



**SENAT
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
X KADENCJA**

Warszawa, dnia 13 lipca 2021 r.

Druk nr 458

**KOMISJA
USTAWODAWCZA**

**Pan
Tomasz GRODZKI
MARSZAŁEK SENATU
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Na podstawie art. 85a ust. 3 pkt 1 Regulaminu Senatu Komisja Ustawodawcza wnosi o podjęcie postępowania w sprawie inicjatywy ustawodawczej dotyczącej projektu ustawy

o zmianie ustawy o działalności leczniczej.

Do reprezentowania Komisji w dalszych pracach nad tym projektem ustawy upoważniona jest pani senator Ewa Matecka.

W załączeniu przekazuję projekt ustawy wraz z uzasadnieniem.

Przewodniczący Komisji
Ustawodawczej
(-) Krzysztof Kwiatkowski

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o działalności leczniczej

Art. 1. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 55 w ust. 1 w pkt 6 po wyrazach „art. 59 ust. 2 pkt 1” dodaje się wyrazy „i ust. 2c”;
- 2) w art. 59 po ust. 2b dodaje się ust. 2c–2h w brzmieniu:

„2c. W przypadku podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 6 ust. 2 pkt 3, strata netto w kwocie jaka nie może być pokryta zgodnie z ust. 1, jest pokrywana z budżetu państwa, z części której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

2d. Strata, o której mowa w ust. 2c, jest pokrywana w wysokości nie wyższej niż różnica między rzeczywistymi kosztami udzielania świadczeń gwarantowanych, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a przychodami z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rozumieniu tej ustawy, uzyskanych w roku obrotowym objętym sprawozdaniem finansowym.

2e. Jeżeli po pokryciu straty netto, o którym mowa w 2d występuje strata netto w kwocie, jaka nie może być pokryta zgodnie z ust. 1, strata jest pokrywana przez podmiot tworzący na zasadach określonych w ust. 2. Przepisy ust. 2a i 2b stosuje się.

2f. Rzeczywisty koszt udzielania świadczeń gwarantowanych oznacza sumę kosztów procedur medycznych wytworzonych w roku obrotowym objętym sprawozdaniem finansowym ustalonych na podstawie rachunku kosztów, prowadzonego zgodnie ze standardem rachunku kosztów, o którym mowa w art. 31lc ust. 6 ustawy o ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z wyłączeniem kosztów procedur medycznych powstałych w ramach działalności komercyjnej o charakterze medycznym.

2g. Pokrycie straty netto, o którym mowa w ust. 2c, następuje w terminie 9 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

2h. W przypadku niepokrycia straty netto w sposób określony w ust. 2d, podmiot tworzący jest zobowiązany w terminie 12 miesięcy od upływu terminu określonego w ust. 2g, podjąć uchwałę o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jeżeli strata netto za rok obrotowy ma wartość ujemną.”;

3) art. 61 otrzymuje brzmienie:

„Art. 61. 1. Zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa albo uczelni medycznej, albo właściwej jednostki samorządu terytorialnego.

2. W przypadku likwidacji, o której mowa w art. 59 ust. 2h, zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa.

3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do mienia.”.

Art. 2. Przepisów art. 59 ust. 2c–2h dodawanych do ustawy zmienianej w art. 1 oraz art. 61 tej ustawy w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą nie stosuje się do strat netto dotyczących roku obrotowego, którego dzień bilansowy przypadł przed rokiem 2021.

Art. 3. Ustawa wchodzi w życie po upływie miesiąca od dnia ogłoszenia.

UZASADNIENIE

1. Cel projektowanej ustawy

Celem projektu jest zminimalizowanie przypadków konieczności likwidowania szpitali i innych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w sytuacji, gdy wykazują one straty netto wynikające z nakładania przez ustawodawcę nowych obowiązków, bez zapewnienia na ich realizację wystarczających środków. Strata netto tych placówek, gdy ich funkcjonowanie jest konieczne dla ludności, będzie pokrywana z budżetu państwa.

Projekt dostosowuje system prawa do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 20 listopada 2019 r. (sygn. akt K 4/17). Jego sentencja została ogłoszona 28 listopada 2019 r. w Dz. U. poz. 2331, a jego pełna treść wraz z uzasadnieniem w OTK ZU A z 2019 r. poz. 67.

2. Przedmiot i istota rozstrzygnięcia Trybunału Konstytucyjnego

2.1. TK orzekł, że art. 59 ust. 2 w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6 i art. 61 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (...) oraz w związku z art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (...) w zakresie, w jakim zobowiązuje jednostkę samorządu terytorialnego, będącą podmiotem tworzącym samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, do pokrycia straty netto stanowiącej ekonomiczny skutek wprowadzania przepisów powszechnie obowiązujących, które wywołują obligatoryjne skutki finansowe dla działania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jest niezgodny z art. 167 ust. 4 w związku z art. 166 ust. 2, art. 68 ust. 2 i art. 2 Konstytucji RP.

2.2. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (s.p.z.o.z.) pokrywa we własnym zakresie stratę netto w sposób określony w art. 57 ust. 2 pkt 1 (czyli poprzez zmniejszenie jego funduszu) (art. 59 ust. 1). Jednakże, podmiot tworzący (np. jednostka samorządu terytorialnego, j.s.t.) jest obowiązany w terminie:

1) 9 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej pokryć stratę netto za rok obrotowy tego zakładu w kwocie, jaka nie może być pokryta zgodnie z ust. 1, jednak nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji albo

2) 12 miesięcy od upływu terminu określonego w pkt 1 wydać rozporządzenie, zarządzenie albo podjąć uchwałę o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej

- jeżeli strata netto za rok obrotowy nie może być pokryta w sposób określony w ust. 1 oraz po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną (art. 59 ust. 2).

Zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa albo uczelni medycznej, albo właściwej jednostki samorządu terytorialnego. Przepis zdania pierwszego stosuje się odpowiednio do mienia (art. 61).

2.3. Zgodnie z art. 167 ust. 4 Konstytucji **zmiany w zakresie zadań i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego następują wraz z odpowiednimi zmianami w podziale dochodów publicznych**. Przepis art. 166 ust. 2 Konstytucji stanowi, że jeżeli wynika to z uzasadnionych potrzeb państwa, ustawa może zlecić jednostkom samorządu terytorialnego wykonywanie innych zadań publicznych; ustawa określa tryb przekazywania i sposób wykonywania zadań zleconych. Przepis art. 68 ust. 2 przewiduje, że **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. W końcu art. 2 stwierdza, iż Rzeczpospolita Polska jest demokratycznym państwem prawnym, urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej.

Przepis art. 68 ust. 2 Konstytucji oznacza, że: „[p]o pierwsze - konieczne jest funkcjonowanie w ramach (...) systemu opieki zdrowotnej mechanizmów pozwalających na gromadzenie, a następnie wydatkowanie na świadczenia zdrowotne środków publicznych”.

„Po drugie - świadczenia finansowane z wyżej wymienionych środków mają być dostępne dla obywateli (...), przy czym nie chodzi o dostępność jedynie formalną, (...) ale o dostępność rzeczywistą (...)

Po trzecie - dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych musi być równy dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej (...)

Po czwarte - obowiązek zapewnienia opisanego powyżej standardu dostępności świadczeń finansowanych ze środków publicznych obciąża władze publiczne”.

2.4. TK zauważył, że choć „przepisy regulują obowiązek pokrycia straty netto s.p.z.o.z. oraz - ostatecznie - jego likwidacji, to (...) **istotą zarzutów jest nieprawidłowe finansowanie działalności leczniczej**”. „[Z]asadniczym problemem konstytucyjnym w niniejszej sprawie jest ustalenie, na kim - na państwie czy na jednostkach samorządu terytorialnego - ciąży obowiązek finansowania świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych przepisami powszechnie obowiązującymi”.

„Konstytucja nie zakłada powszechnej dostępności do wszystkich znanych i stosowanych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej świadczeń opieki zdrowotnej (...). Ustawa nie może jednak pozostawiać wątpliwości co do tego, jaki jest zakres świadczeń medycznych przysługujących beneficjentom publicznego systemu opieki zdrowotnej wobec istnienia wyraźnego nakazu konstytucyjnego określenia tej materii”.

„[U]stawodawca dokonując wyboru określonego modelu normatywnego bierze na siebie związaną z tym odpowiedzialność za spójność, jasność i zupełność instrumentów, które go wyrażają”.

TK „nie przesądza, jaki powinien być zakres świadczeń gwarantowanych przez publiczną służbę zdrowia oraz jak gęsta miałyby być sieć placówek (...). Prawodawca (...) nie powinien jednak kierować się wyłącznie przesłankami finansowymi. Zasobność budżetów poszczególnych j.s.t. nie powinna mieć znaczącego wpływu na udzielanie opieki zdrowotnej na ich terenie, choć oczywiście nie da się tego wpływu całkowicie wyeliminować (kwestia stanu budynków, oddalenia od centrów klinicznych, komfortu, itp.)”.

„W Polsce (...) przyjęto model, w którym środki przeznaczone na opiekę zdrowotną gromadzone są w instytucji centralnej - NFZ, a następnie redystrybuowane do świadczeniodawców. Także i w tym modelu państwo - poprzez NFZ - musi zapewnić, że obywatel uzyska gwarantowane ustawą świadczenie”.

„Do NFZ wpływają (...) składki płacone (...) w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego (...). Podstawowe zadania NFZ (...) to zarządzanie tymi składkami (...) i finansowanie wskazanych w ustawie świadczeń opieki zdrowotnej”. „Do Funduszu należy między innymi przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie (...). Podmioty lecznicze, aby udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach publicznego systemu muszą zawrzeć umowę z NFZ (...). Wysokość łącznych zobowiązań NFZ wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może bowiem przekroczyć

wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu (...). Świadczenia opieki zdrowotnej udzielone przez s.p.z.o.z. poza zakresem umowy zawartej z NFZ są określane jako «nadwykonania»”.

„[U]stawodawca (...) określa krąg podmiotów uprawnionych do świadczeń, zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych i standard ich udzielania przez świadczeniodawców, jak również wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne. Wreszcie państwo - przez (...) NFZ - zarządza środkami publicznymi przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokonuje wyboru świadczeniodawców i wypłaca im środki na prowadzoną działalność, w zasadzie wg ustalanych przez siebie kryteriów.

(...) [W] ten sposób zorganizowany system ochrony zdrowia, całościowo uregulowany ustawami (...), nie pozostawia miejsca na kreatywną i samodzielną rolę samorządów terytorialnych w tej dziedzinie. Nie ma tu miejsca na «zadania własne» (...). [N]ie ulega wątpliwości, że finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zostało przez prawodawcę w całości powierzone (...) NFZ”.

„Samorządy zostały zobowiązane (...) do pełnienia funkcji organu założycielskiego określonego rodzaju placówek ochrony zdrowia, co jednak nie wiązało się z przekazaniem im kompetencji do prowadzenia polityki zdrowotnej”. Zakres świadczeń opieki zdrowotnej opłacanych ze środków publicznych jest ustalany centralnie.

Zdaniem TK, „[g]dyby NFZ w pełni uwzględnił ilość i refundował koszt świadczeń udzielanych przez zakłady opieki zdrowotnej związane z nim kontraktem, obciążenie organów założycielskich długami utworzonych przez nie placówek należałoby uznać za w pełni racjonalne i zgodne z wzorcami kontroli konstytucyjnej”.

„[P]rawodawca musi ocenić wzrost kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wynikający z wprowadzanych zmian prawa. Wykonanie obowiązku finansowania tych świadczeń, który to obowiązek spoczywa na NFZ (...), zakłada więc - w chwili zawierania kontraktu dotyczącego finansowania danego zakładu - obiektywną ocenę kosztu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, a w razie podniesienia wymagań ustawowych co do jakości i warunków ich realizacji - zaplanowanie w ustawie odpowiedniej rekompensaty wypłacanej świadczeniodawcom”. Prawodawca powinien w tym celu przeprowadzać ocenę skutków regulacji.

TK zwrócił uwagę na dwa czynniki powodujące zadłużenie: finansowanie tzw. nadwykonań oraz zmiany przepisów określających standard świadczeń opieki zdrowotnej.

„Poza świadczeniami objętymi kontraktem i w stanach nagłych, w szpitalach wykonywane są tzw. procedury nielimitowane, obejmujące m.in. porody, niektóre procedury z zakresu kardiologii interwencyjnej oraz pakiet onkologiczny. (...) [W]artość kontraktu z NFZ jest automatycznie powiększana o koszt świadczeń w ramach procedur nielimitowanych. Procedury w stanach nagłych (...) także są refundowane przez NFZ, (...) tyle że zapłata za nie zmniejsza pulę środków na świadczenia zakontraktowane (limitowane procedury planowe), także te, które zostały wykonane wcześniej. (...) Oznacza to, że na bieżące finansowanie luki przychodowej świadczeniodawca musi pozyskać (...) dodatkowe środki finansowe”.

„Ustawodawca wprowadza, w celu podniesienia jakości opieki zdrowotnej, istotne zmiany w zakresie (...) standardów opieki zdrowotnej. Zmiany te dotyczą między innymi kosztów i warunków pracy personelu medycznego (zwłaszcza podnoszenie płac), procedur stosowanych w diagnostyce i terapii, wykorzystywanego sprzętu, bezpieczeństwa i komfortu pacjentów, odpowiedzialności za szkody medyczne.” „[W]prowadzanie podwyższonego standardu wiąże się ze zwiększeniem wydatków s.p.z.o.z.”.

„Wśród aktów normatywnych, które ostatnio (...) wpłynęły na zwiększenie kosztu udzielania świadczeń medycznych wskazać należy przede wszystkim te, które odnoszą się do płac personelu medycznego, tj. m.in. ustawy:

- 1) z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (...);
- 2) z dnia 16 listopada 2016 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw (...), która obniżyła wiek emerytalny i w związku z tym wygenerowała m.in. koszty wypłaty odpraw emerytalnych i nagród jubileuszowych;
- 3) z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (...), która generuje koszty ponoszone na wynagrodzenia i pochodne od wynagrodzeń;
- 4) z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych (...) która również generuje koszty pracownicze”.

Podsumowując „**[m]echanizm finansowania przez NFZ nie gwarantuje (...) pokrycia kosztów wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych przez s.p.z.o.z. zgodnie z ich ustawowymi obowiązkami**”.

3.3. „Ustawodawca nie przyznał samorządowi terytorialnemu żadnych kompetencji ani w zakresie ustalania kręgu uprawnionych do świadczeń, ani koszyka świadczeń gwarantowanych (ich jakości), ani określenia wysokości składki zdrowotnej, wreszcie - egzekwowania i zarządzania tą składką”.

Zdaniem TK, „realizacja zasady: «nowe środki finansowe tylko na nowe zadanie» musi mieć realne granice. (...) [W]ykonywanie zadania zleconego z zakresu ochrony zdrowia wymaga stale rosnącego nakładu finansowego, przy czym wzrost kosztu w zdecydowanej mierze wynika z dyktowanego ustawami (...) podwyższania wynagrodzeń w służbie zdrowia i podnoszenia poziomu bezpieczeństwa i jakości świadczeń zdrowotnych. (...) «(...) **gminom przysługuje ochrona, nie tylko w związku z powierzaniem im nowych zadań, lecz także odpowiednio do zadań już im przypadających, lub ich modyfikacji, pociągającej za sobą konieczność zmiany w podziale dochodów publicznych**»”.

Zdaniem TK, „[w] świetle art. 68 ust. 2 Konstytucji trudno zaakceptować regulację, która jako wystarczającą przesłankę likwidacji s.p.z.o.z. traktuje jego zadłużenie”.

„[Z] lekceważeniem przez prawodawcę kosztów wprowadzanych aktów wiąże się zdecydowanie poważniejsze naruszenie wyrażonej w art. 2 Konstytucji zasady demokratycznego państwa prawa, a mianowicie: zarzut stanowienia prawa pozornego, którego pełna realizacja - ze względu na brak środków finansowych na jego stosowanie - jest niemożliwa. Ustawodawca nie może stanowić przepisów nakładających na zakłady opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych nowe obowiązki (czy też rozszerzających zakres dotychczasowych) bez oszacowania skutków finansowych regulacji i - odpowiednio do tego - zapewnienia środków koniecznych do wdrożenia nowego prawa”.

3. Różnice między dotychczasowym a projektowanym stanem prawnym

Projekt przewiduje, że stratę, w wysokości nie wyższej niż różnica między rzeczywistymi kosztami udzielania świadczeń gwarantowanych, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a przychodami z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rozumieniu tej

ustawy, uzyskanych w roku obrotowym objętym sprawozdaniem finansowym – będzie pokrywana z budżetu państwa, z części której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Rozwiązanie to będzie miało kilka skutków. Po pierwsze, zmniejszy ryzyko, że jednostki samorządu terytorialnego nieposiadające w budżecie środków wystarczających na pokrycie strat netto zozów będą zmuszone podejmować decyzje o ich likwidacji. Po drugie, przeniesie obowiązek pokrycia strat netto zozów na władzę centralną określającą zakres obowiązków zozów i sposób ich finansowania. Po trzecie, zmniejszy przypadki, w których straty będą powstawać. Władza centralna, świadoma, że w przypadku, powodującego straty netto, niedoszacowania kosztów działalności zozów, będzie zobligowana te straty pokryć, w bardziej realny sposób zaplanuje środki na ich funkcjonowanie.

4. Oświadczenie o zgodności z prawem Unii Europejskiej

Projektowana ustawa nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.