 475,39	-7083,81

Źródła finansowania	Projekt spowoduje zwiększenie wydatków na wynagrodzenia pracowników przez podmioty lecznicze, o których 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.). Może to powodować konieczność zwiększenia wydatków przez pracodawców – podmioty lecznicze, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz budżet państwa (podmioty lecznicze działające w formie jednostek budżetowych lub finansowane ze środków pochodzących z budżetu państwa). Projekt spowoduje również zwiększenie wydatków budżetu państwa w zakresie w jakim podwyższone zostaną wynagrodzenia rezydentów, regulowane na mocy przepisów odrębnych, które są finansowane ze środków budżetu państwa.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Wskazanie źródeł danych: Skutek finansowy, który musiałby zostać poniesiony przez podmioty lecznicze w przypadku jednorazowego podwyższenia wynagrodzeń do docelowego poziomu najniższych wynagrodzeń obliczonych w sposób określony w projektowanej ustawie, szacowany jest na ok. 6,7 mld zł (dane na podstawie informacji przekazanych przez podmioty lecznicze dotyczące średnich wysokości wynagrodzeń w wybranych grupach zawodowych; informacji Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Główny Urząd Statystyczny (GUS) dotyczących liczby osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych). Z kwoty 6,7 mld zł, w przypadku jednorazowego podwyższenia wynagrodzeń do docelowego poziomu najniższych wynagrodzeń obliczonych w sposób określony w projektowanej ustawie, ok. 203,060 mln zł zabezpieczone musiałoby być docelowo w budżecie państwa na sfinansowanie regulacji w następujących podmiotach leczniczych działających w formie jednostek budżetowych: 1) dla wojewódzkich, powiatowych i granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych: 193 440 505 zł; 2) Dom Pracownika Służby Zdrowia: 178 879 zł; 3) Dom Lekarza Seniora: 299 179 zł; 4) Ośrodek Diagnostyczno-Badawczy Chorób Przenoszonych Drogą Płciową: 295 957 zł; 5) Krajowy Ośrodek Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie: 6 336 355 zł; 6) Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Branicach: 400 288 zł; 7) Regionalny Ośrodek Psychiatrii sądowej w Gostyninie Zalesiu: 773 140 zł; 8) Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim: 368 000 zł; 9) Ośrodek Readaptacyjno – Rehabilitacyjny: 967 314 zł. Powyższe dane pochodzą od ww. jednostek budżetowych, które, na wniosek Ministra Zdrowia, dokonały kalkulacji kosztów zwiększenia wynagrodzeń pracowników, przyjmując iż koszty te stanowią różnicę między najniższymi wynagrodzeniami zasadniczymi określonymi w sposób wskazany w projektowanej ustawie, a aktualnymi wynagrodzeniami pracowników tych jednostek. W powyższych obliczeniach jednostki miały uwzględnić nie tylko koszt podwyższenia wynagrodzeń zasadniczych, ale również skutek w postaci podwyższenia pochodnych od wynagrodzeń (dodatkowych składników wynagrodzeń wypłacanych pracownikom). Przyjmując mechanizm dojścia do najniższego wynagrodzenia zasadniczego określony w ustawie (minimalne coroczne podwyższanie wynagrodzeń pracowników) oraz dostosowywania po 2019 r. wynagrodzeń do rosnącej kwoty bazowej, łączna kwota wydatków w latach 2017-2027 wynosić będzie około 11,7 mld zł. Po 2022 r. kwota konieczna do sfinansowania skutków regulacji zależna będzie wyłącznie od poziomu wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego, na podstawie których obliczana będzie wysokość najniższego wynagrodzenia za pracę dla poszczególnych grup. W okresie ostatnich 5 lat wzrost ten oscylował pomiędzy 3,6%, a 3,1% rocznie (dane GUS), dlatego też dla powyższych wyliczeń założono coroczny wzrost wynagrodzenia przeciętnego na poziomie 3,5%. Zwiększenie środków finansowych niezbędnych dla finansowania przez budżet państwa wynagrodzeń rezydentów zależne będzie od ilości rezydentów oraz wysokości ich wynagrodzeń ustalonych na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia zgodnie z upoważnieniem ustawowym określonym w art. 16j ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464, z późn. zm.). Dla powyższych wyliczeń przyjęto, że wynagrodzenie rezydentów wynosiło będzie 4200 zł. Założono również, że ilość rezydentów będzie wynosiła 19.141 - w oparciu o ilość umów zawartych do dnia 14.07.2016 (14.800 osób), oraz przy założeniu, że do systemu trafią jeszcze pozostałe do zawarcia etaty rezydenckie po postępowaniach kwalifikacyjnych z października 2015 r. (456 osób) oraz z marca 2016 r. (366 osób) i będą finansowane odpowiednio przez pełne 12 miesięcy oraz przez 8,5 miesiąca 2016 r.

		Dodatkowo, zaplanowane są środki na 1 miesiąc finansowania 4.037 nowych rezydentur, które są przewidziane do uruchomienia w postępowaniu – październik 2016 r. Dochody dla budżetu państwa i pozostałych jednostek to wartości pochodnych od wynagrodzeń, które to pochodne odprowadzane są od wynagrodzeń w postaci składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, podatku dochodowego oraz składek na Fundusz Pracy.						
7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe								
		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	0	0	0	0	0	0	0
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	0	0	0	0	0	0	0
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	0	0	0	0	0	0	0
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Wprowadzenie jednakowej stawki najniższego wynagrodzenia zasadniczego dla wszystkich podmiotów leczniczych, bez względu na ich formę prawną oraz źródło finansowania, może się przełożyć na zwiększenie konkurencyjności publicznych podmiotów leczniczych w stosunku do podmiotów leczniczych sektora prywatnego, co w konsekwencji może spowodować wzrost zatrudnienia w sektorze publicznym.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Wprowadzenie jednakowej stawki najniższego wynagrodzenia zasadniczego dla wszystkich podmiotów leczniczych bez względu na ich formę prawną oraz źródło finansowania może się przełożyć na zwiększenie konkurencyjności publicznych podmiotów leczniczych w stosunku do podmiotów leczniczych sektora prywatnego, co w konsekwencji może spowodować wzrost zatrudnienia w sektorze publicznym.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	0						
Niemierzalne	(dodaj/usuń)	0						
	(dodaj/usuń)	0						
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		Brak						
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu								
☐ nie dotyczy								
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).				☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy				
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:				☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:				
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.				☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy				
Komentarz:								
9. Wpływ na rynek pracy								
Podejmowane działania mają podnieść poziom zarobków osób wykonujących zawody medyczne zatrudnionych obecnie w podmiotach leczniczych i osiągających najniższe dochody, co w efekcie przyczynić się ma do wzrostu zadowolenia pracowników oraz zatrzymania migracji poza granice kraju. Jednocześnie poprawa warunków wynagradzania w sektorze zdrowia ma zachęcić do podejmowania kształcenia w zawodach medycznych, a nowo wykształconą kadrę do zatrudniania się w podmiotach leczniczych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W efekcie zjawisko powyższe wpłynąć ma na wzrost liczebności profesjonalnej kadry medycznej zatrudnionej w zawodzie w podmiotach leczniczych.								

10. Wpływ na pozostałe obszary

- ☐ środowisko naturalne
☐ sytuacja i rozwój regionalny
☐ inne:

- ☐ demografia
☐ mienie państwowe

- ☐ informatyzacja
☒ zdrowie

Omówienie wpływu

Wzrost liczebności profesjonalnej kadry medycznej powinna wpłynąć pozytywnie na jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Projektowana ustawa wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2017 r.

Zgodnie z przepisami ustawy aktualizacja obowiązku dostosowania poziomu wynagrodzeń w podmiotach leczniczych do najniższego wynagrodzenia zasadniczego następować będzie corocznie, z uwagi na systematyczny wzrost kwoty przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie najniższego wynagrodzenia.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?**Ewaluacja efektów projektu.**

Projekt ustawy zakłada, że docelowa wysokość minimalnego wynagrodzenia zasadniczego miałyby zostać osiągnięta do końca okresu przejściowego, tj. do dnia 31 grudnia 2021 r. Do dnia 31 grudnia 2019 r. kwota bazowa, stanowiąca podstawę do obliczania obowiązującego najniższego wynagrodzenia zasadniczego, została ustalona na stałym poziomie 3900 złotych brutto (kwota ta odpowiada wysokości przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2015 r. ogłoszonego w komunikacie Prezesa GUS z 9 lutego 2016 r.). Natomiast od dnia 1 stycznia 2020 r. kwotę bazową stanowić będzie przeciętne wynagrodzenie miesięczne 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 poprzednim roku. Zatem od dnia 1 lipca 2020 r. wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego będzie systematycznie rosła.

Określenie mierników rezultatu.

Kontrolę wykonywania obowiązku podwyższania wynagrodzeń zgodnie z przepisami ustawy sprawować mają podmioty tworzące podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami oraz Państwowa Inspekcja Pracy.

Jednocześnie, Ministerstwo Zdrowia będzie badać poziom wynagrodzeń poprzez systematyczne przeprowadzanie ankiet wynagrodzeniowych i analizę ich wyników. Analizie poddawane będzie również poziom zatrudnienia w podmiotach leczniczych oraz tendencja zmian w ilości osób kształcących się w zawodach medycznych.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak.