

Warszawa, 5 października 2026 r.
KL/652/KO/2026

Pani
Marta Golbik
Przewodnicząca Komisji Zdrowia
Sejm RP

Szanowna Pani Przewodnicząca,

w imieniu Konfederacji Lewiatan pragniemy przedstawić stanowisko dotyczące rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, procedowanego obecnie jako druk sejmowy nr 3157. Projekt ten został skierowany do pierwszego czytania w Komisji Zdrowia i obejmuje szereg daleko idących zmian dotyczących organizacji zatrudnienia i wynagradzania personelu medycznego, zasad współpracy podmiotów leczniczych z personelem i innymi podmiotami oraz mechanizmów kontroli wydatkowania środków publicznych.

Jako organizacja reprezentująca pracodawców działających m.in. w ochronie zdrowia dostrzegamy potrzebę przeciwdziałania rzeczywistym nadużyciom oraz zwiększania przejrzystości systemu. Jednocześnie zwracamy uwagę, że **część proponowanych rozwiązań może wywołać skutki wykraczające daleko poza deklarowany cel regulacji i istotnie ingerować w praktyczne mechanizmy organizacji świadczeń, z których podmioty lecznicze korzystają obecnie na co dzień. W ocenie ekspertów projekt zawiera szereg rozwiązań mogących wpłynąć na stabilność systemu ochrony zdrowia, bardzo trudnych do realizacji w praktyce funkcjonowania podmiotu leczniczego, czy też całkowicie niezrozumiałych bądź niejednoznacznych. Rozwiązania te, zamiast spełnić cele przewidziane przez autorów ustawy mogą w rzeczywistości doprowadzić do zmniejszenia dostępności pacjentów do leczenia, wydłużenia kolejek czy też konieczności likwidacji mniejszych ośrodków, szczególnie poza największymi miastami.** Dlatego uważamy, że przed przyjęciem projektowanych regulacji konieczna jest szczegółowa ocena ich wykonalności oraz wpływu na ciągłość i stabilność udzielania świadczeń, zwłaszcza w mniejszych podmiotach leczniczych.

Mając na uwadze:

- fakt, iż potrzeba eliminowania nieprawidłowości nie może uzasadniać przyjmowania regulacji nieproporcjonalnych, nieprecyzyjnych lub trudnych do zastosowania w praktyce,
- projekt przewiduje daleko idącą ingerencję regulacyjną w sposób organizacji i funkcjonowania podmiotów leczniczych, budzącą istotne wątpliwości prawne i praktyczne,
- ryzyko niemożliwych do przewidzenia negatywnych skutków projektowanych przepisów,
- powszechną krytykę projektu ze strony ekspertów w trakcie konsultacji społecznych

member of



BUSINESSatOECD

member of

BUSINESSEUROPE



Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 50 50 860
repcja@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

zwracamy się z apelem o:

1. **powołanie specjalnej podkomisji** pozwalającej na prowadzenie szczegółowych prac legislacyjnych nad przedmiotowym projektem optymalnie z udziałem zewnętrznych ekspertów,
2. **zlecenie dodatkowych analiz Biura Legislacyjnego pod kątem zgodności projektowanych przepisów z innymi ustawami.** Pozwoli to na zbadanie i ocenę potencjalnych kolizji z przepisami prawa pracy, kodeksu cywilnego, wolności obywatelskiej oraz swobody prowadzenia działalności gospodarczej,
3. **zorganizowanie wysłuchania publicznego** celem umożliwienia różnym interesariuszom swobodne przedstawienie swoich opinii na temat projektowanych zmian szczególnie, że w toku konsultacji społecznych znaczna część istotnych uwag zgłaszanych przez interesariuszy nie została uwzględniona lub (w naszej ocenie) zabrakło wystarczająco szczegółowego odniesienia do problemów wskazywanych przez stronę społeczną
4. zwrócenie się do autorów projektu o **przygotowanie i przedstawienie Komisji Zdrowia oraz opinii publicznej studium wykonalności oraz poszerzenie oceny skutków regulacji o analizę wpływu nowych obciążeń i obowiązków na tysiące podmiotów leczniczych – także tych, które nie realizują umów z NFZ.**

Wątpliwości dotyczące praktycznej niewykonalności szeregu rozwiązań, w tym ryzyka komplikacji organizacyjnych i kadrowych, zostały również szerzej opisane poniżej w przygotowanej przez nas analizie projektu.

I. Miliony dodatkowych dokumentów składanych co roku przez pracowników medycznych

Zgodnie z projektowanym art. 132ab ust. 11 każda osoba wykonująca zawód medyczny w terminie 7 dni od nastąpienia zmiany zobowiązana jest złożyć każdemu kierownikowi podmiotu leczniczego, będącego zatrudniającym ją świadczeniodawcą, realizującym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oświadczenie o zmianie okoliczności, która ma wpływ na łączne maksymalne wynagrodzenie średniomiesięczne. W tej sytuacji każda podwyżka wymagać będzie notyfikacji. **Mając na uwadze mechanizm działania ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, który prowadzi do corocznych podwyżek wynagrodzenia minimalnego szeregu grup zawodowych należy zauważyć, że sam ten mechanizm prowadził będzie corocznie do milionów dodatkowych dokumentów, które będą musiały być przygotowane przez pracowników i przetworzone przez administrację podmiotów leczniczych.**

Podobnie, zgodnie z projektowanym art. 132aa ust. 5 każda osoba wykonująca zawód medyczny w terminie 7 dni od nastąpienia zmiany zobowiązana jest złożyć każdemu kierownikowi podmiotu leczniczego, będącego zatrudniającym ją świadczeniodawcą, realizującym umowę o udzielanie

member of



BUSINESSatOECD

member of



Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 50 50 860
repcja@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

świadczeń opieki zdrowotnej, oświadczenie o zmianie wymiaru czasu zatrudnienia. **Oznacza to, że w zasadzie każda zmiana czasu pracy w szczególności polegająca na zwiększeniu jego wymiaru (np. dodatkowy dyżur w zastępstwie) będzie skutkowała obowiązkiem złożenia przez medyka oświadczeń we wszystkich pozostałych zatrudniających go podmiotach. Skala takich zmian grafików jest w skali całego kraju ogromna, zaś wprowadzenie takiego wymogu wskazuje na jej skrajne niedoszacowanie.**

II. Brak precyzji projektowanych przepisów w zakresie decydującym o tym kiedy ustawa znajduje zastosowanie

Projekt zawiera **liczne nieprecyzyjne zapisy skutkujące dowolnością interpretacyjną** co w powiązaniu z licznymi sankcjami i zagrożeniem odpowiedzialnością karną **prowadzić będzie do poważnych skutków uniemożliwiających funkcjonowanie podmiotów leczniczych i pogorszenia dostępności do leczenia dla pacjentów.** W szczególności w projekcie wielokrotnie błędnie stosowana jest terminologia co skutkować będzie trudnościami interpretacyjnymi a normy prawne zredagowane są w sposób nieprzejrzysty. W debacie publicznej już pojawiają się rozbieżne interpretacje poszczególnych przepisów. Mając na uwadze ciężar gatunkowy projektowanych zmian, prawidłowa redakcja przepisów ma fundamentalne znaczenie.

W szczególności należy w tym zakresie wskazać na projektowany art. 132aa ust. 6 – pojawiają się wątpliwości jaki jest zakładany przez projektodawcę zakres zastosowania tego przepisu. Proponujemy nadanie mu następującego brzmienia (fragmenty dodane zostały podkreślone zaś fragmenty usunięte będą przekreślone)

„6. Świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, realizowane w zakładzie leczniczym świadczeniodawcy, który zawarł z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, jeżeli są udzielane w wykonaniu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem z zakresu leczenia szpitalnego, są udzielane przez osobę wykonującą zawód lekarza, pielęgniarki, położnej, fizjoterapeuty lub ratownika medycznego zatrudnioną na podstawie umowy zawartej przez tę osobę ze świadczeniodawcą w wymiarze czasu zatrudnienia niemniejszym niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy.”

Proponujemy w redakcji art. 132aa ust. 6 odnieść się wprost do tego, że zastosowanie normy prawnej ograniczone jest do sytuacji, kiedy członek personelu medycznego uczestniczy w realizacji umowy z NFZ (analogicznie jak jest to wprost wyrażone np. w art. 132ab). **Bez tej zmiany, redakcja przepisu wskazuje na znacząco szerszy zakres stosowania przepisu niż można by rozumieć z uzasadnienia i wypowiedzi przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Obecna redakcja przepisu wskazuje bowiem, że w każdym podmiocie, który posiada umowę z NFZ na świadczenia szpitalne, wszyscy lekarze, pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci lub ratownicy muszą być zatrudniani na minimum ½ wymiaru.**

member of



member of



Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 50 50 860
repcja@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

Nie ma bowiem ograniczenia wyłącznie do świadczeń realizowanych w ramach umowy z NFZ. Projektowany przepis wskazuje, że chodzi o umowy realizowane w zakładzie podmiotu „który zawarł z Funduszem umowę”. Słowo „który” musi odnosić się do podmiotu nie zaś do zakładu (bowiem zakład nie ma możliwości zawarcia umowy) oraz w świetle art. 8 ustawy o działalności leczniczej w zakładzie leczniczym mogą być realizowane usługi medyczne wyłącznie w jednym z trzech wskazanych tam rodzajów działalności leczniczej. Taka redakcja oznacza zatem, że w podmiocie który zawarł kontrakt z NFZ każdy pracownik, niezależnie w którym zakładzie tego podmiotu ma być zatrudniony i niezależnie jakie zadania ma realizować musi spełniać wymóg ½ etatu lub jego równoważnika. Oznaczałoby to przykładowo, że szpital chcąc zatrudnić lekarza medycyny pracy do realizacji badań nie finansowanych w żaden sposób z NFZ także jego musi zatrudniać przynajmniej na pół etatu. Taka redakcja jest zatem nieprawidłowa i wymaga zmiany.

Analogicznie, zmian redakcyjnych wymaga art. 132aa ust. 9 – także w tym wypadku pojawiają się wątpliwości jaki jest zakładany przez projektodawcę zakres zastosowania tego przepisu. Proponujemy nadanie mu następującego brzmienia (fragmenty dodane zostały podkreślone zaś fragmenty usunięte będą przekreślone)

„9. Osoba, o której mowa w ust. 6, może być zatrudniona przez kolejnego świadczeniodawcę, który zawarł z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego w celu udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 6, w celu udzielania świadczeń w wykonaniu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem z zakresu leczenia szpitalnego, w wymiarze czasu zatrudnienia nie mniejszym niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy oraz pod warunkiem przedłożenia przez tę osobę przed zatrudnieniem zgody kierownika podmiotu leczniczego, będącego świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 6, zatrudniającym ją w dacie nawiązywania kolejnego zatrudnienia, na zatrudnienie przez kolejnego świadczeniodawcę. W przypadku zatrudnienia przez więcej niż jednego świadczeniodawcę zgoda jest wymagana od każdego kierownika podmiotu leczniczego, będącego zatrudniającym świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 6.”

Nieprawidłowa jest także definicja celu umowy odnosząca się wyłącznie do „udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 6” ponieważ przepis ten wskazuje na świadczenia „z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej”. Prowadzi to do potencjalnego wniosku, że jeżeli drugie miejsce, w którym zatrudniony miałby być medyk także posiada umowę na świadczenia szpitalne to każde jego zatrudnienie, nawet jeżeli nie miałby on wykonywać świadczeń w ramach kontraktu na NFZ, wymagałoby co najmniej ½ etatu i zgody pozostałych pracodawców, jeżeli tylko miałby on wykonywać jakiegokolwiek świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej niezależnie od źródła ich finansowania. Na podstawie uzasadnienia do projektu oraz wypowiedzi przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia wydaje się, że nie taka była intencja autorów tego przepisu. W związku z powyższym konieczne jest doprecyzowanie go we wskazany powyżej sposób.

Ponadto w treści projektowanych zmian w sposób nieprecyzyjny, niekonsekwentny i zmienny stosowany jest termin „świadczeniodawca”. W niektórych zapisach oznacza on realizatora umowy z NFZ natomiast w innych miejscach termin ten dotyczy każdego podmiotu leczniczego nawet wtedy, gdy nie realizuje jakiegokolwiek umowy na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. Wnikliwa analiza projektowanych przepisów nie pozwala także na jednoznaczne zrozumienie czy obowiązki nakładane na „świadczeniodawcę” dotyczą tylko tej części jego aktywności, która dotyczy realizacji umowy z NFZ czy też fakt zawarcia jakiegokolwiek umowy z płatnikiem publicznym skutkuje objęciem nowymi przepisami całej działalności podmiotu leczniczego niezależnie od miejsca jej prowadzenia i źródła finansowania. Rodzi to wiele potencjalnych, poważnych w skutkach rozbieżności interpretacyjnych i ryzyko wątpliwego formalnie podlegania sankcjom prawnym i finansowym. Może prowadzić to do licznych sporów sądowych zwiększających niepewność prawną w Systemie Ochrony Zdrowia.

Należy przy tym podkreślić, że **nie chodzi o wątpliwości o charakterze marginalnym, lecz o kwestie, które będą bezpośrednio wpływać na sposób zawierania i wykonywania ogromnej liczby umów z personelem medycznym oraz innymi świadczeniodawcami. Przy skali funkcjonowania systemu ochrony zdrowia nieprecyzyjne regulacje mogą przełożyć się na miliony stosunków prawnych, tysiące dodatkowych postępowań i potencjalnie setki tysięcy godzin pracy administracyjnej** po stronie podmiotów leczniczych. Już na etapie analizy projektu można wskazać szereg podstawowych pytań, na które przepisy nie dają jednoznacznej odpowiedzi. Problem ten jest szczególnie istotny, ponieważ projekt jednocześnie przewiduje daleko idące obowiązki, sankcje i mechanizmy kontroli, a więc ciężar ryzyka błędnej interpretacji zostaje w znacznej mierze przerzucony na świadczeniodawców.

Przykładem jest projektowany art. 26 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym: „Udzielenie zamówienia następuje w trybie konkursu ofert, jeżeli udzielającym zamówienia jest podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.” Należy zauważyć, że w tym przepisie nie zastosowano ograniczenia analogicznego do projektowanego art. 132ab ust. 1, który odnosi się wyłącznie do „świadczeń zdrowotnych objętych umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”. Literalne brzmienie przepisu prowadzi do wniosku, że wystarczy, aby dany podmiot udzielał jakichkolwiek świadczeń finansowanych ze środków publicznych, aby obowiązek konkursowy obejmował wszystkie udzielane przez niego zamówienia – również te dotyczące działalności całkowicie komercyjnej. Przykładowo podmiot prowadzący poradnię POZ finansowaną ze środków NFZ, który równolegle otworzy w pełni komercyjny oddział chirurgii plastycznej, również w tej komercyjnej części działalności musiałby stosować tryb konkursowy. Trudno znaleźć dla takiego rozwiązania racjonalne uzasadnienie. Różnica ta może mieć fundamentalne znaczenie praktyczne i skutkować koniecznością organizowania tysięcy dodatkowych konkursów także tam, gdzie nie są wydatkowane środki publiczne.

Kolejnym przykładem są pojęcia „maksymalnego miesięcznego wynagrodzenia” oraz „maksymalnego wymiaru czasu pracy”, którym projekt nadaje kluczowe znaczenie, nie określając jednak w sposób wystarczający ich rzeczywistych skutków prawnych. Nie wiadomo przede wszystkim, czy wskazane w umowie maksymalne wynagrodzenie stanowi bezwzględny pułap wypłaty, czy jedynie wartość deklaracyjną służącą kontroli ustawowych limitów. Jeżeli medyk nie może otrzymać wynagrodzenia przekraczającego wskazaną kwotę (np. w wypadku niespodziewanego zwiększenia ilości godzin) oznaczałoby to w praktyce wykonywanie części pracy bez wynagrodzenia i prowadziłoby do oczywistej odmowy podejmowania dodatkowych świadczeń. Jeżeli natomiast może otrzymać wynagrodzenie wyższe, to wpisywane do umów „maksymalne wynagrodzenie” przestaje pełnić funkcję realnego zabezpieczenia i staje się wartością w znacznej mierze deklaracyjną.

Tego rodzaju wątpliwości nie powinny być pozostawiane do rozstrzygnięcia w drodze późniejszej praktyki NFZ, AOTMiT, podmiotów leczniczych czy sądów. Przy regulacji obejmującej tak dużą część rynku świadczeń zdrowotnych każda niejasność będzie powielana w tysiącach podmiotów i setkach tysięcy umów, oświadczeń oraz decyzji organizacyjnych. Wprowadzenie przepisów w obecnym kształcie oznaczałoby więc nie tylko wzrost obciążeń administracyjnych, ale również wysokie ryzyko powstania rozbieżnych praktyk, sporów prawnych i konieczności późniejszego korygowania podstawowych założeń ustawy. Projekt wymaga w tym zakresie istotnego doprecyzowania jeszcze na etapie prac legislacyjnych, a nie dopiero po jego wejściu w życie.

III. Corocznie setki tysięcy aneksów do umów pracowników medycznych

Zgodnie z projektowanym art. 132ab ust. 11 jeżeli kierownik podmiotu otrzyma informację o zmianie w wynagrodzeniu medyka, w terminie 3 dni roboczych, przedstawia zmiany do umowy o pracę, umowy lub innego aktu, na podstawie których powstał stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy, niezbędne do zachowania łącznego maksymalnego wynagrodzenia. Jest to obowiązek opierający się wyłącznie o obowiązkowe zapisy umów a nie o faktycznie osiągnięte przychody. Przykładowo jeśli podmiot A zatrudnia lekarza i w umowie o pracę zapisał maksymalne wynagrodzenie w wysokości 30.000 zł, zaś faktycznie lekarz ten wykonuje mało usług i otrzymuje jedynie 5.000 zł to i tak wystąpi obowiązek aneksowania umowy jeżeli uzyska informację, że w podmiocie B maksymalne wynagrodzenie lekarza zostało zmienione na 50.000 zł. Skala zmian i związanych z tym obowiązków aneksowania umów corocznie jest ogromna.

Podobnie, coroczne zastosowanie mechanizmu działania ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, który przewiduje coroczne podwyżki, także spowoduje konieczność aneksowania.

IV. Niejasny status maksymalnego miesięcznego wynagrodzenia wynikającego z umowy lub innego aktu

member of



BUSINESSatOECD

member of

BUSINESSEUROPE



Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 50 50 860
repcja@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

Projektowany art. 132aa ust. 18 przewiduje obowiązek wskazania w umowie lub innym akcie maksymalnego miesięcznego wynagrodzenia. Ustawa nie tłumaczy natomiast jakie jest znaczenie tego zapisu. Przykładowo jeśli lekarz dostanie umowę ze stawką 200 zł za godzinę i przewidywaną ilością 100 godzin, zaś w umowie wpisane zostanie maksymalne miesięczne wynagrodzenie 20.000 zł to czy oznacza to, że jeżeli, ze względu na zwiększoną ilość pacjentów przepracuje 150 godzin to i tak może otrzymać tylko tyle ile maksymalnie wskazano w umowie?

Jeśli tak, rozwiązanie to rodzi poważne wątpliwości prawne, w tym konstytucyjne, ponieważ mogłoby prowadzić do wykonywania pracy lub świadczeń bez odpowiadającego im wynagrodzenia.

Jeśli natomiast odpowiedź brzmi nie, i medykowi w takiej sytuacji można wypłacić więcej niż kwota maksymalnego wynagrodzenia przewidziana w umowie to zabezpieczenia, które ma wprowadzać ustawa stają się całkowicie iluzoryczne. Zgodnie z art. 132ab ust. 10 przed podjęciem zatrudnienia medyk składa oświadczenie o maksymalnym wynagrodzeniu wynikającym z zawartych przez niego umów. Mógłby on zatem w każdym miejscu pracy zawierać umowę przewidującą niskie wynagrodzenie maksymalne, które potem przedstawiałby w innych podmiotach, a następnie żądać wynagrodzenia za faktycznie przepracowane godziny. Zabezpieczenia nie stanowi także art. 132ab ust. 11 ponieważ kierownik podmiotu, nawet jeżeli zostanie poinformowany o przekroczeniu wynagrodzenia w innym podmiocie, jedyne co mógłby zrobić to przedstawić aneks lub wypowiedzieć umowę, natomiast wynagrodzenie i tak byłoby należne.

V. Niewykonalność obowiązków ustawowych lub spodziewane sztuczne ograniczenie możliwości pracy personelu

Projektowany art. 132aa ust. 18 usoz przewiduje obowiązek wskazania w umowie maksymalnego miesięcznego wymiaru czasu zatrudnienia. Analogicznie, projektowany art. 27 ust. 4 pkt 1a) udl. przewiduje obowiązek wskazania łącznej liczby godzin udzielania świadczeń. Specyfika zawodów medycznych prowadzi do niemożności odgórnego zaplanowania ilości świadczonych usług. **Personel ani osoby zarządzające szpitalami nie mają wpływu na ilość pacjentów, skomplikowanie przypadków czy szereg innych czynników decydujących o wymaganym nakładzie pracy.** Z tego powodu elastyczność planowania jest jednym z kluczowych wymagań do zabezpieczenia potrzeb pacjentów.

Proponowane rozwiązania mogą prowadzić do poważnych trudności w zapewnieniu ciągłości opieki lub do częstych sytuacji, w których rzeczywisty wymiar pracy będzie odbiegał od parametrów określonych w umowie. Jediną alternatywą będzie określanie potencjalnie jak najwyższego limitu maksymalnego wymiaru czasu pracy np. 250 godzin miesięcznie także w sytuacji, gdy realny planowany wymiar jest na poziomie 160 godz. W sytuacji zawarcia przez pracownika jednej umowy z takim wysokim limitem zawarcie kolejnej może być uznawane jako poświadczanie nieprawdy i łamanie zapisów ustawy nawet jeśli faktyczny łączny wymiar czasu u wszystkich

member of



BUSINESSatOECD

member of

BUSINESSEUROPE

Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 50 50 860
repcja@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

pracodawców w danym okresie nie przekroczył wymiaru dwóch etatów. Pracownik, który zawarł taką umowę może zatem bać się podpisywać kolejną co w sztuczny sposób obniża podaż usług medycznych i przyczyni się do zwiększenia ich kosztu i zmniejszenia dostępności prowadząc tym samym do wydłużenia kolejek.

Jako przykład można wskazać, że pracownik posiadający dwie umowy UZ lub JDG na wymiar co najmniej ½ etatu (ale bez określenia realnego maksymalnego wymiaru w kolejnych miesiącach) nie może rzetelnie wywiązać się z obowiązku nakładanego przez projektowany art. 132aa ust. 4 usoz:

„4. Osoba, o której mowa w ust. 1, przed zatrudnieniem w podmiocie leczniczym składa jego kierownikowi oświadczenie o łącznym maksymalnym wymiarze czasu zatrudnienia, wynikającym z umów zawartych z zatrudniającymi ją świadczeniodawcami, w tym o czasie pracy poza zakładem leczniczym w ramach praktyki, o której mowa w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.”

Wpisanie do UZ lub kontraktu JDG maksymalnego wymiaru czasu pracy jako nieprzekraczalnego skutkuje brakiem możliwości sprawowania zastępstwa lub przedłużenia czasu pracy w sytuacji tego wymagającej dla zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentami.

Jako inny przykład wskazać można przypadek pielęgniarki na dyżurze w oddziale okulistycznym, która w sobotę wieczorem podsumowała ilość wypracowanych godzin u trzech pracodawców i doszła do wniosku, że obecny dyżur o godz. 23.00 do 7 rano w niedzielę oraz kolejne dwa dyżury do końca miesiąca są już ewidentnym przekroczeniem limitu. Jeżeli dokona ona zgłoszenia tego faktu przełożonej to szpital w efekcie zmuszony będzie do zapewnienia nagłego zastępstwa już tej nocy oraz na dwa kolejne dyżury. Można spodziewać się, że takie sytuacje będą powszechne, zaś konieczność nagłego zapewniania zastępstw powodować będzie dodatkowe ograniczenie dostępności personelu i wprowadzać dezorganizację.

Projektowane rozwiązania pozostają również w sprzeczności z podstawowymi zasadami wynikającymi z ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców oraz z art. 353¹ Kodeksu cywilnego. Prawo przedsiębiorców opiera działalność gospodarczą na zasadzie, zgodnie z którą przedsiębiorca może podejmować wszelkie działania, które nie są prawem zakazane, a określone obowiązki mogą być nakładane na niego wyłącznie na podstawie przepisów prawa. Jednocześnie art. 10 ustawy nakazuje organom administracji kierować się zasadą zaufania do przedsiębiorcy i co do zasady przyjmować, że działa on zgodnie z prawem i uczciwie. Projektowane regulacje zmierzają natomiast w przeciwnym kierunku – poprzez szczegółowe ograniczenia sposobu organizacji współpracy, rozbudowane obowiązki informacyjne, sankcje oraz ingerencję w dopuszczalne modele kontraktowania tworzą system oparty w dużej mierze na ograniczaniu swobody działania wszystkich podmiotów z uwagi na możliwość występowania jednostkowych nadużyć.

W kontekście stabilności Systemu Ochrony Zdrowia może to powodować bezpośrednie ryzyka dla pacjentów pozbawionych optymalnej opieki.

VI. Sposób obliczania czasu pracy niezgodny z ustawą o działalności leczniczej

Projektowany art. 132aa ust. 2 usoz wskazuje, że:

„2. Pełny wymiar czasu pracy w miesiącu kalendarzowym stanowi iloczyn 8 godzin i liczby dni w danym miesiącu kalendarzowym przypadających od poniedziałku do piątku. Każde święto określone w przepisach o dniach wolnych od pracy przypadające w danym miesiącu w innym dniu niż niedziela obniża pełen wymiar czasu pracy o 8 godzin.”

Podczas gdy zgodnie z art. 93 ust. 1 udl. personel medyczny obowiązuje inna norma czasu pracy:

„1. Czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym, z zastrzeżeniem art. 94 ust. 1, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.”

Wprowadzanie rozwiązań sprzecznych z obowiązującymi przepisami doprowadzi do szeregu niejasności i sporów, które podważają sens i możliwość realizacji proponowanych rozwiązań. Należy spodziewać się, że przepisy te wprowadzą ogromny chaos interpretacyjny przed Sądami pracy oraz w trakcie kontroli Państwowej Inspekcji Pracy.

VII. Niejasności interpretacyjne i arbitralność decyzji o odstąpieniu od ustawowych wymagań

Projektowany art. 132aa ust. 14 usoz przewiduje:

„14. W zakresie niezbędnym do zapewnienia ciągłości i dostępności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze Prezes Funduszu, na wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na czasowe odstąpienie od wymogów określonych w ust. 1 i 6, na okres nieprzekraczający 6 miesięcy, w przypadku braku dostępności osób wykonujących zawód medyczny w danej dziedzinie, lub potrzeby zabezpieczenia dyżuru medycznego, o którym mowa w art. 95 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Prezes Funduszu zajmuje stanowisko w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku o wyrażenie zgody. Odmowa zgody wymaga uzasadnienia na piśmie.”

Przepis nie precyzuje czy zgoda dotyczyć będzie:

- konkretnego pracownika (np. prezes NFZ wyraża zgodę na zatrudnienie na 6 miesięcy doktora X) co będzie skutkować setkami tysięcy wniosków rocznie wymagających rozpatrzenia przez Prezesa Funduszu w ciągu 14 dni – w przeciwnym razie (niedotrzymania terminu) będą to domniemane zgody; czy też
- podmiotu leczniczego - a więc prezes NFZ wydaje zgodę aby podmiot X przez okres 6 miesięcy dokonywał zatrudnienia z pominięciem ustawy w zakresie norm pracy i zgody

member of



member of



kierownika podmiotu macierzystego. Jeśli tak to pojawia się pytanie czy zgoda ta będzie w jakiś sposób ograniczona. Brak ograniczeń prowadziłby do tego, że np. podmiot, który dostał zgodę prezesa NFZ na 6 miesięcy ze względu na braki endokrynologów zatrudnia z pominięciem ustawy pediatrów czy dermatologów.

Ustawa nie precyzuje zatem jak istotny będzie to instrument. **Potencjalnie może on prowadzić do nadmiernej uznaniowości decyzji Prezesa NFZ oraz różnicowania sytuacji podmiotów leczniczych przy braku wystarczająco precyzyjnych kryteriów ustawowych.**

VIII. Ogromne zwiększenie ilości pracy administracyjnej przez nałożenie obowiązków przeprowadzania konkursów

Projektowane wymogi dotyczące:

- ogłoszenia konkursu
- danych oferentów oraz treści złożonych przez nich ofert
- informacji o wybranej ofercie i treści umowy zawartej w wyniku konkursu

należy ocenić bardzo krytycznie z uwagi na następujące konsekwencje:

- a) regulacjami dotyczącymi udzielania zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych objęte zostaną wszystkie podmioty bez względu na ich wielkość i formę prawną. Co więcej **wszystkie podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych będą zobowiązane do prowadzenia konkursów.**
- b) praktycznie każdy proces rekrutacyjny będzie wymagał zdublowania jeśli pracodawca dopuszcza możliwość zatrudnienia na podstawie umowy o pracę lub umowy zlecenia lub umowy kontraktowej (cywilno-prawnej z pracownikiem prowadzącym JDG). Nie sposób bowiem w jednym procesie rekrutacyjnym połączyć konkursu ofert z tak rozbudowaną listą wymagań formalnych oraz ogłoszeń rekrutacyjnych właściwych dla innych form zatrudnienia. Osoba nie prowadząca JDG nie posiada zdolności formalnych do złożenia oferty w konkursie organizowanym wg zasad opisanych w nowelizowanych przepisach ustawy o działalności leczniczej. Podmiot leczniczy będzie więc dublował rekrutacje nie mając pewności w jakim modelu uda się zawrzeć umowę z potencjalnymi kandydatami.
- c) liczne podmioty, które borykają się z notorycznym brakiem kadry, pozyskują personel medyczny jedynie dzięki indywidualnym kontaktom nawiązywanym dzięki rekomendacjom innych pracowników. W branży medycznej ocena umiejętności kandydata i możliwości współpracy z zespołem ma szczególne znaczenie. Proponowane przepisy mogą istotnie ograniczyć możliwość stosowania tego powszechnego i praktycznie użytecznego mechanizmu pozyskiwania personelu.

member of



member of



Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 50 50 860
repcja@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

- d) Nawet najmniejszy podmiot będzie musiał posiadać stronę internetową – na której będzie musiał publikować obszerną dokumentację konkursową obrazującą cały proces rekrutacyjny oraz treść pozyskanych ofert. Szczegółowe informacje tam zawarte (wymagane projektowanym przepisami) mogą posłużyć konkurencyjnym podmiotom do pozyskiwania cennych informacji (stanowiących w normalnych warunkach tajemnicę gospodarczą) pozwalających na podejmowania działań zmierzających do przejęcia tych pracowników co w obecnej sytuacji niedoboru kadr jest wysoce prawdopodobne. Kwestią czasu będzie powstanie serwisów porównujących treść ogłoszeń, składanych ofert oraz zawieranych umów. Prowadzić to będzie do nieuzasadnionego ujednolicania zasad, stawek etc. lub przypadków wykorzystywania przez personel informacji z takich ogólnopolskich zestawień porównawczych jako argumentu w negocjacjach płacowych.
- e) w świetle analizy treści projektowanych zapisów ustawy jakkolwiek zmiana zakresu potencjalnej współpracy w trakcie negocjacji z kandydatem będzie niedopuszczalna jeśli nie zostało to uprzednio ujęte w treści ogłoszenia konkursowego. W takiej sytuacji konieczne byłoby ogłoszenie kolejnego postępowania konkursowego na zmodyfikowany zakres usług jednak takie postępowanie może rodzić zarzuty „ustawiania” konkursów pod konkretnego oferenta.
- f) Istnieje ryzyko, że **obowiązek konkursów i publikacji stawek zadziała odwrotnie niż zakładają to projektodawcy. W szczególności prawdopodobne jest, że lekarz, wiedząc, że stawka z konkursu będzie ujawniona, nie będzie proponował niskiej stawki w obawie, że dowiedzą się o tym inni jego kontrahenci i tym samym pojawią się naciski na obniżenie stawek w dotychczasowych miejscach pracy. Należy się więc spodziewać, że stawką proponowaną w konkursie będzie każdorazowo najwyższa stawka za jaką dany lekarz już pracuje. Projektowane rozwiązania doprowadzą w ten sposób do wzrostu a nie spadku kosztu funkcjonowania opieki zdrowotnej.**

Opisane powyżej argumenty wskazują, że projektowane w tym zakresie przepisy dramatycznie skomplikują i wydłużą procesy rekrutacyjne personelu. Mogą one także rodzić ryzyko „podkupowania” sobie pracowników przy wykorzystaniu publikowanych w internecie szczegółowych danych. „Przejrzystość” procesów rekrutacyjnych, która w opinii autorów jest argumentem uzasadniającym takie przepisy, przyniesie w naszej opinii wiele negatywnych skutków. Jednostkowe przypadki nieprawidłowości, wymagające oczywistego eliminowania, nie powinny stanowić uzasadnienia dla przepisów wywołujących znaczne komplikacje organizacyjne i prawne oraz ryzyka dla praktycznie każdego podmiotu i organizowanego tam konkursu.

IX. Podniesienie kar

member of



BUSINESS at OECD

member of

BUSINESSEUROPE



Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 50 50 860
repcja@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

Wniesione na etapie konsultacji krytyczne uwagi dotyczące kar za niestosowanie się do wymagań Standardu Rachunku Kosztów (SRK) zostały przez MZ odrzucone. Co więcej w projekcie wniesionym do Sejmu zmianie uległ wymiar kary nakładanej przez Prezesa NFZ – w pierwotnym projekcie była ona w wysokości do 0,5% łącznych przychodów świadczeniodawcy wynikających z umów z NFZ natomiast aktualna wersja projektu ustawy nie precyzuje wysokości kary. Można spodziewać się, że oznacza to że zastosowanie znajdą ogólne warunki umów, które dopuszczająby naliczania kary do 2% łącznych przychodów. Co więcej z wypowiedzi przedstawicieli AOTMiT podczas posiedzenia Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia w dniu 15.09.2026 r. wnioskować można, że przepisy w ich ocenie dopuszczają wielokrotne w ciągu roku karanie podmiotu, który pomimo już raz nałożonej kary nie dostosował się do wymagań standardu uznawanego powszechnie za praktycznie niewykonalny. Takie regulacje mogą zagrozić stabilności podmiotów i doprowadzić do ich likwidacji.

X. Aspekty odpowiedzialności za stosowanie nowych uprawnień i analizę pozyskiwanych danych

W myśl projektowanych przepisów AOTMiT oraz NFZ uzyskają prawo do:

- pozyskiwania ogromnej ilości danych
- przetwarzania i analizy tych danych
- kontroli funkcjonowania podmiotów leczniczych w zakresie organizacyjnym, prawnym, finansowym i medycznym
- kontroli dokumentacji medycznej nie związanej z realizacją umów z NFZ
- przyjmowania i rozpatrywania skomplikowanych wniosków (wiele z nich w terminach zawitych)

Takie prawo należy jednak odczytywać jednocześnie jako źródło licznych poważnych obowiązków związanych z:

- a) odpowiedzialnością za poufność danych,
- b) odpowiedzialnością za wnikliwą analizę danych i rzetelne wychwytywanie wszystkich przypadków potencjalnych nieprawidłowości,
- c) odpowiedzialnością prawną z tytułu niewłaściwej interpretacji pozyskiwanych informacji, stosowanych sankcji i wymierzanych kar,
- d) odpowiedzialnością prawną za skutki niedotrzymania terminów wyznaczonych na rozpatrywanie wpływających wniosków,
- e) odpowiedzialnością prawną za skutki nieprawidłowych interpretacji wadliwych i nieprecyzyjnych przepisów ustawy, które były przedmiotem powszechnej krytyki w trakcie konsultacji społecznych,
- f) odpowiedzialnością odszkodowawczą w wyniku prawdopodobnych negatywnych rozstrzygnięć procesów sądowych.

Obie instytucje uzyskujące ogromne dodatkowe uprawnienia nie mają obecnie zasobów niezbędnych do dokonywania na taką skalę odpowiednich kontroli, analiz prawidłowości zatrudniania personelu,

member of



BUSINESSatOECD

member of

BUSINESSEUROPE

Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 50 50 860
repcja@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

organizowania pracy w podmiotach leczniczych i oceny prawidłowości zarządzania podmiotami w zakresie wydatkowania środków pochodzących z realizacji umów z NFZ.

Należy także podkreślić powagę i znaczenie odpowiedzialności jaką w związku z tak szerokimi uprawnieniami przyjmą na siebie i swoich podwładnych Prezesi AOTMiT oraz NFZ. Odpowiedzialność za rzetelne wykorzystywanie nowych uprawnień będzie z pewnością podlegała regularnej ocenie właściwych instytucji – Najwyższej Izby Kontroli, Parlamentu i Rządu. Ewentualna negatywna ocena, która wydaje się dość prawdopodobna przy uwzględnieniu skali wątpliwości zgłaszanych co do projektu, prowadzić będzie do odpowiedzialności pracowników NFZ i AOTMiT.

Prawo NFZ do kontroli wydatkowania środków publicznych w podmiotach leczniczych (rozumiane także jako obowiązek) spowoduje przyjęcie współodpowiedzialności za ewentualne nieprawidłowości i sytuację finansową tych świadczeniodawców. NFZ nie będzie już wyłącznie dysponentem środków publicznych zapewniającym ubezpieczonym możliwe dobre dostępy do świadczeń. W nowej sytuacji NFZ i AOTMiT znajdą się pod znacznie większą presją organizacyjną, prawną, finansową oraz polityczną eskalującą ze strony organów założycielskich, samorządów (JST, Marszałków województw, Prezydentów miast), polityków, parlamentarzystów i opinii publicznej.

Takie nowe prawa i obowiązki AOTMiT i NFZ są sprzeczne z podstawowymi zadaniami jakie obie te instytucje powinny odgrywać w prawidłowo funkcjonującym systemie ochrony zdrowia. W szczególności NFZ znajdzie się w pozycji dublującej uprawnienia kontrolne innych wyspecjalizowanych instytucji takich jak NIK, KAS, PIP, Urzędy Wojewódzkie. Obecnie projektowane zmiany prowadzą do zaangażowania NFZ i AOTMiT w scentralizowany, system nadzoru państwa nad podmiotami leczniczymi i personelem medycznym.

XI. Nieproporcjonalne rozszerzenie odpowiedzialności karnej w ochronie zdrowia - kryminalizacja ryzyk organizacyjnych i zarządczych w podmiotach leczniczych

Projekt w niezwykle szerokim zakresie posługuje się odpowiedzialnością karną jako instrumentem egzekwowania obowiązków o charakterze organizacyjnym, administracyjnym i informacyjnym. W praktyce kolejne oświadczenia składane przez osoby wykonujące zawody medyczne, kierowników podmiotów leczniczych czy osoby uczestniczące w kontroli mają być składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Prowadzi to do sytuacji, w której **zwykle obowiązki związane z organizacją pracy i dokumentowaniem działalności podmiotu leczniczego zostają przesunięte z obszaru odpowiedzialności pracowniczej, cywilnej czy administracyjnej wprost do sfery prawa karnego. Taki kierunek należy ocenić jako nadmierny i nieproporcjonalny**, zwłaszcza że projekt już równolegle znacząco rozszerza zakres kontroli i odpowiedzialności związanej z funkcjonowaniem podmiotów leczniczych. Pojawiające się w systemie nadużycia dotyczą ograniczonej liczby osób, które mogą ponosić odpowiedzialność także na innych podstawach. Rozwiązanie obejmuje natomiast bardzo szeroki krąg osób, co rodzi wątpliwości z punktu widzenia proporcjonalności zastosowanych instrumentów.

member of



member of



Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 50 50 860
repcja@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

Szczególne wątpliwości budzi odpowiedzialność karna związana z oświadczeniami o maksymalnym wymiarze czasu pracy oraz wynagrodzeniu. Są to przecież w istocie informacje dotyczące treści zawartych umów i deklarowanego maksymalnego zakresu współpracy, a nie tego, ile godzin dana osoba faktycznie przepracuje i jakie wynagrodzenie rzeczywiście otrzyma w konkretnym miesiącu. Sam projekt generuje zresztą problem polegający na tym, że „maksymalny wymiar” zapisany w umowie może znacząco odbiegać od realnego wymiaru wykonywanej pracy, a jego określenie zbyt sztywno może uniemożliwiać zastępstwa lub elastyczne reagowanie na potrzeby placówki. Wprowadzenie w takim obszarze odpowiedzialności karnej nie zwiększa więc automatycznie wiarygodności danych, lecz przede wszystkim zwiększa ryzyko prawne po stronie personelu i zarządzających. Jest to kolejny przykład daleko idącego rozszerzenia stosowania odpowiedzialności karnej na obszar bieżącej organizacji i zarządzania podmiotami leczniczymi, dla którego trudno znaleźć porównywalne odpowiedniki w innych sektorach gospodarki.

Jeszcze poważniejszy problem pojawia się przy składaniu wyjaśnień w toku kontroli pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. **Osobą składającą wyjaśnienia będzie najczęściej kierownik podmiotu albo pracownik administracyjny czy specjalista odpowiedzialny za określony obszar organizacyjny. Osoby te bardzo często nie mają jednak bezpośredniej wiedzy o faktach będących przedmiotem kontroli. Jeżeli przykładowo kontrola dotyczy tego, jak konkretne świadczenia albo zabiegi zostały faktycznie wykonane, pracownik administracji nie uczestniczył przecież w ich wykonywaniu i może co najwyżej odtworzyć informacje z dokumentacji lub przekazać to, co uzyskał od lekarza lub innego członka personelu. Nie ma przy tym realnej możliwości samodzielnego zweryfikowania, czy przekazana mu informacja w pełni odpowiada rzeczywistości. W efekcie osoba składająca wyjaśnienia może zostać postawiona w sytuacji, w której ma odpowiadać karne za prawdziwość informacji, których sama nie jest źródłem i których nie ma możliwości bezpośrednio sprawdzić.** Może to istotnie zmieniać funkcję wyjaśnień składanych w toku kontroli i prowadzić do defensywnego podejścia osób zobowiązanych do ich składania: unikania udzielania informacji, nadmiernego formalizowania każdej odpowiedzi oraz konieczności angażowania prawników do czynności, które dotychczas miały charakter zwykłego postępowania kontrolnego. Zamiast poprawiać jakość nadzoru, takie rozwiązanie może więc utrudnić współpracę z organami kontrolnymi i dodatkowo zwiększyć obciążenia organizacyjne podmiotów leczniczych. W połączeniu z szerokimi nowymi kompetencjami kontrolnymi NFZ i AOTMiT tworzy to system, w którym ryzyko odpowiedzialności karnej zaczyna towarzyszyć zwyktemu bieżącemu zarządzaniu placówką.

XII. Perspektywa sporów sądowych związanych z odmowami zgody na podjęcie zatrudnienia w innym podmiocie leczniczym.

Pracownicy medyczni, którzy od kierownika podmiotu leczniczego otrzymają odmowę zgody na zawarcie kolejnej umowy z innym podmiotem leczniczym będą mieli prawo do roszczeń wobec

member of



BUSINESSatOECD

member of

BUSINESSEUROPE



Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 50 50 860
repcja@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

podmiotu odmawiającego takiej zgody. Projektowany art. 132aa ust. 10 usz wskazuje wprawdzie, że odmawiając zgody na zatrudnienie kierownik podmiotu będzie musiał zaproponować zmniejszenie wymiaru czasu pracy, jednak jedynie do poziomu uzasadnionego potrzebami kadrowymi podmiotu. Możliwe będą więc sytuacje kiedy kierownik odmówi zgody na dodatkowe $\frac{3}{4}$ etatu a w zamian zaproponuje pracownikowi jedynie dodatkowe $\frac{1}{4}$. Naturalnym roszczeniem będzie bowiem oczekiwanie, aby kierownik odmawiający takiej zgody zrekompensował pracownikowi utracone z tego powodu przychody. Taką rekompensatą byłoby zwiększenie wynagrodzenia miesięcznego w wyniku zwiększenia wymiaru świadczonej pracy i/lub podwyżka stawek w obowiązującej umowie. W przypadku odmowy takiej rekompensaty lub jej niesatysfakcjonującej wysokości można spodziewać się, że w przyszłości pracownik będzie dochodzić swoich praw przed:

- a) Sądem pracy w przypadku pracowników etatowych,
- b) Sądem cywilnym w przypadku umów zlecenia i kontraktów.

Można spodziewać się, że projektowane przepisy wywołają falę tysięcy pozwów w perspektywie kilku lat. Co więcej nie można wykluczyć przypadków podejmowania przez pracowników prób wywierania nacisków na obecnego pracodawcę poprzez występowanie z wnioskami o zgodę na kolejne zatrudnienie wyłącznie w celu podjęcia negocjacji w zakresie stanowiska, zakresu zatrudnienia i wysokości wynagrodzenia (w tym przyznawania dodatków dopuszczalnych w projekcie ustawy).

XIII. Niewykonalność wymagań dotyczących umów z osobami prowadzącymi JDG oraz postępowań konkursowych

Projektowane przepisy prowadzą do poważnej niespójności pomiędzy wymaganiami dotyczącymi treści umów zawieranych z osobami wykonującymi działalność leczniczą w ramach JDG a obowiązkami wynikającymi z ustawy o działalności leczniczej w zakresie przeprowadzania konkursów ofert. Ogłoszenie o konkursie powinno bowiem w sposób dostatecznie precyzyjny określać przedmiot zamówienia, który następnie znajduje odzwierciedlenie zarówno w treści składanej oferty, jak i w zawieranej z wybranym oferentem umowie. Jeżeli jednak projekt nakłada obowiązek wskazania w umowie m.in. maksymalnego wymiaru czasu udzielania świadczeń, liczby świadczeń czy ich szczegółowego zakresu, a wartości te z natury rzeczy są zmienne i w wielu przypadkach niemożliwe do wiarygodnego ustalenia z wyprzedzeniem, to problem powstaje już na etapie samego ogłoszenia konkursowego.

W praktyce podmiot leczniczy musiałby zatem albo określać w ogłoszeniu parametry, których na tym etapie nie jest w stanie rzetelnie przewidzieć, albo formułować przedmiot zamówienia na tyle ogólnie, że późniejsza umowa zawierałaby elementy niewynikające w sposób dostateczny z treści konkursu i złożonej oferty. Trudno przykładowo uznać za prawidłowe ogłoszenie konkursu na świadczenie usług przez lekarza specjalistę anestezjologii bez wskazania, jakie konkretnie świadczenia mają być wykonywane, w jakim wymiarze i przez ile godzin miesięcznie, jeżeli następnie umowa ma szczegółowo regulować wszystkie te elementy. Z drugiej strony ich sztywne określenie

member of



BUSINESSatOECD

member of



Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 50 50 860
repcja@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

już na etapie konkursu jest często nierealne, ponieważ rzeczywiste zapotrzebowanie zależy m.in. od liczby zabiegów, obsady dyżurowej, absencji personelu oraz bieżącej sytuacji klinicznej.

W konsekwencji projekt tworzy mechanizm, w którym wadliwość lub niewykonalność wymogów dotyczących samej umowy automatycznie przenosi się na wcześniejszy etap postępowania konkursowego. Może to prowadzić albo do masowego konstruowania konkursów w sposób czysto formalny, niedostosowany do rzeczywistych potrzeb podmiotu, albo do sytuacji, w której zawarta umowa będzie istotnie odbiegała od przedmiotu określonego w ogłoszeniu i treści oferty. Taki model nie zwiększa transparentności procesu kontraktowania świadczeń, lecz przeciwnie – generuje dodatkowe ryzyko prawne, organizacyjne i interpretacyjne zarówno po stronie podmiotów leczniczych, jak i samych pracowników.

XIV. Konieczność uzyskiwania zgód na nowe zatrudnienie od wszystkich dotychczasowych pracodawców na każde kolejne zatrudnienie

Projektowany art. 132aa ust. 9 wprowadza mechanizm, zgodnie z którym medyk, podejmując kolejne zatrudnienie, musi uzyskać zgodę nie tylko jednego, podstawowego świadczeniodawcy, lecz – **jeżeli jest już zatrudniony w kilku miejscach – zgodę kierownika każdego podmiotu leczniczego, który aktualnie ją zatrudnia**. W praktyce oznacza to, że każde kolejne miejsce pracy może uruchamiać wielostopniową procedurę uzyskiwania zgód w kilku różnych podmiotach. Przy powszechnym w ochronie zdrowia modelu pracy w więcej niż jednym miejscu rozwiązanie to prowadzi do sztucznego wygenerowania ogromnej liczby dodatkowych wniosków, zgód, odmów, terminów, korespondencji i czynności administracyjnych, które nie przekładają się bezpośrednio na poprawę bezpieczeństwa pacjentów ani organizacji świadczeń.

Skala problemu może być bardzo duża. Lekarz, pielęgniarka czy inny przedstawiciel personelu medycznego, którego dotyczy ta regulacja, zatrudniony przykładowo w trzech podmiotach, chcąc podjąć pracę w czwartym, będzie musiał przejść procedurę uzyskania zgody u wszystkich trzech dotychczasowych świadczeniodawców. **Każdy kolejny ruch zawodowy będzie więc wymagał równoległego zaangażowania administracji kilku placówek. W systemie, w którym znaczna część personelu medycznego pracuje w wielu miejscach jednocześnie, oznacza to potencjalnie setki tysięcy dodatkowych czynności administracyjnych rocznie.** Trudno wskazać racjonalne uzasadnienie dla tak rozbudowanej procedury, szczególnie że jej zasadniczym skutkiem będzie zwiększenie biurokracji i utrudnienie mobilności personelu.

Dodatkową niespójność widać w samym projekcie. Art. 4 ust. 3 projektowanej ustawy dotyczącej przepisów przejściowych posługuje się konstrukcją „świadczeniodawcy podstawowego”, który w okresie przejściowym ma wyrazić zgodę na zatrudnienie w innych podmiotach. Ustawodawca sam zatem dostrzega możliwość oparcia mechanizmu na zgodzie jednego, wybranego świadczeniodawcy. Tym bardziej niezrozumiałe jest, dlaczego poza okresem przejściowym system ma zostać zastąpiony

member of



BUSINESSatOECD

member of

BUSINESSEUROPE



Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 50 50 860
repcja@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

rozwiązaniem znacznie bardziej sformalizowanym, wymagającym zgody wszystkich dotychczasowych pracodawców. Brakuje wyjaśnienia, dlaczego model uznany za wystarczający w okresie przejściowym miałby później okazać się niewystarczający.

Projektowany mechanizm może ponadto prowadzić do trudnych do przewidzenia zależności pomiędzy podmiotami leczniczymi i personelem. Każdy z dotychczasowych pracodawców uzyskuje faktycznie możliwość wpływania na decyzję pracownika o podjęciu dodatkowego zatrudnienia u innego świadczeniodawcy. Przy wielokrotnym zatrudnieniu oznacza to, że odmowa choćby jednego z kilku kierowników może zablokować możliwość zawarcia kolejnej umowy. Tak daleko idąca ingerencja w mobilność zawodową personelu, połączona z ogromnym ciężarem administracyjnym, wydaje się rozwiązaniem nieproporcjonalnym do celu regulacji.

XV. Rozwiązania niezgodne z zasadami prawidłowej legislacji - wyjście poza zakres przedmiotowy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej

Projektowane przepisy **w szeregu miejsc wykraczają poza zakres przedmiotowy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**. Ustawa ta w art. 1 określa materię, którą reguluje, koncentrując się na zasadach funkcjonowania systemu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, prawach i obowiązkach związanych z tym systemem oraz organizacji i finansowaniu świadczeń. Tymczasem **procedowany projekt wprowadza rozwiązania, które obejmują również podmioty i obszary działalności pozostające poza bezpośrednim związkiem z realizacją świadczeń finansowanych ze środków publicznych**.

Najdalej idącym przykładem jest projektowany art. 193 ust. 1 pkt 12–14, który przewiduje odpowiedzialność za odmowę udostępnienia dokumentacji na podstawie art. 192a ust. 1 pkt 4, a także za niedopełnienie obowiązków związanych z przekazywaniem danych do SIM i wymianą elektronicznej dokumentacji medycznej. **W konsekwencji sankcje karne mogą zostać nałożone również na podmioty, które nie są świadczeniodawcami NFZ i których działalność może nie mieć żadnego związku z finansowaniem świadczeń ze środków publicznych. Mamy więc do czynienia nie tylko z rozszerzeniem obowiązków ustawowych poza podstawowy obszar regulacji, lecz także z objęciem sankcjami podmiotów pozostających w ogóle poza zakresem zastosowania ustawy.** W ten sposób kara grzywny na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych za nieprzekazywanie danych zdarzenia do SIM mogłaby być nałożona na podmiot, które nie korzysta z finansowania publicznego, zaś jego działalność jest całkowicie poza zakresem przedmiotowym ustawy.

Dobrym przykładem jest także projektowany art. 192a ust. 1 pkt 4, który przewiduje możliwość żądania od świadczeniodawcy nieposiadającego umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nieodpłatnego udostępnienia dokumentacji dotyczącej osób wykonujących zawód medyczny, w tym dokumentacji związanej z zatrudnieniem, kwalifikacjami, uprawnieniami zawodowymi, ewidencją czasu pracy lub świadczeniem usług, a także dokumentacji medycznej w zakresie potrzebnym do

member of



BUSINESS@OECD

member of



Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 50 50 860
repcja@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

weryfikacji tych danych. Oznacza to, że obowiązki wynikające z ustawy zostają rozciągnięte na podmioty, które nie mają zawartej umowy z NFZ i mogą prowadzić działalność całkowicie komercyjną.

Takie rozwiązanie budzi poważne zastrzeżenia systemowe i wymaga analizy legislacyjnej projektu.

Jeżeli ustawodawca chce uregulować generalne obowiązki dotyczące dokumentacji pracowniczej, danych o czasie pracy, kwalifikacjach zawodowych, dokumentacji medycznej czy wymiany danych w SIM także wobec podmiotów działających poza systemem finansowania publicznego, powinien robić to w aktach prawnych właściwych dla tych obszarów. Rozszerzanie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na podmioty, które mogą z tym systemem nie mieć realnego związku, prowadzi do rozmycia jej zakresu przedmiotowego i pogłębia już istniejące problemy interpretacyjne projektu. W szczególności trudno zaakceptować sytuację, w której podmiot nieuczestniczący w systemie kontraktowania z NFZ zostaje objęty obowiązkami kontrolnymi i odpowiedzialnością sankcyjną wyłącznie dlatego, że ustawodawca zdecydował się umieścić te regulacje w ustawie o finansowaniu świadczeń ze środków publicznych.

Podsumowując powyższe należy stwierdzić, że projektowane przepisy w obecnym kształcie mogą wywołać poważne trudności organizacyjne i prawne w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia. W konsekwencji mogą one negatywnie wpływać na zdolność systemu do zapewnienia odpowiedniej dostępności i ciągłości świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Skala zgłaszanych zastrzeżeń oraz ich oparcie w analizach prawnych, organizacyjnych i praktycznych wskazują na potrzebę szczególnie ostrożnego procedowania projektowanych zmian. Ewentualne negatywne skutki regulacji dla stabilności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, dostępności świadczeń oraz sytuacji podmiotów leczniczych będą w naturalny sposób podlegały ocenie z perspektywy jakości procesu legislacyjnego i adekwatności przyjętych rozwiązań. Z tego względu zasadne jest ponowne przeanalizowanie najbardziej kontrowersyjnych mechanizmów projektu przed ich wejściem w życie, tak aby ograniczyć ryzyko niezamierzonych konsekwencji systemowych i organizacyjnych.

Z poważaniem



Marek Górski
Prezydent Konfederacji Lewiatan

Do wiadomości:

Członkowie Prezydium Komisji Zdrowia Sejmu RP

member of



member of



Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 50 50 860
repcja@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