

Warszawa, 23 maja 2022 r.

CML/0223/05/2022/BO/BR

**Pan**

**Dr n. ekon. Adam Niedzielski**

**Minister Zdrowia**

Dotyczy: projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa

*Szanowny Panie Ministrze,*

w ocenie zrzeszonych w ramach Pracodawców RP Organizacji skupiających największą liczbę podmiotów leczniczych realizujących leczenie szpitalne, nieuzasadnionym prawnie oraz społecznie jest, aby koszty niewystarczającego finansowania szpitali z powodu nieadekwatnych wycen świadczeń przerzucić na przedsiębiorstwa współpracujące ze szpitalami. Wyceny świadczeń zdrowotnych i poziom finansowania szpitali są pośrednio zależne od decyzji rządu, dlatego nie występuje w tym zakresie „rynkowe ryzyko gospodarcze”. Na dzisiaj wyceny te nie uwzględniają aktualnej inflacji, skokowego wzrostu wynagrodzeń i dalszej presji płacowej, skokowego wzrostu cen gazu, energii, wywozu śmieci i wielu innych usług, co powoduje pogłębianie się strat szpitali. Ponadto od wielu lat wyceny tariff są nieaktualizowane, co w ocenie Pracodawców RP jest pierwotną przyczyną zwiększających się problemów z zadłużeniem i płynnością finansową polskich szpitali.

**Przygotowany projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa w wersji po konsultacjach społecznych jest w dalszym ciągu nie do przyjęcia. Bardzo żałujemy, że resort zdrowia nie skorzystał z możliwości uzgodnienia tego projektu ze stroną społeczną, a w szczególności szpitalami, których bezpośrednio ten projekt dotyczy, na drodze konferencji uzgodnieniowej.**

**Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa odchodzi o idei samodzielności podmiotów leczniczych, która wynika z konstytucyjnej zasady samorządności (większość podmiotów leczniczych to samorządowe osoby prawne).**

Zgodnie z **art. 3** – to nie sam podmiot ma dostosowywać swoją działalność do odpowiednich potrzeb pacjentów – lokalnych, regionalnych lub krajowych (w zależności od profilu i zakresu działania podmiotu), ale ma to czynić także Agencja Rozwoju Szpitali (Agencja) i Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). W myśl **art. 3** *podmiot szpitalny, przy wsparciu podmiotu nadzorującego, oraz Agencji i NFZ są obowiązane dostosować działalność podmiotu szpitalnego do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, mapy potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.* Skoro tak ma być to czemu Agencja i NFZ nie ponoszą odpowiedzialności finansowej za zobowiązania takiego podmiotu leczniczego? Ponadto w ww. art. 3 nie jest wymieniony wojewoda, a jest on ujmowany w procedurze z art. 32 i 60 projektu ustawy.

Klasyfikowanie szpitali do określonych kategorii powinno zostać rozszerzone o parametry medyczne i organizacyjne. Zachowanie jedynie wskaźników finansowych jest ogromnym uproszczeniem w interpretacji na jakim „rynku” podmioty szpitalne prowadzą działalność. Działalność lecznicza szpitali w RP polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, przede wszystkim, finansowanych z środków publicznych i których cena określana jest przez płatnika. W relacji do powyższego, podmioty szpitalne jako „sprzedający” swoje usługi nie kreują ceny sprzedaży a jedynie realizują ustawowe cele płatnika. Wobec tego, analityka z zakresu ekonomii zdrowia wypracowała określone modele analizy ekonomicznej. Z punktu widzenia analityki w podmiocie leczniczym najważniejszymi obszarami, które podlegają obserwacji pod kątem finansowym i medycznym są zakresy leczenia oraz zakresy świadczeń opieki zdrowotnej realizowane przez poszczególne oddziały szpitalne. Analitycy ekonomiczni w szpitalach na co dzień posługują się w ocenach rentowności następującymi weryfikatorami możliwości uzyskania przychodu:

- 1) struktur świadczeń,
- 2) udziałów świadczeń zachowawczych i zabiegowych,
- 3) struktur świadczeń zabiegowych,
- 4) trybów przyjęcia,
- 5) struktur przedziałów wiekowych.

Od uzyskanych wyników zależy prawidłowe zidentyfikowanie i ustalenie poziomów rentowności określonych komórek organizacyjnych. Kierując się podstawową zasadą, że analiza ekonomiczna działalności powinna zawierać właściwe oraz obiektywne stwierdzenia i oceny, to pomijanie doświadczeń oraz wiedzy wypracowanej przez osoby zajmujące się na co dzień ekonomią zdrowia, czy analityką szpitalną jest dużym niedopatrzeniem autorów projektu. Pominięcie ww. weryfikatorów w klasyfikacji szpitali do określonej kategorii jest oceną podmiotu szpitalnego, bez właściwego kontekstu, bez jego otoczenia. Taką ocenę w literaturze jak i w biznesie ocenia się jako lapidarną; pozbawioną walorów merytorycznych.

Zwracamy także uwagę na brak regulacji przejściowych w stosunku do umów zawartych przed dniem 1 kwietnia 2023 r. – to spowoduje, że w momencie już skierowania projektu ustawy do prac sejmowych żaden działający rynkowo podmiotów nie będzie chciał zawierać z podmiotami szpitalnymi umów, których okres realizacji będzie przypadał po tym dniu. Takie będą realne konsekwencje art. 73 projektu ustawy (*Art. 73. 1. Od dnia obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo- rozwojowego do dnia obwieszczenia o jego zakończeniu wypowiedzenie przez wynajmującego lub wdzierżawiającego umowy najmu lub dzierżawy lokalu lub nieruchomości, w których jest prowadzona działalność lecznicza podmiotu szpitalnego, bez zezwolenia nadzorca jest niedopuszczalne. 2. Do umów kredytu lub pożyczki w zakresie środków postawionych do dyspozycji kredytobiorcy lub pożyczkobiorcy przed dniem wszczęcia postępowania, leasingu, ubezpieczeń majątkowych, umów rachunku bankowego, umów poręczeń, umów obejmujących licencje udzielone podmiotowi szpitalnemu oraz gwarancji lub akredytyw wystawionych przed dniem wszczęcia postępowania naprawczo- rozwojowego oraz innych umów o podstawowym znaczeniu dla prowadzenia działalności leczniczej przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio. Spis umów o podstawowym znaczeniu dla prowadzenia działalności leczniczej sporządza nadzorca w terminie 21 dni od dnia wszczęcia postępowania i udostępnia każdemu kto dostatecznie usprawiedliwi potrzebę przejrzania spisu. 3. W przypadku, gdy podstawą wypowiedzenia umowy jest niewykonywanie przez podmiot szpitalny po dniu wszczęcia postępowania naprawczo- rozwojowego zobowiązań powstałych po tym dniu lub inna okoliczność przewidziana w umowie, jeżeli zaistniała po dniu wszczęcia postępowania, przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się.*). **Co więcej wpływ ww. przepisu na tzw. stosunki prawne w toku (np.: już dziś obowiązujące umowy długoterminowe) powoduje że jest on niekonstytucyjny,**

**bo brak przepisów o ich ochronie.** Przypominamy, że z bardzo zbliżonego powodu Prezydent RP zawetował przepisy tzw. ustawy medialnej.

Ponadto projekt nadal wymaga analizy i poprawek o charakterze merytorycznym oraz redakcyjnym, Dla przykładu:

1. W projekcie ustawy nie używa się pojęcia z art. 2 pkt 12 (odwołanie kierownika podmiotu szpitalnego).
2. Czy zażalenie do sądu na postanowienie Prezesa Agencji, w przypadkach wskazanych w ustawie będzie mógł wnieść tylko podmiot szpitalny? – czy także podmiot nadzorujący, nadzorca lub zarządca? Nie wynika to bezpośrednio z projektowanej ustawy a pośrednio może wynikać z art. 18 ust. 1 projektu ustawy (*Art. 18. 1. Uczestnikami postępowania wszczętego na skutek wniesienia zażalenia do sądu są skarżący, a w każdym przypadku Agencja i podmiot szpitalny.*).
3. W art. 39 ust. 4 powinien otrzymać brzmienie:  
„4. Nadzorca niezwłocznie informuje Prezesa Agencji o zaprzestaniu spełniania wymagań, o których mowa w ust. 1 lub 2 lub art. 40 ust. 3.”.  
Sformułowanie „ustawowych niezbędnych do pełnienia funkcji nadzorcy” może sugerować, że są jakieś wymagania ustawowe, które nie są niezbędne lub, że są inne wymagania ustawowe (nieokreślone w projekcie ustawy, ale w ustawie innej).
4. Nie jest jasne jaka jest relacja wymagań z art. 39 ust. 1 pkt 1 do wymagań z art. 40 ust. 3 – są one różne, a dotyczą 1 osoby – nadzorcy. W tym kontekście w zakresie art. 40 ust. 5 i 6 nie wiadomo co wymaganiami z art. 39 ust. 1 pkt 1 i ust. 2? Innymi słowy jest pytanie czy lista nadzorców obejmuje także pracowników Agencji czy nie?
5. Jaki ma skutek art. 72 w stosunku do odsetek (czy to umownych czy ustawowych). Czy zawieszenie powoduje niemożność ich naliczania, czy jest możliwe jest naliczanie i po okresie 12 miesięcy wstąpienie z roszczeniem w tej sprawie?
6. Czy zmiana kierownika podmiotu leczniczego – art. 78 i nast. projektu ustawy może nastąpić w okresach ochronnych przewidzianych w Kodeksie pracy (ochrona związana z wiekiem przed uzyskaniem prawa do emerytury, ochrona kobiet w ciąży) oraz przepisach związkowych (ochrona działacza związkowego). Brak jasnej regulacji w tym zakresie.
7. Nie wiadomo jaka jest intencja art. 153 projektu ustawy. Czy to oznacza, że przed dniem 31 grudnia 2024 r. obecni kierownicy muszą zdać egzamin, aby nadal kierować podmiotem leczniczym?
8. Treść art. 153 ust. 3 zawiera potoczne słownictwo („oparty na...”), które nie powinno być używane w ustawie. Dlatego też ust. 3 powinien otrzymać brzmienie zgodne

z nomenklaturą wynikającą z Kodeksu pracy oraz art. 46 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:

„3. Stosunek pracy kierownika podmiotu szpitalnego na podstawie powołania albo umowy o pracę oraz umowa cywilnoprawna, o której mowa w art. 46 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, wygasa z dniem 1 stycznia 2025 r., w przypadku gdy kierownik podmiotu szpitalnego nie spełnia w tym dniu wymagań określonych w art. 126 ust. 1.”.

Podsumowując - system ochrony zdrowia wymaga uproszczenia, odbiurokratyzowania, transparentnego finansowania i transparentnej legislacji. Podmioty lecznicze nie mogą ciągle zaczynać na nowo, wszyscy wciąż zapominają o tym, że to zewnętrzne otoczenie, w którym funkcjonują szpitale – czyli m.in. zbyt niska wycena świadczeń, inflacja, brak ciągłości w systemie opieki zdrowotnej, nowe zaskakujące rozwiązania legislacyjne - są potężnym problemem, ponieważ zaburzają jego organizację, kondycję finansową podmiotów leczniczych, jak również wpływają niestety na to, co najważniejsze – czyli przekładają się na dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej.

*Z wyrazami szacunku*

Członek Rady Pracodawców RP



Andrzej Mądrala

Prezes Pracodawców Medycyny Prywatnej



Anna Rulkiewicz

Prezes Zarządu Ogólnopolskiego Stowarzyszenia  
Szpitali Prywatnych



Andrzej Sokołowski

Prezes Polskiej Federacji Szpitali



Jarosław J. Fedorowski