



ZWIĄZEK WOJEWÓDZTW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

STANOWISKO

Zarządu Związku Województw Rzeczypospolitej Polskiej
z dnia 5 stycznia 2026 roku

w sprawie konsolidacji podmiotów leczniczych

Zarząd Związku Województw Rzeczypospolitej Polskiej, w związku z toczącymi się rozmowami na temat potrzeby wprowadzania zmian w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce i potrzeby prowadzenia konsolidacji podmiotów leczniczych pragnie zwrócić uwagę na kilka ważnych zagadnień legislacyjnych.

1. W przypadku konsolidacji w trybie art. 66 ustawy o działalności leczniczej z zastosowaniem ust. 5b, w myśl którego Rada Przedstawicieli Podmiotów Tworzących podejmuje decyzje większością głosów, należy doprecyzować, w jakich aspektach funkcjonowania nowego podmiotu ustalona większość głosów będzie miała zastosowanie. Wyjaśnienia wymaga także kwestia wpisu w RPWDL w rubryce 12 („Nazwa podmiotu tworzącego oraz kod resortowy stanowiący część III systemu resortowych kodów identyfikacyjnych”) w sytuacji, gdy nowy podmiot powstanie na podstawie art. 66 ust. 5a ustawy o działalności leczniczej, a łączone zakłady tracą byt prawny.

2. W przypadku łączenia się zakładów o różnym statusie (szpital wojewódzki, uniwersytecki i miejski) wymagają doprecyzowania następujące zagadnienia:

- a. jaki poziom Sieci Szpitali będzie posiadał nowy podmiot?
- b. czy w tym zakresie zastosowanie ma zasada większości głosów (ust. 5b), czy inne kryteria?

3. W sytuacji, gdy organami tworzącymi są: uczelnia medyczna/universytet, województwo i miasto, konieczne jest uregulowanie:

- a. możliwości występowania o środki dedykowane na konsolidację w przypadku, gdy większość właścicielska należy do jednego z podmiotów (np. województwa).
- b. uprawnień nowego podmiotu do ubiegania się o środki finansowe w konkursach Ministra Zdrowia przeznaczonych dla szpitali klinicznych oraz uczelni medycznych, jeżeli tylko jeden z trzech łączących się podmiotów posiada status szpitala klinicznego/universyteckiego. Czy decydujący jest większościowy udział głosów w Radzie Przedstawicieli, czy sam fakt uczestnictwa uczelni medycznej/universytetu w strukturze właścicielskiej?

4. Konsolidacja podmiotów zadłużonych z podmiotami w dobrej kondycji finansowej wymaga systemowego wsparcia:

- a. konieczne jest uregulowanie możliwości skorzystania ze środków na oddłużenie (Fundusz Medyczny, BGK, inne mechanizmy) **po dokonanej konsolidacji**, a nie jako warunku wstępnego.
- b. Wymóg oddłużenia przed konsolidacją znacznie opóźnia procesy konsolidacyjne, a brak wsparcia w umorzeniu długu po konsolidacji demotywuje zakłady w dobrej kondycji finansowej do przystąpienia do tego procesu.

c. **Postulujemy stworzenie dedykowanego mechanizmu wsparcia finansowego dla podmiotów po konsolidacji**, który umożliwi częściowe lub całkowite umorzenie zadłużenia wnoszonego przez łączące się podmioty.

5. Doprecyzowania wymaga możliwość realizacji montażu finansowego z kilku źródeł (np. różne Ministerstwa) na inwestycje w budowę infrastruktury dla skonsolidowanego podmiotu.

6. Postulujemy pilne udostępnienie do konsultacji społecznych projektów rozporządzeń wykonawczych do ustawy, aby umożliwić właściwe przygotowanie się podmiotów do procesu konsolidacji.

7. Postulujemy rozszerzenie zapisów ustawy o działalności leczniczej (art. 66) o **możliwość wprowadzenia uproszczonej ścieżki konsolidacji podmiotów leczniczych funkcjonujących w odrębnych formach prawnych**.

8. W przypadku przekształcenia spzoz w spółkę i wyposażenia jej w majątek nieruchomy może dojść do konieczności wniesienia podatku VAT od aportu. Wniesienie majątku jest bardzo istotne ze względu na zabezpieczenie finansowe spółki. Niestety podatek ten może być bardzo wysoki i obciąża podmiot wnoszący – np. samorząd. Podobna sytuacja zachodzi w przypadku wnoszenia do spółki zorganizowanej części przedsiębiorstwa. **Zwolnienie tych czynności z VAT byłoby istotnym wsparciem przy procesie konsolidacji.**

9. Wnioskujemy o **umożliwienie konsolidacji podmiotów funkcjonujących w formie spółek kapitałowych, poprzez tworzenie holdingów** (grup kapitałowych), polegających na przeniesieniu udziałów w spółkach wykonujących działalność leczniczą do jednej spółki, zwanej *spółką matką*, co przyniosłoby efekty zbliżone do konsolidacji w drodze art. 492 §1 KSH (tj. łączenie przez przejęcie czy łączenie przez zawiązanie nowej spółki). W celu wprowadzenia takiego rozwiązania warta rozważenia byłaby **zmiana przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**, poprzez wprowadzenie możliwości zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie tylko świadczeniodawcom (art. 132 wskazanej ustawy), ale również *spółkom matkom*, które działalność leczniczą wykonują za pośrednictwem *spółek córek*, a także poprzez rozszerzenie definicji świadczeniodawcy, określonej w art. 5 pkt 41 ww. ustawy.

10. Nowelizacja ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych wprowadzająca reformę szpitalnictwa zmodyfikowała m.in. zasady funkcjonowania „sieci szpitali”, umożliwia elastyczną restrukturyzację profilu oddziałów, ułatwiając konsolidację placówek. Natomiast przepisy o trwałości projektów unijnych w ochronie zdrowia nadal obowiązują „ponad/ obok” reformą szpitalnictwa: restrukturyzacja jest dopuszczalna, ale nie może prowadzić do tzw. „znaczącej modyfikacji” projektu w okresie trwałości (zwykle 5 lat od płatności końcowej), chyba że zostanie zaakceptowana przez instytucję zarządzającą. Oznacza to, że przy zmianach profilu, konsolidacjach czy przekształceniach własnościowych trzeba każdorazowo oceniać wpływ na projekt i prowadzić dialog z instytucją wdrażającą.

Reforma szpitalnictwa (elastyczniejsze profile, konsolidacje, nowe formy organizacyjne) jest dopuszczalna, ale musi uwzględniać, że infrastruktura sfinansowana z funduszy UE powinna nadal służyć udzielaniu świadczeń w zakresie określonym we wniosku projektowym i umowie. Przy planowaniu zmian takich jak łączenie oddziałów, zmiana profilu, przeniesienie sprzętu czy zmiana właściciela infrastruktury konieczna jest analiza, czy nie dochodzi do istotnej modyfikacji projektu i – w razie ryzyka – uzyskanie zgody instytucji zarządzającej lub odpowiednia modyfikacja umowy.

Z punktu widzenia szpitala nieocenione byłyby:

Jednoznaczne wytyczne MZ + instytucji zarządzających funduszami UE, wprost odnoszące się do typowych scenariuszy (SPZOZ → spółka, połączenie szpitali, zmiana profilu oddziału objętego projektem, przeniesienie sprzętu).

Takie działanie można by zrealizować bez zmiany przepisów – w formie komunikatów, wytycznych/FAQ – i one w wielu przypadkach wystarczyłyby, by nie blokować ewentualnych ruchów z obawy przed automatycznym zwrotem dotacji.

Na opisanym „styku” główną barierą jest dziś nie tyle literalny zakaz w prawie, ile rozproszone i ostrożne podejście instytucji do zmian w projektach. Dlatego z perspektywy szpitali najszybszym i najbardziej użytecznym krokiem byłoby wydanie spójnych wytycznych i interpretacji (MZ + IZ/IP), które z góry określą „bezpieczne” scenariusze przekształceń i standard postępowania, a w drugiej kolejności – korekta przepisów ułatwiająca dokonanie zmian.

10. Zmiana w Art. 159a [Zmiana kwalifikacji świadczeniodawcy] umożliwiła dokonywanie przekształceń m.in. przez zmianę umowy z NFZ „polegającej na wykreśleniu danego profilu systemu zabezpieczenia” oraz zawarcie umowy obejmującej „udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profilu odpowiadającego wykreślonemu profilowi systemu zabezpieczenia, realizowanego w trybie hospitalizacji planowej albo trybie leczenia jednego dnia (...)”.

Obowiązujące Zarządzenie nr 37/2024/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne w §4 ust. 2 wskazuje z kolei rozłączność: umowa w danym zakresie świadczeń (np. chirurgia ogólna) dla jednego świadczeniodawcy może być tylko w jednym trybie – hospitalizacja albo planowa albo leczenie jednego dnia.

W sytuacji szpitala, który posiada oddziały jednoimienne/ o tym samym profilu w różnych lokalizacjach, przekształcenie jest mocno utrudnione.

Dla dopuszczenia dwóch profili wymagane byłoby dokonanie zmiany § 4 ust. 2 Zarządzenia z "Umowa w rodzaju leczenie szpitalne zawierana jest w odniesieniu do jednego świadczeniodawcy w danym zakresie świadczeń, w ramach hospitalizacji albo w ramach hospitalizacji planowej, albo w ramach „leczenia jednego dnia” na wartość docelową np. "Umowa w rodzaju leczenie szpitalne zawierana jest w odniesieniu do jednego świadczeniodawcy w danym zakresie świadczeń i **danej lokalizacji**, w ramach hospitalizacji albo w ramach hospitalizacji planowej, albo w ramach "leczenia jednego dnia." Ewentualnie inne sformułowanie w jasny sposób dopuszczające posiadanie różnych profili w różnych lokalizacjach.

11. Dla przyspieszenia i zwiększenia skuteczności przeprowadzania potrzebnych przekształceń, należy rozważyć możliwość stworzenia warunków dla organizowania konsorcjów podmiotów leczniczych, które mogłyby współpracować na zasadzie świadczenia wzajemnego usług. Należałoby wprowadzić rozwiązanie zwalniające te konsorcja ze zastosowania procedury zgodnej z prawem zamówień publicznych, co dałoby możliwości zmniejszenia kosztów funkcjonowania i zwiększyłoby efektywność współpracujących podmiotów leczniczych.

Przedstawione w niniejszym stanowisku uwagi i propozycje, w ocenie Zarządu Związku Województw Rzeczypospolitej Polskiej wskazują na bardzo ważne zagadnienia, do rozwiązania których zachęcamy, wyrażając niniejszym gotowość współdziałania w tworzeniu efektywnego i przyjaznego systemu ochrony zdrowia.


Olgierd Geblewicz
Prezes Zarządu
Związku Województw Rzeczypospolitej Polskiej

Stanowisko kieruje się do :

1. Jolanta Sobierańska-Grenda, Minister Zdrowia

