Uzasadnienie

Projekt ustawy zakłada dokonanie nowelizacji w:

1. 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”;
2. ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”.

I. Zmiany w ustawie o świadczeniach w zakresie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (art. 1 projektu ustawy):

Proponowana nowelizacja ustawy o świadczeniach, w pierwszej kolejności, wprowadza zmiany 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, zwany dalej „NFZ”, wynika, że reforma zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych 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.

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 2024 r. osiągnął wartość 1,41, co wskazuje na jedynie niewielką poprawę sytuacji.

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 39,5 w 2024 r. W okresie siedmiu lat działania PSZ liczba świadczeń zrealizowanych w trybie ambulatoryjnym, przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do tego systemu, wzrosła zatem o ok. 10%.

Jednocześnie analiza świadczeń sprawozdanych w ramach profilu chirurgia ogólna na oddziałach całodobowych wykazała, że ponad 67% 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.

Aktualne regulacje nie przewidują możliwości bieżącego dostosowywania struktury działalności leczniczej świadczeniodawców w ramach PSZ do zmieniających się lokalnych potrzeb zdrowotnych a także do zasobów, w tym w szczególności kadrowych, jakimi dysponują podmioty lecznicze. W związku z powyższym proponuje się wprowadzenie następujących rozwiązań uelastyczniających działanie PSZ.

W dodanym ust. 4 w art. 159a ustawy o świadczeniach wprowadzono nowe rozwiązanie dotyczące możliwych modyfikacji treści umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ, w trakcie okresu kwalifikacji, wprowadzając możliwość dokonania w tej umowie, na wniosek świadczeniodawcy, zmiany polegającej na wykreśleniu danych profili systemu zabezpieczenia, warunkując to racjonalizacją struktury udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze, w szczególności przez ich konsolidację, przy zapewnieniu odpowiedniego dostępu do tych świadczeń.

 Jednocześnie w art. 159a ust. 5 ustawy o świadczeniach przewidziano możliwość zawarcia ze świadczeniodawcą umowy obejmującej udzielanie świadczeń w ramach tych profili, realizowanych w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia, która 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 tożsamych 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 NFZ wyrażaną w ramach procedury zawierania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której stroną jest NFZ. Przewidziano również możliwość zawarcia umowy obejmującej udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki długoterminowej w trybie stacjonarnym, na okres do końca obowiązywania wykazu, jeżeli jest to zgodne ze sporządzonym przez świadczeniodawcę programem naprawczym, zatwierdzonym przez organ tworzący. Powyższe rozwiązanie ma ułatwić proces przekształcania oddziałów szpitalnych i dostosowywania struktury zakładu leczniczego do zwiększających się potrzeb zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej.

Podejmując decyzje w sprawie wyrażenia zgody na rezygnację z realizacji udzielania świadczeń w ramach danego profilu zabezpieczenia, Prezes NFZ powinien kierować się potrzebą właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności z odwołaniem do mapy potrzeb zdrowotnych oraz krajowego i odpowiedniego wojewódzkiego planu transformacji.

Powyższe 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”.

Pozostałe zmiany w ustawie o świadczeniach

W art. 15 ustawy o świadczeniach proponuje się dodanie w ust. 2 przepisu pkt 2a wprowadzającego nową kategorię świadczeń gwarantowanych w postaci świadczeń udzielanych w powiatowym centrum zdrowia, przy czym powiatowe centrum zdrowia nie jest tutaj rozumiane jako jednostka lub komórka organizacyjna podmiotu leczniczego, ale jako forma organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i jednocześnie nowy zakres tych świadczeń. Świadczenia te, obejmujące przede wszystkim świadczenia specjalistyczne w zakresie chirurgii ogólnej i chorób wewnętrznych, udzielane w trybie całodobowym oraz transport sanitarny, zostaną szczegółowo określone w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach. Celem świadczeń gwarantowanych w powiatowym centrum zdrowia będzie zabezpieczenie świadczeniobiorców z tych powiatów, w których nie ma zlokalizowanych szpitali, w dostęp do podstawowych świadczeń chirurgicznych, w szczególności drobnych zabiegów niewymagających znieczulenia ogólnego, a także zapewnienie konsultacji lekarza chorób wewnętrznych i łóżek obserwacyjnych zapewniających opiekę w przypadku poddania pacjenta kilkugodzinnej obserwacji. Dodatkowo powiatowe centrum zdrowia będzie dysponowało transportem sanitarnym umożliwiającym przekazanie pacjenta do szpitala w przypadku konieczności kontynuacji leczenia na wyższym poziomie.

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. Tym samym Agencja Oceny Technologii Medyczny i Taryfikacji, zwana dalej „Agencją”, opracowując taryfę dla świadczenia, którego realizacja jest możliwa 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. Przedmiotowa zmiana służy realizacji zapisu kamienia milowego D1G Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, w odniesieniu do zapisu: „podstawy do działań na rzecz racjonalizacji piramidy opieki zdrowotnej poprzez przesunięcie niektórych świadczeń zdrowotnych na niższe poziomy opieki”.

W art. 31n ustawy o świadczeniach proponuje się rozszerzenie katalogu zadań realizowanych przez Agencję o prowadzenie – na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia – analiz dotyczących programów naprawczych oraz ich realizacji, w tym sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów leczniczych i jakości zarządzania tymi podmiotami oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, co ma związek z wprowadzeniem odpowiednich szczegółowych regulacji dotyczących tego zadania w ustawie o działalności leczniczej.

Jednocześnie w związku z powierzeniem Agencji powyższego zadania w projektowanym art. 31ld ustawy o świadczeniach określono katalog danych jakie Agencja będzie mogła przetwarzać i pozyskiwać od podmiotów leczniczych, NFZ i Centrum e-Zdrowia. Tymi danymi są dane, o których mowa w art. 23 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302, z późn. zm.), dotyczące podmiotów leczniczych sporządzających programy naprawcze, o których mowa w art. 59 ust. 4 i art. 88a ustawy o działalności leczniczej, dane dotyczące funkcjonowania podmiotów leczniczych, ich sytuacji operacyjnej i ekonomiczno-finansowej, a także programy naprawcze, zmiany w programach naprawczych, kwartalne aktualizacje programów naprawczych, sprawozdania roczne z realizacji programu naprawczego, sprawozdania końcowe z realizacji programu naprawczego, analizy, o których mowa w art. 59 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej, oraz stanowiska, o których mowa w art. 59a ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej, oraz sprawozdania finansowe, a także dane dotyczące bezpośrednich i pośrednich kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i dane o zasobach kadrowych, sprzętowych, diagnostycznych i lokalowych podmiotów leczniczych. Kierownik podmiotu leczniczego będzie przekazywał na wezwanie Agencji ww. dane w terminie uzgodnionym z Prezesem Agencji. Dodatkowo, podmioty lecznicze, których programy naprawcze podlegają analizie jak również ich podmioty tworzące mają współdziałać z Agencją przez nieodpłatne udostępnianie jej informacji źródłowych i założeń metodologicznych przyjętych do przygotowania programów naprawczych i analiz do nich oraz innych materiałów, na podstawie których zaplanowane zostały działania naprawcze. W tym przypadku przekazanie tych informacji, założeń i materiałów nastąpi w formie i terminie uzgodnionym z Prezesem Agencji, przy czym termin ten nie może być krótszy niż 7 dni. W celu kompleksowej analizy część danych należy zbierać z wielu źródeł, aby je wielopłaszczyznowo weryfikować w celu identyfikacji ewentualnych nieścisłości.

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. Dodatkowo katalog świadczeń specjalistycznych udzielanych bez skierowania poszerzono o poradę lekarza medycyny sportowej i psychologa. Wymóg skierowania do poradni medycyny sportowej nie znajduje uzasadnienia merytorycznego, natomiast za zniesieniem tego wymogu dla uzyskania porady psychologa przemawia dodatkowo fakt, iż skierowanie nie jest już obecnie wymagane m. in. w celu uzyskania porady psychiatry. Ponadto w omawianym przepisie wprowadzono możliwość wystawiania skierowania do okulisty, w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, przez optometrystę. Powyższe zmiany mają charakter deregulacyjny.

W art. 132b wprowadzono, przez dodanie ust. 1b, 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.

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 NFZ, na co zwróciła 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 jakiejkolwiek inwestycji mającej związek z realizacją świadczeń będących przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umowy lub wniosku o zwiększenie kwoty zobowiązania. Stąd jest konieczne 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 umożliwiającą 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 ofert bez wykorzystania tych środków zastosowanie będą miały przepisy art. 142 ust. 2 i 3 ustawy o świadczeniach, 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.

II. Zmiany w ustawie o działalności leczniczej (art. 2 projektu ustawy)

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 ustawy o działalności leczniczej.

W przypadku tworzenia związku jednostek samorządu terytorialnego w celu przejęcia uprawnień i obowiązków podmiotu tworzącego zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej:

1. przejdą z jednostek samorządu terytorialnego tworzących na związek:
2. w pełni, tj. 100% i w jednostkach samorządu terytorialnego tworzących związek pozostanie 0% odpowiedzialności albo
3. częściowo, a pozostałej (w ustalonej części) pozostaną przy jednostkach samorządu terytorialnego tworzących związek albo
4. pozostaną w 100% w jednostkach samorządu terytorialnego tworzących związek.

W przepisach dotyczących łączenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej zaproponowano nowy sposób połączenia, w wyniku którego podmioty tworzące samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej będących przedmiotem połączenia, pozostają nimi także po połączeniu. A zatem powstanie jeden samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej z więcej niż jednym podmiotem tworzącym. W takim przypadku podmioty tworzące będą wykonywać swoje prawa i obowiązki za pośrednictwem rady przedstawicieli podmiotów tworzących, w skład której będą wchodzić przedstawiciele podmiotów tworzących, po jednym z każdego z nich – odpowiednio: wójt, burmistrz, prezydent miasta, starosta, marszałek województwa, rektor, minister albo osoba przez nich upoważniona.

Rada przedstawicieli podmiotów tworzących będzie podejmować decyzje większością głosów, w systemie głosów ważonych. Jeden głos ma odpowiadać wartości 1 000 000 zł aktywów pomniejszonych o wartość zobowiązań krótkoterminowych i długoterminowych oraz wartości 1 000 000 zł przychodów ogółem każdego z łączonych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, ustalonych na podstawie sprawozdania finansowego za rok poprzedzający zawarcie aktu połączenia. Podmioty tworzące łączących się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej będą mogły w akcie połączenia określić sposób podejmowania decyzji przez radę przedstawicieli podmiotów tworzących. Analogiczne zasady będą obowiązywały w przypadku likwidacji takiego podmiotu leczniczego. W aktualnym stanie prawnym połączenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest związane z cesją obowiązków i uprawnień podmiotu tworzącego na jeden podmiot. Wyzbycie się „władztwa” nad samodzielnym publicznym podmiotem leczniczym może zniechęcać do łączenia czyli konsolidacji podmiotów leczniczych. Omawiana propozycja rozwiązuje ten problem.

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 jest konieczne 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 120, z późn. zm.);
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 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 NFZ 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 wojewódzkiego NFZ, 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 miesiąca od jego otrzymania.

Program naprawczy będzie mógł zostać zmieniony – uwzględniając stanowiska dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ 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 instytutu badawczego oraz 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 jeżeli 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”.

Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe

W art. 3 projektu ustawy 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.

W art. 4 projektu ustawy wprowadzono przepis przejściowy, na mocy którego szpitale pediatryczne, chcące skorzystać z możliwości ograniczenia udzielania takich świadczeń tylko do osób poniżej 18. roku życia, będą mogły wprowadzić takie ograniczenie po upływie 6 miesięcy od dnia złożenia wniosku do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia o wprowadzenie zmian do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (pod warunkiem wprowadzenia do tej umowy zastrzeżenia, o którym mowa w art. 132b ust. 1a ustawy o świadczeniach w zmienionym brzmieniu).

W art. 5 ust. 1 projektu ustawy zawarto regulację gwarantującą świadczeniodawcy, który skorzysta z możliwości rezygnacji z danego profilu systemu zabezpieczenia na podstawie zmienionego art. 159a ustawy o świadczeniach, zachowanie części (50%) ryczałtu przypadającego na pozostałą cześć okresu rozliczeniowego po dokonaniu zmiany umowy z NFZ, odpowiadającej świadczeniom udzielanym w ramach wykreślonego profilu. Jednocześnie w ust. 2 zawarto regulację, dzięki której świadczeniodawca rezygnujący z danego profilu w okresie poprzedzającym, przy ustalaniu ryczałtu systemu zabezpieczenia na kolejny okres rozliczeniowy zachowa część kwoty ryczałtu, nie więcej niż 50%, przypadającej na świadczenia realizowane w ramach wykreślonego profilu. Regulacje te mają na celu złagodzenie negatywnych skutków finansowych związanych z dokonaniem restrukturyzacji swojej działalności leczniczej przez świadczeniodawców, chcących lepiej dostosować profil swojej działalności do potrzeb zdrowotnych na danym terenie oraz posiadanych zasobów.

W art. 6 projektu ustawy zawiera regulację przejściową stanowiącą o niestosowaniu wprowadzanych przepisów dotyczących elektronizacji postępowań w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do postępowań znajdujących się w toku, w dniu wejścia w życie projektu ustawy.

Natomiast w art. 7 projektu ustawy zawarto regulację przejściową stanowiącą o stosowaniu dotychczasowych przepisów w odniesieniu do programów naprawczych, które zostały zatwierdzone przed dniem wejścia w życie projektu ustawy i będą się znajdowały w trakcie realizacji.

W art. 8 projektu ustawy zawarto regulacje 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 2025 r., a w przypadku gdy rok obrotowy nie pokrywa się z kalendarzowym – do sprawozdań finansowych sporządzanych dla roku obrotowego upływającego w 2026 r.

Deklaracje i oświadczenia projektodawcy

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

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 oraz z 2004 r. poz. 597).

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 projektu ustawy środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.