

Prawo do jednakowego wynagrodzenia i porównywalność prac niejednakowych lekarzy i rezydentów

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 kwietnia 2011 r., I PK 232/10

Możliwe jest odmienne potraktowanie pracowników w zakresie zatrudnienia, w tym wynagradzania. Musi jednak wynikać z uzasadnionej potrzeby, dla której dopuszcza się taką dyferencjację. Taką potrzebą jest niewątpliwie realizacja konkretnej polityki zatrudnienia, a przede wszystkim lepszy podział dostępu do rynku pracy i instrumentów tego rynku nakierowanych na podnoszenie kwalifikacji zawodowych ludzi młodych.

Monika Tomaszewska

Uniwersytet Gdański

monika.tomaszewska@ug.edu.pl

ORCID: 0000-0001-5271-9998

<https://doi.org/10.26881/gsp.2021.1.09>

Glosa

Sąd Najwyższy w wyroku¹ stanowiącym przedmiot niniejszej glosy dopuścił różnicowanie wynagrodzenia z uwagi na różny charakter wykonywanej pracy przez rezydentów oraz lekarzy. Z przedstawioną tezą należy się zgodzić, z tym że przepisy prawa nakazują wynagradzać jednakowo nie tylko w przypadku prac jednakowych, ale także prac jednakowej wartości, a więc wtedy gdy prace są różne rodzajowo. Rzeczywisty problem zaczyna się wówczas, gdy wysokość wynagrodzenia lekarza o wyższych kwalifikacjach i większym doświadczeniu zawodowym jest niższa od wysokości wynagrodzenia rezydenta, tj. osoby na początku awansu zawodowego. Wyjaśnienie tych odmienności wymaga zaprezentowania skomplikowanego i złożonego systemu wynagradzania w podmiotach leczniczych, na który składają się różne źródła finansowania poszczególnych składników wynagrodzenia lekarzy i rezydentów. Niezależnie od tego, przedmiotem glosy jest również polemika z przyjętym przez Sąd Najwyższy sposobem i metodą obliczania wysokości wynagrodzeń, które stanowią podstawę porównywania stawek wynagrodzeń obu grup pracowników.

¹ Wyrok SN z dnia 7 kwietnia 2011 r., I PK 232/10, OSNP 2012, nr 11–12, poz. 133.

Podstawy ustalenia wynagrodzenia za pracę w podmiotach leczniczych

Podstaw prawnych kształtowania wynagrodzenia, nienależnie od przedmiotu działalności pracodawcy należy poszukiwać przede wszystkim w źródłach ustaleń między stronami stosunku pracy. Artykuł 29 kodeksu pracy² wskazuje na umowę o pracę jako bezpośrednią i, w wielu wypadkach, jedyną podstawę ustalenia wysokości wynagrodzenia pracownika. W przypadku podmiotów leczniczych kształtowanie wynagrodzenia personelu medycznego podlega jednak daleko idącym ograniczeniom, przede wszystkim ustawowym. Dla pracodawcy oznacza to, że zakres swobody decyzji co do wysokości, a także składników wynagrodzenia jest daleko limitowany. Do ustaw określających stawki wynagrodzenia w podmiotach leczniczych należą głównie:

- ustawa o działalności leczniczej³;
- ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴;
- ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵;
- ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁶.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, za podmiot leczniczy uznaje się ten, który prowadzi działalność leczniczą polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 3 u.d.l.), jednak samego pojęcia ustawa już nie definiuje. W zamian za to w art. 4 u.d.l. ustawodawca wymienia rodzaje podmiotów leczniczych, z czego najistotniejszym kryterium podziału jest forma prowadzenia działalności oraz status związany z organem prowadzącym podmiot leczniczy. Ustawodawca w art. 1 pkt 2, 3 i 5 u.d.l. wprowadza pojęcie „podmiotu wykonującego działalność leczniczą” obok kategorii „podmiotu leczniczego” wymienionego w art. 1 pkt 4 u.d.l. Ponadto, art. 4 u.d.l. dopuszcza działalność leczniczą zakładów opieki zdrowotnej w formie publicznej i niepublicznej. Z kolei kwalifikacja danej jednostki do podmiotu leczniczego albo do podmiotu wykonującego działalność leczniczą rzutuje na zakres swobody woli stron – zarówno na prawo do wyboru podstawy zatrudnienia, jak i kształtowania treści łączącego strony stosunku prawnego.

² Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 1320 ze zm.; dalej: kodeks pracy, k.p.).

³ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 295 ze zm.; dalej: u.d.l.).

⁴ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 849; dalej: u.p.p.).

⁵ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 1398; dalej: u.ś.o.z.).

⁶ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2020 r., poz. 514 ze zm.; dalej: u.z.l.d.).

Ustawowe podstawy kształtowania wynagrodzenia zasadniczego lekarzy i rezydentów

Z uwagi na przedmiot glosy, związany z porównywalnością wynagrodzenia lekarzy i rezydentów, w dalszej części mowa będzie o podstawach wynagradzania personelu medycznego. Całkiem spory katalog obowiązujących w tym zakresie ustaw otwiera ustawa z 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu⁷, która dotyczy wszystkich zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, jak też innych umów o świadczenie usług.

Zasadnicze zmiany stawek wynagrodzenia lekarzy oraz lekarzy rezydentów należy łączyć z wejściem w życie ustawy z 2018 r., zmieniającej u.ś.o.z. i inne ustawy⁸. Artykuł 2 przywołanej ustawy zmienił art. 16j u.z.l.d. w ten sposób, że umowa o pracę stała się wyłączną podstawą zatrudnienia rezydenta, wskazano budżet państwa jako źródło finansowania wynagrodzenia i ustalono dla rezydenta wysoką stawkę wynagrodzenia zasadniczego. I tak, lekarz, który odbywa szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury, otrzymuje zasadnicze wynagrodzenie miesięczne ustalone przez Ministra Zdrowia na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego przez Prezesa GUS w Dzienniku Urzędowym „Monitor Polski”, w wysokości nie mniejszej niż 70% tego wynagrodzenia. W zależności od rodzaju specjalizacji wysokość tego wynagrodzenia jest różna. Do tego należy dodać tzw. „dodatek patriotyczny”⁹, który przysługuje rezydentowi za zobowiązanie się do pracy przez okres dwóch lat w ciągu pięciu od ukończenia rezydentury. W zależności od specjalizacji dodatek ten wynosi 700 zł miesięcznie w przypadku specjalizacji preferowanych lub 600 zł miesięcznie dla pozostałych kategorii. Wyłania się tu obraz dość wysokich stawek wynagrodzenia zasadniczego jak na początek drogi zawodowej młodego lekarza.

Pakiet ustaw wynagrodzeniowych w podmiotach leczniczych kształtuje zasadniczo ustawa z 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych¹⁰, która miała pierwotnie na celu określenie tych stawek wobec zawodów medycznych. Jako sposób waloryzacji wysokości wynagrodzenia zasadniczego przyjęto metodę mnożnikową ustaloną jako **iloczyn współczynnika pracy** określonego w załączniku do ustawy i **kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto** w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa GUS (art. 3 u.s.u.n.w.). Wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego przysługującego pracownikom

⁷ Ustawa z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 2177 ze zm.).

⁸ Ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532 ze zm.; dalej: ustawa zmieniająca u.ś.o.z.).

⁹ Dodatek ten został wprowadzony na mocy art. 2 ustawy zmieniającej u.ś.o.z.

¹⁰ Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 830.; dalej: u.s.u.n.w.).

wykonującym zawód medyczny została uzależniona od rodzaju pracy i poziomu wykształcenia wymaganego na stanowisku pracy, przy czym ustawodawca ustalił 10 grup zawodowych, przyporządkowując każdej z nich inny współczynnik pracy.

Specjalnej regulacji podlegają natomiast lekarze specjaliści. Na podstawie ustawy zmieniającej u.ś.o.z., ustawodawca zobowiązał się w latach 2018–2020, w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do sfinansowania kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających specjalizację (art. 4 ust. 1 przywołanej ustawy). Ustawowy wzrost wynagrodzenia zasadniczego do poziomu określonego przez ustawę jest refundowany pracodawcy pod warunkiem spełnienia dwóch przesłanek: 1) zatrudnienia lekarza na podstawie stosunku pracy; 2) zobowiązania się lekarza do nieudzielania odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy. Warto zwrócić uwagę na to, że refundowany jest tylko wzrost, a zatem różnica pomiędzy stawką wynagrodzenia zasadniczego lekarza specjalisty w chwili wejścia w życie ustawy – a stawką 6.750 zł wynikającą z ustawy. Ustawa zatem objęła dość wąski zakres lekarzy specjalistów. W tym stanie poziom minimalnego wynagrodzenia zasadniczego w dalszym ciągu kształtuje ustawa z 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (u.s.u.n.w.).

Porównywalność prac niejednakowych rezydenta i lekarza

W przedmiotowym wyroku Sądu Najwyższego, I PK 232/10, który się stał powodem napisania niniejszej glosy, zasadniczy problem polegał na ustaleniu przesłanek naruszenia zasady równego wynagradzania w przypadku porównania prac o różnej wartości, a więc pracy lekarza i rezydenta. W szczególności chodzi tu o sytuację, gdy lekarz o większym doświadczeniu i z ukończoną rezydenturą osiągał stawkę zasadniczego wynagrodzenia niższą aniżeli dopiero odbywający praktykę lekarską rezydent. Na dalszym etapie prowadzenia analiz prawnych nad przestrzeganiem zasady równości wyłania się potrzeba (zadanie) przyjęcia właściwej metody porównywalności, a zatem tego, czy w opisanej sytuacji bardziej poprawną metodą porównań jest analiza poszczególnych składników wynagrodzenia, co sprowadza się do oceny każdego składnika odrębnie, czy też należy uwzględnić ostateczny wynik, a więc wysokość wynagrodzenia opartą o sumę wszystkich jego składników.

Przytoczone w poprzedniej części glosy podstawy prawne świadczą o tym, że problem podniesiony w orzeczeniu nie tylko nie został wyeliminowany, lecz przeciwnie – uległ wzmocnieniu. Należy też podkreślić to, co nie występuje u znakomitej większości pracodawców – połączenie finansowania zewnętrznego (z budżetu lub Narodowego Funduszu Zdrowia) i środków samego pracodawcy. Do tego dochodzi złożona struktura samego wynagrodzenia, która oprócz części wynagrodzenia zasadniczego, zawiera inne ustawowe elementy. U pracodawców, będących podmiotami leczniczymi, spełnienie zasady jednakowego wynagrodzenia za pracę tę samą lub porównywalnej

wartości staje się sporym wyzwaniem. Należy zwrócić uwagę, że w przepisach kodeksu pracy jest mowa nie tylko o obowiązku zapłaty tego samego wynagrodzenia za tę samą pracę, ale także wtedy, gdy wykonywana praca różni się, lecz przedstawia taką samą wartość. Do sposobu wartościowania pracy i wynagradzania pracowników odwołuje się art. 78 § 1 k.p. Zgodnie z nim, wynagrodzenie powinno być tak ustalone, aby odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy. Z istoty stosunku pracy wynika więc zróżnicowanie – według powyższych kryteriów klasyfikacyjnych – wysokości wynagrodzenia za pracę poszczególnych pracowników. Problem zaczyna się wtedy, kiedy pracodawca nie ma w zasadzie wpływu na ustalenie tego wynagrodzenia.

Pojęcie pracy jednakowej wartości

Zestawiając poszczególne przypadki różnicowania wynagrodzenia, należy przybliżyć znaczenie poszczególnych terminów używanych przez ustawodawcę. Z pewnością praca „jednakowa” ma odmienne znaczenie niż praca „jednakowej wartości”¹¹. Najwięcej trudności stwarza interpretacja prac porównywalnej wartości z tego względu, że zakłada się porównywanie prac *de facto* niejednorodnych. Orzecznictwo wraz z doktryną wypracowało płaszczyzny porównywalności prac różnych rodzajowo, dzięki którym nabierają one waloru pewnego podobieństwa. Płaszczyzną odniesienia nie może być w tym wypadku rodzaj pracy. Pozostaje więc skierować uwagę na **sposób świadczenia** (wykonywania) pracy bądź wysiłek mierzony nakładem pracy, który jest niezbędny do osiągnięcia porównywalnych wyników. W pierwszej kolejności są to posiadane przez pracowników kwalifikacje potwierdzone odpowiednimi dokumentami, wydawanymi zgodnie z odpowiednimi przepisami albo wynikającymi z praktyki i doświadczenia zdobytego podczas pracy zawodowej. Dalej kryterium porównania może stanowić zakres pracowniczych obowiązków, którym towarzyszy rodzaj i skala odpowiedzialności (każdego rodzaju: materialna, dyscyplinarna, odszkodowawcza), którą pracownik może ponieść w przypadku niewłaściwego wykonywania obowiązków. Przesłanką wartościowania pracy jest także wysiłek fizyczny i psychiczny, mierzony ilością wydatkowanej energii i stresu. Mogą być brane pod uwagę wrodzone lub nabyte umiejętności (np. medyczne), które z punktu widzenia pracodawcy są istotne dla profilu świadczonych działalności medycznej¹². Wszystkie zaś wymienione kryteria klasyfikacyjne powinny być analizowane łącznie do oceny wartości prac. Biorąc pod uwagę powyższe wytyczne, można zgodzić się z konkluzją zaproponowaną przez Sąd Najwyższy w wyroku PK 232/10, mówiącą o tym, że praca rezydenta, który dopiero nabywa odpowiednich umiejętności i wykształcenia w kierunku zdobycia statusu lekarza, nie

¹¹ Por. wyrok SN z dnia 18 września 2008 r., II PK 27/08, OSP 2011, z. 4, poz. 39.

¹² M. Tomaszewska, Art. 18^{3c} Prawo do jednakowego wynagrodzenia [w:] Kodeks pracy. Komentarz. Tom I. Art. 1–113, red. K.W. Baran, LEX/el.

jest porównywalna z pracą lekarza, na dodatek określonej specjalności. Rozszerzenie tej argumentacji wydaje się niepotrzebne, gdyż sam ustawodawca ocenia rezydentów jako osoby odbywające praktykę w celu nauki zawodu. W konsekwencji, nie wszystkie procedury medyczne mogą być wykonywane przez rezydentów samodzielnie, bowiem część z nich wymaga współdziałania z lekarzem określonej specjalności.

Uwagi końcowe – zasada równego wynagrodzenia i niedyskryminującego traktowania

Praca rezydentów i lekarzy nie jest pracą taką samą ani tej samej wartości. Z tego powodu wynagrodzenie rezydentów i lekarzy może być różne, nie naruszając przy tym zasady równego traktowania. Co zrobić jednak w sytuacji, kiedy poziom wynagrodzenia odbiega na niekorzyść lekarza o wyższych kwalifikacjach, i to w części obligatoryjnego składnika wynagrodzenia, jakim jest wynagrodzenie zasadnicze? Na to pytanie nie odpowiedział klarownie Sąd Najwyższy, błędnie przyjmując, że zasada równego wynagradzania może być utożsamiana z zasadą niedyskryminacji pod względem wynagrodzenia. Tymczasem zasada równego wynagradzania i zasada niedyskryminacji mają różne zakresy normowania, co oznacza, że przepisy kodeksu pracy, odnoszące się do zakazu dyskryminacji, nie mają zastosowania w przypadkach nierównego traktowania niespowodowanego przyczyną uznaną za podstawę dyskryminacji¹³. Dyskryminacja (art. 11³ i art. 18^{3a} k.p.) – w odróżnieniu od „zwykłego” nierównego traktowania (art. 11² k.p.) – oznacza gorsze traktowanie pracownika ze względu na jego cechy lub właściwości, określone w kodeksie pracy jako kryteria dyskryminacji. Pośród nich wymienia się takie, które są przyrodzone człowiekowi, na przykład wiek, płeć czy rasa, jak i te, które zostały nabyte, na przykład przez aktywność związkową czy wybór określonego wyznania. Dlatego dyskryminację uznaje się za kwalifikowane negatywne zachowanie, które jest deliktem prawa pracy¹⁴. Jak widać, subsumcja przedstawionego stanu faktycznego do stanu prawnego poprzez zakwalifikowanie do naruszenia zasady niedyskryminacji nie jest dokonana właściwie. Porównanie pracy rezydentów oraz lekarzy z określoną już specjalizacją przywołuje zasadę równego traktowania, gdyż nie ma tu mowy o indywidualnych cechach osobowych człowieka, jeśliby postawić pytanie o właściwe unormowanie zasad wynagradzania obu grup pracowniczych, głównie poprzez przepisy ustawowe. Należy zatem poszukiwać uzasadnionych racji i celu takiego rozróżnienia. Ustawodawcy przyświeca w tym wypadku, jak się wydaje, cel ułatwienia podnoszenia kwalifikacji młodym lekarzom tuż po ukończeniu studiów. Czyni to w ten sposób, że zdejmuje ciężar wynagradzania rezydentów w części zasadniczej, zachęcając pracodawcę do korzystania z tej formy odbywania praktyki lekarskiej. Tym to sposobem osiągnany jest cel długofalowej polityki kadrowej prowadzonej przez państwo

¹³ Wyrok SN z dnia 9 stycznia 2007 r., II PK 180/06, OSNP 2008, nr 3–4, poz. 36.

¹⁴ Wyrok SN z dnia 10 września 1997 r., I PKN 246/97, OSNAPIUS 1998, nr 12, poz. 360.

w postaci zapewniania stałego dopływu ludzi młodych o określonych specjalizacjach, przy utrzymaniu stałej rotacji i przy odnawianiu kadry medycznej.

Dalszym wyzwaniem jest przyjęcie metody porównywalności lub obliczania wynagrodzenia, tj. metody składnikowej lub metody wynikowej. Sąd Najwyższy w wyroku I PK 232/10 przyjął tzw. metodę wynikową. Jego zdaniem, liczy się tylko efekt końcowy, a zatem wynik poziomu wynagrodzenia, na który składają się wszystkie elementy wypłaconego wynagrodzenia. Z zaproponowaną metodą porównywalności można skutecznie polemizować. Wynika to z charakteru prawnego samego wynagrodzenia oraz tego, że poszczególne jego elementy mają charakter roszczeniowy. Orzecznictwo pełne jest przykładów ubiegania się przez pracowników o poszczególne elementy wynagrodzenia, np. premie czy dodatki, niekoniecznie zaś o całość wynagrodzenia. Sedno problemu leży gdzie indziej, tj. w zakresie odpowiedzialności pracodawcy za zdarzenia prawne kreujące wysokość wynagrodzenia. W tym przypadku zakres woli pracodawcy jest znacznie limitowany przez przepisy ustawowe, które na poziomie wynagrodzenia zasadniczego dopuszczają rozróżnienie między rezydentami i lekarzami, i to na niekorzyść lekarzy, którzy są wszechstronnie wykwalifikowani.

Stawka wynagrodzenia zasadniczego rezydentów może być, i nierzadko jest, wyższa od minimalnego wynagrodzenia w zawodach medycznych. Przy ustalaniu naruszenia zasady równości należy wziąć też pod uwagę zakres dozwolonych bądź inaczej wymaganych przez ustawodawcę działań pracodawcy, a także źródła ich finansowego pokrycia. Liczą się zatem źródła finansowania wynagrodzenia. W przypadku rezydentów są to źródła zewnętrzne, zaś w przypadku lekarzy – są to czynności podejmowane przez pracodawcę i jego finansowe zasoby. Niestety, regulacje przyjęte przez ustawodawcę prowadzą do znacznego ograniczenia możliwości kształtowania przez pracodawcę polityki płacowej, która prowadzi *de facto* do spłaszczania stawek wynagrodzenia, niezależnie od stażu czy posiadanych przez pracowników kwalifikacji. To z kolei przekłada się na napięcia pomiędzy poszczególnymi grupami pracowników i poczucie nierównego traktowania.

Literatura

- Florek L., *Ustalenie wynagrodzenia za pracę w gospodarce rynkowej* [w:] *Wynagrodzenie za pracę w warunkach społecznej gospodarki rynkowej i demokracji*, red. W. Sanetra, Warszawa 2009.
- Tomaszewska M., *Art. 18^{3c} Prawo do jednakowego wynagrodzenia* [w:] *Kodeks pracy. Komentarz. Tom I. Art. 1–113*, red. K.W. Baran, LEX/el.
- Tomaszewska M., *Regulaminy w systemie prawa pracy* [w:] *System Prawa Pracy*, t. 1, *Część ogólna*, red. K.W. Baran, Warszawa 2017.

Streszczenie

Monika Tomaszewska

Prawo do jednakowego wynagrodzenia i porównywalność prac niejednakowych lekarzy i rezydentów

Cel glosy sprowadza się do przedstawienia złożonego mechanizmu finansowania wynagrodzeń zawodów medycznych. Cechą wyróżniającą ten mechanizm jest połączenie finansowania zewnętrznego (budżet, Narodowy Fundusz Zdrowia) ze środkami samego pracodawcy. Do tego dochodzi złożona struktura samego wynagrodzenia osób zatrudnionych w zawodach medycznych, regulowana przez liczne i rozproszone ustawodawstwo.

Słowa kluczowe: zasada równego wynagrodzenia; prace porównywalnej wartości; zasady wynagradzania rezydentów i lekarzy.

Summary

Monika Tomaszewska

Right to the Same Remuneration and the Comparability of the Work of Different Doctors and Residents

The commentary aims to present the complex mechanism of financing the remuneration of medical professions. The feature that distinguishes this mechanism is the combination of external financing (budget, National Health Fund) and the employer's funds. Besides, there is a complex structure of the remuneration of persons employed in medical professions regulated by numerous and scattered legislation.

Keywords: principle of equal pay; work of comparable value; rules of remunerating residents and doctors.