

UZASADNIENIE

Niniejszą reformę poprzedziły prace Zespołu do spraw przygotowania rozwiązań legislacyjnych dotyczących restrukturyzacji podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne powołanego przez Ministra Zdrowia na mocy zarządzenia z dnia 23 grudnia 2020 r. (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2020 r. poz. 120, z późn. zm.), których efektem był Raport w sprawie założeń reformy szpitalnictwa opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w dniu 31 maja 2021 r. (w załączeniu do OSR). W opracowaniu projektu ustawy brał udział Zespół do spraw przygotowania projektu przepisów w zakresie postępowań naprawczych podmiotów szpitalnych powołany przez Ministra Zdrowia na mocy zarządzenia z dnia 30 czerwca 2021 r. (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 45, z późn. zm.).

I. Potrzeba i cel projektu ustawy

Od lat prawidłowe funkcjonowanie publicznych podmiotów szpitalnych w Rzeczypospolitej Polskiej ograniczone jest przez szereg czynników. Podstawowym zjawiskiem utrudniającym rozwój podmiotów szpitalnych jest ich pogarszająca się sytuacja finansowa, przejawiająca się głównie rosnącym zadłużeniem. Nie bez wpływu na nią pozostanie również Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 roku, sygn. akt K 4/17, który de facto ograniczył katalog źródeł finansowania podmiotów szpitalnych działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (spzoz). Negatywnymi czynnikami charakteryzującymi działalność podmiotów szpitalnych są też: zjawisko tzw. „wielowładztwa”, czyli występowanie różnych podmiotów tworzących nadzorujących te podmioty na określonym obszarze, nie zawsze uzasadniona konkurencja między podmiotami szpitalnymi, utrzymywanie nieefektywnie wykorzystywanej bazy, czy podwyższonej gotowości, nieskoordynowana opieka nad pacjentem na danym terenie, niedoinwestowanie sektora szpitalnictwa, niewystarczające lub nieadekwatne do potrzeb zdrowotnych ludności zasoby systemu, czy w końcu brak skoordynowania działań zarządczych, np. w ramach zarządzania kryzysowego, co najlepiej uwidoczniły działania w ramach zwalczania epidemii COVID-19.

W związku z powyższym, przedkłada się niniejszy projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, mający na celu osiągnięcie efektów na kilku płaszczyznach. Projekt ten po wejściu w życie ma pozwolić na optymalizację jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa pacjenta przez wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących jakości i efektów leczenia (koncentrację leczenia specjalistycznego) oraz zwiększenie

dostępności udzielanych świadczeń. Ustawa ma również zapewnić prowadzenie spójnej polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń medycznych dzięki optymalnemu zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych obywateli, zgodnego z mapą potrzeb zdrowotnych i planami transformacji. Dzięki powołaniu Agencji Rozwoju Szpitali, zwanej dalej „Agencją”, utworzony zostanie profesjonalny, centralny system nadzoru nad procesami rozwojowymi i naprawczo-rozwojowymi, które będą zachodziły w podmiotach szpitalnych. Zasadniczym celem Agencji będzie zapewnienie rozwoju sektora szpitalnictwa oraz wspieranie procesów naprawczych podmiotów szpitalnych. Wspierane będą również inwestycje w tych podmiotach dzięki skoordynowaniu działań na rzecz poprawy efektywności i jakości usług w obszarze szpitalnictwa, a także skierowaniu na ten cel środków z różnych źródeł: budżetu państwa oraz funduszy unijnych. Ustawa ma też na celu wdrożenie skutecznych mechanizmów restrukturyzacyjnych poprawiających rentowność podmiotów szpitalnych i ich stabilność finansową, w tym również restrukturyzację zobowiązań tych jednostek. Proponowane rozwiązania legislacyjne mają pozwolić także na koordynację i optymalizację wykorzystania bazy materialnej systemu, uporządkowanie struktury świadczeniodawców oraz wprowadzenie mechanizmów stymulujących integrację i koordynację świadczeń szpitalnych, a co za tym idzie brak dublowania oferowanych świadczeń i eliminację konieczności utrzymywania w części podmiotów szpitalnych wykwalifikowanego personelu medycznego. W dalszej kolejności ustawa pozwoli na uniknięcie konkurencji pomiędzy podmiotami szpitalnymi o tych samych pacjentów i kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia, zwanym dalej „Funduszem”. Dzięki wykorzystaniu efektu skali, przez interwencje obejmujące wszystkie podmioty szpitalne, planuje się ograniczenie kosztów funkcjonowania podmiotów szpitalnych. Ponadto, celem zaprojektowanych przepisów jest efektywniejsze wykorzystanie dostępnych zasobów kadrowych podmiotów szpitalnych i nowoczesnej infrastruktury medycznej, a także wzmocnienie kadry zarządzającej i popularyzacja nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w ochronie zdrowia, jak również certyfikacja umiejętności kadry zarządzającej.

Celem wprowadzanych zmian legislacyjnych jest osiągnięcie korzyści dla pacjenta wynikających z dobrze działającego systemu leczenia szpitalnego, przede wszystkim przez dopasowanie tego systemu do struktury demograficznej i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności. Pacjenci skorzystają również na odpowiedniej alokacji nakładów finansowych oraz koncentracji świadczeń i profilowaniu szpitali, jak również ich usieciowieniu w zakresie realizowanych profili świadczeń. Koncentracja procedur wysokospecjalistycznych w

ośrodkach kompetencji będzie miała na celu poprawę wyników leczenia, zwiększenie dostępności do nowoczesnych technologii i terapii medycznych oraz rozwój kadr medycznych.

Przygotowany projekt ustawy ma umożliwić i wspierać modernizację oraz poprawę efektywności szpitalnictwa przez:

- 1) poprawę efektywności ekonomicznej podmiotów szpitalnych przez dokonanie ich oceny i przypisanie do odpowiedniej kategorii, która będzie warunkowała działania rozwojowe i naprawcze jakie zostaną podjęte w poszczególnych podmiotach, między innymi restrukturyzację ich zadłużenia;
- 2) zmianę profilu i dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, mapy potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz sieci szpitali;
- 3) współpracę pomiędzy podmiotami nadzorującymi oraz współpracę między podmiotami szpitalnymi, w tym w zakresie konsolidacji funkcji medycznych i koncentracji zasobu ludzkiego oraz świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji, która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów, a także realizację innych zadań dotyczących podmiotów szpitalnych takich jak organizowanie i koordynowanie wspólnych zakupów oraz wsparcie finansowe, merytoryczne i eksperckie;
- 5) podnoszenie jakości zarządzania podmiotami szpitalnymi przez certyfikację oraz rozwój kompetencji kadry menedżerskiej, a także wprowadzanie lub ulepszanie zarządzania procesowego podmiotem szpitalnym;
- 6) aktualizację systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (sieci szpitali).

Zaproponowane rozwiązania mają stanowić także podstawę do działań na rzecz racjonalizacji piramidy opieki zdrowotnej poprzez przesunięcie niektórych świadczeń zdrowotnych na niższe poziomy opieki (np. opieka ambulatoryjna, długoterminowa), także w ramach funkcjonowania podmiotów szpitalnych, które oprócz świadczeń stricte szpitalnych udzielają także świadczeń na innych poziomach, a także zmianę zakresu i struktury świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty szpitalne z uwzględnieniem planów transformacji i mapy potrzeb zdrowotnych.

II. Stan obecny

W Polsce na koniec 2020 r. funkcjonowało 575 szpitali publicznych zdefiniowanych w przedmiotowym projekcie ustawy jako podmioty szpitalne, tj. podmioty lecznicze udzielające świadczeń szpitalnych, działające w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (428), instytutów badawczych (14) oraz spółek kapitałowych (133, w tym 125 ze 100% kapitałem publicznym) z większościovym udziałem Skarbu Państwa, jednostek samorządu terytorialnego lub uczelni medycznych, z wyłączeniem takich podmiotów leczniczych, jak: jednostki lecznictwa uzdrowiskowego, podmioty świadczące usługi w trybie leczenia jednego dnia, zakłady i ośrodki rehabilitacji, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz podmioty udzielające świadczeń wyłącznie w zakresie terapii uzależnień. Należy podkreślić, iż tzw. szpitale psychiatryczne objęte są zakresem niniejszej ustawy, gdyż świadczenia udzielane w szpitalnych oddziałach psychiatrycznych wpisują się w definicję świadczenia szpitalnego w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, a także w kontekście zapisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Analizując przedmiotowe podmioty szpitalne pod kątem podmiotów tworzących tych jednostek, a w przypadku spółek kapitałowych – ich większościovych udziałowców/akcjonariuszy, należy stwierdzić, że najwięcej podmiotów szpitalnych prowadzonych jest przez powiaty (255, tj. 44% ogółu) oraz samorządy województw (175, tj. 31%). Podmioty szpitalne prowadzone przez miasta na prawach powiatu stanowiły 8% ogółu (46 szpitali), a podmioty gminne zaledwie 2% (13 jednostek). Podmiotów szpitalnych klinicznych, czyli nadzorowanych przez uczelnie medyczne było według stanu na dzień 31 grudnia 2020 roku 38, co stanowiło 7% szpitali publicznych. Z kolei podmioty szpitalne resortowe, tj. nadzorowane przez Ministra Zdrowia, Ministra Obrony Narodowej lub Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji występujące w liczbie 48 stanowiły łącznie 8% ogólnej liczby podmiotów szpitalnych. Do tej ostatniej grupy zaliczają się również instytuty badawcze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne: 12 nadzorowanych przez Ministra Zdrowia oraz 2 nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej.

W obecnym stanie prawnym brak jest w praktyce profesjonalnego, centralnego systemu nadzoru nad procesami zachodzącymi w podmiotach szpitalnych. Nadzór nad takimi jednostkami ogranicza się do nadzoru ze strony podmiotów tworzących lub nadzorujących, który nie jest skoordynowany.

Podobnie wygląda obecnie sytuacja w zakresie przygotowywania i nadzoru nad realizacją przez podmioty szpitalne programów naprawczych i restrukturyzacyjnych, które pomimo nadzoru podmiotów tworzących lub nadzorujących są nieefektywne i nie poprawiają w znacznym stopniu sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych.

Wielkością ekonomiczną charakteryzującą sytuację finansową szpitali publicznych w Polsce jest kwota posiadanych przez te jednostki zobowiązań, w tym zobowiązań wymagalnych to znaczy takich, dla których termin płatności już upłynął. Zobowiązania ogółem szpitali publicznych w latach 2017–2020 systematycznie zwiększały swoją wartość z poziomu 14 148 mln zł do 20 062 mln zł, natomiast zobowiązania wymagalne wzrosły z poziomu 1 617 mln zł do 2 112 mln zł. Według danych na dzień 31 grudnia 2020 roku największy udział w generowaniu zobowiązań zarówno ogółem, jak i wymagalnych szpitali publicznych miały jednostki utworzone i nadzorowane przez powiaty i miasta na prawach powiatu – łącznie około 35% całości zobowiązań. Podobną wartość zobowiązań wygenerowały szpitale nadzorowane przez samorzady województw.

Wartym podkreślenia jest fakt, że równoległe do pogarszającej się sytuacji finansowej szpitali publicznych, znacząco zwiększają się nakłady na ochronę zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej. Brak centralnego nadzoru nad procesami zachodzącymi w podmiotach powoduje nieoptymalne dysponowanie rosnącymi środkami finansowymi.

Pogarszająca się sytuacja finansowa nie jest obecnie jedynym czynnikiem utrudniającym prawidłowe funkcjonowanie podmiotów szpitalnych. W znacznym stopniu utrudnia je również zjawisko tzw. „wielowładztwa”, tj. pełnienia wobec podmiotów szpitalnych funkcji nadzorczych przez wiele różnych jednostek, głównie samorządu terytorialnego. Występowanie wielu podmiotów nadzorujących odpowiadających za funkcjonowanie poszczególnych podmiotów szpitalnych na danym terenie nie służy również zapewnieniu kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych.

Zauważalną i niekorzystną dla funkcjonowania podmiotów szpitalnych jest także nieuzasadniona konkurencja pomiędzy tymi jednostkami o pacjentów, personel medyczny oraz zasoby materialne. Zjawisko to w tym przypadku nacechowane jest negatywnie, gdyż podmioty szpitalne prowadzące działalność na tym samym terenie nie powinny powielać świadczonych usług, prowadząc de facto wobec siebie działalność konkurencyjną, a wzajemnie się w tym zakresie uzupełniać, co z punktu widzenia pacjenta zapewniłoby kompleksowość oferowanej

opieki zdrowotnej. Z kolei rywalizacja o personel medyczny istotnie wpływa na zwiększenie kosztów wynagrodzeń ponoszonych przez podmioty szpitalne.

Nadmiarowe koszty działalności podmiotów szpitalnych generuje także utrzymywanie nieefektywnie wykorzystywanej bazy, jak również nieuzasadnione faktycznymi potrzebami utrzymywanie przez część podmiotów szpitalnych podwyższonej gotowości.

Kolejnym czynnikiem utrudniającym funkcjonowanie i ograniczającym rozwój sektora szpitalnictwa jest jego niedoinwestowanie. Z uwagi na skalę potrzebnych nakładów inwestycyjnych, jedynie część świadczeniodawców jest w stanie zapewnić w miejscu udzielania świadczeń szerokie spectrum badań diagnostycznych i wysoki poziom leczenia. W tym kontekście warto wspomnieć o bardzo wysokim poziomie kosztów wynagrodzeń z ubezpieczeniami społecznymi oraz kontraktami lekarskimi i pielęgniarskimi w kosztach ogółem podmiotów szpitalnych (w szpitalach i instytutach badawczych średnio na poziomie prawie 60%). Ta okoliczność niewątpliwie wpływa na ograniczenie możliwości inwestycyjnych podmiotów szpitalnych. Dlatego też tak istotne jest zintensyfikowanie modernizacji i wsparcia efektywności szpitalnictwa.

Z niedoinwestowaniem wiążą się pośrednio również zasoby systemu ochrony zdrowia, które w przypadku części podmiotów szpitalnych są niewystarczające, a w przypadku innych, nieadekwatne do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności.

Ponadto, ogłoszony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stan epidemii w związku z rozprzestrzenianiem się choroby COVID-19 w jaskrawy sposób pokazał jak trudno prowadzić skoordynowanie działania zarządcze (zarządzanie kryzysowe) w sytuacji wymuszającej długotrwałe uzgodnienia pomiędzy różnymi podmiotami nadzorującymi podmioty szpitalne. Dodatkowo większa liczba tych podmiotów, przy braku jednostki koordynującej i nadzorującej kompleksowo procesy zachodzące w całym sektorze szpitalnictwa, nie sprzyja również prowadzeniu spójnej polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń medycznych oraz optymalnemu zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych, zgodnemu z mapą potrzeb zdrowotnych i planami transformacji.

Jednocześnie, w związku z brakiem jasnych wymogów określających niezbędne kwalifikacje osób mogących zarządzać podmiotami szpitalnymi pojawiają się sytuacje, gdzie poziom kompetencji menedżerskich jest niewystarczający.

III. Rozwiązania proponowane w projekcie ustawy

Niniejszy projekt ustawy nie tworzy nowych podmiotów leczniczych czy ich nowych form organizacyjno-prawnych, a dotyczy podmiotów szpitalnych zdefiniowanych jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, spółki kapitałowe, o których mowa w art. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn. zm.) albo instytuty badawcze, które wykonują działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, z wyłączeniem podmiotów wykonujących wyłącznie świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin lub podmiotów leczniczych wykonujących wyłącznie świadczenia szpitalne z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego. Z tego powodu niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji *lex specialis* w stosunku do takich ustaw jak np. ww. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 498). Dla przykładu można wskazać art. 54 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej czy regulacje dotyczące podziału i reorganizacji instytutu badawczego będącego podmiotem szpitalnym, które nie będą mogły być stosowane w trakcie trwania postępowania naprawczo-rozwojowego. W tym kontekście należy zauważyć, że niniejszy projekt reguluje odmiennie kwestie związane z osobami zarządzającymi podmiotem szpitalnym, a przepisy innych ustaw będą stosowały się w tym przedmiocie tylko w zakresie nieuregulowanym w ustawie o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa.

Należy także podkreślić, iż ustawa projektuje rozwiązania i procesy, które mają na celu podejście do każdego podmiotu szpitalnego w sposób indywidualny, z uwzględnieniem jego formy organizacyjno-prawnej, profilu i obszaru działalności.

Rozdział 1 – Przepisy ogólne

Projekt ustawy określa sposób oraz zasady dokonywania oceny i kategoryzacji podmiotów szpitalnych, procedurę tworzenia przez podmiot szpitalny planu rozwojowego oraz planu naprawczo-rozwojowego, a także reguluje kwestie związane z przebiegiem postępowania naprawczo-rozwojowego. Ponadto w ustawie uregulowane zostały kwestie związane z funkcjonowaniem Agencji, jej zadania oraz organizację, a także wymagania związane ze stanowiskiem kierownika podmiotu szpitalnego oraz kwestie dotyczące organizacji i przeprowadzania państwowego egzaminu uprawniającego do zajmowania tego stanowiska.

Należy podkreślić, iż projektowana ustawa, wychodząc naprzeciw zidentyfikowanym problemom związanym z funkcjonowaniem sektora szpitalnictwa, nałoży na podmioty szpitalne przy wsparciu podmiotów nadzorujących (zgodnie z definicją zawartą w art. 2 pkt 14 projektu ustawy), Fundusz oraz Agencję obowiązek dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, mapy potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Obowiązek ten będzie realizowany podczas procesów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych, które będą zachodziły w podmiotach szpitalnych, a także zostanie odzwierciedlony w treści samych planów rozwojowych i planów naprawczo-rozwojowych. Należy podkreślić, że bezpieczne wykorzystanie zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia ma być jednym z elementów (katalog otwarty), które będą brane pod uwagę podczas oceny tego czy działalność danego podmiotu szpitalnego jest dostosowana do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych. Personel medyczny i niemedyczny jest kluczowym elementem funkcjonowania każdego podmiotu szpitalnego, a każdy podmiot jest w stanie indywidualnie ocenić czy liczba lekarzy lub pielęgniarek udzielających świadczeń w danym oddziale w sposób optymalny zabezpiecza bezpieczeństwo pacjenta.

Dodatkowo projektuje się, że podmioty szpitalne będą zobowiązane do współpracy w szczególności w obszarze koncentracji zasobów ludzkich oraz udzielania świadczeń zdrowotnych i konsolidacji funkcji medycznych, zaś podmioty nadzorujące będą zobowiązane do wspierania tejże współpracy, a ponadto także do współpracy pomiędzy sobą. Powyższe ma wyeliminować sytuację opisaną w części uzasadnienia przedstawiającej stan obecny, dotyczącą konkurencji pomiędzy podmiotami szpitalnymi o pacjentów, kontrakty z Funduszem, personel medyczny oraz zasoby materialne. Obowiązek ten będzie realizowany podczas procesów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych, które będą zachodziły w podmiotach szpitalnych, a także zostanie odzwierciedlony w treści samych planów rozwojowych i planów naprawczo-rozwojowych.

Projektowane w ustawie procesy i mechanizmy mają doprowadzić do modernizacji i poprawy działalności podmiotów szpitalnych. Jednocześnie celem projektowanych rozwiązań jest także wsparcie rozwoju podmiotów szpitalnych, ciągła optymalizacja ich działalności, dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do lokalnych, regionalnych i krajowych

potrzeb zdrowotnych, wprowadzanie lub ulepszanie zarządzania procesowego, a w przypadku zaistnienia takiej potrzeby także naprawa działalności danego podmiotu szpitalnego, w tym poprzez restrukturyzację jego zadłużenia.

Rozdział 2 – Sąd do spraw restrukturyzacji podmiotów szpitalnych

Art. 6 przewiduje, że sądem właściwym w sprawach, które ustawa zastrzega dla właściwości organu sądowego będzie jeden sąd w Polsce – Sąd Okręgowy w Warszawie.

Przed wszystkim projekt ma na celu stworzenia sądownictwa wyspecjalizowanego, które będzie dedykowane tylko do tej, stosunkowo wąskiej i jednorodnej kategorii spraw, a przez to zdoła wypracować najwyższe standardy orzecznicze gwarantując sprawne i jednolite rozpoznawanie spraw. Dla przykładu w uzasadnieniu projektu ustawy UD 472 (Prawo zamówień publicznych) projektodawca (MPiT) wskazał, że jeden sąd wyspecjalizowany i powołany do rozpoznawania skarg z zakresu zamówień publicznych ma przyczynić się do skrócenia czasu rozpoznawania spraw oraz zapewniania jakości orzeczeń sądowych na najwyższym poziomie.

Projektowane rozwiązanie wynika z następujących względów:

1. Od początku prac nad ustawą z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1588, z późn. zm) rekomendowano, aby sprawy restrukturyzacyjne i upadłościowe rozpoznawane były przez sądy okręgowe¹. Stanowisko takie zostało podtrzymane przez Zespół opracowujący projekt ustawy² oraz zaprezentowane przez podmioty biorące udział w procesie konsultacji społecznych³, w tym przede wszystkim Bank Światowy, przygotowujący dla Ministerstwa Sprawiedliwości ekspertyzę Toward a stronger insolvency framework in Poland⁴. Bank Światowy podkreślił, że kluczowe dla powodzenia reformy prawa upadłościowego i restrukturyzacyjnego jest efektywne

¹ Rekomendacje Zespołu Ministra Sprawiedliwości ds. nowelizacji Prawa upadłościowego i naprawczego, redakcja naukowa: dr M. Porzycki, Warszawa 2012 r., ss. 313-317, ISBN 978-83-929646-9-8.

² Pismo Przewodniczącej Zespołu ds. przygotowania projektów ustaw z zakresu prawa upadłościowego i restrukturyzacyjnego z listopada 2013 r. skierowane do Pana sędziego Wojciecha Hajduka – Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości, w odpowiedzi na pismo z dnia 26 września 2013 r. (sygn. DSO-III-4391-3/13).

³ Pismo Prezesa Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 29 sierpnia 2013 r. skierowane do Ministra Sprawiedliwości, pismo Stowarzyszenia Sędziów Polskich „Iustitia” z dnia 30 sierpnia 2013 r. skierowane do Ministra Sprawiedliwości, pismo Prezesa Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 11 września 2013 r. skierowane do Ministra Sprawiedliwości, pismo Krajowej Izby Syndyków z dnia 11 września 2013 r. skierowane do Ministra Sprawiedliwości, pismo Prezesa Sądu Okręgowego w Krakowie z dnia 16 września 2013 r., pismo Prezesa Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 23 września 2013 r. skierowane do Ministra Sprawiedliwości.

⁴ Toward a stronger insolvency framework in Poland, I. Tirado i in., Washington D.C. 2013 r., ss. 1, 29-30.

zarządzanie kadrami wymiaru sprawiedliwości, w ten sposób aby zwiększać ilość specjalistycznych szkoleń i zatrzymać niepożądaną rotację kadry sędziowskiej w wydziałach upadłościowych⁵. Bank Światowy wprost wskazał na potrzebę przekazania rozpoznawania spraw restrukturyzacyjnych i upadłościowych wykwalifikowanym sędziom, sądom wyższych instancji⁶.

2. Obecnie sprawy restrukturyzacyjne i upadłościowe przedsiębiorców i osób fizycznych, które nie prowadzą działalności gospodarczej, są rozpoznawane przez sądy rejonowe. Przekazanie spraw restrukturyzacyjnych podmiotów szpitalnych do właściwości sądu okręgowego jest zgodne z założeniami, które są podstawą ukształtowania wielostopniowej struktury sądownictwa. W uzasadnieniu postanowienia z dnia 26 lutego 2015 r. (sygn. akt III CZ 6/15) Sąd Najwyższy odnosząc się do powierzenia sądom okręgowym spraw o ochronę praw autorskich i pokrewnych wskazał, że „Przekazanie w art. 17 pkt 2 kpc do właściwości sądów okręgowych spraw o ochronę praw autorskich i pokrewnych motywowane jest – podobnie jak w wypadku innych kategorii spraw wskazanych w tym przepisie – założeniem, że sprawy takie z reguły mają bardziej złożony charakter prawny ze względu na leżące u ich podłoża regulacje. Wymagają one zatem większego doświadczenia, jak również koncentracji w ramach mniejszej liczby sądów, dlatego w pierwszej instancji mają je rozpoznawać sądy okręgowe, a nie sądy rejonowe.”. Pogląd ten jest słuszny i aktualny również w odniesieniu do spraw restrukturyzacyjnych podmiotów szpitalnych.
3. Przekazanie spraw restrukturyzacyjnych podmiotów szpitalnych do właściwości jednego sądu okręgowego, tj. Sądu Okręgowego w Warszawie jest uzasadnione wyjątkową specjalizacją tego sądu w zakresie spraw o szczególnym charakterze. Sąd ten prowadzi sprawy z zakresu: zamówień publicznych, ochrony konkurencji i konsumentów, własności intelektualnej oraz pracy i ubezpieczeń społecznych.

W kontekście zaproponowanych zmian nieuzasadnione jest rozdzielanie spraw naprawczo-rozwojowych i restrukturyzacyjnych (nowoprojektowane postępowanie restrukturyzacyjne jest zasadniczo elementem, jedną ze składowych postępowania naprawczo-

⁵ Op. Cit. ss. 29-30.

⁶ Op. Cit. ss. 1, 29-30.

rozwojowego, regulacyjnego). Za powierzeniem rozpoznawania tych spraw jednemu sądowi okręgowemu przemawia również:

- 1) możliwość połączenia orzekania w jednym sądzie w sprawach dotyczących wszystkich środków ochronnych i restrukturyzacyjnych;
- 2) specjalizacja sędziów okręgowych w sprawach regulacyjnych i restrukturyzacyjnych;
- 3) brak możliwości rozbieżnych decyzji w ramach jednego postępowania naprawczo-rozwojowego, np. co do planu naprawczo-rozwojowego, który w postępowaniu o zatwierdzenie układu jest odpowiednikiem planu restrukturyzacyjnego.

Rozdział 3 – Postępowanie w sprawach z zakresu modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa

Art. 7–9

Projekt ustawy przewiduje, że w sprawach z zakresu modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa prowadzonych przez Agencję, Prezes Agencji będzie wydawał postanowienia. Postanowienia te z uwagi na ich charakter, sprawność działań i niezbędność ich pilnej realizacji będą podlegały natychmiastowemu wykonaniu, przy czym zgodnie z art. 19 sąd na wniosek uczestnika będzie mógł wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji. Jednocześnie w art. 8 projektodawca przewidział, iż mimo że postępowania te nie będą postępowaniami administracyjnym, do postanowień Prezesa Agencji w zakresie nieuregulowanym w ustawie stosować będzie się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 735, z późn. zm.) z wyłączeniem art. 10, art. 15–16, art. 31, art. 37, art. 39¹, art. 48–49b, art. 58–61a, art. 66a, art. 73 § 1a–2, art. 75–96, art. 106–106a i art. 127–163a tej ustawy. Powyższe oznacza, iż do postanowień Prezesa Agencji powinno być stosowane pewne minimum procedury administracyjnej, umożliwiające załatwienie sprawy, jednak z ograniczeniami wynikającymi ze specyfiki postępowań regulowanych przepisami ustawy. Powyższe ma zapewnić, że postępowania będą realizowane w sposób szybki i skuteczny. Jednocześnie mając na uwadze, iż postanowienia Prezesa Agencji zostały wyłączone spod kontroli sądownoadministracyjnej, na rzecz możliwości zaskarżenia ich, w przypadkach przewidzianych w ustawie do sądu do spraw restrukturyzacji podmiotów szpitalnych – Sądu Okręgowego w Warszawie, projektodawca przewidział, iż w odniesieniu do dowodów w sprawach z zakresu modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa w zakresie nieuregulowanym w ustawie stosować będzie się odpowiednio art. 227–277 oraz art. 292–315 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks

postępowania cywilnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 1805, z późn. zm.). Z uwagi na charakter procedowanych spraw w postępowaniu tym nie będzie możliwe przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego.

Art. 10

W celu usprawnienia przepływu informacji oraz przyspieszenia przepływu korespondencji projektodawca przyjął, iż wszelka korespondencja pomiędzy Agencją, podmiotem szpitalnym, podmiotem nadzorującym, nadzorcą podmiotu szpitalnego, zwanym dalej: „nadzorcą” oraz zarządcą podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki, zwanym dalej: „zarządcą” będzie odbywała się za pomocą elektronicznych skrzynek podawczych utworzonych na podstawie ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 2070) z zachowaniem przepisów o tajemnicy prawnie chronionej. Z uwagi na okoliczność, że pisma będą wnoszone i wysyłane za pośrednictwem elektronicznych skrzynek podawczych podmiot szpitalny, dla którego ustanowiony zostanie nadzorca lub zarządca, będzie zobligowany do nadania nadzorcy dostępu do swojej elektronicznej skrzynki podawczej. Rozwiązanie to będzie obowiązywało do dnia 30 czerwca 2024 r., zaś po tej dacie komunikacja będzie odbywała się zgodnie z przepisami ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 569).

Art. 11–12

Stroną postępowań w sprawach z zakresu modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa prowadzonych przez Agencję będzie wyłącznie podmiot szpitalny, którego dane postępowanie będzie dotyczyło, jednakże postanowienia Prezesa Agencji będą doręczane także podmiotowi nadzorującemu oraz nadzorcy i zarządcy, o ile zostali ustanowieni.

Art. 13

Projektodawca przyjął, iż w przypadkach wskazanych w ustawie, na postanowienia Prezesa Agencji przysługiwać będzie zażalenie do sądu do spraw restrukturyzacji podmiotów szpitalnych – Sądu Okręgowego w Warszawie, wnoszone za pośrednictwem Prezesa Agencji przez system teleinformatyczny obsługujący postępowanie sądowe, w terminie 7 dni od dnia doręczenia postanowienia. Postanowieniami Prezesa Agencji, od których przysługiwać będzie zażalenie będą:

- 1) postanowienie o przyznaniu podmiotowi szpitalnemu kategorii A albo B (art. 27 ustawy) – zażalenie będzie przysługiwało podmiotowi szpitalnemu i podmiotowi nadzorującemu;
- 2) postanowienie o przyznaniu podmiotowi szpitalnemu odpowiednio kategorii C albo D, wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego i ustanowieniu nadzorcy (art. 28 ustawy) – zażalenie będzie przysługiwało podmiotowi szpitalnemu i podmiotowi nadzorującemu;
- 3) postanowienie o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego (art. 64 ust. 1 ustawy) – zażalenie będzie przysługiwało podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu, jednakże wyłącznie w zakresie w jakim plan naprawczo-rozwojowy przewiduje przeprofilowanie albo zmienia zakres lub liczbę świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot szpitalny;
- 4) postanowienie o powołaniu nowego kierownika podmiotu szpitalnego kategorii C albo D, działającego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (art. 78 ust. 1 oraz art. 79 ust. 1 projektu ustawy) – zażalenie będzie przysługiwało podmiotowi tworzącemu;
- 5) postanowienie o odebraniu zarządu podmiotowi szpitalnemu kategorii C albo D działającemu w formie spółki, ustanowieniu zarządcy oraz ustaleniu kosztów związanych z funkcjonowaniem organów podmiotu szpitalnego (art. 78 ust. 2 oraz 79 ust. 2 projektu ustawy) – zażalenie będzie przysługiwało podmiotowi szpitalnemu.

W przypadku uchybienia terminu do wniesienia zażalenia do wniosku o przywrócenie terminu będzie się stosować odpowiednio przepisy art. 168–172 Kodeksu postępowania cywilnego.

Dla podkreślenia tego, że w przypadku wszczęcia postępowania naprawczo-rozwojowego na wniosek podmiotu kategorii B zażalenie nie będzie przysługiwało – w art. 51 ust. 2 wskazano wprost tę okoliczność, żeby nie było żadnych wątpliwości, pomimo tego że zażalenie przysługuje tylko w przypadkach wskazanych w ustawie.

W wyniku rozpatrzenia zażalenia sąd będzie wydawał rozstrzygnięcia, o których mowa w art. 17.

Art. 14

Zażalenie na postanowienie Prezesa Agencji powinno spełniać wymagania przewidziane w Kodeksie postępowania cywilnego dla pisma procesowego, a ponadto czynić zadość

wymaganiom określonym w ustawie – rozwiązanie analogiczne jak w art. 581 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129, z późn. zm.).

Art. 15

Postępowanie przed sądem do spraw restrukturyzacji podmiotów szpitalnych, tj. przed Sądem Okręgowym w Warszawie będzie prowadzone z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego obsługującego postępowanie sądowe, który jest dedykowany dla postępowań upadłościowych i restrukturyzacyjnych. Oznacza to, że cała korespondencja pomiędzy Agencją, a sądem będzie odbywała się za pośrednictwem tego systemu z wykorzystaniem konta Agencji prowadzonego w systemie teleinformatycznym obsługującym postępowanie sądowe. Zażalenie na postanowienia Prezesa Agencji będą wnoszone do sądu, ale za pośrednictwem Prezesa Agencji. Prezes Agencji nie będzie weryfikował spełnienia wymogów formalnych przewidzianych dla zażalenia ani nie będzie weryfikował, czy zażalenie zostało opłacone. Prezes Agencji będzie w terminie 14 dni od dnia wpływu zażalenia, w przypadku stwierdzenia braku przesłanek warunkujących zastosowanie trybu przewidzianego w art. 16, przekazywał zażalenie do sądu za pośrednictwem systemu teleinformatycznego obsługującego postępowanie sądowe wraz z odpowiedzią na zażalenie. Jednocześnie z przekazaniem zażalenia Prezes Agencji udostępni sądowi za pośrednictwem systemu teleinformatycznego obsługującego postępowanie sądowe akta sprawy, co technicznie może polegać na przekazaniu linku do akt sprawy prowadzonych w formie elektronicznej.

Art. 16

Jedynym wyjątkiem od zasady przekazania zażalenia do sądu jest sytuacja, w której Prezes Agencji uzna zażalenie w całości za zasadne. Wówczas będzie mógł – nie przekazując zażalenia oraz nie udostępniając akt sądowi – uchylić albo zmienić swoje postanowienie w całości lub w części, o czym niezwłocznie powiadomi podmiot szpitalny i podmiot nadzorujący oraz nadzorcę lub zarządcę (o ile zostali ustanowieni), przesyłając im nowe postanowienie, na które będzie przysługiwało zażalenie. Projektowane rozwiązanie ma usprawnić i przyspieszyć postępowanie w sytuacjach oczywistych. Jest ono również wyrazem założenia, że w miarę możliwości należy ograniczać liczbę spraw i zażeń kierowanych do sądu. Należy podkreślić, iż tożsame rozwiązanie zawiera art. 479⁵⁹ Kodeksu postępowania cywilnego. Ewentualne braki formalne zażalenia, które nie podlegają badaniu przez Prezesa Agencji, nie będą stanowiły przeszkody do skorzystania przez niego z instytucji zawartej w projektowanym artykule.

Art. 17

Braki formalne i fiskalne zażalenia będą badane przez sąd do spraw restrukturyzacji podmiotów szpitalnych zgodnie z ogólnymi przepisami Kodeksu postępowania cywilnego dotyczącymi pism procesowych. W przypadku wniesienia zażalenia po terminie, niezapełnienia braków formalnych lub fiskalnych sąd odrzuci zażalenie. Sąd oddali zażalenie, jeśli jest ono bezzasadne. W razie uwzględnienia zażalenia sąd zmieni zaskarżone postanowienie w całości lub w części i orzeknie co do istoty sprawy albo uchyli zaskarżone postanowienie i przekaże sprawę Prezesowi Agencji do ponownego rozpatrzenia. W każdym przypadku na postanowienie sądu przysługuje zażalenie do Sądu Apelacyjnego w Warszawie zgodnie z art. 21 ust. 1.

Art. 18

Uczestnikiem postępowania wszczętego na skutek wniesienia zażalenia zawsze będzie skarżący, a w każdym przypadku również Agencja i podmiot szpitalny. Uczestnikiem postępowania co do zasady nie będzie podmiot nadzorujący, nadzorca ani zarządca, ale ze względów informacyjnych sąd będzie doręczał podmiotowi nadzorującemu, nadzorcy i zarządcy odpis postanowienia kończącego postępowanie.

Art. 19

Postanowienia Prezesa Agencji będą wykonalne z chwilą ich wydania. W przypadku wniesienia zażalenia sąd będzie mógł, na wniosek uczestnika zawarty w zażaleniu, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy.

Art. 20

Termin na rozpoznanie sprawy przez sąd wskazany w art. 20 ma charakter instrukcyjny. Projektowane rozwiązanie jest wyrazem dążenia do zapewnienia sprawności i szybkości postępowania przed sądem, które jest elementem procesu naprawy i modernizacji podmiotów szpitalnych. Proces ten z założenia powinien przebiegać sprawnie w celu osiągnięcia pełnej efektywności planowanych działań.

Art. 21

Na każde postanowienie sądu do spraw restrukturyzacji podmiotów szpitalnych będzie przysługiwało zażalenie do sądu drugiej instancji – Sądu Apelacyjnego w Warszawie, w tym również na te, które według przepisów Kodeksu postępowania cywilnego są niezaskarżalne albo są zaskarżalne poziomo. Projekt ustawy nie przewiduje zażaleń „poziomych”. Dewolutywność zażaleń jest uzasadniona zarówno istotnością podejmowanych przez Sąd

Okręgowy rozstrzygnięć, jak również koniecznością sprawowania kontroli judykacyjnej przez sąd wyższego rzędu w sprawach, które będą stanowiły novum w praktyce orzeczniczej. Termin na rozpoznanie zażalenia przez sąd drugiej instancji ma charakter instrukcyjny.

Art. 22

W sprawach nieuregulowanych w ustawie do postępowania przed sądem i przed sądem odwoławczym będą stosowane odpowiednio przepisy ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne. Oznacza to w szczególności, że postępowanie przed sądem do spraw restrukturyzacji podmiotów szpitalnych będzie prowadzone z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego obsługującego postępowanie sądowe. Prawo restrukturyzacyjne będzie regulowało cały przebieg postępowania, w tym w szczególności zasady wydawania orzeczeń oraz doręczenia. Przez odwołanie zawarte w art. 209 Prawa restrukturyzacyjnego w zakresie nieuregulowanym w Prawie restrukturyzacyjnym, do postępowania przed sądem do spraw restrukturyzacji podmiotów szpitalnych będą stosowane odpowiednio przepisy Kodeksu postępowania cywilnego o postępowaniu procesowym.

Rozdział 4 – Kategorie i kryteria oceny podmiotu szpitalnego

Art. 23 i 26

Zdecydowano, że podstawowym źródłem danych finansowych do przeprowadzenia kategoryzacji podmiotów szpitalnych będą sprawozdania finansowe tych jednostek. Sprawozdanie finansowe będzie składane przez kierownika podmiotu szpitalnego do Agencji w terminie 7 dni od dnia jego zatwierdzenia, a w przypadku braku takiego zatwierdzenia w terminie 7 dni od dnia upływu terminu określonego w art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, z późn. zm.), a następnie również w terminie 7 dni od dnia jego zatwierdzenia. Pozwoli to uniknąć sytuacji, w której ewentualny brak zatwierdzenia sprawozdania finansowego uniemożliwiłby zakwalifikowanie podmiotu szpitalnego do kategorii C albo D.

Ponieważ do określenia kategorii podmiotu szpitalnego wykorzystywane będą dane o zobowiązaniach wymagalnych, niezbędne jest wyposażenie Agencji w uprawnienie do gromadzenia i przetwarzania danych, o których mowa w art. 23 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666, z późn. zm.). Dane podmiotów szpitalnych zbierane na podstawie ww. przepisu przekazywane są kwartalnie za pośrednictwem Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia i będą jednocześnie

wykorzystywane do oceny i monitoringu sytuacji ekonomiczno-finansowej. Ponadto, do oceny i monitoringu sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów szpitalnych niezbędne będzie uprawnienie Agencji do gromadzenia i przetwarzania danych dotyczących funkcjonowania podmiotów szpitalnych, w tym operacyjnych, dotyczących ich sytuacji ekonomiczno-finansowej, a także planów rozwojowych i planów naprawczo-rozwojowych oraz sprawozdań z ich realizacji. Powyższe ma umożliwić także dokonania pełnej oceny i przyznanie kategorii w przypadku nieuzasadnionego braku przekazania Agencji sprawozdania finansowego przez podmiot szpitalny.

Do określenia poszczególnych kategorii przyznawanych podmiotom szpitalnym zdecydowano się wykorzystać cztery wskaźniki ekonomiczno-finansowe, które najlepiej charakteryzują sytuację finansową podmiotu w najważniejszych jej aspektach: rentowności, płynności finansowej oraz poziomu zobowiązań, w tym zobowiązań wymagalnych, czyli takich, dla których termin płatności upłynął.

Zdecydowano, że rentowność prowadzonej przez podmiot szpitalny działalności oceniana będzie przy użyciu wskaźnika rentowności działalności operacyjnej, która uwzględnia działalność na sprzedaży i pozostałą działalność operacyjną. Rentowność działalności operacyjnej jest wielkością, która odnosi się do bieżącej działalności podmiotu szpitalnego i najlepiej obrazuje, czy podejmowane decyzje o charakterze operacyjnym skutkują finalnie dodatnim czy ujemnym efektem finansowym. Rentowność ta nie obejmuje działalności finansowej, której ujemna wartość może wynikać z wysokiej wartości kosztów finansowych będących efektem zaciągniętych w przeszłości zobowiązań. W przypadku podmiotów szpitalnych już zrestrukturyzowanych, które wykazują dodatnią rentowność działalności operacyjnej, ale z powodu wysokich kosztów finansowych prezentują ujemny wynik netto, wymagane może być wsparcie innego rodzaju niż restrukturyzacja działalności.

Płynność finansowa podmiotów szpitalnych, określająca zdolność tych podmiotów do terminowego regulowania zaciągniętych zobowiązań krótkoterminowych będzie oceniana przy użyciu wskaźnika płynności szybkiej. Argumentem przemawiającym za wyborem wskaźnika płynności szybkiej, a nie wskaźnika płynności bieżącej jest fakt, że ten ostatni w swej konstrukcji uwzględnia również zapasy jako potencjalne źródło pokrycia zobowiązań krótkoterminowych. Ciężko jednak uznać, że posiadane przez podmioty szpitalne zapasy, w tym materiały medyczne i leki, stanowią najbardziej płynne aktywa mogące służyć spłacie

zobowiązań. Stąd zdecydowano się na wybór wskaźnika płynności szybkiej, do kalkulacji którego przyjmuje się aktywa obrotowe pomniejszone między innymi o zapasy.

Poziom zadłużenia podmiotów szpitalnych, z uwagi na znaczne zróżnicowanie skali działalności prowadzonej przez poszczególne jednostki, zdecydowano się analizować w odniesieniu do wielkości osiągniętych w ciągu roku przychodów. Porównanie posiadanych zobowiązań ogółem do przychodów ogółem pozwala określić jaka część rocznych przychodów potrzebna byłaby do uregulowania całości zobowiązań posiadanych przez podmiot szpitalny, natomiast wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem obrazuje jaką część uzyskanych przychodów należałoby przeznaczyć na pokrycie zobowiązań najbardziej pilnych, których termin płatności upłynął. Relatywne ujęcie zobowiązań w stosunku do przychodów zapewni porównywalność pomiędzy podmiotami szpitalnymi i nie będzie dyskryminować dużych podmiotów szpitalnych, które w sposób oczywisty posiadają większe zobowiązania w ujęciu nominalnym niż jednostki prowadzące działalność o mniejszej skali. Dodatkowo, uznano, że odniesienie zobowiązań do przychodów lepiej określi możliwość ich spłaty niż w przypadku wskaźnika zadłużenia aktywów liczonego jako stosunek zobowiązań do sumy aktywów. Argumentem przemawiającym za tym wyborem jest fakt, że w przypadku podmiotów szpitalnych część aktywów może być udostępniona przez podmioty tworzące w formie niepozwalającej na ujęcie w ewidencji bilansowej podmiotu szpitalnego, a także ze względu na różny stopień zamortyzowania aktywów.

Art. 24 i 29

W art. 24 projekt ustawy przewiduje, że wszystkie podmioty szpitalne, począwszy od 2023 r. (zgodnie z projektowanym art. 151), będą równocześnie, co trzy lata, podlegać z urzędu obowiązkowej ocenie i przyznaniu jednej z kategorii (kategoryzacja obligatoryjna). Prezes Agencji, w terminie do dnia 31 marca, będzie publikował na stronie podmiotowej Agencji wykaz podmiotów szpitalnych podlegających kategoryzacji w danym roku. Jednocześnie projektodawca przewidział także w art. 29 ustawy możliwość przeprowadzenia przez Agencję dodatkowej kategoryzacji na wniosek podmiotu szpitalnego albo podmiotu nadzorującego, złożony nie wcześniej niż w dniu zatwierdzenia sprawozdania finansowego za rok poprzedni, wraz z niezbędnymi dokumentami. Wskazania wymaga, iż kategoryzacji obligatoryjnej będą podlegały także podmioty szpitalne, którym na skutek ww. wniosku zmieniono kategorie. Kategoryzacja obligatoryjna ma więc obejmować za każdym razem wszystkie podmioty szpitalne bez względu na okoliczność, ile faktycznie czasu upłynęło od przyznania im kategorii.

Art. 25

W wyniku dokonanej przez Agencję oceny sytuacji finansowej podmiotu szpitalnego, każdemu podmiotowi szpitalnemu zostanie przyznana jedna z czterech kategorii.

Kategoria A zostanie przyznana podmiotowi szpitalnemu w dobrej sytuacji finansowej, w przypadku którego spełnione zostaną łącznie następujące warunki:

- 1) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość większą niż 0,0%;
- 2) wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość większą niż 1,00;
- 3) wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość mniejszą niż 0,2%;
- 4) wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmuje wartość mniejszą niż 30,0%.

Kategoria B zostanie przyznana podmiotowi szpitalnemu wymagającemu wdrożenia działań optymalizacyjnych, który z uwagi na swoją sytuację finansową, nie został zakwalifikowany do kategorii A, C albo D.

Kategoria C zostanie przyznana podmiotowi szpitalnemu wymagającemu wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, który nie będzie kwalifikował się do kategorii D oraz w przypadku którego spełniony będzie warunek wskazany w pkt 1 lub 2, tj.:

- 1) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż -2,0% i jednocześnie wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,70;
- 2) wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 5,0% i jednocześnie mniejszą lub równą 15,0%.

Kategoria D zostanie przyznana podmiotowi szpitalnemu wymagającemu pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w przypadku którego wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmować będzie wartość większą niż 15,0% lub w przypadku którego spełnione zostaną łącznie następujące warunki:

- 1) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż -5,0%;
- 2) wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,35;
- 3) wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 50,0%.

Rozdział 5 – Przyznanie kategorii podmiotowi szpitalnemu i zmiana przyznanej kategorii

Art. 27–30

Przyznanie kategorii będzie następowało w drodze postanowienia Prezesa Agencji. W zależności od tego do jakiej kategorii podmiot szpitalny zostanie zakwalifikowany Prezes Agencji wyda postanowienie o przyznaniu podmiotowi szpitalnemu kategorii A albo B, bądź też postanowienie o przyznaniu podmiotowi szpitalnemu kategorii C albo D, wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego i ustanowieniu nadzorcy. Na postanowienia te podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu będzie służyło zażalenie. Jednocześnie projektodawca przewidział w art. 29 ustawy możliwość przeprowadzenia przez Agencję dodatkowej kategoryzacji na wniosek podmiotu szpitalnego albo podmiotu nadzorującego, złożony nie wcześniej niż w dniu zatwierdzenia sprawozdania finansowego za rok poprzedni, wraz z niezbędnymi dokumentami. Prezes Agencji będzie publikował na bieżąco na stronie podmiotowej Agencji wykaz podmiotów szpitalnych wraz z informacją o przyznanej kategorii.

Rozdział 6 – Zasady oraz warunki tworzenia planu rozwojowego podmiotu szpitalnego kategorii A albo B

Art. 31, 33 i 36

W celu zapewnienia ciągłego rozwoju podmiotu szpitalnego, kierownik podmiotu szpitalnego, któremu przyznano kategorię A albo B, w porozumieniu z podmiotem nadzorującym, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki z radą nadzorczą albo komisją rewizyjną, opracowywać będzie plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii A albo B, dalej zwany: „planem rozwojowym”. Sporządzenie planu poprzedzone będzie przeprowadzeniem przez podmiot szpitalny analiz: operacyjnych, ekonomicznych, efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowych, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Opracowując plan rozwojowy kierownik podmiotu szpitalnego będzie musiał uwzględnić w nim realizację ciążącego na podmiocie szpitalnym obowiązku dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, mapy potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Plan opracowywany będzie według wzoru określonego w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia. Projektodawca przewidział, iż planu rozwojowego nie będzie opracowywał

podmiot szpitalny kategorii B, który złożył do Agencji wniosek o wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego. Zmiana planu rozwojowego będzie dokonywana w trybie właściwym dla opracowania planu.

Art. 32

Kierownik podmiotu szpitalnego będzie przekazywał plan rozwojowy do Prezesa Funduszu celem zajęcia przez niego stanowiska w zakresie oceny dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych oraz związanych z tym działań dostosowawczych, a także do wojewodów właściwych ze względu na miejsca udzielania świadczeń przez podmiot szpitalny celem zajęcia przez każdego z nich stanowiska w zakresie oceny dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do lokalnych i regionalnych potrzeb zdrowotnych oraz związanych z tym działań dostosowawczych. Prezes Funduszu oraz wojewoda będzie zajmował stanowisko w powyższym przedmiocie w terminie 14 dni. Nieprzekazanie przez Prezesa Funduszu lub wojewodę stanowiska w terminie równoznaczne będzie ze stanowiskiem pozytywnym. W przypadku otrzymania dwóch stanowisk negatywnych kierownik podmiotu szpitalnego zobowiązany będzie do zmiany planu rozwojowego, a następnie ponownego przekazania go Prezesowi Funduszu i wojewodom celem zajęcia przez nich stanowiska.

Plan rozwojowy wraz ze stanowiskiem Prezesa Funduszu oraz wojewody albo informacją kierownika podmiotu szpitalnego o nieprzedstawieniu stanowiska przez Prezesa Funduszu lub wojewodę pomimo upływu terminu, przekazywany będzie przez kierownika podmiotu szpitalnego do Agencji w terminie 5 miesięcy od dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia o przyznaniu kategorii.

Po otrzymaniu planu rozwojowego Agencja będzie w terminie 3 miesięcy go opiniowała w zakresie dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych. Agencja będzie przekazywała opinię, o której mowa powyżej kierownikowi podmiotu szpitalnego oraz Prezesowi Funduszu. Na podstawie opinii tej Prezes Funduszu będzie zobowiązany bądź to do zaproszenia podmiotu szpitalnego do rokowań na podstawie nowoprojektowanego art. 144a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, który został pozytywnie zaopiniowany, bądź do wypowiedzenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w zakresie, który został negatywnie zaopiniowany. Powyższe ma na celu powiązanie projektowanych

procesów z finansowaniem świadczeń, które jest w kompetencji Funduszu, a także wskazanie podmiotu w znacznym stopniu odpowiedzialnego za dostosowanie działalności podmiotu szpitalnego do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych, którym będzie Agencja.

Zarówno termin przystąpienia do rokowań jak i wypowiedzenia umowy będzie określany przez Agencję.

Art. 34–35

Projektodawca przewidział, iż realizacja planu rozwojowego będzie monitorowana przez podmiot nadzorujący, a w przypadku podmiotów szpitalnych działających w formie spółki przez radę nadzorczą albo komisję rewizyjną. Ponadto w terminie 14 dni po upływie terminu obowiązywania planu rozwojowego kierownik podmiotu szpitalnego będzie przekazywał do Agencji sprawozdanie końcowe z realizacji planu rozwojowego opracowane według wzoru określonego rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia.

Jeżeli podmiot szpitalny nie zrealizował w sposób prawidłowy planu rozwojowego, Agencja będzie mogła wystąpić do podmiotu nadzorującego, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki do rady nadzorczej albo komisji rewizyjnej, o podjęcie czynności nadzorczych w tym zakresie.

Art. 37

Projektodawca przewidział w art. 37, że plan rozwojowy będzie obowiązywał do dnia przekazania Agencji kolejnego planu rozwojowego albo do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o przyznaniu kategorii C albo D.

W przypadku podmiotu szpitalnego kategorii A albo B realizującego plan rozwojowy, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji przyznana zostanie kategoria B i który to podmiot szpitalny złoży wniosek, o którym mowa w art. 51 ust. 1 – plan rozwojowy będzie obowiązywać do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego.

Rozdział 7 – Postępowanie naprawczo-rozwojowe podmiotu szpitalnego kategorii B, C albo D

Art. 38–42 i 47–49

Postępowanie naprawczo-rozwojowe prowadzone będzie każdorazowo z udziałem nadzorcy, a w przypadkach wskazanych w ustawie także z udziałem zarządcy. Zarówno nadzorca jak i zarządca ustanawiani będą w drodze postanowienia Prezesa Agencji, o czym Prezes Agencji będzie obwieszczał na stronie podmiotowej Agencji. Ponadto informacja o nadzorcy i zarządcy umieszczana będzie w Krajowym Rejestrze Sądowym. Nadzorcą podmiotu szpitalnego będzie mógł zostać ustanowiony pracownik Agencji spełniający przewidziane ustawą wymagania albo osoba wpisana na listę nadzorców prowadzoną przez Agencję. Ta sama osoba będzie mogła jednocześnie zostać ustanowiona nadzorcą w nie więcej niż trzech podmiotach szpitalnych, co będzie szczególnie przydatne w przypadku konieczności skoordynowania procesów naprawczo-rozwojowych oraz optymalizacji działalności podmiotów szpitalnych zlokalizowanych blisko siebie.

Wpis na listę nadzorców będzie następował na wniosek osoby ubiegającej się o wpis w drodze postanowienia Prezesa Agencji, a w przypadku wskazanym w art. 40 ust. 9 także w drodze uchwały Rady. Odmowa wpisu będzie następowała w przypadkach wskazanych w ustawie w drodze postanowienia Prezesa Agencji, od którego osoba ubiegająca się o wpis będzie mogła złożyć w terminie 7 dni sprzeciw do Rady. Rozpatrując sprzeciw Rada w drodze uchwały będzie utrzymywać w mocy postanowienie Prezesa Agencji odmawiające wpisu, albo w przypadku uznania sprzeciwu za zasadny – uchylać postanowienie Prezesa Agencji i podejmować uchwałę w sprawie wpisu. Uchwała Rady będzie ostateczna.

Wykreślenie z listy nadzorców będzie następować w drodze postanowienia Prezesa Agencji od którego, w terminie 7 dni od dnia jego doręczenia, przysługiwać będzie sprzeciw do Rady. Rada będzie albo utrzymać w mocy postanowienie Prezesa Agencji albo je uchylać, w przypadku gdy uzna, iż niezaistniały okoliczności do skreślenia danej osoby z listy.

W ramach listy nadzorców będą umieszczone następujące informacje: numer wpisu, imię i nazwisko, data i miejsce urodzenia, numer ewidencyjny PESEL, z wyłączeniem cudzoziemców, którzy tego numeru nie posiadają, adres do korespondencji, numer telefonu oraz adres poczty elektronicznej.

Zarządcą będzie mogła zostać osoba, spełniająca wymagania przewidziane dla kierownika podmiotu szpitalnego oraz w stosunku do której nie będą zachodziły okoliczności wskazane w art. 39 ust. 2 ustawy. Ta sama osoba nie będzie mogła być jednocześnie ustanowiona zarządcą i nadzorcą w tym samym ani w innym podmiocie szpitalnym. Ponadto mając na względzie zadania zarządcy oraz fakt, że będzie on sprawował zarząd majątkiem

podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki, uwzględniając kwestie dotyczące działalności konkurencyjnej oraz w celu uniknięcia ryzyka wystąpienia konfliktu interesów, projektodawca przyjął, iż nie będzie możliwym ustanowienie danej osoby w tym samym czasie zarządcą w więcej niż jednym podmiocie szpitalnym.

Projektodawca przewidział, iż osoba, która ma być ustanowiona zarządcą lub nadzorcą w danym podmiocie szpitalnym nie może być z tym podmiotem powiązana w sposób rodzący możliwość wystąpienia konfliktu interesów. W tym kontekście należy zwrócić uwagę, że nadzorcą i zarządcą w danym podmiocie szpitalnym nie będzie mogła być osoba, która jest pracownikiem, prokurentem, pełnomocnikiem, współnikiem lub członkiem organu danego podmiotu szpitalnego lub pracownikiem podmiotu tworzącego danego podmiotu szpitalnego, a także która jest pracownikiem, prokurentem, pełnomocnikiem, współnikiem lub członkiem organu podmiotu konkurencyjnego względem danego podmiotu szpitalnego. Pod pojęciem podmiotu konkurencyjnego należy rozumieć nie tylko inny podmiot szpitalny (publiczny) o podobnym profilu działalności, ale także inne podmioty lecznicze (publiczne i prywatne) udzielające świadczeń zdrowotnych tego samego rodzaju, a więc takie których przedmiot działalności przynajmniej częściowo się pokrywa. Dlatego też art. 39 ust. 2 ustawy zawiera katalog przesłanek uniemożliwiających objęcie funkcji nadzorcy oraz zarządcy w danym podmiocie szpitalnym, zaś art. 39 ust. 3 i art. 41 ust. 2 obligują Prezesa Agencji do odebrania od kandydata na nadzorcę albo zarządcę w danym podmiocie szpitalnym oświadczenia, iż okoliczności te w stosunku do niego nie zachodzą. Ponadto projektodawca przyjął, iż zarówno nadzorca jak i zarządca zobowiązani będą do niezwłocznego poinformowania Prezesa Agencji o zaprzestaniu spełniania wymagań ustawowych do pełnienia ww. funkcji.

Nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlegać będzie obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy. Obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej nie będzie dotyczył natomiast nadzorcy będącego pracownikiem Agencji, gdyż za ewentualne szkody wyrządzone przez niego odpowiedzialność ponosić będzie Agencja. Dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia składany będzie Prezesowi Agencji nie później niż wraz z podjęciem przez nadzorcę albo zarządcę pierwszej czynności.

Projektodawca założył, iż z nadzorcą niebędącym pracownikiem Agencji oraz z zarządcą Agencja będzie zawierała umowę cywilnoprawną, w której określone zostanie m.in. zakres zadań oraz wynagrodzenie nadzorcy albo zarządcy.

Projekt ustawy w art. 48 wskazuje okoliczności skutkujące koniecznością wyznaczenia nowego nadzorcy oraz zarządcy oraz przyjmuje, iż z dniem obwieszczenia postanowienia o wyznaczeniu nowego nadzorcy albo zarządcy funkcja poprzedniego nadzorcy albo zarządcy będzie wygasać.

Art. 43

Nadzorca podmiotu szpitalnego jest podmiotem, który będzie ustanawiany w postępowaniu naprawczo-rozwojowym i będzie wykonywać konkretnie określone w ustawie zadania, których celem jest naprawa podmiotu szpitalnego. Zarządca podmiotu szpitalnego będzie podmiotem ustanawianym w sytuacji pozbawienia podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki prawa handlowego sprawowania zarządu własnego swoim majątkiem.

Zarówno nadzorca jak i zarządca będą więc zastępcami podmiotu szpitalnego w zakresie określonym w ustawie. Zastępstwo w szerokim znaczeniu, obejmuje różnorodne sytuacje, w których jeden podmiot zastępuje w obrocie inny podmiot, działając na jego rachunek. Wśród różnych postaci zastępstwa odróżnia się zastępstwo bezpośrednie, oznaczające działanie w imieniu i ze skutkami dla reprezentowanego oraz zastępstwo pośrednie, zakładające działanie zastępcy we własnym imieniu, choć w cudzym interesie. Zastępstwo bezpośrednie określane jest mianem przedstawicielstwa⁷.

Projekt ustawy w art. 43 wskazuje, że nadzorca oraz zarządca będą dokonywać czynności w imieniu własnym, lecz na rachunek podmiotu szpitalnego. Stworzona w tym przepisie konstrukcja prawna odpowiada konstrukcji zastępcy pośredniego. Zastępca pośredni to osoba, która dokonuje czynności prawnej we własnym imieniu, ale na cudzy rachunek⁸. Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Wobec powyższego spójnie z regulacją art. 25 ust. 1 Prawa restrukturyzacyjnego oraz regulacją art. 160 ust. 2 ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. – Prawo upadłościowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 1228, z późn. zm.) w art. 43 ust.

⁷ M. Pazdan [w:] Z. Radwański (red.), System prawa prywatnego. Prawo cywilne - część ogólna, tom 2, Warszawa 2002, s. 465.

⁸ M. Pazdan [w:] Z. Radwański (red.), System prawa prywatnego, tom 2, s. 466.

2 wskazano, że nadzorca oraz zarządca nie będą odpowiadać za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego.

Art. 44

Regulacja art. 44 jest konsekwencją ukształtowania pozycji zarządcy jako zastępcy pośredniego podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki, który przejmuje zarząd majątkiem podmiotu szpitalnego. Projektowana regulacja jest analogiczna do przewidzianej w art. 54 ust. 1 Prawa restrukturyzacyjnego. Jednym z obowiązków, za który będzie w całości odpowiadał zarządca, będzie sporządzenie sprawozdania finansowego.

Art. 45

Regulacja projektowanego art. 45 jest konsekwencją ukształtowanej w art. 43 pozycji prawnej zarządcy jako zastępcy pośredniego podmiotu szpitalnego. Tożsamy rozwiązanie przyjęto w art. 144 ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. – Prawo upadłościowe oraz art. 311 ust. 1 Prawa restrukturyzacyjnego. W konsekwencji, do postępowań z udziałem zarządcy będzie stosowało się te same regulacje, które dotyczą postępowań z udziałem syndyka i zarządcy masy sanacyjnej, tj. art. 174 § 1 pkt 4 i 5 oraz art. 180 § 1 pkt 5 Kodeksu postępowania cywilnego. Takie rozwiązanie będzie dotyczyło wszystkich postępowań, w tym również postępowań administracyjnych, sądownoadministracyjnych oraz przed sądami polubownymi.

Art. 46

Projektodawca w art. 46 określił zadania nadzorca oraz przewidział, iż nadzorca będzie odpowiedzialny za prawidłową realizację postępowania naprawczo-rozwojowego przez podmiot szpitalny. Do jego obowiązków będzie należało m.in. opracowywanie planów naprawczo-rozwojowych, nadzór nad ich realizacją, a także podejmowanie decyzji co do stosowania określonych ustawą środków ochronnych i naprawczo-rozwojowych oraz dokonywanie wszelkich czynności zmierzających do ich realizacji. Tym samym to nadzorca będzie właściwy w kwestii odstąpienia od umowy wzajemnej (art. 74 ustawy) czy też w zakresie zbycia składników mienia należących do podmiotu szpitalnego (art. 76 ustawy). Jednocześnie projektodawca przyjął, iż to nadzorca będzie właściwy na etapie tworzenia planu w kwestii podjęcia decyzji o konieczności zmiany profilu działalności podmiotu szpitalnego.

Art. 50–52

Postępowanie naprawczo-rozwojowe prowadzone będzie obligatoryjnie wobec podmiotu szpitalnego kategorii C albo D, a na wniosek także wobec podmiotu szpitalnego kategorii B,

jeżeli podmiot ten będzie zainteresowany skorzystaniem z przewidzianych ustawą środków ochronnych lub naprawczo-rozwojowych. W każdym wypadku postępowanie naprawczo-rozwojowe będzie wszczynane w dniu następującym po dniu doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia o jego wszczęciu, o czym Prezes Agencji będzie obwieszczał na stronie podmiotowej Agencji. Od dnia obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego przez okres 12 miesięcy podmiot szpitalny podlegać będzie z mocy prawa ochronie przed egzekucją (art. 72 ustawy) oraz przez cały okres postępowania ochronie przed wypowiedzeniem umów (art. 73 ustawy). Informacja o prowadzeniu postępowania naprawczo-rozwojowego i osobie nadzorcy będzie ujawniana w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Art. 53

Wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego nie będzie miało wpływu na zdolność prawną oraz zdolność do czynności prawnych podmiotu szpitalnego podobnie jak takiego wpływu nie ma wszczęcie postępowania restrukturyzacyjnego czy też wszczęcie postępowania upadłościowego.

Art. 54

Zasadą będzie, że w postępowaniu naprawczo-rozwojowym podmiot szpitalny będzie sprawował zarząd własny swoim majątkiem (por. art. 67 ust. 1 Prawa restrukturyzacyjnego). W przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej Prezes Agencji będzie miał uprawnienie do zmiany kierownika, ale nie będzie miał uprawnień do pozbawienia podmiotu szpitalnego prawa zarządu majątkiem. Taka możliwość będzie jednak w odniesieniu do podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki. W takim podmiocie zarząd majątkiem sprawuje zarząd spółki zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1526, z późn. zm.). Projekt ustawy nie przewiduje żadnych rozwiązań, które ingerowałyby w regulacje prawa handlowego, a w konsekwencji nie przewiduje jakiegokolwiek formy przymusowej zmiany zarządu spółki. Projekt ustawy opiera się na rozwiązaniach znanych z regulacji Prawa restrukturyzacyjnego i przewiduje możliwość ustanowienia zarządcy, który przejmie zarząd majątkiem podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki. W takiej sytuacji, czynności prawne dokonane przez podmiot szpitalny działający w formie spółki, w zakresie których utracił on prawo zarządu majątkiem, będą nieważne podobnie jak nieważne są czynności prawne dokonane przez dłużnika w postępowaniu restrukturyzacyjnym dotyczące mienia, wobec którego dłużnik utracił prawo zarządu (art. 67 ust. 2 Prawa

restrukturyzacyjnego). Jednocześnie, spełnienie świadczenia do rąk podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki, pozbawionego prawa zarządu, dokonane po obwieszczeniu o ustanowieniu zarządcy nie będzie zwalniało z obowiązku spełnienia świadczenia do rąk zarządcy, chyba że równowartość świadczenia wpłynęła do zarządcy.

Art. 55–56 i 59

Plan naprawczo-rozwojowy opracowywany będzie przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, w stosunku do którego Prezes Agencji wydał postanowienie o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego. Minimalne wymagania co do zawartości planu określone zostały w ustawie, a sam plan opracowywany będzie według wzoru określonego w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia. Sporządzenie planu poprzedzone będzie przeprowadzeniem przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego analiz: operacyjnych, ekonomicznych, efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowych, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Opracowując plan naprawczo-rozwojowy nadzorca będzie musiał uwzględnić w nim realizację ciężącego na podmiocie szpitalnym obowiązku dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, mapy potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Jeżeli plan naprawczo-rozwojowy przewidywał będzie zastosowanie środków naprawczo-rozwojowych, o których mowa w art. 74–76 ustawy, to plan naprawczo-rozwojowy będzie musiał dodatkowo zawierać określone ustawą elementy związane z zastosowaniem tychże środków. Wskazane w uzgodnionym planie naprawczo-rozwojowym zasady zwalniania pracowników podlegać będą zaopiniowaniu przez zakładową organizację związkową w terminie 7 dni od dnia otrzymania uzgodnionego planu. Nieprzekazanie opinii w tym terminie będzie równoznaczne z opinią pozytywną. W przypadku gdy plan będzie przewidywał redukcję zatrudnienia, przed przekazaniem uzgodnionego planu Prezesowi Funduszu, nadzorca będzie musiał wystąpić do sądu z wnioskiem o zatwierdzenie określonych w planie zasad zwalniania pracowników. Co oczywiste, w przypadku gdy zwolnienie ma dotyczyć kadry medycznej decyzja musi być uzasadniona w zakresie funkcjonalnym i ekonomicznym w odniesieniu do zakresu świadczeń realizowanych przez daną placówkę oraz ewentualnego planowanego przeprofilowania.

Skierowanie wniosku do sądu nie będzie jednak wstrzymywało nadzorcy w podejmowaniu dalszych działań przewidzianych w ustawie związanych z uzyskaniem opinii i stanowiska, o których mowa w art. 60 oraz w przekazaniu planu do Agencji. Późniejsze rozstrzygnięcie sądu w tym zakresie będzie jednak rzutowało na plan naprawczo-rozwojowy i będzie mogło wiązać się z koniecznością wprowadzenia zmian do zatwierdzonego przez Prezesa Agencji planu naprawczo-rozwojowego.

Art. 57-58 i 60–65

Opracowany przez nadzorcę projekt planu naprawczo-rozwojowego podlegać będzie uzgodnieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego. Kierownik podmiotu szpitalnego po otrzymaniu projektu planu będzie mógł złożyć nadzorcy w terminie 7 dni umotywowane zastrzeżenia, które będą podlegały rozpatrzeniu przez nadzorcę także w terminie 7 dni.

W następstwie otrzymanych zastrzeżeń nadzorca uwzględniając je dokona stosowanych zmian w planie lub w przypadku ich nieuwzględnienia sporządzi informację o przyczynach nieuwzględnienia zastrzeżeń, którą przekaże kierownikowi podmiotu szpitalnego. Plan naprawczo-rozwojowy zostanie uznany za uzgodniony z dniem jego podpisania przez kierownika podmiotu szpitalnego lub z dniem przekazania kierownikowi podmiotu szpitalnego informacji o przyczynach nieuwzględnienia zgłoszonych zastrzeżeń.

Uzgodniony plan naprawczo-rozwojowy przekazywany będzie przez nadzorcę celem zaopiniowania – podmiotowi nadzorującemu (w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki – radzie nadzorczej albo komisji rewizyjnej) oraz Prezesowi Funduszu celem zajęcia stanowiska w zakresie oceny dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych i związanych z tym działań dostosowawczych, a także wojewodom właściwym ze względu na miejsca udzielania świadczeń przez podmiot szpitalny celem uzyskania stanowiska w zakresie oceny dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do lokalnych i regionalnych potrzeb zdrowotnych oraz związanych z tym działań dostosowawczych. Podmioty, o których mowa powyżej będą miały 30 dni na przekazanie nadzorcy swojej opinii albo stanowiska. Nieprzekazanie opinii lub stanowiska w terminie 30 dni będzie równoznaczne z opinią albo stanowiskiem pozytywnym.

Uzgodniony plan naprawczo-rozwojowy wraz ze stanowiskiem Prezesa Funduszu oraz wojewody, a także opinią podmiotu nadzorującego (w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki – rady nadzorczej albo komisji rewizyjnej) przekazywany będzie

przez nadzorcę do Agencji w terminie 5 miesięcy od dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego. W przypadku nieuwzględnienia przez nadzorcę zastrzeżeń kierownika podmiotu szpitalnego złożonych do projektu planu, nadzorca przekaze dodatkowo Agencji te zastrzeżenia wraz z informacją nadzorcy o przyczynach nieuwzględnienia zastrzeżeń. Na wniosek nadzorcy termin na przedłożenie ww. dokumentów będzie mógł zostać wydłużony przez Prezesa Agencji do 6 miesięcy.

Prezes Agencji będzie miał możliwość zgłoszenia uwag do przekazanego przez nadzorcę planu naprawczo-rozwojowego wraz z wyznaczeniem nadzorcy terminu na jego dostosowanie, nie krótszego niż 7 dni. W przypadku gdy zarówno stanowisko Prezesa Funduszu jak i wojewody przedłożone do planu naprawczo-rozwojowego są negatywne, Prezes Agencji zobligowany jest zgłosić uwagi do planu w celu dostosowania go do co najmniej jednego z przedłożonych stanowisk, wyznaczając jednocześnie nadzorcy termin na jego dostosowanie, nie krótszy niż 7 dni.

Nieprzedłożenie przez nadzorcę dostosowanego planu naprawczo-rozwojowego w wyznaczonym przez Prezesa Agencji terminie będzie dawało Prezesowi Agencji uprawnienie do dokonania zmiany nadzorcy. W przypadku braku zastrzeżeń, Prezes Agencji będzie zatwierdzał plan naprawczo-rozwojowy w drodze postanowienia. Na postanowienie to podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu służyć będzie zażalenie, jednak wyłącznie w zakresie, w jakim plan naprawczo-rozwojowy przewiduje przeprofilowanie albo zmienia zakres lub liczbę świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot szpitalny.

Agencja będzie przekazywać zatwierdzony plan naprawczo-rozwojowy Prezesowi Funduszu, który na jego podstawie zobowiązany będzie bądź do zaproszenia podmiotu szpitalnego do rokowań na podstawie nowoprojektowanego art. 144a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, bądź do wypowiedzenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z planu naprawczo-rozwojowego. Zarówno termin przystąpienia do rokowań jak i wypowiedzenia umowy będzie określany przez Agencję. Powyższe ma na celu powiązanie projektowanych procesów z finansowaniem świadczeń, które jest w kompetencji Funduszu.

Projektodawca przewidział, iż za realizację zatwierdzonego przez Prezesa Agencji planu naprawczo-rozwojowego odpowiedzialny będzie podmiot szpitalny przy udziale nadzorcy, zaś realizacja planu będzie monitorowana przez podmiot nadzorujący, a w przypadku podmiotów szpitalnych działających w formie spółki przez radę nadzorczą albo komisję rewizyjną. Ponadto monitorować realizację planu naprawczo-rozwojowego będzie także Agencja m.in. za pomocą sprawozdań z realizacji planu naprawczo-rozwojowego przekazywanych przez podmiot szpitalny kwartalnie oraz na każde żądanie Agencji, a także sprawozdania końcowego z realizacji planu naprawczo-rozwojowego przekazywanego przez podmiot szpitalny przed przeprowadzeniem kolejnej kategoryzacji w terminie określonym projektowanym przepisem. Sprawozdania te będą sporządzane według wzorów określonych rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 68

Projektodawca przewidział w art. 68, iż w przypadku gdy podmiot szpitalny nie będzie realizował planu naprawczo-rozwojowego zgodnie z jego treścią, Prezes Agencji będzie miał możliwość wystąpić do podmiotu nadzorującego, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki do rady nadzorczej lub komisji rewizyjnej, o podjęcie czynności nadzorczych, ale także wedle własnego uznania będzie mógł dokonać zmiany nadzorcy. Ponadto Prezes Agencji będzie także uprawniony do dokonania zmiany kierownika podmiotu szpitalnego kategorii C albo D oraz do ustanowienia zarządcy podmiotu szpitalnego kategorii C albo D działającego w formie spółki.

Art. 69

Zmiana planu naprawczo-rozwojowego będzie mogła nastąpić z inicjatywy nadzorcy albo Prezesa Agencji. Ponadto zmiana planu będzie mogła nastąpić także na skutek wniosku kierownika podmiotu szpitalnego skierowanego do Prezesa Agencji. W przypadku zmiany planu z inicjatywy Prezesa Agencji, będzie on przekazywał nadzorcy informacje o koniecznych zmianach w zatwierdzonym planie naprawczo-rozwojowym wyznaczając mu jednocześnie termin na ich wprowadzenie, nie krótszy niż 7 dni. Do zmiany planu z inicjatywy nadzorcy zastosowanie będą miały przepisy właściwe dla jego opracowywania, w tym art. 63.

Art. 70

Zatwierdzony plan naprawczo-rozwojowy będzie obowiązywał do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o zatwierdzeniu kolejnego planu

naprawczo-rozwojowego, a przypadku gdy na skutek kolejnej kategoryzacji, dokonanej w terminie wynikającym z art. 24, przyznano podmiotowi szpitalnemu kategorię A albo B – plan naprawczo-rozwojowy będzie obowiązywał do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o przyznaniu kategorii. W sytuacji zmiany kategorii w trybie art. 29 – plan naprawczo-rozwojowy będzie obowiązywał do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia o przyznaniu kategorii A.

W ocenie projektodawcy zasadnym jest by podmiot szpitalny będący w procesie naprawczo-rozwojowym zawsze działał w oparciu o plan naprawczo-rozwojowy, a przejście pomiędzy planami tworzonymi na skutek kolejnych kategoryzacji było płynne i by plany te ze sobą korespondowały.

Art. 71

Ustawa przewiduje, że podmiot szpitalny będzie mógł korzystać z dwójakiego rodzaju środków. Środki ochronne mają na celu ochronę podmiotu szpitalnego przed działaniami wierzycieli i innych podmiotów, które mogłyby utrudnić przeprowadzenie procesu naprawy i modernizacji podmiotu szpitalnego. Do środków tych należą ochrona przed egzekucją i ochrona przed wypowiedzeniem umów.

Środki naprawczo-rozwojowe mają na celu poprawę działalności podmiotu szpitalnego w taki sposób, aby było możliwe przyznanie podmiotowi szpitalnemu wyższej kategorii. Celem środków naprawczo-rozwojowych jest również wsparcie rozwoju podmiotu szpitalnego, dostosowanie działalności podmiotu szpitalnego do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych, wprowadzenie lub ulepszenie zarządzania procesowego podmiotem szpitalnym, a w przypadku potrzeby także naprawa działalności podmiotu szpitalnego. Do środków naprawczo-rozwojowych należą:

- 1) restrukturyzacja zatrudnienia;
- 2) odstąpienie od umów;
- 3) restrukturyzacja majątku;
- 4) przeprofilowanie działalności;
- 5) restrukturyzacja zadłużenia;
- 5) inne środki mające na celu poprawę sytuacji podmiotu szpitalnego.

Art. 72

Regulacja art. 72 ma na celu zagwarantowanie możliwości przeprowadzenia procesu naprawczo-rozwojowego. Nie byłoby to możliwe gdyby w początkowym okresie (przez okres pierwszych 12 miesięcy) wierzyciele mogli prowadzić egzekucję z majątku podmiotu szpitalnego. Wobec powyższego projekt ustawy przewiduje dla podmiotu szpitalnego w postępowaniu naprawczo-rozwojowym rozwiązania analogiczne do tych, które są zagwarantowane dla dłużnika, który prowadzi postępowanie sanacyjne, określone w art. 312 Prawa restrukturyzacyjnego.

Zakaz egzekucji nie będzie dotyczył należności pracowniczych, należności z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych, które przysługują wierzycielom, którzy wykonują zawód medyczny oraz należności z tytułu odszkodowania za uszkodzenie ciała, wywołanie rozstroju zdrowia, niezdolności do pracy, kalectwa lub śmierci, w tym także należności z tytułu zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub należności z tytułu zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta. Projekt ustawy zakłada, że wierzyciele, którzy doznali szczególnego rodzaju szkody na skutek deliktu popełnionego przez podmiot szpitalny będą korzystali z preferencji w porównaniu do pozostałych wierzycieli. Mają oni prawo do prowadzenia egzekucji bez jakichkolwiek ograniczeń, ich wierzytelności nie będą także objęte układem zawartym w ewentualnym postępowaniu odrębnym o zatwierdzeniu układu podmiotu szpitalnego. Takie rozwiązanie jest zgodne systemowo z regułami ochronnymi przewidzianymi w przepisach: art. 144 ust. 3 i art. 146 ust. 3 Prawa upadłościowego, art. 151 ust. 1 pkt 1 i art. 260 ust. 5 Prawa restrukturyzacyjnego oraz art. 1025 § 1 pkt 2 i 3 Kodeksu postępowania cywilnego. Wyłączenie tych należności spod zakazu egzekucji jest podyktowane ich szczególnym charakterem.

Art. 73

Zakaz wypowiedzania umów uregulowany w art. 73 ma na celu ustabilizowanie sytuacji podmiotu szpitalnego, dla którego jest prowadzone postępowanie naprawczo-rozwojowe.

W przypadku braku takiego przepisu nie byłoby możliwe przygotowanie i zrealizowanie planu naprawczo-rozwojowego. Gdyby bowiem najistotniejsi kontrahenci podmiotu szpitalnego mogli bez żadnych ograniczeń wypowiadać umowy, trudno byłoby racjonalnie zaplanować działania naprawczo-rozwojowe. Wobec powyższego projekt ustawy przewiduje dla podmiotu szpitalnego w postępowaniu naprawczo-rozwojowym rozwiązania tożsame z tymi, które są zagwarantowane dla dłużnika, który prowadzi postępowanie restrukturyzacyjne, określonymi w art. 256 Prawa restrukturyzacyjnego. Zakaz wypowiedzania umów dotyczy także

umów o świadczenie usług zdrowotnych zawieranych z Funduszem, z zastrzeżeniem, iż możliwe będzie wypowiedzenie umowy przez Fundusz w sytuacji, o której mowa w art. 65 ust. 2 pkt 2. Chodzi o to, aby podmiot szpitalny w czasie postępowania nie utracił jedyne lub wiodące źródła finansowania, co mogłoby doprowadzić do jego likwidacji ze szkodą dla krajowego systemu zdrowotnego. Zakaz obejmuje także umowy przewidujące udzielenie finansowania (umowa kredytu, pożyczki, leasingu) w zakresie środków postawionych do dyspozycji podmiotu szpitalnego, lecz jeszcze przezeń nie wykorzystanych.

Art. 74

Prawo odstąpienia od niewykonanych umów wzajemnych będzie istotnym środkiem naprawczo-rozwojowym, który pozwoli na restrukturyzację kontraktów podmiotu szpitalnego i umożliwi realną naprawę lub modernizację. Konstrukcja projektowanego art. 74 jest analogiczna do regulacji art. 298 Prawa restrukturyzacyjnego. Prawa drugiej strony umowy zostały – tak samo jak w postępowaniu restrukturyzacyjnym – zagwarantowane przez uzależnienie możliwości odstąpienia od umowy od zgody sądu.

Art. 75

Istotnym elementem procesu naprawczo-rozwojowego jest restrukturyzacja zatrudnienia. Stąd też projekt przewiduje dla podmiotu szpitalnego takie same rozwiązanie jakie jest już obecnie przyjęte w art. 300 Prawa restrukturyzacyjnego. Projekt nie ingeruje przy tym w system ochrony pracowników w sytuacji rozwiązania stosunku pracy z przyczyn leżących po stronie pracodawcy, w szczególności w system odpraw pieniężnych oraz wsparcia w poszukiwaniu nowego miejsca pracy w ramach działań promujących zatrudnienie.

Art. 76

W zakresie restrukturyzacji majątku projekt ustawy przewiduje rozwiązanie tożsame z rozwiązaniem uregulowanym w art. 323 Prawa restrukturyzacyjnego, w tym ust. 4 tego artykułu Prawa restrukturyzacyjnego.

Art. 77

Przewidziana w art. 77 częściowa lub całkowita zmiana profilu działalności podmiotu szpitalnego, to istotne narzędzie naprawczo-rozwojowe, którego celem będzie dopasowanie działalności danego podmiotu szpitalnego do struktury demograficznej i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności zamieszkującej dany obszar kraju. Głównymi czynnikami warunkującymi zastosowanie tego narzędzia będzie dążenie do dopasowania działalności

podmiotu szpitalnego do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, mapy potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Narzędzie to będzie służyć wyeliminowaniu konkurencji zarówno o pacjenta jak i o personel medyczny, rozwiąże problem utrzymywania nieefektywnie wykorzystywanej bazy, czy podwyższonej gotowości, a także umożliwi skoordynowane opieki nad pacjentem na danym terenie.

Przeprofilowanie polegać będzie na zmianie rodzaju lub zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, w wyniku której podmiot szpitalny w szczególności stworzy lub zlikwiduje komórki organizacyjne lub jednostki organizacyjne lub zakłady lecznicze.

Mając świadomość tego, że zmiana profilu działalności jest procesem wymagającym zaangażowania po stronie podmiotu szpitalnego znacznych środków finansowych, co w wielu przypadkach mogłoby stanowić przeszkodę uniemożliwiającą przeprowadzenie zmian, oraz chcąc zapewnić możliwość zastosowania tego narzędzia w każdym podmiocie szpitalnym wymagającym przeprofilowania, projektodawca przewidział, iż koszty związane z przeprofilowaniem, w tym koszt koniecznych do poniesienia przez podmiot szpitalny nakładów związanych z dostosowaniem infrastruktury, koszt wynagrodzeń postojowych dla pracowników jednostek organizacyjnych podmiotu szpitalnego podlegających przekształceniu, koszty zakupu aparatury i sprzętu, zapewniane będą przez Agencję na zasadach ustalonych w zatwierdzonym planie naprawczo-rozwojowym.

Każdorazowo decyzja o konieczności dokonania częściowego lub całkowitego przeprofilowania działalności danego podmiotu szpitalnego będzie podejmowana przez nadzorcę na etapie tworzenia przez niego planu naprawczo-rozwojowego. Zaproponowane przez nadzorcę rozwiązania będą podlegać ocenie Prezesa Funduszu i wojewody, którzy będą zajmowali stanowisko, o którym mowa w art. 60 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy, w zakresie dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do lokalnych, regionalnych i krajowych (odniesienie się do potrzeb krajowych dot. wyłącznie Prezesa Funduszu) potrzeb zdrowotnych oraz związanych z tym działań dostosowawczych, a ostatecznie będą zatwierdzane przez Prezesa Agencji wydającego postanowienie o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego. Prezes Funduszu na podstawie zatwierdzonego planu naprawczo-rozwojowego będzie

zobowiązany do zaproszenia podmiotu szpitalnego, w terminie określonym przez Agencję, do udziału w rokowaniach, na podstawie nowoprojektowanego art. 144a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, wynikających z planu naprawczo-rozwojowego albo wypowiedzenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w terminie określonym przez Agencję, w zakresie wynikającym z planu naprawczo-rozwojowego.

Projektodawca przewidział także, że decyzja o przeprofilowaniu działalności podmiotu szpitalnego podlegać będzie kontroli sądowej, gdyż na postanowienie Prezesa Agencji o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu służyć będzie zażalenie do sądu w zakresie, w jakim plan naprawczo-rozwojowy przewiduje przeprofilowanie albo zmienia zakres lub liczbę świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot szpitalny.

Art. 78–83

Jednym z narzędzi nadzoru Agencji nad podmiotami szpitalnymi działającymi w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, mającym gwarantować sprawną realizację procesu naprawczo-rozwojowego, będzie możliwość dokonania przez Prezesa Agencji zmiany kierownika podmiotu szpitalnego. W przypadku podmiotów szpitalnych kategorii D zmiana ta będzie możliwa w każdym czasie, zaś w przypadku podmiotów szpitalnych kategorii C po ziszczeniu się co najmniej jednej z okoliczności wskazanych w ustawie. Jednocześnie projektodawca przewidział, że zmiana przez Prezesa Agencji kierownika podmiotu szpitalnego działającego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej będzie dokonywana bez przeprowadzania konkursu, o którym mowa w art. 49 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn. zm.).

W przypadku podmiotów szpitalnych kategorii C i D działających w formie spółek projektodawca przewidział możliwość ustanowienia przez Prezesa Agencji zarządcy co będzie równoznaczne z odebraniem podmiotowi szpitalnemu sprawowania zarządu własnego swoim majątkiem, jednakże nie będzie się to wiązało ze zmianą organu spółki jakim jest zarząd. Ustanawiając zarządcę Prezes Agencji będzie także ustalał na nowo wysokość wynagrodzenia organów podmiotu szpitalnego mając na względzie ograniczenie zakresu realizowanych przez nie zadań. Pozycja prawna zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej

zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. W związku z tym zarządca będzie odpowiedzialny m.in. za sporządzenie sprawozdania finansowego spółki, a także sprawozdania z działalności spółki. W związku z odebraniem zarządu majątkiem ograniczone zostaną uprawnienia innych organów spółki, w tym rady nadzorczej. Należy także zauważyć, iż zarząd nie będzie ponosił odpowiedzialności za działania oraz zaniechania zarządcy, gdyż w tym zakresie nie będzie można mu przypisać za to winy.

Analogicznie jak w przypadku podmiotów szpitalnych działających w formie spzoz, ustanowienie zarządcy w podmiocie szpitalnym kategorii D będzie możliwe w każdym czasie, zaś w przypadku podmiotu szpitalnego kategorii C po ziszczeniu się jednej z okoliczności wskazanych w ustawie.

Zarówno na postanowienie Prezesa Agencji o powołaniu nowego kierownika podmiotu szpitalnego kategorii C albo D jak i na postanowienie o ustanowieniu zarządcy podmiotu szpitalnego kategorii C albo D działającego w formie spółki służyć będzie, odpowiednio podmiotowi tworzącemu i podmiotowi szpitalnemu w przypadku spółki, zażalenie do sądu.

Jednocześnie projektodawca przewidział, iż zarówno zmiana kierownika jak i ustanowienie zarządcy nie będzie mogło mieć miejsca w podmiotach szpitalnych, dla których podmiotem nadzorującym lub wykonującym prawa z akcji lub udziałów jest minister. Powyższe wyłączenie uzasadnione jest tym, iż minister właściwy do spraw zdrowia, który jest podmiotem nadzorującym albo wykonującym prawa z akcji w niektórych podmiotach szpitalnych, będzie jednocześnie podmiotem nadzorującym działalność Agencji. Tym samym w ocenie projektodawcy należy wykluczyć sytuację, w której podmiot nadzorowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia będzie miał prawo zmiany kierownika lub ustanowienia zarządcy w innym podmiocie nadzorowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Z uwagi na powyższe, w celu zachowania jednolitości, zaproponowano by wyłączenie to dotyczyło także podmiotów szpitalnych nadzorowanych przez pozostałych ministrów.

Powołanie nowego kierownika dokonywane będzie na 6 lat i stanowić będzie nawiązanie stosunku pracy na podstawie powołania, o którym mowa w przepisach Kodeksu pracy. Do odwołania (w rozumieniu niniejszej ustawy) dotychczasowego kierownika zastosowanie będą miały również przepisy Kodeksu pracy, z zastrzeżeniem, że Prezes Agencji będzie działał za pracodawcę.

Jednocześnie aby zapewnić trwałość decyzji Prezesa Agencji o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego, projektodawca przyjął, iż od dnia odwołania dotychczasowego

kierownika do dnia zakończenia postępowania naprawczo-rozwojowego, zawieszono zostaną uprawnienia podmiotu tworzącego do powoływania i odwoływania kierownika podmiotu szpitalnego, które nabywa Agencja.

Art. 84–86

Projektodawca przyjął, iż postępowanie naprawczo-rozwojowe będzie w każdym wypadku ulegać zakończeniu z dniem doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o przyznaniu kolejnej kategorii, na skutek kategoryzacji przeprowadzonej w terminie wynikającym z art. 24. Jeżeli pomiędzy kategoryzacjami przeprowadzonymi w terminie wynikającym z art. 24 nastąpi zmiana kategorii podmiotu szpitalnego, w trybie art. 29, na kategorię A – postępowanie naprawczo-rozwojowe zakończy się z dniem doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o przyznaniu kategorii A. Prezes Agencji będzie obwieszczał na stronie podmiotowej Agencji o zakończeniu postępowania naprawczo-rozwojowego niezwłocznie po doręczeniu podmiotowi szpitalnemu ww. postanowień. Z dniem ww. obwieszczenia zakończeniu ulegać będzie ochrona podmiotu szpitalnego przewidziana w art. 73. Skutkiem zakończenia postępowania naprawczo-rozwojowego będzie wygaśnięcie funkcji nadzorcy oraz zarządcy, a więc i w konsekwencji odzyskanie przez podmiot szpitalny działający w formie spółki sprawowania zarządu własnego swoim majątkiem. Ponadto w stosunku do podmiotu szpitalnego, w którym Prezes Agencji dokonał zmiany kierownika, zakończenie postępowania naprawczo-rozwojowego będzie skutkować wygaśnięciem zawieszenia uprawnienia podmiotu tworzącego do powoływania i odwoływania kierownika podmiotu szpitalnego. Informacja o zakończeniu postępowania naprawczo-rozwojowego, wygaśnięciu funkcji nadzorcy oraz zarządcy będzie ujawniana w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Rozdział 8 – Restrukturyzacja zadłużenia

Art. 87–88

Podmiot szpitalny będzie mógł dokonać restrukturyzacji zadłużenia w ramach nowoprognozowanego postępowania o zatwierdzenie układu, o którym mowa w tytule IV dziale IIa Prawa restrukturyzacyjnego (art. 143 projektu ustawy).

Projekt przewiduje, że w razie restrukturyzacji zadłużenia podmiotu szpitalnego, do której dochodzi na podstawie planu spłaty przyjętego zgodnie z przepisami Prawa restrukturyzacyjnego o odrębnym postępowaniu o zatwierdzenie układu podmiotu szpitalnego

(projektowane art. 367a–367s Prawa restrukturyzacyjnego), Agencja przyjmuje ustawową i solidarną odpowiedzialność za zaspokojenie tych wierzycieli, którzy są objęci grupami obejmującymi kategorie interesów, w których nie uzyskano większości głosów koniecznej do przyjęcia układu (art. 367l Prawa restrukturyzacyjnego). Przepisy proceduralne dotyczące postępowania o zatwierdzenie układu muszą zostać uzupełnione o procedurę podejmowania decyzji przez Prezesa Agencji w przedmiocie przyjęcia tej odpowiedzialności. Projekt ustawy ustanawia przesłanki materialne, które muszą być spełnione, aby Prezes Agencji wydał zgodę na finansowanie planu spłaty w części określonej w art. 367l ust. 4 pkt 1 w razie braku jego realizacji przez podmiot szpitalny. Zgoda wyrażana jest w ramach nieodwołalnego oświadczenia o wyrażeniu zgody Agencji na zaspokojenie wierzycieli w ramach planu spłaty na warunkach określonych w teście zaspokojenia, o którym mowa w art. 367g ust. 1 pkt 2 Prawa restrukturyzacyjnego. W pierwszym rzędzie to jednak podmiot szpitalny będzie zobowiązany do wykonania planu spłaty. Aby zapewnić sprawny przebieg postępowania ustanowiono termin 14 dni na podjęcie decyzji przez Prezesa Agencji, który liczony będzie od dnia złożenia wniosku. W przypadku nieziszczenia się przesłanek ustawowych do wydania przez Prezesa Agencji oświadczenia o wyrażeniu zgody Agencji na zaspokojenie wierzycieli w ramach planu spłaty, Prezes Agencji sporządzi oświadczenie o braku takiej zgody.

Dodatkowo przewidziano, że Agencja będzie mogła zapewnić podmiotowi szpitalnemu formy finansowania, o których mowa w art. 114 ust. 1, na wsparcie realizacji układu, o którym mowa w 367k ust. 1 Prawa restrukturyzacyjnego, jeżeli została wyrażona ww. zgoda albo na wsparcie realizacji planu spłaty również w części wykraczającej poza zakres wyrażonej zgody. W związku ze szczególną rolą podmiotów nadzorujących przewidziano, że będą mogły one zapewniać podmiotom szpitalnym środki finansowe na realizację układu albo planu spłaty.

Rozdział 9 – Agencja Rozwoju Szpitali

Art. 89-92

Projekt ustawy przewiduje utworzenie Agencji Rozwoju Szpitali w celu zapewnienia profesjonalnego systemu nadzoru nad procesami rozwojowymi i naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych. Agencja będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów.

Zasadniczym celem działalności Agencji będzie wsparcie rozwoju podmiotów szpitalnych, dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych, wprowadzenie lub ulepszenie zarządzania procesowego w

podmiotach szpitalnych, a w przypadku potrzeby naprawa działalności podmiotu szpitalnego, w tym poprzez restrukturyzację jego zadłużenia.

Działalność Agencji będzie polegała m.in. na ocenie i kategoryzacji podmiotów szpitalnych oraz na inicjowaniu, wspieraniu i monitorowaniu procesów rozwojowych i postępowań naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych, organizowaniu i koordynowaniu wspólnych zakupów dla podmiotów szpitalnych, rozwoju podmiotów szpitalnych, a także monitorowaniu funkcjonowania podmiotów szpitalnych i ich sytuacji ekonomiczno-finansowej.

Agencja będzie wyposażona w uprawnienie do gromadzenia i przetwarzania danych, o których mowa w art. 23 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666, z późn. zm.). Dane podmiotów szpitalnych zbierane na podstawie ww. przepisu przekazywane są kwartalnie za pośrednictwem Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia i będą wykorzystywane do oceny i monitoringu sytuacji ekonomiczno-finansowej. Ponadto, do oceny i monitoringu sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów szpitalnych niezbędne będzie uprawnienie Agencji do gromadzenia i przetwarzania danych dotyczących funkcjonowania podmiotów szpitalnych, w tym operacyjnych, dotyczących ich sytuacji ekonomiczno-finansowej, a także planów rozwojowych i planów naprawczo-rozwojowych oraz sprawozdań z ich realizacji. Kierownik podmiotu szpitalnego będzie obowiązany do nieodpłatnego przekazywania ww. danych na wezwanie Agencji w trybie, formie i terminie określonych przez Agencję.

Projektodawca przyjął, iż organy administracji rządowej i samorządowej, państwowe i samorządowe osoby prawne oraz państwowe i samorządowe jednostki organizacyjne będą obowiązane współdziałać z Agencją, nieodpłatnie udostępniać Agencji informacje, dane oraz udzielać Agencji pomocy przy wykonywaniu zadań wynikających z ustawy.

Co istotne Agencja będzie udostępniała podmiotom szpitalnym i podmiotom nadzorującym, na ich uzasadniony wniosek, dane wspomagające realizację obowiązku określonego w art. 4, przeprowadzenie analiz poprzedzających sporządzenie planu rozwojowego oraz sporządzenie planu rozwojowego.

Agencja będzie przetwarzała dane osobowe w zakresie niezbędnym do realizacji zadań określonych w art. 113.

Agencja będzie państwową osobą prawną, nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Posiadanie przez Agencję osobowości prawnej jest niezbędnym warunkiem do tego, aby Agencja mogła dysponować organizacyjną i finansową samodzielnością. Utworzenie Agencji jako państwowej osoby prawnej wynika również z konieczności zapewnienia jej odpowiedniej elastyczności w działaniu oraz ograniczenia do minimum biurokracji w obrębie zasad jej funkcjonowania. Proponuje się, aby siedzibą Agencji było miasto stołeczne Warszawa, co będzie sprzyjało jej sprawnemu funkcjonowaniu, przede wszystkim w aspekcie współpracy z ministrem właściwym do spraw zdrowia oraz Prezesem Funduszu. Agencja będzie działała na podstawie przepisów niniejszej ustawy oraz nadanego jej przez ministra właściwego do spraw zdrowia statutu.

Projektodawca przyznał Agencji uprawnienie do używania wizerunku orła ustalonego dla godła Rzeczypospolitej Polskiej oraz pieczęci urzędowej, tj. pieczęci okrągłej z wizerunkiem orła ustalonego dla godła Rzeczypospolitej Polskiej pośrodku i nazwą „Agencja Rozwoju Szpitali” w otoku. Regulacja ta wynika z unormowań zawartych w art. 2a ustawy z dnia 31 stycznia 1980 r. o godle, barwach i hymnie Rzeczypospolitej Polskiej oraz o pieczęciach państwowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1509). Z racji tego, że Agencja nie będzie mieściła się w żadnej z kategorii podmiotów wprost wymienionych w tym przepisie, jedynym rozwiązaniem pozwalającym na używanie wizerunku orła ustalonego dla godła jest określenie takiego uprawnienia wprost w akcie normatywnym tworzącym Agencję stosownie do brzmienia art. 2a pkt 13 ww. ustawy.

Art. 93–100

Organami Agencji będą Prezes Agencji i Rada Agencji, dalej zwana „Radą”.

Prezes Agencji będzie powoływany przez ministra właściwego do spraw zdrowia, na okres 6 lat, spośród osób wyłonionych w drodze konkursu. Wynagrodzenie Prezesa Agencji będzie ustalane przez ministra właściwego do spraw zdrowia, na zasadach określonych w ustawie z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi (Dz. U. z 2019 r. poz. 2136). Ta sama osoba będzie mogła zajmować stanowisko Prezesa Agencji nie dłużej niż przez dwie kadencje. Prezes Agencji będzie wykonywał swoje zadania przy pomocy powoływanych przez siebie, spośród osób wyłonionych w drodze konkursu, zastępców Prezesa Agencji, którym będzie ustalał wynagrodzenie. Zarówno powołanie Prezesa Agencji jak i powołanie zastępców Prezesa Agencji będzie stanowiło

nawiązanie stosunku pracy na podstawie powołania, o którym mowa w przepisach ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, z późn. zm.).

W projekcie ustawy określono wymagania dla kandydatów na Prezesa Agencji i zastępców Prezesa Agencji. Poza wymaganiami, które zazwyczaj pojawiają się w przypadku kandydatów na stanowiska kierownicze, takimi jak korzystanie z pełni praw publicznych oraz niekaralność, Prezes Agencji będzie musiał wykazać się co najmniej 6-letnim stażem pracy, w tym co najmniej 3-letnim stażem pracy na stanowisku kierowniczym w sektorze gospodarczym, ochrony zdrowia, finansowym lub administracji publicznej, a zastępcy Prezesa Agencji co najmniej 5-letnim stażem pracy w sektorze ochrony zdrowia, gospodarczym, finansowym lub administracji publicznej, w tym co najmniej 3-letnim stażem pracy na stanowisku kierowniczym. Ponadto zarówno Prezes Agencji jak i zastępcy Prezesa Agencji będą musieli posiadać wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne w zakresie finansów, ekonomii, prawa, organizacji ochrony zdrowia lub zarządzania. Dodatkowo Prezes Agencji będzie musiał ukończyć studia podyplomowe Master of Business Administration lub posiadać stopień naukowy doktora nauk ekonomicznych albo stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie ekonomia i finanse lub nauki o zarządzaniu i jakości.

Projekt zakłada, iż przesłanką dla ministra właściwego do spraw zdrowia do odwołania Prezesa Agencji będzie: utrata zdolności do pełnienia obowiązków z powodu choroby lub innej przeszkody trwale uniemożliwiającej pełnienie obowiązków przez co najmniej 6 miesięcy, działanie niezgodne z zasadami rzetelności i gospodarności lub rażące naruszenie prawa, niezatwierdzenie rocznego sprawozdania finansowego Agencji lub jego nieprzedstawienie w terminie, rezygnacja ze stanowiska, zaprzestanie spełniania któregośkolwiek z wymagań określonych w art. 96 ust. 1 pkt 1 i 3–5, zaistnienie którejkolwiek z przesłanek, o których mowa w art. 98 ust. 1, 2 i 4 lub złożenie niezgodnego z prawdą oświadczenia, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944–1990 oraz treści tych dokumentów (Dz. U. z 2021 r. poz. 1633), albo informacji, o której mowa w art. 7 ust. 3a tej ustawy, stwierdzonego prawomocnym orzeczeniem sądu. W przypadku odwołania Prezesa Agencji minister właściwy do spraw zdrowia będzie mógł powołać na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy osobę pełniącą obowiązki Prezesa Agencji spełniającą wymagania określone ustawą.

Kadencja zastępców Prezesa Agencji będzie wynosiła 6 lat, jednak Prezes Agencji będzie mógł odwołać zastępcę Prezesa Agencji w każdym czasie.

Prezes Agencji oraz zastępcy Prezesa Agencji, za zgodą odpowiednio ministra właściwego do spraw zdrowia albo Prezesa Agencji, będą mogli podejmować dodatkowe zatrudnienie, jeżeli wykonywanie tego zatrudnienia nie będzie przeszkadzało w wykonywaniu obowiązków Prezesa Agencji lub zastępcy Prezesa Agencji. Jednocześnie projektodawca określił w art. 98 ust. 1 katalog aktywności, które nie będą mogły być podejmowane przez Prezesa Agencji, zastępców Prezesa Agencji oraz pracowników Agencji.

Zgodnie z projektem ustawy Prezes Agencji będzie reprezentował Agencję na zewnątrz i kierował jej działalnością, wydawał postanowienia w sprawach należących do zakresu działalności Agencji, podejmował rozstrzygnięcia w sprawach związanych z realizacją i podziałem środków finansowych na realizację planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych, a także z realizacją innych zadań Agencji, zaciągał zobowiązania w imieniu Agencji, wyrażał zgodę, o której mowa w art. 367g ust. 2 lub w art. 367o ust. 2 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne oraz wykonywał uchwały Rady Agencji. Prezes Agencji będzie także odpowiedzialny za gospodarkę finansową Agencji oraz za zarządzanie i gospodarowanie jej majątkiem, a także za przygotowanie kluczowych dokumentów, takich jak m.in.: roczny plan finansowy i roczny plan działalności Agencji, roczne sprawozdanie finansowe Agencji oraz roczne sprawozdanie z działalności Agencji.

Dodatkowo Prezes Agencji będzie obowiązany do przedkładania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia: rocznego sprawozdania z działalności Agencji, rocznego planu działalności Agencji i jego zmiany, rocznego sprawozdania finansowego Agencji oraz rocznego planu finansowego Agencji przy zachowaniu terminów określonych w ustawie.

Art. 101–106

Rada będzie organem opiniodawczo-kontrolnym, w skład którego wejdzie 12 członków powoływanych i odwoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Prawo do zgłaszania kandydatów na członków Rady będą posiadali: minister właściwy do spraw zdrowia, Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego, Rada Dialogu Społecznego, wspólnie Minister Obrony Narodowej i minister właściwy do spraw wewnętrznych, minister właściwy do spraw finansów publicznych, Prezes Funduszu, Rzecznik Praw Pacjenta oraz uczelnie medyczne. Prezes Rady Ministrów będzie wskazywał jednego członka Rady. Projektodawca przewidział, iż członkiem Rady będzie mogła zostać osoba posiadająca m.in.

wiedzę i co najmniej 3-letnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie ochrony zdrowia, finansów, ekonomii lub zarządzania w ochronie zdrowia oraz spełniająca przynajmniej jeden z wymogów określonych w art. 19 ust. 1 pkt 1 lit. a–k ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym (Dz. U. z 2021 r. poz. 1933). W stosunku do kandydatów na członków Rady nie będzie konieczne uzyskiwanie opinii Rady do spraw spółek z udziałem Skarbu Państwa i państwowych osób prawnych. Aby ograniczyć ryzyko wystąpienia konfliktu interesów projektodawca przewidział szereg okoliczności uniemożliwiających zasiadanie w Radzie.

W przypadku odwołania członka Rady, w wypadkach wskazanych w ustawie, lub śmierci członka Rady przed upływem kadencji Rady minister właściwy do spraw zdrowia będzie niezwłocznie powoływał na jego miejsce inną osobę na okres do końca kadencji Rady.

Kadencja Rady będzie trwała 6 lat. W celu większego zaangażowania w pracę Rady członkom Rady będzie przysługiwało wynagrodzenie ustalane przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Zgodnie z projektem ustawy Rada będzie posiadać kompetencje kontrolne w zakresie bieżącej działalności Agencji we wszystkich dziedzinach jej działalności, w tym będzie rozpatrywać sprzeciwy od postanowień Prezesa Agencji odmawiających wpisu na listę nadzorców i menedżerów, a także o skreśleniu z tych list, oraz kompetencje związane z opiniowaniem dokumentów przygotowywanych przez Prezesa Agencji. Rada będzie podejmowała także uchwały w sprawach dotyczących majątku Agencji i inwestycji przekraczających zakres upoważnienia statutowego dla Prezesa Agencji oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości stanowiących własność Agencji. Rada będzie opiniowała m.in. zasady podziału środków finansowych ujmowanych w rocznym planie finansowym Agencji czy roczny plan działalności Agencji. W celu wykonywania ww. zadań Rada będzie miała ustawowo zapewnione prawo wglądu do dokumentacji prowadzonej przez Agencję oraz prawo do żądania od Prezesa Agencji wszelkich informacji dotyczących tej dokumentacji. Rada nie będzie miała prawa wydawania Prezesowi Agencji wiążących poleceń dotyczących bieżącej działalności Agencji.

Art. 107

Projekt ustawy przewiduje, że Agencja będzie działała zgodnie z rocznym planem działalności Agencji, który będzie publikowany na stronie podmiotowej Agencji.

Art. 108-112

Projektodawca przewidział, iż nabór na wolne stanowiska pracy w Agencji będzie otwarty i konkurencyjny, co ma służyć pozyskaniu kadry eksperckiej.

Art. 113–116

W art. 113 projektodawca określił szczegółowe zadania Agencji korespondujące z jej zakresem działania określonym w art. 90 ustawy. W ramach realizacji swoich zadań Agencja będzie mogła udzielać podmiotom szpitalnym pożyczek z oprocentowaniem 0% z możliwością częściowego umorzenia, finansowania bezzwrotnego oraz stosować instrumenty poręczeniowe. Możliwość częściowego umorzenia pożyczki oraz wysokość tego umorzenia uzależniona będzie od wysokiego poziomu realizacji przez podmiot szpitalny planu rozwojowego albo planu naprawczo-rozwojowego, a finansowanie bezzwrotne ze środków dotacji celowej na realizację i finansowanie zadań, o których mowa w art. 113 pkt 5–8 Agencja będzie mogła zapewnić wyłącznie na realizację środków naprawczo-rozwojowych dostępnych w ramach postępowania naprawczo-rozwojowego lub wsparcie podmiotu szpitalnego w dostosowaniu jego działalności do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych, lub restrukturyzację zadłużenia, o której mowa w Rozdziale 8 projektu ustawy – jeżeli zwiększy to szansę na przyznanie podmiotowi szpitalnemu wyższej kategorii lub pomoże dostosować działalność podmiotu szpitalnego do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych, uwzględniając stan środków będących w dyspozycji Agencji. Ponadto w celu zapewnienia płynności finansowej podmiotów szpitalnych pozwalającej na skuteczne i efektywne zarządzanie Agencja będzie mogła udzielać pożyczek z oprocentowaniem 0%, w tym na spłatę części oprocentowania lub części kapitału kredytu lub pożyczki, a także udzielać poręczeń lub gwarancji spłaty kredytu lub pożyczki. Zgodnie z art. 89 projektu ustawy Agencja jest państwową osobą prawną, zatem jest to odrębna osoba prawna od Skarbu Państwa. Plan finansowy Agencji będzie określał kwotę zobowiązań z tytułu udzielanych poręczeń i gwarancji. W związku z faktem, że plan finansowy Agencji uzgadniany będzie z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, kwota zobowiązań z tytułu udzielanych poręczeń i gwarancji w planie finansowym, uzgodniona z tym ministrem, będzie stanowiła maksymalny limit udzielanych poręczeń i gwarancji. Przy ustalaniu limitu udzielanych poręczeń i gwarancji zastosowanie będą miały przepisy ustawy z dnia 8 maja 1997 r. o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne (Dz. U. z 2022 r., poz. 445 i 830), mówiące że państwowe osoby prawne mogą udzielać poręczenia lub gwarancji do wysokości nie wyższej niż 60% wartości kapitałów (funduszy) własnych, określonych według

stanu na koniec roku obrotowego poprzedzającego udzielenie poręczenia lub gwarancji, z zastrzeżeniem że kwota poręczenia lub gwarancji udzielanych za zobowiązania określonego podmiotu nie może przekroczyć 20% wartości tych kapitałów (funduszy).

W celu pozyskania środków finansowych Agencja będzie mogła emitować obligacje na podstawie ustawy z dnia 15 stycznia 2015 r. o obligacjach – art. 2 pkt 2 (Dz. U. z 2022 r. poz. 454). Wyemitowane przez Agencję obligacje będą miały wpływ na państwowy dług publiczny, nie będą to jednak obligacje zaliczane do długu Skarbu Państwa. Podobnie jak w przypadku poręczeń i gwarancji, plan finansowy Agencji będzie określał kwotę zobowiązań z tytułu emisji obligacji, która (uzgodniona w ramach uzgadniania planu finansowego z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych) będzie stanowiła maksymalny limit wartości emitowanych obligacji.

Agencja, w terminie do dnia 30 czerwca roku, w którym podmioty szpitalne podlegają co trzyletniej kategoryzacji, o której mowa w art. 24 ust. 1, będzie publikowała na stronie podmiotowej Agencji zasady i tryb udzielania wsparcia finansowego podmiotom szpitalnym mając na uwadze zapewnienie przejrzystości, rzetelności i bezstronności przyznawania podmiotom szpitalnym środków publicznych

Art. 117

Agencja jako państwowa osoba prawna będzie prowadziła samodzielną gospodarkę finansową na podstawie rocznego planu finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych. Projekt rocznego planu finansowego Agencji, po zaopiniowaniu przez Radę i uzgodnieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, jest zatwierdzany przez ministra właściwego do spraw zdrowia i przekazywany ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych w trybie i terminie określonych w przepisach dotyczących prac nad projektem ustawy budżetowej.

Zgodnie z projektowanymi przepisami, Prezes Agencji, w terminie do dnia 30 kwietnia każdego roku, będzie przedstawiał ministrowi właściwemu do spraw zdrowia dokumenty dotyczące poprzedniego roku obrotowego, tj. roczne sprawozdanie finansowe Agencji wraz ze sprawozdaniem firmy audytorskiej z badania tego sprawozdania i roczne sprawozdanie z działalności Agencji oraz opinie Rady dotyczące tych sprawozdań.

Art. 118–119

Projekt ustawy przewiduje, że podstawowymi przychodami Agencji będą dotacja podmiotowa oraz dotacje celowe. Z dotacji podmiotowej pokrywane będą koszty bieżące Agencji związane z realizacją zadań określonych w ustawie. Z kolei z dotacji celowych będą realizowane i finansowane ustawowe zadania Agencji polegające na finansowaniu planów naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych, wsparciu płynnościowym podmiotów szpitalnych oraz udzielaniu poręczeń i gwarancji podmiotom szpitalnym, a także będą pokrywane koszty inwestycyjne związane z działalnością Agencji. Wskazane dotacje udzielane będą Agencji z budżetu państwa, z części której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Ponadto, przychody Agencji mogą stanowić również środki pochodzące z takich źródeł jak: budżet Unii Europejskiej, odsetki od wolnych środków przekazanych w depozyt zgodnie z przepisami o finansach publicznych, zapisy i darowizny, środki pochodzące z działalności gospodarczej, a także z innych źródeł.

Poza kosztami działalności Agencji oraz kosztami finansowania i wsparcia, o których mowa w art. 113 pkt 5–8 ustawy, Agencja będzie ponosić także koszty związane z działaniem Rady.

Art. 120-123

Projektowane przepisy zakładają, że Agencja, za zgodą Prezesa Rady Ministrów oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, będzie uprawniona do tworzenia spółek, obejmowania lub nabywania udziałów i akcji w spółkach mających siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub za granicą, w związku z działalnością Agencji. Mimo, że w początkowym stadium funkcjonowania Agencji nie przewiduje się nabywania udziałów i akcji w spółkach, niewykluczone, że rozwój Agencji w kolejnych latach może wymagać ich tworzenia np.: w celu zabezpieczenia udzielonego finansowania. Przewiduje się ponadto, że Agencja będzie mogła prowadzić działalność gospodarczą w zakresie: świadczenia usług doradczych i eksperckich, organizowania wydarzeń o charakterze szkoleniowym lub informacyjnym oraz działalności wydawniczej. Jednakże działalność gospodarcza nie będzie mogła być finansowana ze środków dotacji podmiotowej, dotacji celowych, środków z budżetu Unii Europejskiej oraz odsetek od wolnych środków przekazanych w depozyt zgodnie z przepisami o finansach publicznych, a dochód osiągnany z prowadzenia tej działalności będzie mógł być przeznaczony wyłącznie na pokrycie kosztów działalności Agencji. Działalność gospodarcza Agencji będzie wyodrębniona pod względem finansowym i rachunkowym z działalności Agencji, o której mowa w art. 90.

Projektodawca przewidział, iż w Agencji utworzony zostanie fundusz podstawowy i fundusz zapasowy. Fundusz podstawowy Agencji będzie odzwierciedlał równowartość netto środków trwałych, wartości niematerialnych i prawnych oraz innych składników aktywów stanowiących wyposażenie Agencji na dzień rozpoczęcia przez nią działalności. Natomiast fundusz zapasowy będzie tworzony z zysku netto z przeznaczeniem na finansowanie inwestycji lub pokrycie straty netto. Ponadto projekt ustawy zakłada, iż roczne sprawozdanie finansowe Agencji będzie podlegało badaniu przez firmę audytorską bez względu na spełnienie lub nie przesłanek wskazanych w art. 64 ustawy o rachunkowości. Wyboru firmy audytorskiej badającej sprawozdanie finansowe Agencji dokonywał będzie minister właściwy do spraw zdrowia.

Art. 124-125

Minister właściwy do spraw zdrowia będzie sprawował nadzór nad działalnością Agencji pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności. Minister będzie mógł żądać udostępnienia mu dokumentów związanych z działalnością Agencji, a także przekazywania wszelkich informacji i wyjaśnień dotyczących funkcjonowania Agencji, a ponadto będzie uprawniony do przeprowadzania kontroli Agencji. W ramach sprawowanego nadzoru minister właściwy do spraw zdrowia będzie m.in. zatwierdzał roczne sprawozdanie finansowe Agencji oraz akceptował corocznie podział środków planowanych do przekazania podmiotom szpitalnym w następnym roku w ramach realizacji zadań, o których mowa w art. 113 pkt. 5–8.

Rozdział 10 – Kierownik podmiotu szpitalnego

Art. 126-127

Identyfikując nie zawsze wystarczający poziom kompetencji menedżerskich osób zarządzających podmiotami szpitalnymi, projektodawca przewidział, iż zarówno kierownikiem podmiotu szpitalnego jak i osobą pełniącą obowiązki kierownika podmiotu szpitalnego będzie mogła być wyłącznie osoba wpisana na listę menedżerów prowadzoną przez Agencję. Aby zostać wpisanym na ww. listę trzeba będzie wykazać się nie tylko doświadczeniem na stanowisku kierowniczym oraz wyższym wykształceniem i odpowiednim stażem pracy, ale ponadto także zdać państwowy egzamin organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub ukończyć studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA) realizowane w wymiarze co najmniej 400 godzin dydaktycznych, lub posiadać stopień naukowy doktora nauk ekonomicznych albo stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie ekonomia i finanse lub nauki o zarządzaniu i jakości.

Wpis na listę menedżerów prowadzoną przez Agencję będzie dokonywany na wniosek zainteresowanej osoby, która zdała państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego lub ukończyła studia MBA lub posiada ww. stopień doktora oraz spełnia pozostałe przesłanki ustawowe warunkujące wpis. Wpis na listę menedżerów będzie następował w drodze postanowienia Prezesa Agencji, a w przypadku wskazanym w art. 127 ust. 7 także w drodze uchwały Rady. Odmowa wpisu będzie następowała, w przypadkach wskazanych w ustawie, w drodze postanowienia Prezesa Agencji, od którego osoba ubiegająca się o wpis będzie mogła złożyć w terminie 7 dni sprzeciw do Rady. Rozpatrując sprzeciw Rada w drodze uchwały będzie utrzymywać w mocy postanowienie Prezesa Agencji odmawiające wpisu albo uchylać je i podejmować uchwałę w sprawie wpisu. Uchwała Rady będzie ostateczna.

Wykreślenie z listy menedżerów będzie następować w drodze postanowienia Prezesa Agencji od którego, w terminie 7 dni od dnia jego doręczenia, przysługiwać będzie sprzeciw do Rady. Rada będzie albo utrzymać w mocy postanowienie Prezesa Agencji albo je uchylać, w przypadku gdy uzna, iż niezaisntiały okoliczności do skreślenia danej osoby z listy.

W ramach listy menedżerów będą umieszczone następujące informacje: numer wpisu, imię i nazwisko, data i miejsce urodzenia, numer ewidencyjny PESEL, z wyłączeniem cudzoziemców, którzy tego numeru nie posiadają, adres do korespondencji, numer telefonu oraz adres poczty elektronicznej. Prezes Agencji będzie udostępniał listę na stronie podmiotowej Agencji w zakresie informacji o numerze wpisu i imieniu oraz nazwisku.

Art. 128

W celu wzmocnienia kadry zarządzającej i popularyzacji nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w ochronie zdrowia, projektodawca nałożył na kierowników podmiotów szpitalnych obowiązek ustawicznego doskonalenia zawodowego, które będzie mogło być realizowane zarówno przez samokształcenie jak i w zorganizowanych formach kształcenia. Jednocześnie kierownicy podmiotów szpitalnych będą zobowiązani przedkładać Agencji do dnia 15 stycznia każdego roku dokumenty potwierdzające realizację powyższego obowiązku w roku poprzednim. Brak realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego w przypadku kierowników podmiotów szpitalnych kategorii C albo D będzie mógł skutkować odwołaniem ich ze stanowiska przez Prezesa Agencji.

Art. 129

Projektowana ustawa będzie w zakresie swojej regulacji *lex specialis* w stosunku do innych ustaw regulujących kwestie związane z osobami zarządzającymi podmiotem szpitalnym, dlatego też w art. 129 wskazano, iż przepisy innych ustaw dotyczące kierownika podmiotu szpitalnego będą miały zastosowanie wyłącznie w zakresie nieuregulowanym w ustawie o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa.

Rozdział 11 – Państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego

Art. 130-135

Państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego organizowany będzie przez ministra właściwego do spraw zdrowia co najmniej raz w roku. Informację o terminie egzaminu minister będzie ogłaszał w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej oraz w dzienniku o zasięgu ogólnokrajowym co najmniej na trzy miesiące przed planowanym terminem egzaminu. Minister będzie mógł zlecić przeprowadzenie egzaminu Agencji, zapewniając na ten cel odpowiednie środki finansowe.

Do kompetencji ministra będzie należało powoływanie, w drodze zarządzenia, Komisji Egzaminacyjnej, składającej się z 8 osób wyróżniających się wiedzą teoretyczną i praktyczną z zakresu problematyki objętej egzaminem. Minister będzie wyznaczał jednocześnie Przewodniczącego Komisji Egzaminacyjnej i jego zastępcę. Kadencja Komisji będzie trwała 3 lata. Pracami Komisji Egzaminacyjnej będzie kierował Przewodniczący Komisji Egzaminacyjnej, a w przypadku jego nieobecności zastępca Przewodniczącego Komisji Egzaminacyjnej. Projekt przewiduje przesłanki odwołania członka Komisji Egzaminacyjnej, a także jej zadania.

Sam egzamin będzie miał na celu zweryfikowanie wiedzy i umiejętności w zakresie zarządzania podmiotem szpitalnym, znajomości aktów prawnych mających zastosowanie w ochronie zdrowia oraz doświadczenia dającego rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika podmiotu szpitalnego. Egzamin będzie miał formę pisemną, prowadzony będzie w języku polskim i będzie obejmował zagadnienia z zakresu ochrony zdrowia, prawa, ekonomii, finansów oraz zarządzania. Egzaminowani będą rozwiązywali test składający się ze 120 pytań po trzy propozycje odpowiedzi, z których tylko jedna jest prawidłowa oraz będą wykonywali zadanie problemowe. Za każdą prawidłową odpowiedź na pytanie testowe będzie się otrzymywało 1 punkt, a za rozwiązanie zadania problemowego od 0 do 20 punktów. Pozytywny wynik egzaminu otrzyma osoba, która uzyska co najmniej 84

punktów z części testowej egzaminu oraz co najmniej 14 punktów za wykonanie zadania problemowego. Złożenie egzaminu z wynikiem pozytywnym potwierdzi zaświadczenie wystawione przez Komisję Egzaminacyjną.

Osoby przystępujące do egzaminu będą uiszczaly opłatę egzaminacyjną, która stanowiła będzie dochód budżetu państwa. Opłata egzaminacyjna nie będzie mogła przekroczyć minimalnego wynagrodzenia za pracę.

Do egzaminu będzie mogła przystąpić osoba, która spełnia warunki określone w art. 126 ust. 1 pkt 1–3 projektu ustawy oraz złoży do ministra właściwego do spraw zdrowia wnioski o dopuszczenie do egzaminu najpóźniej na 30 dni przed terminem rozpoczęcia egzaminu.

Rozdział 12 – Zmiany w przepisach obowiązujących

Art. 136, 137, 139, 140

W związku z koniecznością dostosowania przepisów w stosunku do regulowanej materii konieczne jest wprowadzenie zmian w niżej wymienionych aktach:

- 1) ustawie z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz. U. z 2021 r. poz. 112, z późn. zm.);
- 2) ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. –Prawo bankowe (Dz. U. z 2021 r. poz. 2439, z późn. zm.);
- 3) ustawie z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2257, z późn. zm.);
- 4) ustawie z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944-1990 oraz treści tych dokumentów (Dz. U. z 2021 r. poz. 1633).

Art. 138 – nowelizacja ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 138 pkt 1, 2, 3 i 4

Zaproponowane zmiany dotyczą kwestii związanych z procesem wydawania opinii o celowości inwestycji polegającej na utworzeniu na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego, nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub innej inwestycji dotyczącej wykonywania działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, których wartość kosztorysowa na dzień złożenia wniosku przekracza 2 mln zł. Projektuje się, że takiej opinii nie będzie wydawało się w

odniesieniu do inwestycji przewidzianej w zatwierdzonym przez Prezesa Agencji planie naprawczo-rozwojowym. Ponadto w rozpatrywanie wniosków o wydanie opinii, złożonych przez podmioty szpitalne, włączono Prezesa Agencji, na takich samych zasadach jak ma to obecnie miejsce w stosunku do Prezesa Funduszu lub dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Art. 138 pkt 8, 9, 11, 12 i 13

Zaproponowane zmiany są konsekwencją propozycji zawartych w przepisach dotyczących procesów rozwojowych i postępowań naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych. Zmiana zaproponowana w art. 131b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych polega na tym, że Prezes Funduszu podczas sporządzania planu zakupu świadczeń na terenie województwa na następny rok, będzie uwzględniał, obok dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, wysokości planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz krajowego planu i wojewódzkiego planu także efektywne i bezpieczne wykorzystanie zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, a także zatwierdzone przez Prezesa Agencji plany naprawczo-rozwojowe oraz opinie Prezesa Agencji do planów rozwojowych. Natomiast do przepisów dotyczących zawierania przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rokowań dodano kolejną przesłankę zastosowania tego trybu, wynikającą z rozwiązań zawartych z art. 32 ust 7 pkt 1 i art. 65 ust. 2 pkt 1 projektu ustawy.

Art. 138 pkt 5, 6, 7, 10 i 14

Nowelizacja ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 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.

W raporcie powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu do spraw przygotowania rozwiązań legislacyjnych dotyczących restrukturyzacji podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, z maja 2021 r. zawarto m.in. następującą diagnozę efektów dotychczasowego funkcjonowania PSZ:

„1) Dostępność do świadczeń

Z poziomu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej wynikają kolejki i czas oczekiwania na realizację świadczeń. Przeanalizowano wskaźnik potencjału likwidacji kolejki

(iloraz liczby osób oczekujących i liczby świadczeń) w poszczególnych kwartałach. Uwzględniono pięć najdłuższych list oczekujących (największa liczba oczekujących) w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej i tyle samo list do oddziałów szpitalnych. Na koniec 2017 roku wskaźnik wynosił 1,46, a na koniec 2019 roku 1,43. Oznacza to poprawę sytuacji, jednak zdecydowanie w zbyt małym stopniu.

2) Racjonalna piramida świadczeń

Zarówno liczba, jak i wartość świadczeń udzielonych w ramach AOS przez świadczeniodawców z PSZ w latach 2017–2019 odnotowały wzrosty. Liczba udzielonych świadczeń wynosiła odpowiednio: 33,83 mln w 2017 r., 33,92 mln w 2018 r. i 34,17 mln w 2019 r. Z kolei wartość udzielonych świadczeń kształtowała się następująco: 2,59 mld zł w 2017 r., 2,81 mld zł w 2018 r. i 3,09 mld zł w 2019 r. W ciągu trzech lat działania sieci liczba świadczeń zrealizowanych w trybie ambulatoryjnym wzrosła więc zaledwie o 3%.

Jednocześnie, należy zauważyć, że analiza świadczeń sprawozdanych w ramach profilu chirurgia ogólna na oddziałach całodobowych wykazała, że ponad 60% 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).

3) Koncentracja świadczeń

W ramach opieki położniczej, w latach 2017–2019 w ramach finansowania przez NFZ odebrano prawie 1,14 mln porodów (odpowiednio: 393 tys. w 2017 r., 380 tys. w 2018 r. i 366 tys. w 2019 r.) w prawie 400 placówkach (odpowiednio: 397 w 2017 r., 382 w 2018 r. i 383 w 2019 r.). Z kolei liczba świadczeniodawców o rocznej liczbie porodów powyżej 400 z każdym rokiem malała, wynosząc 320 w 2017 r., 305 w 2018 r. i 291 w 2019 r. Udział porodów z tych placówek w ogólnej liczbie porodów utrzymywał się jednak na stałym poziomie wynoszącym około 94%. Świadczy to o zwiększającej się liczbie oddziałów, w których liczba porodów nie spełnia wytycznych konsultantów krajowych w dziedzinie położnictwa oraz w dziedzinie neonatologii.

W ramach świadczeń zabiegowych w chirurgii ogólnej, w latach 2017–2019 świadczeń z zakresu chirurgii ogólnej udzielało ponad 500 świadczeniodawców (odpowiednio 598 w 2017 r., 566 w 2018 r. i 538 w 2019 r.). Udziałem świadczeń zabiegowych (operatywą) powyżej 60% charakteryzowało się w latach 2017–2019 odpowiednio 476, 456 i 451 jednostek (80%, 81% i

84% wszystkich szpitali), zaś powyżej 80% odpowiednio 204, 178 i 180 szpitali (34%, 31% i 33% wszystkich szpitali). Oznacza to wysoki udział świadczeń zachowawczych (około 1/5 wszystkich hospitalizacji) z tendencją do poprawy.

4) Kompleksowość opieki

W ramach analizy, dla określonych typów świadczeń sprawdzano kompleksowość świadczeń. Badano następujące pary świadczeń (1) hospitalizacja JGP z powodu zawału i rehabilitacja kardiologiczna, (2) leczenie udaru (wg JGP) i rehabilitacja neurologiczna, (3) endoprotezoplastyka (wg JGP) rehabilitacja ogólnoustrojowa lub fizjoterapia, (4) operacje na kręgosłupie (wg JGP) i rehabilitacja neurologiczna, ogólnoustrojowa lub fizjoterapia. W każdym przypadku sprawdzono wśród jakiego odsetka świadczeniodawców mniej niż 25% pacjentów uzyskało świadczenie rehabilitacyjne po zabiegu. Wyniki przedstawiają się następująco: (1) zawał: 64% w 2017 r. i 41% w 2019 r., (2) udar: 47% w 2017 r. i 39% w 2019 r., (3) endoprotezoplastyka: 68% w 2017 r. i 56% w 2019 r., (4) kręgosłup: 88% w 2017 r. i 92% w 2019 r. Z powyższego wynika, że w przypadku pierwszych 3 świadczeń zaobserwowano pożądany kierunek zmiany, natomiast w przypadku operacji kręgosłupa sytuacja się pogorszyła.

Z prezentowanych danych wynika, że mimo przeprowadzonej reformy oraz bieżących korekt, opisywane parametry nie osiągają zakładanych wartości lub zbyt wolno zmierzają do pożądanego stanu.”.

Podstawowymi celami proponowanych zmian w ustawie są: koncentracja świadczeń służąca poprawie wyników leczenia, racjonalizacja kosztów prowadzonej działalności podmiotów leczniczych oraz racjonalizacja wydatków po stronie płatnika – Funduszu.

Najistotniejsza zmiana w strukturze PSZ polega na rezygnacji z definiowania i wyodrębniania poziomów systemu, do których byli dotychczas kwalifikowani świadczeniodawcy. 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 poziomy PSZ w dość powszechnej świadomości były postrzegane jako rodzaj poziomów referencyjnych, nie mając w rzeczywistości takiego charakteru. Ponadto, jak stwierdzono w cytowanym wyżej raporcie, „stworzenie ścisłych kryteriów, opartych na pełnej strukturze szpitala pomija jednostki specjalistyczne i komplikuje system, który powinien być prosty i jednoznaczny”. Stąd też w projektowanej ustawie zaproponowano kwalifikowanie do PSZ, bez wyodrębniania poziomów

zabezpieczenia, wszystkich świadczeniodawców posiadających co najmniej jeden tzw. profil kwalifikujący.

Jednocześnie proponuje się uznanie za profil kwalifikujący wszystkich profili w zakresie leczenia szpitalnego, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, realizowanych przez danego świadczeniodawcę na podstawie umowy z Funduszem, 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. Ponadto w przypadku profili zabiegowych dodatkowym kryterium kwalifikacji będzie określony minimalny udział świadczeń zabiegowych udzielonych w ramach umowy z Funduszem, w ostatnim pełnym roku kalendarzowym, a w przypadku profilu położnictwo i ginekologia minimalna liczba odebranych porodów w tym samym okresie. Takie rozwiązanie sprzyjać będzie koncentracji świadczeń zabiegowych, co powinno przełożyć się na poprawę jakości tych świadczeń.

Istotną zmianą proponowaną w projekcie jest również uproszczenie i złagodzenie regulacji dotyczących udzielania przez świadczeniodawców 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 – leczenie 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 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.

W odniesieniu do świadczeń wymienionych w pkt 1–4 warunkiem ich udzielania w PSZ będzie posiadanie umowy z Funduszem obejmującej udzielanie takich świadczeń, ważnej w dniu kwalifikacji, natomiast w odniesieniu do świadczeń z zakresu rehabilitacji – posiadanie

umowy z Funduszem 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 realizowanym przez świadczeniodawcę w tym systemie, zgodnie z regułami określonymi w przepisach wykonawczych. 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 pkt 7–8 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.

W art. 95n ustawy, 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.

Proponuje się również wprowadzenie regulacji umożliwiającej, na wniosek świadczeniodawcy, dokonanie w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ zmiany polegającej na zastąpieniu określonych profili kwalifikujących odpowiadającymi im profilami świadczeń realizowanymi w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia, przez dodanie ust. 3 w art. 159a ustawy. Rozwiązanie takie powinno służyć racjonalizacji struktury świadczeniodawców lecznictwa szpitalnego, sprzyjając rozwojowi procedur jednodniowych. Nie będzie ono w żaden sposób naruszało zasad konkurencyjności w ramach postępowań konkursowych, mając na uwadze, iż każdy świadczeniodawca spełniający warunki dla udzielania świadczeń w ramach pełnych profili szpitalnych spełnia również warunki

wymagane dla realizacji tożsamy zakresów świadczeń w trybie hospitalizacji planowej lub leczenia jednego dnia.

W zmienionym art. 132b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uwzględniono zmiany wprowadzone w zakresie organizacji PSZ, a ponadto wprowadzono nową redakcję tego przepisu, odzwierciedlającą proponowany model kontraktowania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. 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 będą mogły udzielać tych świadczeń, w ramach umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ, po złożeniu stosownego wniosku do Prezesa Funduszu i uwzględnieniu ich w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co będzie mogło nastąpić pod warunkiem spełnienia wymagań określonych w odpowiednich przepisach wykonawczych. Jednocześnie w art. 132b ust. 3 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.

Art. 141 – nowelizacja ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych.

Zaproponowana zmiana art. 18 ust. 5 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 498) ma na celu uspoźnienie brzmienia tej regulacji z przepisami ustawy Prawo restrukturyzacyjne, a w szczególności z dodanym działem IIa – postępowanie restrukturyzacyjne wobec podmiotów szpitalnych. Jest to spowodowane tym, że przepis art. 367k ww. działu stanowi, iż jeżeli zaspokojenie wierzycieli dokonywane jest na podstawie układu to wierzyciele z grupy lub grup, które wypowiedziały się przeciw przyjęciu układu, zostaną zaspokojeni na podstawie układu w stopniu nie mniej korzystnym niż w przypadku prowadzenia przez wszystkich wierzycieli podmiotu szpitalnego egzekucji z mienia podmiotu szpitalnego z uwzględnieniem kolejności zaspokajania wierzycieli w postępowaniu egzekucyjnym, a art. 367l ust. 4 ww. działu stanowi, iż jeżeli zaspokojenie wierzycieli dokonywane jest na podstawie planu spłaty to wierzyciele z grupy lub grup, które

wypowiedziały się przeciw przyjęciu układu, zostaną zaspokojeni na podstawie planu spłaty, który przewiduje zaspokojenie wierzycieli przez spłatę:

- 1) w terminie sześciu miesięcy od dnia zatwierdzenia planu spłaty w wysokości, którą wierzyciele uzyskaliby w przypadku:
 - a) prowadzenia przez wszystkich wierzycieli podmiotu szpitalnego działającego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo instytutu badawczego egzekucji z mienia podmiotu szpitalnego z uwzględnieniem kolejności zaspokajania wierzycieli w postępowaniu egzekucyjnym,
 - b) ogłoszenia upadłości podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki kapitałowej;
- 2) w terminie 5 lat od dnia upływu 6 miesięcy od dnia zatwierdzenia planu spłaty w wysokości, która odpowiada możliwościom finansowym podmiotu szpitalnego w tym okresie.

Powyższe ma na celu uniknięcie sytuacji, w której przeprowadzenie postępowania restrukturyzacyjnego wobec podmiotu szpitalnego działającego w formie instytutu badawczego byłoby mniej korzystne dla wierzycieli niż przeprowadzenie postępowania likwidacyjnego tego podmiotu.

W art. 22 pkt 2 lit. b ustawy o instytutach badawczych rozszerzono katalog zadań państwowego instytutu badawczego o zadania dotyczące monitoringu i zapobiegania skutkom epidemii.

Z uwagi na specyfikę działalności prowadzonej przez instytuty badawcze nadzorowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz instytuty badawcze uczestniczące w systemie ochrony zdrowia nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej postanowiono o wprowadzeniu rozdziału dedykowanego ww. kategorii podmiotów (rozdział 4a), jednocześnie wskazując w art. 22a ustawy o instytutach badawczych, że do podstawowej działalności instytutu nadzorowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz instytutu uczestniczącego w systemie ochrony zdrowia nadzorowanego przez Ministra Obrony Narodowej (dalej: instytutu) należy w szczególności prowadzenie działalności leczniczej. Należy wskazać, że rozdział 4a należy traktować jako regulację szczególną, zaś w sprawach nieuregulowanych w przedmiotowym rozdziale zastosowanie znajdują pozostałe przepisy ustawy o instytutach badawczych.

W instytutach obok dyrektora i rady naukowej będzie funkcjonował również organ w postaci rady instytutu (art. 22b ustawy o instytutach badawczych). Stosownie do art. 22f–22h ustawy o instytutach badawczych rada instytutu będzie organem opiniodawczym i doradczym instytutu oraz ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie działalności statutowej, strategicznej, finansowej, rozwojowej i naprawczej instytutu. Jej zadania zostały enumeratywnie wskazane w treści ustawy, przy czym rada instytutu będzie uprawniona do zajmowania stanowiska we wszystkich sprawach dotyczących działalności instytutu. Przepisy określają termin, w którym rada instytutu będzie zobligowana wydać opinię w formie uchwały, a jednocześnie nadają ww. organowi uprawnienie do żądania wglądu do dokumentów instytutu.

Rada instytutu będzie organem 5-osobowym, którego kadencja będzie trwała 4 lata. Kompetencja do powoływania i odwoływania członków rady instytutu będzie przysługiwała ministrowi nadzorującemu. Przepisy określają przesłanki pozytywne, które będzie musiał spełniać kandydat na członka ww. organu, a także wskazują na przesłanki negatywne, których zaistnienie uniemożliwi zasiadanie w radzie instytutu, zaś w przypadku członków stanowić będzie o konieczności odwołania takiej osoby ze składu rady instytutu. Członkostwo w radzie instytutu będzie odpłatne. Jednocześnie należy wskazać, że art. 19b ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym (Dz. U. z 2021 r. poz. 1933) z mocy prawa nie znajduje zastosowania do członków rady instytutu, która nie jest organem nadzorczym.

Projektowane art. 22i i 22j ustawy o instytutach badawczych określają formalnoprawny aspekt funkcjonowania rady instytutu, w tym sposób podejmowania rozstrzygnięć.

Konsekwencją utworzenia rady instytutu oraz przyznanych jej kompetencji jest konieczność modyfikacji art. 18 ust. 12 i art. 19 ust. 5 ustawy o instytutach badawczych. Ponadto zachodzi potrzeba modyfikacji art. 35 ust. 3 ww. ustawy przez wskazanie, że do realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez ministra nadzorującego zobowiązany będzie także przewodniczący rady instytutu.

W art. 22c ustawy o instytutach badawczych projektodawca uregulował kwestie powoływania dyrektorów i ich zastępców, a także wymogów, które będzie musiał spełniać dyrektor instytutu, który nie jest podmiotem szpitalnym. Należy wskazać, że odstąpiono od wymogu posiadania, co najmniej stopnia naukowego doktora uznając, że nie warunkuje on posiadania wiedzy i umiejętności niezbędnych do efektywnego zarządzania instytutem badawczym. Wprowadzono natomiast wymóg posiadania wykształcenia wyższego

magisterskiego lub równorzędnego lub wykształcenia wyższego uzyskanego za granicą uznanego w Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie przepisów odrębnych. Jednocześnie z uwagi na to, że regulacje dotyczące wymogów, jakie muszą spełniać dyrektorzy podmiotów szpitalnych będą obowiązywały od dnia 1 stycznia 2025 r., do dnia 31 grudnia 2024 r. art. 22c ust. 3 będzie miał zastosowanie również do dyrektorów instytutów będących podmiotami szpitalnymi.

Art. 22d ustawy o instytutach badawczych określa zadania rady naukowej działającej w instytutach, uwzględniając przy tym, że część dotychczas wykonywanych przez nią zadań zostanie przejętych przez radę instytutu. Rada naukowa pozostanie organem opiniodawczym i doradczym instytutu w sprawach rozwoju kadry naukowej i badawczo-technicznej oraz działalności naukowej, przy czym będzie uprawniona do zajmowania stanowiska we wszystkich sprawach dotyczących działalności instytutu.

Przewodniczący rady naukowej nadal będzie zobligowany do przekazania ministrowi nadzorującemu uchwały rady w enumeratywnie wskazanych sprawach w terminie 7 dni od dnia ich podjęcia.

Art. 22e ustawy o instytutach badawczych zawiera regulację dotyczącą weryfikacji przez ministra nadzorującego zgodności uchwał, o których mowa w art. 22d ust. 7 ww. ustawy z przepisami prawa lub statutem instytutu. W przypadku stwierdzenia niezgodności w powyższym zakresie minister nadzorujący będzie mógł alternatywnie uchylić uchwałę w całości lub w części albo poprzestać na pisemnym wskazaniu, iż uchwałę wydano z naruszeniem prawa. Uchylenie uchwały w całości lub w części następować będzie w drodze decyzji administracyjnej w terminie 60 dni od dnia otrzymania uchwały.

Projektowany art. 22k ustawy o instytutach badawczych dotyczy zakazu prowadzenia przez dyrektorów instytutów oraz ich zastępców działalności konkurencyjnej. Przepis wskazuje, jaka działalność jest uznawana za działalność konkurencyjną, określa jej ramy oraz przykłady takiej działalności. W przypadku naruszenia przedmiotowego zakazu minister nadzorujący będzie odwoływał dyrektora lub zastępcę dyrektora.

Art. 22l ustawy o instytutach badawczych zawiera regulacje dotyczące spółek tworzonych przez instytuty, a także ich spółek zależnych. Ponadto przepis wprowadza zakaz obejmowania lub nabywania akcji lub udziałów spółek, utworzonych przez spółki, o których mowa w art. 17 ust. 5 ww. ustawy przez dyrektora, jego zastępców oraz głównego księgowego. Ww. osoby nie będą mogły pozostawać ze spółkami zależnymi w stosunku pracy oraz świadczyć na innej

podstawie usług lub pracy na rzecz tych spółek. Przy tym zakaz ten będzie dotyczył zasiadania w radach nadzorczych lub komisjach rewizyjnych takich spółek.

Art. 22m ustawy o instytutach badawczych stanowi o uprawnieniu dyrektora, zastępcy dyrektora oraz głównego księgowego do otrzymania wynagrodzenia przysługującego twórcy z tytułu komercjalizacji wyniku badania naukowego. Do ww. wynagrodzenia, nie będzie się stosować przepisów ustawy z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi (Dz. U. z 2019 r. poz. 2136). Należy wskazać, że ww. osoby – w wymiarze, który nie wpływa na realizację ich zadań wynikających ze stosunku pracy – mogą w instytucie, w którym są zatrudnieni wykonywać pracę naukową, w szczególności w przypadku realizacji projektów finansowanych w ramach tzw. grantów. Tym samym za w pełni uzasadnione należy uznać uregulowanie kwestii wynagrodzeń ww. kategorii osób z związanych z dysponowaniem przez nie prawami do własności intelektualnej.

Art. 22n ustawy o instytutach badawczych zawiera regulacje dotyczące możliwości, a także trybu łączenia instytutu z samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw zdrowia, Minister Obrony Narodowej albo uczelnia medyczna, a także regulacje dotyczące zasad i trybu przejęcia zorganizowanej części mienia jednego z ww. podmiotów przez drugi.

Ww. połączenie będzie następowało przez: przeniesienie całości mienia, co najmniej jednego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na instytut albo przeniesienie całości mienia, co najmniej jednego instytutu na samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

Ww. przejęcie będzie następowało przez: przeniesienie zorganizowanej części mienia, co najmniej jednego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na instytut albo przeniesienie zorganizowanej części mienia, co najmniej jednego instytutu na samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

Połączenie lub przejęcie będzie następowało w drodze aktu o połączeniu lub aktu o przejęciu, którym – w zależności od podmiotu tworzącego samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej – będzie zarządzenie ministra nadzorującego albo porozumienie. Ww. przepis reguluje także obligatoryjne elementy aktu o połączeniu i aktu o przejęciu, a także wskazuje, że w przypadku połączenia lub przejęcia zastosowanie znajduje art. 23¹ Kodeksu pracy.

Konsekwencją przedmiotowej regulacji jest dodanie art. 67b w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

W projektowanym art. 22o ustawy o instytutach badawczych przyjęto, iż połączenie i przejęcie, o których mowa w art. 22n tejże ustawy nie będą stanowić połączenia, podziału, reorganizacji, przekształcenia lub likwidacji instytutu w rozumieniu przepisów ustawy o instytutach badawczych i nie będzie się do nich stosować aktów wykonawczych wydanych na podstawie art. 7 i 8 ww. ustawy. Połączenie będzie następowało bez przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego przejmowanego podmiotu. Połączenie będzie następować z dniem wpisania połączenia do Krajowego Rejestru Sądowego. Z dniem połączenia podmiot przejmujący będzie wstępował we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem był podmiot przejmowany, bez względu na charakter prawny tych stosunków.

Ponadto w projekcie zawarto regulacje dotyczące zarówno określenia dnia połączenia (który został wskazany jako dzień wpisania połączenia do Krajowego Rejestru Sądowego), jak i dnia przejęcia zorganizowanej części mienia (który będzie wskazany odpowiednio w zarządzeniu ministra nadzorującego albo w porozumieniu). Jednocześnie należy zauważyć, że w przypadku przejęcia zorganizowanej części mienia nie dojdzie do podziału lub przekształcenia, o których mowa w art. 44 ust. 1 pkt 4 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym.

Art. 22p ustawy o instytutach badawczych wprowadza odstępianie od wymogu każdorazowego przeprowadzania publicznego przetargu, o którym mowa w art. 17 ust. 2 ww. ustawy. Przeprowadzenie przetargu nie będzie konieczne w sytuacji, w której instytut będzie sprzedawał składniki aktywów trwałych innemu podmiotowi leczniczemu.

Art. 142 – nowelizacja ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Zmiana w art. 6 ma celu umożliwienie związkom jednostek samorządu terytorialnego tworzenie i prowadzenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz stanowić (instytucjonalną) zachętę do współpracy i łączenia spoz bez utraty uprawnień i obowiązków podmiotu tworzącego. W obecnym stanie prawnym po połączeniu spoz, które mają różne podmioty tworzące, uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego zachowuje tylko jeden z nich. W przypadku utworzenia związku jednostek samorządu terytorialnego, jednostki tworzące ten związek (dotychczasowe podmioty tworzące) będą mogły przekazać mu, na mocy porozumienia, na podstawie art. 67a ustawy o działalności leczniczej, uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego.

Zmiana w art. 48 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej ma na celu dostosowanie treści przepisu do okoliczności wyodrębnienia spośród instytutów badawczych kategorii instytutów nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz instytutów uczestniczących w systemie ochrony zdrowia nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, w których obok rady naukowej działa rada instytutu. Z uwagi na to, że rada instytutu jest organem opiniodawczym i doradczym instytutu oraz ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie działalności statutowej, strategicznej, finansowej, rozwojowej i naprawczej instytutu, zasadne jest aby wykonywała również zadania określone w przedmiotowym przepisie.

Dodanie w art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej sformułowania „Jeżeli strata netto za rok obrotowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną” ma na celu zachowanie dotychczasowych zasad i logiki pokrywania strat netto przez podmioty tworzące tylko w sytuacji, gdy strata netto w wartości bezwzględnej przewyższa poziom amortyzacji. Wynika to między innymi z tego, że amortyzacja jest kosztem, ale nie stanowi wydatku środków pieniężnych.

Ponadto, w związku z konstrukcją przepisu, która daje jedynie możliwość pokrycia straty netto podmiotu leczniczego, a nie stanowi już obowiązku, doprecyzowano przepis w taki sposób, żeby podmiot tworzący mógł pokrywać stratę, o której mowa w przepisie nie tylko w całości, ale również w części, mając na względzie, że sytuacja finansowa podmiotu tworzącego może pozwalać jedynie na pokrycie określonej części straty podmiotu leczniczego.

Zaproponowana zmiana art. 61 ustawy o działalności leczniczej ma na celu uspoźnienie brzmienia tej regulacji z przepisami Prawa restrukturyzacyjnego, a w szczególności z dodanym działem IIa – postępowanie restrukturyzacyjne wobec podmiotów szpitalnych. Jest to spowodowane tym, że przepis art. 367k ww. działu stanowi, iż jeżeli zaspokojenie wierzycieli dokonywane jest na podstawie układu to wierzyciele z grupy lub grup, które wypowiedziały się przeciw przyjęciu układu, zostaną zaspokojeni na podstawie układu w stopniu nie mniej korzystnym niż w przypadku prowadzenia przez wszystkich wierzycieli podmiotu szpitalnego egzekucji z mienia podmiotu szpitalnego z uwzględnieniem kolejności zaspokajania wierzycieli w postępowaniu egzekucyjnym, a art. 367l ust. 4 ww. działu stanowi, iż jeżeli zaspokojenie wierzycieli dokonywane jest na podstawie planu spłaty to wierzyciele z grupy lub grup, które wypowiedziały się przeciw przyjęciu układu, zostaną zaspokojeni na podstawie planu spłaty, który przewiduje zaspokojenie wierzycieli przez spłatę:

- 1) w terminie sześciu miesięcy od dnia zatwierdzenia planu spłaty w wysokości, którą wierzyciele uzyskaliby w przypadku:
 - a) prowadzenia przez wszystkich wierzycieli podmiotu szpitalnego działającego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo instytutu badawczego egzekucji z mienia podmiotu szpitalnego z uwzględnieniem kolejności zaspokajania wierzycieli w postępowaniu egzekucyjnym,
 - b) ogłoszenia upadłości podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki kapitałowej;
- 2) w terminie 5 lat od dnia upływu 6 miesięcy od dnia zatwierdzenia planu spłaty w wysokości, która odpowiada możliwościom finansowym podmiotu szpitalnego w tym okresie.

Powyższe ma na celu uniknięcie sytuacji, w której przeprowadzenie postępowania restrukturyzacyjnego wobec podmiotu szpitalnego działającego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej byłoby mniej korzystne dla wierzycieli niż przeprowadzenie postępowania likwidacyjnego tego podmiotu.

Dodanie nowoprojektowanego art. 67b jest konsekwencją zmian zaproponowanych w ustawie o instytutach badawczych.

Art. 143 – nowelizacja ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne.

Zmiana brzmienia art. 14 ustawy Prawo restrukturyzacyjne jest konsekwencją projektowanej regulacji art. 7 projektu ustawy, zgodnie z którym sądem właściwym w sprawach określonych ustawą będzie Sąd Okręgowy w Warszawie. Sąd ten będzie sądem restrukturyzacyjnym dla podmiotów szpitalnych.

Projektowana zmiana i dodanie w art. 65 Prawa restrukturyzacyjnego ust. 8 ma na celu usunięcie wątpliwości, które istnieją na gruncie obecnej regulacji art. 65, a które mogłyby mieć szczególne znaczenie w postępowaniu o zatwierdzenie układu podmiotów szpitalnych.

W postępowaniu tym nadzorca układu tworząc spis wierzytelności spornych będzie jednocześnie określał siłę głosu danego wierzyciela. Ta czynność nadzorcy układu nie będzie podlegała odrębnemu zaskarżeniu. Dopiero w ramach zarzutów przeciwko układowi oraz zażalenia na postanowienie sądu w przedmiocie zatwierdzenia układu uczestnicy postępowania będą mogli kwestionować prawidłowość czynności nadzorcy układu. Jest oczywiste, że prawo do wniesienia zarzutów czy też zażalenia powinno przysługiwać również wierzycielom ujętym

w spisie wierzytelności spornych. W tym celu niezbędna jest jednoznaczna regulacja, która przesądzi, że w postępowaniu tym wierzyciele osobiści dłużnika umieszczeni w spisie wierzytelności spornych są uczestnikami postępowania.

Zmiana art. 212 Prawa restrukturyzacyjnego wynika z tego, że zbieranie głosów wierzycieli powinno następować dopiero wówczas, gdy w toku postępowania zostały zgromadzone i sporządzone takie dokumenty, które pozwolą wierzycielom na świadome oddanie głosu za albo przeciwko układowi. Należy uznać, że istotne dla świadomego oddania głosu są wszystkie informacje i dokumenty wskazane w art. 220 pkt 3–17. Proponowany przepis uchyli naganną praktykę, w ramach której nadzorcy układu w uproszczonym postępowaniu restrukturyzacyjnym rozpoczynają procedurę głosowania bez odpowiedniego przygotowania i należytego uzasadnienia propozycji układowych, przy braku przedstawienia wierzycielom istotnych dla nich dokumentów oraz informacji.

Dział IIa

Nie ulega wątpliwości, że podmioty szpitalne działające w formie spółki posiadają zdolność restrukturyzacyjną. Jak się również jednoznacznie wskazuje w literaturze także samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej posiadają zdolność restrukturyzacyjną⁴. Nie ulega wątpliwości, iż zgodnie z ustawą o działalności leczniczej spzoz są podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami. Mając to na uwadze należy podkreślić, iż rozważania zawarte w dalszej części uzasadnienia odnoszą się do spzoz wyłącznie w kontekście ich zdolności restrukturyzacyjnej. Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 1 Prawa restrukturyzacyjnego przepisy ustawy stosuje się do przedsiębiorców w rozumieniu Kodeksu cywilnego. Zgodnie z postanowieniami Kodeksu cywilnego, przedsiębiorcą jest osoba fizyczna, osoba prawna i jednostka organizacyjna, o której mowa w art. 33¹ § 1, prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową. Biorąc pod uwagę powszechne rozumienie działalności gospodarczej, działalność spzoz będzie miała gospodarczy charakter, jeśli będzie

⁴ A. Hrycaj [w:] *Prawo restrukturyzacyjne. Komentarz*, wyd. II, red. P. Filipiak, LEX/el. 2020, art. 4; Pogląd o gospodarczym charakterze działalności SPZoz przeważa także w orzecznictwie (por. uchwała SN z dnia 22 lipca 2014 r., III UK 192/13, LEX nr 1498822; uchwała SN z dnia 11 maja 2005 r., III CZP 11/05, OSNC 2006, nr 3, poz. 48; postanowienie SN z dnia 26 kwietnia 2002 r., IV CKN 1667/00, OSNC 2003, nr 5, poz. 65) oraz doktrynie (por. P. Zimmerman, *Prawo upadłościowe...*, komentarz do art. 4 p.r.; R. Adamus, *Prawo restrukturyzacyjne...*, komentarz do art. 4 p.r.; pogląd przeciwny głosi S. Gurgul, *Prawo upadłościowe...*, komentarz do art. 4 p.r.).

wykonywana we własnym imieniu, w sposób zorganizowany i ciągły oraz w celach zarobkowych.

Działalność spzoz prowadzona jest w sferze leczniczej (por. art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych) oraz pozaleczniczej (np. prowadzenie bufetu, por. art. 42 ust. 3 i art. 55 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej). W obu przypadkach nie ma żadnych wątpliwości, że działalność wykonywana jest samodzielnie i na własną rzecz oraz w sposób zorganizowany i ciągły. Działalność lecznicza wykonywana jest przy tym za pomocą przedsiębiorstwa, jakim może być szpital (por. art. 2 ust. 1 pkt 9 oraz art. 8 pkt 1 lit. a ustawy o działalności leczniczej), przy pomocy specjalistów – personelu medycznego. Działalność spzoz jest zorganizowana na najwyższym poziomie profesjonalizmu. Organizacja pracy jest ściśle nadzorowana, zaś sposób udzielania świadczeń zdrowotnych określa m.in. ustawa o działalności leczniczej, statut oraz regulamin organizacyjny. Natomiast ciągłość udzielania świadczeń jest zagwarantowana ustawowo, wszelkie przerwy w świadczeniach muszą być zgłoszone i zaakceptowane. Dodatkowo działalność spzoz ma charakter zarobkowy, gdyż za świadczenia zdrowotne w każdym przypadku podmiot szpitalny otrzymuje wynagrodzenie. Płatnikiem jest przy tym albo inny podmiot leczniczy albo pacjent, który nie jest ubezpieczony w publicznym systemie, albo ubezpieczony pacjent za świadczenia odpłatne, albo wreszcie Fundusz w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowi wykonywanie wyspecjalizowanych i kwalifikowanych usług w ramach obrotu gospodarczego, w którym panują warunki – co prawda niedoskonałej – konkurencji. Argumentem natury systemowej jest także brak spzoz na liście podmiotów nieposiadających zdolności restrukturyzacyjnej ujętej w art. 5 ust. 3 Prawa restrukturyzacyjnego. Zwrócić trzeba uwagę, że takie wyłączenie jest wyrażone w art. 6 pkt 3 Prawa upadłościowego. Przed 1 stycznia 2016 r. wyłączenie zdolności upadłościowej spzoz wynikało również z art. 6 Prawa upadłościowego i naprawczego i dotyczyło także upadłości układowej. A zatem mając na uwadze, że spzoz mają status przedsiębiorcy w rozumieniu art. 4 Prawa restrukturyzacyjnego oraz nie są objęte ustawowym wyłączeniem podmiotowym na kształt art. 6 pkt 3 Prawa upadłościowego (przepis ten wyłącza explicite zdolność upadłościową spzoz), to są one objęte zakresem podmiotowym Prawa restrukturyzacyjnego – innymi słowy mają one zdolność restrukturyzacyjną i można wobec nich prowadzić postępowanie restrukturyzacyjne. De lege lata ustawa przy tym nie ogranicza wobec spzoz zastosowania jakichkolwiek środków restrukturyzacyjnych, w tym działań sanacyjnych, o których mowa w art. 3 ust. 6 Prawa restrukturyzacyjnego, w postaci:

odstąpien od umów wzajemnych, zmian struktury i poziomu zatrudnienia, zmian majątkowych oraz redukcji zadłużenia.

Oznacza to również, że obecnie podmioty te mogą prowadzić każde spośród czterech postępowań restrukturyzacyjnych uregulowanych w Prawie restrukturyzacyjnym. Należy jednak uznać, że specyfika działalności podmiotów szpitalnych wymaga przyjęcia szczególnych, dedykowanych tylko dla tych podmiotów rozwiązań, które zagwarantują sprawne i szybkie przeprowadzenie postępowania. Poszukując optymalnego dla podmiotów szpitalnych trybu postępowania należy odnieść się do tego, że z aktualnych raportów rynkowych wynika jednoznacznie, że wiodącym postępowaniem restrukturyzacyjnym jest pozasądowe uproszczone postępowanie restrukturyzacyjne. W tym postępowaniu dochodzi do zawarcia i zatwierdzenia największej liczby układów z wierzycielami. Uproszczone postępowanie restrukturyzacyjne zostało wprowadzone latem 2020 r. jako narzędzie wsparcia przedsiębiorców w reakcji na następstwa kryzysu wywołanego przez pandemię wirusa SARS-Cov-2. Postępowanie to ukształtowane zostało na bazie modelu pozasądowego postępowania o zatwierdzenie układu (art. 210 i n. Prawa restrukturyzacyjnego), wprowadzonego do polskiego porządku prawnego z mocą wiążącą od dnia 1 stycznia 2016 r.

Projektodawca uznał zatem, że najlepszym zespołem rozwiązań, który uwzględni specyfikę zarządcą podmiotów szpitalnych oraz ich układ właścicielski z istotnym czynnikiem samorządowym, będzie wyłączenie działań ochronnych oraz naprawczych dotyczących podmiotów szpitalnych poza sądowe postępowania restrukturyzacyjne (przyspieszone postępowanie układowe, postępowanie układowe oraz postępowanie sanacyjne), natomiast restrukturyzacja zadłużenia powinna odbywać się w postępowaniu o zatwierdzenie układu. Mając to na uwadze, wprowadzono do ustawy dobrze rozpoznane w praktyce, literaturze i orzecznictwie środki ochronne (zakaz egzekucji oraz zakaz wypowiedzania umów) oraz środki naprawczo-rozwojowe (odstąpienie od umów, restrukturyzacja zatrudnienia oraz zbycie egzekucyjne mienia), przy czym będą one stosowane przez nadzorcę podmiotu szpitalnego, jako organ ustanowiony przez Prezesa Agencji w nieco bardziej elastycznej procedurze, aniżeli w sądowym postępowaniu restrukturyzacyjnym. Przepisy o postępowaniu odrębnym o zatwierdzenie układu nie będą przewidywały natomiast ingerencji w funkcje właścicielskie oraz zarządcze, co prawdopodobnie pozwoli na ich częstsze stosowanie. Podmiot szpitalny będzie więc nadal zarządzany przez profesjonalne i wyspecjalizowane osoby, zaś organ

postępowania o zatwierdzenie układu (nadzorca układu) będzie odpowiadał jedynie za sferę porozumienia się z wierzycielami w ramach układu restrukturyzacyjnego.

Art. 367a

Podmiot szpitalny będzie mógł prowadzić wyłącznie postępowanie o zatwierdzenie układu. Przepisy szczególne regulujące przebieg tego postępowania zostały zawarte w projektowanym dziale IIa w art. 367a do 367s. W pozostałym zakresie do postępowania o zatwierdzenie układu prowadzonego przez podmiot szpitalny będzie się stosować przepisy ogólne o postępowaniach restrukturyzacyjnych (art. 1–209 Prawa restrukturyzacyjnego, w tym przepisy proceduralne regulujące przebieg tego postępowania, tj. art. 189–209). Przepisy art. 226a–226g stosowane będą odpowiednio. Jednocześnie nie będzie się stosować m. in. następujących przepisów Prawa restrukturyzacyjnego:

- 1) art. 3 ust. 2 pkt 2, gdyż z uwagi na szczególne rozwiązanie przewidziane w art. 367f również podmiot szpitalny, którego suma wierzytelności spornych uprawniających do głosowania nad układem będzie przekraczała 15% sumy wierzytelności uprawniających do głosowania nad układem będzie mógł prowadzić postępowanie o zatwierdzenie układu;
- 2) art. 224, gdyż ochrona majątku dłużnika i nadzór sprawowany przez nadzorcę układu nie są potrzebne ze względu na wprowadzenie przepisów o funkcji sprawowanej przez nadzorcę podmiotu szpitalnego, a zatem brak wyłączenia stosowania tego przepisu prowadziłyby do niebezpiecznego dublowania tych funkcji.

Ze względu na wagę i skomplikowanie nowoprojektowanego postępowania restrukturyzacyjnego, a także fakt, iż będzie dotyczyło ono wyłącznie specyficznych i niezwykle istotnych z punktu widzenia państwa podmiotów, funkcję nadzorcy układu będzie mogła pełnić wyłącznie osoba posiadająca licencję doradcy restrukturyzacyjnego z tytułem kwalifikowanego doradcy restrukturyzacyjnego.

Art. 367c–367d

Z uwagi na przyjęte w ustawie rozwiązania, które zakładają, że w przypadku ustanowienia dla podmiotu szpitalnego nadzorcy podmiotu szpitalnego to nadzorca odgrywa kluczową rolę w procesie naprawy i modernizacji podmiotu szpitalnego, którego elementem jest restrukturyzacja zadłużenia, projektodawca przyjął, że czynności w zakresie zawarcia umowy z nadzorcą układu, ustalenia dnia układowego, złożenia propozycji układowych będzie dokonywał nadzorca podmiotu szpitalnego, jeżeli będzie ustanowiony. Jeżeli dla podmiotu

szpitalnego nie ustanowiono nadzorca (podmiot kategorii A i – z wyjątkami – B), to czynności tych będzie samodzielnie dokonywał podmiot szpitalny reprezentowany na zasadach ogólnych.

Art. 367e

Po zawarciu umowy i ustaleniu dnia układowego niezbędne jest dokonanie aktualizacji planu rozwojowego lub planu naprawczo-rozwojowego. Może bowiem być tak, że postępowanie o zatwierdzenie układu jest jednym z elementów bardziej rozbudowanego procesu naprawy podmiotu szpitalnego, który jest prowadzony na podstawie zatwierdzonego wcześniej planu naprawczo-rozwojowego. Celem projektowanej regulacji jest to, aby w postępowaniu o zatwierdzenie układu podmiot szpitalny posługiwał się zaktualizowanym planem rozwojowym lub naprawczo-rozwojowym uzupełnionym jedynie w miarę potrzeby o elementy wskazane w art. 10 Prawa restrukturyzacyjnego, a nie musiał tworzyć dodatkowo planu restrukturyzacyjnego, o którym mowa w art. 10 ww. ustawy. Konsekwencją tego jest wskazanie, że nie stosuje się w tym postępowaniu art. 37 ust. 2 pkt 1 Prawa restrukturyzacyjnego, zgodnie z którym do czynności nadzorca układu należy w szczególności sporządzenie planu restrukturyzacyjnego oraz art. 220 pkt 16 ww. ustawy, zgodnie z którym sprawozdanie nadzorca układu zawiera plan restrukturyzacyjny, sporządzony przez nadzorcę układu. Zamiast planu restrukturyzacyjnego do sprawozdania nadzorca układu będzie załączał zaktualizowany plan rozwojowy albo naprawczo-rozwojowy. Do aktualizacji tych planów, z wyjątkami mającymi na celu przyspieszenie procedury, zastosowanie znajdą odpowiednie przepisy projektu ustawy.

Art. 367f

Według ogólnych zasad, postępowania o zatwierdzenie układu nie prowadzi się, jeżeli suma wierzytelności spornych uprawniających do głosowania nad układem przekracza 15% sumy wierzytelności uprawniających do głosowania nad układem. Z zasady tej zrezygnowano w postępowaniu o zatwierdzenie układu podmiotów szpitalnych wychodząc z założenia, że skoro ma to być jedyne postępowanie dostępne dla tych podmiotów, to jego warunki nie mogą wykluczać żadnych podmiotów szpitalnych z uwagi na strukturę ich wierzytelności. Jednocześnie nie zdecydowano się jednak na wprowadzenie procedury zaskarżania spisu wierzytelności na wzór postępowania sprzeciwowego przewidzianego w postępowaniu układowym i sanacyjnym, gdyż postępowanie to jest długotrwałe i mogłoby być dysfunkcyjne dla podmiotu szpitalnego w procesie naprawy lub modernizacji. Wobec powyższego, dbając o zachowanie praw wierzycieli i dążąc do spójności z innymi regulacjami Prawa

restrukturyzacyjnego, wprowadzono rozwiązanie wzorowane na regulacji art. 107 ust. 3 Prawa restrukturyzacyjnego, zgodnie z którą sędzia-komisarz może na wniosek wierzyciela i po wysłuchaniu dłużnika dopuścić do udziału w zgromadzeniu wierzycieli wierzyciela, którego wierzytelność jest uzależniona od warunku zawieszającego lub jest sporna i została uprawdopodobniona. Sumę, według której oblicza się głos tego wierzyciela, oznacza się stosownie do okoliczności. Z uwagi na fakt, że w postępowaniu o zatwierdzenie układu nie występuje sędzia-komisarz obowiązek oznaczenia sumy, według której będzie obliczany głos wierzyciela w głosowaniu nad układem powierzono nadzorcy układu. W celu ochrony praw wierzycieli przed określeniem siły głosu wierzyciela nadzorca układu będzie wzywał wierzycieli, którym przysługują wierzytelności sporne do zajęcia stanowiska i uprawdopodobnienia wierzytelności w terminie 14 dni pod rygorem niedopuszczenia wierzyciela do udziału w głosowaniu nad układem. Takie rozwiązanie pozwoli nadzorcy układu poznać stanowisko wierzyciela.

Zgodnie z projektowanym art. 367f ust. 2 Prawa restrukturyzacyjnego nadzorca układu będzie mógł również skierować podmiot szpitalny oraz wierzyciela do mediacji, do której będą stosowane odpowiednio przepisy Kodeksu postępowania cywilnego o mediacji prowadzonej na skutek skierowania przez sąd za wyjątkiem art. 98¹ § 1 Kodeksu postępowania cywilnego. Po dokonaniu analizy stanowiska wierzyciela lub po zakończeniu mediacji nadzorca układu sporządzi spis wierzytelności, w którym zamieści również informację o dopuszczeniu wierzycieli, których wierzytelności są sporne do udziału w głosowaniu nad układem i stosownie do okoliczności, w tym stopnia uprawdopodobnienia wierzytelności wskaże sumę, według której oblicza się głos wierzyciela w głosowaniu nad układem. Na tym etapie postępowania wierzyciel nie może zaskarżyć stanowiska nadzorcy układu. Jednakże, zgodnie z projektowanym art. 65 ust. 8 wierzyciel ujęty w spisie wierzytelności spornych będzie uczestnikiem postępowania. Oznacza to, że ten wierzyciel będzie mógł wnieść zarzuty przeciwko układowi oraz zażalenie na postanowienie sądu w przedmiocie zatwierdzenia układu. W ramach tych środków wierzyciel będzie mógł podnosić, że nadzorca układu źle ustalił siłę jego głosu. Taki zarzut będzie miał znaczenie wówczas, gdyby wadliwe ustalenie siły głosu wierzyciela miało wpływ na wynik głosowania.

Wyłączenie stosowania art. 218 Prawa restrukturyzacyjnego jest konsekwencją dopuszczenia możliwości prowadzenia postępowania o zatwierdzenie układu również przez podmioty szpitalne, w odniesieniu do których suma wierzytelności spornych uprawniających

do głosowania nad układem przekracza 15% sumy wierzytelności uprawniających do głosowania nad układem.

Art. 367g

Z uwagi na szczególną regulację art. 367l w projektowanym art. 367g przewidziano, że sprawozdanie nadzorcy układu powinno zawierać dodatkowe elementy, tj.:

- 1) informację o przewidywanej wartości mienia należącego do podmiotu szpitalnego w przypadku:
 - a) prowadzenia z niego egzekucji – jeżeli działa w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo instytutu badawczego,
 - b) ogłoszenia upadłości – jeżeli działa w formie spółki kapitałowej;
- 2) test zaspokojenia wierzycieli, który obejmuje informację o przewidywanym stopniu zaspokojenia zgodnie z art. 367l ust. 4 pkt 1 i 2 każdego wierzyciela umieszczonego w spisie wierzytelności bez uwzględniania wierzycieli umieszczonych w spisie wierzytelności spornych oraz informację o przewidywanym stopniu zaspokojenia zgodnie z art. 367l ust. 4 pkt 1 i 2 każdego wierzyciela umieszczonego w spisie wierzytelności oraz w spisie wierzytelności spornych. Projektowane rozwiązanie będzie wymagało od nadzorcy układu przeprowadzenia dwóch symulacji zaspokojenia wierzycieli: pierwszej, w której nadzorca układu ujmie wyłącznie wierzycieli bezspornych niejako zakładając, że ostatecznie okaże się, że wierzytelności sporne nie istnieją i drugiej, w której nadzorca układu ujmie łącznie wierzytelności bezsporne i sporne, co pozwoli na dokonanie oceny stopnia zaspokojenia wierzycieli w sytuacji, w której okazałoby się, że wszystkie wierzytelności sporne istnieją w 100% dochodzonej przez wierzyciela wartości. Takie sporządzenie testu zaspokojenia pozwoli wierzycielom na dokonanie oceny, czy i na ile zaproponowane propozycje układowe są dla nich korzystniejsze niż plan spłaty sporządzony zgodnie z art. 367l. Oceny tej wierzyciele będą mogli dokonać przed głosowaniem co będzie miało znaczenie w ramach podejmowania decyzji co do oddania głosu za lub przeciwko układowi;
- 3) w razie potrzeby, test prywatnego wierzyciela lub test prywatnego inwestora, o których mowa w art. 140.

Do sprawozdania nadzorcy układu załącza nieodwołalne oświadczenie Prezesa Agencji o wyrażeniu zgody Agencji na zaspokojenie wierzycieli w ramach planu spłaty w wysokości, o której mowa w art. 367l ust. 4 pkt 1 na warunkach określonych w teście zaspokojenia albo

oświadczenie o braku takiej zgody. Projektowane rozwiązanie jest wynikiem założenia, że dla powstania solidarnej odpowiedzialności Agencji, niezbędna jest zgoda Agencji. W przypadku braku zgody Agencji jedynym podmiotem odpowiedzialnym za wykonanie planu spłaty będzie podmiot szpitalny.

Art. 367h

Jeżeli wierzyciele nie przyjęli układu to zgodnie z projektowanym art. 367l będą zaspokajani na podstawie planu spłaty. Plan spłaty będzie sporządzał nadzorca układu, który jednocześnie w sprawozdaniu przedstawi ocenę możliwości wykonania planu spłaty. Ocena ta dotyczy zdolności finansowych podmiotu szpitalnego do spłaty wszystkich wierzycieli zgodnie z planem spłaty w sytuacji braku zgody Agencji na zaspokojenie wierzycieli zgodnie z art. 367l ust. 4 pkt 1 albo zdolności finansowych podmiotu szpitalnego w zakresie zobowiązań wobec wierzycieli, których nie obejmuje solidarna odpowiedzialność Agencji, czyli wierzycieli z grup, w których propozycje układowe uzyskały poparcie ustawowej większości głosów w sytuacji wyrażenia przez Agencję zgody, o której mowa wyżej. Ocena ta będzie dotyczyła także możliwości zaspokojenia wierzycieli zgodnie z art. 367l ust. 4 pkt 2.

Art. 367i

Do określenia zakresu wierzytelności objętych układem stosować będzie się przepisy ogólne. Projektowany art. 367i ma jedynie charakter uzupełniający i wskazuje, że dodatkowo układ nie obejmuje:

- 1) należności z tytułu odszkodowania za uszkodzenie ciała, wywołanie rozstroju zdrowia, niezdolności do pracy, kalectwa lub śmierci, w tym także należności z tytułu zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub należności z tytułu zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta;
- 2) należności z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych, które przysługują wierzycielom, którzy wykonują zawód medyczny;
- 3) należności przysługujących Agencji.

Należności, o których mowa w pkt 1 są wyłączone spod układu z uwagi na ich szczególny charakter. Podobnie jak w przypadku wyłączenia tych wierzycieli spod zakazu egzekucji, projektodawca uznał, że wierzyciele, którzy ponieśli szczególny uszczerbek w związku z brakiem prawidłowej realizacji świadczeń zdrowotnych przez podmiot szpitalny, nie mogą zostać dodatkowo poszkodowani w ramach restrukturyzacji zadłużenia. Takie działanie nie mieściłoby się w aksjologicznych standardach nakazujących zapewnić ochronę uprawnionych

ze wskazanych roszczeń deliktowych. Należności, o których mowa w pkt 2 wynikają z pracy personelu medycznego świadczonej na podstawie innych stosunków prawnych niż stosunek pracowniczy, a należności, o których mowa w pkt 3 wynikają ze szczególnej roli Agencji.

Art. 367j

Dążenie do pełnego zabezpieczenia praw wierzycieli wymaga zagwarantowania im posiadania pełnych informacji na temat sytuacji dłużnika oraz potencjalnego stopnia zaspokojenia w ramach układu i w ramach planu spłaty. Stąd też głosowanie nad układem będzie dopuszczalne dopiero po:

- 1) sporządzeniu sprawozdania obejmującego informacje wskazane w art. 220 pkt 3–17 oraz w art. 367g ust. 1;
- 2) dokonaniu aktualizacji planu rozwojowego lub planu naprawczo-rozwojowego oraz
- 3) wyrażeniu bądź niewyrażeniu przez Prezesa Agencji zgody, o której mowa w art. 367g ust. 2.

Art. 367k

Projektowana regulacja jest odzwierciedleniem regulacji art. 119 ust. 3 Prawa restrukturyzacyjnego, zgodnie z którą układ zostaje przyjęty, chociażby nie uzyskał wymaganej większości w niektórych z grup wierzycieli, jeżeli wierzyciele mający łącznie dwie trzecie sumy wierzytelności przysługujących głosującym wierzycielom głosowali za przyjęciem układu, a wierzyciele z grupy lub grup, które wypowiedziały się przeciw przyjęciu układu, zostaną zaspokojeni na podstawie układu w stopniu nie mniej korzystnym niż w przypadku przeprowadzenia postępowania upadłościowego. Zgodnie z art. 6 pkt 3 Prawa upadłościowego spzoz nie mają zdolności upadłościowej. Zdolności upadłościowej nie mają też instytuty badawcze uczestniczące w systemie ochrony zdrowia (por. art. 14 ust. 1 ustawy o instytutach badawczych). Stąd też odwoływanie się do potencjalnego stopnia zaspokojenia w postępowaniu upadłościowym nie może odnosić się do podmiotów szpitalnych. Zamiast tego, jako rozwiązanie, które spełnia ten sam cel i ma tożsame uzasadnienie aksjologiczne zaproponowano odniesienie do stopnia zaspokojenia w przypadku prowadzenia przez wszystkich wierzycieli podmiotu szpitalnego egzekucji z mienia podmiotu szpitalnego z uwzględnieniem kolejności zaspokajania wierzycieli w postępowaniu egzekucyjnym. Wobec powyższego do podmiotów szpitalnych nie będzie stosowało się regulacji art. 119 ust. 3 Prawa restrukturyzacyjnego, a układ zostanie przyjęty, chociażby nie uzyskał wymaganej większości w niektórych z grup wierzycieli, jeżeli wierzyciele mający łącznie dwie trzecie sumy

wierzytelności przysługujących głosującym wierzycielom głosowali za przyjęciem układu, a wierzyciele z grupy lub grup, które wypowiedziały się przeciw przyjęciu układu, zostaną zaspokojeni na podstawie układu w stopniu nie mniej korzystnym niż w przypadku:

- 1) prowadzenia przez wszystkich wierzycieli podmiotu szpitalnego działającego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo instytutu badawczego egzekucji z mienia podmiotu szpitalnego z uwzględnieniem kolejności zaspokajania wierzycieli w postępowaniu egzekucyjnym;
- 2) ogłoszenia upadłości podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki kapitałowej.

Art. 367l

W wyniku głosowania nad układem wierzyciele mogą również nie przyjąć układu.

W takim przypadku projekt ustawy przewiduje zaspokojenie wierzycieli na podstawie planu spłaty sporządzonego przez nadzorcę układu. Plan spłaty będzie respektował stanowisko tych wierzycieli z tych grup, które przyjęły układ, gdyż wierzyciele z grupy lub grup, które wypowiedziały się za przyjęciem układu zostaną zaspokojeni na podstawie planu spłaty w sposób określony w propozycjach układowych, przy czym za dzień zatwierdzenia układu uznaje się dzień zatwierdzenia planu spłaty. Projektowana regulacja ust. 4 dotyczy wierzycieli z grupy lub grup, które wypowiedziały się przeciw przyjęciu układu. W odniesieniu do tych wierzycieli plan spłaty przewiduje zaspokojenie przez spłatę:

- 1) w terminie sześciu miesięcy od dnia zatwierdzenia planu spłaty w wysokości, którą wierzyciele uzyskaliby w przypadku:
 - a) prowadzenia przez wszystkich wierzycieli podmiotu szpitalnego działającego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo instytutu badawczego egzekucji z mienia podmiotu szpitalnego z uwzględnieniem kolejności zaspokajania wierzycieli w postępowaniu egzekucyjnym,
 - b) ogłoszenia upadłości podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki kapitałowej;
- 2) w terminie 5 lat od dnia upływu 6 miesięcy od dnia zatwierdzenia planu spłaty w wysokości, która odpowiada możliwościom finansowym podmiotu szpitalnego w tym okresie.

Oznacza to, że plan spłaty będzie stanowił propozycję redukcji wierzytelności do takiego poziomu, w jakim wierzytelność byłaby zaspokojona w postępowaniu egzekucyjnym. Poziom ten będzie z jednej strony wyznaczała łączna wartość wszystkich wierzytelności

przysługujących wierzycielom podmiotu szpitalnego, tj. zarówno tym, którzy wypowiedzieli się przeciwko przyjęciu układu, wierzycielom z grupy lub grup, które przyjęły układ, a także wierzycielom, którzy nie są w ogóle objęci układem. Ci wszyscy wierzyciele mogą bowiem prowadzić egzekucję z majątku podmiotu szpitalnego. Plan spłaty w stosunku do wierzycieli z grupy lub grup, które nie przyjęły układu musi zostać wykonany w tej części w terminie 6 miesięcy od dnia zatwierdzenia planu spłaty. Plan spłaty wykonuje podmiot szpitalny. Agencja ponosi jednak solidarną odpowiedzialność z podmiotem szpitalnym za zobowiązania wobec wierzycieli z grupy lub grup, które głosowały przeciwko układowi w tej części. Warunkiem powstania solidarnej odpowiedzialności jest wyrażenie zgody przez Prezesa Agencji.

Następnie przewidziano, że plan spłaty będzie przewidywał spłatę wierzycieli z grupy lub grup, które wypowiedziały się przeciw przyjęciu układu, ale w konkretnym terminie 5 lat od dnia upływu 6 miesięcy od dnia zatwierdzenia planu spłaty w wysokości, która odpowiada możliwościom finansowym podmiotu szpitalnego w tym okresie. Spłaty będą następowały nie rzadziej niż raz na kwartał.

Ustanowienie planu spłaty wobec podmiotu posiadającego zdolność upadłościową (spółki) jest zasadne ze względu na:

- 1) specyfikę majątku podmiotu szpitalnego, co do którego krąg potencjalnych nabywców jest znacznie zawężony – w praktyce wierzyciele w razie upadłości otrzymaliby znacznie niższe zaspokojenie niż wynikałoby to z wyceny majątku podmiotu szpitalnego;
- 2) brak zamiaru zakończenia (likwidacji) działalności podmiotu szpitalnego w sytuacji prowadzenia postępowania naprawczo-rozwojowego, w ramach którego prowadzi się postępowanie restrukturyzacyjne w celu redukcji zadłużenia.

Art. 367m

O złożeniu wniosku o zatwierdzenie układu lub planu spłaty sąd będzie niezwłocznie zawiadamiał, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego obsługującego postępowanie sądowe, Agencję, która będzie mogła złożyć sądowi opinię w sprawie. Brak opinii nie będzie wstrzymywał rozpoznania sprawy. Agencja będzie miała uprawnienia uczestnika postępowania.

Art. 367n

Projektowany art. 367n dostosowuje postępowanie w przedmiocie uzupełnienia lub poprawienia sprawozdania nadzorcy układu do specyfiki postępowania dla podmiotów

szpitalnych. W szczególności, o brakach sprawozdania sąd będzie zawiadamiał podmiot, który zawarł umowę z nadzorcą układu.

Art. 367o

Projektowany art. 367o reguluje rodzaje rozstrzygnięć wydawanych w przedmiocie rozpoznania planu spłaty. Sąd będzie mógł zatwierdzić plan spłaty, zmienić lub odmówić zatwierdzenia planu spłaty. Postanowienie o zatwierdzeniu planu spłaty będzie mogło zostać wydane, gdy zostaną spełnione wszystkie ustawowe przesłanki.

Jeżeli sąd uzna, że projekt planu spłaty jest wadliwy wyda postanowienie o zmianie planu spłaty. Postanowienie to nie będzie wywoływało skutków zatwierdzenia planu spłaty. Jeżeli Prezes Agencji wyraził zgodę, a o której mowa w art. 367g ust. 2, postanowienie o zmianie planu spłaty będzie doręczane Prezesowi Agencji wraz ze zobowiązaniem do złożenia w terminie 14 dni nieodwołalnego oświadczenia Prezesa Agencji o wyrażeniu zgody Agencji na zaspokojenie wierzycieli w ramach planu spłaty w wysokości, o której mowa w art. 367l ust. 4 pkt 1, na warunkach określonych w zmienionym planie spłaty. Po wyrażeniu przez Agencję zgody sąd będzie zatwierdzał zmieniony plan spłaty. W przypadku braku zgody Agencji nie powstanie solidarna odpowiedzialność Agencji i podmiotu szpitalnego.

Art. 367p

Zatwierdzony plan spłaty będzie wywoływać takie skutki jak zatwierdzony układ. Zgodnie z odpowiednim stosowaniem art. 166–172 oznacza to, że:

- 1) plan spłaty wiąże wierzycieli, których wierzytelności według ustawy są objęte układem, chociażby nie zostały umieszczone w spisie wierzytelności (art. 166 ust. 1);
- 2) plan spłaty nie wiąże wierzycieli, których dłużnik nie ujawnił i którzy nie byli uczestnikami postępowania (art. 166 ust. 2);
- 3) plan spłaty nie narusza praw wierzyciela wobec poręczyciela oraz współdłużnika dłużnika ani praw wynikających z hipoteki, zastawu, zastawu skarbowego, zastawu rejestrowego lub hipoteki morskiej, jeżeli były one ustanowione na mieniu osoby trzeciej (art. 167 ust. 2);
- 4) do praw wynikających z przeniesienia na wierzyciela własności rzeczy, wierzytelności lub innego prawa w celu zabezpieczenia wierzytelności regulację wskazaną w pkt 3 stosuje się odpowiednio (art. 167 ust. 2);
- 5) plan spłaty nie narusza praw wynikających z hipoteki, zastawu, zastawu rejestrowego, zastawu skarbowego lub hipoteki morskiej, jeżeli były ustanowione na mieniu dłużnika,

chyba że uprawniony wyraził zgodę na objęcie zabezpieczonej wierzytelności układem (art. 168 ust. 1). W przypadku wyrażenia zgody na objęcie układem zabezpieczonej wierzytelności, prawa, o których mowa wyżej, pozostają w mocy, z tym że zabezpieczają one wierzytelność w wysokości i na warunkach płatności określonych w planie spłaty (art. 168 ust. 2);

- 6) prawomocne postanowienie o zatwierdzeniu planu spłaty stanowi podstawę wpisu informacji o zatwierdzeniu planu spłaty w księgach wieczystych i rejestrach (art. 169 ust. 1);
- 7) z dniem uprawomocnienia się postanowienia zatwierdzającego plan spłaty postępowania zabezpieczające i egzekucyjne prowadzone przeciwko dłużnikowi w celu zaspokojenia wierzytelności objętych planem spłaty ulegają umorzeniu z mocy prawa (art. 170 ust. 1);
- 8) tytuły wykonawcze lub egzekucyjne, obejmujące wierzytelności objęte planem spłaty, tracą wykonalność z mocy prawa (art. 170 ust. 3), a stronom przysługuje prawo wytoczenia powództwa o ustalenie, że tytuły wykonawcze lub egzekucyjne utraciły wykonalność (art. 170 ust. 4);
- 9) z dniem uprawomocnienia się postanowienia zatwierdzającego plan spłaty nadzorca układu obejmuje funkcję nadzorcy wykonania układu, chyba że układ stanowi inaczej. O objęciu funkcji nadzorcy wykonania układu obwieszcza się (art. 171 ust. 1 w zw. z art. 367p ust. 1). Nadzorca wykonania układu raz na trzy miesiące składa do sądu sprawozdanie dotyczące wykonywania planu restrukturyzacyjnego (planu rozwojowego albo naprawczo-rozwojowego) oraz wykonywania układu. Informację o złożeniu sprawozdania obwieszcza się (art. 171 ust. 3);
- 10) po wykonaniu planu spłaty lub wyegzekwowaniu wierzytelności objętych planem spłaty sąd na wniosek dłużnika, nadzorcy wykonania planu spłaty albo innej osoby, która z mocy planu spłaty jest uprawniona do wykonania lub nadzorowania wykonania planu spłaty, wydaje postanowienie o wykonaniu planu spłaty. Na postanowienie przysługuje zażalenie (art. 172 ust. 1). Prawomocne postanowienie o wykonaniu planu spłaty stanowi podstawę do wykreślenia wpisów dotyczących układu w księgach wieczystych i rejestrach.

Do zatwierdzenia planu spłaty stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zatwierdzenia układu z wyjątkiem tych regulacji, które odnoszą się do skutków ustalenia, że suma spornych wierzytelności uprawniających do głosowania nad układem przekracza 15% sumy wierzytelności uprawniających do głosowania nad układem.

Art. 367q

Do uchylenia planu spłaty i skutków uchylenia planu spłaty stosuje się odpowiednio przepisy o uchyleniu układu. Oznacza to m.in., że:

- 1) Sąd uchyla plan spłaty na wniosek wierzyciela, podmiotu szpitalnego, nadzorcy wykonania planu spłaty albo innej osoby, która z mocy planu spłaty jest uprawniona do wykonania lub nadzorowania wykonania planu spłaty, jeżeli podmiot szpitalny nie wykonuje postanowień planu spłaty albo jest oczywiste, że plan spłaty nie będzie wykonany. Domniemywa się, że jest oczywiste, że plan spłaty nie będzie wykonany, jeżeli dłużnik nie wykonuje zobowiązań powstałych po zatwierdzeniu planu spłaty (art. 176 ust. 1). Uchylenie planu spłaty z innych przyczyn niż określone w ust. 1 jest niedopuszczalne (art. 176 ust. 2). Na postanowienie o uchyleniu planu spłaty zażalenie przysługuje podmiotowi szpitalnemu oraz wierzycielom, którzy mieli prawo głosu na zgromadzeniu wierzycieli, na którym doszło do przyjęcia planu spłaty (art. 176 ust. 4), a także Prezesowi Agencji, który także na etapie wykonywania planu spłaty jest uczestnikiem postępowania (367m ust. 2 projektu);
- 2) W przypadku uchylenia planu spłaty dotychczasowi wierzyciele mogą dochodzić swych roszczeń w pierwotnej wysokości. Wyplacone na podstawie planu spłaty sumy zalicza się na poczet dochodzonych wierzytelności (art. 179 ust. 1). Hipoteka, zastaw, zastaw rejestrowy, zastaw skarbowy lub hipoteka morska zabezpieczają wierzytelność w takiej wysokości, w jakiej nie została jeszcze zaspokojona (art. 179 ust. 4).

Art. 367r

Jeżeli sąd ustali, że układ nie został przyjęty na skutek braku odpowiedniej większości wyda postanowienie, w którym stwierdzi nieprzyjęcie układu i zobowiąże nadzorcę układu do złożenia w terminie 14 dni planu spłaty, o którym mowa w 367l ust. 1. Rozwiązanie to jest wynikiem przyjęcia, że w postępowaniu restrukturyzacyjnym podmiotu szpitalnego zawsze powinno dojść do restrukturyzacji zadłużenia podmiotu szpitalnego. Może to się odbyć albo na podstawie postanowień układu przyjętego i zatwierdzonego przez sąd albo na podstawie zatwierdzonego przez sąd planu spłaty.

Art. 367s

Jeżeli po zakończeniu postępowania, w którym prawomocnie zatwierdzono plan spłaty, ujawni się wierzytelność bezsporna lub wierzytelność ujęta w spisie wierzytelności spornych stanie się wierzytelnością bezsporną na podstawie prawomocnego orzeczenia sądowego,

prawomocnej decyzji administracyjnej lub innego tytułu egzekucyjnego, to podlega ona zaspokojeniu na zasadach określonych w art. 367l ust. 3 jeżeli należy do grupy, która wypowiedziała się za przyjęciem układu albo na zasadach określonych w art. 367l ust. 4 jeżeli należy do grupy, która wypowiedziała się przeciw przyjęciu układu, przy czym:

- 1) zaspokojenie następuje w terminach określonych w art. 367l ust. 4 pkt 1 i 2 liczonych od uznania wierzytelności przez podmiot szpitalny lub przedstawienia podmiotowi szpitalnemu prawomocnego orzeczenia sądowego, prawomocnej decyzji administracyjnej lub innego tytułu egzekucyjnego;
- 2) nie wpływa to na stopień zaspokojenia pozostałych wierzycieli ujętych w planie spłaty.

Projektodawca wprowadził zatem rozwiązanie, w wyniku którego uwzględnienie takiego wierzyciela jako podlegającego spłacie, nie ma wpływu na ustaloną w zatwierdzonym planie spłaty proporcję zaspokojenia oraz stopień zaspokojenia innych wierzycieli objętych spłatą wedle planu. Innymi słowy, wierzyciele objęci pierwotnym planem spłaty nie będą zobowiązani do zwrotu jakichkolwiek kwot.

Dodatkowo Agencja nie będzie ponosiła solidarnej odpowiedzialności za te zobowiązania podmiotu szpitalnego, w przypadku uprzedniego wyrażenia zgody, o której mowa w art. 367g ust. 2.

Art. 144 – nowelizacja ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129, z późn. zm.).

Projektodawca przyjął, że procedura wyboru i powołania doradcy restrukturyzacyjnego do pełnienia funkcji nadzorcy układu powinna być wyłączona spod ram Prawa zamówień publicznych do wysokości progów unijnych. Skorzystanie ze środka w postaci restrukturyzacji zadłużenia będzie każdorazowo objęte decyzją nadzorcy podmiotu szpitalnego ustanawianego przez Prezesa Agencji lub przez sam podmiot szpitalny, dla którego nie ustanowiono nadzorcy. Decyzja ta będzie wpływać na prawa majątkowe wierzycieli podmiotu szpitalnego i w większości przypadków, nawet przy braku przyjęcia układu, będzie skutkowałą zmniejszeniem wysokości ich roszczeń majątkowych. Upublicznienie tej decyzji przed jej wdrożeniem, ujawnienie zamiaru wszczęcia postępowania o zatwierdzenie układu, przed jego faktycznym wszczęciem może spowodować poważne zakłócenie działalności podmiotu szpitalnego i zaburzenie relacji z partnerami handlowymi lub finansowymi. Stąd też, z powodów związanych z poufnością etapu przygotowawczego do postępowania restrukturyzacyjnego, postanowiono

wyłączyć procedury wyboru nadzorcy układu oraz zawierania z nim umów spod systemu zamówień publicznych do wysokości progów unijnych.

Art. 145 – nowelizacja ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1875).

W konsekwencji omówionych wcześniej zmian wprowadzanych w zakresie organizacji systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w którym znosi się podział na poziomy zabezpieczenia, konieczne było odpowiednie dostosowanie w art. 13 w ust. 2 pkt 1 oraz art. 33 ust. 2 ustawy o Funduszu Medycznym.

Rozdział 13 – Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe

Art. 146–149

Przepisy przejściowe i dostosowujące projektowanej ustawy regulują kwestie związane z rozpoczęciem funkcjonowania Agencji. Projekt ustawy przewiduje, że pierwszego Prezesa Agencji minister właściwy do spraw zdrowia powołuje z pominięciem trybu konkursowego, jednakże spośród osób spełniających wymagania niezbędne do zajmowania stanowiska Prezesa Agencji. Kadencja pierwszego Prezesa Agencji będzie trwała rok od dnia jego powołania. Rezygnacja z trybu konkursowego uzasadniona jest koniecznością jak najszybszego podjęcia wszelkich czynności zmierzających do umożliwienia rozpoczęcia funkcjonowania struktur Agencji. Głównym zadaniem pierwszego Prezesa Agencji będzie organizacja prac Agencji, w tym wybór siedziby, zatrudnienie pracowników oraz opracowanie wewnętrznych procedur. Jednocześnie projektodawca przewidział, iż pierwszy konkurs na stanowisko Prezesa Agencji ogłoszony zostanie co najmniej na 8 tygodni przed upływem kadencji pierwszego Prezesa Agencji.

W terminie do 35 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy powołani zostaną członkowie Rady, spośród kandydatów zgłoszonych, w 14 dniowym terminie, przez podmioty i organy uprawnione.

Projekt przewiduje ponadto, iż w terminie 30 dni od dnia powołania, Prezes Agencji sporządzi i przedstawi do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia plan finansowy Agencji na 2022 r. (w uzgodnieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych) oraz sporządzi plan działalności Agencji na 2022 r. Sporządzenie ww. dokumentów będzie odbywało się bez konieczności uzyskiwania opinii Rady.

Art. 150

Przewiduje się, że szacunkowy koszt funkcjonowania Agencji w pierwszym roku działalności (2022 r.) będzie wynosił 9,0 mln zł. Koszty te są związane m.in. z zatrudnieniem personelu Agencji, wynajmem powierzchni biurowej, zakupem wyposażenia komputerowego oraz systemu informatycznego. W kolejnych latach koszty utrzymania Agencji będą zwiększały się proporcjonalnie do wzrostu zatrudnienia. Należy podkreślić, że szacunki te nie mają charakteru ostatecznego. Dotyczy to w szczególności kosztów organizacji Agencji. Przewiduje się systematyczny wzrost dotacji budżetowych na działalność ustawową Agencji. Koszt dla budżetu państwa stanowić będzie również utworzenie sądu do spraw restrukturyzacji podmiotów szpitalnych w ramach Sądu Okręgowego w Warszawie i sądu II instancji w ramach Sądu Apelacyjnego w Warszawie oraz koszt sprawowania nadzoru nad Agencją przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Maksymalny limit wydatków będących skutkiem realizacji ustawy będzie związany przede wszystkim ze zwiększaniem środków przekazywanych Agencji w ramach dotacji celowej na realizację i finansowanie zadań, o których mowa w art. 113 pkt 5–8, której roczna wysokość będzie wynosić 100 mln zł w 2023 r., po 1,2 mld zł w 2024 i 2025 r., po 300 mln zł rocznie w latach 2026–2031.

Powyższe kwoty wiążą się z deficytem środków finansowych niezbędnych do efektywnego funkcjonowania podmiotów szpitalnych, który na koniec I półrocza 2021 r. wynosił ok. 9,2 mld zł. Na kwotę tę składały się wartość zobowiązań wymagalnych (tj. takich, dla których termin płatności minął) podmiotów szpitalnych oraz zobowiązań niewymagalnych z tytułu kredytów i pożyczek zaciągniętych przez te jednostki. Przyjmuje się zatem, że w latach 2023–2025 wielkość zapotrzebowania na środki finansowe będzie odpowiadała obecnej wartości zobowiązań wymagalnych podmiotów szpitalnych. W latach 2026–2031 przewiduje się natomiast zapotrzebowanie na poziomie 30% obecnej wartości zobowiązań z tytułu kredytów i pożyczek jakie posiadają podmioty szpitalne.

Dopuszcza się możliwość zwiększenia wysokości środków pozostających w dyspozycji Agencji w przypadku pozyskania źródeł finansowych innych niż budżet państwa w części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia. Niemniej jednak ich oszacowanie obecnie nie jest możliwe.

Projekt ustawy przewiduje, iż pierwsza ocena i kategoryzacja podmiotów szpitalnych dokonana zostanie w 2023 r. w oparciu o dane za rok 2022. Kolejne kategoryzacje będą następowały co 3 lata.

Art. 152

Art. 152 ma na celu umożliwienie podmiotowi szpitalnemu wszczęcia nowoprojektowanego postępowania restrukturyzacyjnego przed dokonaniem pierwszej kategoryzacji (ust. 2). Ponadto doprecyzowano kwestie związaną z tym, że w ramach prowadzonego uprzednio postępowania restrukturyzacyjnego w podmiocie szpitalnym został już ustanowiony zarządca (ust. 1).

Art. 153

Chcąc zapewnić osobom zajmującym stanowiska kierowników podmiotów szpitalnych czas na dostosowanie kwalifikacji do nowych wymagań związanych z zajmowaniem tego stanowiska, projektodawca przewidział, że do dnia 31 grudnia 2024 r. do wymagań związanych ze stanowiskiem kierownika podmiotu szpitalnego stosuje się przepisy dotychczasowe. W odniesieniu do kierowników podmiotów szpitalnych, którzy w dniu 1 stycznia 2025 r. nie będą spełniać wymagań określonych art. 126 ust. 1, projekt ustawy przewiduje wygaśnięcie z tym dniem ich stosunków pracy opartych na podstawie powołania albo umowy o pracę, a także wygaśnięcie umowy cywilnoprawnej zawartej z kierownikiem podmiotu szpitalnego, w oparciu o którą zarządza on podmiotem szpitalnym. Projektodawca przewidział także, że w okresie pomiędzy wejściem w życie przepisów niniejszej ustawy, a dniem 31 grudnia 2024 r. w stosunku do kierownika podmiotu szpitalnego działającego w formie instytutu badawczego stosować będzie się wymagania określone w nowoprojektowanym art. 22c ust. 3 ustawy o instytutach badawczych.

Art. 154

Minister Zdrowia powoła w drodze zarządzenia pierwszą Komisję Egzaminacyjną, która przeprowadzi państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego, do dnia 30 czerwca 2023 r.

Pierwszy państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego zorganizowany zostanie przez ministra właściwego do spraw zdrowia nie później niż w czwartym kwartale 2023 r.

Art. 155

W art. 155 projektowanej ustawy zawarto upoważnienie dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, szczegółowego sposobu ustalania ryczałtu PSZ na okres od dnia 1 stycznia 2023 r. do dnia 30 czerwca 2023 r. Potrzeba wydania takiego rozporządzenia o charakterze epizodycznym, które we wskazanym okresie zastąpi ogólne regulacje w sprawie ustalania ryczałtu PSZ, wiąże się z koniecznością uwzględnienia w poziomie finansowania świadczeniodawców szczególnej sytuacji związanej z pandemią COVID-19, która miała znaczący wpływ na aktywność szpitali w okresie rozliczeniowym rozpoczętym w styczniu 2020 r.

Ponadto w ust. 3 wprowadzono przepis przejściowy, modyfikujący ogólną regułę zawartą w art. 95m ust. 2 pkt 1 i 2 zmienianej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w odniesieniu do okresu przyjętego dla określenia udziału świadczeń zabiegowych oraz minimalnej liczby porodów. Ze względu na nieadekwatność danych za ostatni pełny rok kalendarzowy, którym w tym przypadku byłby rok 2021, a więc drugi rok pandemii COVID-19, przyjęto, że w toku kwalifikacji do PSZ przewidzianej w roku 2022 (do dnia 30 września) podstawą określenia udziału świadczeń zabiegowych oraz minimalnej liczby porodów będą dane dotyczące wykonanych świadczeń za rok 2019, tj. ostatni rok sprzed pandemii, a w przypadku świadczeniodawców posiadających umowę z Funduszem, której okres obowiązywania rozpoczął się po dniu 1 stycznia 2019 r. – dane dotyczące świadczeń udzielonych w okresie pierwszych 12 miesięcy obowiązywania tej umowy.

Art. 156

Regulacja proponowana w art. 156 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.

Art. 157

Regulacja zawarta w art. 157 projektu ma na celu przekształcenie stosunku pracy – obecnych dyrektorów i zastępców dyrektorów instytutów – który został nawiązany w inny sposób niż powołanie przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Z mocy prawa stosunek

pracy ww. osób przekształci się w stosunek pracy z powołania w rozumieniu przepisów ustawy – Kodeks pracy.

Przedmiotowa regulacja nie będzie miała zastosowania w sytuacji, w której stosunek pracy na stanowisku dyrektora lub zastępcy dyrektora został nawiązany z osobami będącymi dotychczasowymi pracownikami instytutu, o których mowa w art. 39 ust. 1 ustawy o instytutach badawczych.

Art. 158

Art. 158 projektu stanowi, że regulacja dotycząca zakazu prowadzenia przez dyrektorów instytutów oraz ich zastępców działalności konkurencyjnej znajdzie zastosowanie do ww. kategorii osób niezależnie od treści zgód wydanych przez ministra nadzorującego przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 159

W związku z faktem, że pierwszy proces kategoryzacji podmiotów szpitalnych przeprowadzony ma zostać przez Agencję na podstawie sprawozdań finansowych za 2022 r., których termin zatwierdzenia, zgodnie z art. 53 ustawy o rachunkowości, upłynie z dniem 30 czerwca 2023 r., realizowane na podstawie art. 59 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej programy naprawcze podmiotów szpitalnych działających w formie spzoz będą obowiązywać do dnia 30 czerwca 2023 r. Ma to związek z faktem, że na skutek przeprowadzonej kategoryzacji projektowana ustawa nałoży na podmioty szpitalne obowiązki związane z przygotowaniem planów rozwojowych lub naprawczo-rozwojowych, które zastąpią dotychczas realizowane programy naprawcze.

Podkreślenia wymaga, że w przypadku spzoz niebędących podmiotami szpitalnymi, programy naprawcze realizowane na podstawie art. 59 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej zachowają ważność i będą w dalszym ciągu realizowane.

Art. 160

W związku z tym, że system teleinformatyczny obsługujący postępowania sądowe będzie musiał ulec zmianom i zostać dostosowany do rozwiązań zaprojektowanych w niniejszej ustawie, w art. 160 przewidziano, że do dnia 30 czerwca 2024 r. pisma lub dokumenty w sprawach, o których mowa w art. 6 ust. 2 oraz przed sadem odwoławczym będą składane w postaci papierowej.

Art. 161

Rozwiązanie zaprojektowane w art. 10 będzie obowiązywało do dnia 30 czerwca 2024, zaś po tej dacie komunikacja będzie odbywała się zgodnie z przepisami ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 569).

Art. 162

Proponuje się, aby projektowana ustawa, z wyjątkami wynikającymi z przyjętych założeń i harmonogramów działań rozwojowych i postępowań naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych (pierwsza kategoryzacja), weszła w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Projekt nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597) i w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji.

Projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej i nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia projektu.

Nie istnieją alternatywne środki w stosunku do uchwalenia projektowanej ustawy umożliwiające osiągnięcie zamierzonego celu.