Tekst ustawy przekazany do Senatu zgodnie z art. 52 regulaminu Sejmu

U S T A W A

z dnia 5 sierpnia 2025 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej

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, z późn. zm.[1)]) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 15 w ust. 2 po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:

„2a) świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w powiatowym centrum zdrowia;”;

2) w art. 31lb 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 zwiększenia udziału świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym, z uwzględnieniem racjonalizacji procesu leczenia i efektywności wydatkowania środków publicznych;”;

3) w art. 31lc:

a) w ust. 3 wyrazy „art. 31n pkt 1–3d i 4a–4f” zastępuje się wyrazami „art. 31n pkt 1–3d i 4a–4g”,

b) w ust. 4d wyrazy „art. 31n pkt 1a, 2c oraz 4c–4f” zastępuje się wyrazami „art. 31n pkt 1a, 2c i 4c–4g”;

4) po art. 31lc dodaje się art. 31ld w brzmieniu:

„Art. 31ld. 1. Agencja jest upoważniona do przetwarzania:

1) danych, o których mowa w art. 23 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, dotyczących podmiotów leczniczych, które sporządziły programy naprawcze, o których mowa w art. 59 ust. 4 i art. 88a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zwane dalej „programami naprawczymi”,

---

[1)] Zmiany tekstu jednolitego niniejszej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593, 1615 i 1915 oraz z 2025 r. poz. 129, 304, 620, 637 i 779.

2) danych zawartych w programach naprawczych oraz zmianach i kwartalnych aktualizacjach tych programów,
3) danych zawartych w sprawozdaniach rocznych i końcowych z realizacji programów naprawczych,
4) danych zawartych w analizach, o których mowa w art. 59 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
5) danych zawartych w stanowiskach, o których mowa w art. 59a ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
6) danych zawartych w rocznych sprawozdaniach finansowych, o których mowa w art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, w sprawozdaniach z badania sprawozdań finansowych, o których mowa w art. 69 ust. 1 pkt 2 tej ustawy, jeżeli podlegały one badaniu, w odpisach uchwał lub postanowień organu zatwierdzającego o zatwierdzeniu rocznego sprawozdania finansowego i podziale zysku lub pokryciu straty, o których mowa w art. 69 ust. 1 pkt 3 tej ustawy,
7) innych danych dotyczących funkcjonowania podmiotów leczniczych, ich sytuacji operacyjnej i ekonomiczno-finansowej, w tym informacji dotyczących wdrożenia standardu rachunku kosztów zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31lc ust. 7, z wyjątkiem danych dotyczących świadczeniodawców, o których mowa w art. 31lc ust. 8,
8) danych dotyczących bezpośrednich i pośrednich kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, z wyjątkiem danych dotyczących świadczeniodawców, o których mowa w art. 31lc ust. 8,
9) danych o zasobach kadrowych, sprzętowych, diagnostycznych i lokalowych podmiotów leczniczych

− w celu realizacji zadania określonego w art. 31n pkt 4g i dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia.

2. Jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia zapewnia Agencji dostęp, w sposób ciągły, do danych, o których mowa w art. 23 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, dotyczących podmiotów leczniczych, które sporządziły programy naprawcze.

3. Kierownik podmiotu leczniczego, którego program naprawczy podlega analizie, o której mowa w art. 59c ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności

leczniczej, przekazuje nieodpłatnie dane, o których mowa w ust. 1 pkt 3–8, w formie i terminie uzgodnionych z Prezesem Agencji. Uzgadniając formę i termin przekazania danych podmiot leczniczy i Agencja uwzględniają ich zakres. Termin ten nie może być krótszy niż 7 dni.

4. Prezes Funduszu udostępnia Agencji dane, o których mowa w ust. 1 pkt 9, w terminie określonym przez Prezesa Agencji, jednak nie krótszym niż 7 dni.

5. Podmioty lecznicze, których programy naprawcze podlegają analizie, o której mowa w art. 59c ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, oraz ich podmioty tworzące współdziałają z Agencją przy realizacji zadania określonego w art. 31n pkt 4g przez nieodpłatne udostępnianie Agencji informacji źródłowych i założeń metodologicznych przyjętych do przygotowania programów naprawczych i analiz, o których mowa w art. 59 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, oraz innych materiałów, na podstawie których zostały zaplanowane działania naprawcze, w formie i terminie uzgodnionych z Prezesem Agencji. Uzgadniając formę i termin przekazania informacji, założeń i materiałów, podmiot leczniczy i Agencja uwzględniają ich zakres. Termin ten nie może być krótszy niż 7 dni.”;

5) w art. 31n po pkt 4f dodaje się pkt 4g w brzmieniu:

„4g) prowadzenie, na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia, analiz, o których mowa w art. 59c ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;”;

6) w art. 31o w ust. 2 po pkt 1l dodaje się pkt 1m w brzmieniu:

„1m) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia analiz, o których mowa w art. 59c ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;”;

7) w art. 57:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, z wyjątkiem świadczeń okulisty, które są udzielane także na podstawie skierowania optometrysty, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo optometrysty, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”,

b) w ust. 2 po pkt 7 dodaje się pkt 7a–7c w brzmieniu:

„7a) lekarza medycyny sportowej;

7b) psychologa;

7c) optometrysty;”;

8) w art. 132b po ust. 1a dodaje się ust. 1b w brzmieniu:

„1b. W przypadku świadczeniodawcy, u którego co najmniej dwie trzecie spośród realizowanych profili systemu zabezpieczenia 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 ukończenia 18. roku życia.”;

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 pozwoleniu na użytkowanie ani nie przystąpił do użytkowania inwestycji, w której przypadku wydaje się opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, z której wykorzystaniem są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, których dotyczy to zwiększenie, składa oświadczenie w tym zakresie. Oświadczenie składa się pod rygorem 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 oświadczeń.”;

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

„2. Świadczeniodawca, który w okresie ostatnich 5 lat przed dniem złożenia oferty nie uzyskał decyzji o pozwoleniu na użytkowanie ani nie przystąpił do użytkowania inwestycji, w której przypadku wydaje się opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, z której wykorzystaniem 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 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 oświadczeń.”;

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 treścią ofert wyłącznie po upływie terminu na ich złożenie. Przepisów 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, lub 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) w art. 159a dodaje się ust. 4–6 w brzmieniu:

„4. Na wniosek świadczeniodawcy Prezes Funduszu, kierując się potrzebą właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem mapy, krajowego planu i właściwego wojewódzkiego planu, może dokonać w umowie, o której mowa w ust. 1, zmiany polegającej na wykreśleniu danego profilu systemu zabezpieczenia, jeżeli przyczyni się to do racjonalizacji struktury udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze, w szczególności przez ich konsolidację, przy zapewnieniu odpowiedniego dostępu do tych świadczeń.

5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4, Prezes Funduszu może, na wniosek świadczeniodawcy, zawrzeć z nim umowę obejmującą:

1) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profilu odpowiadającego wykreślonemu profilowi systemu zabezpieczenia, 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, która, na wniosek świadczeniodawcy, 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 systemu zabezpieczenia;

2) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki długoterminowej w trybie stacjonarnym, na okres do końca obowiązywania wykazu, o którym mowa w art. 95n ust. 1, jeżeli jest to zgodne ze sporządzonym przez tego świadczeniodawcę programem naprawczym, zatwierdzonym na podstawie art. 59a ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

6. W przypadkach, o których mowa w ust. 4 i 5, Prezes Funduszu 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 2025 r. poz. 450, 620 i 637) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 4 w ust. 3 po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:
„1a) odpowiednio przepisy art. 59 ust. 4–8 i art. 59a–59c;”;

2) 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:”;

3) 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”;

4) w art. 48 w ust. 6 w pkt 2:
   a) w 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) w lit. b w tiret drugim po wyrazach „lub radę powiatu” dodaje się przecinek i wyrazy „lub zgromadzenie związku jednostek samorządu terytorialnego”;

5) w art. 53a ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej corocznie sporządza i udostępnia w Biuletynie Informacji Publicznej raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w terminie 45 dni od dnia upływu terminu do sporządzenia rocznego sprawozdania finansowego.”;

6) w art. 56 w ust. 2 po wyrazach „jednostki samorządu terytorialnego” dodaje się przecinek oraz wyrazy „związku jednostek samorządu terytorialnego”;

7) 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, pozostałych przychodów operacyjnych oraz przychodów finansowych, kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej sporządza w terminie 7 miesięcy od dnia upływu terminu na sporządzenie sprawozdania finansowego, o którym mowa w art. 52 ust. 1 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, 1685 i 1863), 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. Obowiązku, o którym mowa w zdaniu pierwszym, nie stosuje się w okresie realizacji zatwierdzonego programu naprawczego.”,

b) dodaje się ust. 5–8 w brzmieniu:

„5. Sporządzenie programu naprawczego poprzedzają analizy: efektywności funkcjonowania i zarządzania, ekonomiczne, jakościowe,

operacyjne, zasobów ludzkich, 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 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości;
3) ocenę dostosowania działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, na dzień sporządzenia programu, 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 programu 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 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 udostępnianym 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 i format informacji, o których mowa w ust. 6 pkt 1–9

– mając na względzie potrzebę zapewnienia jednolitości analizy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednolitości i przejrzystości informacji zawartych w programie naprawczym.”;

8) po art. 59 dodaje się art. 59a–59c w brzmieniu:

„Art. 59a. 1. Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej będącego stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przekazuje program naprawczy, w terminie 4 miesięcy i 15 dni od dnia sporządzenia sprawozdania finansowego:

1) dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w celu zajęcia stanowiska w zakresie oceny prognoz przychodowych oraz związanych z nimi działań przedstawionych w programie naprawczym;

2) wojewodzie właściwemu ze względu na miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w celu 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 określone w ust. 1 pkt 1 i 2 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 dokonuje ewentualnych zmian w programie naprawczym i niezwłocznie przekazuje ten program wraz ze stanowiskami określonymi w ust. 1 pkt 1 i 2 podmiotowi tworzącemu 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. Organ wykonawczy danego podmiotu tworzącego po zatwierdzeniu programu naprawczego przekazuje go organowi stanowiącemu tego podmiotu.

5. Podmiot tworzący zatwierdza program naprawczy w terminie miesiąca od dnia jego otrzymania do zatwierdzenia.

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

7. Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przeprowadza kwartalną analizę wykonania programu naprawczego i dokonuje jego aktualizacji, jeżeli zachodzi taka potrzeba. 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.

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

1) sprawozdanie kwartalne z realizacji programu naprawczego – w terminie miesiąca od zakończenia kwartału;

2) sprawozdanie roczne z realizacji programu naprawczego – w terminie 3 miesięcy od zakończenia każdego roku obrotowego realizacji programu;

3) sprawozdanie końcowe z realizacji programu naprawczego – w terminie 3 miesięcy 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 pkt 2 i 3, 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.

Art. 59c. Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przeprowadzenie analizy dotyczącej sporządzonego przez podmiot leczniczy programu naprawczego oraz jego realizacji, w tym sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu leczniczego i jakości zarządzania tym podmiotem oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych. Określając termin przekazania tej analizy, minister właściwy do spraw zdrowia uwzględnia jej zakres.”;

9) 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.”;

10) po art. 61 dodaje się art. 61a w brzmieniu:

„Art. 61a. 1. Zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 66 ust. 5a, po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa lub uczelni medycznej, lub właściwej jednostki samorządu terytorialnego, w proporcjach, o których mowa w art. 66 ust. 5b. Przepis zdania pierwszego stosuje się odpowiednio do mienia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 66 ust. 5a, po jego likwidacji.

2. Podmioty tworzące mogą w akcie o połączeniu, o którym mowa w art. 66 ust. 3, określić inny niż określony w ust. 1 sposób przejmowania należności,

zobowiązań oraz mienia na wypadek likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.”;

11) w art. 66 po ust. 5 dodaje się ust. 5a–5c w brzmieniu:

„5a. W przypadku braku wskazania podmiotu, który przejmuje uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego, o którym mowa w ust. 5, podmioty tworzące łączonych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wykonują swoje prawa i obowiązki za pośrednictwem rady przedstawicieli podmiotów tworzących, w skład której wchodzą przedstawiciele podmiotów tworzących, po jednym z każdego z nich – odpowiednio: wójt, burmistrz, prezydent miasta, starosta, marszałek województwa, rektor uczelni, minister albo osoba przez nich upoważniona.

5b. Rada przedstawicieli podmiotów tworzących podejmuje decyzje większością głosów, w systemie głosów ważonych. Jeden głos odpowiada wartości 1 000 000 zł aktywów ogółem 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 o połączeniu.

5c. Podmioty tworzące łączonych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej mogą w akcie o połączeniu określić inny niż określony w ust. 5b sposób podejmowania decyzji przez radę przedstawicieli podmiotów tworzących.”;

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

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

1) odpowiedzialność za zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przechodzi na związek jednostek samorządu terytorialnego;
2) mienie dotychczasowego podmiotu tworzącego będące w posiadaniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej staje się mieniem związku jednostek samorządu terytorialnego.

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

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

1) odpowiedzialność za zobowiązania,

2) zasady przejęcia 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.”;

13) 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;”;

14) w art. 82 w ust. 2 skreśla się wyrazy „(Dz. U. z 2023 r. poz. 120, 295 i 1598 oraz z 2024 r. poz. 619, 1685 i 1863)”;

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

„Rozdział 3a

Program naprawczy podmiotu leczniczego w formie spółki kapitałowej

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 jeżeli 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 sporządza w terminie 3 miesięcy od dnia upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego program naprawczy na okres nie dłuższy niż 3 lata.

Art. 88b. Do programu naprawczego, o którym mowa w art. 88a, stosuje się odpowiednio przepisy art. 59 ust. 5–7 i art. 59a–59c, 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.”;

16) w art. 115 w ust. 1 w pkt 1 po wyrazach „jednostka samorządu terytorialnego” dodaje się wyrazy „lub związek jednostek samorządu terytorialnego,”.

Art. 3. 1. W latach 2025–2029 korekta wysokości ryczałtu systemu zabezpieczenia, o której mowa w art. 136c ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1, w przypadku zmiany zakresu działalności leczniczej świadczeniodawcy dokonanej na podstawie art. 159a ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej 50 % wartości ryczałtu systemu zabezpieczenia przypadającej na część okresu rozliczeniowego po dokonaniu tej zmiany, odpowiadającej świadczeniom udzielanym w ramach wykreślonego profilu systemu zabezpieczenia.

2. Przy ustalaniu wartości ryczałtu systemu zabezpieczenia w latach 2026–2029, dla świadczeniodawcy, który dokonał zmiany zakresu działalności leczniczej, o której mowa w ust. 1, uwzględnia się dodatkowo nie więcej niż 50 % liczby świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w ramach wykreślonego profilu systemu zabezpieczenia.

Art. 4. 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. 5. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 132b ust. 1b ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, może zaprzestać udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom, którzy ukończyli 18. rok życia, po upływie 6 miesięcy od dnia przekazania przez niego dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wniosku o wprowadzenie zmiany w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, pod warunkiem wprowadzenia do tej umowy zastrzeżenia, o którym mowa w art. 132b ust. 1b ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 6. 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. 7. 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 przepisów dotychczasowych.

Art. 8. Przepisy art. 88a i art. 88b ustawy zmienianej w art. 2 stosuje się po raz pierwszy do sprawozdań finansowych spółek kapitałowych za 2025 r., a w przypadku gdy rok obrotowy nie pokrywa się z rokiem kalendarzowym – do sprawozdań finansowych sporządzanych dla roku obrotowego upływającego w 2026 r.

Art. 9. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MARSZAŁEK SEJMU

/ – / Szymon Hołownia