

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 publicznych⁷ (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, 858 i 1222) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) 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 potrzeby racjonalizacji procesu leczenia oraz poprawy efektywności wydatkowania środków publicznych;”;
- 2) w art. 31lc:
 - a) w ust. 3 wyrazy „4a–4d” zastępuje się wyrazami „4a–4e”,
 - b) w ust. 4d wyrazy „4c i 4d” zastępuje się wyrazami „4c, 4d i 4e”;
- 3) w art. 31n po pkt 4d dodaje się pkt 4e w brzmieniu:
„4e) prowadzenie analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), 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;
- 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 przepisów o działalności leczniczej, prowadzonego na terenie danego województwa, jeżeli udziela świadczeń

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.

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, ważnej w dniu kwalifikacji i niebędącej w okresie wypowiedzenia, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie pełne lata kalendarzowe, w trybie hospitalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, z wyłączeniem hospitalizacji planowej:

- 1) profile zabiegowe, z zastrzeżeniem, że udział świadczeń, które zostały rozliczone jako zabiegowe w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w przyjętym okresie referencyjnym obejmującym co najmniej 2 ostatnie pełne lata kalendarzowe, osiągnął co najmniej liczbę określoną dla danego profilu zabiegowego w przepisach wydanych na podstawie ust. 7 pkt 1:
 - a) chirurgia dziecięca,
 - b) chirurgia klatki piersiowej,
 - c) chirurgia klatki piersiowej dla dzieci,
 - d) chirurgia naczyniowa (jeden z poziomów referencyjnych),
 - e) chirurgia ogólna,
 - f) chirurgia onkologiczna,
 - g) chirurgia onkologiczna dla dzieci,
 - h) chirurgia plastyczna,
 - i) chirurgia plastyczna dla dzieci,
 - j) chirurgia szczękowo-twarzowa,
 - k) chirurgia szczękowo-twarzowa dla dzieci,
 - l) ginekologia onkologiczna,
 - m) kardiochirurgia,
 - n) kardiochirurgia dla dzieci,
 - o) neurochirurgia,
 - p) neurochirurgia dla dzieci,
 - q) okulistyka,
 - r) okulistyka dla dzieci,
 - s) otorynolaryngologia,

- t) otorynolaryngologia dla dzieci,
 - u) ortopedia i traumatologia narządu ruchu,
 - v) ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci,
 - w) transplantologia kliniczna,
 - x) transplantologia kliniczna dla dzieci,
 - y) urologia,
 - z) urologia dla dzieci;
- 2) położnictwo i ginekologia (jeden z poziomów referencyjnych), z zastrzeżeniem, że liczba przyjętych porodów w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w przyjętym okresie referencyjnym obejmującym co najmniej 2 ostatnie pełne lata kalendarzowe, osiągnęła co najmniej liczbę określoną w przepisach wydanych na podstawie ust. 7 pkt 1;
- 3) profile zachowawcze:
- a) alergologia,
 - b) alergologia dla dzieci,
 - c) angiologia,
 - d) audiologia i foniatria,
 - e) audiologia i foniatria dla dzieci,
 - f) brachyterapia,
 - g) choroby płuc,
 - h) choroby płuc dla dzieci,
 - i) choroby wewnętrzne,
 - j) choroby zakaźne,
 - k) choroby zakaźne dla dzieci,
 - l) dermatologia i wenerologia,
 - m) dermatologia i wenerologia dla dzieci,
 - n) diabetologia,
 - o) diabetologia dla dzieci,
 - p) endokrynologia,
 - r) endokrynologia dla dzieci,
 - s) gastroenterologia,
 - t) gastroenterologia dla dzieci,
 - u) geriatria,
 - v) hematologia,

- w) immunologia kliniczna,
- x) immunologia kliniczna dla dzieci,
- y) kardiologia,
- z) kardiologia dla dzieci,
- za) nefrologia,
- zb) nefrologia dla dzieci,
- zc) neonatologia (jeden z poziomów referencyjnych),
- zd) neurologia,
- ze) neurologia dla dzieci,
- zf) onkologia i hematologia dziecięca,
- zg) onkologia kliniczna,
- zh) pediatria,
- zi) radioterapia,
- zj) reumatologia,
- zk) reumatologia dla dzieci,
- zl) terapia izotopowa,
- zm) toksykologia kliniczna,
- zn) toksykologia kliniczna dla dzieci.

3. W przypadku gdyby w wyniku kwalifikacji, o której mowa w ust. 2 pkt 2, na danym obszarze, odległość do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii przekroczyła wartość określoną zgodnie z ust. 6 pkt 3, Prezes Funduszu kwalifikuje do systemu zabezpieczenia świadczeniodawcę, który w okresie referencyjnym, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, przyjął mniejszą liczbę porodów niż wymagana zgodnie z ust. 2 pkt 2, jednak nie mniejszą niż liczba określona zgodnie z ust. 7 pkt 3, jeżeli spowoduje to zmniejszenie odległości do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii poniżej wartości określonej zgodnie z ust. 7 pkt 2. Jeżeli warunek kwalifikacji określony w zd. 1 spełnia więcej niż jeden świadczeniodawca, kwalifikuje się świadczeniodawcę, który w okresie referencyjnym, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, przyjął najwięcej porodów.

4. Przy ocenie spełnienia warunków kwalifikacji, o których mowa w ust. 2, uwzględnia się okres obowiązywania umowy poprzedniego świadczeniodawcy, w którego prawa i obowiązki świadczeniodawca wstąpił, w tym w drodze przeniesienia praw i obowiązków wynikających z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie, o którym mowa w art. 155 ust. 5.

5. Kwalifikacja, o której mowa w ust. 1, obejmuje wskazanie dla każdego świadczeniodawcy profili kwalifikujących oraz innych rodzajów świadczeń, w ramach których będzie on udzielał świadczenia opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia, zgodnie z ust. 6.

6. 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 ważną w dniu kwalifikacji i niebędącą w okresie wypowiedzenia;
- 2) świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej, realizowanych w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych, jeżeli udziela tych świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ważnej w dniu kwalifikacji i niebędącej w okresie wypowiedzenia, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie pełne lata kalendarzowe, przy czym do okresu trwania tej umowy zalicza się okres obowiązywania umowy poprzedniego świadczeniodawcy, w którego prawa i obowiązki świadczeniodawca wstąpił, w tym w drodze przeniesienia praw i obowiązków wynikających z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie, o którym mowa w 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, o których mowa w pkt 1 lit. b i c, określonym w przepisach wydanych na podstawie ust. 7 pkt 3;
- 4) świadczeń opieki zdrowotnej:
 - a) w ramach programów lekowych, odpowiadających profilom kwalifikującym lub świadczeniom, o których mowa w pkt 1 lit. c,

b) objętych kompleksową opieką zdrowotną, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub art. 146 ust. 1 pkt 2, jeżeli profile wymagane do realizacji tych świadczeń, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d, odpowiadają jego profilom kwalifikującym.

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

- 1) minimalny udział świadczeń zabiegowych dla danego profilu kwalifikującego, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, oraz minimalną liczbę porodów, o której mowa w ust. 2 pkt 2;
- 2) maksymalną odległość do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii, przy której przekroczeniu następuje kwalifikacja do systemu zabezpieczenia zgodnie z ust. 3;
- 3) najmniejszą dopuszczalną liczbę porodów przyjętych w okresie referencyjnym, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, stanowiącą warunek zakwalifikowania świadczeniodawcy do systemu zabezpieczenia zgodnie z ust. 3;
- 4) okres referencyjny, o którym mowa w ust. 2 pkt 1 i 2;
- 5) porady specjalistyczne odpowiadające poszczególnym profilom kwalifikującym lub świadczeniom, o których mowa w ust. 6 pkt 1 lit. b i c,

– w oparciu o analizę danych dotyczących realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, mając na uwadze potrzebę właściwego zabezpieczenia dostępu do tych świadczeń, z uwzględnieniem ich jakości oraz bezpieczeństwa pacjenta.”;

7) w art. 95n:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Prezes Funduszu sporządza i ogłasza w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia na terenie danego województwa, obejmujący wskazanie dla każdego świadczeniodawcy wszystkich profili kwalifikujących oraz rodzajów świadczeń, w ramach których będzie udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia, zgodnie z art. 95m ust. 2–6 oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 95m ust. 7.”,

b) uchyla się ust. 3 i 4,

c) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. W przypadku niezakwalifikowania do systemu zabezpieczenia lub niewłaściwego wskazania profili kwalifikujących lub rodzajów świadczeń, o których mowa w ust. 1, świadczeniodawca posiadający w dniu ogłoszenia wykazu, o którym

mowa w ust. 1, ważną umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, niebędącą w okresie wypowiedzenia, dotyczącą udzielania świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, w trybie hospitalizacji, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, z wyłączeniem hospitalizacji planowej, może wnieść do Prezesa Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia tego wykazu środek odwoławczy w postaci protestu.”,

d) w ust. 7 w pkt 1:

– uchyla się lit. b,

– lit. c otrzymuje brzmienie:

„c) zmianie wskazania profili kwalifikujących lub rodzajów świadczeń, o których mowa w ust. 1 albo”,

e) ust. 14 otrzymuje brzmienie:

„14. W przypadkach:

1) niezawarcia umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1, albo;

2) stwierdzenia niespełniania przez świadczeniodawcę kryteriów kwalifikacji do systemu zabezpieczenia po ogłoszeniu wykazu, o którym mowa w ust. 1, lub

3) niewłaściwego wskazania profili kwalifikujących lub rodzajów świadczeń, o których mowa w ust. 1

– Prezes Funduszu dokonuje odpowiedniej zmiany w wykazie, o którym mowa w ust. 1, polegającej na usunięciu świadczeniodawcy z tego wykazu lub dotyczącej wskazania profili kwalifikujących lub rodzajów świadczeń, 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 i 2, 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, można 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 i 2, stosuje się przepisy dotyczące konkursu ofert lub 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 nie uzyskał decyzji o pozwoleniu na użytkowanie ani nie przystąpił do użytkowania inwestycji, w przypadku której wydaje się opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, z której wykorzystaniem są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, których dotyczy zwiększenie kwoty zobowiązania, 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 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 pozwoleniu na użytkowanie ani nie przystąpił do użytkowania inwestycji, w przypadku której 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 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 2-3 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. Na wniosek Prezesa Funduszu kierowany do świadczeniodawcy wymienionego w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1, jest zawierana umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili kwalifikujących oraz rodzajów świadczeń wskazanych w wykazie dla tego świadczeniodawcy, na okres obowiązywania tego wykazu. 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 świadczeń 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 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.

4. Na wniosek świadczeniodawcy Prezes Funduszu może dokonać w umowie, o której mowa w ust. 1, zmiany polegającej na wykreśleniu profilu lub rodzaju świadczeń 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 Prezes Funduszu dokonuje 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 w szpitalnej izbie przyjęć. Przepis ust. 4 zdanie drugie stosuje się odpowiednio.”.

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 po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Związek jednostek samorządu terytorialnego może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.”;
- 2) w art. 38 w ust. 2:
 - a) wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Jednostka samorządu terytorialnego albo związek jednostek samorządu terytorialnego może 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:
 - a) w lit. a tiret drugie otrzymuje brzmienie:

„– wójt (burmistrz, prezydent miasta), starosta, marszałek województwa albo członek zarządu związku jednostek samorządu terytorialnego lub osoba przez niego wyznaczona – w podmiotach utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego albo związek jednostek samorządu terytorialnego,”

- b) w 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 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 3 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego, 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 samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w zakresie dostosowania jego działalności, 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 oraz zakres współpracy z innymi podmiotami leczniczymi, w tym w zakresie koncentracji zasobów ludzkich, infrastruktury, oraz współpracy w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych i połączenia z innymi podmiotami leczniczymi według stanu na dzień sporządzenia planu naprawczego, jeżeli jest 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 jego kadry zarządzającej z zakresu zarządzania, procesów naprawczych i procesów restrukturyzacyjnych w podmiotach leczniczych;
- 7) planowane do wdrożenia działania optymalizacyjne mające na celu poprawę sytuacji ekonomiczno-finansowej oraz prognozy przychodowe;
- 8) wskaźniki rezultatu dotyczące działań określonych w pkt. 4 - 7;
- 9) podpis kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej;
- 10) datę jego sporządzenia.

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

1) szczegółowy sposób sporządzania, aktualizacji i przekazywania programu naprawczego,

2) szczegółowy rodzaj i format informacji o których mowa w ust. 6 pkt 1- 8,

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

- 6) po art. 59 dodaje się art. 59a, art. 59b w brzmieniu:

Art. 59a. 1. Program naprawczy kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, będącego stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przekazuje:

- 1) dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, celem zajęcia stanowiska w zakresie oceny przedstawionych w programie naprawczym prognoz przychodowych oraz związanych z nimi działaniami;
- 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 zajmuje stanowisko w terminie 14 dni od dnia otrzymania programu naprawczego i przekazuje je samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej.

3. Wojewoda zajmuje stanowisko w terminie 14 dni od dnia otrzymania programu naprawczego i przekazuje je samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej.

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

5. 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 uchwały organu stanowiącego danej jednostki albo związku.

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

7. Do zmiany zatwierdzonego programu naprawczego o charakterze istotnym stosuje się ust. 1–6.

8. Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej dokonuje kwartalnych aktualizacji programu naprawczego, które nie wymagają zatwierdzenia przez podmiot tworzący.

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, podlegają zatwierdzeniu przez podmiot tworzący. W przypadku gdy podmiotem tworzącym jest jednostka samorządu

terytorialnego albo związek jednostek samorządu terytorialnego, zatwierdzenie tych sprawozdań następuje w drodze uchwały organu stanowiącego danej jednostki albo związku.

3. Sprawozdania, o których mowa w ust. 1, zawierają informacje o realizacji programu naprawczego, w zakresie określonym w szczególności w art. 59 ust. 6 pkt 3–7.7) 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) w art. 115 w ust. 1 w pkt 1 po wyrazach „jednostką samorządu terytorialnego” dodaje się wyrazy „lub związkiem 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 formie 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 formie 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, zakres informacji gromadzonych w ramach karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, wystawianej i obsługiwanej w formie 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.”.

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, w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profilu systemu zabezpieczenia, który nie został dla tego świadczeniodawcy wskazany w tym wykazie, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zawiera ze 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.

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 wykreślonej 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. Przepis ust. 2 zdanie drugie stosuje się odpowiednio.

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. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, który przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy posiadał zatwierdzony program naprawczy, kontynuuje jego realizację na podstawie przepisów dotychczasowych.

Art. 11. 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 wersji 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 wersji elektronicznej.

3. Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w ustawie 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. Dotychczasowe przepisy wykonawcze dotyczące karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w ustawie zmienianej w art. 4, wydane na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy zmienianej w art. 44 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej zachowują moc przez okres 5 lat od dnia wejścia w życie art. 11 ust. 2.

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

Art. 12. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

- 1) art. 1 pkt 2 i 3 oraz art. 2 pkt 5 i 6, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2025 r.;
- 2) art. 1 pkt 6 w zakresie art. 95m ust. 7, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2026 r.;
- 3) art. 1 pkt 5, pkt 6 w zakresie art. 95m ust. 1-6, pkt 7–8 i pkt 16 oraz art. 6, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2027 r.

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. Ponadto w przypadku profili zabiegowych dodatkowym kryterium kwalifikacji będzie określony minimalny udział świadczeń rozliczonych jako świadczenia zabiegowe w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, a w przypadku profilu położnictwo i ginekologia – minimalna liczba odebranych porodów, w okresie referencyjnym obejmującym co najmniej 2 ostatnie pełne lata kalendarzowe. Takie rozwiązanie sprzyjać będzie koncentracji świadczeń zabiegowych, co powinno przełożyć się na poprawę jakości opieki zdrowotnej.

W projekcie ustawy przewidziane zostały następujące warunki kwalifikujących do sieci:

1) prowadzenie na terenie województwa zakładu leczniczego obejmującego jeden z profili kwalifikujących, o którym mowa w art 95m ust. 2;

2) posiadanie autoryzacji, 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). ;

3) realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez okres co najmniej 2 lat na wskazanym profilu kwalifikującym ;

4) w przypadku profili zabiegowych - dodatkowo minimalny udział świadczeń zabiegowych w stosunku do całości zrealizowanych świadczeń na poziomie określonym w

rozporządzeniu w okresie referencyjnym obejmującym co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe;

5) w przypadku oddziału położniczo-ginekologicznego - minimalna liczba porodów określona w rozporządzeniu w przyjętym okresie referencyjnym.

Dodatkowo, w celu uniknięcia sytuacji, w której w wyniku kwalifikacji do PSZ wyłącznie oddziałów położniczych spełniających sztywno wyznaczone kryterium minimalnej liczby porodów doszłoby do sytuacji, w której na określonych obszarach odległość do najbliższego takiego oddziału przekroczyłaby określoną wartość, wprowadzono możliwość zastosowania nadzwyczajnego, uzupełniającego trybu kwalifikacji oddziałów położniczych, przy spełnieniu obniżonego progu dotyczącego liczby przyjętych porodów.

Wskazane kryteria w odniesieniu do danego profilu zabiegowego oraz oddziałów położniczych a także okres referencyjny, w jakim muszą one być spełnione, zostaną określone w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia. Określenie szczegółowych wartości dotyczących minimalnego udziału świadczeń zabiegowych dla poszczególnych zakresów oraz progowej liczby porodów wymagać będzie przeprowadzenia szczegółowych analiz, w oparciu o zgromadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia dane dotyczące realizacji świadczeń. Celem tych analiz będzie wypracowanie rozwiązań gwarantujących uzyskanie optymalnego balansu między dostępnością do świadczeń w wymiarze terytorialnym a jakością i bezpieczeństwem tych świadczeń, mając na uwadze niewątpliwą pozytywną korelację zachodzącą między skalą działalności podmiotów wykonujących procedury zabiegowe a jakością przeprowadzonych zabiegów, w tym mierzoną odsetkiem powikłań.

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, co oznacza, iż niezakwalifikowanie do PSZ danych oddziałów szpitalnych o profilach zabiegowych 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 konkursowe.

Istotną zmianą proponowaną w projekcie jest również uproszczenie i złagodzenie 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 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 Medycznych 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 art. 31n ustawy o świadczeniach proponuje się rozszerzenie katalogu zadań realizowanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji o prowadzenie analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych samodzielnych publicznych zakładów opieki

zdrowotnej.

Jednocześnie w art. 31lc wprowadzono zmiany, w celu umożliwienia Agencji 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 elektronicznej postępowania 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 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 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.

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 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.

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, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, ekonomiczne, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych.

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

- 1) wyniki analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania szpitalem, analizy ekonomiczne, analizy jakościowe, analizy operacyjne, analizę działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych podmiotu;
- 2) ocenę podmiotu w zakresie dostosowania jego działalności do regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych, a w przypadku, gdy działalność podmiotu jest niedostosowana do regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych także planowane działania dostosowawcze;
- 3) propozycje oraz zakres współpracy z innymi podmiotami leczniczymi, w tym w przedmiocie koncentracji zasobów ludzkich, infrastruktury oraz współpracy w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych i połączenia medycznych innymi podmiotami leczniczymi, jeżeli jest przewidywana;
- 4) planowane przez podmiot działania mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 5) planowane przez podmiot działania mające na celu poprawę efektywności zarządzania w szczególności działania służące podniesieniu wiedzy i kompetencji jego kadry zarządzającej z zakresu zarządzania, procesów naprawczych i procesów restrukturyzacyjnych w podmiotach leczniczych;
- 6) planowane do wdrożenia działania optymalizacyjne mające na celu poprawę sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu oraz prognozy przychodowe;
- 7) wskaźniki rezultatu dotyczące działań określonych w pkt. 3 – 6.

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 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.

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 (w szczególności ze względu na niespełnienie dodatkowych warunków określonych dla profili zabiegowych), 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.

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

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 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 diagnostyki i leczenia onkologicznego może być wystawiana i obsługiwana wyłącznie w wersji elektronicznej w ramach systemu Krajowej Sieci Onkologicznej. Karty diagnostyki i leczenia onkologicznego 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, z wyjątkiem:

- 1) art. 1 pkt 2 i 3 oraz art. 2 pkt 5 i 6, które wejdą w życie z dniem 1 stycznia 2025 r.;
- 2) art. 1 pkt 6 w zakresie art. 95m ust. 7, który wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2026 r.;
- 3) art. 1 pkt 5, pkt 6 w zakresie art. 95m ust. 1-6, pkt 7–8 i pkt 16 i art. 6, które wejdą w życie z dniem 1 stycznia 2027 r.

Wejście w życie z dniem 1 stycznia 2026 r. przepisu art. 95m ust. 7 ustawy o świadczeniach, na którego podstawie zostaną określone szczegółowe kryteria kwalifikacji dla oddziałów zabiegowych i położniczych, pozwoli świadczeniodawcom z odpowiednim wyprzedzeniem uzyskać pełną wiedzę na temat tych kryteriów.

Ze względu na to, że środki finansowe na wsparcie programów naprawczych zostaną uruchomione w 2025 r., przepisy dotyczące tych programów powinny wejść w życie od dnia 1 stycznia 2025 r. Wejście w życie przepisów wprowadzających nową organizację PSZ dopiero od dnia 1 stycznia 2027 r. jest uzasadnione tym, że aktualne wykazy świadczeniodawców zakwalifikowanych do PSZ na dotychczasowych zasadach obowiązują do dnia 30 czerwca 2027 r.

Deklaracje i oświadczenia projektodawcy

Projekt 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.