

Konferencja
Rektorów
Akademickich
Uczelni
Medycznych

KRAUM 

Gdańsk, 30 sierpnia 2021 r.

Nr pisma: KRAUM.21.08.2021

Przewodniczący KRAUM

Rektor
prof. dr hab. Marcin Gruchała
Gdański Uniwersytet Medyczny
kraum@gumed.edu.pl
tel. (58) 349 10 00
fax (58) 520 4038

Wiceprzewodnicząca KRAUM

Prorektor ds. Collegium Medicum
prof. dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
prorektor@cm.umk.pl

Wiceprzewodniczący KRAUM

Rektor
prof. dr hab. Andrzej Tykarski
Uniwersytet Medyczny
im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
rektor@ump.edu.pl

prof. dr hab. Adam Krętowski

Rektor
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
rektor@umb.edu.pl

prof. dr hab. Adam Krętowski

Rektor
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
rektor@umb.edu.pl

prof. dr hab. Tomasz Szczepański

Rektor
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
rektor@sum.edu.pl

prof. dr hab. Tomasz Grodzicki

Prorektor ds. Collegium Medicum
Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
prorektorcm@uj.edu.pl

prof. dr hab. Wojciech Załuska

Rektor
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
biuro.rektora@umlub.pl

prof. dr hab. Radziław Kordek

Rektor
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
rektor@umed.lodz.pl

prof. dr hab. Sergiusz Nawrocki

Prorektor ds. Collegium Medicum
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie
Collegium Medicum
prorektor@uwm.edu.pl

prof. dr hab. Bogusław Machaliński

Rektor
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
rektor@pum.edu.pl

prof. dr hab. Zbigniew Gaciong

Rektor
Warszawski Uniwersytet Medyczny
rektor@wum.edu.pl

prof. dr hab. Ryszard Gellert

Rektor
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
dyrektor@cmkp.edu.pl

prof. dr hab. Piotr Ponikowski

Rektor
Uniwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
rektor@umed.wroc.pl

prof. dr hab. Stanisław Głuszek

Rektor
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
rektor@ujk.edu.pl

prof. dr hab. Maciej Zabel

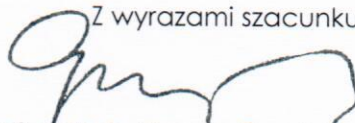
Prorektor ds. Collegium Medicum
Uniwersytet Zielonogórski
Collegium Medicum
m.zabel@cm.uz.zgora.pl

Szanowny Pan
Krzysztof Kwiatkowski
Przewodniczący
Komisji Ustawodawczej

Szanowny Panie Przewodniczący,

W nawiązaniu do pisma z dnia 18 sierpnia 2021 r.
(BPS.DKS.KU.0401.24.2021) dotyczącego projektu ustawy
o zmianie ustawy o działalności leczniczej (druk senacki 458),
przesyłam w załączeniu uwagi KRAUM.

Z wyrazami szacunku,



prof. dr hab. Marcin Gruchała

Rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
Przewodniczący KRAUM w kadencji 2020-2024

Uwagi KRAUM do projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej

Lp.	Przepis, którego dotyczy uwaga	Treść uwagi
1.	art. 1 pkt 2 w odniesieniu do dodawanego w art. 59 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711, z późn. zm.) ust. 2d	Postuluje się nadanie ust. 2 pkt 1) obowiązującej ustawy, następującego brzmienia: „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 oraz ust. 2d.”.
2.	art. 1 pkt 2 w zakresie dodawanego art. 59 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711, z późn. zm.) ust. 2c	Postuluje się nadanie ust. 2c następującego brzmienia: „2c. W przypadku podmiotu leczniczego utworzonego i prowadzonego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa art. 6 ust. 2 pkt 3 i ust. 6, 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.”. Tytułem uzasadnienia należy wskazać, iż Trybunał Konstytucyjny wyrokiem z dnia 20 listopada 2019 r. (sygn. akt K 4/17) orzekł, że: Art. 59 ust. 2 w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6 i art. 61 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku 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 oraz nie jest niezgodny z art. 166 ust. 1 Konstytucji;

Lp.	Przepis, którego dotyczy uwaga	Treść uwagi
		<p>1. przepis wymieniony w części I, w zakresie tam wskazanym, traci moc obowiązującą po upływie 18 (osiemnastu) miesięcy od dnia ogłoszenia wyroku w Dzienniku Ustaw RP.</p> <p>W uzasadnieniu orzeczenia TK wyjaśnił, że 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”.</p> <p>„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 (...)</p> <p>Po trzecie - dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych musi być równy dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej (...)</p> <p>Po czwarte - obowiązek zapewnienia opisanego powyżej standardu dostępności świadczeń finansowanych ze środków publicznych obciąża władze publiczne”.</p> <p>Skoro TK w przywołanym orzeczeniu doszedł do przekonania, że obowiązek finansowania świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych przepisami powszechnie obowiązującymi, ciąży na państwie (a nie jednostce samorządu terytorialnego), to tym bardziej obowiązek taki nie może obciążać samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, ani też uczelni medycznej będącej dla niego podmiotem tworzącym. Uwzględniając treść powołanych regulacji Trybunał stwierdził bowiem, że pełnienie funkcji podmiotu tworzącego dla s.p.z.o.z., także na poziomie regionalnym, nie oznacza, że finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej jest zadaniem własnym jednostki samorządu terytorialnego.</p> <p>Co więcej, skoro „(...) [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”, to nie można w szczególności obowiązkiem pokrycia stary netto regulowanej w projektowanej ustawie obarczać samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez uczelnie medyczne.</p> <p>Projektodawca argumentuje przy tym, że projekt ustawy dostosowuje system prawa do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 r. (sygn. akt K 4/17). Niemniej w ocenie autora</p>

Lp.	Przepis, którego dotyczy uwaga	Treść uwagi
		<p>uwagi do projektu ustawy, niezbędna jest daleko bardziej idąca ingerencja w ustawę o działalności leczniczej, która pozwoli na uregulowanie wspomnianej materii również w odniesieniu do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, o których mowa art. 6 ust. 6 ustawy o działalności leczniczej, a zatem utworzonych i prowadzonych przez uczelnię medyczną.</p> <p>Jeżeli bowiem – co zostało bezspornie potwierdzone przez TK – obowiązek finansowania świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych przepisami powszechnie obowiązującymi ciąży na państwie, a nie na jednostce samorządu terytorialnego, do której zadań własnych należą sprawy z zakresu ochrony zdrowia (art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym), albo powiatu wykonującego określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w zakresie promocji i ochrony zdrowia (art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym), a także samorządu województwa (art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa), to brak jest racjonalnych przesłanek, ażeby ciężar finansowania świadczeń zdrowotnych obciążał samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej utworzony przez uczelnię medyczną albo też samą uczelnię medyczną.</p>
3.	<p>art. 1 pkt 2 w zakresie dodawanego w art. 59 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711, z późn. zm.) ust. 2e i 2f</p>	<p>Postuluje się nadanie ust. 2e następującego brzmienia: „2e. Jeżeli po pokryciu straty netto, o którym mowa w ust. 2d, występuje nadal strata netto do pokrycia, strata jest pokrywana przez podmiot tworzący na zasadach określonych w ust. 2. Przepis ust. 2a i 2b stosuje się.”.</p> <p>Z art. 59 ust. 2f proponujemy wykreślenie ostatniego fragmentu: z wyłączeniem kosztów procedur medycznych powstałych z w ramach działalności komercyjnej o charakterze medycznym.</p>
4.	<p>art. 1 pkt 2 w zakresie dodawanego w art. 59 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711, z późn. zm.) ust. 2h</p>	<p>Postuluje się nadanie ust. 2h następującego brzmienia: „2h. W przypadku niepokrycia straty netto w sposób określony w ust. 2d, podmiot tworzący jest obowiązany w terminie 12 miesięcy od upływu terminu określonego w ust. 2g, wydać rozporządzenie, zarządzenie albo podjąć uchwałę o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jeżeli strata netto za rok obrotowy po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną.”.</p> <p>- uwaga o charakterze porządkowym oraz dostosowującym w zakresie uwagi numer 1 i brzmienia aktualnego art. 59 ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1.</p>

Lp.	Przepis, którego dotyczy uwaga	Treść uwagi
5.	art. 1 pkt 2 w odniesieniu do obowiązującego w art. 59 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711, z późn. zm.) ust. 4	<p>Proponuje się usunięcie z treści obowiązującej ustawy, ust. 4.</p> <p>W raporcie, o którym mowa w art. 53a ust. 1 dokonuje się analizy istotnych zdarzeń, które wpłynęły na sytuację finansową podmiotu leczniczego, w tym na ewentualną stratę netto i dokument ten może być podstawą do ustalenia z organem tworzącym stosownego programu naprawczego. Bardzo wiele obecnie wprowadzanych przepisów prawnych powoduje skutki finansowe dla działania podmiotów leczniczych o skali wpływu potrafiącej zniwelować poczynione wcześniej założenia restrukturyzacyjne.</p>
6.	art. 59	<p>Proponowane rozwiązanie legislacyjne, w ramach którego to na Skarbie Państwa, a nie na podmiotach tworzących (wyższe uczelnie, jst) ciążył będzie obowiązek pokrycia straty podmiotów leczniczych, jakie poniosły w wyniku udzielania świadczeń gwarantowanych należy uznać co do zasady za jak najbardziej uzasadniony i oczekiwany. Słusznie podnosi się w uzasadnieniu projektu, że rozwiązanie zmniejszy ryzyko likwidowania placówek przez podmioty tworzące z uwagi na brak środków, przeniesie obowiązek pokrycia strat netto placówek na władzę centralną określającą zakres świadczeń gwarantowanych zmniejszy przypadki, w których straty będą powstawać. Władza centralna, świadoma, że w przypadku, powodującego straty netto, niedoszacowania kosztów działalności, będzie zobligowana te straty pokryć, w bardziej realny sposób zaplanuje środki na ich funkcjonowanie.</p> <p>Należy jednak podkreślić, że adresatami proponowanego rozwiązania są tylko te podmioty, które są prowadzone w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Tymczasem problemy wynikające z niedoszacowania świadczeń gwarantowanych dotyczą również podmioty lecznicze prowadzone m.in. w formie spółek kapitałowych, których podmiotami tworzącymi są uczelnie medyczne lub jednostki samorządu terytorialnego. Należy więc postulować wprowadzenie analogicznych mechanizmów również w odniesieniu do tych podmiotów.</p> <p>Należy też przeanalizować zasadność zapisu projektowanego art. 59 ust. 2c ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym strata jest pokrywana w wysokości nie większej niż wskazana w projekcie różnica między rzeczywistymi kosztami, a uzyskanymi przychodami. Warto rozważyć, czy wysokość straty pokrywanej ze środków budżetu państwa nie winna być określona w sposób sztywny, jako różnica pomiędzy tymi kosztami i przychodami. Wykluczy to ewentualne wypłacanie kwot na pokrycie strat w kwotach mniejszych niż faktycznie poniesione. Owszem, w ust. 2h oraz w projektowanym art. 61 ust. 2 wprowadzono mechanizm obligatoryjnej likwidacji spoz przez podmiot tworzący w razie niepokrycia straty w sposób określony w ust. 2d (co jednak dalej nie rozwiązuje ewentualnych wątpliwości wynikających z zapisu" w wysokości nie wyższej"), połączony</p>

Lp.	Przepis, którego dotyczy uwaga	Treść uwagi
		<p>z przejściem wszystkich zobowiązań zoz przez Skarb Państwa, jednak wydaje się że to sztywne rozwiązanie, pozbawiające podmiot tworzący podjęcia decyzji, czy mimo niepokrycia straty przez Skarb Państwa z innych względów (często społecznych) podmiot leczniczy będzie kontynuował swoją działalność, nie jest rozwiązaniem dobrym. Warto w takim wypadku decydowania się na fakultatywność likwidacji placówki wyposażyć podmioty tworzące w roszczenie cywilne o żądanie zapłaty równowartości straty, tak jak ma to miejsce w art. 49 ustawy o dochodach jednostek samorządu terytorialnego, który upoważnia samorządy do dochodzenia przed sądem od Skarbu Państwa należnych dotacji, jeśli zostały one przekazane na realizację zadań zleconych w wysokości uniemożliwiającej pełne i terminowe wykonanie zadań przez samorząd.</p>
7.	art. 56 ustawy o działalności leczniczej	<p>Zgodnie ze zmianą art. 56 ustawy o działalności leczniczej wprowadzoną ustawą z dnia 10.06.2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw aktualnie ww. przepis ustawy brzmi: 1. Wartość majątku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej określają: 1) fundusz założycielski; 2) fundusz zakładu.</p> <p>2. Fundusz założycielski zakładu stanowi wartość wydzielonej samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej części mienia Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego lub uczelni medycznej, w tym przekazanego w nieodpłatne użytkowanie.</p> <p>3. Fundusz zakładu stanowi wartość majątku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po odliczeniu funduszu założycielskiego.</p> <p>Zgodnie z zapisami ustawy o działalności leczniczej podmiot leczniczy winien dokonać ewidencji majątku w swoich księgach. Podmioty lecznicze są zobowiązane do prowadzenia ksiąg rachunkowych i sporządzania sprawozdań finansowych zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o rachunkowości. Zgodnie natomiast z treścią art. 56 ustawy o działalności leczniczej składniki majątkowe w postaci nieruchomości (budynków, gruntów) otrzymane od podmiotu tworzącego do nieodpłatnego użytkowania powinny zostać wprowadzone do ewidencji środków trwałych podmiotu leczniczego. Od wartości początkowej otrzymanych budynków należy dokonywać odpisów amortyzacyjnych na podstawie art. 32 ustawy o rachunkowości. W myśl tych przepisów, odpisów amortyzacyjnych od środka trwałego dokonuje się drogą systematycznego, planowanego rozłożenia jego wartości początkowej na ustalony okres amortyzacji. Na dzień przyjęcia środka trwałego do używania należy ustalić okres lub stawkę i metodę jego amortyzacji. Odpisy te powinny obciążać koszty działalności operacyjnej podmiotu leczniczego.</p>

Lp.	Przepis, którego dotyczy uwaga	Treść uwagi
		<p>Trzeba mieć na uwadze, iż do zmiany ustawy budynki te były amortyzowane przez podmiot tworzący podmiot leczniczy. Zmiana ustawy powoduje, iż to Szpitale muszą ujmować w kosztach odpisy amortyzacyjne dotyczące budynków, które zostały im przekazane do użytkowania. Biorąc pod uwagę fakt, i odpisy te są często bardzo wysokie (zwłaszcza, gdy Szpital został rozbudowany, powstałe nowe budynki – koszty te są kolosalne).</p> <p>Przyjęcie takiego założenia, iż to Szpitale muszą dokonywać odpisów amortyzacyjnych budynków oddanych im w bezpłatne użytkowanie doprowadzi do sytuacji, iż będą one wykazywały znaczną stratę. Natomiast zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej kierownik jednostki w przypadku wystąpienia straty netto ma obowiązek opracować do dnia 30 września danego roku plan naprawczy.</p> <p>Jest to dość skomplikowana procedura, która nakłada na Szpitale dodatkowe obowiązki oraz ograniczenia oraz wiąże się z dodatkowymi kosztami. Natomiast w przypadku takich zapisów ustawy (biorąc pod uwagę często kilkudziesięciomilionowe odpisy amortyzacyjne) może dojść do sytuacji, iż znaczna część Szpitali co roku będzie musiała wprowadzać procedurę naprawczą. Tym bardziej, że dotychczas, gdy odpisów amortyzacyjnych dokonywał podmiot tworzący nie podmiot leczniczy, strata netto w przypadku wielu Szpitali nie powstawała.</p>
8.	<p>Propozycja zmiany art. 6 ust. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Powinien on brzmieć:</p> <p>6. Uczelnia medyczna może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, 2) spółki kapitałowej. 	<p>Projekt powinien zostać uzupełniony, w taki sposób aby możliwość pokrycia straty netto przez Skarb Państwa dotyczyła również Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym są uczelnie medyczne, z wyłączeniem podmiotów leczniczych prowadzonych w formie spółek kapitałowych.</p> <p>Szpitali kliniczne, dla których podmiotem tworzącym jest uczelnia wyższa, udzielają – w powiązaniu z działalnością dydaktyczno-naukową uczelni wyższej-uczelni medycznej - świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie wysokospecjalistycznych, a więc kosztochłonnych (oraz zbyt nisko wycenionych przez płatnika) procedur medycznych. Szpitale kliniczne są często jedynymi podmiotami zapewniającymi dostęp do takich świadczeń dla Pacjentów nie tylko z obszaru województwa, ale i całego kraju. Ponadto szpitale o niższym stopniu referencyjności (w tym szpitale samorządowe) kierują do szpitali klinicznych wszystkie ciężkie przypadki.</p> <p>Nie ma zatem uzasadnienia, aby różnicować zasady według których funkcjonują szpitale, w zależności od organu je tworzącego, w taki sposób, że szpitale tworzone przez uczelnie wyższe wykluczone zostaną z możliwości pokrycia straty netto z budżetu Państwa.</p>

Lp.	Przepis, którego dotyczy uwaga	Treść uwagi
		Należy podkreślić, iż obecnie czeka na rozpoznanie wniosków do Trybunału Konstytucyjnego jaki złożył 20 maja 2020 r. Sąd Okręgowy w Warszawie, na temat stwierdzenia zgodności z Konstytucją RP analizowanych przepisów dotyczących właśnie uczelni medycznych.

Uwagi ogólne

Projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej przewiduje zmianę dotyczącą jedynie jednostek samorządu terytorialnego jako organu założycielskiego natomiast pomija uczelnie medyczne jako organ założycielski dla szpitali klinicznych. Powoduje to nierówne traktowanie różnych podmiotów finansów publicznych. Zaproponowana przez Uniwersytet zmiana ma na celu jednakowe traktowanie przez ustawodawcę SPZOZ-ów utworzonych i prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego i uczelnie medyczne.

Uczelnie medyczne zobowiązane są do ponoszenia odpowiedzialności finansowej za zrealizowane przez SPZOZ, a niesfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczenia zdrowotne. Zgodnie z wspomnianym wyżej przepisem - w przypadku ujemnego wyniku finansowego szpitala klinicznego uczelnia medyczna tak samo jak jednostka samorządu terytorialnego ma obowiązek albo pokrycia straty (9 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego), albo likwidacji SPZOZ (12 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego).

Przepis art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej nałożył na uczelnie medyczne obowiązek finansowania z budżetu uczelni kosztów leczenia pacjentów, które odbywa się w szpitalach klinicznych i uniwersyteckich. Niestety, ale projektowane zmiany w/w ustawy obejmują tylko kwestie pokrywania strat szpitali przez samorządy, a w planowanych założeniach pominięto uczelnie, które nadal będą obciążone odpowiedzialnością za ewentualne pokrycie straty netto. Sytuacja ta jest szczególnie istotna z uwagi na rosnący z roku na rok wzrost zobowiązań szpitali klinicznych.

Wnioskujemy o rozszerzenie nowelizacji ustawy o organy założycielskie jakimi są Publiczne Uczelnie Medyczne.

Projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej przewiduje zmianę działającą jedynie na korzyść jednostek samorządu terytorialnego, natomiast w kwestii dot. nałożenia na publiczną uczelnie medyczną obowiązku pokrycia straty netto, o której mowa w art. 59 ust. 2 pkt 1 ustawy

o działalności leczniczej – przepis pozostaje niezmienny, co nadal skutkuje tym, iż uczelnie medyczne zobowiązane są do ponoszenia odpowiedzialności finansowej za zrealizowane przez SPZOZ, a niesfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczenia zdrowotne. Zgodnie z wspomnianym wyżej przepisem w przypadku ujemnego wyniku finansowego szpitala klinicznego uczelnia medyczna ma obowiązek albo pokrycia straty (9 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego), albo likwidacji SPZOZ (12 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego).

Przepis art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej nałożył na uczelnie medyczne obowiązek finansowania z budżetu uczelni kosztów leczenia pacjentów, które odbywa się w szpitalach klinicznych i uniwersyteckich. Niestety, ale projektowane zmiany w/w ustawy obejmują tylko kwestie pokrywania strat szpitali przez samorządy, a w planowanych założeniach ominięto uczelnie, które nadal będą obciążone odpowiedzialnością za ewentualne pokrycie straty netto. Sytuacja ta jest szczególnie istotna z uwagi na rosnący z roku na rok wzrost zobowiązań szpitali.

Ważną kwestią, o której należy wspomnieć jest fakt, iż w odróżnieniu od jednostek samorządu terytorialnego uczelnie medyczne w zakresie swojej działalności nie udzielają świadczeń zdrowotnych, zatem nie finansują działalności leczniczej. Co więcej, uczelnie medyczne nie posiadają ustawowo określonych środków, które mogłyby przeznaczać na pokrycie strat utworzonego szpitala. Warto zaznaczyć, iż obecnie źródłem finansowania uczelni medycznych jest głównie subwencja otrzymana z budżetu państwa i przeznaczona przede wszystkim na utrzymanie i rozwój potencjału dydaktycznego (kształcenie studentów) oraz na utrzymanie i rozwój potencjału badawczego. Dodatkowo uczelnie otrzymują dotacje celowe z przeznaczeniem na konkretnie wskazane cele. Katalog środków określa ustawa prawo o szkolnictwie wyższym i nauce i co ważne - katalog ten nie obejmuje otrzymywania przez uczelnie medyczne dodatkowych środków związanych z finansowaniem odrębnych podmiotów, w tym podmiotów leczniczych, dla których uczelnia medyczna jest podmiotem tworzącym. Warto przy tym zaznaczyć, że w ślad za ustawą o działalności leczniczej wprowadzającą odpowiedzialność uczelni medycznych za straty szpitali nie dokonano zmiany innych przepisów regulujących gospodarkę finansową uczelni w myśl ww. przepisów. Pomimo wprowadzonej w roku 2018 nowej ustawy prawo o szkolnictwie wyższym i nauce – ustawodawca nie przewidział przyznawania jakichkolwiek środków (dotacji/subwencji) na pokrywanie strat podmiotów leczniczych, dla których uczelnie medyczne są podmiotami tworzącymi. Uczelnie obecnie nie otrzymują żadnych dodatkowych środków na ten cel.

Podsumowując, projekt zmian ustawy o działalności leczniczej spowoduje dalsze spore zamieszanie w zakresie konieczności pokrywania strat szpitali przez podmioty je tworzące, głównie uczelnie medyczne. O ile dla jednostek samorządu terytorialnego sprawa zostanie wyjaśniona, o tyle w przypadku uczelni medycznych obowiązek finansowania niepokrytych niedoborów finansowych przez SPZOZ nadal pozostaje po stronie uczelni, dla których są one podmiotem tworzącym i to bez względu na przyczyny, które spowodowały stratę netto tych szpitali. Warto zaznaczyć, że obowiązek ten dotyczy polityki zdrowotnej państwa, która powinna być prowadzona przez władze centralne, które reprezentuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Należy zwrócić też uwagę, że ze względu na brak wyznaczenia przez prawodawcę ram odpowiedzialności uczelni medycznych za stratę netto szpitali (obecnie ustawa wskazuje, iż jest to w wymiarze finansowym odpowiedzialność nieograniczona czasowo), ustawodawca zobowiązuje uczelnie dodatkowo do ponoszenia odpowiedzialności finansowej za zrealizowane przez szpital, a niesfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia tzw. „nadwykonania” świadczeń zdrowotnych. Właśnie te tzw. „nadwykonania” najczęściej są przyczyną

wzrostu zadłużenia szpitali. Dlatego też nie jest prawidłowym, aby niedoszacowane koszty świadczeń i brak zapłaty za „nadwykonania” powodowały, iż w znacznej mierze ciężar finansowy udzielanych świadczeń przerzucany jest na szpitale, a następnie, poprzez art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, przenoszony jest na podmioty tworzące. Takie działanie jest bardzo ryzykowane, bowiem brak zapewnienia przez władze publiczne środków finansowych dla uczelni medycznych na realizację zadań z zakresu sprawowania opieki zdrowotnej, rodzi poważne skutki dla gospodarki finansowej takiej uczelni.

Biorąc powyższe pod uwagę oraz fakt, iż przedmiotowy projekt zmian ustawy o działalności leczniczej w żaden sposób nie odnosi się do skutków finansowych uczelni medycznych, które są podmiotami tworzącymi szpitale, uzasadnione jest tym bardziej zwrócenie się do ustawodawcy z propozycją dokonania stosownych zmian, w zakresie analogicznego obowiązku, ciężącego na publicznej uczelni medycznej.

Wyraźnie podnieść należy, iż problemy narastania strat i zobowiązań Szpitali zwiększają się od 2017 roku po wprowadzeniu ryczałtowego systemu finansowania świadczeń. Odejście od rozliczenia w oparciu o liczbę wykonanych świadczeń zgodnie z katalogiem JGP spowodowało rozchwianie „systemu ekonomicznego Szpitali” pogłębione wprowadzeniem ustawowych podwyżek wynagrodzeń. Efektywność funkcjonowania Szpitali została również ograniczona epidemią wirusa SARS-Cov-2. Z tego względu wydaje się, iż pokrywanie strat generowanych przez Szpitale jest niezbędne, a instrumenty finansowe mogłyby obejmować:

1. Wprowadzenie współczynników korygujących – podnoszących wycenę świadczeń medycznych. Mechanizm ten jest prostszym rozwiązaniem od proponowanego w Projekcie Senackim zawartym w ustępie 2d i 2f – ma również mniej skomplikowany zobiektywizowany charakter.
2. Pełne pokrycie kosztów podwyżek ustawowych łącznie z kosztami pracodawcy, których obecnie NFZ nie finansuje.

Propozycja zawarta w ustępie 2c Projektu Senackiego stanowiąca, iż strata SPZOZ pokrywana jest z budżetu państwa – jako różnica przychodów i kosztów zrealizowanych procedur – stwarza sytuację, w której w pozostałej wysokości strata nadal będzie pokrywana przez podmiot tworzący co wynika z ust. 2e projektu. Może tworzyć to wątpliwości interpretacyjne odnośnie poziomu strat pokrywanych w oparciu o regulacje ustępu 2c oraz ustępu 2e. Ponadto podmiot tworzący w zaproponowanej regulacji ustępu 2c projektu byłby nadal zobowiązany do pokrywania strat SPZOZ.

Wydaje się, iż w najbliższym okresie wystąpią trudności w kalkulowaniu rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń gwarantowanych z uwagi na fakt, iż w podmiotach leczniczych występuje zróżnicowany poziom informatyzacji, a dostosowanie i wdrażanie nowych rozwiązań informatycznych w zakresie standardu rachunku kosztów jest dłuższym procesem. Zatem dane dotyczące rzeczywistego kosztu procedur

medycznych nie będą miały obiektywnego charakteru. Zgodnie ze standardem rachunku kosztów, koszt wykonania procedury medycznej stanowi suma kosztów pośrednich i bezpośrednich - §2 pkt 12 rozporządzenia MZ z 26.10.2020 r. w sprawie standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców. W poszczególnych podmiotach leczniczych struktura kosztów pośrednich będzie różna uzależniona od jego infrastrukturalnych „zasobów”. Stąd wydaje się, iż pokrywanie straty wygenerowanej ponad sumę przychodów uzyskanych z tytułu udzielanych świadczeń, a sumą kosztów procedur nie będzie miało ekonomicznie obiektywnego charakteru.

Uwagi do projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej

Lp.	Pomiot zgłaszający uwagę	Przepis, którego dotyczy uwaga	Treść uwagi
1.	UNIwersytet MEDYCZNY W BIAŁYMSTOKU	Art. 59	W art. 59 po ust. 2b dodaje się ust. 2c–2h w brzmieniu: „2c. W przypadku podmiotu leczniczego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej , o którym mowa w art. 6 ust. 2 pkt 3 oraz w art. 6 ust. 6 , 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.

Projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej przewiduje zmianę dotyczącą jedynie jednostek samorządu terytorialnego jako organu założycielskiego natomiast pomija uczelnie medyczne jako organ założycielski dla szpitali klinicznych. Powoduje to nierówne traktowanie różnych [podmiotów finansów publicznych](#). [Zaproponowana przez Uniwersytet zmiana ma na celu jednakowe traktowanie przez ustawodawcę SPZOZ-ów utworzonych i prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego i uczelnie medyczne.](#)

Uczelnie medyczne zobowiązane są do ponoszenia odpowiedzialności finansowej za zrealizowane przez SPZOZ, a niesfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczenia zdrowotne. Zgodnie z wspomnianym wyżej przepisem - w przypadku ujemnego wyniku finansowego szpitala klinicznego uczelnia medyczna [tak samo jak jednostka samorządu terytorialnego](#) ma obowiązek albo pokrycia straty (9 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego), albo likwidacji SPZOZ (12 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego).

Przepis art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej nałożył na uczelnie medyczne obowiązek finansowania z budżetu uczelni kosztów leczenia pacjentów, które odbywa się w szpitalach klinicznych i uniwersyteckich. Niestety, ale projektowane zmiany w/w ustawy obejmują tylko kwestie pokrywania strat szpitali

przez samorządy, a w planowanych założeniach pominięto uczelnie, które nadal będą obciążone odpowiedzialnością za ewentualne pokrycie straty netto. Sytuacja ta jest szczególnie istotna z uwagi na rosnący z roku na rok wzrost zobowiązań szpitali [klinicznych](#).

Wnioskujemy o rozszerzenie nowelizacji ustawy o organy założycielskie jakimi są Publiczne Uczelnie Medyczne.

Załącznik do pisma
KRAUM.21.08.2021
z dnia 20.08.2021 r.

Uwagi do projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej

Lp.	Pomiot zgłaszający uwagę	Przepis, którego dotyczy uwaga	Treść uwagi
1.	Uniwersytec ki Szpital Kliniczny w Białymstoku	Art. 1 pkt. 2 projektu ustawy, w zakresie zmiany w art. 59 ust. 2c ustawy o działalności leczniczej	Sposób pokrycia straty odnosi się do podmiotów leczniczych wskazanych w art. 6 ust. 2 pkt. 3 ustawy o działalności leczniczej tj. podmiotów leczniczych prowadzonych w formie samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej dla których podmiotem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego – przepis nie reguluje zasad pokrycia straty netto szpitali klinicznych, dla których podmiotem tworzącym jest uczelnia medyczna (art. 6 ust. 6 ustawy o działalności leczniczej).