

U S T A W A

z dnia 2024 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁾

Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, 858, 1222, 1593 i 1615) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 311b w ust. 3 po pkt 6 dodaje się pkt 6a w brzmieniu:
„6a) ocenę wpływu proponowanej taryfy świadczeń na strukturę udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności pod względem udziału świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej z uwzględnieniem racjonalizacji procesu leczenia i efektywności wydatkowania środków publicznych;”;
- 2) w art. 311c:
 - a) w ust. 3 wyrazy „4a–4d” zastępuje się wyrazami „4a–4e”,
 - b) w ust. 4d wyrazy „4c i 4d” zastępuje się wyrazami „i 4c–4e”;
- 3) w art. 31n po pkt 4d dodaje się pkt 4e w brzmieniu:
„4e) prowadzenie analiz dotyczących sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów leczniczych oraz jakości zarządzania tymi podmiotami, a także działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 i art. 88a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799 i ...), oraz ich realizacji;”;
- 4) w art. 57 w ust. 2 po pkt 7 dodaje się pkt 7a i 7b w brzmieniu:
„7a) psychologa;
7b) optometrysty;”;
- 5) w art. 95l uchyla się ust. 2–4;

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz ustawę z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej.

6) art. 95m otrzymuje brzmienie:

„Art. 95m. 1. Świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia na okres 4 lat, w zakresie dotyczącym zakładu leczniczego w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej prowadzonego na terenie danego województwa, jeżeli udziela świadczeń opieki zdrowotnej w ramach co najmniej jednego profilu kwalifikującego, o którym mowa w ust. 2, oraz posiada autoryzację, o której mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692).

2. Profilami kwalifikującymi są profile, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, realizowane na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie hospitalizacji określonym w tych przepisach, z wyłączeniem hospitalizacji planowej, która w dniu kwalifikacji obowiązuje od co najmniej dwóch ostatnich lat kalendarzowych i która nie została wypowiedziana:

- 1) alergologia;
- 2) alergologia dla dzieci;
- 3) angiologia;
- 4) audiologia i foniatria;
- 5) audiologia i foniatria dla dzieci;
- 6) brachyterapia;
- 7) chirurgia dziecięca;
- 8) chirurgia klatki piersiowej;
- 9) chirurgia klatki piersiowej dla dzieci;
- 10) chirurgia naczyniowa (jeden z poziomów referencyjnych);
- 11) chirurgia ogólna;
- 12) chirurgia onkologiczna;
- 13) chirurgia onkologiczna dla dzieci;
- 14) chirurgia plastyczna;
- 15) chirurgia plastyczna dla dzieci;
- 16) chirurgia szczękowo-twarzowa;
- 17) chirurgia szczękowo-twarzowa dla dzieci;
- 18) choroby płuc;
- 19) choroby płuc dla dzieci;
- 20) choroby wewnętrzne;
- 21) choroby zakaźne;

- 22) choroby zakaźne dla dzieci;
- 23) dermatologia i wenerologia;
- 24) dermatologia i wenerologia dla dzieci;
- 25) diabetologia;
- 26) diabetologia dla dzieci;
- 27) endokrynologia;
- 28) endokrynologia dla dzieci;
- 29) gastroenterologia;
- 30) gastroenterologia dla dzieci;
- 31) geriatryka;
- 32) ginekologia onkologiczna;
- 33) hematologia;
- 34) immunologia kliniczna;
- 35) immunologia kliniczna dla dzieci;
- 36) kardiologia;
- 37) kardiologia dla dzieci;
- 38) kardiologia;
- 39) kardiologia dla dzieci;
- 40) nefrologia;
- 41) nefrologia dla dzieci;
- 42) neonatologia (jeden z poziomów referencyjnych);
- 43) neurochirurgia;
- 44) neurochirurgia dla dzieci;
- 45) neurologia;
- 46) neurologia dla dzieci;
- 47) okulistyka;
- 48) okulistyka dla dzieci;
- 49) onkologia i hematologia dziecięca;
- 50) onkologia kliniczna;
- 51) ortopedia i traumatologia narządu ruchu;
- 52) ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci;
- 53) otorynolaryngologia;
- 54) otorynolaryngologia dla dzieci;
- 55) pediatria;

- 56) położnictwo i ginekologia (jeden z poziomów referencyjnych);
- 57) radioterapia;
- 58) reumatologia;
- 59) reumatologia;
- 60) terapia izotopowa;
- 61) toksykologia kliniczna;
- 62) toksykologia kliniczna dla dzieci;
- 63) transplantologia kliniczna;
- 64) transplantologia kliniczna dla dzieci;
- 65) urologia;
- 66) urologia dla dzieci.

3. Świadczeniodawcę kwalifikuje do systemu zabezpieczenia, w zakresie danego profilu kwalifikującego, wojewoda właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń, na podstawie opinii zespołu, o którym mowa w ust. 4, kierując się potrzebą właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej określaną w szczególności na podstawie mapy, krajowego planu i wojewódzkiego planu oraz biorąc pod uwagę możliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sposób zapewniający ich wysoką jakość i bezpieczeństwo świadczeniobiorców.

4. W skład zespołu wchodzi:

- 1) po jednym przedstawicielu:
 - a) podmiotu tworzącego w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
 - b) podmiotu leczniczego, który nie posiada podmiotu tworzącego
– w przypadku podmiotów leczniczych działających na terenie województwa i udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w danym profilu kwalifikującym na podstawie umowy określonej w ust. 2;
- 2) jeden przedstawiciel dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 3) jeden przedstawiciel wojewody;
- 4) konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny odpowiadającej danemu profilowi kwalifikującemu, a w przypadku jego braku – konsultant krajowy w tej dziedzinie.

5. Członkowie zespołu, o którym mowa w ust. 4, są powoływani i odwoływani przez wojewodę. W przypadku, o którym mowa w ust. 4 pkt 1 i 2, powołanie i odwołanie następuje na wniosek podmiotów, których są przedstawicielami.

6. Wojewoda ustala regulamin zespołu, o którym mowa w ust. 4.

7. Przy ocenie spełnienia warunków kwalifikacji, o których mowa w ust. 2, uwzględnia się okres obowiązywania umowy zawartej ze świadczeniodawcą, w którego prawa i obowiązki świadczeniodawca wstąpił, w tym w drodze przeniesienia praw i obowiązków wynikających z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z art. 155 ust. 5.

8. Kwalifikacja, o której mowa w ust. 2, oprócz wskazania dla każdego świadczeniodawcy profili kwalifikujących obejmuje także wskazanie innych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, których będzie on udzielał w systemie zabezpieczenia, zgodnie z ust. 9.

9. Poza świadczeniami opieki zdrowotnej w ramach profili kwalifikujących świadczeniodawca udziela w systemie zabezpieczenia:

- 1) świadczeń opieki zdrowotnej:
 - a) realizowanych w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć,
 - b) z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii lub anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci,
 - c) z zakresu chemioterapii lub chemioterapii – leczenie jednego dnia,
 - d) z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych– jeżeli posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmującą udzielanie tych świadczeń, która w dniu kwalifikacji obowiązuje od co najmniej dwóch ostatnich lat kalendarzowych i która nie została wypowiedziana;
- 2) świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej, realizowanych w środkiem lub oddziale dziennym lub stacjonarnie, jeżeli udziela tych świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, która w dniu kwalifikacji obowiązuje od co najmniej dwóch ostatnich lat kalendarzowych i która nie została wypowiedziana, przy czym do okresu trwania tej umowy zalicza się okres obowiązywania umowy zawartej z poprzednim świadczeniodawcą, w którego prawa i obowiązki świadczeniodawca wstąpił, w tym w drodze przeniesienia praw i obowiązków wynikających z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z art. 155 ust. 5;
- 3) świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, realizowanych w poradniach przyszpitalnych, z wyjątkiem dializy otrzewnowej lub hemodializy, z zastrzeżeniem, że w przypadku porad specjalistycznych dotyczy to porad specjalistycznych odpowiadających profilom kwalifikującym lub

świadczeniom opieki zdrowotnej, o których mowa w pkt 1 lit. b i c, określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 10;

- 4) świadczeń opieki zdrowotnej:
- a) realizowanych w ramach programów lekowych, odpowiadających profilom kwalifikującym lub świadczeniom opieki zdrowotnej, o których mowa w pkt 1 lit. c,
 - b) realizowanych w ramach kompleksowej opieki zdrowotnej, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub art. 146 ust. 1 pkt 2.

10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, porady specjalistyczne odpowiadające poszczególnym profilom kwalifikującym lub świadczeniom opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 9 pkt 1 lit. b i c, uwzględniając potrzebę zabezpieczenia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a także zapewnienie ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.”;

7) w art. 95n:

- a) ust. 1–5 otrzymują brzmienie:

„1. Wojewoda w terminie do dnia 31 stycznia roku kwalifikacji sporządza wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia na terenie danego województwa, obejmujący wskazanie dla każdego świadczeniodawcy wszystkich profili kwalifikujących oraz rodzajów świadczeń, których będzie on udzielać w ramach systemu zabezpieczenia, i przekazuje go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w celu zatwierdzenia.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia zatwierdza wykaz, o którym mowa w ust. 1, w terminie 45 dni od dnia jego otrzymania albo w tym terminie odmawia jego zatwierdzenia.

3. W przypadku odmowy zatwierdzenia wykazu, o którym mowa w ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie, o którym mowa w ust. 2, w oparciu o kryteria określone w art. 95m ust. 3, sporządza wykaz i przekazuje go wojewodzie.

4. Wojewoda ogłasza w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej wykaz, o którym mowa w ust. 2 albo 3, do dnia 31 marca na okres 4 lat, liczony od dnia 1 lipca.

5. W przypadku niezakwalifikowania do systemu zabezpieczenia lub niewłaściwego wskazania profili kwalifikujących lub rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, świadczeniodawca będący w dniu ogłoszenia wykazu, o którym mowa w ust. 1, stroną obowiązującej umowy o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej, która nie została wypowiedziana, dotyczącej udzielania świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, w trybie hospitalizacji, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, z wyłączeniem hospitalizacji planowej, może wnieść odpowiednio do właściwego wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia w przypadku, o którym mowa w ust. 3, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia tego wykazu, środek odwoławczy w postaci protestu.”,

b) ust. 7 i 8 otrzymują brzmienie:

„7. Wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia wydaje, w terminie 7 dni od dnia otrzymania protestu, decyzję o:

1) uwzględnieniu protestu oraz:

- a) zakwalifikowaniu świadczeniodawcy do systemu zabezpieczenia lub
- b) zmianie wskazania profili systemu zabezpieczenia lub rodzajów świadczeń, o których mowa w ust. 1, albo

2) odmowie uwzględnienia protestu.

8. Od decyzji wydanej na podstawie ust. 7 świadczeniodawca może złożyć do ministra właściwego do spraw zdrowia, w terminie 7 dni od dnia doręczenia tej decyzji:

- 1) odwołanie, w przypadku decyzji wydanej przez wojewodę;
- 2) wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, w przypadku decyzji wydanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia.”,

c) po ust. 8 dodaje się ust. 8a w brzmieniu:

„8a. Do odwołania lub wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, o których mowa w ust. 8, stosuje się odpowiednio przepisy ust. 6.”,

d) w ust. 9 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) uchyla zaskarżoną decyzję w całości albo w części i przekazuje ją do ponownego rozpatrzenia przez wojewodę, albo”,

e) użyte w ust. 10 w części wspólnej, w ust. 11 oraz w ust. 13 wyrazy „Prezes Funduszu” zastępuje się wyrazem „wojewoda”,

f) w ust. 12 wyrazy „centrali Fundusz” zastępuje się wyrazem „urzędu wojewódzkiego”,

g) ust. 14 otrzymuje brzmienie:

„14. W przypadkach:

- 1) niezawarcia umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1, lub

- 2) niewłaściwego wskazania profili kwalifikujących lub rodzajów świadczeń, o których mowa w ust. 1
- wojewoda dokonuje odpowiedniej zmiany w wykazie, o którym mowa w ust. 1, polegającej na usunięciu świadczeniodawcy z tego wykazu lub na wskazaniu właściwych profili kwalifikujących lub rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1.”;
- 8) art. 132b otrzymuje brzmienie:
- „Art. 132b. 1. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1, przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego.
2. Jeżeli świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej nie są w wystarczającym stopniu zabezpieczone na danym obszarze, świadczenia te mogą być udzielane również przez świadczeniodawcę zakwalifikowanego do systemu zabezpieczenia, innego niż wymieniony w ust. 1, na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1, po złożeniu wniosku o ich udzielanie do Prezesa Funduszu i uwzględnieniu ich w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1.
3. W przypadku świadczeniodawcy, o którym mowa ust. 1 lub 2, u którego co najmniej dwie trzecie spośród realizowanych profili kwalifikujących stanowią profile dla dzieci, w umowie, o której mowa w art. 159a ust. 1, strony mogą zastrzec, że świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane wyłącznie świadczeniobiorcom do 18. roku życia.
4. W przypadku braku zabezpieczenia dostępu do świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 1 lub 2, stosuje się przepisy dotyczące konkursu ofert i rokowań.”;
- 9) w art. 136:
- a) w ust. 2 w pkt 3 po wyrazach „art. 139a” dodaje się wyrazy „ust. 1”,
- b) dodaje się ust. 3 w brzmieniu:
- „3. Świadczeniodawca, który w okresie ostatnich 5 lat przed dniem złożenia wniosku o zwiększenie kwoty zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, nie uzyskał decyzji o pozwolenie na użytkowanie ani nie przystąpił do użytkowania inwestycji, w przypadku której wydaje się opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, z wykorzystaniem której są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, których dotyczy to zwiększenie, składa oświadczenie w tym zakresie. Oświadczenie składa się pod

rygorem o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.”;

- 10) w art. 139a dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 oraz dodaje się ust. 2 w brzmieniu:

„2. Świadczeniodawca, który w okresie ostatnich 5 lat przed dniem złożenia oferty nie uzyskał decyzji o pozwolenie na użytkowanie ani nie przystąpił do użytkowania inwestycji, w przypadku której wydaje się opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, z wykorzystaniem której mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, których dotyczy postępowanie, o którym mowa w ust. 1, składa oświadczenie w tym zakresie. Oświadczenie składa się pod rygorem o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.”;
- 11) w art. 142 po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

„4a. W przypadku gdy przekazywanie ofert odbywa się przy użyciu środków komunikacji elektronicznej, zapewnia się zachowanie integralności, autentyczności, nienaruszalności danych i ich poufności w ramach wymiany i przechowywania informacji, w tym zapewnia się możliwość zapoznania się z ich treścią wyłącznie po upływie terminu na ich złożenie. Przepisu ust. 2 pkt 2 i 3 i ust. 3 nie stosuje się.”;
- 12) w art. 149 w ust. 1 pkt 9 otrzymuje brzmienie:

„9) jeżeli świadczeniodawca nie posiada pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, i nie złożył oświadczenia, o którym mowa w art. 139a ust. 2.”;
- 13) w art. 151 w ust. 3 skreśla się wyrazy „na tablicy ogłoszeń oraz”;
- 14) w art. 153 w ust. 5 skreśla się wyrazy „na tablicy ogłoszeń oraz”;
- 15) w art. 154 w ust. 3 skreśla się wyrazy „na tablicy ogłoszeń oraz”;
- 16) art. 159a otrzymuje brzmienie:

„Art. 159a. 1. Prezes Funduszu zawiera umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze świadczeniodawcą wymienionym w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1, w ramach profili kwalifikujących oraz rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej

wskazanych w tym wykazie dla tego świadczeniodawcy, na okres obowiązywania tego wykazu. Zawarcie umowy odbywa się na wniosek Prezesa Funduszu. Przepisów dotyczących zawierania umów w trybie konkursu ofert i rokowań nie stosuje się.

2. Ze świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 1, nie może być zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na zasadach określonych w art. 139, dotycząca świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową zawartą przez tego świadczeniodawcę na podstawie ust. 1.

3. Na wniosek świadczeniodawcy Prezes Funduszu, kierując się potrzebą właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, może dokonać w umowie, o której mowa w ust. 1, zmiany polegającej na wykreśleniu danego profilu kwalifikującego i jednocześnie zawrzeć z tym świadczeniodawcą umowę obejmującą udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach tego profilu realizowanego w trybie hospitalizacji planowej albo trybie leczenia jednego dnia, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, na okres do końca obowiązywania wykazu, o którym mowa w art. 95n ust. 1. Na wniosek świadczeniodawcy umowa ta obejmuje również udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, realizowanych w poradniach przyszpitalnych oraz świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach programów lekowych, odpowiadających wykreślonemu profilowi kwalifikującemu. Przepisów dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert i rokowań nie stosuje się.

4. Na wniosek świadczeniodawcy Prezes Funduszu może dokonać w umowie, o której mowa w ust. 1, zmiany polegającej na wykreśleniu profilu kwalifikującego lub rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej wskazanych dla tego świadczeniodawcy w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1, jeżeli przyczyni się to do racjonalizacji struktury udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze, w szczególności przez ich konsolidację, przy zapewnieniu odpowiedniego dostępu do tych świadczeń. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku właściwy wojewoda dokonuje odpowiednich zmian w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1.

5. Na wniosek świadczeniodawcy Prezes Funduszu może dokonać w umowie, o której mowa w ust. 1, zmiany polegającej na zastąpieniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnej izbie przyjęć na udzielanie świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym albo zastąpieniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnym oddziale ratunkowym na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnej izbie

przyjąć. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku właściwy wojewoda dokonuje odpowiednich zmian w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 6 w ust. 2 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
„Jednostka samorządu terytorialnego albo związek jednostek samorządu terytorialnego mogą utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie:”;
- 2) w art. 38 w ust. 2:
 - a) wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
„Jednostka samorządu terytorialnego albo związek jednostek samorządu terytorialnego mogą nałożyć na podmiot leczniczy będący:”;
 - b) pkt 2 otrzymuje brzmienie:
„2) samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, dla którego ta jednostka albo ten związek jest podmiotem tworzącym lub samorządową jednostką budżetową, dla której ta jednostka jest podmiotem tworzącym”;
- 3) w art. 48 w ust. 6 w pkt 2 w:
 - a) lit. a tiret drugie otrzymuje brzmienie:
„– wójt (burmistrz, prezydent miasta), starosta, marszałek województwa albo członek zarządu związku jednostek samorządu terytorialnego albo osoba wyznaczona przez jeden z tych organów – w podmiotach utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego albo związek jednostek samorządu terytorialnego,”;
 - b) lit. b w tiret drugie po wyrazach „lub radę powiatu” dodaje się wyrazy „lub zgromadzenie związku jednostek samorządu terytorialnego”;
- 4) w art. 56 w ust. 2 po wyrazach „jednostki samorządu terytorialnego” dodaje się przecinek oraz wyrazy „związku jednostek samorządu terytorialnego”;
- 5) w art. 59:
 - a) ust. 4 otrzymuje brzmienie:
„4. Jeżeli w sprawozdaniu finansowym samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej wystąpiła strata netto, której wartość bezwzględna jest wyższa niż 1% sumy wykazanych w tym samym sprawozdaniu finansowym przychodów netto ze sprzedaży produktów, przychodów netto ze sprzedaży towarów i materiałów, pozostałych przychodów operacyjnych oraz przychodów finansowych, kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w terminie 6 miesięcy od

upływu terminu na sporządzenie sprawozdania finansowego, o którym mowa w art. 52 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2023 r. poz. 120, 295 i 1598 oraz z 2024 r. poz. 619), sporządza na okres nie dłuższy niż 3 lata program naprawczy, uwzględniając w nim raport, o którym mowa w art. 53a ust. 1, oraz dostosowanie działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, lub do krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1 tej ustawy, lub do wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 tej ustawy.”,

b) dodaje się ust. 5–8 w brzmieniu:

„5. Sporządzenie programu naprawczego poprzedzają analizy: efektywności funkcjonowania i zarządzania, ekonomiczne, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego, obejmujące bieżącą sytuację samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

6. Program naprawczy zawiera co najmniej:

- 1) analizy, o których mowa w ust. 5;
- 2) sprawozdanie finansowe, o którym mowa w art. 45 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości;
- 3) ocenę dostosowania działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na dzień sporządzenia planu do mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, lub do krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1 tej ustawy lub do wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 tej ustawy, a w przypadku, gdy jego działalność jest niedostosowana do tej mapy lub do tych planów – także planowane działania dostosowawcze;
- 4) propozycje współpracy z innymi podmiotami leczniczymi oraz zakres tej współpracy, w tym dotyczące koncentracji zasobów ludzkich, infrastruktury, oraz realizacji świadczeń zdrowotnych i połączenia z innymi podmiotami leczniczymi według stanu na dzień sporządzenia planu naprawczego, jeżeli są przewidywane;

- 5) planowane działania mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 6) planowane działania mające na celu poprawę efektywności zarządzania, w szczególności działania służące podniesieniu wiedzy i kompetencji kadry zarządzającej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z zakresu zarządzania, procesów naprawczych i procesów restrukturyzacyjnych w podmiotach leczniczych;
- 7) planowane do wdrożenia działania optymalizacyjne mające na celu poprawę sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz prognozy przychodowe;
- 8) wskaźniki rezultatu dotyczące działań określonych w pkt 4–7;
- 9) informację o elementach struktury organizacyjnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w szczególności o komórkach organizacyjnych, jednostkach organizacyjnych i zakładach leczniczych, będących przedmiotem działań naprawczych;
- 10) oznaczenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej;
- 11) datę jego sporządzenia;
- 12) podpis kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

7. Program naprawczy sporządza się w formularzu udostępnionym przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) szczegółowy sposób sporządzania, aktualizacji i przekazywania programu naprawczego,
 - 2) szczegółowy zakres informacji, o których mowa w ust. 6 pkt 1–9 – mając na względzie potrzebę zachowania jednolitości analizy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednolitości i przejrzystości informacji zawartych w programie naprawczym.”;
- 6) po art. 59 dodaje się art. 59a i art. 59b w brzmieniu:
- „Art. 59a. 1. Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, będącego stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przekazuje program naprawczy:

- 1) dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, celem zajęcia stanowiska w zakresie oceny przedstawionych w programie naprawczym prognoz przychodowych oraz związanych z nimi działań;
- 2) wojewodzie właściwemu ze względu na miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, celem zajęcia stanowiska w zakresie oceny dostosowania działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, lub do krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b tej ustawy, lub do wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c tej ustawy, oraz związanych z tym działań dostosowawczych;
- 3) podmiotowi tworzącemu.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz wojewoda zajmują stanowiska w terminie 14 dni od dnia otrzymania programu naprawczego i przekazują je kierownikowi samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

3. Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przekazuje podmiotowi tworzącemu program naprawczy wraz z ze stanowiskami, o których mowa w ust. 2, w celu zatwierdzenia tego programu.

4. W przypadku, gdy podmiotem tworzącym samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jest jednostka samorządu terytorialnego albo związek jednostek samorządu terytorialnego, zatwierdzenie programu naprawczego następuje w drodze odpowiednio uchwały albo zarządzenia organu wykonawczego danej jednostki albo związku. Po zatwierdzeniu, organ wykonawczy danego podmiotu tworzącego przekazuje program naprawczy organowi stanowiącemu tego podmiotu.

5. Podmiot tworzący zatwierdza program naprawczy w terminie 3 miesięcy od dnia jego otrzymania.

6. Do zmiany zatwierdzonego programu naprawczego w zakresie, o którym mowa w art. 59 ust. 6 pkt 4–9, stosuje się ust. 1–5.

7. Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej dokonuje kwartalnych aktualizacji programu naprawczego. W przypadku wprowadzenia zmian innych niż określone w ust. 6 kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej informuje o nich podmiot tworzący. Zmiany te nie podlegają zatwierdzeniu przez podmiot tworzący.

8. Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej raz w roku przedstawia informację o stanie realizacji programu naprawczego podmiotowi tworzącemu. W przypadku, gdy podmiotem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego albo związek jednostek samorządu terytorialnego informację przekazuje się organowi stanowiącemu tego podmiotu tworzącego.

Art. 59b. 1. Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przedkłada podmiotowi tworzącemu:

- 1) sprawozdanie roczne z realizacji programu naprawczego w terminie 60 dni od zakończeniu każdego roku obrotowego realizacji programu;
- 2) sprawozdanie końcowe z realizacji programu naprawczego w terminie 60 dni po upływie okresu, na jaki sporządzono program.

2. Sprawozdania, o których mowa w ust. 1, zawierają informacje o realizacji programu naprawczego, w zakresie określonym w art. 59 ust. 6 pkt 3–8.

3. Sprawozdania, o których mowa w ust. 1, podlegają zatwierdzeniu przez podmiot tworzący. W przypadku gdy podmiotem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego albo związek jednostek samorządu terytorialnego, zatwierdzenie tych sprawozdań następuje przez organ stanowiący tego podmiotu tworzącego.”;

7) art. 61 otrzymuje brzmienie:

„Art. 61. Zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa albo uczelni medycznej, albo właściwej jednostki samorządu terytorialnego, albo związku jednostek samorządu terytorialnego. Przepis zdania pierwszego stosuje się odpowiednio do mienia.”;

8) po art. 67a dodaje się art. 67b w brzmieniu:

„Art. 67b. 1. W przypadku związku jednostek samorządu terytorialnego tworzonego w celu przejęcia obowiązków i uprawnień podmiotu tworzącego:

- 1) odpowiedzialność za zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przechodzi na związek jednostek samorządu terytorialnego;
- 2) należności i mienie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stają się należnościami i mieniem związku jednostek samorządu terytorialnego.

2. Do statutu związku jednostek samorządu terytorialnego tworzonego w celu przejęcia obowiązków i uprawnień podmiotu tworzącego stosuje się odpowiednio art. 67a ust. 2 i 3.

3. Jednostki samorządu terytorialnego w statucie związku jednostek samorządu terytorialnego tworzonego w celu przejęcia obowiązków i uprawnień podmiotu tworzącego, mogą w inny sposób, niż wskazany w ust. 1, określić:

- 1) odpowiedzialność za zobowiązania,
- 2) zasady przejęcia należności i mienia

– samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w stosunku do których wykonywały uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego.

4. Zmiana podmiotu tworzącego następuje z dniem ogłoszenia statutu lub zmiany statutu związku jednostek samorządu terytorialnego.”;

9) w art. 75 po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:

„2a) organ wykonawczy związku jednostek samorządu terytorialnego – w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest związek jednostek samorządu terytorialnego;”;

10) w dziale II po rozdziale 3 dodaje się rozdział 3a w brzmieniu:

„Rozdział 3a.

Program naprawczy dla podmiotów leczniczych w formie spółek kapitałowych

Art. 88a. Jeżeli w sprawozdaniu finansowym podmiotu leczniczego w formie spółki kapitałowej, w której wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51 % kapitału zakładowego spółki, a w przypadku prostej spółki akcyjnej liczba akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51 % ogólnej liczby akcji tej spółki, oraz gdy Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego, lub uczelnia medyczna dysponuje bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo walnym zgromadzeniu, wystąpiła strata netto, o której mowa w art. 59 ust. 4, zarząd, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego, sporządza na okres nie dłuższy niż 3 lata program naprawczy.

Art. 88b. Do programu naprawczego, o którym mowa w art. 88a, stosuje się odpowiednio przepisy art. 59 ust. 5–7, art. 59a i art. 59b, z tym że określone w tych przepisach prawa i obowiązki:

- 1) kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej wykonuje zarząd spółki kapitałowej;

- 2) podmiotu tworzącego wykonuje odpowiednio zgromadzenie wspólników albo walne zgromadzenie wspólników spółki kapitałowej.”;
- 11) w art. 115 w ust. 1 w pkt 1 po wyrazach „jednostką samorządu terytorialnego” dodaje się wyrazy „lub związkami jednostek samorządu terytorialnego.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 2465) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 7 w ust. 1 w pkt 12 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 13 w brzmieniu:
„13) generowanie i obsługę karty diagnostyki i leczenia onkologicznego w postaci elektronicznej, o której mowa w art. 39 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej.”;
- 2) w art. 11a:
 - a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:
„1. System Krajowej Sieci Onkologicznej stanowi moduł SIM umożliwiający generowanie i obsługę raportów o poziomie jakości opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, o których mowa w ustawie z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, a także koordynację opieki onkologicznej.”;
 - b) w ust. 3 w pkt 3 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 4 w brzmieniu:
„4) zawarte w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 39 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej.”;
- 3) w art. 12 w ust. 1 w pkt 11 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 12 w brzmieniu:
„12) obsługi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 39 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej.”;
- 4) w art. 35 w ust. 1:
 - a) pkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:
 - „1) pracownik medyczny, który wytworzył elektroniczną dokumentację medyczną zawierającą dane osobowe lub jednostkowe dane medyczne usługobiorcy lub na którego zlecenie zostało udzielone świadczenie opieki zdrowotnej lub zrealizowana została procedura medyczna, w związku z którymi dokumentacja ta została wytworzona;
 - 2) pracownik medyczny wykonujący zawód u usługodawcy, u którego została wytworzona elektroniczna dokumentacja medyczna zawierająca dane osobowe lub jednostkowe dane medyczne usługobiorcy lub na którego zlecenie zostało udzielone świadczenie opieki zdrowotnej lub została zrealizowana procedura

medyczna, w związku z wykonywaniem przez niego zawodu u tego usługodawcy, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia diagnostyki lub zapewnienia ciągłości leczenia, lub w celu rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej;”

b) po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:

„2a) pracownik medyczny wykonujący zawód u usługodawcy udzielającego usługobiorcy świadczeń diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego, jeżeli jest to niezbędne do monitorowania stanu zdrowia lub zapewnienia ciągłości opieki onkologicznej usługobiorcy;”

c) w pkt 4 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 5 w brzmieniu:

„5) inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej u usługodawcy, u którego została wytworzona elektroniczna dokumentacja medyczna zawierająca dane osobowe lub jednostkowe dane medyczne usługobiorcy lub na którego zlecenie zostało udzielone świadczenie opieki zdrowotnej lub została zrealizowana procedura medyczna, lub w związku ze sprawowaniem opieki onkologicznej lub współpracą usługodawców w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej na podstawie upoważnienia udzielonego przez tego usługodawcę i w celu rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej lub koordynacji opieki onkologicznej.”

Art. 4. W ustawie z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1208) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 39:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wystawia świadczeniobiorcy w postaci elektronicznej odpowiednio lekarz podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, albo lekarz udzielający świadczeń szpitalnych albo świadczeń w ramach programów zdrowotnych.”

b) uchyla się ust. 3–6;

2) w art. 40:

a) w ust. 4:

- w pkt 1 uchyla się lit. e;
- w pkt 6 lit. k otrzymuje brzmienie:

„k) unikalny numer identyfikujący karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, który może być wykorzystany tylko raz.”,

b) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

„4a. Dane zawarte w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego mogą być przetwarzane przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeniobiorcy świadczeń diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego w celu monitorowania stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub zapewnienia ciągłości opieki onkologicznej.”,

c) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres informacji gromadzonych w ramach karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, wystawianej i obsługiwanej w postaci elektronicznej, mając na celu prawidłową koordynację procesu leczenia, monitorowanie jakości opieki onkologicznej oraz zapewnienie właściwego przepływu informacji dotyczących realizacji diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego.”,

d) ust. 6 i 7 otrzymują brzmienie:

„6. Przepisy ust. 1–5, z wyłączeniem ust. 4 pkt 5, stosuje się również do podmiotów realizujących diagnostykę onkologiczną i leczenie onkologiczne w zakresie nieobjętym Krajową Siecią Onkologiczną.

7. Dane, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dotyczące diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego przekazywane przez świadczeniodawców Funduszowi na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego w przypadku świadczenia zakończonego wystawieniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz w przypadku świadczeń z zakresu diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego udzielanych zgodnie z art. 39 są na bieżąco przekazywane do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w celu weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców do świadczeń opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, którym wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz umożliwienia monitorowania jakości diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub zapewnienia ciągłości opieki onkologicznej w ramach realizacji planu leczenia

onkologicznego, a także do sprawowania nadzoru nad realizacją planów leczenia onkologicznego.”;

3) art. 54 otrzymuje brzmienie:

„Art. 54. Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy zmienianej w art. 44 zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 40 ust. 5 niniejszej ustawy, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2029 r.”.

Art. 5. Do postępowań w sprawie określenia taryfy świadczeń w danym zakresie lub rodzaju, wszczętych i niezakończonych do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 6. Na wniosek świadczeniodawcy, który w dniu ogłoszenia wykazu, o którym mowa w art. 95n ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profilu systemu zabezpieczenia, który nie został dla tego świadczeniodawcy wskazany w tym wykazie, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zawiera z tym świadczeniodawcą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej odpowiadających takiemu profilowi, w trybie hospitalizacji planowej albo trybie leczenia jednego dnia, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy zmienianej w art. 1, na okres obowiązywania tego wykazu. Na wniosek świadczeniodawcy umowa ta obejmuje również udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, realizowanych w poradniach przyszpitalnych oraz świadczeń w ramach programów lekowych, odpowiadających danemu profilowi. Przepisów dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert lub rokowań nie stosuje się.

Art. 7. Do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych na podstawie art. 159a ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym, do dnia 30 czerwca 2027 r. stosuje się dotychczasowe przepisy, z zastrzeżeniem art. 8.

Art. 8. 1. Na wniosek świadczeniodawcy Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, kierując się potrzebą właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, może dokonać w umowie, o której mowa w art. 159a ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym, zmiany polegającej na wykreśleniu danego profilu kwalifikującego i jednocześnie zawrzeć z tym świadczeniodawcą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profilu

świadczeń realizowanego w trybie hospitalizacji planowej albo trybie leczenia jednego dnia, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy zmienianej w art. 1, ważną do końca okresu obowiązywania wykazu, o którym mowa w art. 95n ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym. Na wniosek świadczeniodawcy umowa ta obejmuje również udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, realizowanych w poradniach przyszpitalnych oraz świadczeń w ramach programów lekowych, odpowiadających wykreślonemu profilowi kwalifikującemu. Przepisów dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert lub rokowań nie stosuje się.

2. Na wniosek świadczeniodawcy Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia może dokonać w umowie, o której mowa w art. 159a ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym, zmiany polegającej na wykreśleniu profilu systemu zabezpieczenia lub rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej wskazanych dla tego świadczeniodawcy w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym, jeżeli przyczyni się to do racjonalizacji struktury udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze, w szczególności przez ich koncentrację przy zapewnieniu odpowiedniego dostępu do tych świadczeń. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia dokonuje zmian w tym wykazie.

3. Na wniosek świadczeniodawcy Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia może dokonać w umowie, o której mowa w art. 159a ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym, zmiany polegającej na zastąpieniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w izbie przyjęć na udzielanie tych świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym albo zastąpieniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnym oddziale ratunkowym na udzielanie tych świadczeń w izbie przyjęć. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia dokonuje zmian w tym wykazie.

Art. 9. Do postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy art. 142, art. 149, art. 151, art. 153 i art. 154 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym.

Art. 10. Programy naprawcze, o których mowa w art. 59 ust. 4 ustawy zmienianej w art. 2, w brzmieniu dotychczasowym, zatwierdzone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy realizuje się na podstawie dotychczasowych przepisów.

Art. 11. Przepisy art. 88a i art. 88b ustawy zmienianej w art. 2 stosuje się po raz pierwszy do sprawozdań finansowych spółek kapitałowych za 2024 r., a w przypadku gdy rok obrotowy nie pokrywa się z kalendarzowym – do sprawozdań finansowych sporządzanych dla roku obrotowego upływającego w 2025 r.

Art. 12. 1. Do dnia 31 grudnia 2025 r. karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w ustawie zmienianej w art. 4, wystawiana i obsługiwana jest na podstawie przepisów w brzmieniu dotychczasowym, albo w postaci elektronicznej.

2. Od dnia 1 stycznia 2026 r. karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w ustawie zmienianej w art. 4, jest wystawiana i obsługiwana wyłącznie w postaci elektronicznej.

3. Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 39 ustawy zmienianej w art. 4, wystawiana i obsługiwana na podstawie przepisów w brzmieniu dotychczasowym, i nie zamknięta przed dniem 1 stycznia 2026 r. jest obsługiwana po tym dniu aż do jej zamknięcia. Do tej karty stosuje się przepisy ustawy zmienianej w art. 4, w brzmieniu dotychczasowym.

4. W przypadku karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w ustawie zmienianej w art. 4, wystawionej na podstawie przepisów w brzmieniu dotychczasowym przed dniem 1 stycznia 2026 r., pacjent zamierzający skorzystać z diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego pozostawia tę kartę u świadczeniodawcy, u którego ta diagnostyka lub to leczenie będą wykonywane.

5. Karty diagnostyki i leczenia onkologicznego wystawione na podstawie przepisów w brzmieniu dotychczasowym, są obsługiwane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a karty diagnostyki i leczenia onkologicznego wystawione w wersji elektronicznej, są obsługiwane przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia.

Art. 13. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM,
LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

Władysław Puzoń

Dyrektor Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia
/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

UZASADNIENIE

Projekt ustawy zakłada dokonanie nowelizacji w:

- I. ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
- II. ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”;
- III. ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 2465), zwanej dalej „ustawą o systemie informacji”;
- IV. ustawie z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1208), zwanej dalej „ustawą o KSO”.

I. Zmiany w ustawie o świadczeniach:

Proponowana nowelizacja ustawy o świadczeniach wprowadza szereg istotnych zmian w zakresie organizacji i funkcjonowania systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „PSZ”, działającego od dnia 1 października 2017 r.

Z analizy przeprowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że reforma kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w szpitalach, przeprowadzona w 2017 r. nie przyniosła zadowalających rezultatów w zakresie takich parametrów jak:

- 1) dostępność do świadczeń;
- 2) racjonalizacja piramidy świadczeń;
- 3) koncentracja świadczeń.

Ad 1. W ramach powyższej analizy przeanalizowano wskaźnik potencjału likwidacji kolejki (tj. iloraz liczby osób oczekujących i liczby świadczeń) w poszczególnych kwartałach. Uwzględniono pięć najdłuższych list oczekujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej i tyle samo list do oddziałów szpitalnych. Na koniec 2017 r. omawiany wskaźnik wynosił 1,46, podczas gdy na koniec 2023 r. osiągnął wartość 1,40, co wskazuje na jedynie niewielką poprawę sytuacji.

Ad 2. Zarówno liczba jak i wartość świadczeń udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przez świadczeniodawców działających w PSZ w latach 2017–2023 odnotowały wzrosty. Liczba udzielonych świadczeń wynosiła: 33,83 mln w 2017 r., 34,17 mln w 2019 r., 31,13 mln w 2021 r. i 36,7 w 2023 r. W ciągu siedmiu lat działania PSZ liczba

świadczeń zrealizowanych w trybie ambulatoryjnym, przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do tego systemu, wzrosła zatem o ok. 8%.

Jednocześnie analiza świadczeń sprawozdanych w ramach profilu chirurgia ogólna na oddziałach całodobowych wykazała, że ponad 68% hospitalizacji możliwych było do rozliczenia jako świadczenia w ramach chirurgii jednego dnia – to znaczy bez konieczności zapewnienia całodobowego dostępu do bloku operacyjnego, w ramach ustalonego harmonogramu.

Ad 3. Liczba porodów odebranych w latach 2017, 2019 i 2023 wyniosła odpowiednio: 393 tys., 366 tys. i 266 tys. Liczba szpitali, w których odebrano porody, zmniejszyła się z 397 w 2017 r. do 332 w 2023 r. Liczba świadczeniodawców wykonujących powyżej 400 porodów rocznie wyniosła 320 w 2017 r. i 221 w 2023 r. Odsetek porodów sprawozdanych w miejscach, w których sprawozdano poniżej 400 porodów, wyniósł w 2023 r. niemal 11%, co oznacza, iż w dalszym ciągu utrzymuje się znaczna liczba oddziałów położniczych, w których liczba porodów nie spełnia wytycznych konsultantów krajowych w dziedzinie położnictwa i neonatologii. W latach 2017–2023 liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu chirurgii ogólnej wynosiła: 598 w 2017 r., 538 w 2019 r. i 531 w 2023 r. Udziałem świadczeń zabiegowych (operatywą) powyżej 60% charakteryzowało się we wskazanych latach odpowiednio 476, 451 i 478 jednostek. Udział hospitalizacji zachowawczych wśród wszystkich hospitalizacji w ramach zakresów chirurgii ogólnej w 2023 r. wyniósł 25%, co oznacza wzrost o kilka punktów procentowych w omawianym okresie.

Podstawowymi celami proponowanych zmian w przepisach regulujących funkcjonowanie PSZ są:

- 1) koncentracja świadczeń służąca poprawie wyników leczenia;
- 2) racjonalizacja kosztów prowadzonej działalności podmiotów leczniczych oraz
- 3) racjonalizacja wydatków po stronie płatnika – Narodowego Funduszu Zdrowia.

Najistotniejsza zmiana w strukturze PSZ polega na rezygnacji z definiowania 6 poziomów systemu i zaszeregowania świadczeniodawców do jednego z tych poziomów. Dotychczasowy model, oparty na bardzo skomplikowanych i mało przejrzystych kryteriach, nie niósł ze sobą żadnej istotnej wartości dodanej, wprowadzając jednocześnie pewnego rodzaju dezorientację, polegającą na tym, iż zaszeregowanie do jednego z sześciu poziomów PSZ w powszechnej świadomości było często postrzegane jako rodzaj poziomu referencyjnego, nie mając w rzeczywistości takiego charakteru. Ponadto, stworzenie ścisłych kryteriów, opartych na pełnej strukturze szpitala pomija jednostki wysokospecjalistyczne i jednocześnie „monoprofilowe”, które by utrzymać kwalifikację do sieci, zmuszane są do nieuzasadnionego potrzebami

zdrowotnymi lub czynnikami ekonomicznymi, tworzenia lub utrzymywania w danym podmiocie leczniczym struktury organizacyjnej obejmującej inne profile kwalifikujące albo przystępowania do nadzwyczajnego trybu kwalifikacji świadczeniodawcy. Powyższe komplikuje system, który powinien być prosty i jednoznaczny dla pacjentów. Stąd też w projektowanej ustawie zaproponowano kwalifikowanie do PSZ, bez wyodrębniania poziomów zabezpieczenia, wszystkich świadczeniodawców posiadających co najmniej jeden tzw. profil kwalifikujący.

Za profil kwalifikujący proponuje się uznanie wszystkich profili w zakresie leczenia szpitalnego, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, realizowanych przez danego świadczeniodawcę na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie pełne lata kalendarzowe, w trybie hospitalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie ww. art. 31d, z wyłączeniem hospitalizacji planowej.

Kwalifikacji świadczeniodawców do PSZ, na terenie danego województwa, będzie dokonywał właściwy wojewoda, na podstawie opinii zespołu złożonego z przedstawicieli: podmiotów tworzących oraz podmiotów leczniczych działających na terenie województwa, dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, wojewody i właściwego konsultanta wojewódzkiego albo krajowego, kierując się m.in. potrzebą właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, określaną w szczególności w oparciu o mapę potrzeb zdrowotnych oraz krajowy i wojewódzki plan transformacji, oraz biorąc pod uwagę możliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sposób zapewniający wysoką jakość tych świadczeń i bezpieczeństwo świadczeniobiorców. Za udział w posiedzeniach zespołu działającego przy wojewodzie nie będzie przysługiwało wynagrodzenie. Tak ustalony wykaz zakwalifikowanych do PSZ świadczeniodawców będzie zatwierdzany przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Należy podkreślić, że w dalszym ciągu, również w odniesieniu do zakresu leczenia szpitalnego, pozostaną w mocy regulacje przewidujące możliwość zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursowym i rokowań, co oznacza, iż niezakwalifikowanie do PSZ danych oddziałów szpitalnych nie wiąże się z ryzykiem powstania tzw. „białych plam”. W przypadku stwierdzenia niedostatecznego zabezpieczenia określonych świadczeń szpitalnych na danym obszarze, w tym np. świadczeń w zakresie opieki okołoporodowej, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia będą ogłaszać postępowania o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Istotną zmianą proponowaną w projekcie jest również uproszczenie i złączenie regulacji dotyczących włączania do zakresu umowy realizowanej w ramach PSZ, obok świadczeń w ramach profili kwalifikujących, również dodatkowych rodzajów świadczeń, tj. świadczeń:

- 1) realizowanych w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć;
- 2) z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii lub anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci;
- 3) z zakresu chemioterapii lub chemioterapii – tryb leczenia jednego dnia;
- 4) z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych;
- 5) z zakresu rehabilitacji leczniczej, realizowanych w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych;
- 6) z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanych w odpowiednich poradniach przyszpitalnych;
- 7) w ramach programów lekowych;
- 8) objętych kompleksową opieką zdrowotną, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach.

W odniesieniu do świadczeń wymienionych w pkt 1–4 warunkiem ich udzielania w PSZ będzie posiadanie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia obejmującej udzielanie takich świadczeń, ważnej w dniu kwalifikacji, natomiast w odniesieniu do świadczeń z zakresu rehabilitacji – posiadanie umowy obejmującej udzielanie takich świadczeń, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie pełne lata kalendarzowe.

W przypadku świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zachowano warunek, iż w ramach PSZ mogą być udzielane tylko porady specjalistyczne odpowiadające profilom kwalifikującym albo wskazanym dodatkowym rodzajom świadczeń, realizowanym przez świadczeniodawcę w tym systemie, zgodnie z regułami określonymi w przewidzianym do wydania na podstawie art. 95m ust. 10 ustawy o świadczeniach rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia. Natomiast zrezygnowano z dotychczasowego warunku posiadania wcześniejszej umowy na dany zakres świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, co pozwoli na udzielanie omawianych świadczeń wszystkim podmiotom posiadającym odpowiedni profil szpitalny, jeżeli zdecydują się na organizację poradni. Takie rozwiązanie powinno poprawić dostępność specjalistycznych świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym, a co za tym idzie przyczynić się także do racjonalizacji wydatków na opiekę zdrowotną.

W odniesieniu do świadczeń wymienionych w ww. pkt 7 i 8 nie wprowadzono żadnego warunku. Natomiast, co oczywiste, w przypadku wszystkich dodatkowych rodzajów świadczeń dla ich objęcia umową realizowaną w ramach PSZ, tak jak dotychczas, konieczne będzie spełnienie przez świadczeniodawcę warunków realizacji świadczeń określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

W art. 95n ustawy o świadczeniach, określającym tryb kwalifikacji do PSZ, usunięto przepisy przewidujące nadzwyczajny tryb kwalifikacji świadczeniodawcy niespełniającego wszystkich warunków kwalifikacji, po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia. Pozostałe dostosowania wprowadzone w tym artykule są bezpośrednią konsekwencją omówionych wyżej zmian w zakresie zasad kwalifikacji oraz struktury PSZ.

Zmieniony art. 132b ustawy o świadczeniach odzwierciedla proponowany nowy model kontraktowania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach PSZ. Zgodnie z ust. 1 świadczenia te będą obligatoryjnie udzielane przez wszystkie szpitale udzielające świadczeń w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego. Natomiast zgodnie z ust. 2 wszystkie pozostałe szpitale zakwalifikowane do omawianego systemu, udzielające świadczeń opieki zdrowotnej w izbie przyjęć, będą mogły udzielać tych świadczeń, w ramach PSZ, w przypadku uwzględnienia odpowiedniego wniosku przez Prezesa Funduszu. W ust. 3 wprowadzono specjalne rozwiązanie dla szpitali pediatrycznych (tj. realizujących co najmniej dwie trzecie profili dziecięcych w ogólnej liczbie profili systemu zabezpieczenia), dające tym podmiotom możliwość udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wyłącznie dzieciom. Takie rozwiązanie odpowiada wyrażanym od dawna oczekiwaniom tej grupy świadczeniodawców. Ponadto w ust. 4 powtórzono normę wyrażoną w ust. 2 dotychczasowej redakcji omawianego artykułu, przewidującą, iż w przypadku braku odpowiedniego zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców działających w ramach PSZ, mogą zostać zawarte dodatkowe umowy na realizację tych świadczeń, po przeprowadzeniu konkursów ofert lub rokowań.

Proponowana zmiana w art. 31lb ust. 3 ustawy o świadczeniach przewiduje dodanie jako elementu raportu taryfikacyjnego, czyli analiz branych pod uwagę przy kształtowaniu taryfy świadczeń, analizy wpływu taryfy na strukturę realizacji świadczeń, ze szczególnym uwzględnieniem zwiększenia udziału świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym. Agencja Oceny Technologii Medycyny i Taryfikacji, opracowując taryfę dla świadczenia, którego realizacja możliwa jest w trybie ambulatoryjnym, będzie zobowiązana do przeanalizowania wpływu nowej taryfy na racjonalizację leczenia oraz alokację środków publicznych, przez przeniesienie ciężaru realizacji świadczeń z poziomu lecznictwa

szpitalnego na poziom ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej.

W związku z wprowadzanymi zmianami dotyczącymi programów naprawczych podmiotów leczniczych w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz niektórych spółek kapitałach, w art. 31n ustawy o świadczeniach proponuje się rozszerzenie katalogu zadań realizowanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji o prowadzenie analiz dotyczących sytuacji ekonomiczno-finansowej i jakości zarządzania ww. podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących ww. programów naprawczych.

Jednocześnie w art. 31lc ustawy o świadczeniach wprowadzono zmiany, w celu umożliwienia Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji uzyskiwania od świadczeniodawców odpowiednich danych niezbędnych dla prowadzenia takich analiz.

Proponowana zmiana w art. 57 ust. 2 ustawy o świadczeniach jest związana z planowanym wprowadzeniem nowego świadczenia gwarantowanego w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w postaci porady optometrysty, dla którego wymóg skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego nie znajduje uzasadnienia. Ponadto katalog świadczeń specjalistycznych udzielanych bez skierowania poszerzono o poradę psychologa. Za takim rozwiązaniem przemawia w szczególności to, że skierowanie nie jest już obecnie wymagane m. in. w celu uzyskania porady psychiatry.

Proponowane zmiany art. 136 i art. 139a ustawy o świadczeniach polegają na doprecyzowaniu tych przepisów, przez dodanie zastrzeżenia, że wymóg przedstawienia pozytywnej opinii w sprawie oceny inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy o świadczeniach, nie ma zastosowania, jeżeli świadczeniodawca złożył oświadczenie, że w okresie ostatnich 5 lat nie uzyskał decyzji o pozwoleniu na użytkowanie ani nie przystąpił do użytkowania inwestycji, w przypadku której wydaje się taką opinię, z której wykorzystaniem mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte postępowaniem albo są udzielane świadczenia, których dotyczy zwiększenie kwoty zobowiązania. Przy obecnym kształcie omawianych przepisów zawarte w nich wymogi są w praktyce trudne do wyegzekwowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia, na co wskazała również uwagę Najwyższa Izba Kontroli w wystąpieniu pokontrolnym P/23/046 – *System oceny inwestycji w ochronie zdrowia*. Nakładają one bowiem obowiązek badania każdorazowo, czy świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo o zwiększenie kwoty zobowiązania w ramach istniejącej umowy (co dotyczy w szczególności umów realizowanych w PSZ) posiada ważną pozytywną decyzję w sprawie oceny inwestycji, nie dając mu

jednocześnie żadnych narzędzi do ustalenia, czy świadczeniodawca w ogóle przeprowadził inwestycję objętą wymogiem uzyskiwania takiej opinii. Oczywistym jest, iż zamiarem ustawodawcy było uzależnienie możliwości przystąpienia do postępowania albo zwiększenia kwoty zobowiązania od posiadania pozytywnej opinii w sprawie oceny inwestycji tylko w odniesieniu do inwestycji spełniających kryteria określone w art. 95d ust. 1 ustawy o świadczeniach, a nie jakiegokolwiek inwestycji mającej związek z realizacją świadczeń będących przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umowy lub wniosku o zwiększenie kwoty zobowiązania. Stąd konieczne jest uzupełnienie omawianych przepisów o zastrzeżenie, że zawarty w nich wymóg przedkładania opinii w sprawie oceny inwestycji nie ma zastosowania w przypadku złożenia przez świadczeniodawców odpowiedniego oświadczenia, potwierdzającego bezprzedmiotowość takiego wymogu.

Proponuje się zmianę w art. 142 ustawy o świadczeniach w sposób umożliwiający przeprowadzenie konkursu ofert, w tym przekazywanie i otwarcie ofert przy wykorzystaniu systemów teleinformatycznych i rezygnacji w takim przypadku z obowiązku publicznego otwarcia ofert. Odejście od jawnego otwarcia ofert w przypadku przeprowadzania konkursu w formie elektronicznej jest uzasadnione bowiem zgodnie z proponowanym art. 142 ust. 4a systemy teleinformatyczne zapewniają automatyzację procesu otwarcia ofert. Dlatego też możliwość ewentualnego ingerowania w treść ofert czy to przez zamawiającego, czy też przez osoby trzecie, jest znacznie ograniczona i łatwa do wykrycia. Jednocześnie w przypadku przeprowadzenia konkursu bez wykorzystania tych środków zastosowanie będą miały przepisy art. 142 ust. 2 i 3, tj. otwarcie ofert przy udziale oferentów. Zmiany wprowadzane w art. 151, art. 153 i art. 154 ustawy o świadczeniach stanowią dostosowania będące konsekwencją elektronizacji postępowań w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W nowej redakcji art. 159a ustawy o świadczeniach, poza zmianami wynikającymi z nowej struktury PSZ, wprowadzono nowe rozwiązania dotyczące możliwych modyfikacji treści umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ, w trakcie okresu kwalifikacji.

W zmienianym art. 159a ust. 3 ustawy o świadczeniach wprowadzono możliwość dokonania w tej umowie, na wniosek świadczeniodawcy, zmiany polegającej na wykreśleniu danych profili kwalifikujących (czyli profili realizowanych w trybie pełnej hospitalizacji) i jednocześnie zawarcia ze świadczeniodawcą umowy obejmującej udzielanie świadczeń w ramach tych profili, realizowanych w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia. Umowa ta, na wniosek świadczeniodawcy, obejmowałaby ponadto również udzielanie

świadczeń w ramach odpowiednich poradni przyszpitalnych i programów lekowych. Takie rozwiązanie służyć będzie racjonalizacji struktury świadczeniodawców lecznictwa szpitalnego, w szczególności sprzyjając rozwojowi procedur jednodniowych. Nie będzie ono w żaden sposób naruszało zasad konkurencyjności w ramach postępowań konkursowych, mając na uwadze, iż każdy świadczeniodawca spełniający warunki dla udzielania świadczeń w ramach pełnych profili szpitalnych spełnia również warunki wymagane dla realizacji tożsamy zakresów świadczeń w trybie hospitalizacji planowej lub leczenia jednego dnia. Rozwiązanie to będzie możliwe w przypadku, gdy pozostanie zapewniony odpowiedni dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej na danym terenie, za zgodą Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Natomiast w zmienianym art. 159a ust. 4 ustawy o świadczeniach przewidziano możliwość wprowadzenia, na wniosek świadczeniodawcy, zmiany umowy polegającej na wykreśleniu danego profilu lub rodzaju świadczeń, jeżeli przyczyni się to do racjonalizacji struktury terytorialnej udzielania danych świadczeń opieki zdrowotnej poprzez ich konsolidację, przy zapewnieniu odpowiedniego dostępu do tych świadczeń. Takie rozwiązanie pozwoli na lepsze zarządzanie profilami PSZ przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia w celu optymalnego dostosowania ich struktury do potrzeb zdrowotnych na danym obszarze zabezpieczenia, a jednocześnie będzie wychodzić naprzeciw oczekiwaniom świadczeniodawców dążących do optymalizacji struktury swoich zakładów leczniczych. Pozwoli to na lepsze zagospodarowanie zasobów ochrony zdrowia na danym obszarze poprzez konsolidację udzielania świadczeń, przy jednoczesnym zapewnieniu ich odpowiedniej dostępności.

Z kolei w zmienianym art. 159a ust. 5 ustawy o świadczeniach wprowadzono możliwość dokonania w umowie, na wniosek świadczeniodawcy, zmiany polegającej na zastąpieniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnej izbie przyjęć na udzielanie świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym albo zastąpieniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnym oddziale ratunkowym na udzielanie świadczeń w szpitalnej izbie przyjęć, co stanowi kolejne rozwiązanie sprzyjające optymalizacji wykorzystania zasobów ochrony zdrowia na danym obszarze.

Zmiany w organizacji i funkcjonowaniu PSZ służą realizacji kamienia milowego D1G Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, w odniesieniu do zapisu: „restrukturyzacja sektora szpitali poprzez konsolidację lub przeprofilowanie lub zmianę zakresu i struktury usług opieki zdrowotnej świadczonych przez szpitale (...) a także odpowiednią aktualizację sieci szpitali”. Jednocześnie zmiana wprowadzana w art. 311b ustawy o świadczeniach służy realizacji zapisu kamienia milowego: „podstawy do działań na rzecz

racjonalizacji piramidy opieki zdrowotnej poprzez przesunięcie niektórych świadczeń zdrowotnych na niższe poziomy opieki”.

II. Zmiany w ustawie o działalności leczniczej

W aktualnym stanie prawnym podmiotami tworzącymi dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej mogą być jednostki samorządu terytorialnego. Natomiast nie mogą nimi być związki jednostek samorządu terytorialnego, co utrudnia konsolidację tych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz uniemożliwia efektywne wykorzystanie zasobów ludzkich i materialnych. Projekt ustawy przewiduje możliwość tworzenia i prowadzenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (a także podmiotów leczniczych w formie spółek kapitałowych i jednostek budżetowych) również przez związki jednostek samorządu terytorialnego, jako podmioty tworzące. Dzięki temu rozwiązaniu jednostki samorządu będą mogły łączyć samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, co umożliwi tworzenie większych i bardziej efektywnych podmiotów leczniczych. W celu usprawnienia i ułatwienia procesu przejmowania przez związek jednostek samorządu terytorialnego uprawnień i obowiązków podmiotu tworzącego od ww. jednostek tworzących ww. związek zaproponowano, aby statut związku uwzględniał i regulował kwestie związane ze zmianą podmiotu tworzącego, o których mowa w art. 67b zmienianej ustawy.

Aktualnie obowiązujące regulacje dotyczące sporządzania przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej programów naprawczych, w przypadku wystąpienia straty netto, są ogólne i niewystarczające. Z tego powodu programy te nie spełniają swojej roli, tj. nie pozwalają na skuteczną restrukturyzację podmiotu i podejmowanie adekwatnych do sytuacji działań naprawczych. Z uwagi na powyższe konieczne jest skorygowanie i doprecyzowanie tych przepisów. Proponowane przepisy zakładają, że sporządzenie programu naprawczego, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, ekonomiczne, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych.

Program naprawczy ma uwzględniać obowiązek dostosowania działalności samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej do regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych. Program naprawczy będzie zawierał m.in:

- 1) wyniki analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania szpitalem, analizy ekonomiczne, analizy jakościowe, analizy operacyjne, analizę działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych podmiotu;

- 2) sprawozdanie finansowe, o którym mowa w art. 45 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości;
- 3) ocenę dostosowania działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na dzień sporządzenia planu, do mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy o świadczeniach, lub do krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1 tej ustawy lub do wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 tej ustawy, a w przypadku, gdy jego działalność jest niedostosowana do tej mapy lub do tych planów – także planowane działania dostosowawcze;
- 4) propozycje współpracy z innymi podmiotami leczniczymi oraz zakres tej współpracy, w tym dotyczące koncentracji zasobów ludzkich, infrastruktury, oraz realizacji świadczeń zdrowotnych i połączenia z innymi podmiotami leczniczymi według stanu na dzień sporządzenia planu naprawczego, jeżeli są przewidywane;
- 5) planowane działania mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 6) planowane działania mające na celu poprawę efektywności zarządzania, w szczególności działania służące podniesieniu wiedzy i kompetencji kadry zarządzającej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z zakresu zarządzania, procesów naprawczych i procesów restrukturyzacyjnych w podmiotach leczniczych;
- 7) planowane do wdrożenia działania optymalizacyjne mające na celu poprawę sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz prognozy przychodowe;
- 8) wskaźniki rezultatu dotyczące działań określonych w ww. pkt 4–7;
- 9) informację o elementach struktury organizacyjnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w szczególności o komórkach organizacyjnych, jednostkach organizacyjnych i zakładach leczniczych, będących przedmiotem działań naprawczych;
- 10) oznaczenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej;
- 11) datę jego sporządzenia;
- 12) podpis kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Program naprawczy będzie przekazywany:

- 1) dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia celem zajęcia stanowiska w zakresie oceny przedstawionych w programie prognoz przychodowych oraz związanych z tym działań dotyczących świadczeń finansowanych ze środków publicznych (w przypadku, gdy podmiot udziela świadczeń zdrowotnych na terenie więcej, niż jednego

województwa, kierownik przekazuje program naprawczy do każdego dyrektora oddziału, na terenie którego udziela tych świadczeń);

- 2) wojewodzie właściwemu ze względu na miejsca udzielania świadczeń przez podmiot celem zajęcia stanowiska w zakresie oceny dostosowania działalności podmiotu do regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych oraz związanych z tym działań dostosowawczych;
- 3) podmiotowi tworzącemu – do zatwierdzenia w terminie 3 miesięcy od otrzymania.

Program naprawczy będzie mógł zostać zmieniony – uwzględniając stanowiska dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz wojewody.

Doszczegółowienie procesu przygotowywania programu naprawczego oraz enumeratywne wskazanie poszczególnych obligatoryjnych jego elementów, jak również sformalizowanie procedury opiniowania i zatwierdzania spowoduje, że programy te będą przygotowywane w sposób rzetelny, poprzedzony szeroką wszechstronną analizą w zakresie efektywności funkcjonowania i zarządzania, a także ekonomiczną, jakościową, operacyjną, działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Analogiczne zasady dotyczące obowiązku sporządzenia programu naprawczego przewidziano również dla podmiotu leczniczego prowadzonego w formie spółki kapitałowej, w której wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51 % kapitału zakładowego spółki, a w przypadku prostej spółki akcyjnej liczba akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51 % ogólnej liczby akcji tej spółki, oraz gdy Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego, lub uczelnia medyczna dysponuje bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo walnym zgromadzeniu. Z uwagi na to, że projektowane przepisy dotyczą wyłącznie straty netto nie ma tutaj kolizji z innymi instrumentami prawnymi, które dotyczą zagrożenia niewypłacalnością ww. spółki kapitałowej albo niewypłacalności tej spółki. Upadłość ogłasza się bowiem w stosunku do dłużnika, który stał się niewypłacalny, a postępowanie restrukturyzacyjne może być prowadzone wobec dłużnika niewypłacalnego lub zagrożonego niewypłacalnością.

Proponowane zmiany w ustawie o działalności leczniczej służą realizacji kamienia milowego D1G Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, w odniesieniu do zapisów: „restrukturyzacja sektora szpitali poprzez konsolidację” oraz: „wzmocnienie systemu

nadzoru nad szpitalami, wzmocnienie kadry zarządzającej oraz zachęcanie do stosowania nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w opiece zdrowotnej”.

III i IV. Zmiany w ustawie o systemie informacji oraz ustawie o KSO

Zmiany w ustawie o KSO umożliwią wystawianie i obsługiwanie elektronicznej karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DILO). W projekcie przewidziano również możliwość wystawiania karty DILO w wersji papierowej do czasu pełnego wdrożenia karty DILO w wersji elektronicznej. Okres przejściowy dla funkcjonowania wersji papierowej i elektronicznej został określony do dnia 31 grudnia 2025 r. Od dnia 1 stycznia 2026 r. karta diagnostyki i leczenia onkologicznego może być wystawiana i obsługiwana wyłącznie w wersji elektronicznej. Karty DILO wystawione w wersji papierowej i nie zamknięte przed dniem 1 stycznia 2026 r. będą mogły być dalej obsługiwane aż do zamknięcia karty DILO.

W ustawie o systemie informacji w dodaje się przepisy umożliwiające generowanie i obsługę karty DILO z Systemu Krajowej Sieci Onkologicznej. Ponadto doprecyzowano w art. 35 ust. 1 ustawy o systemie informacji zakres dostępu do danych osobowych lub jednostkowych danych medycznych usługobiorców, przetwarzanych w systemie teleinformatycznym.

Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe

W art. 5 projektu zawarto przepis nakazujący stosowanie nowych przepisów do postępowań w sprawie określenia taryfy świadczeń w danym zakresie lub rodzaju, wszczętych i niezakończonych do dnia wejścia w życie projektowanej ustawy.

Regulacja proponowana w art. 6 projektu ma na celu umożliwienie wszystkim świadczeniodawcom realizującym w ramach PSZ określony profil świadczeń, który nie zostałyby objęty kwalifikacją na nowych zasadach, kontynuację udzielania świadczeń w ramach takiego profilu w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia, na okres obowiązywania kolejnego wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do PSZ. Na wniosek świadczeniodawcy odpowiednia umowa obejmowałaby ponadto również udzielanie świadczeń w ramach odpowiadających profilom poradni przyszpitalnych i programów lekowych.

W art. 7 projektu zawarto regulację przejściową, stanowiącą, iż do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach dotychczas funkcjonującego PSZ do dnia 30 czerwca 2027 r., a więc do ostatniego dnia obowiązywania aktualnych wykazów

świadczeniodawców zakwalifikowanych do PSZ, stosowane będą dotychczasowe przepisy regulujące funkcjonowanie tego systemu.

Regulacja wprowadzona w art. 8 projektu zawiera rozwiązania analogiczne do zawartych w ust. 3–5 projektowego zmienionego art. 159a ustawy o świadczeniach. Celem tego przepisu jest umożliwienie wprowadzenie odpowiednich zmian w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ również w okresie obowiązywania obecnego okresu kwalifikacji do PSZ, na dotychczasowych zasadach.

Z kolei art. 9 zawiera regulację przejściową stanowiącą o niestosowaniu wprowadzanych przepisów dotyczących elektronicznej postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do postępowania znajdujących się w toku, w chwili wejścia w życie projektowanej ustawy.

Natomiast w art. 10 zawarto regulację przejściową stanowiącą o stosowaniu dotychczasowych przepisów w odniesieniu do programów naprawczych, które zostały zatwierdzone przed dniem wejścia w życie projektowanej ustawy i będą się znajdowały w trakcie realizacji.

W art. 11 z kolei zawarto regulację przejściową, zgodnie z którą obowiązek sporządzenia programu naprawczego dla podmiotów leczniczych prowadzonych w formie spółki kapitałowej, w której wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51 % kapitału zakładowego spółki, a w przypadku prostej spółki akcyjnej liczba akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51 % ogólnej liczby akcji tej spółki, oraz gdy Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego, lub uczelnia medyczna dysponuje bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo walnym zgromadzeniu, po raz pierwszy będzie miał zastosowanie do sprawozdań finansowych za 2024 r., a w przypadku gdy rok obrotowy nie pokrywa się z kalendarzowym – do sprawozdań finansowych sporządzanych dla roku obrotowego upływającego w 2025 r.

Natomiast w art. 12 zawarto regulacje przejściowe dotyczące wystawiania i obsługi kart DILO w wersji papierowej i elektronicznej do czasu pełnego wdrożenia karty e-DILO. Okres przejściowy dla funkcjonowania wersji papierowej i elektronicznej został określony do dnia 31 grudnia 2025 r. Od dnia 1 stycznia 2026 r. karta DILO może być wystawiana i obsługiwana wyłącznie w wersji elektronicznej w ramach systemu Krajowej Sieci Onkologicznej. Karty

DILO wystawione w wersji papierowej i niezamknięte przed dniem 1 stycznia 2026 r. będą mogły być dalej prowadzone, na dotychczasowych zasadach, aż do zamknięcia danej karty.

Projektowana ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Deklaracje i oświadczenia projektodawcy

Projekt ustawy nie ma wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców i jednocześnie może wywrzeć pozytywny wpływ na działalność podmiotów leczniczych należących do sektora średnich przedsiębiorców.

W ocenie projektodawcy projekt ustawy jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych, a zatem nie podlega notyfikacji, zgodnie z trybem przewidzianym w przepisach rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.).

Projekt ustawy nie wymaga przedłożenia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projekt ustawy nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 lub art. 39 ust. 4 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projekt ustawy nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny skutków ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanej ustawy środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.