

Warszawa, 7 maja 2026 r.
KL/312/86/IJ/2026

Pan
Dariusz Salamończyk
Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu

Szanowny Panie Ministrze,

w imieniu członków Konfederacji Lewiatan w załączeniu przekazuję stanowisko naszej organizacji dotyczące przekazanego do zaopiniowania poselskiego projektu ustawy o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie niektórych ustaw (dalej jako: „**Projekt**”).

Z poważaniem



Marek Górski
Prezydent Konfederacji Lewiatan

member of



BUSINESSatOECD

member of

BUSINESSEUROPE

Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 55 99 900
lewiatan@lewiatan.org
www.lewiatan.org

Polish Confederation
Lewiatan
Brussels Office
Avenue de Cortenbergh 168
tel. +32 2 732 12 10

NIP 5262353400
KRS 0000053779
Sąd Rejonowy dla
m. st. Warszawy w Warszawie XIII
Wydział Gospodarczy

Stanowisko Konfederacji Lewiatan do poselskiego ustawy o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie niektórych ustaw

1. Uwagi ogólne

Projekt stanowi interesujący głos w debacie nad kształtem systemu ochrony zdrowia. Inicjatywa zmierzająca do sformułowania spójnej wizji systemu opieki zdrowotnej, ukierunkowanej na poprawę jego obecnego, wysoce niezadowolającego stanu, zasługuje na uznanie oraz wnikliwą analizę przedstawionych propozycji. Niemniej jednak, z uwagi na znaczenie i skalę materii objętej Projektem, jego zapisy wymagają również krytycznej oceny oraz szczegółowego odniesienia się do szeregu kwestii budzących istotne wątpliwości.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że już sam tytuł Projektu jest mylący, sugerując opracowanie systemu od podstaw. Zgodnie z jego brzmieniem należałoby oczekiwać kompleksowego ujęcia całości funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce – obejmującego zarówno kwestie organizacyjne, jak i określenie zasobów kadrowych, regulacje dotyczące działania poszczególnych poziomów referencyjnych oraz relacji między nimi (z uwzględnieniem wszystkich poziomów – od podstawowej opieki zdrowotnej po szpitale uniwersyteckie i instytuty badawcze), a także rolę instytucji wspierających (takich jak Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji), zasady funkcjonowania płatnika (ewentualne wprowadzenie modelu wielopłatnikowego lub powrót do decentralizacji), aż po wskazanie źródeł finansowania i mechanizmów nadzoru. Zaproponowane rozwiązania mają jednak charakter fragmentaryczny i nie mogą być uznane za kompleksowe.

Ponadto Projekt nie wzmacnia kluczowej roli podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a także w nadmiernym stopniu koncentruje się na lecnictwie szpitalnym. Konieczne jest wprowadzanie realnych i skutecznych narzędzi koordynacji opieki, zapewnienie stabilnego oraz adekwatnego finansowania świadczeń ambulatoryjnych, a także zachowanie równowagi pomiędzy sektorem publicznym i prywatnym. Brak uwzględnienia powyższych elementów skutkować będzie tym, że Projekt nie przyczyni się ani do poprawy dostępności świadczeń, ani do zwiększenia efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

2. Uwagi szczegółowe

I. Art. 1 i 8 Projektu – zmiany w ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia

Pozytywnie należy ocenić kierunek projektowanych rozwiązań podatkowych, których celem jest ułatwienie pacjentom oraz pracodawcom finansowania prywatnie nabywanych świadczeń zdrowotnych, usług rehabilitacyjnych, wyrobów medycznych oraz usług opiekuńczych. Projekt

member of



BUSINESSatOECD

member of



Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 55 99 900
lewiatan@lewiatan.org
www.lewiatan.org

Polish Confederation
Lewiatan
Brussels Office
Avenue de Cortenbergh 168
tel. +32 2 732 12 10

NIP 5262353400
KRS 0000053779
Sąd Rejonowy dla
m. st. Warszawy w Warszawie XIII
Wydział Gospodarczy

przewiduje m.in. odliczenie od podatku kwoty odpowiadającej 10% wartości określonych wydatków zdrowotnych oraz wyłączenie z przychodu pracownika wartości świadczeń zdrowotnych i abonamentów medycznych finansowanych przez pracodawcę.

Prawo do odliczenia wydatków ponoszonych na cele zdrowotne należy uznać za rozwiązanie uzasadnione społecznie i systemowo. Może ono zwiększyć dostępność świadczeń zdrowotnych, zachęcać obywateli do wcześniejszego korzystania z diagnostyki i leczenia, a w konsekwencji korzystnie wpływać na stan zdrowia społeczeństwa. Poprawa zdrowia publicznego może pośrednio przełożyć się na ograniczenie wydatków finansowanych ze środków publicznych, w szczególności przez zmniejszenie liczby hospitalizacji, absencji chorobowych oraz późno diagnozowanych schorzeń.

Jednocześnie rekomendujemy, aby prawo do skorzystania z ulgi podatkowej było oparte przede wszystkim na fakturach (rachunkach) wystawionych podatnikowi. Taki mechanizm byłby prosty, zrozumiały dla pacjentów i świadczeniodawców oraz sprzyjałby uszczelnieniu systemu, ponieważ pacjenci zainteresowani skorzystaniem z ulgi będą oczekiwali prawidłowego udokumentowania usługi. W praktyce sam wymóg faktury może stanowić skuteczny instrument ograniczający szarą strefę w sektorze prywatnych usług zdrowotnych.

Negatywnie należy natomiast ocenić koncepcję powiązania rozliczenia ulgi z raportowaniem kwot wydatków do Systemu Informacji Medycznej (dalej jako: „SIM”) w ochronie zdrowia. W naszej ocenie nie jest to właściwy kierunek. System informacji w ochronie zdrowia powinien służyć przede wszystkim realizacji celów zdrowotnych, organizacyjnych i medycznych, a nie dublowaniu obowiązków podatkowych. Informacje o cenach i kwotach należności są już raportowane właściwym organom w ramach rozliczeń podatkowych. Wprowadzanie dodatkowego raportowania przez świadczeniodawców do systemu zdrowotnego może prowadzić do niepotrzebnego zwiększenia obciążeń administracyjnych, oraz komplikacji technicznych. Co więcej w ramach leczenia komercyjnego realizowane są liczne usługi stanowiące odrębne zdarzenia medyczne i nie każde z nich posiada odrębną wycenę oraz nie każde wiąże się z odrębną płatnością. Dodatkowo zdarzenia medyczne raportowane do SIM dotyczą konkretnego pacjenta, który nie musi być płatnikiem usługi, który nie otrzymuje faktury i nie zalicza tych kosztów do zeznania rocznego PIT. Udostępnianie Krajowej Administracji Skarbowej danych kosztowych z SIM nie ma więc racjonalnego uzasadnienia ponieważ nie wiadomo jak ich część będzie zaliczana do ulg podatkowych i kto o taką ulgę będzie występował w związku z wydatkami poniesionymi na leczenie swoich bliskich.

Rekomendujemy zatem uproszczenie projektowanego mechanizmu poprzez oparcie ulgi na fakturach (rachunkach) oraz rezygnację z dodatkowego raportowania kwot wydatków do systemów ochrony zdrowia.

II. Art. 5 Projektu – zmiany w ustawie dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa

Proponowane przeniesienie kompetencji dotyczących orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy oraz decyzji w sprawach świadczeń chorobowych z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (dalej jako: „ZUS”) do Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako: „NFZ”) w naszej opinii jest niezasadne i wprowadzi jedynie negatywne skutki organizacyjne oraz formalno-prawne.

Idea by NFZ, jako instytucja odpowiedzialna za finansowanie świadczeń zdrowotnych, miał silniejszy interes w ograniczaniu nieuzasadnionej absencji chorobowej oraz w sprawniejszej kontroli zasadności wystawiania zwolnień lekarskich wymagałaby drastycznych zmian legislacyjnych, których nie zawarto w ocenianym projekcie. Aby NFZ mógł w tym zakresie bardziej racjonalnie gospodarować środkami publicznymi musiałby mieć zdolność do zlecania świadczeniodawcom wybranych terapii u wytypowanych pacjentów obciążających płatnika przewlekłe wypłacanymi zasiłkami.

Proponowane w Projekcie rozwiązanie jest bardzo skomplikowane organizacyjnie i instytucjonalnie. Przejęcie przez NFZ zadań realizowanych dotychczas przez ZUS oznaczałoby konieczność stworzenia rozbudowanego systemu orzeczniczego, kadrowego, informatycznego i proceduralnego. Chodzi o bardzo dużą liczbę spraw – także tych w toku postępowania administracyjnego, zaangażowanych osób, decyzji, postępowań odwoławczych i procesów administracyjnych. Samo przeniesienie kompetencji do innej instytucji nie gwarantuje poprawy efektywności, jeżeli nie zostanie poprzedzone szczegółową analizą wykonalności. NFZ miałby stać się po wejściu w życie przepisów stroną prowadzonych spraw sądowych przeciwko i z udziałem ZUS. NFZ nie posiada odpowiedniej ilości zasobów kadrowych (radców prawnych, adwokatów i innych). Przejęcie toczących się spraw sądowych wymagałoby zmiany zastępców procesowych, którzy przed podjęciem czynności musieliby zapoznać się z dokumentacją toczących się spraw.

Należy podkreślić, że NFZ jako instytucja finansująca świadczenia opieki zdrowotnej stoi obecnie przed istotnymi wyzwaniami związanymi z kontraktowaniem świadczeń, autoryzacją podmiotów leczniczych, monitorowaniem jakości w systemie ochrony zdrowia, zarządzaniem kolejkami i stabilnością systemu. Nakładanie na NFZ tak szerokich nowych zadań rodzić będzie ryzyko destabilizacji tej instytucji i tak już obciążonej drastyczną liczbą obowiązków administracyjnych.

Rekomendujemy rozważenie alternatywnych rozwiązań, które wzmacniałyby motywację ZUS do bardziej efektywnego zarządzania środkami przeznaczonymi na świadczenia chorobowe, bez konieczności przenoszenia całego ciężaru orzecznictwa do NFZ. Możliwe byłoby np. wprowadzenie mechanizmów finansowych, analitycznych lub kontrolnych zwiększających odpowiedzialność ZUS za skuteczność systemu, przy jednoczesnym usprawnieniu współpracy z NFZ w zakresie danych medycznych i kontroli zwolnień.

III. Art. 8 Projektu – zmiany w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

Koncepcja koordynowania opieki szpitalnej jest znana od wielu lat i w obecnym porządku prawnym mamy już liczne tego przejawy – Sieć Podstawowego Zabezpieczenia Szpitalnego z kilkustopniowym systemem referencyjności szpitali, Krajowa Sieć Onkologiczna oraz Krajowa Sieć Kardiologiczna stanowią kolejne elementy tworzące wielopoziomowe powiązania organizacyjne i merytoryczne pomiędzy podmiotami leczniczymi niezależnie od ich struktury właścicielskiej.

Projektowana reforma stwarza pewne szanse na poprawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, jednocześnie jednak niosąc za sobą liczne ryzyka. Projekt przewiduje wyznaczanie szpitali wiodących oraz przyporządkowanych im szpitali podległych, a także określanie obszarów koordynacji przez marszałka województwa. Wydaje się natomiast pomijać obszary działalności ambulatoryjnej oraz świadczeń stacjonarnych innych niż szpitalne (ZOL, hospicjum etc.). Jest więc pomysłem nie realizującym w pełni racjonalnego modelu opieki koordynowanej, w którym opieka ambulatoryjna i długoterminowa są kluczowymi elementami kompleksowego systemu. Co więcej proponowane rozwiązania legislacyjne mogą prowadzić do problemów wynikających z obligatoryjnego przekazania marszałkowi wyłącznie składników majątkowych i zasobów służących udzielaniu świadczeń szpitalnych i jednoczesnego pozostawienia w gestii jednostek samorządu terytorialnego pozostałych elementów infrastruktury i zasobów dedykowanych działalności ambulatoryjnej oraz opiece długoterminowej. Takie przepisy mogą prowadzić do pogorszenia kondycji podmiotów zdefiniowanych jako podległe.

W praktyce zaproponowany model może prowadzić do znacznego skomplikowania relacji między podmiotami leczniczymi, organami tworzącymi, samorządami oraz administracją rządową. Przejmowanie odpowiedzialności przez jeden szpital za organizację lub funkcjonowanie innych szpitali może generować konflikty kompetencyjne, finansowe i organizacyjne.

Negatywnie należy również ocenić ryzyko zwielokrotnienia mechanizmów oceny inwestycji i projektów rozwojowych. Jeżeli projektowane rozwiązania będą powielały istniejące już instrumenty, takie jak ocena celowości inwestycji w systemie IOWISZ (Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia), może to prowadzić do dodatkowej biurokracji bez gwarancji poprawy efektywności decyzji inwestycyjnych.

IV. Art. 9 i 13 Projektu – zmiany w ustawie z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne

Wyłączenie Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej (dalej jako: „SPZOZ”) z katalogu podmiotów posiadających zdolność restrukturyzacyjną (art. 9 Projektu) wydaje się być w obecnej sytuacji rozwiązaniem, które pozwoli zatrzymać negatywne skutki związane restrukturyzacją podejmowaną przez SPZOZ-y nie tylko dla szpitali, ale także przedsiębiorców będących kontrahentami SPZOZ-ów oraz samych pacjentów. Zasadne wydaje się również zakończenie restrukturyzacji wszczętych dotychczas przez SPZOZ-y, a także uchylene ewentualnych układów

member of



BUSINESS at OECD

member of

BUSINESSEUROPE



Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 55 99 900
lewiatan@lewiatan.org
www.lewiatan.org

Polish Confederation
Lewiatan
Brussels Office
Avenue de Cortenbergh 168
tel. +32 2 732 12 10

NIP 5262353400
KRS 0000053779
Sąd Rejonowy dla
m. st. Warszawy w Warszawie XIII
Wydział Gospodarczy

przyjętych i zatwierdzonych w tych postępowaniach (art. 13 Projektu). Zaniechanie w zakresie wprowadzenia do porządku prawnego zmian przewidzianych w Projekcie może mieć poważne i długofalowe konsekwencje w postaci trwałej utraty wiarygodności finansowej przez SPZOZ-y oraz możliwości korzystania z preferencyjnych warunków finansowania, ograniczania przez przedsiębiorców współpracy z sektorem publicznym, dalszego pokrzywdzenia przedsiębiorców i narastania po ich stronie strat, a finalnie – pogłębiania zadłużenia szpitali oraz zagrożeń dla pacjentów.

Niezależnie od powyższego zasadne wydaje się również dokonanie szczegółowej analizy sytuacji tych SPZOZ-ów, które już zainicjowały postępowania restrukturyzacyjne, w szczególności pod kątem wpływu projektowanej nowelizacji na ich dalsze funkcjonowanie.

a) Chaos prawny i popularyzacja restrukturyzacji wśród SPZOZ-ów

Wokół kwestii związanej z możliwością restrukturyzacji SPZOZ-ów narasta chaos prawny. Aktualna praktyka wszczynania przez SPZOZ-y postępowań restrukturyzacyjnych opiera się na wątpliwych prawnie argumentach, bazując na wybiórczych i nieaktualnych poglądach prawnych, które ignorują obowiązujące przepisy oraz specyfikę działalności SPZOZ-ów. Kontrowersyjne działania restrukturyzacyjne SPZOZ-ów są aktywnie promowane w środowisku szpitali przez część doradców restrukturyzacyjnych, ponieważ mają oni interes ekonomiczny w szerzeniu narracji o możliwości restrukturyzacji SPZOZ-ów, które następnie mogłyby stać się ich klientami. Część doradców restrukturyzacyjnych otwiera i prowadzi postępowania restrukturyzacyjne SPZOZ-ów (działając w roli nadzorców układu) lub też udziela SPZOZ-om doradztwa prawnego w innym zakresie, np. sporządzając opinie prawne na potrzeby tych postępowań. Te same środowiska doradców restrukturyzacyjnych, wspierając się wzajemnie, w efekcie kreują sprzeczną z prawem rzeczywistość, w której SPZOZ-y mogą się restrukturyzować, a doradcy restrukturyzacji czerpać z tej sytuacji korzyści finansowe. Restrukturyzacja przedstawiana jest dyrektorom szpitali jako iluzoryczna szansa na poprawę sytuacji finansowej, która w rzeczywistości przynosi odwrotny rezultat. W efekcie beneficjentami restrukturyzacji SPZOZ-ów są właśnie doradcy restrukturyzacji zaangażowani w te postępowania, a nie same SPZOZ-y czy system ochrony zdrowia.

b) Rozbieżności orzecznicze i konieczność jednoznacznej interwencji ustawodawczej

Narracja kreowana przez część doradców restrukturyzacyjnych jest sprzeczna z poglądami innych przedstawicieli doktryny, jednak skutkuje ona wydawaniem rozbieżnych rozstrzygnięć przez sądy w postępowaniach restrukturyzacyjnych SPZOZ-ów, co w jednej ze spraw doprowadziło do skierowania tego zagadnienia do Sądu Najwyższego. Powyższe potwierdza konieczność wprowadzenia projektowanych zmian i jednoznacznego pozbawienia zwolenników kontrowersyjnej teorii dopuszczającej restrukturyzację SPZOZ-ów jakiegokolwiek możliwości do przedstawiania argumentacji prawnej w tym zakresie. Niezależnie więc od istnienia uzasadnionych podstaw prawnych do twierdzenia, że SPZOZ-y nie mogą prowadzić restrukturyzacji, ponieważ nie znajdują się w katalogu podmiotów, dla których przewidziano taka możliwość, tj. nie posiadają statusu przedsiębiorcy (art.

4 ust. 1 ustawy – Prawo restrukturyzacyjne), projektowane zmiany powinny zostać wprowadzone. Nawet „sztuczne” wyłączenie SPZOZ-ów z tego katalogu (poprzez ich umieszczenie w katalogu wyłączającym z art. 4 ust. 2 ustawy – Prawo restrukturyzacyjne) wyeliminuje możliwość dalszego nadużywania przepisów. Do tej pory postępowania restrukturyzacyjne zainicjowało siedem SPZOZ-ów, w tym: (i) w przypadku trzech SPZOZ-ów udało się zakończyć restrukturyzację na początkowym etapie na skutek zagłosowania przez odpowiednią większość wierzycieli przeciwko układowi (SPZOZ w Piotrkowie Trybunalskim, SPZOZ w Sanoku, SPZOZ w Płońsku), czy też odmowną decyzję sądu na wniosek o otwarcie restrukturyzacji (przy ponownej próbie rozpoczęcia restrukturyzacji przez SPZOZ w Płońsku), (ii) w przypadku dwóch SPZOZ-ów układ został uznany za przyjęty przez wierzycieli pomimo rażących naruszeń prawa, do których doszło w tych postępowaniach (następnie w jednym z nich sąd odmówił zatwierdzenia układu – sprawa SPZOZ-u w Lesku, a w drugim układ został nieprawomocnie zatwierdzony przez sąd – sprawa SPZOZ-u w Ustrzykach Dolnych), a (iii) w przypadku dwóch ostatnich SPZOZ-ów ostatnio wszczęte postępowania restrukturyzacyjne są dopiero na początkowym etapie (SPZOZ w Kole i SPZOZ w Skarżysku-Kamiennej). Powstały stan niepewności prawnej podważa zaufanie do Państwa oraz stanowionego prawa, a utrzymywanie takiego stanu jest niedopuszczalne z punktu widzenia interesu publicznego.

c) Negatywne skutki restrukturyzacji SPZOZ-ów dla rynku i systemu ochrony zdrowia

Zagrożenia związane z kontynuowaniem przez SPZOZ-y wątpliwych prawnie działań restrukturyzacyjnych są poważne, a SPZOZ-y, które dotychczas zdecydowały się na restrukturyzację, jak również ich pacjenci, zdążyli już dotkliwie odczuć związane z tym skutki. Restrukturyzacja SPZOZ-ów prowadzi do efektów odwrotnych do zamierzonych, pogarszając znacząco sytuację rynkową i finansową SPZOZ-ów. Jak wskazano w uzasadnieniu do Projektu SPZOZ-y stały się ryzykownym kontrahentem. Na części podmiotów współpracujących z SPZOZ-ami już teraz wymusiło to konieczność zmian w zakresie warunków współpracy w celu zabezpieczenia swoich interesów, np. poprzez wprowadzenie umownych mechanizmów związanych z przedpłatą, czy też wstrzymywanie się z dostawą towarów i usług w przypadku narastającego zadłużenia w płatnościach. Część podmiotów podejmuje również decyzję, aby nie przystępować do przetargów organizowanych przez SPZOZ-y korzystające lub planujące skorzystać z restrukturyzacji. Powyższe przekłada się z kolei na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, ponieważ w efekcie dochodzi do realnego zagrożenia dla ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych, czego konsekwencje ostatecznie ponoszą pacjenci (np. szeroko komentowana medialnie sytuacja pacjentów SPZOZ-u w Skarżysku-Kamiennej, który w ostatnim czasie rozpoczął restrukturyzację).

d) Utrata wiarygodności finansowej i pogorszenie dostępu do finansowania

Konsekwencją prób restrukturyzacji jest również utrata przez SPZOZ-y preferencyjnych warunków finansowania u podmiotów finansujących, na co zwracały szczególną uwagę sądy w postępowaniach restrukturyzacyjnych SPZOZ-ów. Do tej pory SPZOZ-y korzystały w tym zakresie ze statusu podmiotów wypłacalnych (które nie mają możliwości restrukturyzacji i ogłoszenia upadłości), jednak

member of



BUSINESS at OECD

member of



Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 55 99 900
lewiatan@lewiatan.org
www.lewiatan.org

Polish Confederation
Lewiatan
Brussels Office
Avenue de Cortenberg 168
tel. +32 2 732 12 10

NIP 5262353400
KRS 0000053779
Sąd Rejonowy dla
m. st. Warszawy w Warszawie XIII
Wydział Gospodarczy

z uwagi na działania pojedynczych SPZOZ-ów podmioty finansujące musiały zrewidować swoją praktykę w tej kwestii z uwagi na zwiększone ryzyko udzielania finansowania SPZOZ-om w aktualnej sytuacji prawnej. Powyższe przekłada się natomiast na pogorszenie i tak już dramatycznej kondycji finansowej SPZOZ-ów, które nie będą mogły korzystać z dotychczasowych warunków finansowania, w tym preferencyjnych terminów płatności i stawek oprocentowania kredytów, czy też zostaną pozbawione części źródeł finansowania. Doraźne i pozorne korzyści ze wszczęcia restrukturyzacji przez SPZOZ-y, takie jak ochrona przed egzekucją, ostatecznie doprowadzą do pogłębienia ich złej sytuacji finansowej.

e) Pokrzywdzenie wierzycieli i systemowy charakter problemów SPZOZ-ów

Finalnie próby restrukturyzacyjne SPZOZ-ów prowadzą do skrajnego pokrzywdzenia ich kontrahentów, m.in. dostawców towarów i usług, na co również zwracają uwagę sądy. Wynika to w pierwszej kolejności z faktu, że postępowania restrukturyzacyjne SPZOZ-ów są z góry skazane na niepowodzenie. SPZOZ-y nie są w stanie zagwarantować wierzycielom wykonania proponowanych układów oraz jednoczesnego regulowania bieżącego zadłużenia. W planach restrukturyzacyjnych SPZOZ-ów sporządzonych w toku postępowań podkreślane jest, że wpływ SPZOZ-ów na ich sytuację finansową jest mocno ograniczony, a główne źródło ich problemów stanowi m.in. niedoszacowanie wyceny świadczeń zdrowotnych i brak reform systemowych.

Wszczynane restrukturyzacje nie są więc w stanie usunąć przyczyn problemów SPZOZ-ów i tworzą jedynie iluzję działania, które nie może odnieść oczekiwanych rezultatów. Ponadto to głównie na współpracujących z SPZOZ-ami przedsiębiorców miałby zostać przerzucony ciężar finansowania ewentualnych układów w postępowaniach restrukturyzacyjnych SPZOZ-ów poprzez umorzenie albo redukcję wierzytelności przysługujących tym wierzycielom oraz odraczanie terminów płatności. Prawa wierzycieli SPZOZ-ów są dodatkowo ograniczane przez wynikające z przepisów ograniczenia w możliwości prowadzenia egzekucji. Restrukturyzacja SPZOZ-ów w praktyce oznacza, że prywatne podmioty miałyby finansować działalność publicznych szpitali kosztem własnej stabilności finansowej, co zagraża branżom współpracujących z sektorem ochrony zdrowia. W ocenie sądów zaakceptowanie restrukturyzacji SPZOZ-ów skutkowałoby utratą przez nie cechy „publiczności” oraz niedopuszczalnej sytuacji, w której podmiot publiczny jakim jest SPZOZ, miałby mieć możliwość uwolnienia się od obowiązku zapłaty za dostarczone towary i usługi. Ta sytuacja jest szczególnie krzywdząca dla wierzycieli SPZOZ-ów w postaci dostawców towarów i usług, którzy mają istotny wpływ na funkcjonowanie SPZOZ-ów.

Problemy finansowe SPZOZ-ów stanowią wynik niewydolności systemu finansowania ochrony zdrowia, które nie znikną po przeprowadzeniu postępowania restrukturyzacyjnego i to w dodatku w jego najprostszej formie, która w dużej mierze toczy się bez udziału sądu (tzw. postępowanie o zatwierdzenie układu), z której najczęściej do tej pory próbowały korzystać SPZOZ-y. Sądy podkreślają, że poprawa sytuacji finansowej SPZOZ-ów wymaga zmian systemowych, a więc udziału

władzy publicznej, co jest poza zasięgiem i odpowiedzialnością wierzycieli, a zapewnienie ciągłości świadczeń zdrowotnych jest konstytucyjnym zadaniem władzy publicznej.

V. Art. 11 – zmiany w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych

Co do zasady, proponowaną zmianę podstawy określania oraz mechanizmu waloryzacji najniższych wynagrodzeń zasadniczych pracowników podmiotów leczniczych należy ocenić pozytywnie. Jednocześnie należy mieć na uwadze, że obecnie obowiązujące rozwiązania stanowią efekt kompromisu wypracowanego w ramach dialogu społecznego pomiędzy organizacjami związkowymi, przedstawicielami pracodawców oraz administracją publiczną, co uzasadnia potrzebę zachowania szczególnej ostrożności przy wprowadzaniu zmian w tym obszarze.

Projekt odchodzi od dotychczasowego mechanizmu powiązanego ze wzrostem przeciętnego wynagrodzenia i przewiduje ustalenie kwot bazowych w załączniku do ustawy oraz ich coroczną waloryzację według wskaźnika waloryzacji emerytur i rent.

Zmiana ta jest uzasadniona sytuacją finansową systemu ochrony zdrowia. Dotychczasowy mechanizm generował znaczną i trudną do przewidzenia presję kosztową po stronie podmiotów leczniczych oraz publicznego płatnika. W warunkach narastającej luki finansowej w systemie ochrony zdrowia utrzymywanie automatycznego, wysokiego tempa wzrostu kosztów osobowych może prowadzić do dalszego ograniczania środków dostępnych na finansowanie świadczeń zdrowotnych.

Projektowane rozwiązanie może poprawić przewidywalność kosztów i ograniczyć tempo wzrostu wydatków osobowych, przy jednoczesnym zachowaniu mechanizmu corocznej waloryzacji. Z tego względu kierunek zmiany należy ocenić pozytywnie.

Jednocześnie jednak Projekt wymaga uzupełnienia o wyraźny komponent dotyczący powszechności składki zdrowotnej. Należy podkreślić, że choć zagadnienie to ma charakter złożony i społecznie wrażliwy, to właśnie oparcie systemu na zasadzie równości stanowi kluczowy warunek dla wprowadzenia zmian mogących uzyskać szeroką akceptację społeczną.

W praktyce oznacza to konieczność stopniowej likwidacji preferencyjnych zasad oraz zwolnień w zakresie opłacania składki zdrowotnej dla grup uprzywilejowanych, w tym m.in. systemów odrębnych, takich jak KRUS czy służby mundurowe. Jednocześnie rolą państwa powinno być zaprojektowanie i wdrożenie adekwatnych mechanizmów osłonowych dla osób, które – pomimo formalnego przynależenia do tych grup – wymagają wsparcia.

Likwidacja uprzywilejowanych rozwiązań wpisuje się w zasadę sprawiedliwości społecznej oraz odpowiada na wyzwania współczesności. Obecny model, ukształtowany ponad trzy dekady temu, nie zapewnia bowiem ani wystarczającej efektywności, ani stabilności finansowej systemu w dłuższej

perspektywie. Szczególnego znaczenia nabierają w tym kontekście niekorzystne trendy demograficzne, w tym szybkie starzenie się społeczeństwa oraz utrzymujący się niski wskaźnik dzietności, pomimo wdrożenia programów wsparcia socjalnego.

W świetle powyższego należy uznać, że dalsze utrzymywanie istotnych dysproporcji w zakresie obciążeń składkowych jest nieuzasadnione ekonomicznie i społecznie. Jednocześnie należy mieć na uwadze, że zwiększanie nakładów poprzez transfery z budżetu państwa czy wzrost udziału wydatków w PKB nie będzie wystarczające dla zahamowania dynamiki kosztów systemu ochrony zdrowia. Konieczne jest zatem poszukiwanie dodatkowych, stabilnych źródeł finansowania, przy czym wiedza o zachodzących zmianach demograficznych stanowi wystarczające uzasadnienie dla podjęcia tego procesu już na obecnym etapie.

KL/312/86/IJ/2026

member of



BUSINESS at OECD

member of



Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 55 99 900
lewiatan@lewiatan.org
www.lewiatan.org

Polish Confederation
Lewiatan
Brussels Office
Avenue de Cortenbergh 168
tel. +32 2 732 12 10

NIP 5262353400
KRS 0000053779
Sąd Rejonowy dla
m. st. Warszawy w Warszawie XIII
Wydział Gospodarczy