



Warszawa, 14.08.2026

Sz. P. Dr **Jolanta Sobierańska-Grenda**, Minister Zdrowia

Drogą elektroniczną:

Dotyczy: uwagi do ustawy z dnia 24 lipca 2026 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD439)

Szanowna Pani Minister,

Uprzejmie przedstawiam uwagi do przedmiotowego projektu, które zostały wypracowane w Polskiej Federacji Szpitali.

Wprowadzenie

Uwagi opracowano na podstawie tekstu projektu, uzasadnienia oraz Oceny Skutków Regulacji. Punktem wyjścia jest leczenie szpitalne i zabiegowe, natomiast części III i IV wskazują grupy zawodowe oraz obszary ochrony zdrowia objęte projektem mimo braku odniesienia do nich w uzasadnieniu, a części V, VI i VII obejmują skutki w zakresie ochrony danych osobowych, praw pacjenta oraz zgodności z Konstytucją i zasadami techniki prawodawczej. Warto podkreślić, że uwzględniono także analizę skutków proponowanych regulacji dla pacjenta.

Informacje o reprezentatywnym uczestniku dialogu społecznego

www.pfsz.org/kim-jestesmy-pfsz/

Polska Federacja Szpitali (PFSz) jest ogólnopolską organizacją pracodawców zrzeszającą Szpitale niezależnie od ich struktury własnościowej, wielkości, profilu specjalistycznego, lokalizacji czy modelu działania.

PFSz zrzesza bezpośrednio ponad 250 Szpitali, a poprzez członkostwo pośrednie albo porozumienia z lokalnymi oraz sektorowymi związkami Szpitali funkcjonuje jako organizacja parasolowa w sumie dla około ponad 500 Szpitali. Atut PFSz stanowi także spora grupa

członków wspierających: liczących się firm krajowych i międzynarodowych, ekspertów systemu ochrony zdrowia oraz ambasadorów PFSz.

- PFSz popiera tworzenie mechanizmów sprzyjających powstawaniu organizacji koordynowanej ochrony zdrowia konkurujących o wartość dla pacjenta oraz wynagradzanych za wynik leczenia w całym przebiegu choroby.
- PFSz należy do największej wielobranżowej organizacji pracodawców w Polsce – [Pracodawcy RP](#).
- PFSz reprezentuje Polskę w [Europejskiej Federacji Szpitali HOPE](#), która zrzesza ponad 80% zasobów szpitalnych w Unii Europejskiej.
- PFSz reprezentuje Polskę w [Światowej Federacji Szpitali IHF](#) – jedynej globalnej organizacji Szpitali.

Nasza wizja to zrównoważony system ochrony zdrowia ponad podziałami.

Uwagi do projektu ustawy z dnia 24 lipca 2026 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD439)

Część I. Uwagi ogólne

I.1. Projekt reguluje zasób kadrowy

Projekt w całości operuje na wielkościach wejściowych: wymiarze zaangażowania personelu, stawce za godzinę, formie umowy, trybie wyboru kontrahenta. Nie zawiera mechanizmu odnoszącego się do wielkości wyjściowej, czyli liczby udzielonych świadczeń i czasu oczekiwania, ani tym bardziej wartości dla pacjentów.

Instrumenty ograniczające podaż zasobu działają najsilniej tam, gdzie zasób jest najrzadszy. W lecznictwie szpitalnym oznacza to specjalności deficytowe oraz ośrodki poza dużymi aglomeracjami, czyli miejsca, w których pacjent ma dziś najmniejszy wybór i najdłużej czeka. Projekt może pogłębiać zatem istniejące różnicowania terytorialne.

Odnotowujemy przy tym, że kierunkiem zgłaszany w toku obecnej debaty jest przejście od finansowania czasu pracy i pojedynczych procedur do finansowania opartego na wartości zdrowotnej, realizowanego przez organizacje opieki koordynowanej. Jest to postulat zgłaszany przez Polską Federację Szpitali od wielu lat, nawet jeszcze przed powstaniem PSZ. Postulat ten wykracza poza zakres przedmiotowego projektu, wskazujemy jednak, że rozwiązania utrwalające regulację ceny godziny i konkurencji o pieniądze oddalają system od tego kierunku.

I.2. Ocena Skutków Regulacji pomija skutki, które projekt wywołuje bezpośrednio

Ocena Skutków Regulacji nie zawiera analizy wpływu na dostępność świadczeń, na sektor mikroprzedsiębiorców i małych przedsiębiorców ani na koszt administracyjny po stronie

świadczeniodawców. Jednocześnie ten sam dokument opisuje cykliczne przetwarzanie danych rzędu miliona osób z agregacją według numeru PESEL i numeru prawa wykonywania zawodu, przy równoczesnym stwierdzeniu w uzasadnieniu, że projekt nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych i że nie przeprowadzono oceny skutków dla ochrony danych. Twierdzenia te wzajemnie się wykluczają.

Odnotowujemy również, że Ocena Skutków Regulacji opisuje skutek górnej granicy stawki jako poprawę wyniku finansowego świadczeniodawców. Twierdzenie to pozostaje w sprzeczności z równolegle wprowadzanym art. 61a ust. 1a, który czyni zdolność do wypracowywania zysku przesłanką kontroli. Projekt zakłada zatem poprawę rentowności i jednocześnie traktuje ją jako nieprawidłowość.

I.3. Niedostatki procedury konsultacyjnej

Termin na zgłoszenie uwag wynosi dwadzieścia jeden dni od dnia 24 lipca 2026 r. i upływa 14 sierpnia 2026 r. Jest to termin nieproporcjonalny do zakresu projektu, który zmienia jednocześnie zasady zatrudniania personelu, zasady wynagradzania, zasady podwykonawstwa, tryb wyboru kontrahentów, zakres kontroli oraz prawa pacjenta.

Zmiana dotycząca programów pilotażowych jest uzasadniona ustaleniami kontroli, których informacja o wynikach nie została opublikowana. Adresaci konsultacji nie mają zatem dostępu do materiału, na którym oparto część rozwiązań.

Wniosek o wydłużenie konsultacji został już złożony. Podczas posiedzenia Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia w dniu 6 sierpnia 2026 r. partnerzy społeczni, z udziałem przedstawicieli Polskiej Federacji Szpitali opowiedzieli się za przedłużeniem okresu konsultacji, wskazując, że nie przeprowadzono pre-konsultacji, a zakres projektu wykracza daleko poza ograniczenie najwyższych wynagrodzeń. Popieramy ten wniosek w całości i wnosimy o jego uwzględnienie.

Część II. Uwagi szczegółowe

1. Podwykonawstwo międzyszpitalne. Art. 26 ust. 1 i 1a ustawy o działalności leczniczej

Przepis. Nowy art. 26 ust. 1 zawęża krąg przyjmujących zamówienie do osób fizycznych prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą jako indywidualna praktyka zawodowa, udzielających świadczeń w zakładzie leczniczym podmiotu zlecającego. Nowy art. 26 ust. 1a tworzy odrębną podstawę dla podmiotu leczniczego, ale wyłącznie wtedy, gdy świadczenia będą udzielane w zakładzie leczniczym przyjmującego zamówienie. Uzasadnienie potwierdza, że wyjątek z ust. 1a jest świadomy, i objaśnia go potrzebą utrzymania umów z laboratoriami i pracowniami diagnostycznymi.

Mechanizm. Konstrukcja ta rozstrzyga losy dwóch przeciwnych kierunków współpracy. Kierunek pierwszy, w którym szpital kieruje pacjenta na procedurę wykonywaną w infrastrukturze innego podmiotu, mieści się w art. 26 ust. 1a. Kierunek drugi, w którym zespół i wyposażenie przyjeżdżają do szpitala zlecającego i procedura odbywa się przy jego łóżku, nie mieści się w żadnym z dwóch przepisów, jeżeli przyjmującym zamówienie jest podmiot leczniczy. Podstawa z ust. 1 pozostaje zarezerwowana dla osoby fizycznej.

Jedyną drogą utrzymania kierunku drugiego pozostawioną przez projekt jest zarejestrowanie przez przyjmującego zamówienie własnego zakładu leczniczego pod adresem cudzego szpitala. Rozwiązanie to jest wewnętrznie sprzeczne. Wpis zakładu leczniczego do rejestru wymaga wykazania tytułu prawnego do pomieszczeń oraz spełnienia wymagań lokalowych i sanitarnych dla całej jednostki, a nie dla pojedynczej procedury. Prowadziłoby to do stanu, w którym dwa podmioty deklarują te same pomieszczenia jako własne zakłady lecznicze, a odpowiedzialność za zdarzenie medyczne na jednym bloku operacyjnym rozkłada się między dwie struktury. Nie zwiększa to bezpieczeństwa pacjenta, tylko zaciera jego adres. Wymaganie od podmiotu wykonującego pojedynczy rodzaj procedur, aby zarejestrował szpital wewnątrz cudzego szpitala, jest wymogiem nieproporcjonalnym do celu, który przepis ma realizować.

Kolizja z częścią rejestrową ustawy o działalności leczniczej. Wymóg z art. 26 ust. 1a nie jest wykonalny nie dlatego, że jest uciążliwy, lecz dlatego, że pozostaje w sprzeczności z przepisami rejestrowymi tej samej ustawy, których projekt nie zmienia. Kolizja występuje w pięciu punktach.

Po pierwsze, zakład leczniczy jest w rozumieniu ustawy zespołem składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Podmiot, który nie dysponuje pomieszczeniami ani infrastrukturą szpitala zlecającego, nie posiada zespołu składników mogącego stanowić jego zakład leczniczy. Brakuje więc przedmiotu wpisu, a nie jedynie chęci jego dokonania.

Po drugie, wniosek o wpis do rejestru obejmuje nazwę zakładu leczniczego oraz wykaz jego jednostek i komórek organizacyjnych związanych z udzielaniem świadczeń, wraz z adresami miejsc ich udzielania. Wpis zgodny z projektowanym wymogiem oznaczałby, że te same pomieszczenia i te same komórki organizacyjne figurują w rejestrze jednocześnie jako zakłady lecznicze dwóch różnych podmiotów. Rejestr przestaje wtedy pełnić funkcję informacyjną, a pacjent traci możliwość ustalenia, kto odpowiada za miejsce, w którym jest leczony. Skutek ten jest przeciwny do deklarowanego celu projektu, którym jest przejrzystość.

Po trzecie, wraz z wnioskiem o wpis składane jest oświadczenie, pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, że wnioskodawca spełnia warunki wykonywania działalności leczniczej objętej wnioskiem. Warunki te obejmują dysponowanie pomieszczeniami i urządzeniami odpowiadającymi wymaganiom określonym w ustawie i w przepisach wykonawczych. Projekt zmusza zatem podmiot do złożenia pod rygorem odpowiedzialności karnej oświadczenia dotyczącego infrastruktury, którą włada i za którą odpowiada inny podmiot.

Po czwarte, przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej ani poza zakres świadczeń wynikający z wpisu przyjmującego zamówienie do rejestru. Powstaje pętla: aby przyjąć zamówienie, trzeba dysponować wpisem obejmującym dane miejsce, a aby uzyskać taki wpis, trzeba dysponować infrastrukturą, której posiadania charakter świadczenia nie wymaga i której posiadanie w cudzym szpitalu jest z definicji wykluczone.

Po piąte, ustawa zna i wprost reguluje wykonywanie działalności leczniczej w cudzym zakładzie leczniczym. Wśród form działalności lekarza wymieniona jest indywidualna

praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład. Ustawodawca uznał więc ten model za dopuszczalny i wart odrębnej kategorii rejestrowej, jednak wyłącznie dla osoby fizycznej. Projekt odbiera analogiczną możliwość podmiotom leczniczym, nie wskazując różnicy uzasadniającej odmienne traktowanie tej samej czynności wykonywanej przez zespół zamiast przez pojedynczą osobę. Z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta różnica ta działa na korzyść zespołu, który dysponuje wewnętrznym nadzorem, procedurami i ubezpieczeniem, a nie na jego niekorzyść.

Wniosek: rozwiązanie problemu nie wymaga tworzenia nowej instytucji prawnej. Wystarczy rozciągnąć na podmioty lecznicze konstrukcję, którą ustawa przewiduje już dla praktyk zawodowych, i powiązać ją z ustawowym rozdziałem odpowiedzialności.

Skutek dla pacjenta. Zniesienie kierunku wyjazdowego nie tworzy nowej podaży świadczeń, tylko usuwa istniejącą. Szpital, który dziś wykonuje określone procedury dzięki zespołowi zewnętrznemu, nie zatrudni w to miejsce własnego zespołu, ponieważ na rynku go nie ma, i nie nabędzie wyposażenia, na które nie ma środków inwestycyjnych. Pacjent nie przeniesie się za zespołem, ponieważ zespół nie dysponuje łóżkiem szpitalnym w tym regionie. W praktyce oznacza to wydłużenie ścieżki, transport do ośrodka odległego o kilkadziesiąt lub kilkaset kilometrów albo odstępianie od leczenia zabiegowego.

Skutek rozkłada się nierównomiernie. Ośrodki wyższego poziomu zabezpieczenia PSZ o pełnej obsadzie i bogatym wyposażeniu podwykonawstwa zazwyczaj nie potrzebują. Potrzebują go w niektórych uzasadnionych pod względem medycznym zakresach szpitale pierwszych poziomów zabezpieczenia PDSz, a więc te, którym projekt odbiera jedyne dostępne rozwiązanie. Dotyczy to zwłaszcza dziedzin, w których o możliwości wykonania procedury decyduje jednocześnie kompetencja operatora i jego zespołu oraz dostęp do aparatury: np. w obszarach chirurgii onkologicznej, urologii, ortopedii, kardiologii i radiologii interwencyjnej, chirurgii małoinwazyjnej i robotycznej.

Warstwa sprzętowa wymaga odrębnego podkreślenia, ponieważ w dyskusji o łączeniu etatów nie występuje. Dostęp do procedur wysokospecjalistycznych zależy nie tylko od personelu, lecz także od aparatury, której zakup przekracza możliwości inwestycyjne wielu podmiotów, których organem tworzącym są mniejsze JST. Udostępnienie wyposażenia wraz z przeszkolonym operatorem jest jedynym mechanizmem pozwalającym takiemu szpitalowi zaoferować pacjentowi procedurę o wyższej wartości klinicznej bez wieloletniego procesu inwestycyjnego. Wymóg własnego zakładu leczniczego przecina jednocześnie ścieżkę kadrową i sprzętową.

Dodatkowym źródłem ryzyka jest sposób objaśnienia wyjątku. Uzasadnienie ilustruje art. 26 ust. 1a wyłącznie przykładami diagnostycznymi. Przy wykładni zawężającej powstaje wątpliwość czy wyjątek obejmuje także procedury zabiegowe wykonywane w infrastrukturze przyjmującego zamówienie, mimo że treść przepisu takiego ograniczenia nie zawiera.

Osobno wymaga rozstrzygnięcia sposób, w jaki uzasadnienie opisuje współpracę przez podmioty trzecie, określając ją jako pośrednictwo w zatrudnianiu utrudniające ustalenie rzeczywistego czasu pracy poszczególnych osób. Nie każde podwykonawstwo jest jednak obejściem prawa. W systemie działają podmioty, które organizują określony zakres świadczeń i ponoszą za niego pełną odpowiedzialność: zapewniają wyposażenie oraz jego

serwis i dopuszczenie do użytku, leki, wyroby i materiały medyczne, diagnostykę, opiekę okołozabiegową i koszty pobytu pacjenta, nadzór nad jakością, zastępstwa oraz ciągłość udzielania świadczeń, w tym postępowanie w razie powikłania i ponownej interwencji. Ich rola nie sprowadza się do udostępnienia personelu. Bez kryteriów odróżniających te dwie sytuacje regulacja obejmie modele prawidłowe i systemowo potrzebne, a jednocześnie nie usunie tych, które projektodawca chce wyeliminować.

Kryteria da się określić i są weryfikowalne w kontroli. Przyjmujący zamówienie odpowiada za rezultat zdrowotny w powierzonym zakresie, a nie za dostarczenie osoby na określoną liczbę godzin. Dysponuje własnym wyposażeniem albo zapewnia jego serwis i dopuszczenie do użytku. Poności koszty leków, wyrobów i materiałów zużywanych przy udzielaniu świadczenia oraz koszty diagnostyki objętej zamówieniem. Zapewnia obsadę zastępczą i ciągłość opieki, w tym w razie powikłania. Prowadzi własny nadzór nad jakością i posiada ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej obejmujące powierzony zakres. Podmiot spełniający te kryteria nie jest pośrednikiem w zatrudnianiu i nie powinien być tak traktowany.

Rozwiązanie odpowiadające celowi projektodawcy jest przy tym prostsze niż przyjęte w projekcie. Wystarczyłoby dopuścić wprost współpracę między podmiotami leczniczymi prowadzącymi szpital, polegającą na wzajemnym korzystaniu ze sprzętu, wyposażenia, zaplecza organizacyjnego i zasobów kadrowych, z zachowaniem odpowiedzialności każdego z nich za powierzony zakres. Kryterium podmiotowe tego rodzaju samo eliminowałoby konstrukcje, w których przyjmujący zamówienie nie prowadzi działalności szpitalnej, nie dysponuje zapleczem organizacyjnym ani doświadczeniem w prowadzeniu pacjenta, a jego udział sprowadza się do przyjazdu w celu wykonania jednorodnego świadczenia. Ponadto, tego typu zapis sprzyjałby konsolidacji podmiotów leczniczych, a w przyszłości tworzeniu organizacji koordynowanej opieki zdrowotnej. Projekt osiąga skutek odwrotny: kryterium formy prawnej nie odróżnia jednych konstrukcji od drugich, wobec czego modele najbardziej rozbudowane i najlepiej zabezpieczone odpowiedzialnością znikają razem z tymi, które miały zostać wyeliminowane.

Skala zjawiska nie jest publikowana w statystyce publicznej, jego charakter da się jednak pokazać na sytuacjach typowych, spotykanych w każdym województwie. Pacjent z rozpoznaniem raka gruczołu krokowego leczony w szpitalu pierwszego, czy drugiego poziomu PSZ, w którym zabieg małoinwazyjny wykonuje zespół dojeżdżający z własnym torem wizyjnym, po zniesieniu tego modelu może mieć do wyboru operację otwartą na miejscu albo skierowanie do ośrodka odległego o kilkadziesiąt kilometrów. Pacjentka z endometriozą głęboko naciekającą, operowana przez zespół wyspecjalizowany przyjeżdżający do szpitala, traci dostęp do zabiegu, którego lokalny zespół nie wykona. Pacjent z krytycznym niedokrwieniem kończyny, u którego zabieg wewnątrznaczyniowy przeprowadza zespół zewnętrzny w pracowni szpitala, trafia do kolejki w innym ośrodku, a w tym rozpoznaniu czas decyduje o amputacji.

Ten sam mechanizm dotyczy sytuacji nagłych i diagnostyki. Pacjent z udarem niedokrwinnym, u którego trombektomia jest wykonywana przez zespół dyżurujący z ośrodka referencyjnego, zależy od utrzymania umowy między dwoma podmiotami. Noworodek wymagający oceny kardiologicznej korzysta z konsultacji zespołu wyjazdowego, ponieważ oddział nie ma własnego kardiologa dziecięcego. Rozpoznanie histopatologiczne

pacjenta onkologicznego powstaje w pracowni obsługującej kilka szpitali. Dziecko wymagające leczenia stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym czeka na anestezjologa dojeżdżającego w wyznaczone dni. W żadnym z tych przypadków zniesienie modelu nie tworzy nowej wartości dla pacjenta.

Postulat. po pierwsze, dopuścić ustrukturyzowaną współpracę między podmiotami leczniczymi prowadzącymi szpital, polegającą na wzajemnym korzystaniu ze sprzętu, wyposażenia, zaplecza organizacyjnego i zasobów kadrowych, z zachowaniem odpowiedzialności każdego z nich za powierzony zakres i także w ten sposób promować konsolidację różnych podmiotów leczniczych. Po drugie, określić ustawowe kryteria odróżniające podwykonawstwo od udostępnienia personelu, obejmujące odpowiedzialność za rezultat w powierzonym zakresie, zapewnienie wyposażenia, leków, wyrobów i materiałów, zapewnienie zastępstw i ciągłości opieki, własny nadzór nad jakością oraz ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej. Po trzecie, dopuścić w art. 26 ust. 1a udzielenie zamówienia podmiotowi leczniczemu także wtedy, gdy świadczenia są udzielane w zakładzie leczniczym udzielającym zamówienia przy wykorzystaniu personelu lub wyposażenia przyjmującego zamówienie, z ustawowym rozdziałem odpowiedzialności. Po czwarte, wprowadzić uproszczoną formę rejestrową w postaci dodatkowego miejsca wykonywania działalności leczniczej, bez obowiązku tworzenia odrębnego zakładu leczniczego, w zakresie ograniczonym do świadczeń objętych zamówieniem. Po piąte, potwierdzić w uzasadnieniu, że art. 26 ust. 1a obejmuje wszystkie rodzaje świadczeń, a nie wyłącznie diagnostykę, oraz utrzymać w mocy dotychczasowe umowy o podwykonawstwo przez okres nie krótszy niż dwanaście miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

2. Umowa dwustronna zawierająca wielkość zależną od osób trzecich. Art. 27 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej

Przepis. Umowa o udzielenie zamówienia ma obligatoryjnie określać zakres i liczbę świadczeń, łączną liczbę godzin ich udzielania oraz równoważnik wymiaru czasu pracy u wszystkich zatrudniających i udzielających zamówienia, który nie może przekroczyć dwukrotności pełnego wymiaru.

Uzupełnienie. Do obowiązkowych elementów umowy z osobą udzielającą świadczeń dochodzi także rodzaj i liczba zadań, stawka godzinowa wynagrodzenia zasadniczego brutto oraz informacja o przekazywaniu danych ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Funduszowi, a przy świadczeniach szpitalnych i ambulatoryjnych dodatkowo liczba i harmonogram godzin. Umowa staje się w ten sposób nośnikiem obowiązku informacyjnego wobec trzech instytucji jednocześnie, przy czym zakres przekazywanych danych nie został w niej określony, lecz wynika z przepisów, które mogą ulegać zmianie w czasie trwania umowy.

Mechanizm. Ostatni element jest wadliwy konstrukcyjnie. Umowa dwustronna ma zawierać wielkość zależną od zobowiązań przyjmującego zamówienie wobec osób trzecich, zmienną w czasie i weryfikowalną wyłącznie przez oświadczenie. Strony nie mają narzędzia ustalenia tej wielkości w dniu zawarcia umowy ani obowiązku jej aktualizacji, a jej nieprawidłowość obciąża obie strony. Przepis nakłada obowiązek, którego wykonanie nie leży w zakresie władztwa żadnej ze stron.

Skutek dla pacjenta. Podmiot, który nie potrafi wykazać zgodności umowy z ustawą, zabezpiecza się kontraktowaniem mniejszej liczby godzin niż wynika z potrzeb. Liczba obsadzonych sesji operacyjnych i dyżurów spada na etapie planowania, zanim jakkolwiek limit zostanie faktycznie przekroczony.

Postulat. usunąć z katalogu obligatoryjnych elementów umowy równoważnik wymiaru czasu pracy u innych podmiotów albo zastąpić go oświadczeniem przyjmującego zamówienie, składanym na dzień zawarcia umowy, z obowiązkiem niezwłocznej aktualizacji i z wyraźnym wyłączeniem odpowiedzialności udzielającego zamówienia działającego w zaufaniu do jego treści.

3. Limit łącznego wymiaru zaangażowania obejmujący podmioty bez umowy z Funduszem. Art. 132aa ust. 1 i 2

Przepis. Limit obejmuje łączny wymiar zaangażowania u wszystkich zatrudniających świadczeniodawców, także tych, którzy nie posiadają umowy z Funduszem. Ograniczany jest zasób, a nie podmiot.

Mechanizm. Godziny przepracowane poza systemem finansowanym ze środków publicznych wypełniają pulę dostępną na pracę w tym systemie. Osoba, która chce utrzymać dotychczasowy dochód, musi ograniczyć zaangażowanie tam, gdzie stawka jest ograniczona ustawowo, a obciążenie administracyjne i ekspozycja kontrolna najwyższe. W każdym z tych trzech kryteriów mniej korzystną sytuację ma ośrodek realizujący kontrakt z NFZ. Ubytek jest zatem kierunkowy, a nie przypadkowy i przebiega w kierunku odwrotnym do zamierzonego.

Na źródło tego zakresu zwrócono już uwagę w konsultacjach. Definicja świadczeniodawcy zawarta w ustawie o świadczeniach nie wiąże statusu świadczeniodawcy z posiadaniem umowy z Funduszem, obejmując każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą oraz osoby udzielające świadczeń w ramach działalności gospodarczej. Limit skonstruowany na tej definicji sięga zatem poza obszar finansowany ze środków publicznych i reguluje stosunki prawne, w których nie są wydatkowane środki publiczne. Wymaga to wykazania proporcjonalności, którego uzasadnienie nie zawiera.

Skutek dla pacjenta. W lecznictwie szpitalnym odczuwają to najpierw specjalności, w których obsada dyżurowa mniejszych ośrodków opiera się na personelu dojeżdżającym i pracującym w ułamkowym wymiarze u kilku świadczeniodawców, w szczególności anestezjologia i intensywna terapia, medycyna ratunkowa, radiologia, patomorfologia oraz węższe specjalności zabiegowe. Ułamkowe zaangażowanie nie jest w tych dziedzinach nadużyciem, lecz obecnie jedynym sposobem utrzymania ciągłości opieki nad pacjentem tam, gdzie zapotrzebowanie nie uzasadnia pełnego etatu.

Odrębnego rozstrzygnięcia wymagają świadczenia udzielane na odległość. Opis badania obrazowego albo konsultacja specjalistyczna wykonywana zdalnie jest podstawowym sposobem, w jaki szpital pozbawiony specjalisty na miejscu zapewnia pacjentowi diagnostykę w rozsądnym czasie. Wliczanie tych godzin do limitu na równi z pracą przy łóżku pacjenta może ograniczyć dostępność bez zysku po stronie bezpieczeństwa, ponieważ ryzyko przemęczenia jest znacznie niższe w odniesieniu do interpretacji badania wykonanym w miejscu i czasie wybranym przez opisującego.

Projekt przewiduje możliwość czasowego wyrażenia przez Prezesa Funduszu zgody na odstąpienie od ograniczeń, na wniosek świadczeniodawcy, w razie braku dostępności osób w danej dziedzinie albo potrzeby zabezpieczenia dyżuru medycznego, na okres nie dłuższy niż sześć miesięcy.

Mechanizm ten nie zastępuje wyłączeń ustawowych z trzech powodów. Po pierwsze, sześć miesięcy jest okresem krótszym niż cykl kontraktowania i planowania obsady, wobec czego decyzja wygasa, zanim podmiot zdąży zbudować na niej stabilny grafik. Po drugie, projekt nie określa terminu rozpatrzenia wniosku ani skutku bezczynności, więc świadczeniodawca nie wie, kiedy pozna rozstrzygnięcie. Po trzecie, przesłanka braku dostępności osób w danej dziedzinie wymaga wykazania czegoś, czego wykazać się nie da w sposób zamknięty, ponieważ dowodem miałyby być brak. W efekcie podmiot planujący obsadę zaplanuje ostrożnie, czyli mniejszą liczbę dyżurów niż pozwalają zasoby.

Postulat. ograniczyć obliczanie limitu do zaangażowania u świadczeniodawców posiadających umowę z NFZ. Określić ustawowo przesłanki, termin rozpatrzenia oraz skutek bezczynności przy zgodzie NFZ na czasowe odstąpienie od ograniczeń, a w sytuacji zagrożenia ciągłości udzielania świadczeń uczynić ją obligatoryjną. Niezależnie od tego wprowadzić wyłączenia dla podmiotów działających na obszarach o udokumentowanym niedoborze kadry, ustalanych na podstawie map potrzeb zdrowotnych oraz dla świadczeń udzielanych na odległość.

4. Wyjątek dla stanów nagłych podczas dyżuru medycznego jest zbyt wąski

Przepis. Wyjątek dotyczący świadczeń udzielanych w stanie nagłym podczas dyżuru medycznego odnosi się do wymogu minimalnego wymiaru zaangażowania oraz do wymogu zgody podmiotu podstawowego, a nie do limitu łącznego wymiaru zaangażowania. Limit dwóch etatów obowiązuje zatem także wobec godzin dyżurowych, w tym poświęconych na przyjęcia nagłe.

Jest to rozstrzygnięcie o istotnym skutku praktycznym. Podmiot, który obsadza dyżur osobą pracującą również gdzie indziej, nie może powołać się na charakter udzielanych świadczeń, ponieważ wyjątek nie dotyczy limitu czasu. Zabezpieczenie ciągłości dyżuru pozostaje więc możliwe wyłącznie przez czasowe odstępstwo Prezesa Funduszu, czyli przez decyzję uznaniową udzielaną najwyżej na sześć miesięcy.

Mechanizm. Wyjątek został powiązany z rodzajem świadczenia, a nie z rodzajem czasu pracy. Dyżur jest jednak niepodzielny. W czasie jednego dyżuru ta sama osoba udziela świadczeń w stanach nagłych, prowadzi pacjentów już hospitalizowanych, wykonuje obchód, kontynuuje leczenie rozpoczęte wcześniej i kwalifikuje do zabiegu planowanego na dzień następny. Podział godzin dyżuru na objęte i nieobjęte limitem nie jest możliwy ani z góry, ani wstecz, ponieważ kwalifikacja stanu jako nagłego jest oceną kliniczną dokonywaną w chwili zgłoszenia się pacjenta, a nie cechą godziny pracy.

Skutek dla pacjenta. Podmiot planujący grafik nie wie, ile godzin dyżuru obciąży limit danej osoby, więc planuje ostrożnie i obsadza mniej dyżurów, niż mógłby. Wyjątek pomyślany jako zabezpieczenie dostępności staje się w ten sposób źródłem niepewności, która tę dostępność zmniejsza. Skutek jest najsilniejszy w szpitalach o jednej obsadzie dyżurowej,

gdzie nie ma z kim podzielić godzin oraz w oddziałach zabiegowych, w których dyżur łączy gotowość do przyjęć nagłych z opieką nad pacjentami po zabiegach planowych.

W debacie publicznej Polska Federacja Szpitali zgłasza jednocześnie propozycje organizacyjne, które adresują ten sam problem bez ograniczania liczby godzin: zmiany dwunastogodzinne z równoważnym czasem pracy oraz wyodrębnienie funkcji lekarza prowadzącego oddział, lekarza dyżuru nocnego i lekarza wykonującego procedury. Rozwiązania te porządkują obciążenie pracą przez zmianę organizacji, a nie przez limit i nie zostały w uzasadnieniu rozważone jako alternatywa. Wskazujemy je jako kierunek wart analizy przed przyjęciem instrumentu ilościowego.

Postulat. objąć wyjątkiem cały czas pełnienia dyżuru medycznego oraz czas pozostawiania w gotowości do udzielania świadczeń, niezależnie od kwalifikacji poszczególnych świadczeń udzielonych w jego trakcie.

5. Wymóg minimalnego wymiaru u jednego pracodawcy w leczeniu szpitalnym. Art. 132aa ust. 3

Przepis. Osoba udzielająca świadczeń w ramach leczenia szpitalnego, a także świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradni przyszpitalnej, ma być co do zasady zaangażowana u danego świadczeniodawcy w wymiarze nie niższym niż połowa pełnego wymiaru. Objęcie tym wymogiem poradni przyszpitalnych rozszerza jego skutki poza lecznictwo zamknięte.

Mechanizm. Przepis wyklucza zaangażowania mniejsze niż połowa etatu właśnie w tym rodzaju świadczeń, w którym są one najczęstsze i najbardziej potrzebne. Konsultant przyjeżdżający raz w tygodniu, operator wykonujący określony typ zabiegów kilka razy w miesiącu, patomorfolog opisujący preparaty dla kilku szpitali, anestezjolog obsługujący wybrane dyżury, nie mieszczą się w tej konstrukcji. Wymóg połowy wymiaru w jednym miejscu jest w tych sytuacjach niemożliwy do spełnienia nie z powodu niechęci stron, lecz z powodu wielkości lokalnego zapotrzebowania.

Skutek dla pacjenta. Szpital, który utrzymuje określony zakres świadczeń dzięki kilku osobom zaangażowanym w niewielkim wymiarze, traci podstawę tej współpracy w całości. Nie zastąpi jej zatrudnieniem w wymiarze połowy etatu, ponieważ nie ma na nie ani zapotrzebowania, ani środków, ani kandydatów. Efektem jest likwidacja zakresu świadczeń w danej lokalizacji, a nie jego przeniesienie do innego podmiotu.

Przykłady są łatwe do wskazania i dotyczą dziedzin o najniższej dostępności. Psychiatra dzieci i młodzieży przyjmujący w poradni jeden dzień w tygodniu jest w wielu mniejszych miejscowościach jedynym dostępnym, a rodzic i tak czeka na wizytę miesiącami. Podobnie działa neurolog dziecięcy, kardiolog dziecięcy wykonujący badania echokardiograficzne, endokrynolog, diabetolog prowadzący pacjentów z pompą insulinową, genetyk kliniczny, audiolog oraz chirurg dziecięcy konsultujący w wyznaczone dni. W każdym z tych przypadków wymiar zaangażowania odpowiada wielkości lokalnego zapotrzebowania, a nie chęci stron.

Skutek dla pacjenta nie polega na zmianie wymiaru zatrudnienia, lecz na zniknięciu poradni. Szpital nie proponuje połowy etatu tam, gdzie zapotrzebowanie odpowiada jednemu

dniowi w tygodniu, a specjalista nie przyjmie takiego zaangażowania, ponieważ oznaczałoby ono rezygnację z pracy w pozostałych miejscach.

Wyjątek oparty na wyłączności. Zaangażowanie w wymiarze niższym niż połowa etatu ma być dopuszczalne wyłącznie wtedy, gdy dana osoba nie jest zaangażowana u żadnego innego świadczeniodawcy, przy czym warunek ten wymaga potwierdzenia oświadczeniem odnawianym co trzydzieści dni, a brak oświadczenia powoduje rozwiązanie zatrudnienia z dniem następującym po upływie terminu.

Konstrukcja ta jest w istocie klauzulą wyłączności wprowadzoną do ustawy. Osoba, która chce pracować w wymiarze mniejszym niż połowa etatu, musi zrezygnować z pracy u wszystkich pozostałych świadczeniodawców, co w praktyce oznacza, że drobne zaangażowania przestają być dostępne dla kogokolwiek poza osobami niepracującymi nigdzie indziej. W specjalnościach deficytowych takich osób nie ma. Wyjątek pomyślany jako złagodzenie wymogu jest zatem pozorny i nie znajduje zastosowania w sytuacjach, dla których został przewidziany.

Drugi problem dotyczy sankcji. Rozwiązanie zatrudnienia następuje z mocy prawa wskutek nieodnowienia oświadczenia w terminie, niezależnie od tego, czy warunek wyłączności nadal jest spełniony i niezależnie od przyczyny opóźnienia. Przy comiesięcznym cyklu i przy wielu osobach objętych obowiązkiem jest to zdarzenie, które prędzej czy później nastąpi w każdej organizacji. Skutkiem pojedynczego przeoczenia administracyjnego jest brak obsady, a więc odwołane przyjęcia i nieudzielone świadczenia. Sankcja jest nieproporcjonalna do uchybienia i obciąża pacjenta, a nie osobę, która terminu nie dochowała.

Postulat. usunąć warunek wyłączności jako przesłankę zaangażowania w wymiarze niższym niż połowa etatu albo zastąpić go oświadczeniem składanym jednorazowo z obowiązkiem aktualizacji przy zmianie stanu faktycznego. Zastąpić automatyczne rozwiązanie zatrudnienia wezwaniem do uzupełnienia oświadczenia w wyznaczonym terminie. Niezależnie od tego wyłączyć spod wymogu minimalnego wymiaru zaangażowanie w zakresach, w których roczna liczba świadczeń nie uzasadnia zatrudnienia w wymiarze połowy etatu, oraz zaangażowanie w podmiotach działających na obszarach o niedoborze kadry. Alternatywnie odnieść wymóg do sumy zaangażowania u wszystkich świadczeniodawców posiadających umowę z zakresu leczenia szpitalnego, a nie do jednego z nich.

6. Zgoda pierwszego pracodawcy. Art. 132aa ust. 6

Przepis. Projekt uzależnia podjęcie przez osobę wykonującą zawód medyczny zaangażowania u kolejnego świadczeniodawcy od zgody podmiotu, u którego osoba ta jest zaangażowana w pierwszej kolejności. Odmowa ma być uzasadniona niezaspokojonymi potrzebami kadrowymi tego podmiotu. Projekt nie określa terminu na rozpatrzenie wniosku, skutku bezczynności ani trybu weryfikacji odmowy.

Zakres zastosowania. Wymóg zgody dotyczy sytuacji, w której dana osoba udziela świadczeń szpitalnych lub ambulatoryjnych u świadczeniodawcy posiadającego umowę z zakresu leczenia szpitalnego i podejmuje zaangażowanie u kolejnego świadczeniodawcy o

takiej samej charakterystyce. Jeżeli kolejny podmiot nie posiada umowy z zakresu leczenia szpitalnego, zgoda nie jest wymagana. Warunek działa więc po obu stronach relacji.

Nierozstrzygnięte pozostają natomiast dwie kwestie. Projekt nie wskazuje kryterium ustalenia, który podmiot jest tym pierwszym: czy rozstrzyga data zawarcia umowy, największy wymiar zaangażowania, czy wskazanie samego zainteresowanego. Nie przesądza również, czy wymóg obejmuje wszystkie formy zaangażowania, czy wyłącznie stosunek pracy. Pytanie o sposób ustalenia podmiotu, którego zgoda będzie potrzebna, zadali Ministerstwu Zdrowia partnerzy społeczni podczas posiedzenia Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia w dniu 6 sierpnia 2026 r.

Adresat normy nie jest w stanie ustalić, kto w jego przypadku będzie podmiotem uprawnionym do sprzeciwu, a od tego zależy cała organizacja obsady. Uwagi poniżej odnoszą się do każdego z możliwych odczytań, ponieważ przy każdym z nich skutek dla dostępności świadczeń jest negatywny, różni się jedynie tym, kogo dotyczy.

Przesłanka odmowy jest pozorna. Niezależnie od tego, który podmiot uzyska pozycję rozstrzygającą, jedyna przewidziana przesłanka, czyli niezaspokojone potrzeby kadrowe, jest często spełniona.

Skala czyni z tego problem systemowy, a nie kontraktowy. Liczba wymaganych zgód odpowiada liczbie zaangażowań w całym sektorze, a każda z nich wymaga odrębnej decyzji podmiotu trzeciego. Przy braku kryterium ustalenia podmiotu podstawowego do sporów o treść rozstrzygnięcia dołączają spory o samą właściwość, zanim ktokolwiek zbada, czy odmowa była zasadna.

W konsultacjach wskazywano ponadto, że część projektowanych rozwiązań pozostaje w kolizji z prawem pracy i naraża podmioty lecznicze na roszczenia z tytułu naruszenia zasady równego traktowania w zatrudnieniu. Uwaga ta dotyczy w szczególności różnicowania sytuacji osób zatrudnionych w zależności od decyzji podmiotu trzeciego, na którą ani osoba zainteresowana, ani kolejny pracodawca nie mają wpływu, oraz braku możliwości wykazania obiektywnego kryterium takiego różnicowania w ewentualnym sporze.

Skutek dla pacjenta. Dostępność procedury w ośrodku dysponującym wyposażeniem i doświadczeniem może zależeć od decyzji ośrodka, który tego wyposażenia nie ma. W takiej sytuacji podmiot, który zatrzymuje specjalistę odmową zgody, nie zwiększa przez to liczby świadczeń udzielonych pacjentom, ponieważ nie dysponuje odpowiednimi zasobami.

Brak drogi weryfikacji. Ograniczenie wolności działalności gospodarczej jest dopuszczalne wyłącznie w drodze ustawy i tylko ze względu na ważny interes publiczny. Tutaj ustawa jedynie upoważnia do ograniczenia, a rozstrzyga o nim inny świadczeniodawca, dla którego osoba ubiegająca się o zgodę stanowi zasób kadrowy, a podmiot zamierzający ją zaangażować jest konkurentem. Projekt nie różnicuje przy tym formy własności podmiotu udzielającego zgody, a każdy z wariantów pogłębia problem inaczej. Jeżeli zgody udziela podmiot publiczny, jego rozstrzygnięcie nie jest decyzją administracyjną, nie stosuje się do niego przepisów o postępowaniu administracyjnym i nie przysługuje od niego ani odwołanie, ani skarga do sądu administracyjnego. Jeżeli zgody udziela podmiot niepubliczny, ustawa powierza rozstrzyganie o cudzej działalności gospodarczej oraz o możliwości wykonywania zawodu przez osobę trzecią podmiotowi

niewykonującemu żadnej funkcji publicznej. W obu wariantach ani osoba, której odmówiono, ani podmiot zamierzający ją zaangażować nie dysponują środkiem prawnym.

Postulat. określić ustawowe kryterium ustalania podmiotu podstawowego oraz przesądzić, po której stronie relacji działa warunek posiadania umowy z zakresu leczenia szpitalnego i czy wymóg obejmuje wszystkie formy zaangażowania. Powiązać przesłankę odmowy z mierzalnym niedoborem obsady w konkretnej komórce organizacyjnej. Wprowadzić termin na rozpatrzenie wniosku ze skutkiem zgody w razie jego bezskutecznego upływu. Przesądzić charakter prawny rozstrzygnięcia i wskazać organ właściwy do jego weryfikacji, tak aby stronom przysługiwał środek prawny niezależnie od formy własności podmiotu udzielającego zgody.

7. Brak definicji równoważnika wymiaru czasu pracy przy oświadczeniach składanych pod rygorem odpowiedzialności karnej. Art. 132aa ust. 2 i art. 132ab ust. 9

Przepis. Konstrukcja limitów opiera się na pojęciu równoważnika wymiaru czasu pracy dla umów innych niż umowa o pracę, którego projekt nie definiuje. Oświadczenia o łącznym wymiarze zaangażowania i o łącznym wynagrodzeniu składane są pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

Mechanizm. Jedyna wskazówka co do sposobu przeliczenia znajduje się w Ocenie Skutków Regulacji, gdzie dwa pełne etaty przeliczono na 320 godzin miesięcznie. Wielkość ta nie została przeniesiona do tekstu ustawy, choć jest jej milczącym założeniem, co potwierdza arytmetyka: górna granica stawki godzinowej pomnożona przez 160 godzin daje dokładnie miesięczną granicę kwotową przy pełnym wymiarze. Osoba fizyczna ma zatem potwierdzić pod rygorem odpowiedzialności karnej wielkość, której sposobu obliczenia ustawa nie określa, a kierownik podmiotu odpowiada za stan zależny od cudzych oświadczeń.

Skutek dla pacjenta. Reakcja ostrożnościowa obu stron zmniejsza liczbę zakontraktowanych godzin, zanim limit zostanie osiągnięty. Dostępność spada nie z powodu treści limitu, lecz z powodu niepewności co do sposobu jego obliczenia.

Odrębnym problemem jest sposób ewidencjonowania czasu pracy osoby, która u tego samego świadczeniodawcy udziela zarówno świadczeń objętych umową z Funduszem, jak i świadczeń finansowanych ze środków innych niż publiczne. Projekt nie rozstrzyga, czy do limitu wlicza się wyłącznie czas przypadający na część publiczną, czy całą aktywność zawodową u danego podmiotu. Nie rozstrzyga również, jak traktować dyżur, pozostawanie w gotowości, prowadzenie dokumentacji, konsultacje międzyoddziałowe i pracę organizacyjną, których nie da się przypisać do jednego strumienia finansowania. Deklarowany wymiar zaangażowania nie odpowiada zaś rzeczywistemu obciążeniu, a ewidencja rozbudowana do poziomu pojedynczej czynności byłaby niewykonalna.

Postulat. wprowadzić ustawową definicję równoważnika wymiaru czasu pracy albo delegację do jej określenia w rozporządzeniu, przesądzić, czy do wymiaru wlicza się czas czynności innych niż udzielanie świadczeń, oraz uzależnić odpowiedzialność za treść oświadczenia od uprzedniego określenia sposobu obliczenia wielkości, której oświadczenie dotyczy.

8. Wpływ projektu na konkurencję na rynku pracy w ochronie zdrowia

Kontekst. Projekt oddziałuje jednocześnie na cztery parametry rynku pracy w ochronie zdrowia: na dostępność zasobu, na jego cenę, na przejrzystość warunków oferowanych przez konkurentów oraz na możliwość zawierania umów przez poszczególne podmioty. Ocena Skutków Regulacji nie zawiera analizy wpływu na konkurencję, a Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów nie figuruje na liście podmiotów konsultowanych.

Mechanizm pierwszy: eliminacja zasobu zamiast jego realokacji. Limit łącznego wymiaru zaangażowania nie przenosi godzin pracy z jednego podmiotu do drugiego, lecz je usuwa. Osoba, która osiągnęła limit, nie podejmuje kolejnego zaangażowania, a podmiot, u którego dotąd pracowała w mniejszym wymiarze, nie otrzymuje tych godzin. W specjalnościach deficytowych oznacza to zmniejszenie łącznej podaży pracy w systemie, a nie jej inne rozłożenie.

Mechanizm drugi: skutek odpowiadający porozumieniu o niepozyskiwaniu pracowników. Skutek osiągany jest jednostronną decyzją, a nie uzgodnieniem, i uzyskuje podstawę ustawową. Podstawa ta nie usuwa jednak problemu, ponieważ przepis odmowy nie nakazuje, lecz ją dopuszcza, wobec czego skorzystanie z tej możliwości pozostaje własną decyzją rynkową przedsiębiorcy. Tam, gdzie podmiot udzielający zgody jest jedynym albo dominującym pracodawcą w danym zakresie na określonym obszarze, systematyczna odmowa może podlegać ocenie jako utrudnianie dostępu do zasobu niezbędnego do prowadzenia działalności. Projekt przenosi zatem na ustawę mechanizm, który poza nią byłby oceniany jako ograniczenie konkurencji, pozostawiając przedsiębiorcom ryzyko odpowiedzialności za korzystanie z niego.

Mechanizm trzeci: jawność warunków finansowych jako wymiana informacji między konkurentami. Zapowiadana jawność warunków finansowych postępowań konkursowych oznacza, że podmioty konkurujące o tę samą kadrę uzyskają bieżącą i zweryfikowaną wiedzę o stawkach oferowanych przez pozostałych. Ujawnianie przyszłych i aktualnych parametrów cenowych między konkurentami jest w prawie ochrony konkurencji uznawane za czynnik ułatwiający koordynację zachowań rynkowych, i to niezależnie od zamiaru stron. W połączeniu z jedną publicznie ogłoszoną granicą stawki tworzy to punkt odniesienia działający wyłącznie w górę, a więc skutek przeciwny do deklarowanego celu regulacji.

Mechanizm czwarty: regulacja ceny po jednej stronie rynku. Górna granica stawki obowiązuje wyłącznie w części finansowanej ze środków publicznych, przy pełnej swobodzie po stronie pozostałej działalności. Podmioty realizujące wyłącznie świadczenia komercyjne nie podlegają temu ograniczeniu ani obowiązkom sprawozdawczym z nim związanym, co zmienia warunki konkurencji o kadrę na ich korzyść. Skutek ten nie został w Ocenie Skutków Regulacji rozważony.

Skutek dla pacjenta. Każdy z czterech mechanizmów prowadzi do tego samego rezultatu: mniejszej liczby godzin dostępnych w systemie publicznym przy niezmięnionej liczbie pacjentów. Skutek jest najsilniejszy tam, gdzie liczba świadczeniodawców jest najmniejsza, czyli w mniejszych ośrodkach i w specjalnościach deficytowych, ponieważ tam każde ograniczenie mobilności personelu przekłada się bezpośrednio na możliwość utrzymania zakresu świadczeń.

Postulat. skierować projekt do zaopiniowania przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w zakresie wpływu na konkurencję na rynku pracy w ochronie zdrowia. Uzupełnić Ocenę Skutków Regulacji o analizę wpływu na konkurencję, obejmującą łączną podaż pracy w systemie, warunki konkurowania między podmiotami publicznymi i niepublicznymi oraz skutki ujawniania warunków finansowych. Zrezygnować z obowiązku ujawniania warunków finansowych umów z personelem.

9. Górna granica stawki godzinowej. Art. 132ab ust. 1 i 5

Przepis. Górna granica wynagrodzenia za godzinę udzielania świadczeń objętych umową z Funduszem wynosi jedną dwudziestą minimalnego wynagrodzenia za pracę, czyli 240,30 zł w 2026 r. Ograniczenie nie obejmuje świadczeń finansowanych ze środków innych niż publiczne.

Trzy progi, nie jeden. Granice miesięczne są trzy i wzajemnie się przenikają: wymiar zaangażowania pomnożony przez ośmiokrotność minimalnego wynagrodzenia bez wynagrodzenia dodatkowego, przez dwunastokrotność z wynagrodzeniem dodatkowym oraz nie więcej niż szesnastokrotność łącznie u wszystkich świadczeniodawców. Konstrukcja ta wymaga od świadczeniodawcy wiedzy o wynagrodzeniu wypłacanym przez inne podmioty, której nie ma i nie może uzyskać inaczej niż z oświadczenia, a jednocześnie przesądza o zgodności zawieranej przez niego umowy z ustawą.

Praktyczna konsekwencja dotyczy dodatków. Różnica między progiem ośmiokrotności a dwunastokrotności jest jedynym miejscem, w którym można wynagrodzić zadania kierownicze, dydaktyczne, naukowe, organizacyjne, projakościowe i koordynację leczenia. Katalog wymieniony w projekcie obejmuje wyłącznie kategorie organizacyjne, natomiast nie obejmuje kategorii klinicznych, czyli prowadzenia pacjenta wielochorobowego, konsultacji międzyoddziałowych oraz procedur wymagających odrębnej certyfikacji operatora. Pominięcie to jest tym istotniejsze, że w lecznictwie zachowawczym dodatek organizacyjny jest jedynym dostępnym, a zadania kliniczne pozostają poza katalogiem.

Mechanizm, warstwa pierwsza. Ustawowa granica ogłoszona jako jedna liczba staje się publicznym punktem odniesienia i będzie odczytywana nie jako maksimum, lecz jako stawka należna. W większości podmiotów, stawki godzinowe są dziś istotnie niższe od tego poziomu. Po wejściu przepisu w życie każdy podmiot płacący mniej będzie musiał uzasadniać, dlaczego płaci poniżej poziomu, który ustawodawca uznał za dopuszczalny. Efekt wzmacniają dwa inne rozwiązania projektu: zapowiadana jawność warunków finansowych postępowań konkursowych oraz agregacja danych o zaangażowaniu i wynagrodzeniach według numeru PESEL, dzięki której poziom stawek staje się porównywalny w skali kraju i natychmiast dostępny wszystkim uczestnikom rynku.

Wyznaczenie sztywnej górnej granicy stawki godzinowej może zatem powodować skutek odwrotny do deklarowanego celu, którym jest powstrzymanie presji płacowej.

Skutek dla pacjenta. Wzrost kosztu osobowego przy niezmienionej wartości umowy z Funduszem oznacza ograniczenie liczby udzielanych świadczeń albo wycofanie się z zakresów najniżej wycenianych. Środki na podwyżkę wymuszoną publicznym punktem odniesienia pochodzą z tej samej puli, z której finansowane są świadczenia, a w podmiotach o ujemnym wyniku finansowym nie pochodzą z niczego. Założenie Oceny Skutków

Regulacji, zgodnie z którym granica poprawi wynik finansowy świadczeniodawców, nie zostało poparte żadnym wyliczeniem i pozostaje w sprzeczności z opisanym wyżej mechanizmem.

Mechanizm, warstwa druga. Granica nie wiąże w większości sytuacji. Wiaże tam, gdzie stawka odzwierciedla nie czas, lecz rzadkość kompetencji albo gotowość do jej udzielenia w warunkach nieatrakcyjnych: dyżur w specjalności deficytowej, praca w porze nocnej i w dni świąteczne, gotowość zespołu do procedur ratujących życie, kompetencje potwierdzone odrębną certyfikacją. Regulacja ceny wyłącznie po stronie publicznej, przy pełnej swobodzie po stronie pozostałej działalności, przesuwając najpierw te zasoby, dla których różnica jest największa. Płatnik traci jednocześnie jedyne narzędzie premiowania obsady dyżurów tam, gdzie ich brakuje, ponieważ narzędziem tym była wyższa stawka.

Skutek dla pacjenta. Ograniczeniu podlega dostęp do procedur, przy których pacjent ma najmniejszą możliwość znalezienia świadczenia gdzie indziej, oraz do dyżurów w ośrodkach o najsłabszej pozycji konkurencyjnej. Alokacja kadry przestaje odpowiadać rozkładowi potrzeb zdrowotnych, ponieważ cena przestaje odzwierciedlać rzadkość zasobu.

Projekt przewiduje wynagrodzenie dodatkowe za zadania związane z udzielaniem świadczeń wymagających szczególnych umiejętności lub ponadstandardowego obciążenia pracą, pod warunkiem odrębnego określenia w umowie i odrębnego raportowania. Instrument ten jest użyteczny, ale fakultatywny i uznaniowy, a jego zastosowanie obciąża świadczeniodawcę ryzykiem przekwalifikowania dodatku w kontroli na ukryte wynagrodzenie za świadczenia.

Trzy argumenty podniesione już w konsultacjach wzmacniają powyższą ocenę i zasługują na uwzględnienie. Po pierwsze, granica kwotowa i granica czasowa działają przeciwko sobie: osoba wynagradzana według stawki bliskiej górnej granicy osiągnie granicę miesięczną przed wyczerpaniem dopuszczalnego wymiaru czasu, a więc nie będzie mogła pracować w wymiarze, na który zezwala ustawa. Dotyczy to zwłaszcza osób pełniących funkcje kierownicze w oddziałach, obciążonych obowiązkami organizacyjnymi wykraczającymi poza udzielanie świadczeń, a więc tych, których zaangażowania system potrzebuje najbardziej.

Po drugie, przepis nie precyzuje, czy granica odnosi się do wynagrodzenia zasadniczego, czy do wynagrodzenia łącznego wraz ze składnikami przysługującymi na podstawie przepisów prawa pracy. Nieprecyzyjność ta jednocześnie otwiera drogę do obejścia ograniczenia i wywołuje niepewność u podmiotów stosujących je w dobrej wierze, co jest najgorszym z możliwych układów.

Po trzecie, wskazywano, że wynagrodzenia budzące zastrzeżenia dotyczą wąskiej grupy, a rzeczywistym źródłem różnic płacowych są nierówne wyceny procedur oraz konkurowanie o tych samych specjalistów przez podmioty finansowane z tego samego źródła. Jeżeli tak jest, to instrument o charakterze powszechnym odpowiada na zjawisko punktowe, przenosząc jego skutki na całą kadrę i na wszystkich pacjentów. Rozwiązaniem adekwatnym do przyczyny byłaby zmiana mechanizmu wynagradzania lekarzy np. w modelu relatywnych jednostek wartości, a podmiotów leczniczych w modelu opartym na wartości dla pacjenta.

Obie warstwy nie są ze sobą sprzeczne. Jedna granica ustalona na wysokim poziomie i stosowana jednakowo do wszystkich zawodów, specjalności i rodzajów świadczeń jest jednocześnie zbyt wysoka jako punkt odniesienia dla większości rynku i zbyt sztywna tam, gdzie stawka odzwierciedla rzadką kompetencję albo gotowość w porze nieatrakcyjnej. Wadą jest sama konstrukcja jednej liczby, a nie wyłącznie jej wysokość.

Odnotowujemy przy tym, że nie istnieją publikowane dane o rozkładzie stawek godzinowych w skali sektora, w podziale na rodzaje świadczeń i grupy zawodowe. Sam ten brak jest argumentem. Granica została ustalona bez przedstawienia rozkładu wielkości, którą ma regulować, a Ocena Skutków Regulacji takiego rozkładu nie zawiera. Nie wiadomo zatem, jaka część rynku znajduje się dziś poniżej progu, a więc jaka część znajdzie się w zasięgu opisanego wyżej mechanizmu odniesienia ani jaka część znajduje się powyżej, czyli jest rzeczywistym adresatem ograniczenia.

Materiał pozwalający to ustalić istnieje i jest w dyspozycji administracji. Dane o wynagrodzeniach personelu są gromadzone i agregowane, a instytucja odpowiedzialna za taryfikację dysponuje danymi kosztowymi świadczeniodawców. Ustalenie granicy bez uprzedniego przedstawienia tego rozkładu oznacza, że skutek regulacji nie został oszacowany ani w kierunku obniżenia najwyższych stawek, ani w kierunku podniesienia najniższych.

Postulat. obniżyć granicę podstawową i powiązać ją z systemem współczynników pracy znanym z przepisów o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne, zamiast z minimalnym wynagrodzeniem za pracę, tak aby granica maksymalna i minimum ustawowe pozostawały w jednym systemie odniesienia. Doprecyzować katalog świadczeń i funkcji wymagających szczególnych umiejętności lub ponadstandardowego obciążenia pracą, obejmując nim co najmniej dyżur medyczny w specjalnościach o udokumentowanym niedoborze kadry, funkcje kierownicze w oddziale oraz procedury wymagające odrębnej certyfikacji operatora. Przesądzić, że wynagrodzenie dodatkowe za zadania inne niż udzielanie świadczeń nie wlicza się do granicy miesięcznej. Zrezygnować z obowiązku ujawniania warunków finansowych umów z personelem, ponieważ w połączeniu z jedną publicznie ogłoszoną liczbą tworzy on mechanizm podnoszący stawki. Przed ustaleniem poziomu granicy przedstawić rozkład stawek godzinowych w podziale na rodzaje świadczeń i grupy zawodowe, na podstawie danych będących już w dyspozycji Funduszu i Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Kierunek docelowy: wycena oparta na relatywnej wartości pracy

Górna granica stawki godzinowej reguluje cenę czasu, a nie wartość pracy. W tej konstrukcji godzina spędzona przy procedurze złożonej, w porze nocnej i w warunkach nagłych ma tę samą wartość co godzina pracy planowej. Stąd biorą się obie opisane wyżej wady naraz: zawyżony punkt odniesienia dla większości rynku i brak zróżnicowania tam, gdzie jest ono merytorycznie uzasadnione. Dopóki jednostką regulacji pozostaje godzina, żadne przesunięcie poziomu granicy tego nie naprawi.

Rozwiązaniem stosowanym w innych systemach jest wycena oparta na jednostkach relatywnej wartości pracy, w której każdej czynności przypisuje się punkty odzwierciedlające

jej złożoność, pracochłonność, natężenie, trudność i ryzyko, a wartość punktu ustala się odrębnie, w relacji do nakładów publicznych na ochronę zdrowia. Model ten pozwala jednocześnie ograniczyć wynagrodzenia oderwane od wykonanej pracy i wycenić wyżej pracę rzeczywiście trudniejszą, w tym dyżur nocny, pracę w warunkach nagłych oraz procedury o wysokiej złożoności. Jest to jednocześnie propozycja zgłoszona publicznie w toku obecnych konsultacji przez organizację zrzeszającą szpitale, ze wskazaniem, że metodyka może zostać rozwinięta we współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Wdrożenie takiego modelu wymaga czasu i nie jest możliwe w ramach obecnego projektu. Nie stoi to jednak na przeszkodzie, aby projekt przesądził kierunek i nadał granicy stawki godzinowej charakter przejściowy, a nie docelowy. Rozwiązanie odwrotne, czyli utrwalenie regulacji ceny godziny jako stanu docelowego, zamyka na lata drogę do wyceny odzwierciedlającej rzeczywistą wartość pracy i utrwała mechanizm opisany w warstwie pierwszej.

Postulat. wprowadzić do ustawy delegację i harmonogram opracowania metodyki wyceny pracy opartej na jednostkach relatywnej wartości, powierzając to zadanie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, oraz nadać granicy stawki godzinowej charakter przejściowy, z terminem obowiązywania powiązany z wdrożeniem metodyki. Jako rozwiązanie pośrednie rozważyć ograniczenie odnoszące się do łącznego udziału kosztów wynagrodzeń w przychodzie świadczeniodawcy zamiast do stawki indywidualnej, ponieważ pozostawia ono kierownikowi możliwość różnicowania wynagrodzeń zgodnie z rzeczywistą wartością pracy przy zachowaniu kontroli nad kosztem całkowitym.

10. Obowiązkowa stawka godzinowa z harmonogramem i wyłączenie rozliczenia procentowego. Art. 132aa ust. 9 i 10 oraz art. 132ab ust. 11

Przepis. Umowa musi określać stawkę godzinową, a przy umowach cywilnoprawnych także liczbę godzin i harmonogram ich udzielania. Wynagrodzenie ustalane jako udział procentowy jest wyłączone.

Mechanizm. W lecznictwie zabiegowym rozliczenie za wykonaną procedurę wiąże wynagrodzenie z pracą faktycznie wykonaną wobec pacjenta oraz z ryzykiem odwołania zabiegu, które w szpitalu jest wysokie i w znacznej części niezależne od świadczeniodawcy: dyskwalifikacja anestezyjologiczna, infekcja, przypadek pilny wchodzący na blok, brak miejsca w intensywnej terapii. Zastąpienie tego modelu stawką za czas dyspozycji przenosi całość ryzyka na podmiot i osłabia bodziec do pełnego wykorzystania bloku operacyjnego.

Skutek dla pacjenta. Blok operacyjny jest najdroższym i najbardziej ograniczonym zasobem szpitala zabiegowego, a stopień jego wykorzystania przekłada się wprost na liczbę zoperowanych pacjentów. Rozwiązanie obniżające to wykorzystanie zmniejsza liczbę wykonanych procedur przy niezmiennych nakładach, co jest skutkiem przeciwnym do efektywnego wydatkowania środków publicznych.

Przepis nie rozstrzyga ponadto, jak stosować ograniczenia do umów, w których wynagrodzenie nie jest ustalane według liczby godzin, lecz zależy od liczby wykonanych procedur, liczby pacjentów objętych opieką, pozostawiania w gotowości albo wykonania określonego zadania. Modele te są w lecznictwie powszechne i nie są patologią, ponieważ

wiążą wynagrodzenie z rezultatem albo z dostępnością, a nie z obecnością. Przeliczanie ich na stawkę godzinową wymaga reguły, której projekt nie zawiera, a jej brak oznacza, że każda taka umowa staje się przedmiotem sporu w kontroli.

Postulat. rozgraniczyć wynagrodzenie ustalone jako udział procentowy w kwocie umowy świadczeniodawcy z Funduszem, które pozostaje wyłączone, od wynagrodzenia ustalonego według stawki za jednostkę świadczenia mieszczącej się w granicy stawki godzinowej, które powinno pozostać dopuszczalne dla świadczeń zabiegowych.

11. Kolizja z przepisami prawa pracy i nierozstrzygnięty zakres składników wynagrodzenia

Przepis. Umowa ma określać rodzaj i liczbę zadań związanych z udzielaniem świadczeń, stawkę godzinową wynagrodzenia brutto z tytułu wykonywania tych zadań, a przy umowach innych niż umowa o pracę także liczbę i harmonogram godzin.

Mechanizm. W stosunku pracy wynagrodzenie przysługuje także za okresy, w których pracownik zadań nie wykonuje: za urlop wypoczynkowy, szkoleniowy i okolicznościowy, za czas niezdolności do pracy oraz za przestój. Konstrukcja wiążąca wynagrodzenie wyłącznie z wykonywaniem zadań jest z tymi przepisami niezgodna. Nierozstrzygnięte pozostaje ponadto, czy w granicy kwotowej mieszczą się dodatek za wysługę lat, nagroda jubileuszowa, premie i dodatki, których źródłem są przepisy odrębne, regulaminy wynagradzania albo układy zbiorowe. Objęcie ich granicą prowadzi do odmiennego traktowania pracowników o różnym stażu wykonujących tę samą pracę, a pozostawienie ich poza granicą czyni ją pozorną. Osobno wymaga rozstrzygnięcia, czy określenie liczby zadań jest w ogóle wykonalne na stanowiskach, na których zakres obowiązków wynika z przepisów powszechnie obowiązujących, a nie z ustaleń stron.

Skutek dla pacjenta. Skutek jest pośredni, ale realny. Spór o składniki wynagrodzenia oraz ryzyko roszczeń z tytułu nierównego traktowania w zatrudnieniu obciążają podmiot, którego środki pochodzą z tej samej puli, z której finansowane są świadczenia. Każda złotówka wydana na obsługę sporu wynikającego z niejasnej redakcji przepisu jest złotówką niewydaną na leczenie.

Postulat. dopuścić ustalenie wynagrodzenia ze stosunku pracy również jako stawki miesięcznej, przesądzić, które składniki wynagrodzenia wliczają się do granicy kwotowej, oraz wyłączyć z niej składniki wynikające z przepisów odrębnych, w szczególności dodatek za wysługę lat i nagrodę jubileuszową. Zrezygnować z wymogu określania liczby zadań tam, gdzie zakres obowiązków wynika z przepisów powszechnie obowiązujących.

12. Specyfika leczenia zachowawczego

Kontekst. Projekt posługuje się trzema kategoriami: zadaniem, procedurą i godziną udzielania świadczeń. W leczeniu zachowawczym żadna z nich nie oddaje treści pracy, wobec czego przepisy zaprojektowane dla oddziałów zabiegowych działają tu inaczej niż zakłada uzasadnienie. Dotyczy to przede wszystkim interny, geriatrici, pediatrii, neurologii, pulmonologii, gastroenterologii, chorób zakaźnych oraz kardiologii nieinwazyjnej.

Mechanizm, warstwa pierwsza. Praca na oddziale zachowawczym polega na prowadzeniu pacjenta: obchodzie, analizie wyników, modyfikacji leczenia, konsultacjach

międzyoddziałowych, rozmowie z rodziną, koordynacji wypisu i opieki po hospitalizacji. Nie występuje tu procedura, do której dałoby się przypisać zadanie i jego liczbę. Wymóg określenia w umowie rodzaju i liczby zadań jest w tym segmencie niewykonalny nie z powodu trudności technicznej, lecz dlatego, że jednostka, którą przepis zakłada, nie istnieje. Procedurą może być np. przyjęcie do szpitala, czy wypis ale to wymaga wprowadzenia modelu opartego na relatywnych wartościach pracy lekarza (RVU) postulowanego przez Polską Federację Szpitali.

Mechanizm, warstwa druga. Skoro obecnie nie ma jednostki świadczenia, jedyną dopuszczalną formą pozostaje stawka godzinowa, a granica kwotowa wiąże w tym segmencie bez żadnego wentyla. Wynagrodzenie dodatkowe za świadczenia wymagające szczególnych umiejętności jest w praktyce niedostępne, ponieważ katalog jest kojarzony z procedurami. Kompetencja internisty prowadzącego pacjenta z kilkoma chorobami przewlekłymi nie ma odpowiednika proceduralnego, choć jest rzadka i trudna do zastąpienia, a jej efektem jest krótsza hospitalizacja i mniejsza liczba ponownych przyjęć. W modelu RVU czynności przy pacjencie, takie jak na przykład przyjęcie do szpitala mają swoje stopnie odpowiadające stopniu natężenia pracy i skomplikowania stanu pacjenta.

Mechanizm, warstwa trzecia. Oddziały zachowawcze są z reguły najniżej wyceniane. Nie dysponują przy tym mechanizmem zwiększenia przychodu, ponieważ liczby hospitalizacji zachowawczych nie da się podnieść bez zwiększenia liczby łóżek i obsady. Wzrost kosztu osobowego wywołany opisanym wcześniej mechanizmem odniesienia uderza w nie najmocniej i nie może zostać skompensowany po stronie przychodowej. Racjonalną odpowiedzią jest ograniczanie liczby łóżek, znaczne skracanie czasu pobytu albo łączenie oddziałów, co w polskich szpitalach dzieje się już obecnie i w ramach tzw. konsolidacji wewnętrznej może być w przyszłości korzystne pod warunkiem zmiany modelu obsady lekarskiej i wprowadzenia funkcji lekarzy hospitalistów pracujących w systemie równoważnego czasu pracy.

Mechanizm, warstwa czwarta. Na oddziale zachowawczym w szpitalu pierwszego poziomu zabezpieczenia dyżur pełni zwykle jeden lekarz, często dojeżdżający i łączący pracę z podstawową opieką zdrowotną albo z ambulatoryjną opieką specjalistyczną. Limit łącznego wymiaru, wymóg minimalnego wymiaru u jednego świadczeniodawcy oraz zgoda podmiotu podstawowego działają tu jednocześnie i wobec tej samej osoby. Wyjątek dotyczący stanów nagłych jest w tym segmencie najmniej użyteczny, ponieważ większość czasu dyżuru przypada na kontynuację leczenia pacjentów już hospitalizowanych, a nie na przyjęcia nagłe. Interna jest przy tym specjalnością o najstarszej kadrze i najmniejszym napływie nowych specjalistów.

Skutek dla pacjenta. Pacjent z wielochorobowością nie ma alternatywy. Nie zostanie przyjęty na oddział zabiegowy, nie zostanie zaopatrzony w poradni, a jego hospitalizacji najczęściej nie da się skrócić przez zwiększenie tempa procedur. Skutek dotyka grupy najstarszej i najmniej mobilnej, czyli tej, której udział w populacji rośnie najszybciej, i jest nieodwracalny w krótkim okresie, ponieważ raz zamkniętego oddziału internistycznego nie odtwarza się w ciągu roku. Warto dodać, że na opiekę nad pacjentami z chorobami przewlekłymi, którzy stanowią około 20% populacji przeznaczamy nawet 80% nakładów na ochronę zdrowia.

Skutek pośredni dla lecznictwa zabiegowego. Oddziały zachowawcze stanowią zaplecze oddziałów zabiegowych. Kwalifikacja do zabiegu u pacjenta obciążonego, konsultacja przedoperacyjna, prowadzenie powikłań internistycznych oraz opieka po zabiegu wymagają internisty, kardiologa i diabetologa dostępnych na miejscu. Ograniczenie części zachowawczej zmniejsza zatem również zdolność szpitala do wykonywania zabiegów, w tym planowych zabiegów onkologicznych u pacjentów starszych. Zależność ta nie została w uzasadnieniu dostrzeżona, a bez niej ocena skutków projektu dla lecznictwa szpitalnego jest niepełna.

Postulat. uwzględnić w projekcie odrębność świadczeń, w których nie występuje policzalna jednostka wykonania. Zrezygnować z wymogu określania rodzaju i liczby zadań tam, gdzie zakres obowiązków wynika z przepisów powszechnie obowiązujących i z charakteru opieki. Objąć katalogiem świadczeń wymagających szczególnych umiejętności prowadzenie pacjenta wielochorobowego i geriatrycznego oraz konsultacje międzyoddziałowe. Uzupełnić Ocenę Skutków Regulacji o analizę wpływu na oddziały zachowawcze, w podziale na wielkość szpitala i poziom zabezpieczenia, wraz z oszacowaniem ryzyka ograniczenia liczby łóżek i zamknięć. Wprowadzić system wartościowania pracy lekarzy w oparciu o model RVU

13. Zakres obowiązku konkursowego oraz jawność warunków finansowych. Art. 26 ust. 3 w związku z art. 26 ust. 4a i art. 26a ustawy o działalności leczniczej

Przepis. Projektowany art. 26 ust. 3 rozciąga obowiązek konkursu ofert na każdy podmiot leczniczy udzielający świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Uzasadnienie zapowiada jednocześnie jawność postępowań na wzór prawa zamówień publicznych.

Mechanizm, warstwa pierwsza. W obecnym stanie prawnym obowiązek dotyczy wyłącznie podmiotów spełniających przesłanki określone w przepisach prawa zamówień publicznych i nie znajduje zastosowania do zamówień o wartości nieprzekraczającej równowartości 30 000 euro. Projekt nie rozstrzyga, czy rozszerzenie zakresu podmiotowego pozostawia w mocy próg wartości oraz czy przy stosowaniu zakazu dzielenia zamówienia umowy zawierane z różnymi osobami, w różnych komórkach organizacyjnych i lokalizacjach, będą traktowane jako części jednego zamówienia. Przy odpowiedzi twierdzącej próg przestaje pełnić funkcję ochronną, a postępowanie staje się obowiązkowe przy każdym naborze.

Potwierdzenie zakresu. Projekt usuwa ograniczenie wiążące dotychczas obowiązek konkursowy z podmiotami zobowiązanymi do stosowania prawa zamówień publicznych. Konkurs ofert staje się zatem zasadą także dla podmiotów niepublicznych posiadających umowę z Funduszem. Uwaga w tym zakresie przestaje mieć charakter warunkowy, natomiast nadal wymaga potwierdzenia, czy utrzymany zostaje próg wartości zamówienia oraz jak stosuje się zakaz dzielenia zamówienia w organizacji wielolokalizacyjnej.

Jawność warunków finansowych. Obowiązek publikowania danych o przyjmującym zamówienie i o warunkach finansowych umowy, w tym przez podmioty niepubliczne, wynika z odrębnego projektu zmieniającego ustawę o działalności leczniczej, a nie z opiniowanego projektu. Podnosimy tę kwestię tutaj, ponieważ oba projekty tworzą jeden mechanizm i oceniane osobno dają obraz niepełny, a uwagę tożsamej treści zgłaszamy w konsultacjach tamtego projektu.

Mechanizm, warstwa druga. Publikacja stawek oferowanych personelowi medycznemu tworzy publiczny punkt odniesienia działający jednokierunkowo. Każda oferta wyższa od poprzedniej staje się natychmiast znana wszystkim uczestnikom rynku i wyznacza nowy poziom oczekiwań. Deklarowanym celem projektu jest powstrzymanie spirali płacowej, a proponowany instrument tę spiralę przyspiesza. Projektodawca nie przedstawił w tym zakresie ani danych, ani modelu, ani odniesienia do doświadczeń innych rynków.

Skutek dla pacjenta. Obsadzenie dyżuru po nagłej rezygnacji albo zapewnienie zastępstwa w trakcie leczenia pacjenta już zakwalifikowanego nie znosi przerwy trwającej tyle, ile trwa ogłoszenie, składanie i rozpatrzenie ofert. W oddziale prowadzonym przez niewielki zespół oznacza to okres bez możliwości udzielania świadczeń.

Postulat. potwierdzić, że rozszerzenie zakresu podmiotowego nie uchyla progu wartości zamówienia oraz że umowy zawierane z poszczególnymi osobami w różnych komórkach organizacyjnych i lokalizacjach nie stanowią części jednego zamówienia. Wprowadzić tryb uproszczony dla zamówień udzielanych w celu zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń, w tym obsady dyżuru i zastępstwa. Wyłączyć obowiązek ujawniania warunków finansowych umów z personelem, pozostawiając jawność samego rozstrzygnięcia postępowania i danych przyjmującego zamówienie, albo poprzedzić wprowadzenie tego obowiązku analizą jego wpływu na poziom stawek.

14. Brak reżimu ochrony tajemnicy przedsiębiorstwa

Przepis. Projekt rozszerza zakres informacji przekazywanych Funduszowi oraz jawność postępowań konkursowych, nie wprowadzając przy tym żadnych zasad postępowania z informacjami stanowiącymi tajemnicę przedsiębiorstwa.

Mechanizm. Materiał udostępniany Funduszowi oraz ujawniany w postępowaniach obejmuje strukturę kosztów, warunki umów z personelem, organizację pracy bloku operacyjnego i parametry współpracy z dostawcami technologii. Są to informacje o wartości gospodarczej, wypracowane nakładem własnym podmiotu. Ustawa o świadczeniach nie zawiera odpowiednika rozwiązań znanych z prawa zamówień publicznych, czyli prawa zastrzeżenia informacji, ograniczenia dostępu wewnątrz organu, zakazu wykorzystania w innym celu, terminu usunięcia oraz odpowiedzialności za ujawnienie.

Skutek dla pacjenta. Brak takiego reżimu zniechęca do inwestowania w rozwiązania organizacyjne i technologiczne dające przewagę, ponieważ efekt inwestycji staje się dostępny konkurentom. Ogranicza to w dłuższym okresie tempo wdrażania nowych technologii, z których korzysta pacjent.

Postulat. wprowadzić w ustawie o świadczeniach przepis określający reżim postępowania z informacjami stanowiącymi tajemnicę przedsiębiorstwa, obejmujący prawo zastrzeżenia, ograniczenie dostępu wewnątrz Funduszu, zakaz wykorzystania w innym celu, termin usunięcia oraz odpowiedzialność za ujawnienie, a w art. 26 ustawy o działalności leczniczej odpowiednik rozwiązania przewidzianego w prawie zamówień publicznych.

15. Kontrola prawidłowości wykorzystania środków oparta na wymaganiach Prezesa Funduszu. Art. 61a ust. 1a

Przepis. Prezes Funduszu może kontrolować prawidłowość wykorzystania środków publicznych pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami, a także z wymaganiami określonymi przez Prezesa Funduszu.

Mechanizm. Druga część tej przesłanki nie ma treści normatywnej. Wymagania Prezesa Funduszu nie są źródłem powszechnie obowiązującego prawa, nie podlegają ogłoszeniu, nie są znane w chwili zawierania umowy i mogą zostać zmienione jednostronnie. Kontrolowany nie jest w stanie ustalić wzorca, któremu ma odpowiadać jego postępowanie, a mimo to ponosi odpowiedzialność za jego niedochowanie. Narusza to zasadę określoności przepisów prawa wywodzoną z art. 2 Konstytucji, a jako ograniczenie wolności działalności gospodarczej także art. 22 Konstytucji, który dopuszcza takie ograniczenie wyłącznie w drodze ustawy.

Uzasadnienie ujawnia rzeczywisty przedmiot kontroli, stwierdzając, że dla Funduszu nie jest obojętny sposób zarządzania uzyskanymi środkami, ponieważ niektóre praktyki mogą ujawniać zdolność do wypracowywania daleko idących zysków, co przeczy idei zwrotu kosztów. Oznacza to, że przedmiotem kontroli staje się rentowność świadczeniodawcy. Jednocześnie Ocena Skutków Regulacji opisuje skutek górnej granicy stawki jako poprawę wyniku finansowego świadczeniodawców. Projekt zakłada zatem poprawę rentowności i równolegle czyni ją przesłanką kontroli.

Skutek dla pacjenta. Kryterium kontrolne bez treści normatywnej przenosi ryzyko regulacyjne na decyzje inwestycyjne. Podmiot, dla którego dodatni wynik finansowy stanowi przesłankę kontroli, ogranicza inwestycje w sprzęt, w rozwój zakresów świadczeń i w programy jakościowe, ponieważ nie jest w stanie ocenić, czy zostaną one uznane za prawidłowe wykorzystanie środków. Efektywność gospodarowania przestaje być zaletą.

Postulat. usunąć z przesłanek kontroli odesłanie do wymagań określonych przez Prezesa Funduszu albo określić te wymagania w akcie prawa powszechnie obowiązującego, ogłaszanym przed zawarciem umowy. Usunąć rentowność jako samodzielne kryterium kontrolne. Odnotowujemy jednocześnie, że utrzymanie w mocy art. 61a ust. 5, nakazującego analizę ryzyka nieprawidłowości przed wszczęciem kontroli, jest rozwiązaniem właściwym i powinno pozostać niezmienione.

16. Koncentracja kompetencji Prezesa Funduszu bez równoważnika w postaci niezależnej weryfikacji

Przepis. Rozszerzeniu uprawnień kontrolnych towarzyszy koncentracja kompetencji u Prezesa Funduszu, obejmująca także powoływanie i odwoływanie dyrektorów oddziałów wojewódzkich.

Mechanizm. Ten sam organ określa wymagania, zawiera umowy, kontroluje ich wykonanie, ocenia prawidłowość wykorzystania środków oraz obsadza jednostki rozstrzygające w pierwszej kolejności o skutkach kontroli. Projekt nie przewiduje żadnego równoważnika w postaci niezależnego trybu weryfikacji ustaleń kontrolnych, mimo że jednocześnie wprowadza przesłankę kontrolną pozbawioną treści normatywnej oraz sankcje adresowane do osoby kierownika.

Skutek dla pacjenta. Świadczeniodawca, którego wynik kontroli jest sporny, nie ma realnej drogi weryfikacji przed organem niezaangażowanym w kontrolę. Rośnie ryzyko regulacyjne, a wraz z nim ostrożność przy podejmowaniu decyzji o uruchamianiu nowych zakresów świadczeń, o inwestycjach i o zwiększaniu skali działalności. Skutkiem jest zahamowanie rozwoju oferty tam, gdzie mogłaby ona powstać.

Postulat. wprowadzić niezależny tryb weryfikacji ustaleń kontrolnych albo utrzymać rozdział między organem prowadzącym kontrolę a organem rozstrzygającym o jej skutkach.

17. Dostęp Funduszu do dokumentacji pacjentów leczonych poza systemem publicznym. Art. 61ba i art. 192a ust. 1 pkt 4

Przepis. Podmioty posiadające umowę mają obowiązek nieodpłatnego udostępniania Prezesowi Funduszu informacji, w tym dotyczących świadczeń nieobjętych umową, a Fundusz uzyskuje nieodpłatny dostęp do dokumentacji medycznej i dokumentacji kadrowej. Wobec świadczeniodawców nieposiadających umowy Fundusz może żądać dokumentacji medycznej osób, którym udzielono świadczeń, oraz dokumentacji dotyczącej rozkładu czasu pracy personelu. Odmowa stanowi wykroczenie zagrożone grzywną.

Mechanizm. Pacjent leczony ze środków innych niż publiczne nie jest świadczeniobiorcą i nie pozostaje w żadnej relacji z płatnikiem. Udostępnienie jego dokumentacji organowi kontroli rozliczeń nie służy weryfikacji wydatkowania środków publicznych, ponieważ w jego przypadku takich środków nie wydatkowano. Cel, dla którego ograniczono prawo pacjenta do zachowania w tajemnicy informacji z nim związanych, nie został w uzasadnieniu wskazany.

Skutek dla pacjenta. Pacjent traci kontrolę nad tym, komu udostępniana jest jego dokumentacja, w sytuacji, w której świadomie wybrał leczenie poza systemem publicznym i sam za nie zapłacił. Weryfikacja czasu pracy personelu, która jest rzeczywistym celem przepisu, nie wymaga dostępu do treści dokumentacji medycznej, lecz wyłącznie do danych o dacie, rodzaju świadczenia i osobie udzielającej.

Postulat. ograniczyć zakres udostępnianej dokumentacji medycznej do danych niezbędnych do weryfikacji rozliczeń i czasu pracy, czyli danych identyfikacyjnych, dat, kodu świadczenia i osoby udzielającej, oraz wyłączyć z udostępniania dokumentację świadczeń finansowanych ze środków innych niż publiczne. Przeprowadzić ocenę skutków dla ochrony danych i uzgodnić projekt w tym zakresie z Prezesem Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

18. Kontrola rozpoczynana bez uprzedzenia

Przepis. Zawiadomienie o kontroli może nastąpić najpóźniej w chwili jej rozpoczęcia, przy jednoczesnym uchyleniu dotychczasowych wyjątków. Wprowadzona zostaje nowa przesłanka kontroli na legitymację, gdy jest to niezbędne do przeciwdziałania nierównemu traktowaniu świadczeniobiorców. Projekt nie ogranicza miejsca ani czasu czynności kontrolnych.

Mechanizm. W szpitalu zabiegowym czynności rozpoczęte bez uprzedzenia trafiają w czas udzielania świadczeń, a więc w blok operacyjny, oddział anestezjologii i intensywnej terapii, izbę przyjęć lub salę porodową. Są to strefy o określonym reżimie sanitarnym i o ograniczonym dostępie ustanowionym z przyczyn epidemiologicznych. Nowa przesłanka

kontroli kieruje ponadto kontrolującego do rejestracji i do list oczekujących w godzinach przyjęć, ponieważ tam weryfikuje się kolejność.

Skutek dla pacjenta. Obecność osób trzecich w strefach o ograniczonym dostępie oraz przerwanie rozpoczętej procedury nie jest utrudnieniem dla świadczeniodawcy, lecz ryzykiem dla pacjenta i naruszeniem jego prawa do intymności i poszanowania godności. Cel czynności, czyli sprawdzenie rzeczywistej obecności personelu, można osiągnąć bez wstępu do tych stref, tym bardziej że projekt wprowadza równolegle obowiązek harmonogramów, raportowania oraz oświadczeń pod rygorem odpowiedzialności karnej, a dokumentacja kadrowa nie ulega zmianie w ciągu doby.

Postulat. wprowadzić zakaz wstępu do pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia, w czasie ich udzielania, oraz zakaz przerywania rozpoczętego świadczenia. Czynności wobec osoby udzielającej świadczeń prowadzić poza czasem objętym jej harmonogramem, z terminem na przedstawienie dokumentów nie krótszym niż trzy dni robocze. Przesądzić, że tryb bez uprzedzenia jest dopuszczalny wyłącznie wtedy, gdy uprzedzenie mogłoby udaremnić cel kontroli, a okoliczność ta jest wskazywana w upoważnieniu.

19. Równe traktowanie pacjentów. Art. 8a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Przepis. Przepis zakazuje odmiennego traktowania pacjentów w dostępie do świadczeń oraz w warunkach organizacyjnych, lokalowych i bytowych ich udzielania, w szczególności ze względu na sytuację majątkową, i obowiązuje niezależnie od sposobu finansowania świadczenia. Uzasadnienie wymienia jako przejaw dyskryminacji krótsze oczekiwanie na diagnostykę i lepsze warunki udzielania świadczeń.

Zjawisko, w które przepis celuje, jest realne i nie jest przez nas bronione. Uzależnianie terminu udzielenia świadczenia finansowanego ze środków publicznych od zapłaty na rzecz świadczeniodawcy, przechodzenie pacjenta z listy oczekujących na termin odpłatny u tej samej osoby oraz tworzenie odrębnych warunków pobytu wyłącznie ze względu na zamożność są nadużyciami, którym należy przeciwdziałać. Zastrzeżenia dotyczą tego, że przyjęta redakcja obejmuje znacznie szerszy zbiór sytuacji, w tym takie, w których żadnego nadużycia nie ma.

Zakres normy. Konstytucyjna zasada równego dostępu odnosi się do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawa o świadczeniach reguluje ten strumień, a pojęcie świadczeniobiorcy jest z nim nierozzerwalnie związane. Poza tym strumieniem działa umowa cywilnoprawna zawierana przez pacjenta, oparta na swobodzie umów i na wolności działalności gospodarczej. Przepis w obecnym brzmieniu przenosi zasadę poza jej zakres, na relację, w której nie ma świadczeniobiorcy, nie ma środków publicznych i nie ma listy oczekujących. Jest to rozszerzenie normy konstytucyjnej na sytuację, do której norma ta nie została pomyślana.

Czego pacjent w istocie nabywa. Nie kupuje leczenia lepszego zamiast gorszego. Kupuje termin uzgodniony z własnym kalendarzem, wybór osoby wykonującej zabieg, metodę albo technologię nieobjętą finansowaniem publicznym lub objętą nim w węższym zakresie, wyrób medyczny o parametrach wykraczających poza standard finansowany, warunki pobytu oraz ciągłość opieki jednej osoby. Żaden z tych elementów nie jest objęty gwarancją publiczną,

a ich nabycie nie odbiera niczego pacjentowi korzystającemu ze świadczeń finansowanych publicznie. Ustawa o prawach pacjenta gwarantuje prawo do informacji, do wyrażenia zgody i do decydowania o własnym leczeniu. Możliwość zapłacenia za świadczenie nieobjęte finansowaniem publicznym jest konsekwencją tych praw, a nie ich zaprzeczeniem. Pacjent, który wybiera metodę mniej inwazyjną albo krótszy termin i płaci za to z własnych środków, korzysta z prawa, którego ustawodawca nigdy mu nie odebrał.

Różnicowanie a dyskryminacja. Dyskryminacja polega na gorszym traktowaniu w ramach tego samego stosunku prawnego, z powodu cechy osobistej. W omawianej sytuacji występują dwa odrębne stosunki prawne o różnej treści i różnym źródle finansowania. Pacjent korzystający ze świadczeń publicznych otrzymuje dokładnie to, do czego zobowiązał się płatnik, i nie otrzymuje mniej dlatego, że inna osoba zawarła umowę o innej treści. Odmienne ocena prowadziłaby do wniosku, że samo istnienie odpłatnej opieki zdrowotnej stanowi dyskryminację, czego projektodawca zapewne nie zamierza, a czego obecna redakcja nie wyklucza.

Brak alternatywy w postaci współpłacenia. W polskim systemie nie istnieją ramy dopłaty do świadczenia gwarantowanego w części wykraczającej poza standard. Pacjent, który chciałby dopłacić do wyrobu o wyższych parametrach albo do metody mniej obciążającej, nie ma innej drogi niż nabycie całej procedury poza systemem publicznym. Zakaz różnicowania warunków niezależnie od źródła finansowania zamyka także tę drogę, nie tworząc w zamian żadnej. Skutkiem będzie rezygnacja z leczenia, jego nabycie za granicą w trybie transgranicznym albo u podmiotu, który zrezygnował z umowy z Funduszem. W każdym z tych wariantów środki prywatne opuszczają podmioty, które dziś współfinansują z nich infrastrukturę i gotowość kadrową wykorzystywaną również dla pacjentów publicznych.

Skutek dla podmiotów łączących obie formy działalności. Jest to grupa najsilniej dotknięta projektem, a jednocześnie nieopisana w uzasadnieniu. Racjonalne odpowiedzi są trzy: rezygnacja z umowy z Funduszem, rozdzielenie działalności na dwa podmioty i dwie lokalizacje albo ograniczenie części komercyjnej. Każda z nich zmniejsza zasoby dostępne dla pacjenta publicznego. W podmiocie mieszanym część komercyjna współfinansuje sprzęt, gotowość, obsadę dyżurową i utrzymanie kompetencji wykorzystywanych w obu strumieniach, a wyższe wynagrodzenie osiągalne w części komercyjnej jest tym, co utrzymuje kadrę w podmiocie realizującym również kontrakt publiczny. Subsydiowanie skrócone działa dziś na korzyść pacjenta publicznego. Projekt je likwiduje, nie zastępując go niczym.

Kryteria medyczne. Przepis nie zawiera zastrzeżenia dla różnicowania wynikającego ze wskazań klinicznych. W szpitalu zabiegowym kolejność przyjęć i kolejność operacji jest rozstrzygnięciem opartym na pilności, stopniu zaawansowania choroby i ryzyku odroczenia. Bez wyraźnego wyłączenia daje to podstawę do zakwestionowania w kontroli decyzji podjętej dla dobra pacjenta pilniejszego.

Egzekucja. Nowa przesłanka kontroli na legitymację, uruchamiana wtedy, gdy jest to niezbędne do przeciwdziałania nierównemu traktowaniu świadczeniobiorców, jest narzędziem egzekucyjnym do tego przepisu. Połączenie nieostrej normy materialnej z szerokim uprawnieniem kontrolnym daje organowi zakres uznania, którego

świadczeniodawca nie jest w stanie przewidzieć na etapie planowania działalności, a od którego zależy dopuszczalność całego modelu organizacyjnego.

Postulat. przeredagować przepis tak, aby zakazywał tego, co jest rzeczywistym przedmiotem zastrzeżeń, to jest uzależniania dostępu do świadczenia finansowanego ze środków publicznych, w tym terminu jego udzielenia i kolejności na liście oczekujących, od zapłaty na rzecz świadczeniodawcy lub osoby udzielającej świadczeń. Dodać zastrzeżenie, że nie stanowi odmiennego traktowania: różnicowanie wynikające z kryteriów medycznych, w tym z oceny pilności i wskazań klinicznych; różnicowanie warunków wynikające z umowy o udzielanie świadczeń finansowanych ze środków innych niż publiczne; udzielanie świadczeń nieobjętych wykazem świadczeń gwarantowanych albo objętych nim w węższym zakresie. Niezależnie od tego rozważyć uregulowanie dopłaty do świadczenia gwarantowanego w części wykraczającej poza standard finansowany, ponieważ bez takiego mechanizmu zakaz różnicowania pozbawia pacjenta możliwości, której system nie oferuje mu w żadnej innej formie.

20. Obowiązki przypięte do statusu podmiotu zamiast do zakresu umowy z Funduszem

Przepis. Poszczególne obowiązki zostały powiązane z trzema różnymi przesłankami: ze statusem świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach, z posiadaniem jakiegokolwiek umowy z Funduszem oraz z posiadaniem umowy w określonym rodzaju, to jest z zakresu leczenia szpitalnego. Projekt nie wyjaśnia, dlaczego przyjęto trzy różne kryteria, ani nie porządkuje relacji między nimi.

Mechanizm. O zakresie obowiązków decyduje w efekcie nie rozmiar ani charakter działalności finansowanej publicznie, lecz sam fakt posiadania umowy. Podmiot, który zawarł jedną wąską umowę w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, na przykład na żywienie dojelitowe w warunkach domowych, tlenoterapię domową, dializoterapię otrzewnową albo badania genetyczne, uzyskuje status świadczeniodawcy i wchodzi w cały reżim informacyjny oraz kontrolny obejmujący całą jego działalność, w tym zakresy niemające z przedmiotem tej umowy żadnego związku merytorycznego. Jednocześnie wymogi przypięte do umowy z zakresu leczenia szpitalnego, czyli minimalny wymiar zaangażowania u jednego pracodawcy oraz zgoda pierwszego pracodawcy, tego samego podmiotu nie obejmą, choćby prowadził rozbudowaną działalność zabiegową poza systemem publicznym. Wynik jest arbitralny w obie strony.

Poniższe zestawienie pokazuje rozejście się przesłanek na przykładzie podmiotu prowadzącego działalność zabiegową i posiadającego jedną umowę w rodzaju świadczenia kontraktowane odrębnie.

Przepis	Przesłanka zastosowania	Czy obejmuje podmiot z jedną wąską umową
Limit łącznego wymiaru zaangażowania	Status świadczeniodawcy zatrudniającego	Tak, wobec całego personelu medycznego podmiotu

Przepis	Przesłanka zastosowania	Czy obejmuje podmiot z jedną wąską umową
Minimalny wymiar u jednego pracodawcy i zgoda pierwszego pracodawcy	Umowa z zakresu leczenia szpitalnego	Nie, mimo prowadzenia działalności zabiegowej
Granice stawki godzinowej i kwoty miesięcznej	Świadczenia objęte umową z Funduszem	Tak, ale wyłącznie w zakresie objętym umową
Forma współpracy i obowiązek konkursowy	Udzielanie świadczeń finansowanych ze środków publicznych	Tak, przy braku zawężenia do tych świadczeń
Udostępnianie informacji i dostęp do dokumentacji	Posiadanie umowy z Funduszem	Tak, łącznie ze świadczeniami nieobjętymi umową
Kontrola prawidłowości wykorzystania środków	Przekazywanie środków publicznych	Tak, przy marginalnym udziale tych środków w przychodzie
Zakaz odmiennego traktowania pacjentów	Cała działalność lecznicza	Tak, niezależnie od źródła finansowania

Skutek dla pacjenta. Podmiot posiadający wąską umowę uzyskuje wyraźny bodziec do jej wypowiedzenia, ponieważ rezygnacja z niewielkiego przychodu zdejmuje z niego reżim obejmujący całą działalność, w tym udostępnianie dokumentacji pacjentów finansujących leczenie samodzielnie oraz kontrolę sięgającą wyniku finansowego. Umowy w wąskich zakresach zawierane są zaś właśnie tam, gdzie publiczny świadczeniodawca nie ma potencjału: w żywieniu klinicznym w warunkach domowych, tlenoterapii, dializoterapii, diagnostyce genetycznej i wybranych programach lekowych. Ich wypowiedzanie oznacza dla pacjenta utratę dostępu do świadczeń, których w danym regionie nie realizuje nikt inny. Projekt zniechęca w ten sposób do wchodzenia do systemu publicznego w małej skali, co jest skutkiem odwrotnym do deklarowanego.

Proporcjonalność. Celem przepisów jest ochrona środków publicznych oraz zapewnienie ciągłości opieki nad pacjentem korzystającym ze świadczeń finansowanych publicznie. Rozciągnięcie obowiązków na zakresy niefinansowane publicznie nie realizuje żadnego z tych celów. Środek nie jest w tej części przydatny do celu, a więc nie spełnia pierwszego z warunków dopuszczalności ograniczenia wolności działalności gospodarczej.

Postulat. powiązać obowiązki z zakresem umowy, a nie ze statusem podmiotu. Limity zaangażowania oraz wymogi dotyczące treści umów stosować do osób udzielających świadczeń objętych umową i wyłącznie w zakresie tych świadczeń. Uprawnienia informacyjne i kontrolne ograniczyć do zakresu objętego umową. Ujednolicić przesłanki, od

których zależy stosowanie poszczególnych obowiązków, i uzasadnić każde odstępstwo. Rozważyć próg, poniżej którego podmiot realizujący świadczenia finansowane publicznie w niewielkim zakresie podlega wyłącznie obowiązkowi sprawozdawczemu dotyczącemu tej umowy.

21. Weryfikacja standardu rachunku kosztów przez Agencję i kara umowna

Przepis. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji uzyskuje uprawnienie do weryfikowania prawidłowości wdrożenia i stosowania zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów. Świadczeniodawca ma obowiązek umożliwienia czynności oraz przekazania wyjaśnień, informacji i dokumentów. Sankcją jest kara umowna nakładana przez Prezesa Funduszu w wysokości do pół procenta rocznej kwoty zobowiązania wynikającej z umowy.

Mechanizm. Standard rachunku kosztów jest narzędziem analitycznym służącym taryfikacji świadczeń, a jego zalecenia mają charakter metodyczny. Powiązanie ich stosowania z karą umowną zmienia charakter tego instrumentu: z narzędzia gromadzenia danych na potrzeby wyceny staje się on źródłem odpowiedzialności finansowej. Kara jest przy tym liczona od rocznej kwoty zobowiązania, a nie od wartości uchybienia ani od korzyści, jaką świadczeniodawca miałby odnieść, wobec czego jej wysokość nie pozostaje w żadnej relacji do wagi naruszenia. W dużym szpitalu pół procenta rocznego kontraktu jest kwotą przewyższającą całoroczny koszt obsługi rachunkowości zarządczej.

Skutek dla pacjenta. Sankcja obciąża środki przeznaczone na udzielanie świadczeń, ponieważ szpital nie dysponuje innym źródłem ich pokrycia. Skutek jest przy tym odwrotny do celu, ponieważ podmiot obawiający się kary będzie raportował dane w sposób zachowawczy i uśredniony, a nie rzetelnie odzwierciedlający rzeczywisty koszt, co obniża jakość materiału służącego do wyceny świadczeń. Wadliwa wycena przekłada się zaś bezpośrednio na dostępność, ponieważ decyduje o tym, które zakresy są dla świadczeniodawców wykonalne finansowo.

Postulat. powiązać wysokość kary z wagą uchybienia, a nie z roczną kwotą zobowiązania, oraz przewidzieć wezwanie do usunięcia nieprawidłowości przed jej nałożeniem. Wyłączyć możliwość nałożenia kary w przypadku rozbieżności wynikającej z interpretacji zaleceń metodycznych, a nie z ich niestosowania.

22. Rozszerzenie uprawnień kontrolnych: ponowna kontrola i wyjaśnienia pod rygorem odpowiedzialności karnej

Przepis. Projekt rozszerza katalog wyjątków pozwalających na ponowną kontrolę w tym samym zakresie, obejmując naruszenie prawa przy poprzedniej kontroli mogące mieć wpływ na jej wynik, oparcie wcześniejszych ustaleń na wadliwym materiale oraz ujawnienie istotnych faktów lub dowodów nieznanymi wcześniej Prezesowi Funduszu. Wyjaśnienia składane w toku kontroli mają być objęte rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wraz z obowiązkiem zamieszczenia oświadczenia o świadomości tej odpowiedzialności. Do katalogu wykroczeń dochodzi nieprzekazanie dokumentacji na żądanie Funduszu oraz nieprzekazanie danych zdarzenia medycznego do systemu informacji medycznej.

Mechanizm. Przesłanka ujawnienia istotnych faktów lub dowodów nieznanymi wcześniej organowi jest przy kontroli rozliczeń spełniona niemal zawsze, ponieważ każde kolejne postępowanie ujawnia dane, których organ wcześniej nie analizował. Zasada jednokrotności kontroli w tym samym zakresie przestaje wobec tego pełnić funkcję gwarancyjną, a rozliczenia zamknięte pozostają otwarte na powrót organu przez czas nieoznaczony. Objęcie wyjaśnień rygiem odpowiedzialności karnej przenosi natomiast ciężar postępowania na osoby fizyczne, w tym personel średniego szczebla, który udziela informacji w toku czynności bez możliwości uprzedniej weryfikacji dokumentów.

Tryb kontroli bez uprzedniego zawiadomienia. Kontrola prowadzona na podstawie legitymacji służbowej, bez uprzedniego zawiadomienia, jest już dziś wyłączona spod dwóch zabezpieczeń: nie planuje się jej po uprzednim dokonaniu analizy prawdopodobieństwa wystąpienia nieprawidłowości, a czasu jej trwania nie wlicza się do rocznego limitu czasu kontroli u danego podmiotu. Projekt dokłada trzecie wyłączenie, obejmując ten tryb katalogiem wyjątków od zakazu ponownej kontroli w tym samym zakresie, a jednocześnie poszerza przesłanki jego uruchomienia o przeciwdziałanie nierównemu traktowaniu świadczeniobiorców.

Istotą zastrzeżenia jest kumulacja, a nie żaden z tych elementów z osobna. W jednym trybie znika zawiadomienie, znika test celowości w postaci analizy przedkontrolnej, znika limit czasu trwania kontroli i znika zasada jednokrotności. Powstaje ścieżka pozwalająca wejść w każdej chwili w zakres już skontrolowany i zamknięty wystąpieniem pokontrolnym, bez uprzedzenia i bez ograniczenia czasowego, przy czym przesłanką uruchomienia jest kryterium ocenne, którego spełnienie ocenia sam organ przed rozpoczęciem czynności.

Drugi wyjątek z tego samego katalogu, czyli ujawnienie istotnych faktów lub dowodów nieznanymi wcześniej organowi, jest przy kontroli rozliczeń spełniony niemal zawsze, ponieważ każde kolejne postępowanie ujawnia dane, których organ wcześniej nie analizował. Obie ścieżki prowadzą więc do tego samego rezultatu: rozliczenie nie staje się ostateczne w żadnym momencie, a wystąpienie pokontrolne przestaje zamykać sprawę.

Skutkiem po stronie świadczeniodawcy jest rezerwa na ryzyko kontrolne pozbawiona horyzontu czasowego. Decyzje o uruchamianiu nowych zakresów świadczeń, o inwestycjach i o zwiększaniu skali podejmowane są wówczas przy ryzyku, którego nie da się wycenić, ponieważ nie wiadomo, kiedy przestaje ono biec. Dla pacjenta oznacza to zahamowanie rozwoju oferty tam, gdzie mogłaby powstać.

Postulat uzupełniający. nie obejmować kontroli prowadzonej bez uprzedniego zawiadomienia wyjątkiem od zakazu ponownej kontroli w tym samym zakresie. Gdyby wyjątek miał zostać utrzymany, ograniczyć go do zakresu odpowiadającego przesłance, która ten tryb uruchomiła, oraz wprowadzić termin, po którego upływie powrót do zakresu zamkniętego wystąpieniem pokontrolnym jest niedopuszczalny. Utrzymać obowiązek analizy prawdopodobieństwa wystąpienia nieprawidłowości oraz limit czasu trwania kontroli także wobec tego trybu, jeżeli służy on ponownemu badaniu zakresu już skontrolowanego.

Skutek dla pacjenta. Reakcją organizacji na takie ryzyko jest centralizacja kontaktu z organem i formalizacja obiegu informacji, co wydłuża czynności kontrolne i angażuje personel kliniczny w postępowania zamiast w udzielanie świadczeń. Skutek jest odczuwalny

przede wszystkim w podmiotach mniejszych, w których nie istnieje wyodrębniona komórka prawna, a wyjaśnień udziela osoba jednocześnie odpowiedzialna za pracę oddziału.

Postulat. ograniczyć przesłankę nowych faktów i dowodów do okoliczności, których organ nie mógł poznać przy zachowaniu należytej staranności w toku poprzedniej kontroli, oraz wprowadzić termin, po upływie którego powrót do zamkniętego zakresu jest niedopuszczalny. Ograniczyć rygor odpowiedzialności karnej do wyjaśnień składanych przez kierownika podmiotu albo osobę przez niego pisemnie upoważnioną, z zapewnieniem czasu na zapoznanie się z dokumentacją przed ich złożeniem.

23. Odpowiedzialność kierownika podmiotu leczniczego. Art. 193 ust. 1 pkt 11

Przepis. Kierownik podmiotu leczniczego odpowiada za wykroczenie zagrożone grzywną za podjęcie działań prowadzących do naruszenia przepisów o limitach zaangażowania i wynagrodzeń.

Mechanizm. Stan, za który kierownik odpowiada, zależy od informacji pochodzących od osób trzecich, składanych w formie oświadczeń, których prawdziwości nie ma on prawnej możliwości zweryfikować. Odpowiedzialność zostaje więc oderwana od możliwości działania.

Skutek dla pacjenta. Racjonalną reakcją jest ograniczanie ryzyka przez unikanie umów z osobami zaangażowanymi u innych świadczeniodawców. Ponieważ w specjalnościach deficytowych są to niemal wszyscy dostępni kandydaci, przepis o charakterze porządkowym przekłada się bezpośrednio na liczbę obsadzonych dyżurów.

Postulat. wyłączyć odpowiedzialność kierownika, który dochował należytej staranności, w szczególności odebrał oświadczenie wymagane ustawą i nie posiadał informacji podważających jego treść.

24. Agregacja danych o zaangażowaniu według numeru PESEL

Stan faktyczny. Identyfikacja osoby udzielającej świadczenia albo odpowiedzialnej za jego udzielenie numerem PESEL jest przedmiotem odrębnego projektu rozporządzenia sprawozdawczego, procedowanego równolegle z opiniowanym projektem. Deklarowanym celem jest ograniczenie ryzyka sprawozdawania świadczeń przez tę samą osobę w tym samym czasie. Dopiero połączenie obu aktów czyni limity mierzalnymi, ponieważ opiniowany projekt ustanawia limity, a rozporządzenie dostarcza identyfikatora pozwalającego je egzekwować.

Rozdzielenie tych rozwiązań między dwa akty powoduje, że skutki ich łącznego zastosowania nie zostały nigdzie ocenione. Ocena Skutków Regulacji opiniowanego projektu nie obejmuje skutków przetwarzania wynikających z rozporządzenia, a ocena skutków rozporządzenia nie obejmuje odpowiedzialności karnej i wykroczeniowej budowanej na tak zidentyfikowanych danych w ustawie. Wnosimy o łączną ocenę skutków obu rozwiązań.

Uzupełnienie. Niezależnie od powyższego, identyfikacja personelu w sprawozdawczości jest rozwiązaniem, którego samego w sobie nie kwestionujemy.

Mechanizm. Projekt nie przewiduje przy tym procedury weryfikacji danych zagregowanych przez osobę, której dotyczą, ani trybu ich sprostowania, mimo że na podstawie tych danych powstaje odpowiedzialność karna za treść oświadczenia oraz odpowiedzialność wykroczeniowa kierownika. Rozbieżność między harmonogramem prowadzonym przez jednego świadczeniodawcę a oświadczeniem złożonym u innego staje się ryzykiem dla obu stron, bez mechanizmu jej wyjaśnienia przed wszczęciem postępowania.

Podstawa agregacji została ustanowiona odrębną ustawą, która już obowiązuje, i nie jest przedmiotem obecnych konsultacji. Uwaga nie zmierza zatem do jej podważenia. Zwracamy natomiast uwagę, że UD439 buduje na tym zbiorze nowe skutki prawne, których wcześniej nie było: odpowiedzialność karną za treść oświadczenia, odpowiedzialność wykroczeniową kierownika podmiotu oraz przesłanki kontrolne. Dane gromadzone dotychczas w celu analitycznym i taryfikacyjnym stają się materiałem dowodowym w postępowaniach represyjnych. Jest to zmiana celu przetwarzania, która wymaga własnej podstawy, własnych gwarancji proceduralnych i własnej oceny skutków, a projekt nie zawiera żadnej z nich.

Odrębną wadę ujawnia sam sposób identyfikacji osób objętych ewidencją. Zgłaszany w debacie postulat zastąpienia numeru PESEL numerem prawa wykonywania zawodu jest w odniesieniu do tego projektu niewykonalny, ponieważ znaczna część osób objętych jego zakresem prawa wykonywania zawodu nie posiada. Dotyczy to zawodów, dla których nie utworzono samorządu zawodowego ani rejestru uprawnień, a które mieszczą się w definicji osoby wykonującej zawód medyczny i podlegają limitom na równi z lekarzami.

Wniosek jest istotniejszy niż spór o identyfikator. Mechanizm ewidencji i agregacji został zaprojektowany dla zawodów uregulowanych, a projekt rozciąga obowiązki na zawody, których ten mechanizm nie obejmuje. Prowadzi to do dwóch możliwych stanów, obu wadliwych. Albo limit będzie wobec tych osób niewykonalny, ponieważ nie da się przypisać im zaangażowania w skali kraju, albo jedynym dostępnym identyfikatorem pozostanie numer PESEL, co oznacza, że najszerszy zakres przetwarzania danych obciąży grupy o najslabszym umocowaniu ustawowym, pozbawione samorządu, który mógłby wypowiedzieć się w ich imieniu. Projekt nie rozstrzyga, który z tych stanów jest zamierzony.

Podzielamy natomiast postulat, aby dane o wynagrodzeniach, jeżeli mają być publikowane, były przedstawiane wyłącznie w powiązaniu z liczbą przepracowanych godzin oraz z podziałem na składniki wynagrodzenia, ponieważ kwota pozbawiona tego kontekstu wprowadza w błąd.

Postulat. rozstrzygnąć, w jaki sposób obowiązki ewidencyjne i agregacyjne mają być stosowane do zawodów nieposiadających prawa wykonywania zawodu ani rejestru uprawnień, albo wyłączyć te zawody z zakresu przepisów do czasu uregulowania ich statusu. Przesądzić w ustawie, że wykorzystanie danych zagregowanych do celów kontrolnych oraz jako podstawy odpowiedzialności karnej i wykroczeniowej wymaga uprzedniego zawiadomienia osoby, której dane dotyczą, oraz wprowadzić prawo wglądu w dane zagregowane oraz tryb ich sprostowania przed skorzystaniem z nich w postępowaniu kontrolnym lub w postępowaniu o wykroczenie, a także obowiązek poinformowania osoby, której dane dotyczą, o rozbieżności przed jej wykorzystaniem.

25. Programy pilotażowe i nadzór nad ich realizacją

Przepis. Projekt rozdziela role przy programach pilotażowych: minister opracowuje, ustala i nadzoruje program oraz może kontrolować jego realizację, natomiast Fundusz wdraża go, finansuje, kontroluje, monitoruje i ocenia, przy obowiązkowym postanowieniu umownym o poddaniu się kontroli.

Mechanizm. Programy pilotażowe są narzędziem, przez które do systemu wprowadza się rozwiązania niemieszczące się w dotychczasowym katalogu świadczeń: opiekę koordynowaną, kompleksową opiekę po zawale, modele onkologiczne oraz opiekę środowiskową. Ich wspólną cechą jest finansowanie ryczałtowe lub kompleksowe, którego sens polega na możliwości przesuwania zasobów tam, gdzie w danym momencie są potrzebne. Kontrola celowości wydatkowania takich środków, prowadzona według kryteriów wypracowanych przy rozliczaniu pojedynczych procedur, odwraca tę logikę.

Skutek dla pacjenta. Bezpieczne stają się czynności łatwe do zaewidencjonowania i policzenia, czyli wizyty i procedury wykonywane w placówce. Ryzykowne stają się te elementy, które w pilotażach mają najwyższą wartość, a są najtrudniejsze do udokumentowania: koordynacja ścieżki pacjenta, kontakt z rodziną i opiekunem, praca poza gabinetem, edukacja, monitorowanie na odległość oraz współpraca z innymi podmiotami. Wycofanie się z tych form nie zostanie odnotowane w sprawozdawczości, ponieważ liczba rozliczonych świadczeń pozostanie ta sama, a zmieni się wyłącznie ich zawartość.

Postulat. określić dla programów pilotażowych odrębne kryteria dokumentowania i kontroli, odpowiadające ich ryczałtowemu charakterowi, oraz wyłączyć z kontroli celowości formy pracy przewidziane w programie i rozliczane w ramach stawki kompleksowej. Uzupełnić uzasadnienie o wskazanie, na jakich ustaleniach kontrolnych oparto tę zmianę, a jeżeli informacja o wynikach kontroli nie została opublikowana, udostępnić ją uczestnikom konsultacji.

26. Termin wejścia w życie i przepisy przejściowe

Przepis. Ustawa ma wejść w życie po upływie czternastu dni od dnia ogłoszenia, z odstępniem od reguły przewidzianej w prawie przedsiębiorców, a umowy niespełniające nowych wymogów wygasają z mocy prawa z dniem 31 grudnia 2026 r.

Mechanizm. Termin ten wymaga od całego sektora przebudowy formy współpracy z personelem, przeprowadzenia postępowań konkursowych, zmiany umów w zakresie stawek i harmonogramów oraz, w przypadku podmiotów realizujących świadczenia w modelu podwykonawstwa, zmiany całego modelu działania wraz z czynnościami rejestrowymi. Wykonanie tych czynności w dostępnym czasie nie jest możliwe nawet przy pełnej gotowości podmiotów, ponieważ część z nich zależy od decyzji organów zewnętrznych.

Skutek dla pacjenta. Skutkiem będzie skumulowane w jednym momencie i obejmujące cały kraj zmniejszenie liczby obowiązujących umów z personelem, a więc spadek dostępności świadczeń skoncentrowany na przełomie roku. Dotknie on w pierwszej kolejności zabiegów planowych, w tym onkologicznych, dla których terminy zostały wyznaczone z wyprzedzeniem i mają znaczenie rokownicze, oraz obsady dyżurów w okresie o podwyższonym obciążeniu.

Nieadekwatność czternastodniowego okresu dostosowawczego była już podnoszona w konsultacjach, wraz z postulatem stopniowego wprowadzania poszczególnych obowiązków oraz ze wskazaniem ryzyka destabilizacji leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Zwracano także uwagę na konieczność zachowania spójności nowych rozwiązań z przepisami prawa pracy, co samo w sobie wymaga czasu na przygotowanie dokumentacji pracowniczej i regulaminów.

Zakres skutku wygaśnięcia wymaga przy tym wyjaśnienia w trzech punktach, których projekt nie rozstrzyga. Po pierwsze, czy wygaśnięcie obejmuje wyłącznie umowy cywilnoprawne, czy również umowy o pracę, co byłoby ingerencją w trwałość stosunku pracy o skali bez precedensu. Po drugie, czy wygasa cała umowa, czy jedynie jej część dotycząca świadczeń objętych umową z Funduszem. Po trzecie, jak potraktować umowy obejmujące jednocześnie świadczenia finansowane publicznie, działalność komercyjną oraz obowiązki kierownicze, naukowe lub dydaktyczne, których rozdzielenie na części wymagałoby zawarcia kilku odrębnych umów z tą samą osobą.

Czwarte pytanie ma dla organizacji udzielania świadczeń znaczenie największe i nie zostało dotąd w debacie postawione: czy wygaśnięcie obejmuje także umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, czyli umowy o podwykonawstwo zawarte między podmiotami leczniczymi, czy wyłącznie umowy z osobami udzielającymi świadczeń. Nowe wymogi znajdują się bowiem w dwóch aktach jednocześnie: wymogi dotyczące treści umów z personelem w ustawie o świadczeniach, a wymogi dotyczące formy i trybu udzielania zamówień w ustawie o działalności leczniczej. Od tego, do których z nich odsyła przepis przejściowy, zależy skutek o zupełnie innej skali.

Możliwe są trzy odczytania. Przy najszerszym umowa o podwykonawstwo niespełniająca nowych wymogów wygasa z mocy prawa jednego dnia, co oznacza, że z dniem 1 stycznia 2027 r. znika cały zakres świadczeń realizowany w tym modelu, wraz z zespołem i wyposażeniem. Przy odczytaniu pośrednim wygasa jedynie ta część umowy, która dotyczy świadczeń finansowanych ze środków publicznych, co przy zamówieniu obejmującym oba strumienie prowadzi do umowy pozbawionej przedmiotu. Przy najwęższym dotychczasowe zamówienia trwają do końca okresu, na jaki je zawarto, a nowe wymogi stosuje się dopiero przy ich odnowieniu. Nawet w tym ostatnim wariantcie horyzont jest krótki, ponieważ zawężenie kręgu przyjmujących zamówienie do osób fizycznych uniemożliwi odnowienie umowy z dotychczasowym partnerem.

Skutek dla pacjenta różni się w tych wariantach zasadniczo. W pierwszym jest to jednodniowa utrata dostępu do procedur w każdym szpitalu korzystającym z zespołów zewnętrznych, w trzecim rozłożone w czasie wygaszanie w miarę kończenia się umów. Projekt nie powinien pozostawiać tej różnicy wykładni.

Liczbę pacjentów, których dotknie jednodniowe wygaśnięcie umów, można oszacować bez prowadzenia dodatkowych badań. Są to osoby wpisane na listy oczekujących z terminem udzielenia świadczenia przypadającym na pierwszy kwartał 2027 r. Dane te świadczeniodawcy raportują do Funduszu, a Fundusz udostępnia je publicznie w informatorze o terminach leczenia, w podziale na zakresy i województwa. Projektodawca dysponuje zatem materiałem pozwalającym policzyć skutek proponowanego rozwiązania w

liczbie pacjentów, a Ocena Skutków Regulacji takiego szacunku nie zawiera i nawet go nie zapowiada.

Brak ochrony przejściowej dla leczenia prowadzonego w cyklach i etapach. Projekt przewiduje wyjątek dla świadczeń udzielanych w stanie nagłym, uznaje więc, że są sytuacje, w których stan pacjenta wyprzedza reguły organizacyjne. Nie przewiduje natomiast odpowiednika dla leczenia planowego, w którym termin jest elementem świadczenia, a nie kwestią wygody. Jednodniowe wygaśnięcie umów dotyka tej grupy najmocniej, ponieważ przerwa nie oznacza tu dłuższego oczekiwania, lecz utratę efektu dotychczasowego leczenia albo pogorszenie rokowania.

Najostrzej dotyczy to onkologii, i to z trzech powodów jednocześnie. Terminy diagnostyki wstępnej, diagnostyki pogłębionej oraz konsylium mają charakter normatywny, wobec czego ich niedotrzymanie jest naruszeniem, a nie opóźnieniem. Radioterapia prowadzona jest w cyklu, w którym przerwa ma udokumentowane znaczenie rokownicze. Leczenie okołoperacyjne działa zaś w oknie czasowym: po leczeniu przedoperacyjnym zabieg musi zostać wykonany w określonym przedziale, w przeciwnym razie cała sekwencja traci sens terapeutyczny. Do tego dochodzą programy lekowe, w których przerwanie podawania wymaga ponownej kwalifikacji, a niekiedy oznacza utratę dostępu do terapii.

Poza onkologią ta sama cecha występuje w dializoterapii, w której odroczenie nie jest możliwe, w transplantologii zarówno na etapie gotowości zespołów pobraniowych, jak i opieki po przeszczepieniu wraz z monitorowaniem leczenia immunosupresyjnego, w przeszczepianiu komórek krwiotwórczych, w leczeniu zawału i udaru objętym siecią czasową, w neonatologii, intensywnej terapii i położnictwie, gdzie obsada musi być całodobowa niezależnie od liczby pacjentów, w prowadzeniu ciąży wysokiego ryzyka, w programach lekowych chorób przewlekłych i rzadkich realizowanych często w jednym ośrodku w województwie, w leczeniu zakażeń wymagających ciągłości, w tym w terapii nadzorowanej gruźlicy, gdzie przerwa oznacza także ryzyko lekooporności, w rehabilitacji neurologicznej prowadzonej w oknie, w którym efekt jest jeszcze osiągalny, oraz w opiece paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych, gdzie pacjent nie ma alternatywnego świadczeniodawcy.

Kryterium ochrony powinno odwoływać się do cechy leczenia, a nie do listy rozpoznań, ponieważ lista zawsze będzie niepełna i zawsze będzie przedmiotem sporu. Cechą tą jest to, że przerwa albo przesunięcie terminu wywołuje następstwa kliniczne, a nie jedynie wydłuża oczekiwanie.

Postulat uzupełniający. wprowadzić przepis przejściowy, zgodnie z którym umowy niezbędne do zapewnienia ciągłości leczenia pacjentów, wobec których przed dniem wejścia w życie ustawy rozpoczęto leczenie prowadzone w cyklach lub etapach, wydano kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, dokonano kwalifikacji do programu lekowego, do zabiegu albo do przeszczepienia, pozostają w mocy do czasu zakończenia tego leczenia.

Postulat. uzupełnić Ocenę Skutków Regulacji o szacunek liczby pacjentów oczekujących z terminem przypadającym na pierwszy kwartał 2027 r. w zakresach realizowanych na podstawie umów objętych wygaśnięciem. Przesądzić wprost, czy przepis przejściowy obejmuje umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, a jeżeli tak, wyłączyć spod wygaśnięcia umowy zapewniające ciągłość udzielania świadczeń w zakresach,

których udzielający zamówienia nie realizuje samodzielnie. Niezależnie od tego wydłużyć okres dostosowania i przesunąć termin wygaśnięcia umów o nie mniej niż dwanaście miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy. Wprowadzić przepis przejściowy utrzymujący w mocy umowy niezbędne do zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń oraz do zakończenia leczenia pacjentów zakwalifikowanych przed dniem wejścia w życie ustawy.

Część III. Skutki wykraczające poza grupę zawodową i obszar wskazany w uzasadnieniu

III.1. Zakres podmiotowy projektu jest znacznie szerszy niż postawiona diagnoza

Uzasadnienie opisuje problem jako zjawisko dotyczące lekarzy specjalistów łączących zaangażowanie w kilku szpitalach. Zakres podmiotowy przepisów został jednak wyznaczony definicją osoby wykonującej zawód medyczny z art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej. Definicja ta ma dwa człony, a drugi z nich obejmuje każdą osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie. Nie wymaga on odrębnej ustawy zawodowej, przynależności do samorządu ani prawa wykonywania zawodu.

W konsekwencji ograniczenia zaprojektowane dla jednej grupy zawodowej obejmują cały personel udzielający świadczeń, a wraz z nim obszary medycyny, które w uzasadnieniu w ogóle nie występują. Rozbieżność między diagnozą a zakresem regulacji jest wadą samodzielną, niezależną od oceny poszczególnych rozwiązań. Ocena Skutków Regulacji nie zawiera ani oszacowania liczby osób objętych w podziale na zawody, ani analizy skutków dla zawodów innych niż lekarski, mimo że to właśnie w tych grupach udział zaangażowania ułamkowego i umów cywilnoprawnych jest najwyższy.

Poniższe zestawienie wskazuje grupy i obszary, dla których skutek jest bezpośredni i możliwy do opisanego już na etapie konsultacji.

Grupa zawodowa lub obszar	Mechanizm, który jej dotyczy	Skutek dla pacjenta
Pielęgniarki i położne	Limit łączny oraz wymóg minimalnego wymiaru u jednego pracodawcy	Niespełnienie minimalnych norm zatrudnienia, ograniczenie lub zamknięcie oddziału
Ratownicy medyczni	Limit łączny oraz brak dostępnej formy praktyki zawodowej	Obsada zespołów ratownictwa i szpitalnych oddziałów ratunkowych
Diagności laboratoryjni i technicy	Limit łączny obejmujący pracę w kilku laboratoriach	Wydłużenie czasu oczekiwania na wynik, ograniczenie pracy w trybie ciągłym
Patomorfologodzy	Limit łączny obejmujący opisy wykonywane dla kilku podmiotów	Wydłużenie czasu do rozpoznania i do

Grupa zawodowa lub obszar	Mechanizm, który jej dotyczy	Skutek dla pacjenta
		rozpoczęcia leczenia onkologicznego
Radiolodzy oraz opis badań na odległość	Wliczanie do limitu świadczeń udzielanych zdalnie	Utrata dostępu do opisu badań w szpitalach bez radiologa na miejscu
Farmaceuci szpitalni	Limit łączny oraz brak dostępnej formy praktyki zawodowej	Ryzyko dla ciągłości pracy apteki szpitalnej i przygotowywania leków
Fizjoterapeuci	Limit łączny oraz wyłączenie rozliczenia za jednostkę świadczenia	Ograniczenie liczby prowadzonych cykli rehabilitacji
Koordinatorzy i zespoły pobraniowe w transplantologii	Wliczanie do limitu czasu gotowości i czynności wyjazdowych	Ograniczenie gotowości utrzymywanej w trybie ciągłym
Perfuzjoniści, technicy sterylizacji, technicy elektroradiologii	Objęcie definicją przy braku formy praktyki zawodowej	Utrata podstawy współpracy cywilnoprawnej w komórkach o obsadzie jednoosobowej
Zawody objęte ustawą o niektórych zawodach medycznych	Objęcie definicją przy braku formy praktyki zawodowej	Utrata podstawy współpracy cywilnoprawnej
Lekarze w trakcie szkolenia i kierownicy specjalizacji	Wliczanie do limitu godzin nadzoru i kształcenia	Spowolnienie kształcenia kadr, czyli pogłębienie deficytu w perspektywie kilku lat
Technicy farmaceutyczni i personel pracowni żywienia	Limit łączny przy obsadzie jedno lub dwuosobowej	Wstrzymanie przygotowywania leków i mieszanin w aptece szpitalnej
Opiekunowie medyczni i personel opieki długoterminowej	Limit łączny oraz brak formy praktyki zawodowej	Ograniczenie opieki w zakładach opiekuńczych i hospicjach
Położne oraz personel neonatologii	Wymóg minimalnego wymiaru u jednego pracodawcy	Utrata ciągłości obsady w oddziałach działających w trybie całodobowym

Postulat. albo zawęzić zakres podmiotowy przepisów o limitach do grupy zawodowej opisanej w diagnozie, albo przeprowadzić i przedstawić w Ocenie Skutków Regulacji analizę skutków dla każdej z grup faktycznie objętych, wraz z oszacowaniem liczby osób i wpływu na obsadę.

III.2. Zawody, dla których ustawa nie przewiduje formy praktyki zawodowej, tracą podstawę współpracy cywilnoprawnej

Stan prawny. Ustawa o działalności leczniczej przewiduje formę praktyki zawodowej dla zamkniętego kręgu zawodów: lekarzy i lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych, fizjoterapeutów oraz diagnostów laboratoryjnych. Pozostałe zawody uczestniczące w udzielaniu świadczeń szpitalnych takiej formy mieć nie mogą, mimo że mieszczą się w definicji osoby wykonującej zawód medyczny.

Mechanizm. Projektowany art. 26 ust. 1 dopuszcza udzielenie zamówienia wyłącznie osobie wykonującej działalność leczniczą jako indywidualna praktyka zawodowa. Dla zawodów spoza katalogu warunek ten jest niemożliwy do spełnienia z przyczyn ustawowych, a nie organizacyjnych. Oznacza to wyłączenie współpracy cywilnoprawnej z tymi osobami w całości i pozostawienie wyłącznie umowy o pracę, przy jednoczesnym limicie łącznego zaangażowania. Powstaje luka między dwoma przepisami tej samej ustawy: definicja obejmuje te osoby obowiązkami, a przepis o formie odbiera im podstawę współpracy.

Skutek dla pacjenta. Skutek jest najostrzejszy w komórkach o obsadzie jednoosobowej lub dwuosobowej, w których zastąpienie jednej osoby etatem nie jest możliwe: w aptece szpitalnej, sterylizatorni, pracowni elektroradiologii, zespole perfuzji w kardiochirurgii. Utrata jednej osoby oznacza tam wstrzymanie całego zakresu świadczeń, a nie jego ograniczenie.

Postulat. rozszerzyć katalog zawodów, dla których ustawa przewiduje formę praktyki zawodowej, albo dopuścić udzielenie zamówienia osobie fizycznej prowadzącej jednoosobową działalność gospodarczą bez wymogu tej formy, jeżeli ustawa nie przewiduje jej dla danego zawodu.

III.3. Pielęgniarki i położne: kolizja limitów z minimalnymi normami zatrudnienia

Mechanizm. Przepisy o świadczeniach gwarantowanych oraz przepisy o działalności leczniczej nakładają na szpital obowiązek zapewnienia minimalnej obsady pielęgniarskiej, obliczanej dla oddziału i liczby łóżek. W praktyce obsada nocna, weekendowa i świąteczna w wielu szpitalach jest domykana przez osoby zaangażowane równolegle u innych świadczeniodawców oraz na podstawie umów cywilnoprawnych. Limit łącznego zaangażowania oraz wymóg minimalnego wymiaru u jednego pracodawcy działają dokładnie przeciwko temu mechanizmowi.

Konsekwencja jest w tej grupie zawodowej surowsza niż w pozostałych. Niespełnienie normy obsadowej nie jest wyłącznie problemem organizacyjnym, lecz niespełnieniem warunków realizacji umowy o udzielanie świadczeń, co uruchamia sankcje kontraktowe, a w dalszej kolejności ograniczenie zakresu umowy. Zamknięcie oddziału z powodu obsady pielęgniarskiej jest w polskich szpitalach zdarzeniem częstszym niż zamknięcie z powodu braku lekarza. Projekt nie odnosi się do tej relacji ani jednym przepisem.

Skutek dla pacjenta. Skutkiem nie jest dłuższe oczekiwanie, tylko brak oddziału w danej lokalizacji. Dotyczy to w pierwszej kolejności oddziałów o niewielkiej liczbie łóżek, w których norma jest spełniana z minimalnym marginesem, oraz oddziałów położniczych i neonatologicznych, gdzie obsada musi być utrzymana w trybie ciągłym niezależnie od liczby pacjentów.

Postulat. przesądzić relację limitu łącznego zaangażowania do minimalnych norm zatrudnienia i wyłączyć z limitu godziny niezbędne do zapewnienia obsady wymaganej przepisami. Uzupełnić Ocenę Skutków Regulacji o analizę wpływu na spełnianie norm obsadowych, w podziale na rodzaje oddziałów.

III.4. Ratownictwo medyczne i transplantologia: gotowość utrzymywana przez wielu pracodawców

Mechanizm. Skład zespołów ratownictwa medycznego oraz obsada szpitalnych oddziałów ratunkowych i dyspozytorni są określone przepisami i muszą być utrzymane w trybie ciągłym. W transplantologii gotowość koordynatorów i zespołów pobraniowych jest z natury zadaniem dodatkowym wobec podstawowego miejsca pracy, wykonywanym w porze nieprzewidywalnej i często u innego świadczeniodawcy niż macierzysty. W obu przypadkach czas gotowości i czas czynności wyjazdowych wlicza się do limitu, mimo że nie jest typowym udzielaniem świadczeń w miejscu zatrudnienia.

Skutek dla pacjenta. Ograniczenie tych zaangażowań nie zmniejsza obciążenia personelu, tylko zmniejsza liczbę dostępnych zespołów. W ratownictwie przekłada się to na czas dotarcia, w transplantologii na liczbę pobrań, a więc na liczbę przeszczepień. Jest to obszar, w którym utracona gotowość nie daje się odtworzyć późniejszym zwiększeniem liczby procedur.

Postulat. wyłączyć z łącznego wymiaru czasu pracy czas gotowości oraz czynności wykonywane w ramach zespołów pobraniowych, koordynacji przeszczepień i obsady zespołów ratownictwa medycznego.

III.5. Diagnostyka wykonywana poza obecnością pacjenta

Mechanizm. Patomorfologia, diagnostyka laboratoryjna oraz opis badań obrazowych są wykonywane bez udziału pacjenta, w miejscu i czasie wybranym przez wykonującego, a w warunkach deficytu kadrowego prawie zawsze na rzecz kilku podmiotów jednocześnie. Wliczanie tych godzin do limitu nie zmniejsza ryzyka przemęczenia w takim stopniu, w jakim zmniejsza dostępność, ponieważ ryzyko to wiąże się przede wszystkim z pracą przy pacjencie.

Skutek dla pacjenta. W patomorfologii wydłużenie czasu do rozpoznania histopatologicznego przesuwają moment rozpoczęcia leczenia onkologicznego, czyli działa wprost przeciwko wymogom czasowym obowiązującym w tej ścieżce. W radiologii ogranicza dostęp do opisu badań w szpitalach, które nie mają radiologa na miejscu i uzyskują go wyłącznie zdalnie. W diagnostyce laboratoryjnej ogranicza możliwość pracy w trybie ciągłym.

Postulat. wyłączyć z łącznego wymiaru czasu pracy świadczenia udzielane na odległość oraz czynności diagnostyki laboratoryjnej i patomorfologicznej wykonywane poza obecnością pacjenta.

III.6. Kształcenie i nadzór nad jakością konkurują z czasem przy pacjencie

Mechanizm. Limit czasowy został zbudowany wokół stosunku zaangażowania, a nie wokół rodzaju czynności. Do limitu wchodzi zatem godziny, które nie są udzielaniem świadczeń: kierowanie specjalizacją i nadzór nad lekarzem w trakcie szkolenia, proktoring przy wdrażaniu nowej techniki operacyjnej, udział w konsyliach, praca zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, komitetu transfuzjologicznego oraz zespołu do spraw jakości i zdarzeń niepożądanych. Limit kwotowy tych czynności nie obejmuje, ponieważ nie są one udzielaniem świadczeń, natomiast limit czasowy obejmuje je w pełni. Obie konstrukcje rozchodzą się, a koszt tej rozbieżności ponosi nadzór nad jakością.

Skutek dla pacjenta. Podmiot staje przed wyborem między godziną nadzoru a godziną przy pacjencie. Wybór racjonalny w krótkim okresie obniża jakość i spowalnia kształcenie kadr, a więc pogłębia deficyt, który projekt ma łagodzić. Skutek jest odroczony o kilka lat i z tego powodu nie ujawnia się w Ocenie Skutków Regulacji, co nie czyni go mniej realnym. Projekt zawiera już rozwiązanie analogicznego problemu przy pracy dydaktycznej, więc rozciągnięcie tej logiki na nadzór nad jakością nie wymaga zmiany konstrukcji ustawy.

Postulat. wyłączyć z łącznego wymiaru czasu pracy godziny przeznaczone na kształcenie podyplomowe, nadzór nad jakością i bezpieczeństwem oraz proktoring, powiązując wyłączenie z obowiązkiem odrębnej ewidencji, co jednocześnie zamyka ryzyko wykorzystania go do obejścia granicy wynagrodzenia.

III.7. Ciągłość opieki w leczeniu prowadzonym w cyklach

Mechanizm. W dializoterapii, chemioterapii, radioterapii, rehabilitacji i opiece długoterminowej pacjent wraca do tego samego zespołu wielokrotnie, w cyklu rozpisany z góry. Jednodniowe wygaśnięcie umów z mocy prawa przerywa cykle będące w toku, niezależnie od gotowości stron do ich kontynuowania.

Skutek dla pacjenta. Przerwa w cyklu radioterapii ma znaczenie kliniczne i nie jest równoważna z przesunięciem terminu. W dializoterapii odroczenie nie jest w ogóle możliwe. W rehabilitacji przerwanie cyklu oznacza utratę efektu dotychczasowej pracy. Skutek dotyczy pacjentów, którzy są w trakcie leczenia w chwili wejścia ustawy w życie, a więc grupy dającej się dziś policzyć.

Postulat. objąć przepisem przejściowym umowy niezbędne do dokończenia cykli leczenia rozpoczętych przed dniem wejścia w życie ustawy, na dotychczasowych zasadach, do czasu ich planowego zakończenia.

III.8. Brak analizy zgodności z ustawami nakładającymi obowiązki obsadowe

Projekt nie odnosi się do przepisów, które niezależnie od niego nakładają na szpital obowiązki dotyczące obsady i gotowości. Dotyczy to w szczególności przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie dyżuru medycznego i kształcenia podyplomowego, przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej oraz o minimalnych

normach zatrudnienia, przepisów o Państwowym Ratownictwie Medycznym, przepisów o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz przepisów o świadczeniach gwarantowanych określających warunki realizacji świadczeń.

W każdym z tych obszarów obowiązek obsadowy pozostaje niezmienny, a projekt ogranicza środki jego wykonania. Ustawodawca utrzymuje zatem obowiązek rezultatu i jednocześnie zawęża sposób jego osiągnięcia, nie wskazując, który przepis ma pierwszeństwo w razie kolizji. Ciężar rozstrzygnięcia tej sprzeczności spada na kierownika podmiotu leczniczego, który za jej skutki odpowiada osobiście.

Postulat. uzupełnić uzasadnienie o analizę zgodności projektu z przepisami nakładającymi obowiązki obsadowe i gotowościowe oraz wskazać, który przepis ma pierwszeństwo w razie kolizji. Tam, gdzie kolizja jest nieusuwalna, wprowadzić wyraźne wyłączenie spod limitów zaangażowania niezbędnego do wykonania obowiązku ustawowego.

Część IV. Skutki w obszarach innych niż lecznictwo szpitalne

Definicja świadczeniodawcy zawarta w ustawie o świadczeniach obejmuje nie tylko podmiot wykonujący działalność leczniczą, lecz także osobę fizyczną, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach działalności gospodarczej, podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz podmiot udzielający opieki farmaceutycznej. Zakres oddziaływania projektu jest więc szerszy niż lecznictwo i obejmuje obszary, których uzasadnienie nie wymienia ani razu. Poniżej wskazano te z nich, w których skutek dla pacjenta jest bezpośredni.

IV.1. Podstawowa opieka zdrowotna i ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W mniejszych miejscowościach jedna osoba obsługuje kilka punktów, dojeżdżając do nich w ustalonych dniach, a deklaracje pacjentów są przypisane do konkretnego lekarza. Limit łącznego zaangażowania oraz wymóg minimalnego wymiaru u jednego świadczeniodawcy uderzają wprost w ten model. Skutkiem nie jest przeniesienie godzin do innego punktu, lecz likwidacja punktu, ponieważ w danej miejscowości nie ma innego kandydata. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej ten sam mechanizm ogranicza liczbę poradni prowadzonych przez specjalistów dojeżdżających w wybranych dniach tygodnia, a to właśnie one zapewniają dostęp do specjalisty poza dużym miastem.

Postulat. objąć wyłączeniem z limitu zaangażowanie w podmiotach działających na obszarach o udokumentowanym niedoborze kadry oraz przesądzić, że wymóg minimalnego wymiaru nie ma zastosowania do świadczeń udzielanych w wymiarze wynikającym z wielkości populacji objętej opieką.

IV.2. Opieka długoterminowa, opieka paliatywna i hospicyjna

Opieka domowa opiera się na personelu pracującym równolegle u kilku podmiotów, w tym na pielęgniarkach, fizjoterapeutach, opiekunach medycznych i psychologach, oraz na lekarzach udzielających świadczeń w niewielkim wymiarze. Znaczna część tych zawodów nie ma dostępnej formy praktyki zawodowej, wobec czego traci podstawę współpracy cywilnoprawnej. Skutkiem dla pacjenta jest brak wizyty w domu, a nie dłuższe oczekiwanie, ponieważ w opiece domowej nie istnieje kolejka, do której można pacjenta zapisać.

Postulat. wyłączyć spod wymogu formy praktyki zawodowej zawody, dla których ustawa jej nie przewiduje, oraz spod wymogu minimalnego wymiaru zaangażowanie w opiece domowej, w której liczba świadczeń wynika z liczby pacjentów objętych opieką na danym obszarze.

IV.3. Rehabilitacja i lecznictwo uzdrowiskowe

Rehabilitacja jest prowadzona w cyklach, a wynagrodzenie personelu jest powszechnie ustalane za jednostkę świadczenia, co odpowiada charakterowi pracy i przenosi ryzyko nieobecności pacjenta w sposób odpowiadający realnemu nakładowi. Wyłączenie tego sposobu rozliczenia oraz limit łącznego zaangażowania ograniczają liczbę prowadzonych cykli. W lecznictwie uzdrowiskowym dodatkowym czynnikiem jest sezonowość i praca personelu dojeżdżającego, nieprzystająca do wymogu minimalnego wymiaru u jednego świadczeniodawcy.

Postulat. dopuścić rozliczenie za jednostkę świadczenia w granicy stawki godzinowej oraz uwzględnić sezonowy charakter zatrudnienia w lecznictwie uzdrowiskowym przy stosowaniu wymogu minimalnego wymiaru.

IV.4. Stomatologia

Świadczenia stomatologiczne finansowane ze środków publicznych są realizowane przede wszystkim przez praktyki jednoosobowe i niewielkie podmioty, dla których wartość umowy z Funduszem stanowi ułamek przychodu. Objęcie ich pełnym reżimem informacyjnym, kontrolnym i konkursowym z tytułu posiadania niewielkiej umowy tworzy bodziec do rezygnacji z tej umowy. Skutek dotknie najmocniej stomatologii dziecięcej i świadczeń w znieczuleniu ogólnym, czyli obszarów o najniższej dostępności.

Postulat. powiązać zakres obowiązków z wartością i zakresem umowy oraz wprowadzić próg, poniżej którego podmiot podlega wyłącznie obowiązkom sprawozdawczym dotyczącym tej umowy.

IV.5. Apteki, opieka farmaceutyczna i zaopatrzenie w wyroby medyczne

Podmiot udzielający opieki farmaceutycznej oraz podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne są świadczeniodawcami w rozumieniu ustawy o świadczeniach. Objęcie ich obowiązkami zaprojektowanymi dla personelu udzielającego świadczeń szpitalnych nie zostało w uzasadnieniu w żaden sposób omówione. Farmaceuci nie mają dostępnej formy praktyki zawodowej, a apteki i punkty zaopatrzenia funkcjonują w oparciu o personel pracujący u kilku podmiotów. Skutkiem może być ograniczenie dostępności opieki farmaceutycznej oraz wydłużenie czasu realizacji zleceń na wyroby medyczne.

Postulat. wyraźnie wyłączyć z zakresu przepisów o limitach zaangażowania i wynagrodzeń podmioty udzielające opieki farmaceutycznej oraz realizujące czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne albo objąć je odrębną, dostosowaną regulacją poprzedzoną oceną skutków.

IV.6. Świadczenia udzielane na odległość

Świadczenia udzielane zdalnie są mechanizmem wyrównującym dostęp na obszarach pozbawionych kadry na miejscu. Ich objęcie limitem czasowym ogranicza dostępność bez zysku po stronie bezpieczeństwa, ponieważ ryzyko, któremu przepis ma przeciwdziałać, wiąże się z pracą przy pacjencie w warunkach zmęczenia, a nie z konsultacją wykonaną w miejscu i czasie wybranym przez udzielającego.

Postulat. wyłączyć z łącznego wymiaru czasu pracy świadczenia udzielane na odległość albo uwzględnić je w wymiarze odpowiadającym rzeczywistemu czasowi ich udzielania, ustalonym w sposób jednolity.

IV.7. Medycyna pracy i orzecznictwo

Służba medycyny pracy opiera się w znacznej części na lekarzach łączących zaangażowanie w kilku jednostkach, przy niewielkim wymiarze w każdej z nich. Ograniczenie tego modelu wydłuży czas oczekiwania na badania profilaktyczne i orzeczenia, a skutek wykróczy poza ochronę zdrowia, obejmując zdolność pracodawców do dopuszczania pracowników do pracy. Uzasadnienie nie odnosi się do tego obszaru.

Postulat. przesądzić, czy zaangażowanie w jednostkach służby medycyny pracy jest objęte limitem, a jeżeli tak, poprzedzić to oceną wpływu na dostępność badań profilaktycznych.

IV.8. Badania kliniczne i działalność naukowa

Badania kliniczne są prowadzone w podmiotach leczniczych przez zespoły badawcze wynagradzane przez sponsora, a nie ze środków publicznych. Projekt nie rozstrzyga, czy czas poświęcony na czynności badawcze wlicza się do łącznego wymiaru zaangażowania i czy wynagrodzenie z tego tytułu podlega granicom kwotowym. Przy wykładni rozszerzającej udział w badaniach stanie się konkurencyjny wobec pracy klinicznej w ramach tego samego limitu. Dla pacjenta oznacza to ograniczenie dostępu do terapii, które poza badaniem nie są w Polsce dostępne, a dla systemu utratę pozycji jako miejsca prowadzenia badań.

Postulat. przesądzić wprost, że czas czynności wykonywanych w ramach badania klinicznego oraz wynagrodzenie z tego tytułu nie są objęte limitami dotyczącymi świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

IV.9. Szpitale kliniczne, instytuty i uczelnie medyczne

W tych podmiotach standardem jest łączenie zatrudnienia uczelnianego z zaangażowaniem klinicznym, a znaczna część czasu przypada na dydaktykę, kształcenie podyplomowe i badania. Projekt nie porządkuje relacji między zatrudnieniem na uczelni a limitem obejmującym zaangażowanie u świadczeniodawców, mimo że to właśnie w tych ośrodkach koncentruje się kształcenie kadr i procedury o najwyższym stopniu referencyjności.

Postulat. wyłączyć z łącznego wymiaru zaangażowanie wynikające ze stosunku pracy z uczelnią lub instytutem w części przypadającej na dydaktykę i działalność naukową oraz potwierdzić, że wyłączenie obejmuje kształcenie podyplomowe prowadzone w podmiocie leczniczym.

IV.10. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Obszar ten wymaga odrębnego wskazania z dwóch powodów, których nie da się wyprowadzić z uwag dotyczących pozostałych dziedzin. Po pierwsze, jest to obszar o największym udziale zawodów, dla których ustawa nie przewiduje formy praktyki zawodowej. Kadra psychoterapeutyczna, psycholodzy oraz terapeuci środowiskowi mieszczą się w definicji osoby wykonującej zawód medyczny i są objęci limitami, a jednocześnie nie mogą spełnić wymogu formy wymaganej od przyjmującego zamówienie. W tym obszarze współpraca cywilnoprawna jest formą dominującą, a nie uzupełniającą, więc skutek dotyczy większości kadry, a nie jej części.

Po drugie, podmiot prowadzący centrum zdrowia psychicznego odpowiada za kompleksową opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym i nie może odesłać pacjenta z powodu braku kadry. Wymagana obsada jest zaś w warunkach deficytu zapewniana przez sumowanie ułamkowych zaangażowań wielu osób. Limit łącznego wymiaru oraz wymóg minimalnego wymiaru u jednego świadczeniodawcy działają wprost przeciwko temu mechanizmowi. Ustawodawca utrzymuje obowiązek rezultatu wynikający z odrębnej ustawy i ogranicza jedyny środek jego wykonania, a skutkiem dla pacjenta jest zniknięcie punktu, w którym można uzyskać pomoc bez skierowania.

Postulat. objąć wyłączeniami opisanymi w niniejszym dokumencie także podmioty realizujące świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz uzupełnić Ocenę Skutków Regulacji o analizę wpływu na wykonalność obowiązków wynikających z przepisów o ochronie zdrowia psychicznego.

Część V. Ochrona danych osobowych

Projekt tworzy nowe strumienie przetwarzania danych dotyczących zdrowia oraz danych o zatrudnieniu i wynagrodzeniach, przy jednoczesnym stwierdzeniu w uzasadnieniu, że nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. Uwagi w tej części są niezależne od oceny merytorycznej pozostałych rozwiązań i dotyczą wymagań, które muszą zostać spełnione niezależnie od kierunku dalszych prac.

V.1. Brak oceny skutków dla ochrony danych i brak konsultacji z organem nadzorczym

Ocena Skutków Regulacji opisuje cykliczne przetwarzanie danych rzędu miliona osób, z agregacją według numeru PESEL oraz numeru prawa wykonywania zawodu, a uzasadnienie stwierdza jednocześnie brak wpływu na obszar danych osobowych i brak przeprowadzenia oceny skutków dla ochrony danych. Twierdzenia te wzajemnie się wykluczają. Przy przetwarzaniu na taką skalę, obejmującym dane dotyczące zdrowia, ocena skutków jest wymagana, a przygotowanie aktu prawnego dotyczącego przetwarzania wymaga zasięgnięcia opinii organu nadzorczego.

Postulat. przeprowadzić ocenę skutków dla ochrony danych obejmującą wszystkie strumienie przetwarzania tworzone projektem oraz zasięgnąć opinii Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych przed skierowaniem projektu do dalszych prac.

V.2. Dane pacjentów finansujących leczenie ze środków własnych

Udostępnienie Funduszowi dokumentacji medycznej pacjentów, w przypadku których nie wydatkowano środków publicznych, nie służy weryfikacji wydatkowania tych środków. Cel

przetwarzania nie został wskazany, a zakres nie został ograniczony do danych niezbędnych. Narusza to zasadę ograniczenia celu oraz zasadę minimalizacji danych, a w odniesieniu do danych dotyczących zdrowia wymaga wykazania podstawy szczególnej, której uzasadnienie nie identyfikuje. Rzeczywisty cel, czyli weryfikacja czasu pracy personelu, jest osiągalny na podstawie danych o dacie, rodzaju świadczenia i osobie udzielającej, bez dostępu do treści dokumentacji.

Postulat. ograniczyć zakres udostępnianych danych do niezbędnych do weryfikacji rozliczeń i czasu pracy, wyłączyć z udostępniania dokumentację świadczeń finansowanych ze środków innych niż publiczne oraz wskazać w przepisie cel i podstawę przetwarzania.

V.3. Dane personelu agregowane w skali kraju

Agregacja danych o zaangażowaniu i wynagrodzeniach według numeru PESEL oraz numeru prawa wykonywania zawodu tworzy w praktyce krajowy zbiór informacji o dochodach i miejscach pracy poszczególnych osób. Projekt nie określa administratora tego zbioru, okresu przechowywania danych, zakresu dostępu wewnątrz Funduszu ani zabezpieczeń. Nie przewiduje też prawa wglądu i sprostowania po stronie osoby, której dane dotyczą, mimo że na podstawie tych danych powstaje odpowiedzialność karna za treść oświadczenia oraz odpowiedzialność wykroczeniowa kierownika podmiotu.

Postulat. określić administratora, cel, zakres, okres przechowywania oraz zasady dostępu do danych zagregowanych, a także wprowadzić prawo wglądu i sprostowania przed wykorzystaniem tych danych w postępowaniu kontrolnym lub w postępowaniu o wykroczenie.

V.4. Obowiązek informacyjny wobec pacjenta i wtórne wykorzystanie danych

Rozszerzenie kręgu odbiorców dokumentacji wymusza zmianę informacji przekazywanej pacjentowi. Pacjent finansujący leczenie samodzielnie zostanie poinformowany, że jego dokumentacja może zostać udostępniona Funduszowi bez jego zgody. Projekt nie zawiera przy tym zakazu wykorzystania danych pozyskanych w toku kontroli w celu innym niż ten, dla którego je pozyskano, ani terminu ich usunięcia po zakończeniu postępowania.

Postulat. wprowadzić zakaz wykorzystania danych pozyskanych w toku kontroli w celu innym niż cel kontroli oraz obowiązek ich usunięcia w oznaczonym terminie po zakończeniu postępowania.

Część VI. Prawa pacjenta poza zasadą równego traktowania

Projekt ingeruje jednocześnie w kilka praw pacjenta określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a uzasadnienie nie zawiera analizy tego wpływu. Poniżej wskazano prawa, których dotyczy ingerencja, oraz przepisy projektu, z których ona wynika.

VI.1. Prawo do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem

Ustawa o prawach pacjenta ustanawia obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem i określa zamknięty katalog sytuacji, w których obowiązek ten nie obowiązuje. Analogiczna konstrukcja obowiązuje w przepisach o zawodach medycznych.

Projekt tworzy nową ścieżkę dostępu do tych informacji, nie zmieniając przepisów ustanawiających tajemnicę i nie wskazując, który z nich ma pierwszeństwo. Skutkiem jest stan, w którym osoba udzielająca świadczeń ma jednocześnie obowiązek zachowania tajemnicy i obowiązek udostępnienia objętych nią informacji pod rygorem grzywny.

Postulat. przesądzić relację projektowanych przepisów do przepisów ustanawiających tajemnicę oraz wskazać wprost, że udostępnienie nie obejmuje informacji objętych tajemnicą w zakresie wykraczającym poza dane niezbędne do weryfikacji rozliczeń.

VI.2. Prawo do poszanowania intymności i godności

Czynności kontrolne prowadzone bez uprzedzenia, bez ograniczenia co do miejsca i czasu, wkraczają w przestrzeń, w której udzielane są świadczenia. Prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności obowiązuje niezależnie od tego, kto i w jakim trybie prowadzi czynności w podmiocie leczniczym, a projekt nie przewiduje żadnego mechanizmu jego zabezpieczenia w toku kontroli.

Postulat. wprowadzić do przepisów o kontroli wyraźne zastrzeżenie, że czynności kontrolne nie mogą naruszać prawa pacjenta do intymności i poszanowania godności, wraz z zakazem wstępu do pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia, w czasie ich udzielania.

VI.3. Prawo do świadczeń odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej i do ciągłości opieki

Wygaśnięcie z mocy prawa umów niespełniających nowych wymogów w jednym dniu przerywa ciągłość opieki nad pacjentami będącymi w trakcie leczenia, w tym w trakcie cykli terapeutycznych i procesów wieloetapowych. Prawo pacjenta do świadczeń udzielanych z należytą starannością i do ciągłości opieki nie doznaje w projekcie żadnego zabezpieczenia przejściowego.

Postulat. wprowadzić przepis przejściowy utrzymujący w mocy umowy niezbędne do zakończenia leczenia pacjentów zakwalifikowanych przed dniem wejścia w życie ustawy.

VI.4. Prawo do informacji i do decydowania o własnym leczeniu

Zakaz odmiennego traktowania w warunkach organizacyjnych, obowiązujący niezależnie od źródła finansowania, ogranicza możliwość skorzystania przez pacjenta z uprawnień, których realizacja wymaga zawarcia odrębnej umowy: wyboru osoby udzielającej świadczenia, wyboru metody nieobjętej finansowaniem publicznym albo wyrobu o parametrach wykraczających poza standard. Ograniczenie autonomii pacjenta nie zostało w uzasadnieniu dostrzeżone ani uzasadnione.

Postulat. wprowadzić zastrzeżenia opisane w uwadze dotyczącej równego traktowania oraz rozważyć uregulowanie dopłaty do świadczenia gwarantowanego w części wykraczającej poza standard finansowany.

VI.5. Brak oceny wpływu na prawa pacjenta

Projekt zmienia ustawę o prawach pacjenta i jednocześnie oddziałuje na kilka innych praw w niej określonych, a Ocena Skutków Regulacji nie zawiera analizy tego wpływu. Nie

odnotowano również stanowiska Rzecznika Praw Pacjenta co do skutków innych niż zasada równego traktowania.

Postulat. uzupełnić Ocenę Skutków Regulacji o analizę wpływu na poszczególne prawa pacjenta oraz uzgodnić projekt w tym zakresie z Rzecznikiem Praw Pacjenta.

Część VII. Ocena konstytucyjna i legislacyjna

Uwagi w tej części dotyczą zgodności rozwiązań z normami wyższego rzędu oraz z zasadami poprawnej legislacji. Mają charakter samodzielny: ich uwzględnienie nie wymaga zgody projektodawcy co do skutków gospodarczych ani co do prognoz kadrowych.

VII.1. Zasada określoności przepisów prawa

Trzy konstrukcje projektu nie spełniają wymogu określoności. Odpowiedzialność karna za treść oświadczenia dotyczy wielkości, której sposobu obliczenia ustawa nie określa. Przesłanka kontroli odsyłająca do wymagań określonych przez Prezesa Funduszu odsyła do wzorca, który nie jest źródłem powszechnie obowiązującego prawa, nie podlega ogłoszeniu i może zostać zmieniony jednostronnie. Odpowiedzialność wykroczeniowa kierownika obejmuje stan zależny od oświadczeń osób trzecich, których nie ma on możliwości zweryfikować. W każdym z tych przypadków adresat normy nie jest w stanie ustalić, jakie zachowanie jest od niego wymagane.

VII.2. Wolność wyboru i wykonywania zawodu oraz wyboru miejsca pracy

Limit łącznego zaangażowania obejmujący także pracę u podmiotów niefinansowanych ze środków publicznych oraz uzależnienie podjęcia pracy u kolejnego świadczeniodawcy od zgody dotychczasowego stanowią ograniczenie wolności wyboru i wykonywania zawodu oraz wyboru miejsca pracy. Ograniczenie takie jest dopuszczalne wyłącznie w drodze ustawy i wyłącznie w zakresie niezbędnym. W przypadku zgody dotychczasowego świadczeniodawcy ustawa nie określa ani przesłanek odmowy, ani terminu, ani trybu weryfikacji, a decyzja została powierzona podmiotowi pozostającemu w stosunku konkurencji wobec kolejnego pracodawcy. Konstrukcja, w której o możliwości wykonywania zawodu przez daną osobę rozstrzyga swobodna decyzja innego uczestnika rynku, jest trudna do obrony.

VII.3. Wolność działalności gospodarczej i zasada proporcjonalności

Rozciągnięcie obowiązków organizacyjnych, informacyjnych i kontrolnych na działalność niefinansowaną ze środków publicznych nie realizuje celu, jakim jest ochrona tych środków, a więc nie spełnia wymogu przydatności środka do celu. To samo dotyczy uczynienia z wyniku finansowego przesłanki kontroli. Ograniczenie wolności działalności gospodarczej jest dopuszczalne tylko w drodze ustawy i tylko ze względu na ważny interes publiczny, a ciężar wykazania tego interesu spoczywa na projektodawcy.

VII.4. Zaufanie do państwa, prawa nabyte i odpowiednia vacatio legis

Wygaśnięcie z mocy prawa umów zawartych zgodnie z obowiązującym prawem stanowi ingerencję w trwające stosunki cywilnoprawne. Ingerencja taka wymaga szczególnie mocnego uzasadnienia oraz odpowiedniego okresu dostosowawczego. Projekt przewiduje

wejście w życie po czternastu dniach od ogłoszenia, z wyraźnym odstępniem od reguły przewidzianej w prawie przedsiębiorców dla przepisów określających warunki wykonywania działalności gospodarczej, a jednocześnie wyznacza jeden termin wygaśnięcia dla całego rynku. Uzasadnienie odstępniem od reguły nie zostało przedstawione.

VII.5. Spójność z ustawami szczególnymi

Projekt nie odnosi się do przepisów, które niezależnie od niego nakładają obowiązki obsadowe, gotowościowe i szkoleniowe, ani do przepisów ustanawiających tajemnicę informacji związanych z pacjentem. Utrzymuje obowiązek rezultatu i zawęża środki jego wykonania, nie wskazując, który przepis ma pierwszeństwo. Ciężar rozstrzygnięcia sprzeczności spada na kierownika podmiotu leczniczego, który odpowiada za jej skutki osobiście.

Postulat. poddać projekt ocenie pod kątem zgodności z Konstytucją w zakresie określoności przepisów, wolności wyboru miejsca pracy, wolności działalności gospodarczej oraz odpowiedniej *vacatio legis*, a także uzupełnić uzasadnienie o analizę relacji do ustaw szczególnych i o wskazanie pierwszeństwa w razie kolizji.

Część VIII. Zestawienie postulatów według krytyczności dla pacjenta

Kolejność odzwierciedla wagę skutku dla dostępności świadczeń, a nie kolejność przepisów w projekcie ani wagę skutku finansowego dla świadczeniodawców.

Postulat	Przepis	Krytyczność
Dopuszczenie podwykonawstwa realizowanego w zakładzie leczniczym zlecającego oraz uproszczona forma rejestrowa	Art. 26 ust. 1 i 1a u.d.l.	Krytyczny
Przepis przejściowy dla umów zapewniających ciągłość świadczeń i dwunastomiesięczny okres dostosowania	Przepisy przejściowe	Krytyczny
Ograniczenie limitu do zaangażowania u świadczeniodawców z umową z Funduszem	Art. 132aa ust. 1	Krytyczny
Definicja równoważnika wymiaru czasu pracy przed powstaniem odpowiedzialności za oświadczenie	Art. 132aa ust. 2, art. 132ab ust. 9	Krytyczny
Wyłączenie minimalnego wymiaru u jednego pracodawcy dla zakresów o małej liczbie świadczeń	Art. 132aa ust. 3	Wysoki
Usunięcie rentowności i wymagań Prezesa Funduszu jako przesłanek kontroli	Art. 61a ust. 1a	Wysoki

Postulat	Przepis	Krytyczność
Ograniczenie dostępu do dokumentacji pacjentów leczonych poza systemem publicznym	Art. 61ba, art. 192a ust. 1 pkt 4	Wysoki
Zastrzeżenie dla kryteriów medycznych i dla świadczeń finansowanych prywatnie	Art. 8a ustawy o prawach pacjenta	Wysoki
Zakaz czynności kontrolnych w pomieszczeniach, w których udzielane są świadczenia	Przepisy o kontroli	Wysoki
Katalog świadczeń wymagających szczególnych umiejętności obejmujący dyżur w specjalnościach deficytowych	Art. 132ab ust. 5	Średni
Dopuszczenie rozliczenia za jednostkę świadczenia w granicy stawki godzinowej	Art. 132ab ust. 11	Średni
Przesłanki odmowy zgody pierwszego pracodawcy i termin jej rozpatrzenia	Art. 132aa ust. 6	Średni
Reżim ochrony tajemnicy przedsiębiorstwa i wyłączenie jawności warunków finansowych	Art. 26 u.d.l., dział o kontroli	Średni
Utrzymanie progu wartości zamówienia i tryb uproszczony dla zastępstw	Art. 26 ust. 3, 4a i art. 26a u.d.l.	Średni
Prawo wglądu i sprostowania danych zagregowanych według numeru PESEL	Przepisy o przetwarzaniu danych	Średni
Wyłączenie odpowiedzialności kierownika przy dochowaniu należytej staranności	Art. 193 ust. 1 pkt 11	Średni
Rozszerzenie katalogu form wykonywania zawodu albo dopuszczenie działalności gospodarczej bez praktyki zawodowej	Art. 5 i art. 26 ust. 1 u.d.l.	Krytyczny
Przesądzenie relacji limitu do minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek	Art. 132aa ust. 1 i 3	Krytyczny
Wyłączenie z limitu czasu gotowości oraz obsady ratownictwa i zespołów pobraniowych	Art. 132aa ust. 1	Wysoki

Postulat	Przepis	Krytyczność
Wyłączenie z limitu świadczeń udzielanych na odległość i diagnostyki poza obecnością pacjenta	Art. 132aa ust. 1	Wysoki
Wyłączenie z limitu godzin kształcenia, nadzoru nad jakością i proktoringu	Art. 132aa ust. 1	Wysoki
Przepis przejściowy obejmujący cykle leczenia rozpoczęte przed wejściem w życie ustawy	Przepisy przejściowe	Wysoki
Analiza skutków dla poszczególnych grup zawodowych i zgodności z ustawami obsadowymi	Uzasadnienie i OSR	Wysoki
Objęcie wyjątkiem całego czasu dyżuru i gotowości, a nie tylko stanów nagłych	Art. 132aa	Krytyczny
Dopuszczenie stawki miesięcznej i przesądzenie składników wliczanych do granicy	Art. 132aa ust. 9, art. 132ab	Wysoki
Niezależny tryb weryfikacji ustaleń kontrolnych	Przepisy o kontroli	Średni
Powiązanie obowiązków z zakresem umowy zamiast ze statusem podmiotu	Przepisy o zakresie podmiotowym	Krytyczny
Przeredagowanie zakazu na warunkowanie dostępu do świadczenia publicznego od zapłaty	Art. 8a ustawy o prawach pacjenta	Krytyczny
Uregulowanie dopłaty do świadczenia gwarantowanego w części ponadstandardowej	Ustawa o świadczeniach	Średni
Obniżenie granicy podstawowej i powiązanie jej z systemem współczynników pracy	Art. 132ab ust. 1	Krytyczny
Delegacja i harmonogram metodyki wyceny opartej na relatywnej wartości pracy oraz przejściowy charakter granicy godzinowej	Art. 132ab ust. 1	Krytyczny
Ustawowe kryterium ustalania podmiotu podstawowego oraz tryb weryfikacji odmowy zgody	Art. 132aa ust. 6	Krytyczny

Postulat	Przepis	Krytyczność
Wyjaśnienie zakresu wygaśnięcia umów: umowy o pracę, część publiczna, umowy mieszane	Przepisy przejściowe	Krytyczny
Przesądzenie, czy wygaśnięcie obejmuje umowy o podwykonawstwo, i wyłączenie umów zapewniających ciągłość świadczeń	Przepisy przejściowe	Krytyczny
Przesłanki, termin i skutek bezczynności przy zgodzie Funduszu na odstąpienie od ograniczeń	Art. 132aa	Wysoki
Reguła ewidencji czasu przy działalności mieszanej u tego samego świadczeniodawcy	Art. 132aa ust. 9 i 10	Wysoki
Kryteria odróżnienia rzeczywistego podwykonawcy od pośrednictwa w zatrudnianiu	Art. 26 u.d.l.	Wysoki
Odrębne kryteria kontroli programów pilotażowych	Art. 48e	Wysoki
Uwzględnienie świadczeń bez policzalnej jednostki wykonania oraz analiza wpływu na oddziały zachowawcze	Art. 27 ust. 4, art. 132ab ust. 5, OSR	Krytyczny
Zmiana zapisów dot. zgody podmiotu podstawowego	Art. 132aa ust. 6	Krytyczny
Usunięcie warunku wyłączności przy zaangażowaniu poniżej połowy etatu i automatycznego rozwiązania zatrudnienia	Art. 132aa ust. 3	Krytyczny
Objęcie katalogiem wynagrodzenia dodatkowego kategorii klinicznych, nie tylko organizacyjnych	Art. 132ab ust. 5	Wysoki
Powiązanie kary za standard rachunku kosztów z wagą uchybienia i wezwanie przed jej nałożeniem	Uprawnienia Agencji	Wysoki
Ograniczenie przesłanki ponownej kontroli i rygoru odpowiedzialności karnej przy wyjaśnieniach	Przepisy o kontroli	Wysoki
Łączna ocena skutków ustawy i rozporządzenia sprawozdawczego identyfikującego personel	OSR	Średni

Postulat	Przepis	Krytyczność
Opinia Prezesa UOKiK i analiza wpływu na konkurencję na rynku pracy	Uzasadnienie i OSR	Wysoki
Rozstrzygnięcie sposobu ewidencji zawodów nieposiadających prawa wykonywania zawodu ani rejestru uprawnień	Przepisy o przetwarzaniu danych	Wysoki
Ocena skutków dla ochrony danych i opinia organu nadzorczego przed dalszymi pracami	Przepisy o kontroli i przetwarzaniu danych	Krytyczny
Przesądzenie relacji przepisów o kontroli do przepisów o tajemnicy informacji o pacjencie	Ustawa o prawach pacjenta	Wysoki
Analiza wpływu na prawa pacjenta i uzgodnienie z Rzecznikiem Praw Pacjenta	Uzasadnienie i OSR	Wysoki
Wyłączenie badań klinicznych oraz dydaktyki i działalności naukowej z limitu	Art. 132aa ust. 1	Wysoki
Wyłączenie aptek i zaopatrzenia w wyroby medyczne z zakresu przepisów o limitach	Zakres podmiotowy	Średni
Ocena zgodności z Konstytucją w zakresie wolności wyboru miejsca pracy i określoności	Uzasadnienie	Wysoki


Jarosław J. Fedorowski
 Prezes Polskiej Federacji Szpitali

