

U S T A W A

z dnia 2022 r.

o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa¹⁾

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 1. Ustawa określa:

- 1) zasady oraz warunki oceny i kategoryzacji podmiotu szpitalnego;
- 2) zasady oraz warunki tworzenia przez podmiot szpitalny kategorii A albo B planu rozwojowego;
- 3) tryb postępowania naprawczo-rozwojowego podmiotu szpitalnego kategorii B, C albo D, w tym zasady oraz warunki tworzenia przez ten podmiot planu naprawczo-rozwojowego;
- 4) zasady funkcjonowania, organizację i zadania Agencji Rozwoju Szpitali;
- 5) wymagania związane ze stanowiskiem kierownika podmiotu szpitalnego.

Art. 2. Ilekroć w ustawie jest mowa o:

- 1) Agencji – należy przez to rozumieć Agencję Rozwoju Szpitali;
- 2) Funduszu – należy przez to rozumieć Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 3) kierownika podmiotu szpitalnego – należy przez to rozumieć kierownika podmiotu szpitalnego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dyrektora podmiotu szpitalnego w formie instytutu badawczego oraz zarząd albo zarządcę podmiotu szpitalnego w formie spółki, o ile został ustanowiony;
- 4) Kodeksie cywilnym – należy przez to rozumieć ustawę z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1740 i 2320 oraz z 2021 r. poz. 1509);
- 5) Kodeksie karnym – należy przez to rozumieć ustawę z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 i 1517 oraz z 2021 r. poz. 1023 i 2054);

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym, ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, ustawę z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawę z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, ustawę z dnia 6 grudnia 2018 r. o Krajowym Rejestrze Zadłużonych, ustawę z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych oraz ustawę z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym.

- 6) Kodeksie postępowania cywilnego – należy przez to rozumieć ustawę z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 1805,1981 i 2052);
- 7) Kodeksie postępowania administracyjnego – należy przez to rozumieć ustawę z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 735,1491 i 2052);
- 8) Kodeksie pracy – należy przez to rozumieć ustawę z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320 oraz z 2021 r. poz. 1162);
- 9) Kodeksie spółek handlowych – należy przez to rozumieć ustawę z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1526 i 2320 oraz z 2021 r. poz. 2052);
- 10) mapie potrzeb zdrowotnych – należy przez to rozumieć mapę potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, 1292, 1559, 1773, 1834 i 1981);
- 11) ministrze – należy przez to rozumieć ministra będącego podmiotem tworzącym podmiotu szpitalnego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, ministra sprawującego nadzór nad podmiotem szpitalnym w formie instytutu badawczego oraz ministra wykonującego prawa z akcji lub udziałów podmiotu szpitalnego w formie spółki;
- 12) nadzorczy – należy przez to rozumieć nadzorcę podmiotu szpitalnego;
- 13) planach transformacji – należy przez to rozumieć krajowy plan transformacji i wojewódzki plan transformacji, o których mowa w art. 95b ust. 1 i 95c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 14) podmiocie nadzorującym – należy przez to rozumieć podmiot tworzący i ministra sprawującego nadzór nad instytutem badawczym;
- 15) podmiocie szpitalnym – należy przez to rozumieć podmioty lecznicze działające w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, spółki kapitałowej, o której mowa w art. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 i 1773) albo instytutu badawczego, które wykonują działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, z wyłączeniem podmiotów wykonujących wyłącznie świadczenia opieki zdrowotnej udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w czasie nieprzekraczającym 24 godzin lub podmiotów wykonujących wyłącznie świadczenia w szpitalu uzdrowiskowym;

- 16) podmiocie tworzącym – należy przez to rozumieć podmiot tworzący w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 17) potrzebach zdrowotnych – należy przez to rozumieć potrzeby zdrowotne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 18) systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – należy przez to rozumieć system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 951 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 19) Radzie – należy przez to rozumieć Radę Agencji;
- 20) regionalnych potrzebach zdrowotnych – należy przez to rozumieć potrzeby zdrowotne na poziomie ogólnokrajowym, wojewódzkim i powiatowym;
- 21) sądzie – należy przez to rozumieć sąd restrukturyzacyjny dla podmiotów szpitalnych;
- 22) uczelni medycznej – należy przez to rozumieć uczelnię medyczną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 23) wspólniku – należy przez to rozumieć wspólnika w spółce z ograniczoną odpowiedzialnością, wspólnika w spółce osobowej, wspólnika w spółce działającej zgodnie z przepisami prawa obcego, który nie odpowiada za zobowiązania tej spółki, akcjonariusza w spółce akcyjnej, akcjonariusza w prostej spółce akcyjnej, akcjonariusza w spółce komandytowo-akcyjnej oraz akcjonariusza w spółce europejskiej;
- 24) zarządcy – należy przez to rozumieć zarządcę podmiotu szpitalnego w formie spółki;
- 25) zobowiązaniach wymagalnych – należy przez to rozumieć wszystkie bezsporne zobowiązania, łącznie z odsetkami, wynikające z ewidencji księgowej, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione, ani umorzone, przy czym zobowiązanie staje się wymagalne w rozumieniu niniejszej ustawy, licząc od dnia następnego po upływie terminu płatności wskazanego w dokumencie zapłaty lub zapisanego w umowie.

Art. 3. Podmiot nadzorujący, podmiot szpitalny oraz Agencja są obowiązane dostosować działalność podmiotu szpitalnego do regionalnych 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.

Art. 4. Podmioty nadzorujące oraz podmioty szpitalne są obowiązane do współpracy we wszystkich aspektach działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty szpitalne, w tym w zakresie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych.

Art. 5. 1. Celem działań określonych ustawą jest modernizacja i poprawa efektywności działalności oraz poprawa sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu szpitalnego.

2. Celem działań określonych ustawą jest również wsparcie rozwoju podmiotu szpitalnego, optymalizacja jego działalności, dostosowanie działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych, wprowadzanie lub ulepszanie procesowego modelu zarządzania podmiotem szpitalnym, a w razie potrzeby, naprawa działalności podmiotu szpitalnego oraz restrukturyzacja jego zadłużenia na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1588 i 2140).

Art. 6. 1. Komunikacja między Prezesem Agencji, podmiotem szpitalnym, podmiotem nadzorującym, nadzorcą oraz zarządcą, w tym w szczególności przesyłanie pism, planów i sprawozdań, odbywa się za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2020 r. poz. 344).

2. Przepisów ust. 1 nie stosuje się w przypadku, gdy:

- 1) z uwagi na potrzebę ochrony danych osobowych komunikacja za pomocą środków komunikacji elektronicznej nie gwarantuje w sposób dostateczny bezpieczeństwa przetwarzania danych;
- 2) wystąpiła awaria systemów teleinformatycznych, która uniemożliwia podmiotom wskazanym w ust. 1 przesyłanie dokumentów za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

3. Pisma, wnioski, plany, sprawozdania i inne dokumenty podmioty, o których mowa w ust. 1, sporządzają w formie dokumentu elektronicznego, opatrując je kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo podpisem zaufanym.

4. W przypadku wystąpienia okoliczności, o których mowa w ust. 2, dokumenty o których mowa w ust. 3, są sporządzane w postaci papierowej i doręczane za pośrednictwem operatora pocztowego w rozumieniu art. 3 pkt 13 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 1041 i 2320) albo bezpośrednio adresatowi.

5. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, podmiot szpitalny, podmiot nadzorujący, nadzorca oraz zarządca wnosi na elektroniczną skrzynkę podawczą Agencji, utworzoną na podstawie ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 2070), ze skrzynki podmiotu szpitalnego.

6. Prezes Agencji doręcza dokumenty podmiotowi szpitalnemu, podmiotowi nadzorującemu, nadzorcy oraz zarządcy na elektroniczną skrzynkę podawczą podmiotu szpitalnego, utworzoną na podstawie ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.

7. Podmiot szpitalny jest obowiązany do nadania nadzorcy dostępu do elektronicznej skrzynki, o której mowa w ust. 6.

Rozdział 2

Sąd restrukturyzacyjny

Art. 7. 1. Sądem jest Sąd Okręgowy w Warszawie.

2. Sąd jest właściwy w sprawach:

- 1) zażaleń na postanowienia Prezesa Agencji;
- 2) wyrażania zgody na zastosowanie w stosunku do podmiotu szpitalnego środków i działań naruszających interesy podmiotów trzecich, w przypadkach wskazanych w ustawie;
- 3) restrukturyzacji zadłużenia podmiotu szpitalnego na podstawie ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne.

3. Sąd orzeka w składzie jednego sędziego.

Rozdział 3

Postępowanie w sprawach modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa

Art. 8. 1. W sprawach z zakresu modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa Prezes Agencji wydaje postanowienia.

2. Postanowienia Prezesa Agencji podlegają natychmiastowemu wykonaniu.

Art. 9. W zakresie nieuregulowanym w ustawie do postanowień, o których mowa art. 8 ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, z wyłączeniem art. 10, art. 15 i 16, art. 31, art. 37, art. 39¹, art. 48 i 49, art. 59–61, art. 66a, art. 73 § 1a–2, art. 75–96, art. 106–106a i art. 127–163a.

Art. 10. W sprawach dotyczących dowodów w postępowaniu przed Prezesem Agencji w zakresie nieuregulowanym w ustawie stosuje się odpowiednio art. 227–315 Kodeksu postępowania cywilnego.

Art. 11. Stroną postępowania przed Prezesem Agencji jest podmiot szpitalny.

Art. 12. Postanowienia Prezesa Agencji doręcza się podmiotom, którym przysługuje zażalenie, a w każdym przypadku podmiotowi szpitalnemu, nadzorcy oraz zarządcy.

Art. 13. 1. Na postanowienie Prezesa Agencji, w przypadkach wskazanych w ustawie, przysługuje zażalenie do sądu.

2. Zażalenie wnosi się za pośrednictwem Prezesa Agencji przez system teleinformatyczny obsługujący postępowanie sądowe, o którym mowa w art. 196a ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, z wykorzystaniem udostępnianych w tym systemie formularzy.

3. Zażalenie wnosi się w terminie 7 dni od dnia doręczenia postanowienia.

4. Do wniosku o przywrócenie terminu do wniesienia zażalenia stosuje się odpowiednio przepis ust. 2 oraz odpowiednio przepisy art. 168–172 Kodeksu postępowania cywilnego.

Art. 14. Zażalenie na postanowienie Prezesa Agencji powinno spełniać wymagania określone dla pisma procesowego w Kodeksie postępowania cywilnego oraz zawierać oznaczenie zaskarżonego postanowienia, przytoczenie zarzutów, zwięzłe ich uzasadnienie, wskazanie dowodów, a także zawierać wniosek o uchylenie albo zmianę postanowienia w całości lub w części.

Art. 15. 1. Prezes Agencji w terminie 14 dni od dnia wpływu zażalenia, w przypadku stwierdzenia braku przesłanek warunkujących zastosowanie trybu przewidzianego w art. 16, przekazuje zażalenie do sądu za pośrednictwem systemu teleinformatycznego obsługującego postępowanie sądowe wraz z odpowiedzią na zażalenie.

2. Jednocześnie z przekazaniem zażalenia, o którym mowa w ust. 1, Prezes Agencji udostępnia sądowi, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego obsługującego postępowanie sądowe, akta sprawy.

Art. 16. Jeżeli Prezes Agencji uzna zażalenie za zasadne, może – nie przekazując zażalenia oraz nie udostępniając akt sądowi – uchylić albo zmienić swoje postanowienie w całości lub w części, o czym niezwłocznie powiadamia podmiot szpitalny, podmiot nadzorujący, nadzorcę oraz zarządcę, przesyłając im nowe postanowienie, na które przysługuje zażalenie na zasadach ogólnych.

Art. 17. 1. Sąd odrzuca zażalenie wniesione po upływie terminu do jego wniesienia, niedopuszczalne z innych przyczyn, nieopłacone, a także wtedy, gdy nie uzupełniono w wyznaczonym terminie braków zażalenia.

2. Sąd oddala zażalenie, jeżeli jest ono bezzasadne.

3. W razie uwzględnienia zażalenia sąd zmienia zaskarżone postanowienie w całości lub części i orzeka co do istoty sprawy albo uchyla zaskarżone postanowienie i przekazuje sprawę Prezesowi Agencji do ponownego rozpatrzenia.

Art. 18. 1. Uczestnikami postępowania wszczętego na skutek wniesienia zażalenia do sądu są skarżący, a w każdym przypadku Prezes Agencji i podmiot szpitalny.

2. Odpis postanowienia kończącego postępowanie doręcza się również nadzorcy i zarządcy.

Art. 19. W przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy.

Art. 20. Rozpoznanie sprawy przez sąd następuje w terminie 30 dni od dnia złożenia zażalenia lub wniosku, chyba że przepisy szczególne przewidują inny termin.

Art. 21. 1. Na postanowienie sądu przysługuje zażalenie do Sądu Apelacyjnego w Warszawie.

2. Zażalenie rozpoznaje się w terminie 14 dni.

Art. 22. W postępowaniu przed sądem Prezes Agencji nie ma obowiązku wnoszenia opłaty sądowej i zwrotu kosztów postępowania.

Art. 23. W sprawach nieuregulowanych w ustawie do postępowania przed sądem i przed sądem odwoławczym stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne.

Rozdział 4

Kategorie i kryteria oceny podmiotu szpitalnego

Art. 24. 1. Podmiot szpitalny podlega co trzy lata obowiązkowej ocenie i przyznaniu jednej z kategorii określonych w ustawie.

2. Ocenie i przyznaniu kategorii w terminie, o którym mowa w ust. 1, podlegają równocześnie wszystkie podmioty szpitalne, niezależnie od tego czy został złożony wniosek, o którym mowa w art. 30.

Art. 25. Wyróżnia się następujące kategorie podmiotów szpitalnych:

- 1) kategoria A – podmiot szpitalny w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej, który tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii A;
- 2) kategoria B – podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań optymalizacyjnych, który tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii B albo w stosunku do którego Prezes Agencji wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe, na jego wniosek;
- 3) kategoria C – podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes Agencji wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe;
- 4) kategoria D – podmiot szpitalny wymagający pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes Agencji wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe oraz uzyskuje uprawnienie do powoływania i odwoływania kierownika tego podmiotu szpitalnego.

Art. 26. 1. Kierownik podmiotu szpitalnego składa do Agencji roczne sprawozdanie finansowe, sprawozdanie z badania, jeżeli podlegało ono badaniu, odpis uchwały lub postanowienia organu o zatwierdzeniu rocznego sprawozdania finansowego i podziale zysku lub pokryciu straty, o których mowa w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217 i 2160) – w terminie 15 dni od dnia zatwierdzenia rocznego sprawozdania finansowego.

2. Jeżeli sprawozdanie finansowe nie zostało zatwierdzone w terminie określonym w art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości należy je złożyć do Agencji w terminie 15 dni po terminie wskazanym w tej ustawie. W przypadku zatwierdzenia sprawozdania finansowego w terminie późniejszym, należy je złożyć ponownie w terminie 15 dni po jego zatwierdzeniu wraz z dokumentami, o których mowa w ust. 1.

3. Agencja jest upoważniona 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 i 1292), oraz danych dotyczących funkcjonowania podmiotów szpitalnych, ich sytuacji operacyjnej i ekonomiczno-finansowej, a także planów rozwojowych i planów naprawczo-rozwojowych oraz sprawozdań z ich realizacji.

4. Kierownik podmiotu szpitalnego jest obowiązany do przekazania danych, o których mowa w ust. 3, na wezwanie Agencji w trybie, formie i terminach określonych przez Agencję.

Art. 27. 1. Na podstawie danych, o których mowa w art. 26, za rok poprzedni, dokonuje się oceny podmiotu szpitalnego i przyznania mu jednej z kategorii, o których mowa w art. 25.

2. Do określenia kategorii, o których mowa w art. 25, wykorzystuje się obliczone na podstawie danych, o których mowa w art. 26, następujące wskaźniki ekonomiczno-finansowe:

1) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej obliczany z dokładnością do jednego miejsca po przecinku według wzoru:

$$= \frac{\text{Wynik z działalności operacyjnej} \times 100\%}{\text{Przychody netto ze sprzedaży produktów} + \text{przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów} + \text{pozostałe przychody operacyjne}}$$

2) wskaźnik płynności szybkiej obliczany z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku według wzoru:

$$= \frac{\text{Aktywa obrotowe} - \text{należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy} - \text{krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne)} - \text{zapasy}}{\text{Zobowiązania krótkoterminowe} - \text{zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy} + \text{rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe}}$$

3) wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem obliczany z dokładnością do jednego miejsca po przecinku według wzoru:

$$= \frac{\text{Zobowiązania wymagalne} \times 100\%}{\text{Przychody netto ze sprzedaży produktów} + \text{przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów} + \text{pozostałe przychody operacyjne} + \text{przychody finansowe}}$$

4) wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem obliczany z dokładnością do jednego miejsca po przecinku według wzoru:

$$= \frac{(\text{Zobowiązania długoterminowe} + \text{zobowiązania krótkoterminowe} - \text{fundusze specjalne}) \times 100\%}{\text{Przychody netto ze sprzedaży produktów} + \text{przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów} + \text{pozostałe przychody operacyjne} + \text{przychody finansowe}}$$

3. Do kategorii A kwalifikuje się podmiot szpitalny, który spełnia 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%.

4. Do kategorii B kwalifikuje się podmiot szpitalny, który nie kwalifikuje się do kategorii A, C albo D.

5. Do kategorii C kwalifikuje się podmiot szpitalny, który nie został zakwalifikowany do kategorii D, oraz:

- 1) spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż -2,0%,
 - b) wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,70
lub
- 2) w przypadku którego wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 5% i jednocześnie mniejszą lub równą 15%.

6. Do kategorii D kwalifikuje się podmiot szpitalny:

- 1) spełniający łącznie następujące warunki:
 - a) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż -5,0%,
 - b) wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,35,
 - c) wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 50%
lub
- 2) w przypadku, którego wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 15%.

Rozdział 5

Przyznanie kategorii podmiotowi szpitalnemu i zmiana przyznanej kategorii

Art. 28. 1. W stosunku do podmiotu szpitalnego spełniającego warunki określone w art. 27 ust. 3 albo 4, Prezes Agencji, w terminie 1 miesiąca od dnia upływu terminu określonego w art. 26 ust. 1 albo 2 zdanie pierwsze, wydaje postanowienie o przyznaniu podmiotowi szpitalnemu odpowiednio kategorii A albo B.

2. Postanowienie, o którym mowa w ust. 1, doręcza się podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu. Na postanowienie podmiotom tym służy zażalenie.

Art. 29. W stosunku do podmiotu szpitalnego spełniającego warunki określone w art. 27 ust. 5 albo 6, Prezes Agencji, w terminie 2 miesięcy od dnia upływu terminu określonego w art. 26 ust. 1 albo 2 zdanie pierwsze, wydaje postanowienie o przyznaniu podmiotowi szpitalnemu odpowiednio kategorii C albo D, wszczęciu postępowania naprawczego-

rozwojowego i ustanowieniu nadzorcy. Na postanowienie podmiotowi szpitalnemu i podmiotowi nadzorującemu służy zażalenie.

Art. 30. 1. Przyznanie kategorii przed upływem terminu wskazanego w art. 24 może nastąpić na wniosek podmiotu szpitalnego albo podmiotu nadzorującego złożony nie wcześniej niż w dniu zatwierdzenia sprawozdania finansowego za rok poprzedni.

2. Przyznanie kategorii na skutek wniosku, o którym mowa w ust. 1, następuje w drodze postanowienia Prezesa Agencji wydanego w terminie 1 miesiąca od dnia złożenia kompletnego wniosku, do którego załącza się dokumenty, o których mowa w art. 26 ust. 1. Przepisy art. 28 i 29 stosuje się odpowiednio.

Rozdział 6

Zasady oraz warunki tworzenia planu rozwojowego podmiotu szpitalnego kategorii

A albo B

Art. 31. 1. Podmiot szpitalny kategorii A albo B opracowuje plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii A albo B uwzględniając w nim obowiązek dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych.

2. Sporządzenie planu, o którym mowa w ust. 1, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Analizy obejmują indywidualną sytuację danego podmiotu szpitalnego oraz jej porównanie do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności.

3. Plan, o którym mowa w ust. 1, zawiera co najmniej:

- 1) wyniki analiz, o których mowa w ust. 2;
- 2) ocenę podmiotu szpitalnego w zakresie dostosowania jego działalności do regionalnych potrzeb zdrowotnych;
- 3) propozycje oraz zakres współpracy z innymi podmiotami szpitalnymi, w tym w przedmiocie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych;
- 4) planowane przez podmiot szpitalny działania mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) planowane przez podmiot szpitalny działania mające na celu wprowadzenie albo ulepszenie procesowego modelu zarządzania;

- 6) wskazanie środków wsparcia oferowanych przez Agencję, z których chciałby skorzystać podmiot szpitalny wraz z uzasadnieniem zapotrzebowania oraz planowanymi do uzyskania efektami i wpływem na sytuację finansową;
- 7) podpis kierownika podmiotu szpitalnego;
- 8) datę sporządzenia planu rozwojowego.

4. Plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii B poza elementami wskazanymi w ust. 3 zawiera również wskazanie planowanych do wdrożenia działań optymalizacyjnych mających na celu poprawę sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu szpitalnego.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia wzór planu rozwojowego podmiotu szpitalnego kategorii A oraz planu rozwojowego podmiotu szpitalnego kategorii B, mając na względzie potrzebę ujednoczenia informacji oraz zapewnienie przejrzystości tych planów.

Art. 32. 1. Plan, o którym mowa w art. 31 ust. 1, podmiot szpitalny przekazuje do Prezesa Funduszu celem uzyskania stanowiska w zakresie dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych.

2. Prezes Funduszu zajmuje stanowisko w terminie 14 dni od dnia otrzymania planu. Nieprzekazanie przez Prezesa Funduszu stanowiska w terminie 14 dni uznaje się za rezygnację z przedstawienia stanowiska.

3. Plan, o którym mowa w art. 31 ust. 1, wraz ze stanowiskiem, o którym mowa w ust. 2, albo informacją podmiotu szpitalnego o nieprzedstawieniu stanowiska przez Prezesa Funduszu pomimo upływu terminu, podmiot szpitalny przekazuje Agencji w terminie 3 miesięcy od dnia doręczenia postanowienia, o którym mowa w art. 28 ust. 1.

4. Plan, o którym mowa w art. 31 ust. 1, wraz ze stanowiskiem Prezesa Funduszu, o którym mowa w ust. 2 albo informacją, o której mowa w ust. 3, jest publikowany na stronie podmiotowej Agencji.

Art. 33. Podmiot szpitalny kategorii B, który złożył wniosek, o którym mowa w art. 51 ust. 1, nie opracowuje planu, o którym mowa w art. 31 ust. 1.

Art. 34. Podmiot nadzorujący albo rada nadzorcza, albo komisja rewizyjna w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki, monitoruje realizację planu rozwojowego w ramach posiadanych uprawnień nadzorczych.

Art. 35. 1. Przed przeprowadzeniem kolejnej kategoryzacji, w terminie określonym przez Prezesa Agencji, podmiot szpitalny przedkłada do Agencji sprawozdanie końcowe z realizacji planu rozwojowego.

2. Jeżeli podmiot szpitalny nie zrealizował w sposób prawidłowy planu rozwojowego, Prezes Agencji może wystąpić do podmiotu nadzorującego, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki do – rady nadzorczej albo komisji rewizyjnej, o podjęcie czynności nadzorczych.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór sprawozdania końcowego, o którym mowa w ust. 1, mając na względzie konieczność zapewnienia jednolitości przekazywanych informacji oraz przejrzystości sprawozdań.

Art. 36. Plan rozwojowy może zostać zmieniony w trybie przewidzianym dla opracowania tego planu.

Art. 37. 1. Plan rozwojowy obowiązuje:

- 1) w podmiocie szpitalnym, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji, dokonanej w terminie wynikającym z art. 24, przyznano kategorię A albo B – do dnia przekazania Prezesowi Agencji kolejnego planu rozwojowego, z zastrzeżeniem ust. 2;
- 2) w podmiocie szpitalnym, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji, dokonanej w terminie wynikającym z art. 24, przyznano kategorię C albo D – do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o przyznaniu kategorii;
- 3) do dnia przekazania Prezesowi Agencji zmienionego planu rozwojowego w przypadku, o którym mowa w art. 36.

2. W przypadku podmiotu szpitalnego kategorii A albo B realizującego plan rozwojowy, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji Prezes Agencji przyznał kategorię B i który złożył wniosek, o którym mowa w art. 51 ust. 1 – plan rozwojowy obowiązuje do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego, o którym mowa w art. 51 ust. 2.

Rozdział 7

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

Oddział 1

Nadzorca i zarządca

Art. 38. 1. Postępowanie naprawczo-rozwojowe jest prowadzone z udziałem nadzorcy.

2. Postępowanie naprawczo-rozwojowe podmiotu szpitalnego kategorii C albo D w formie spółki jest prowadzone również z udziałem zarządcy, jeżeli Prezes Agencji wydał postanowienie, o którym mowa w art. 77 ust. 2 albo art. 78 ust. 2.

Art. 39. 1. Nadzorcą może być:

- 1) pracownik Agencji, który spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) posiada obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym,
 - b) zna język polski w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności nadzorczy,
 - c) posiada pełną zdolność do czynności prawnych,
 - d) nie był skazany prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,
 - e) nie jest podejrzany albo oskarżony o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe,
 - f) posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne w zakresie finansów, prawa, administracji, ekonomii lub zarządzania, uzyskane w państwie, o którym mowa w lit. a,
 - g) nie jest wpisany do rejestru dłużników niewypłacalnych Krajowego Rejestru Sądowego ani w odniesieniu do tej osoby nie są ujawnione w Krajowym Rejestrze Zadłużonych informacje, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o Krajowym Rejestrze Zadłużonych (Dz. U. z 2021 r. 1909),
 - h) posiada co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia;
- 2) osoba wpisana na listę nadzorców prowadzoną przez Prezesa Agencji.

2. Nadzorcą w danym podmiocie szpitalnym nie może być osoba, która:

- 1) jest pracownikiem, prokurentem, pełnomocnikiem, współnikiem lub członkiem organu 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;
- 2) jest pracownikiem, prokurentem, pełnomocnikiem, współnikiem lub członkiem organu podmiotu świadczącego usługi w zakresie dystrybucji wyrobów medycznych, leków lub aparatury medycznej lub dostawcą innych towarów i usług na rzecz danego podmiotu szpitalnego;

- 3) jest wierzycielem lub dłużnikiem danego podmiotu szpitalnego;
- 4) jest małżonkiem, wstępnym, zstępnym, jednym z rodzeństwa, powinowatym dłużnika danego podmiotu szpitalnego lub wierzyciela danego podmiotu szpitalnego w tej samej linii czy stopniu lub osobą pozostającą z dłużnikiem lub wierzycielem danego podmiotu szpitalnego w faktycznym związku, prowadzącą z nim wspólnie gospodarstwo domowe;
- 5) jest małżonkiem, wstępnym, zstępnym, jednym z rodzeństwa, powinowatym w tej samej linii czy stopniu osoby wskazanej w pkt 1 lub 2 lub osobą pozostającą w faktycznym związku, prowadzącą wspólne gospodarstwo domowe z osobą wskazaną w pkt 1 lub 2;
- 6) była zatrudniona przez dany podmiot szpitalny na podstawie stosunku pracy albo wykonuje bądź wykonywała pracę lub świadczy bądź świadczyła usługi na rzecz danego podmiotu szpitalnego na podstawie innego stosunku prawnego;
- 7) była członkiem organu, współnikiem, prokurentem lub pełnomocnikiem danego podmiotu szpitalnego.

3. Przed ustanowieniem nadzorcy w danym podmiocie szpitalnym Prezes Agencji odbiera od kandydata oświadczenie o treści: „Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie okoliczności, o których mowa w art. 39 ust. 2 ustawy z dnia ... o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa (Dz. U. poz. ...) oraz że jestem wolny od wszelkich konfliktów interesów w zakresie działalności podmiotu szpitalnego, tj. ..., pod groźbą odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, z późn. zm.).”.

4. Nadzorca niezwłocznie informuje Prezesa Agencji o zaprzestaniu spełniania wymagań ustawowych niezbędnych do pełnienia funkcji nadzorcy. Niepoinformowanie Prezesa Agencji lub zwłoka w przekazaniu informacji przez nadzorcę skutkuje odpowiedzialnością karną określoną w art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

5. Ta sama osoba może być ustanowiona nadzorczą w więcej niż jednym podmiocie szpitalnym.

6. Osoba ustanowiona nadzorczą nie może być jednocześnie ustanowiona zarządcą, w tym samym ani w innym podmiocie szpitalnym.

Art. 40. 1. Prezes Agencji prowadzi listę nadzorców. Wpis na listę następuje na wniosek osoby ubiegającej się o wpis, który jest rozpatrywany w terminie do 30 dni, od dnia jego otrzymania, w drodze postanowienia Prezesa Agencji albo uchwały Rady, w przypadku o którym mowa w ust. 9.

2. Wpis na listę obejmuje numer wpisu, imię i nazwisko, datę i miejsce urodzenia, numer ewidencyjny PESEL, z wyłączeniem cudzoziemców, którzy tego numeru nie posiadają, adres do korespondencji, numer telefonu oraz adres poczty elektronicznej.

3. Na listę, o której mowa w ust. 1, może być wpisana osoba, która:

- 1) posiada obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym;
- 2) zna język polski w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności nadzorcy;
- 3) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
- 5) nie jest podejrzana albo oskarżona o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe;
- 6) nie jest wpisana do rejestru dłużników niewypłacalnych Krajowego Rejestru Sądowego ani w odniesieniu do tej osoby nie są ujawnione w Krajowym Rejestrze Zadłużonych informacje, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o Krajowym Rejestrze Zadłużonych;
- 7) posiada licencję doradcy restrukturyzacyjnego, o której mowa w ustawie z dnia 15 czerwca 2007 r. o licencji doradcy restrukturyzacyjnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 242 i 2320 oraz z 2021 r. poz. 1080) i w okresie ostatnich 5 lat przeprowadziła co najmniej sześć postępowań restrukturyzacyjnych zakończonych prawomocnym zatwierdzeniem układu, albo spełnia warunki określone w art. 120 ust. 1.

4. Warunek przeprowadzenia w całości jednego z postępowań, o których mowa w ust. 3 pkt 7, uznaje się za spełniony również w przypadku, gdy takie postępowanie przeprowadziła w całości spółka handlowa, o której mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, w której osoba posiadająca licencję doradcy restrukturyzacyjnego była przez cały czas trwania tego postępowania współnikiem ponoszącym odpowiedzialność za zobowiązania tej spółki bez ograniczenia całym swoim majątkiem albo członkiem zarządu reprezentującym tę spółkę.

5. Do wniosku o którym mowa w ust. 1 osoba ubiegająca się o wpis załącza dokumenty potwierdzające spełnianie wymagań określonych w ust. 3.

6. Odmowa wpisu na listę następuje w przypadku niespełnienia przez osobę ubiegającą się o wpis wymagań określonych w ust. 3, a także w przypadku złożenia wniosku niekompletnego.

7. Odmowa wpisu na listę następuje w drodze postanowienia Prezesa Agencji, od którego osobie ubiegającej się o wpis przysługuje prawo złożenia, w terminie 7 dni od dnia jego doręczenia, sprzeciwu do Rady.

8. Rada rozpatruje sprzeciw w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania.

9. Rozpatrując sprzeciw Rada w drodze uchwały utrzymuje w mocy postanowienie Prezesa Agencji odmawiające wpisu albo uchyla je i podejmuje uchwałę w sprawie wpisu. Uchwała Rady jest ostateczna.

10. Wykreślenie z listy następuje w przypadku zaprzestania spełniania wymagań określonych w ust. 3. Przepisy ust. 7–9 stosuje się odpowiednio.

Art. 41. 1. Zarządcą może być osoba, która spełnia warunki określone w art. 120 ust. 1, oraz w stosunku do której nie zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 39 ust. 2.

2. Przed ustanowieniem zarządcy w danym podmiocie szpitalnym Prezes Agencji odbiera od kandydata oświadczenie, o treści: „Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie okoliczności, o których mowa w art. 39 ust. 2 ustawy z dnia ... o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa (Dz. U. poz. ...) oraz że jestem wolny od wszelkich konfliktów interesów w zakresie działalności podmiotu szpitalnego, tj. ..., pod groźbą odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, z późn. zm.).”.

3. Zarządca niezwłocznie informuje Prezesa Agencji o zaprzestaniu spełniania wymagań, o których mowa w art. 120 ust. 1 oraz w art. 39 ust. 2. Niepoinformowanie Prezesa Agencji lub zwłoka w przekazaniu informacji przez zarządcę skutkuje odpowiedzialnością karną określoną w art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

4. Ta sama osoba nie może być ustanowiona zarządcą w więcej niż jednym podmiocie szpitalnym.

5. Osoba ustanowiona zarządcą nie może być jednocześnie ustanowiona nadzorcą, w tym samym ani w innym podmiocie szpitalnym.

Art. 42. 1. Nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji.

2. Nadzorca i zarządca niezwłocznie, nie później niż wraz z podjęciem pierwszej czynności, składają Prezesowi Agencji dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji. Koszty ubezpieczenia nie stanowią kosztów postępowania naprawczo-rozwojowego.

3. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, zakres ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w ust. 1, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc pod uwagę specyfikę czynności wykonywanych w ramach pełnienia funkcji, o których mowa w ust. 1, oraz wartość majątku podmiotu szpitalnego.

4. Za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.

Art. 43. 1. Nadzorca oraz zarządca dokonują czynności w imieniu własnym na rachunek podmiotu szpitalnego.

2. Nadzorca oraz zarządca nie odpowiadają za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego.

Art. 44. Zarządca wykonuje obowiązki sprawozdawcze ciążące na podmiocie szpitalnym. Zarządca nie odpowiada za opóźnienia w realizacji tych obowiązków spowodowane nieprzekazaniem mu dokumentacji lub przekazaniem dokumentacji nierzetelnej lub niekompletnej.

Art. 45. 1. Postępowania sądowe, administracyjne, sądownoadministracyjne i przed sądami polubownymi dotyczące podmiotu szpitalnego, dla którego ustanowiono zarządcę mogą być wszczęte i prowadzone wyłącznie przez zarządcę albo przeciwko niemu. Postępowania te zarządca prowadzi w imieniu własnym na rzecz podmiotu szpitalnego.

2. Do postępowań, o których mowa w ust. 1, przepisy art. 174 § 1 pkt 4 i 5 oraz art. 180 § 1 pkt 5 Kodeksu postępowania cywilnego stosuje się odpowiednio.

Art. 46. Do zadań nadzorcy należy:

- 1) opracowanie projektu planu naprawczo-rozwojowego;
- 2) przekazanie uzgodnionego planu naprawczo-rozwojowego Prezesowi Agencji;
- 3) nadzór nad realizacją planu naprawczo-rozwojowego;
- 4) zawarcie umowy z nadzorcą układu w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, współpraca z nadzorcą układu, ustalenie dnia

układowego, składanie propozycji układowych i złożenie do sądu wniosku o zatwierdzenie układu;

- 5) stosowanie określonych ustawą środków ochronnych i naprawczo-rozwojowych oraz dokonywanie wszelkich czynności zmierzających do ich realizacji.

Art. 47. Z nadzorcą niebędącym pracownikiem Agencji oraz z zarządcą, Prezes Agencji, zawiera umowę cywilnoprawną, w której ustala w szczególności wynagrodzenie nadzorcy albo zarządcy.

Art. 48. 1. Prezes Agencji wydaje postanowienie o ustanowieniu nowego nadzorcy albo zarządcy:

- 1) w przypadku rozwiązania lub wygaśnięcia umowy z poprzednim nadzorcą albo zarządcą;
- 2) w przypadku powzięcia informacji o niespełnianiu przez daną osobę przesłanek ustawowych do pełnienia funkcji nadzorcy lub zarządcy;
- 3) w innych przypadkach wskazanych w ustawie.

2. Funkcja poprzedniego nadzorcy albo zarządcy wygasa z dniem obwieszczenia postanowienia, o którym mowa w ust. 1, na stronie podmiotowej Agencji.

Art. 49. 1. Informację o nadzorcą oraz zarządcą umieszcza się w Krajowym Rejestrze Sądowym.

2. Prezes Agencji obwieszcza na stronie podmiotowej Agencji o ustanowieniu nadzorcy oraz zarządcy niezwłocznie po doręczeniu podmiotowi szpitalnemu postanowienia w tym przedmiocie.

Oddział 2

Wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego

Art. 50. Postępowanie naprawczo-rozwojowe prowadzi się wobec podmiotu szpitalnego kategorii C albo D, z zastrzeżeniem art. 51. Wszczęcie postępowania następuje w dniu następującym po dniu doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia o jego wszczęciu.

Art. 51. 1. Podmiot szpitalny kategorii B, w celu skorzystania ze środków ochronnych lub naprawczo-rozwojowych, może w terminie 7 dni od dnia otrzymania postanowienia, o którym mowa w art. 28 ust. 1, złożyć Prezesowi Agencji umotywowany wniosek o wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego oraz o wyznaczenie nadzorcy.

2. Prezes Agencji w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku, o którym mowa w ust. 1, wydaje postanowienie o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego oraz o ustanowieniu nadzorcy. Na postanowienie nie przysługuje zażalenie.

3. Wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego następuje w dniu następującym po dniu doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia o jego wszczęciu.

Art. 52. 1. Prezes Agencji obwieszcza na stronie podmiotowej Agencji o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego w podmiocie szpitalnym niezwłocznie po doręczeniu podmiotowi szpitalnemu postanowienia o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego.

2. Od dnia obwieszczenia, o którym mowa w ust. 1, podmiot szpitalny podlega ochronie, o której mowa w art. 71 i art. 72.

Art. 53. Wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego nie ma wpływu na zdolność prawną oraz zdolność do czynności prawnych podmiotu szpitalnego.

Art. 54. 1. W postępowaniu naprawczo-rozwojowym podmiot szpitalny sprawuje zarząd własny swoim majątkiem, z wyłączeniem podmiotu szpitalnego w formie spółki, dla którego ustanowiono zarządcę.

2. Czynności prawne dokonane przez podmiot szpitalny w formie spółki, w zakresie których utracił on prawo zarządu, są nieważne.

3. Spełnienie świadczenia do rąk podmiotu szpitalnego w formie spółki, pozbawionego prawa zarządu, dokonane po obwieszczeniu o ustanowieniu zarządcy, nie zwalnia z obowiązku spełnienia świadczenia do rąk zarządcy, chyba że równowartość świadczenia wpłynęła do zarządcy.

4. Jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej, do czynności, które podlegają ujawnieniu w księdze wieczystej i rejestrach, przepisy ust. 2 i 3 stosuje się.

Oddział 3

Zasady oraz warunki tworzenia planu naprawczo-rozwojowego

Art. 55. 1. Nadzorca podmiotu szpitalnego kategorii C albo D, a także podmiotu szpitalnego kategorii B, w stosunku do którego Prezes Agencji wydał postanowienie, o którym mowa w art. 51 ust. 2, opracowuje w porozumieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego plan naprawczo-rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii B, C albo D uwzględniając w nim obowiązek dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych.

2. Sporządzenie planu, o którym mowa w ust. 1, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych dokonane przez nadzorcę w porozumieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego. Analizy obejmują indywidualną sytuację danego podmiotu szpitalnego oraz jej porównanie do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności.

Art. 56. 1. Plan naprawczo-rozwojowy zawiera co najmniej:

- 1) opis podmiotu szpitalnego wraz z informacją o aktualnym oraz przyszłym zapotrzebowaniu na świadczenia opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem ich dostępności i mapy potrzeb zdrowotnych;
- 2) wyniki analiz, o których mowa w art. 55 ust. 2;
- 3) szczegółowy opis bieżącej sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu szpitalnego oraz w ostatnich 3 latach obrotowych, a także sprawozdania finansowe za ostatnie 3 lata obrotowe;
- 4) analizę przyczyn trudnej sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu szpitalnego opartą na danych liczbowych;
- 5) prezentację proponowanej przyszłej strategii prowadzenia podmiotu szpitalnego oraz informację na temat poziomu i rodzaju ryzyka;
- 6) pełny opis i przegląd planowanych środków naprawczo-rozwojowych oraz związanych z nimi kosztów, a także planowanych efektów ekonomiczno-finansowych;
- 7) harmonogram wdrożenia środków naprawczo-rozwojowych;
- 8) informację o zasobach podmiotu szpitalnego, w szczególności o ich wykorzystaniu i redukcji;
- 9) opis metod i źródeł finansowania;
- 10) projekcje bilansu, rachunku zysków i strat oraz rachunku przepływów pieniężnych na kolejne trzy lata obrotowe oparte na trzech wariantach prognozy – pesymistycznym, realnym i optymistycznym;
- 11) planowane przez podmiot szpitalny działania mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 12) planowane przez podmiot szpitalny działania mające na celu wprowadzenie albo ulepszenie procesowego modelu zarządzania;
- 13) określenie ogólnych skutków w zakresie zatrudnienia, w tym planowane zwolnienia lub organizację pracy w zmniejszonym wymiarze czasu;

- 14) ocenę podmiotu szpitalnego w zakresie dotyczącym dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych, a w przypadku, gdy działalność podmiotu szpitalnego jest niedostosowana do regionalnych potrzeb zdrowotnych także propozycje działań dostosowawczych;
- 15) propozycje oraz zakres współpracy z innymi podmiotami szpitalnymi, w tym w przedmiocie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych;
- 16) podpis nadzorcy;
- 17) podpis kierownika podmiotu szpitalnego, w przypadkach wskazanych w art. 57 ust. 1, 3 i 4;
- 18) datę sporządzenia planu naprawczo-rozwojowego.

2. Jeżeli w postępowaniu naprawczo-rozwojowym przewiduje się redukcję zatrudnienia z wykorzystaniem uprawnień nadzorcy, o których mowa w art. 74, oraz podjęcie czynności określonych w art. 73 lub art. 75, w planie naprawczo-rozwojowym dodatkowo wskazuje się zasady zwalniania pracowników, w szczególności liczbę pracowników objętych zamiarem zwolnienia, okres, w którym nastąpi takie zwolnienie, oraz proponowane kryteria zwalniania pracowników, mienie podlegające zbyciu oraz umowy, od których nadzorca zamierza odstąpić.

3. Wskazane w projekcie planu naprawczo-rozwojowego zasady zwalniania pracowników podlegają zatwierdzeniu przez sąd na wniosek nadzorcy. Wniosek kieruje się do sądu przed przekazaniem uzgodnionego planu Prezesowi Funduszu.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia, wzór planu naprawczo-rozwojowego podmiotu szpitalnego kategorii B, C albo D, mając na względzie ujednolicenie informacji oraz zapewnienie przejrzystości planów.

Art. 57. 1. Nadzorca przekazuje projekt planu naprawczo-rozwojowego kierownikowi podmiotu szpitalnego celem uzgodnienia. Kierownik podmiotu szpitalnego w terminie 7 dni akceptuje przedłożony plan podpisując go albo przekazuje nadzorcy umotywowane zastrzeżenia do planu.

2. Nadzorca rozpatruje zastrzeżenia, o których mowa w ust. 1, w terminie 7 dni od daty ich otrzymania.

3. W przypadku nieuwzględnienia zastrzeżeń w całości lub w części, nadzorca sporządza informację o przyczynach nieuwzględnienia zastrzeżeń oraz przekazuje ją kierownikowi podmiotu szpitalnego, który może podpisać projekt planu.

4. W przypadku uwzględnienia zastrzeżeń w całości nadzorca przekazuje kierownikowi podmiotu szpitalnego skorygowany projekt planu celem podpisania.

Art. 58. Plan naprawczo-rozwojowy uważa się za uzgodniony z dniem podpisania planu naprawczo-rozwojowego przez kierownika podmiotu szpitalnego lub z dniem przekazania kierownikowi podmiotu szpitalnego informacji o przyczynach nieuwzględnienia zgłoszonych zastrzeżeń, o której mowa w art. 57 ust. 3.

Art. 59. 1. Uzgodniony plan naprawczo-rozwojowy nadzorca przekazuje:

- 1) podmiotowi nadzorującemu, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki – radzie nadzorczej albo komisji rewizyjnej, celem zaopiniowania;
- 2) Prezesowi Funduszu celem zajęcia stanowiska w zakresie dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych.

2. Opinia oraz stanowisko, o których mowa w ust. 1, są przekazywane nadzorcy w terminie 14 dni od dnia otrzymania planu naprawczo-rozwojowego. Nieprzekazanie opinii lub stanowiska w terminie 14 dni uznaje się za przedstawienie pozytywnej opinii albo rezygnację z przedstawienia stanowiska.

Art. 60. 1. Nadzorca przekazuje Prezesowi Agencji w terminie 4 miesięcy od dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowień, o których mowa w art. 29 oraz w art. 51 ust. 2:

- 1) uzgodniony plan naprawczo-rozwojowy;
- 2) opinię podmiotu nadzorującego, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki – opinię rady nadzorczej albo komisji rewizyjnej, lub informację nadzorcy o nieprzedłożeniu opinii pomimo upływu terminu, o którym mowa w art. 59 ust. 2;
- 3) stanowisko Prezesa Funduszu lub informację nadzorcy o nieprzedstawieniu stanowiska pomimo upływu terminu, o którym mowa w art. 59 ust. 2.

2. W przypadku nieuwzględnienia przez nadzorcę zastrzeżeń, o których mowa w art. 57 ust. 1, nadzorca przekazuje Prezesowi Agencji wraz z dokumentami wskazanymi w ust. 1, zastrzeżenia kierownika podmiotu szpitalnego wraz z informacją nadzorcy, o której mowa w art. 57 ust. 3.

Art. 61. Na wniosek nadzorcy termin, o którym mowa w art. 60 ust. 1, może zostać wydłużony przez Prezesa Agencji do 6 miesięcy.

Art. 62. 1. Prezes Agencji może zgłosić uwagi do przedłożonego planu naprawczo-rozwojowego wyznaczając jednocześnie nadzorcy termin na jego dostosowanie.

2. W przypadku nieprzedłożenia przez nadzorcę skorygowanego planu, uwzględniającego uwagi Prezesa Agencji, w wyznaczonym terminie, Prezes Agencji może dokonać zmiany nadzorcy.

Art. 63. 1. W przypadku braku zastrzeżeń, Prezes Agencji wydaje postanowienie o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego.

2. Na postanowienie, o którym mowa w ust. 1, podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu służy zażalenie wyłącznie w zakresie, w jakim plan naprawczo-rozwojowy przewiduje przeprofilowanie lub zmienia zakres lub liczbę świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmiot szpitalny.

3. Wniesienie zażalenia nie wstrzymuje wykonania planu naprawczo-rozwojowego, ale sąd może wstrzymać wykonanie planu w części odnoszącej się do zaskarżonego zakresu.

Art. 64. Zatwierdzony plan naprawczo-rozwojowy wraz z dokumentami, o których mowa w art. 60 ust. 1 pkt 2 i 3, jest publikowany na stronie podmiotowej Agencji.

Art. 65. 1. Za realizację zatwierdzonego planu naprawczo-rozwojowego odpowiedzialny jest podmiot szpitalny.

2. Podmiot nadzorujący albo rada nadzorcza albo komisja rewizyjna, w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki, monitoruje realizację zatwierdzonego przez Prezesa Agencji planu naprawczo-rozwojowego.

Art. 66. 1. Agencja monitoruje realizację planu naprawczo-rozwojowego na podstawie:

- 1) sprawozdań z realizacji planu naprawczo-rozwojowego przekazywanych przez podmiot szpitalny kwartalnie oraz na każde żądanie Agencji;
- 2) sprawozdania końcowego z realizacji planu naprawczo-rozwojowego przekazanego przez podmiot szpitalny przed przeprowadzeniem kolejnej kategoryzacji w terminie określonym przez Prezesa Agencji;
- 3) innych dokumentów oraz wyjaśnień przedkładanych przez podmiot szpitalny albo nadzorcę na każde żądanie Agencji.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia wzory sprawozdań, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, mając na względzie konieczność zapewnienia jednolitości przekazywanych informacji oraz przejrzystości sprawozdań.

Art. 67. Jeżeli podmiot szpitalny nie realizuje w sposób prawidłowy planu naprawczo-rozwojowego Prezes Agencji może:

- 1) wystąpić do podmiotu nadzorującego, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki – do rady nadzorczej albo komisji rewizyjnej, o podjęcie czynności nadzorczych;
- 2) wyznaczyć nowego nadzorcę;
- 3) podjąć działania, o których mowa w art. 77 albo art. 78.

Art. 68. 1. Zatwierdzony plan naprawczo-rozwojowy podlega zmianie z inicjatywy nadzorcy lub Prezesa Agencji.

2. W przypadku gdy zmiana planu ma być dokonana z inicjatywy nadzorcy, nadzorca opracowuje projekt planu naprawczo-rozwojowego i przekazuje go do uzgodnienia kierownikowi podmiotu szpitalnego.

3. W przypadku gdy zmiana planu ma być dokonana z inicjatywy Prezesa Agencji, Prezes Agencji przekazuje nadzorcy informacje o koniecznych zmianach w zatwierdzonym planie naprawczo-rozwojowym wyznaczając mu termin na ich wprowadzenie.

4. Zmiana planu naprawczo-rozwojowego następuje w trybie właściwym dla opracowania tego planu.

Art. 69. Zatwierdzony plan naprawczo-rozwojowy obowiązuje:

- 1) w podmiocie szpitalnym, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji, dokonanej w terminie wynikającym z art. 24, przyznano kategorię A albo B – do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o przyznaniu kategorii;
- 2) w podmiocie szpitalnym, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji, dokonanej w terminie wynikającym z art. 24, przyznano kategorię C albo D – do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o zatwierdzeniu kolejnego planu naprawczo-rozwojowego;
- 3) w podmiocie szpitalnym, któremu Prezes Agencji zmienił kategorię w trybie art. 30 – do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia o przyznaniu kategorii A;
- 4) do dnia zatwierdzenia zmienionego planu naprawczo-rozwojowego – w przypadku, o którym mowa w art. 68.

Oddział 4

Środki ochronne i naprawczo-rozwojowe

Art. 70. 1. W ramach postępowania naprawczo-rozwojowego są dostępne środki ochronne i środki naprawczo-rozwojowe.

2. Środkami ochronnymi są:

- 1) ochrona przed egzekucją;
- 2) ochrona przed wypowiedzeniem umów.

3. Środkami naprawczo-rozwojowymi są:

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

Art. 71. 1. Od dnia obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego do dnia obwieszczenia o jego zakończeniu egzekucja z majątku podmiotu szpitalnego nie może być prowadzona.

2. Postępowanie egzekucyjne skierowane do majątku podmiotu szpitalnego wszczęte przed dniem obwieszczenia ulega zawieszeniu z mocy prawa z dniem obwieszczenia.

3. Sąd na wniosek podmiotu szpitalnego lub nadzorcy może uchylić zajęcie dokonane przed dniem obwieszczenia w postępowaniu egzekucyjnym lub zabezpieczającym skierowanym do majątku podmiotu szpitalnego, jeżeli jest to konieczne dla dalszego prowadzenia działalności leczniczej.

4. Skierowanie egzekucji do majątku podmiotu szpitalnego oraz wykonanie postanowienia o zabezpieczeniu roszczenia lub zarządzenia zabezpieczenia roszczenia na tym majątku jest niedopuszczalne po dniu obwieszczenia.

5. Do egzekucji 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, przepisów ust. 1–4 nie stosuje się.

6. W odniesieniu do roszczeń, co do których jest niedopuszczalne wszczęcie postępowania egzekucyjnego oraz wykonanie postanowienia o zabezpieczeniu roszczenia lub

zarządzenia zabezpieczenia roszczenia, z dniem obwieszczenia bieg przedawnienia roszczenia nie rozpoczyna się, a rozpoczęty ulega zawieszeniu przez czas trwania czasowego zakazu prowadzenia egzekucji.

Art. 72. 1. Od dnia obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego do dnia obwieszczenia o jego zakończeniu wypowiedzenie przez wynajmującego lub wdzierżawiającego umowy najmu lub dzierżawy lokalu lub nieruchomości, w których jest prowadzona działalność lecznicza podmiotu szpitalnego, bez zezwolenia nadzorcy jest niedopuszczalne.

2. Do umów kredytu w zakresie środków postawionych do dyspozycji kredytobiorcy przed dniem wszczęcia postępowania, leasingu, ubezpieczeń majątkowych, umów rachunku bankowego, umów poręczeń, umów obejmujących licencje udzielone podmiotowi szpitalnemu oraz gwarancji lub akredytyw wystawionych przed dniem wszczęcia postępowania naprawczo-rozwojowego oraz innych umów o podstawowym znaczeniu dla prowadzenia działalności leczniczej przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio. Spis umów o podstawowym znaczeniu dla prowadzenia działalności leczniczej sporządza nadzorca i przedkłada Prezesowi Agencji w terminie 21 dni od dnia wszczęcia postępowania.

3. W przypadku, gdy podstawą wypowiedzenia umowy jest niewykonywanie przez podmiot szpitalny po dniu wszczęcia postępowania naprawczo-rozwojowego zobowiązań powstałych po tym dniu lub inna okoliczność przewidziana w umowie, jeżeli zaistniała po dniu wszczęcia postępowania, przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się.

Art. 73. 1. Nadzorca może odstąpić od umowy wzajemnej, która nie została wykonana w całości lub części przed dniem wszczęcia postępowania naprawczo-rozwojowego podmiotu szpitalnego, za zgodą sądu, jeżeli świadczenie drugiej strony wynikające z tej umowy jest świadczeniem niepodzielnym.

2. Jeżeli świadczenie drugiej strony wynikające z umowy, o której mowa w ust. 1, jest świadczeniem podzielnym, przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim świadczenie drugiej strony miało zostać wykonane po dniu wszczęcia postępowania naprawczo-rozwojowego podmiotu szpitalnego.

3. Wyrażając zgodę, o której mowa w ust. 1, sąd kieruje się celem procesu naprawy podmiotu szpitalnego i bierze pod uwagę ważny interes drugiej strony umowy.

4. Na postanowienie sądu zażalenie przysługuje podmiotowi szpitalnemu, drugiej stronie umowy oraz nadzorcy.

5. Na żądanie drugiej strony złożone w formie pisemnej z datą pewną, nadzorca w terminie dwóch tygodni od dnia doręczenia żądania składa do sądu wnioski o zgodę na odstąpienie od umowy, o czym informuje drugą stronę, albo informuje drugą stronę, że nie zamierza takiego wniosku złożyć. Brak informacji ze strony nadzorcy albo informacja, że nie zamierza on złożyć wniosku, skutkuje utratą prawa do złożenia wniosku o zgodę sądu na odstąpienie od umowy.

6. Jeżeli nadzorca poinformował drugą stronę o złożeniu wniosku do sądu, druga strona może wstrzymać się ze spełnieniem świadczenia do dnia uprawomocnienia się postanowienia sądu oddalającego wnioski nadzorcy albo do chwili złożenia przez nadzorcę oświadczenia o odstąpieniu od umowy.

7. Jeżeli nadzorca odstąpił od umowy, druga strona może żądać zwrotu świadczenia spełnionego po wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego, a przed dojściem do niej oświadczenia o odstąpieniu od umowy, jeżeli świadczenie to znajduje się w majątku podmiotu szpitalnego. W przypadku, gdy jest to niemożliwe, druga strona może dochodzić jedynie wierzytelności z tytułu wykonania zobowiązania i poniesionych strat.

Art. 74. Wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego wpływa na stosunki pracy i wywołuje w zakresie praw i obowiązków pracowników i pracodawcy takie same skutki, jak otwarcie postępowania sanacyjnego, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, przy czym uprawnienia zarządcy, w rozumieniu tej ustawy, wykonuje nadzorca.

Art. 75. 1. Składniki mienia należące do podmiotu szpitalnego mogą zostać zbyte przez nadzorcę za zgodą sądu, który określa warunki ich zbycia.

2. Skarbowi Państwa reprezentowanemu przez Ministra Obrony Narodowej przysługuje prawo wykupu składników majątku służących do prowadzenia działalności w dziedzinie obronności i bezpieczeństwa państwa.

3. O zamiarze sprzedaży składników majątku służących do prowadzenia działalności w dziedzinie obronności i bezpieczeństwa państwa nadzorca zawiadamia Ministra Obrony Narodowej, który może przedstawić nadzorcy w terminie:

- 1) 7 dni od dnia zawiadomienia – opinię albo
- 2) 30 dni od dnia zawiadomienia – oświadczenie o skorzystaniu z prawa wykupu, o którym mowa w ust. 2.

4. Wykup, o którym mowa w ust. 2, jest dokonywany po cenie sprzedaży ustalonej na podstawie dowodu z opinii biegłego, przy czym cena nie może być niższa niż kwota możliwa do uzyskania w postępowaniu upadłościowym przy likwidacji na zasadach ogólnych, pomniejszona o koszty postępowania, które należałoby ponieść w związku z likwidacją w takim trybie. Koszty opinii biegłego ponosi Skarb Państwa.

5. Na postanowienie ustalające cenę sprzedaży, po której jest dokonywany wykup, o którym mowa w ust. 2, zażalenie przysługuje Ministrowi Obrony Narodowej, wierzycielom, podmiotowi szpitalnemu oraz nadzorcy.

6. W przypadku wykupu składników majątku obciążonych zastawem rejestrowym, przepis art. 311 ust. 1ad ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. – Prawo upadłościowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 1228 i 2320 oraz z 2021 r. poz. 1598) stosuje się odpowiednio.

7. Sprzedaż, o której mowa w ust. 1, oraz wykup, o którym mowa w ust. 2, wywołują takie skutki jak sprzedaż dokonana przez syndyka w postępowaniu upadłościowym.

8. Nadzorca sporządza odrębny plan podziału sum uzyskanych ze sprzedaży rzeczy, wierzytelności i praw obciążonych hipoteką, zastawem, zastawem rejestrowym, zastawem skarbowym lub hipoteką morską zgodnie z przepisami ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. – Prawo upadłościowe.

9. W przypadku, gdy zbycie składników mienia odbywa się w ramach prowadzonej działalności gospodarczej i nie przekracza zakresu zwykłego zarządu, przepisów ust. 1–4 nie stosuje się.

Art. 76. 1. W ramach postępowania naprawczo-rozwojowego działalność lecznicza podmiotu szpitalnego może podlegać przeprofilowaniu w całości albo w części.

2. Przeprofilowanie polega na zmianie rodzaju lub zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, w wyniku której podmiot szpitalny w szczególności tworzy lub likwiduje komórki organizacyjne lub jednostki organizacyjne lub zakłady lecznicze.

3. Koszty związane z przeprofilowaniem, w tym koszt koniecznych do poniesienia przez podmiot szpitalny nakładów związanych z dostosowaniem infrastruktury, koszt zakupu aparatury i sprzętu, koszt wynagrodzeń postojowych dla pracowników komórek organizacyjnych, jednostek organizacyjnych lub zakładów leczniczych podmiotu szpitalnego podlegających przeprofilowaniu, są zapewniane przez Agencję na zasadach ustalonych w zatwierdzonym planie naprawczo-rozwojowym.

Oddział 5

Zmiana kierownika podmiotu szpitalnego

Art. 77. 1. Prezes Agencji może, z zastrzeżeniem art. 79, w drodze postanowienia, dokonać zmiany kierownika podmiotu szpitalnego kategorii C niebędącego spółką, w przypadku:

- 1) braku współpracy kierownika podmiotu szpitalnego z nadzorcą umożliwiającą przygotowanie planu naprawczo-rozwojowego;
- 2) braku współpracy kierownika podmiotu szpitalnego z nadzorcą umożliwiającą realizację zatwierdzonego planu naprawczo-rozwojowego;
- 3) braku realizacji zatwierdzonego planu naprawczo-rozwojowego;
- 4) braku realizacji obowiązków, o których mowa w art. 124.

2. W przypadku podmiotu szpitalnego kategorii C w formie spółki, co do którego zachodzą okoliczności wskazane w ust. 1 pkt 1–4, Prezes Agencji może, z zastrzeżeniem art. 79, wydać postanowienie o odebraniu podmiotowi szpitalnemu zarządu własnym majątkiem, ustanowieniu zarządcy oraz ustaleniu kosztów związanych z funkcjonowaniem organów podmiotu szpitalnego, dla którego ustanowiono zarządcę.

3. Na postanowienie, o którym mowa w ust. 1, podmiotowi tworzącemu służy zażalenie, a na postanowienie, o którym mowa w ust. 2, podmiotowi szpitalnemu służy zażalenie.

Art. 78. 1. Prezes Agencji może, z zastrzeżeniem art. 79, w każdym czasie wydać postanowienie o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego kategorii D niebędącego spółką.

2. W przypadku podmiotu szpitalnego kategorii D w formie spółki Prezes Agencji może, z zastrzeżeniem art. 79, w każdym czasie, wydać postanowienie o odebraniu podmiotowi szpitalnemu zarządu własnym majątkiem, ustanowieniu zarządcy oraz ustaleniu kosztów związanych z funkcjonowaniem organów podmiotu szpitalnego, dla którego ustanowiono zarządcę.

3. Na postanowienia, o których mowa w ust. 1 i 2, zażalenie nie przysługuje.

Art. 79. Przepisów art. 77 i art. 78 nie stosuje się do podmiotów szpitalnych, dla których podmiotem nadzorującym lub wykonującym prawa z akcji lub udziałów jest minister.

Art. 80. Od dnia doręczenia podmiotowi tworzącemu postanowienia Prezesa Agencji o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego, o którym mowa w art. 77 ust. 1 i art. 78 ust. 1, na czas trwania postępowania naprawczo-rozwojowego, zawieszane zostają uprawnienia podmiotu tworzącego do powoływania i odwoływania kierownika podmiotu szpitalnego.

Art. 81. Zmiana przez Prezesa Agencji kierownika podmiotu szpitalnego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest dokonywana bez przeprowadzania konkursu, o którym mowa w art. 49 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Oddział 6

Zakończenie postępowania

Art. 82. 1. Postępowanie naprawczo-rozwojowe ulega zakończeniu po przeprowadzeniu kolejnej kategoryzacji podmiotu szpitalnego w terminie określonym w art. 24, z dniem doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o przyznaniu kolejnej kategorii.

2. W przypadku zmiany kategorii podmiotu szpitalnego, o której mowa w art. 30, postępowanie naprawczo-rozwojowe ulega zakończeniu z dniem doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o przyznaniu kategorii A.

Art. 83. Z dniem zakończenia postępowania naprawczo-rozwojowego:

- 1) wygasa funkcja nadzorcy;
- 2) podmiot szpitalny w formie spółki odzyskuje zarząd własny swoim majątkiem, jeżeli był go pozbawiony, a funkcja zarządcy wygasa;
- 3) w stosunku do podmiotu szpitalnego, w którym Prezes Agencji dokonał zmiany kierownika, wygasa zawieszenie uprawnienia podmiotu tworzącego do powoływania i odwoływania kierownika podmiotu szpitalnego.

Art. 84. 1. Prezes Agencji obwieszcza na stronie podmiotowej Agencji o zakończeniu postępowania naprawczo-rozwojowego niezwłocznie po doręczeniu podmiotowi szpitalnemu postanowień, o których mowa w art. 82.

2. Z dniem obwieszczenia, o którym mowa w ust. 1, ulega zakończeniu ochrona podmiotu szpitalnego przewidziana w art. 71 i 72.

Rozdział 8

Restrukturyzacja zadłużenia

Art. 85. Podmiot szpitalny może prowadzić postępowanie o zatwierdzenie układu, o którym mowa w tytule IV w dziale IIa ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne.

Art. 86. 1. Prezes Agencji wyraża zgodę, o której mowa w art. 367g ust. 2 lub w art. 367o ust. 2 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, jeżeli zatwierdzenie planu spłaty, o którym mowa w art. 367l ust. 1 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, zwiększy szansę na przyznanie podmiotowi szpitalnemu wyższej kategorii albo utrzymanie kategorii A, uwzględniając stan środków będących w dyspozycji Agencji.

2. Prezes Agencji wyraża zgodę, o której mowa w ust. 1, na wniosek nadzorcy układu, do którego jest załączony test zaspokojenia wierzycieli, o którym mowa w art. 367g ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku albo oświadcza o braku zgody.

3. Agencja może zapewnić podmiotowi szpitalnemu formy finansowania, o których mowa w art. 110 ust. 1, na wsparcie realizacji:

- 1) układu, o którym mowa w 367k ust. 1 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, jeżeli została wyrażona zgoda, o której mowa w art. 367g ust. 2 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, albo
- 2) planu spłaty, o którym mowa w ust. 1, również w części wykraczającej poza zakres wyrażonej zgody, o której mowa w art. 367g ust. 2 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne.

4. Podmiot nadzorujący może zapewnić podmiotowi szpitalnemu środki finansowe na wsparcie realizacji:

- 1) układu, o którym mowa w ust. 3 pkt 1, albo
- 2) planu spłaty, o którym mowa w ust. 1.

Rozdział 9

Agencja Rozwoju Szpitali

Oddział 1

Przepisy ogólne

Art. 87. 1. Agencja jest państwową osobą prawną, o której mowa w art. 9 pkt 14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 305, 1535, 1773, 1927 i 1981).

2. Agencja działa na podstawie niniejszej ustawy i statutu.

3. Statut określa organizację Agencji, szczegółowy zakres zadań organów Agencji oraz liczbę i zakres zadań zastępców Prezesa Agencji, strukturę organizacyjną Agencji, a także główne procesy zarządcze.

4. Siedzibą Agencji jest miasto stołeczne Warszawa.

5. Agencja może używać wizerunku orła ustalonego dla godła Rzeczypospolitej Polskiej oraz pieczęci urzędowej.

6. Nazwa „Agencja Rozwoju Szpitali” przysługuje wyłącznie Agencji.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia, w drodze rozporządzenia, nadaje statut Agencji, mając na względzie sprawne wykonywanie zadań przez Agencję.

Art. 88. 1. Działalność Agencji polega na:

- 1) ocenie i kategoryzacji podmiotów szpitalnych;
- 2) inicjowaniu, wspieraniu i monitorowaniu procesów rozwojowych i postępowań naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych;
- 3) dostosowaniu działalności podmiotów szpitalnych do regionalnych potrzeb zdrowotnych;
- 4) nadzorze nad procesami rozwojowymi i postępowaniami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych;
- 5) rozwoju podmiotów szpitalnych przez:
 - a) udzielenie pożyczki,
 - b) bezzwrotne wsparcie finansowe,
 - c) wsparcie merytoryczne,
 - d) doradztwo eksperckie;
- 6) organizowaniu i koordynowaniu wspólnych zakupów dla podmiotów szpitalnych;
- 7) wdrażaniu i nadzorowaniu zarządzania procesowego w podmiotach szpitalnych przez rozwijanie modeli zarządzania procesowego;
- 8) monitorowaniu funkcjonowania podmiotów szpitalnych i ich sytuacji ekonomiczno-finansowej.

2. Organy administracji rządowej i samorządowej, państwowe i samorządowe osoby prawne, państwowe i samorządowe jednostki organizacyjne oraz podmioty szpitalne są obowiązane współdziałać z Prezesem Agencji, nieodpłatnie udostępniać Prezesowi Agencji informacje i dokumenty oraz udzielać mu pomocy przy wykonywaniu zadań, o których mowa w niniejszej ustawie.

Oddział 2

Organy i organizacja Agencji

Art. 89. Organami Agencji są:

- 1) Prezes Agencji;

2) Rada.

Art. 90. 1. Prezes Agencji jest powoływany przez ministra właściwego do spraw zdrowia spośród osób wyłonionych w drodze konkursu na okres 6 lat.

2. Ta sama osoba może zajmować stanowisko Prezesa Agencji nie dłużej niż przez dwie następujące po sobie kadencje.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje Prezesa Agencji w przypadku:

- 1) zaprzestania spełniania wymagań określonych w art. 92 ust. 1 pkt 1–4;
- 2) zaistnienia przesłanek, o których mowa w art. 94 ust. 1, 2 i 4;
- 3) utraty zdolności do pełnienia obowiązków z powodu choroby lub innej przeszkody trwale uniemożliwiającej pełnienie obowiązków przez co najmniej 6 miesięcy;
- 4) rezygnacji ze stanowiska;
- 5) działania niezgodnego z zasadami rzetelności i gospodarności lub rażącego naruszenia prawa;
- 6) niezatwierdzenia rocznego sprawozdania finansowego Agencji lub jego nieprzedstawienia w terminie;
- 7) złożenia 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.

4. Prezes Agencji wykonuje swoje zadania przy pomocy zastępców Prezesa Agencji w liczbie nie większej niż trzech. Zastępców Prezesa Agencji powołuje Prezes Agencji spośród osób wyłonionych w drodze konkursu na okres 6 lat. Prezes Agencji może odwołać zastępcę Prezesa Agencji w każdym czasie.

5. Powołanie, o którym mowa w ust. 1 i 4, stanowi nawiązanie stosunku pracy na podstawie powołania, o którym mowa w przepisach Kodeksu pracy.

6. Wynagrodzenie:

- 1) Prezesa Agencji – ustala minister właściwy do spraw zdrowia;
- 2) zastępców Prezesa Agencji – ustala Prezes Agencji.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza konkurs na stanowisko Prezesa Agencji:

- 1) co najmniej na 8 tygodni przed upływem kadencji Prezesa Agencji;
- 2) niezwłocznie – w przypadku odwołania albo śmierci Prezesa Agencji.

8. Informację o naborze na stanowisko Prezesa Agencji ogłasza się przez umieszczenie ogłoszenia w miejscu powszechnie dostępnym w siedzibie Agencji oraz na stronie podmiotowej Agencji i na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Ogłoszenie zawiera:

- 1) nazwę i adres Agencji;
- 2) określenie stanowiska;
- 3) wymagania związane ze stanowiskiem wynikające z przepisów prawa;
- 4) zakres zadań wykonywanych na stanowisku;
- 5) wskazanie wymaganych dokumentów;
- 6) termin i miejsce składania dokumentów;
- 7) informację o metodach i technikach naboru.

9. Termin, o którym mowa w ust. 8 pkt 6, nie może być krótszy niż 10 dni od dnia opublikowania ogłoszenia na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.

10. Nabór na stanowisko Prezesa Agencji przeprowadza zespół, którego członkowie są powoływani i odwoływani przez ministra właściwego do spraw zdrowia, liczący co najmniej 3 osoby, których wiedza i doświadczenie dają rękojmię wyłonienia najlepszych kandydatów. W toku naboru ocenia się doświadczenie zawodowe kandydata, wiedzę niezbędną do wykonywania zadań na stanowisku, na które jest przeprowadzany nabór oraz kompetencje kierownicze.

11. Członek zespołu ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji dotyczących osób ubiegających się o stanowisko, uzyskanych w trakcie naboru.

12. W toku naboru zespół wyłania nie więcej niż 3 kandydatów, których przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

13. Z przeprowadzonego naboru zespół sporządza protokół zawierający:

- 1) nazwę i adres Agencji;
- 2) określenie stanowiska, na które był prowadzony nabór oraz liczbę kandydatów;
- 3) imiona, nazwiska i adresy 3 najlepszych kandydatów uszeregowanych według poziomu spełniania przez nich wymagań określonych w ogłoszeniu o naborze, chyba że w konkursie wzięło udział mniej niż 3 kandydatów – wtedy wszystkich;
- 4) informację o zastosowanych metodach i technikach naboru;
- 5) uzasadnienie dokonanego wyboru albo powody niewyłonienia kandydata;
- 6) skład zespołu.

14. Wynik naboru ogłasza się niezwłocznie przez umieszczenie informacji na stronie podmiotowej Agencji i na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Informacja o wyniku naboru zawiera:

- 1) nazwę i adres Agencji;
- 2) określenie stanowiska, na które był prowadzony nabór;
- 3) imię i nazwisko wybranego kandydata oraz jego miejsce zamieszkania w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego albo informację o niewyłonieniu kandydata.

15. Umieszczenie na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów ogłoszenia o naborze oraz o wyniku tego naboru jest bezpłatne.

16. Przepisy ust. 7–15 stosuje się odpowiednio do naboru na stanowiska zastępców Prezesa Agencji.

Art. 91. W przypadku odwołania Prezesa Agencji minister właściwy do spraw zdrowia może powołać na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy osobę pełniącą obowiązki Prezesa Agencji spełniającą wymagania określone w art. 92 ust. 1 oraz w stosunku do której nie zachodzą okoliczności wskazane w art. 94 ust. 1 i 2.

Art. 92 1. Prezesem Agencji może być osoba, która:

- 1) korzysta z pełni praw publicznych;
- 2) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- 3) nie była skazana prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
- 4) jest nieskazitelnego charakteru i swym dotychczasowym zachowaniem daje rękojmię prawidłowego wykonywania powierzonych obowiązków;
- 5) posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne lub wykształcenie wyższe uzyskane za granicą uznane w Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie przepisów odrębnych, w zakresie finansów, ekonomii, prawa, organizacji ochrony zdrowia lub zarządzania;
- 6) posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie zawodowe w sektorze gospodarczym, ochrony zdrowia, finansowym lub administracji publicznej, w tym 3-letnie doświadczenie zawodowe w zarządzaniu zasobami ludzkimi;
- 7) w okresie od dnia 22 lipca 1944 r. do dnia 31 lipca 1990 r. nie pracowała i nie służyła w organach bezpieczeństwa państwa w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 18 października

2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944–1990 oraz treści tych dokumentów oraz nie współpracowała z tymi organami.

2. Zastępcą Prezesa Agencji może być osoba, która:

- 1) spełnia wymagania, o których mowa w ust. 1 pkt 1–5 i 7;
- 2) posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie zawodowe w sektorze ochrony zdrowia, gospodarczym, finansowym lub administracji publicznej.

Art. 93. Prezes Agencji oraz zastępcy Prezesa Agencji, za zgodą odpowiednio ministra właściwego do spraw zdrowia albo Prezesa Agencji, mogą podejmować dodatkowe zatrudnienie, jeżeli wykonywanie tego zatrudnienia nie pozostaje w sprzeczności z ich obowiązkami, oraz nie wywołuje podejrzeń o stronniczość lub interesowność w wykonywaniu obowiązków Prezesa Agencji lub zastępcy Prezesa Agencji.

Art. 94. 1. Prezes Agencji, zastępcy Prezesa Agencji oraz pracownicy Agencji nie mogą:

- 1) obejmować, nabywać ani posiadać akcji spółek lub udziałów w spółkach, w których akcje lub udziały posiada Agencja;
- 2) pozostawać w stosunku pracy lub świadczyć na innej podstawie usług na rzecz spółek, o których mowa w pkt 1, oraz być członkiem ich organów;
- 3) być członkami organów, pracownikami, prokurentami lub pełnomocnikami podmiotów szpitalnych;
- 4) być członkami organów lub pracownikami podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, z wyłączeniem urzędu obsługującego organ sprawujący nadzór nad Agencją;
- 5) posiadać akcji ani udziałów w podmiotach szpitalnych;
- 6) być dostawcami usług lub towarów na rzecz podmiotów szpitalnych.

2. Zakazy, o których mowa w ust. 1, dotyczą również małżonka, wstępnych i zstępnych w pierwszym stopniu oraz powinowatych w pierwszym stopniu Prezesa Agencji lub zastępcy Prezesa Agencji oraz osoby pozostającej z Prezesem Agencji lub zastępcą Prezesa Agencji w faktycznym związku, prowadzącej wspólne gospodarstwo domowe.

3. Przed objęciem stanowiska Prezesa Agencji oraz zastępcy Prezesa Agencji kandydat składa oświadczenie o treści: „Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie oraz osób, o których mowa w art. 94 ust. 2 ustawy z dnia ... o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa (Dz. U. poz. ...) okoliczności, o których mowa w art. 94 ust. 1 ww. ustawy oraz że jestem wolny od wszelkich konfliktów interesów z podmiotami podlegającymi decyzjom

oraz podmiotami świadczącymi usługi w zakresie dystrybucji wyrobów medycznych, leków lub aparatury oraz dostawcami innych towarów i usług na rzecz podmiotów szpitalnych, pod groźbą odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, z późn. zm.).”.

4. Prezes Agencji niezwłocznie informuje ministra właściwego do spraw zdrowia, a zastępca Prezesa Agencji – Prezesa Agencji, o ziszczeniu się okoliczności wskazanych w ust. 1 w stosunku do siebie oraz osób wskazanych w ust. 2. Niepoinformowanie lub zwłoka w przekazaniu informacji skutkuje odpowiedzialnością karną określoną w art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

Art. 95. 1. Prezes Agencji kieruje działalnością Agencji oraz podejmuje rozstrzygnięcia w sprawach związanych z podziałem środków finansowych na realizację planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych, a także z realizacją innych zadań Agencji.

2. Prezes Agencji jest odpowiedzialny za gospodarkę finansową Agencji oraz za zarządzanie i gospodarowanie majątkiem Agencji.

3. Prezes Agencji samodzielnie dokonuje czynności prawnych w imieniu Agencji i reprezentuje ją na zewnątrz.

4. Prezes Agencji działa przy pomocy zastępców Prezesa Agencji, dyrektora biura Agencji, głównego księgowego, dyrektorów komórek organizacyjnych i pracowników Agencji.

5. Prezes Agencji może ustanawiać pełnomocników do dokonywania czynności prawnych i faktycznych.

Art. 96. Prezes Agencji sporządza:

- 1) roczny plan finansowy Agencji i jego zmiany;
- 2) roczny plan działalności Agencji i jego zmiany;
- 3) roczne sprawozdanie finansowe Agencji;
- 4) roczne sprawozdanie z działalności Agencji.

Art. 97. 1. W skład Rady wchodzi 12 członków powoływanych i odwoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym:

- 1) dwóch członków wskazuje minister właściwy do spraw zdrowia;
- 2) dwóch członków jest powoływanych spośród co najmniej czterech kandydatów wskazanych przez stronę samorządową Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu

Terytorialnego, przy czym w Radzie reprezentowany powinien być samorząd wojewódzki i samorząd powiatowy;

- 3) dwóch członków jest powoływanych spośród co najmniej czterech kandydatów wskazanych przez Radę Dialogu Społecznego, przy czym w Radzie reprezentowana powinna być strona pracowników i strona pracodawców;
- 4) jednego członka powołuje się spośród co najmniej dwóch kandydatów wskazanych przez Prezesa Rady Ministrów;
- 5) jednego członka powołuje się spośród co najmniej dwóch kandydatów wskazanych przez Ministra Obrony Narodowej i ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
- 6) jednego członka powołuje się spośród co najmniej dwóch kandydatów wskazanych przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych;
- 7) jednego członka powołuje się spośród co najmniej dwóch kandydatów wskazanych przez Prezesa Funduszu;
- 8) jednego członka powołuje się spośród co najmniej dwóch kandydatów wskazanych przez Rzecznika Praw Pacjenta;
- 9) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez uczelnie medyczne, przy czym każda z uczelni może przedstawić tylko jednego kandydata.

2. Członkiem Rady może być osoba, która:

- 1) posiada wyższe wykształcenie lub wykształcenie wyższe uzyskane za granicą uznane w Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie przepisów odrębnych;
- 2) posiada co najmniej 5-letni okres zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, lub świadczenia usług na podstawie innej umowy lub wykonywania działalności gospodarczej na własny rachunek;
- 3) korzysta z pełni praw publicznych;
- 4) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- 5) nie była skazana prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
- 6) posiada wiedzę i doświadczenie zawodowe w dziedzinie ochrony zdrowia, finansów, ekonomii lub zarządzania w ochronie zdrowia;
- 7) w okresie od dnia 22 lipca 1944 r. do dnia 31 lipca 1990 r. nie pracowała i nie służyła w organach bezpieczeństwa państwa w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944–1990 oraz treści tych dokumentów oraz nie współpracowała z tymi organami;

- 8) spełnia przynajmniej jedno z wymagań, o których mowa 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).

Art. 98. 1. Członkowie Rady nie mogą:

- 1) być członkami organów, pracownikami, prokurentami, pełnomocnikami lub współnikami podmiotów szpitalnych;
- 2) być dostawcami usług lub towarów na rzecz podmiotów szpitalnych;
- 3) być pracownikami lub członkami organów podmiotów tworzących, z wyjątkiem pracowników urzędów obsługujących ministrów będących podmiotami tworzącymi;
- 4) obejmować, nabywać ani posiadać akcji spółek lub udziałów w spółkach, w których akcje lub udziały posiada Agencja;
- 5) pozostawać w stosunku pracy lub świadczyć na innej podstawie usług na rzecz spółek, o których mowa w pkt 4, oraz być członkiem ich organów.

2. Członek Rady niezwłocznie informuje ministra właściwego do spraw zdrowia o zaistnieniu okoliczności wskazanych w ust. 1.

Art. 99. 1. Kadencja Rady trwa 6 lat.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje członka Rady w przypadku:

- 1) rezygnacji z pełnionej funkcji;
- 2) utraty zdolności do pełnienia obowiązków z powodu choroby lub innej przeszkody trwale uniemożliwiającej pełnienie obowiązków przez co najmniej 6 miesięcy;
- 3) zaprzestania spełniania wymagań określonych w art. 97 ust. 2;
- 4) zaistnienia okoliczności, o których mowa w art. 98 ust. 1.

3. W przypadku odwołania lub śmierci członka Rady przed upływem kadencji Rady minister właściwy do spraw zdrowia niezwłocznie powołuje na jego miejsce inną osobę na okres do końca kadencji Rady, z uwzględnieniem art. 97 oraz art. 98 ust. 1.

Art. 100. 1. Rada podejmuje rozstrzygnięcia zwykłą większością głosów w głosowaniu jawnym, w obecności co najmniej połowy członków Rady.

2. Na zaproszenie Przewodniczącego, bez prawa udziału w głosowaniach, w pracach Rady mogą brać udział osoby niebędące jej członkami.

3. Rada ustala w formie uchwały regulamin określający tryb jej działania.

Art. 101. 1. Pracami Rady kieruje Przewodniczący wybrany przez Radę spośród jej członków bezwzględną większością głosów w obecności co najmniej połowy członków Rady.

2. Jeżeli Rada w dwóch kolejnych głosowaniach nie wybierze Przewodniczącego, zostaje on wskazany przez ministra właściwego do spraw zdrowia spośród jej członków.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia ustala wynagrodzenie miesięczne Przewodniczącego i członków Rady, którego wysokość nie może przekroczyć dwukrotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, w drodze obwieszczenia, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.

Art. 102. 1. Rada jest organem opiniodawczo-kontrolnym.

2. Do zadań Rady należy kontrolowanie bieżącej działalności Agencji we wszystkich dziedzinach jej działalności, w tym rozpatrywanie sprzeciwów od postanowień Prezesa Agencji o odmowie wpisu na listę nadzorców oraz listę menedżerów i postanowień o skreśleniu z tych list, oraz wyrażanie opinii w sprawach:

- 1) zasad podziału środków finansowych ujmowanych w rocznym planie finansowym Agencji;
- 2) rocznego planu finansowego Agencji i jego zmiany;
- 3) rocznego planu działalności Agencji i jego zmiany;
- 4) rocznego sprawozdania finansowego Agencji;
- 5) rocznego sprawozdania z działalności Agencji.

3. Rada w celu wykonania swoich zadań ma prawo wglądu do dokumentacji prowadzonej przez Agencję oraz żądania od Prezesa Agencji niezbędnych informacji dotyczących tej dokumentacji.

4. Opinie w sprawach, o których mowa w ust. 2, są wydawane w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku o ich wydanie.

Art. 103. 1. Agencja działa zgodnie z rocznym planem działalności Agencji, określonym na dany rok kalendarzowy.

2. Prezes Agencji, w terminie do dnia 1 grudnia każdego roku, przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia projekt rocznego planu działalności Agencji na następny rok wraz z opinią Rady.

3. W przypadku konieczności zmiany rocznego planu działalności Agencji, Prezes Agencji, przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia zmieniony plan działalności Agencji wraz z opinią Rady.

4. Roczny plan działalności Agencji oraz jego zmiany są publikowane na stronie podmiotowej Agencji.

Oddział 3

Nabór na wolne stanowiska pracy

Art. 104. 1. Nabór na wolne stanowiska pracy w Agencji jest otwarty i konkurencyjny.

2. Ogłoszenie o naborze zamieszcza się na stronie podmiotowej Agencji oraz w miejscu powszechnie dostępnym w Agencji. Termin składania dokumentów, określony w ogłoszeniu o naborze, nie może być krótszy niż 14 dni od dnia opublikowania tego ogłoszenia.

Art. 105. Informacje o kandydatach, którzy zgłosili się do naboru, stanowią informację publiczną w zakresie objętym wymaganiami określonymi w ogłoszeniu o naborze.

Art. 106. 1. Z przeprowadzonego naboru kandydatów do zatrudnienia na wolne stanowiska pracy w Agencji sporządza się protokół.

2. Protokół zawiera:

- 1) określenie stanowiska pracy, na które był prowadzony nabór, liczbę kandydatów oraz imiona, nazwiska i adresy nie więcej niż 3 najlepszych kandydatów uszeregowanych według poziomu spełniania przez nich wymagań określonych w ogłoszeniu o naborze;
- 2) skład komisji przeprowadzającej nabór;
- 3) liczbę nadesłanych ofert, w tym liczbę ofert niespełniających wymogów formalnych;
- 4) informację o zastosowanych metodach i technikach naboru;
- 5) uzasadnienie dokonanego wyboru.

Art. 107. 1. Prezes Agencji niezwłocznie po przeprowadzonym naborze upowszechnia informację o wyniku naboru przez umieszczenie jej w miejscu powszechnie dostępnym w siedzibie Agencji oraz na stronie podmiotowej Agencji.

2. Informacja, o której mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) nazwę i adres Agencji;
- 2) określenie stanowiska pracy;
- 3) imię i nazwisko wybranego kandydata oraz jego miejsce zamieszkania w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego.

Art. 108. Jeżeli w ciągu 3 miesięcy od dnia nawiązania stosunku pracy z osobą wyłonioną w drodze naboru istnieje konieczność ponownego obsadzenia tego samego stanowiska pracy,

można wówczas zatrudnić na tym stanowisku kolejną osobę spośród najlepszych kandydatów wymienionych w protokole z tego naboru. Przepisy art. 107 stosuje się odpowiednio.

Oddział 4

Szczegółowe zadania Agencji

Art. 109. Do zadań Agencji w zakresie działalności określonej w art. 88 ust. 1 należy:

- 1) pozyskiwanie danych i ocena sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów szpitalnych oraz związane z tym przyznanie odpowiedniej kategorii;
- 2) określanie wielkości zapotrzebowania finansowego na realizację procesów rozwojowych, postępowań naprawczo-rozwojowych, restrukturyzacji długu oraz na zapewnienie płynności podmiotom szpitalnym;
- 3) pozyskiwanie finansowania na inwestycje, rozwój i naprawę podmiotów szpitalnych;
- 4) emisja obligacji;
- 5) finansowanie inwestycji i rozwoju podmiotów szpitalnych;
- 6) finansowanie planów naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych;
- 7) wsparcie płynnościowe podmiotów szpitalnych;
- 8) udzielanie poręczeń i gwarancji podmiotom szpitalnym;
- 9) monitorowanie funkcjonowania i sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów szpitalnych;
- 10) zatwierdzanie planów naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych;
- 11) nadzór i monitorowanie realizacji planów naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych;
- 12) powoływanie ekspertów, wsparcie merytoryczne i doradztwo eksperckie;
- 13) wdrażanie i rozwijanie zarządzania procesowego w podmiotach szpitalnych;
- 14) organizowanie i koordynowanie wspólnych zakupów dla podmiotów szpitalnych.

Art. 110. 1. Na finansowanie działań podmiotów szpitalnych, w tym rozwojowych, inwestycyjnych, optymalizacyjnych, naprawczych i restrukturyzacyjnych, Agencja może zapewnić podmiotom szpitalnym następujące formy finansowania:

- 1) pożyczka z możliwością częściowego umorzenia;
- 2) finansowanie bezzwrotne;
- 3) instrumenty poręczeniowe.

2. Możliwość częściowego umorzenia pożyczki oraz wysokość tego umorzenia jest uzależniona od wysokiego poziomu realizacji przez podmiot szpitalny planu rozwojowego albo planu naprawczo-rozwojowego.

3. Finansowanie bezzwrotne ze środków dotacji celowej, o której mowa w art. 113 ust. 1 pkt 3, Agencja może zapewnić wyłącznie na:

- 1) realizację środków naprawczo-rozwojowych dostępnych w ramach postępowania naprawczo-rozwojowego, lub
- 2) wsparcie podmiotu szpitalnego w dostosowaniu jego działalności do regionalnych potrzeb zdrowotnych, lub
- 3) restrukturyzację zadłużenia, o której mowa w Rozdziale 8

– jeżeli zwiększy to szansę na przyznanie podmiotowi szpitalnemu wyższej kategorii lub pomoże dostosować działalność podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych, uwzględniając stan środków będących w dyspozycji Agencji.

Art. 111. W celu zapewnienia płynności finansowej podmiotów szpitalnych pozwalającej na skuteczne i efektywne zarządzanie Agencja może:

- 1) udzielać pożyczek, w tym na spłatę:
 - a) części oprocentowania kredytu lub pożyczki,
 - b) części kapitału kredytu lub pożyczki;
- 2) udzielać poręczeń lub gwarancji spłaty kredytu lub pożyczki.

Oddział 5

Gospodarka finansowa Agencji

Art. 112. 1. Agencja prowadzi samodzielną gospodarkę finansową na podstawie rocznego planu finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

2. Roczny plan finansowy Agencji zawiera informacje o:

- 1) przychodach, o których mowa w art. 113;
- 2) kosztach, w tym wynagrodzeniach pracowników Agencji, jej organów oraz umowach cywilnoprawnych z nadzorcami i zarządcami;
- 3) płatnościach odsetkowych wynikających z zaciągniętych zobowiązań;
- 4) środkach na wydatki majątkowe;
- 5) środkach przyznanych podmiotom szpitalnym;
- 6) stanie należności i zobowiązań na początek i koniec roku kalendarzowego;

7) stanie środków pieniężnych na początek i koniec roku kalendarzowego.

3. Rokiem obrotowym Agencji jest rok kalendarzowy.

4. Projekt rocznego planu finansowego Agencji, po zaopiniowaniu przez Radę jest przekazywany przez ministra właściwego do spraw zdrowia ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych w trybie i terminie określonych w przepisach dotyczących prac nad projektem ustawy budżetowej.

5. Prezes Agencji, w terminie do dnia 30 kwietnia, przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia następujące dokumenty dotyczące poprzedniego roku obrotowego:

- 1) roczne sprawozdanie finansowe Agencji wraz ze sprawozdaniem z badania, o którym mowa w art. 118 ust. 1;
- 2) roczne sprawozdanie z działalności Agencji;
- 3) opinie Rady dotyczące sprawozdań, o których mowa w pkt 1 i 2.

6. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 6 pkt. 1 i 2, podlegają publikacji na stronie podmiotowej Agencji. Roczne sprawozdanie finansowe Agencji oraz roczny plan finansowy Agencji i jego zmiany podlegają publikacji po zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 113. 1. Przychodami Agencji są:

- 1) dotacja podmiotowa na pokrycie kosztów bieżących Agencji związanych z realizacją zadań określonych w ustawie;
- 2) dotacja celowa na pokrycie kosztów inwestycyjnych związanych z działalnością Agencji;
- 3) dotacja celowa na realizację i finansowanie zadań, o których mowa w art. 109 pkt 5-8;
- 4) dotacja celowa, o której mowa w art. 6 ust. 2a ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1875);
- 5) środki finansowe pochodzące z:
 - a) budżetu Unii Europejskiej,
 - b) odsetek od wolnych środków przekazanych w depozyt zgodnie z przepisami o finansach publicznych,
 - c) zapisów i darowizn,
 - d) działalności gospodarczej,
 - e) innych źródeł.

2. Dotacje, o których mowa w ust. 1 pkt 1–4, są przekazywane Agencji z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Art. 114. Kosztami Agencji są koszty:

- 1) działalności Agencji, w tym koszty wynagrodzeń, koszty umów cywilnoprawnych z nadzorcami i zarządcami, o których mowa w art. 112 ust. 2 pkt 2, koszty związane z utrzymaniem nieruchomości i infrastruktury technicznej oraz koszty amortyzacji;
- 2) realizacji zadań w zakresie określonym w ustawie, w tym finansowania i wsparcia, o których mowa w art. 109 pkt 5–8;
- 3) działania Rady.

Art. 115. Agencja jest uprawniona, za zgodą Prezesa Rady Ministrów oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, do tworzenia spółek, obejmowania lub nabywania udziałów w spółkach i akcji spółek mających siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w związku z działalnością Agencji.

Art. 116. 1. Agencja może prowadzić działalność gospodarczą, pod warunkiem że:

- 1) nie jest ona finansowana ze środków, o których mowa w art. 113 ust. 1 pkt 1–4 i 5 lit. a i b;
- 2) dochód osiągany z jej prowadzenia jest przeznaczany wyłącznie na pokrycie kosztów działalności Agencji.

2. Agencja może prowadzić działalność gospodarczą w zakresie:

- 1) świadczenia usług doradczych i eksperckich;
- 2) organizowania konferencji, zjazdów, sympozjów i innych przedsięwzięć o charakterze szkoleniowym lub informacyjnym;
- 3) działalności wydawniczej.

3. Działalność gospodarcza prowadzona przez Agencję jest wyodrębniona pod względem finansowym i rachunkowym z działalności, o której mowa w art. 88 ust. 1.

Art. 117. 1. Agencja tworzy:

- 1) fundusz podstawowy;
- 2) fundusz zapasowy.

2. Fundusz podstawowy odzwierciedla równowartość netto środków trwałych, wartości niematerialnych i prawnych oraz innych składników majątku, stanowiących wyposażenie Agencji na dzień rozpoczęcia przez nią działalności.

3. Fundusz zapasowy tworzy się z zysku netto z przeznaczeniem na finansowanie inwestycji lub pokrycie straty netto.

4. Zatwierdzony zysk netto za dany rok obrotowy w pierwszej kolejności pokrywa stratę z lat ubiegłych.

Art. 118. 1. Roczne sprawozdanie finansowe Agencji podlega badaniu przez firmę audytorską.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje wyboru firmy audytorskiej.

Oddział 6

Nadzór nad działalnością Agencji

Art. 119. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór nad działalnością Agencji z punktu widzenia legalności, gospodarności, celowości i rzetelności.

2. W ramach nadzoru minister właściwy do spraw zdrowia:

- 1) może dokonywać kontroli Agencji na zasadach i w trybie określonym w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o kontroli w administracji rządowej (Dz. U. z 2020 r. poz. 224);
- 2) akceptuje corocznie podział środków planowanych do przekazania podmiotom szpitalnym w następnym roku kalendarzowym w ramach realizacji zadań, o których mowa w art. 109 pkt. 5–8;
- 3) zatwierdza roczne sprawozdanie finansowe Agencji;
- 4) przyjmuje roczne sprawozdanie z działalności Agencji;
- 5) może żądać udostępnienia dokumentów związanych z działalnością Agencji lub ich kopii oraz zapoznawać się z ich treścią, a także przekazania wszelkich informacji i wyjaśnień dotyczących działalności Agencji od: Prezesa Agencji, zastępców Prezesa Agencji, Rady, pracowników Agencji oraz podmiotów z nią współpracujących, które otrzymały środki finansowe z Agencji.

3. Dokumenty, informacje lub wyjaśnienia, o których mowa w ust. 2 pkt 5, przedstawia się w terminie wskazanym w żądaniu, nie później niż w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia żądania.

Rozdział 10

Kierownik podmiotu szpitalnego

Art. 120. 1. Kierownikiem podmiotu szpitalnego, a także osobą pełniącą obowiązki kierownika podmiotu szpitalnego, może być osoba, która spełnia łącznie następujące warunki:

- 1) posiada wykształcenie wyższe lub wykształcenie wyższe uzyskane za granicą uznane w Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie przepisów odrębnych;

- 2) posiada co najmniej 5-letni staż pracy na stanowisku kierowniczym albo co najmniej 3-letni staż pracy na stanowisku kierowniczym w podmiocie szpitalnym;
- 3) posiada pełną zdolność do czynności prawnych i nie została skazana prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
- 4) zdała państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo ukończyła studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 122;
- 5) znajduje się na liście menedżerów, o której mowa w art. 123 ust. 1.

2. Jeżeli kierownik podmiotu szpitalnego nie jest lekarzem to w podmiocie szpitalnym tworzy się stanowisko zastępcy kierownika do spraw medycznych, który jest lekarzem.

Art. 121. 1. Państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego obejmuje zweryfikowanie:

- 1) wiedzy i umiejętności w zakresie zarządzania podmiotem szpitalnym;
- 2) znajomości aktów prawnych mających zastosowanie w ochronie zdrowia;
- 3) doświadczenia dającego rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika.

2. Do egzaminu może przystąpić osoba, która spełnia warunki określone w art. 120 ust. 1 pkt 1–3.

3. Egzamin, o którym mowa w ust. 1, jest przeprowadzany co najmniej raz w roku.

4. Komisję egzaminacyjną do przeprowadzenia egzaminu, o którym mowa w ust. 1, powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić przeprowadzenie egzaminu, o którym mowa w ust. 1, w tym powołanie komisji, o której mowa w ust. 4, Centrum Egzaminów Medycznych, o którym mowa w art. 14a ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2021 r. poz. 790 i 1559) lub Agencji, zapewniając na ten cel odpowiednie środki finansowe.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia, sposób przygotowania i przeprowadzania egzaminu, o którym mowa w ust. 1, uwzględniając konieczność prawidłowego i efektywnego przeprowadzenia tego egzaminu.

Art. 122. Studia podyplomowe na kierunku MBA w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 120 ust. 1 pkt 4, powinny trwać nie krócej niż 3 semestry i być realizowane w uczelni,

która posiada co najmniej kategorię naukową B dla jednostki prowadzącej kształcenie w co najmniej jednej z następujących dyscyplin:

- 1) nauki prawne;
- 2) nauki o zarządzaniu i jakości;
- 3) ekonomia i finanse;
- 4) nauki o zdrowiu.

Art. 123. 1. Prezes Agencji prowadzi listę menedżerów, którzy spełniają kryteria określone w art. 120 ust. 1 pkt 1–4. Wpis na listę następuje w drodze postanowienia Prezesa Agencji albo uchwały Rady, w przypadku o którym mowa w ust. 8.

2. Wpis na listę obejmuje numer wpisu, imię i nazwisko, datę 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 udostępnia listę na stronie podmiotowej Agencji w zakresie informacji o numerze wpisu i imieniu oraz nazwisku.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje Prezesowi Agencji informacje o osobach, które zdały egzamin, o którym mowa w art. 120 ust. 1 pkt 4, celem wpisania ich na listę, o której mowa w ust. 1. Wpis następuje w terminie do 14 dni od dnia otrzymania przez Prezesa Agencji tej informacji.

4. Osoby, które ukończyły studia podyplomowe na kierunku MBA w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 120 ust. 1 pkt 4 oraz spełniają przesłanki, o których mowa w art. 120 ust. 1 pkt 1–3, są wpisywane na listę, o której mowa w ust. 1, po złożeniu do Prezesa Agencji wniosku wraz z dokumentami potwierdzającymi spełnianie przesłanek warunkujących wpis. Wniosek podlega rozpatrzeniu w terminie do 30 dni.

5. Odmowa wpisu na listę następuje w przypadku niespełnienia przez osobę ubiegającą się o wpis wymagań określonych w art. 120 ust. 1 pkt 1–4, a także w przypadku złożenia wniosku niekompletnego.

6. Odmowa wpisu na listę następuje w drodze postanowienia Prezesa Agencji, od którego osobie ubiegającej się o wpis przysługuje prawo złożenia, w terminie 7 dni od dnia jego doręczenia, sprzeciwu do Rady.

7. Rada rozpatruje sprzeciw w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania.

8. Rozpatrując sprzeciw Rada w drodze uchwały utrzymuje w mocy postanowienie Prezesa Agencji odmawiające wpisu albo uchyla je i podejmuje uchwałę w sprawie wpisu. Uchwała Rady jest ostateczna.

9. Wykreślenie z listy następuje w przypadku zaprzestania spełniania wymagań określonych w art. 120 ust. 1–4. Przepisy ust. 6–8 stosuje się odpowiednio.

Art. 124. 1. Kierownik podmiotu szpitalnego jest obowiązany dbać o doskonalenie zawodowe przez kształcenie ustawiczne.

2. Doskonalenie zawodowe, o którym mowa w ust. 1, obejmuje stałą aktywność w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia.

3. Kierownik podmiotu szpitalnego jest obowiązany przedkładać Prezesowi Agencji do dnia 15 stycznia każdego roku dokumenty potwierdzające udział w co najmniej dwóch zorganizowanych formach kształcenia, o których mowa w ust. 2, w roku poprzednim.

Art. 125. W zakresie nieuregulowanym w ustawie do kierownika podmiotu szpitalnego stosuje się odpowiednio przepisy:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – w stosunku do podmiotu szpitalnego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej;
- 2) Kodeksu spółek handlowych – w stosunku do podmiotu szpitalnego w formie spółki kapitałowej;
- 3) ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1383 oraz z 2021 r. poz. 1192) – w stosunku do podmiotu szpitalnego w formie instytutu badawczego.

Rozdział 11

Zmiany w przepisach obowiązujących

Art. 126. W ustawie z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz. U. z 2021 r. poz. 112 oraz z 2020 r. poz. 2320 oraz z 2021 r. poz. 1598 i 1641) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 44 w ust. 1 w pkt 6 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 7 w brzmieniu:
„7) dla podmiotu szpitalnego realizującego postępowanie naprawczo-rozwojowe – dane nadzorcy podmiotu szpitalnego oraz zarządcy podmiotu szpitalnego.”;
- 2) art. 53 otrzymuje brzmienie:

„Art. 53. 1. Przy rejestracji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w dziale 1 wpisuje się oznaczenie podmiotu tworzącego, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, a w dziale 2 – nazwisko i imiona kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego kwalifikacje oraz skład rady społecznej, jeżeli jest powołana.

2. W przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej będących podmiotami szpitalnymi realizującymi postępowanie naprawczo-rozwojowe, w dziale 6 – nazwisko i imię nadzorcy podmiotu szpitalnego.”.

Art. 127. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, 1292, 1559, 1773, 1834 i 1981) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 95l:
 - a) w ust. 1 skreśla się wyrazy: „oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej”,
 - b) uchyla się ust. 2–4;
- 2) art. 95m otrzymuje brzmienie:

„Art. 95m. 1. Świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia na okres 4 lat, w zakresie dotyczącym zakładu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, prowadzonego na terenie danego województwa, jeżeli udziela świadczeń opieki zdrowotnej w ramach przynajmniej jednego profilu kwalifikującego, o którym mowa w ust. 2.

2. Profilami kwalifikującymi są profile, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, realizowane 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:

 - 1) profile zabiegowe z zastrzeżeniem, że udział świadczeń zabiegowych udzielonych w ramach umowy z Funduszem, w ostatnim pełnym roku kalendarzowym poprzedzającym kwalifikację, osiągnął co najmniej minimalną wartość określoną dla danego profilu zabiegowego w przepisach wydanych na podstawie ust. 5 pkt 1:
 - a) audiologia i foniatria,
 - b) audiologia i foniatria dla dzieci,
 - c) chirurgia dziecięca,
 - d) chirurgia klatki piersiowej,
 - e) chirurgia klatki piersiowej dla dzieci,
 - f) chirurgia naczyniowa (jeden z poziomów referencyjnych),
 - g) chirurgia ogólna,
 - h) chirurgia onkologiczna,
 - i) chirurgia onkologiczna dla dzieci,

- j) chirurgia plastyczna,
 - k) chirurgia plastyczna dla dzieci,
 - l) chirurgia szczękowo-twarzowa,
 - m) chirurgia szczękowo-twarzowa dla dzieci,
 - n) ginekologia onkologiczna,
 - o) kardiochirurgia,
 - p) kardiochirurgia dla dzieci,
 - q) neurochirurgia,
 - r) neurochirurgia dla dzieci,
 - s) okulistyka,
 - t) okulistyka dla dzieci,
 - u) otorynolaryngologia,
 - v) otorynolaryngologia dla dzieci,
 - w) ortopedia i traumatologia narządu ruchu,
 - x) ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci,
 - y) terapia izotopowa,
 - z) transplantologia kliniczna,
 - za) transplantologia kliniczna dla dzieci
 - zb) urologia,
 - zc) urologia dla dzieci;
- 2) położnictwo i ginekologia (jeden z poziomów referencyjnych), z zastrzeżeniem, że liczba porodów przyjętych w ramach umowy z Funduszem, w ostatnim pełnym roku kalendarzowym poprzedzającym kwalifikację, osiągnęła co najmniej minimalną wartość określoną w przepisach wydanych na podstawie ust. 5 pkt 1;
- 3) profile zachowawcze:
- a) alergologia,
 - b) alergologia dla dzieci,
 - c) angiologia,
 - d) brachyterapia
 - e) choroby płuc,
 - f) choroby płuc dla dzieci,
 - g) choroby wewnętrzne,
 - h) choroby zakaźne,

- i) choroby zakaźne dla dzieci,
- j) dermatologia i wenerologia,
- k) dermatologia i wenerologia dla dzieci,
- l) diabetologia,
- m) diabetologia dla dzieci,
- n) endokrynologia,
- o) endokrynologia dla dzieci,
- p) gastroenterologia,
- q) gastroenterologia dla dzieci,
- r) geriatria,
- s) hematologia,
- t) immunologia kliniczna,
- u) immunologia kliniczna dla dzieci,
- v) kardiologia,
- w) kardiologia dla dzieci,
- x) nefrologia,
- y) nefrologia dla dzieci,
- z) neonatologia (jeden z poziomów referencyjnych),
- za) neurologia,
- zb) neurologia dla dzieci,
- zc) onkologia i hematologia dziecięca,
- zd) onkologia kliniczna,
- ze) pediatria,
- zf) radioterapia,
- zg) reumatologia,
- zh) reumatologia dla dzieci,
- zi) toksykologia kliniczna,
- zj) toksykologia kliniczna dla dzieci.

3. Kwalifikacja, o której mowa w ust. 1, obejmuje wskazanie dla każdego świadczeniodawcy profili kwalifikujących oraz innych rodzajów świadczeń, w ramach których będzie on udzielał świadczenia opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia, zgodnie z ust. 4.

4. Oprócz świadczeń w ramach profili kwalifikujących świadczeniodawca udziela w systemie zabezpieczenia:

- 1) świadczeń opieki zdrowotnej:
 - a) realizowanych w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć,
 - b) z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii lub anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci,
 - c) z zakresu chemioterapii lub chemioterapii - leczenie jednego dnia,
 - d) z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych– jeżeli posiada umowę z Funduszem obejmującą udzielanie takich świadczeń ważną w dniu kwalifikacji;
- 2) świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej, realizowanych w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych, jeżeli udziela takich świadczeń w dniu kwalifikacji, na podstawie umowy z Funduszem, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie pełne lata kalendarzowe;
- 3) świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, realizowanych w poradniach przyszpitalnych, z wyjątkiem dializy otrzewnowej lub hemodializy, z zastrzeżeniem że w przypadku porad specjalistycznych dotyczy to porad specjalistycznych odpowiadających profilom kwalifikującym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ust. 5 pkt 2;
- 4) świadczeń opieki zdrowotnej:
 - a) w ramach programów lekowych,
 - b) objętych kompleksową opieką zdrowotną, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy.

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

- 1) minimalny udział świadczeń zabiegowych dla danego profilu kwalifikującego, o którym mowa w ust. 2 pkt 1 i minimalną liczbę porodów, o której mowa w ust. 2 pkt 2;
 - 2) porady specjalistyczne odpowiadające poszczególnym profilom kwalifikującym – uwzględniając potrzebę właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.”;
- 3) w art. 95n:
- a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Prezes Funduszu sporządza i ogłasza w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia na terenie danego województwa, obejmujący wskazanie dla każdego świadczeniodawcy wszystkich profili kwalifikujących oraz rodzajów świadczeń, w ramach których będzie udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia, zgodnie z art. 95m ust. 2–4 oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 95m ust. 5.”,

b) uchyla się ust. 3 i 4,

c) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. W przypadku niezakwalifikowania do systemu zabezpieczenia lub niewłaściwego wskazania profili kwalifikujących lub rodzajów świadczeń, o których mowa w ust. 1, świadczeniodawca posiadający w dniu ogłoszenia wykazu, o którym mowa w ust. 1, umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dotyczącą udzielania świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, w trybie hospitalizacji, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, z wyłączeniem hospitalizacji planowej, może wnieść do Prezesa Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia tego wykazu środek odwoławczy w postaci protestu.”,

d) w ust. 7 w pkt 1:

– uchyla się lit. b,

– lit. c otrzymuje brzmienie:

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

e) ust. 14 otrzymuje brzmienie:

„14. W przypadkach:

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

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

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

– Prezes Funduszu dokonuje odpowiedniej zmiany w wykazie, o którym mowa w ust. 1, polegającej na usunięciu świadczeniodawcy z tego wykazu lub dotyczącej wskazania profili kwalifikujących lub rodzajów świadczeń, o których mowa w ust. 1.”;

- 4) w art. 131b w ust. 1 w zdaniu pierwszym po wyrazach „na obszarze województwa” dodaje się wyrazy „efektywne i bezpieczne wykorzystanie zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia.”;
- 5) uchyla się art. 132b;
- 6) art. 159a otrzymuje brzmienie:

„Art. 159a. 1. Na wniosek Prezesa Funduszu kierowany do świadczeniodawcy wymienionego w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1, jest zawierana umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili kwalifikujących oraz rodzajów świadczeń wskazanych w wykazie dla tego świadczeniodawcy, na okres obowiązywania tego wykazu. Przepisów dotyczących zawierania umów w trybie konkursu ofert i rokowań nie stosuje się.

2. Ze świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 1, nie może być zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na zasadach określonych w art. 139, dotycząca świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową zawartą przez tego świadczeniodawcę na podstawie ust. 1.

3. Na wniosek świadczeniodawcy Prezes Funduszu dokonuje w umowie, o której mowa w ust. 1, zmiany polegającej na zastąpieniu określonych profili kwalifikujących odpowiadającymi im profilami świadczeń realizowanymi w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia, określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 31d.”.

Art. 128. W ustawie z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 755, 807, 956 i 2186 oraz z 2021 r. poz. 1080, 1557 i 1655) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 74 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) wniosku o zatwierdzenie układu po samodzielnym zbieraniu głosów, wniosku o zatwierdzenie planu spłaty w postępowaniu restrukturyzacyjnym podmiotu szpitalnego albo wniosku o otwarcie postępowania restrukturyzacyjnego.”;
- 2) w art. 75 w pkt 7 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się pkt 8 w brzmieniu:

„8) zażalenia na postanowienie wydane przez Prezesa Agencji Rozwoju Szpitali.”.

Art. 129. W ustawie z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1383 oraz z 2021 r. poz. 1192) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) art. 3 otrzymuje brzmienie:

„Art. 3. Instytut prowadzący badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu uczestniczy w systemie ochrony zdrowia.”;

2) w art. 18:

- a) w ust. 5 po wyrazach „uczestniczącego w systemie ochrony zdrowia” dodaje się wyrazy „niebędącego podmiotem szpitalnym, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia ... o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa (Dz. U. poz. ...)”,
- b) ust. 12 otrzymuje brzmienie:

„12. Roczny plan finansowy ustala dyrektor instytutu po zasięgnięciu opinii rady naukowej albo rady instytutu, o której mowa w art. 22b pkt 3.”;

3) art. 19 ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Dyrektor instytutu przedstawia do zatwierdzenia ministrowi nadzorującemu wnioski dotyczące podziału zysku, po zaopiniowaniu przez radę naukową albo radę instytutu, o której mowa w art. 22b pkt 3. Minister nadzorujący, mając na względzie dbałość o prawidłowe funkcjonowanie instytutu, może dokonać innego niż wnioskowany podziału zysku.”;

4) art. 22 pkt 2 lit. b otrzymuje brzmienie:

„b) monitoringu i zapobiegania skutkom zjawisk i wydarzeń mogących stwarzać zagrożenie publiczne, w tym zapobiegania skutkom epidemii, katastrof naturalnych lub technicznych, noszących znamiona klęski żywiołowej.”;

5) po rozdziale 4 dodaje się rozdział 4a w brzmieniu:

„Rozdział 4a

Instytuty nadzorowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia

Art. 22a. Do podstawowej działalności instytutu nadzorowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia należy w szczególności prowadzenie działalności leczniczej lub prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

Art. 22b. Organami instytutu są:

- 1) dyrektor;
- 2) rada naukowa;
- 3) rada instytutu.

Art. 22c. 1. Dyrektora oraz zastępców dyrektora instytutu powołuje minister właściwy do spraw zdrowia.

2. Powołanie, o którym mowa w ust. 1, stanowi nawiązanie stosunku pracy na podstawie powołania w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy, z wyłączeniem sytuacji, w których powołanie dotyczy dotychczasowych pracowników instytutu, o których mowa w art. 39 ust. 1 ustawy.

3. Dyrektorem instytutu niebędącego podmiotem szpitalnym może być osoba, która:

- 1) korzysta z pełni praw publicznych;
- 2) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- 3) posiada co najmniej 3-letni staż pracy na stanowisku kierowniczym;
- 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

Art. 22d. 1. Rada naukowa jest organem opiniodawczym i doradczym instytutu w sprawach rozwoju kadry naukowej i badawczo-technicznej oraz działalności naukowej.

2. Do zadań rady naukowej należy:

- 1) uchwalanie statutu, po wcześniejszym uzyskaniu opinii rady instytutu;
- 2) opiniowanie regulaminu organizacyjnego;
- 3) opiniowanie kandydatów na stanowiska: zastępcy dyrektora do spraw naukowych, sekretarza naukowego oraz kierowników komórek organizacyjnych wskazanych w regulaminie organizacyjnym, odpowiedzialnych za prowadzenie badań naukowych;
- 4) opiniowanie kierunkowych planów tematycznych badań naukowych i prac rozwojowych;
- 5) opiniowanie perspektywicznych kierunków działalności naukowej, rozwojowej i wdrożeniowej;
- 6) opiniowanie kwalifikacji osób na stanowiska pracowników naukowych i badawczo-technicznych oraz dokonywanie okresowej oceny dorobku naukowego i technicznego tych pracowników;
- 7) opiniowanie wniosków o przyznawanie stypendiów naukowych;
- 8) przeprowadzanie postępowań w sprawie nadania stopnia doktora i stopnia doktora habilitowanego w zakresie posiadanych uprawnień;
- 9) wnioskowanie do dyrektora o mianowanie na stanowisko profesora lub profesora instytutu;
- 10) ustalanie programów studiów podyplomowych i programów kształcenia w szkołach doktorskich, prowadzonych przez instytut;

- 11) przypisywanie poziomów Polskiej Ramy Kwalifikacji do kwalifikacji nadawanych po ukończeniu studiów podyplomowych, o których mowa w art. 2 ust. 3 pkt 1, z uwzględnieniem art. 21 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji (Dz. U. z 2020 r. poz. 226);
- 12) podejmowanie decyzji o włączeniu do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji kwalifikacji nadawanych po ukończeniu studiów podyplomowych i innych form kształcenia, z uwzględnieniem informacji, o których mowa w art. 25 ust. 2 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji;
- 13) występowanie do ministra właściwego, o którym mowa w art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji, z wnioskiem o włączenie do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji kwalifikacji nadawanych po ukończeniu innych form kształcenia, w tym szkoleń i kursów doszkalających, o których mowa w art. 2 ust. 3 pkt 2.

3. Prawo głosu w sprawach, o których mowa w ust. 2 pkt 6 i 7, mają członkowie rady naukowej posiadający stopień naukowy lub tytuł naukowy.

4. Prawo głosu w sprawach, o których mowa w ust. 2 pkt 8, mają członkowie rady naukowej posiadający stopień naukowy doktora habilitowanego lub tytuł naukowy.

5. Rada naukowa jest uprawniona do zajmowania stanowiska we wszystkich sprawach dotyczących działalności instytutu.

6. Rada naukowa sporządza opinie, o których mowa w ust. 2 pkt 2–7, w terminie nie dłuższym niż 30 dni.

7. Przewodniczący rady naukowej przekazuje ministrowi nadzorującemu uchwały rady w sprawach, o których mowa w ust. 2 pkt 2, 4, 5, 11 i 12, w terminie 7 dni od dnia ich podjęcia.

Art. 22e. 1. W przypadku stwierdzenia niezgodności uchwały, o której mowa w art. 22d ust. 7, z przepisami prawa lub statutem instytutu minister właściwy do spraw zdrowia może uchylić uchwałę w całości lub w części albo poprzestać na pisemnym wskazaniu, iż uchwałę wydano z naruszeniem prawa.

2. Uchylenie uchwały w całości lub w części następuje w drodze decyzji administracyjnej, w terminie 60 dni od dnia otrzymania uchwały.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia wszczynając postępowanie, o którym mowa w ust. 1, może wstrzymać wykonanie uchwały.

Art. 22f. 1. Rada instytutu jest organem opiniodawczym i doradczym instytutu oraz ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie działalności statutowej, strategicznej, finansowej, rozwojowej i naprawczej instytutu.

2. Do zadań rady instytutu należy:

- 1) opiniowanie statutu;
- 2) opiniowanie kandydatów na stanowisko zastępcy dyrektora do spraw ekonomiczno-finansowych;
- 3) opiniowanie rocznych sprawozdań dyrektora z wykonania zadań;
- 4) zatwierdzanie perspektywicznych kierunków działalności naukowej, rozwojowej i wdrożeniowej, po wcześniejszym uzyskaniu opinii rady naukowej;
- 5) opiniowanie wniosków w sprawie połączenia, podziału, przekształcenia lub reorganizacji instytutu oraz stałej współpracy instytutu z innymi osobami prawnymi;
- 6) opiniowanie rocznego planu finansowego;
- 7) opiniowanie rocznych sprawozdań finansowych;
- 8) opiniowanie podziału zysku instytutu;
- 9) opiniowanie regulaminu zarządzania prawami autorskimi i prawami pokrewnymi oraz prawami własności przemysłowej oraz zasad komercjalizacji wyników badań naukowych i prac rozwojowych;
- 10) opiniowanie planu rozwojowego oraz planu naprawczo-rozwojowego, o których mowa w ustawie z dnia ... o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa (Dz. U. poz. ...);
- 11) wydawanie opinii na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, w terminie przez niego określonym, nie krótszym niż 3 dni i nie dłuższym niż 21 dni;
- 12) wykonywanie zadań określonych w art. 48 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711 i 1773).

3. Rada instytutu jest uprawniona do zajmowania stanowiska we wszystkich sprawach dotyczących działalności instytutu.

4. Rada instytutu wydaje opinię w formy uchwały w terminie nie dłuższym niż 21 dni, przy czym w sprawach, o których mowa w ust. 2 pkt 10 – w terminie nie dłuższym niż 7 dni.

5. W ramach wykonywania zadań rada instytutu może żądać wglądu do dokumentów instytutu.

Art. 22g. 1. W skład rady instytutu wchodzi pięciu członków powoływanych i odwoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym dwóch członków jest powoływanych spośród czterech kandydatów wskazanych przez dyrektora instytutu.

2. Członkiem rady instytutu może być osoba, która:

- 1) posiada wyższe wykształcenie z dziedziny prawa, ekonomii, ochrony zdrowia lub zarządzania;
- 2) korzysta z pełni praw publicznych;
- 3) ma pełną zdolność do czynności prawnych;
- 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
- 5) posiada wiedzę i doświadczenie zawodowe w zakresie zarządzania działalnością państwowej osoby prawnej lub podmiotu szpitalnego, nadzoru nad działalnością organów tych podmiotów, doradztwa gospodarczego oraz specyfiki funkcjonowania ww. podmiotów w obrocie.

3. Do członków rady instytutu nie stosuje się przepisów art. 19b ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym.

4. Członkostwa w radzie instytutu nie można łączyć z pełnieniem funkcji dyrektora, zastępcy dyrektora lub głównego księgowego tego lub innego instytutu, z członkostwem w radzie instytutu innego instytutu, ani członkostwem w radzie naukowej tego lub innego instytutu.

Art. 22h. 1. Kadencja rady instytutu trwa 4 lata.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje członka rady w przypadku:

- 1) rezygnacji z pełnionej funkcji;
- 2) utraty zdolności do pełnienia obowiązków z powodu choroby lub innej przeszkody trwale uniemożliwiającej pełnienie obowiązków przez co najmniej 6 miesięcy;
- 3) zaprzestania spełniania któregokolwiek z wymagań określonych w art. 22g ust. 2;
- 4) ziszczenia się którejkolwiek z okoliczności, o których mowa w art. 22g ust. 4;
- 5) nierzetelnego wypełnienia obowiązków członka rady instytutu.

3. W przypadku odwołania lub śmierci członka rady instytutu przed upływem kadencji rady minister właściwy do spraw zdrowia niezwłocznie powołuje na jego miejsce inną osobę na okres do końca kadencji rady instytutu.

Art. 22i. 1. Rada instytutu podejmuje rozstrzygnięcia zwykłą większością głosów w głosowaniu jawnym, w obecności co najmniej 3 członków rady.

2. W posiedzeniach rady instytutu może uczestniczyć, bez prawa głosu, dyrektor, zastępcy dyrektora oraz główny księgowy instytutu.

3. Rada instytutu ustala w formie uchwały regulamin określający tryb jej działania.

Art. 22j. 1. Pracami rady instytutu kieruje przewodniczący wybrany przez radę spośród jej członków bezwzględną większością głosów w obecności co najmniej 3 członków rady.

2. Jeżeli rada instytutu w dwóch kolejnych głosowaniach nie wybierze przewodniczącego, zostaje on wskazany przez ministra właściwego do spraw zdrowia spośród jej członków.

3. Przewodniczący rady instytutu przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia uchwały rady w sprawach, o których mowa w art. 22f ust. 2 pkt 3–10, w terminie 7 dni od dnia ich podjęcia.

4. Przewodniczący rady instytutu niezwłocznie przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia uchwały rady w sprawach, o których mowa w art. 22f ust. 2 pkt 11.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia ustala wynagrodzenie miesięczne członków rady instytutu.

6. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 5, nie może przekroczyć jednokrotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, w drodze obwieszczenia, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.

Art. 22k. 1. Dyrektor instytutu oraz jego zastępcy nie mogą:

- 1) prowadzić, ani osobiście, ani za pośrednictwem osób trzecich, odpłatnie lub nieodpłatnie, działalności konkurencyjnej w stosunku do działalności prowadzonej przez instytut, w tym w szczególności na poziomie działań organizacyjnych, badawczo-naukowych, rozwojowych oraz leczniczych,
- 2) świadczyć w ramach stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło lub na jakiegokolwiek innej podstawie pracy na rzecz innego instytutu badawczego lub innego podmiotu, który prowadzi działalność konkurencyjną w stosunku do działalności prowadzonej przez instytut,
- 3) brać udziału w konferencjach, szkoleniach, sympozjach, seminariach, w sytuacji gdy ich udział w powyższych wydarzeniach byłby finansowany przez podmioty komercyjne.

2. Działalnością instytutu, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, wyznaczającą granice zakazu konkurencji, jest działalność określona w niniejszej ustawie oraz w statucie instytutu.

3. Działalnością konkurencyjną, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, jest także działalność o charakterze nieformalnym.

4. Za działalność konkurencyjną uważa się w szczególności:

- 1) prowadzenie działalności gospodarczej odpowiadającej działalności instytutu lub zbliżonej do tej działalności;
- 2) posiadanie akcji i udziałów w spółkach prowadzących działalność konkurencyjną w stosunku do działalności prowadzonej przez instytut;
- 3) pełnienie funkcji w organach podmiotów prowadzących działalność odpowiadającą działalności instytutu lub zbliżoną do tej działalności;
- 4) prowadzenie na własny rachunek badań naukowych, prac rozwojowych lub działań diagnostyczno-leczniczych w obszarze działalności odpowiadającej działalności instytutu;
- 5) uczestniczenie w organizacji, przeprowadzaniu, monitorowaniu badań naukowych lub prac rozwojowych prowadzonych przez inne instytuty badawcze lub inne podmioty prowadzące działalność konkurencyjną w stosunku do działalności prowadzonej przez Instytut;
- 6) samodzielne pozyskiwanie lub samodzielny udział w grantach naukowych, badawczo-rozwojowych lub projektach inwestycyjnych prowadzonych przez inne instytuty badawcze lub inne podmioty prowadzące działalność konkurencyjną w stosunku do działalności prowadzonej przez instytut;
- 7) samodzielny udział w patentach, badaniach naukowych, publikacjach naukowych prowadzonych przez inne instytuty badawcze lub inne podmioty prowadzące działalność konkurencyjną w stosunku do działalności prowadzonej przez instytut;
- 8) występowanie w charakterze agenta, pełnomocnika, eksperta, kuratora, likwidatora, przedstawiciela czy prokurenta podmiotów prowadzących działalność konkurencyjną w stosunku do działalności prowadzonej przez Instytut;
- 9) świadczenie usług doradczych na rzecz podmiotów prowadzących działalność konkurencyjną w stosunku do działalności prowadzonej przez Instytut;
- 10) uczestniczenie w działalności konkurencyjnej w stosunku do działalności Instytutu, prowadzonej przez małżonka, krewnych oraz powinowatych do drugiego stopnia.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje dyrektora lub zastępcę dyrektora w przypadku naruszenia zakazu określonego w ust. 1.

6. Przepisy niniejszego artykułu znajdują zastosowanie do dyrektora oraz zastępców dyrektora instytutu niezależnie od treści innych umów o zakazie konkurencji zawartych między nimi a ministrem właściwym do spraw zdrowia lub instytutem.

Art. 22l. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może żądać od spółki, o której mowa w art. 17 ust. 5, informacji, wyjaśnień oraz dokumentów związanych z jej działalnością.

2. Komercjalizacja wyników badań naukowych, prac rozwojowych oraz know-how związanego z tymi wynikami nie może odbywać się w spółkach utworzonych przez spółki, o których mowa w art. 17 ust. 5 (spółki zależne).

3. Instytut ma obowiązek poinformowania ministra właściwego do spraw zdrowia o zamiarze utworzenia przez spółkę, o której mowa w art. 17 ust. 5 spółki zależnej.

4. Dyrektor, jego zastępcy oraz główny księgowy nie mogą obejmować ani nabywać akcji lub udziałów spółek, utworzonych przez spółki, o których mowa w art. 17 ust. 5.

5. Dyrektor, jego zastępcy oraz główny księgowy nie mogą pozostawać ze spółkami zależnymi, o których mowa w ust. 4, w stosunku pracy oraz świadczyć na innej podstawie usług lub pracy na rzecz tych spółek. Zakaz ten nie dotyczy zasiadania w radach nadzorczych lub komisjach rewizyjnych takich spółek.

Art. 22m. 1. Dyrektor, zastępca dyrektora i główny księgowy są uprawnieni do otrzymania wynagrodzenia przysługującego twórcy z tytułu komercjalizacji wyniku badania naukowego.

2. Do wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1 nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi (Dz. U. z 2019 r. poz. 2136).

Art. 22n. 1. Instytut może połączyć się z samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw zdrowia albo uczelnia medyczna w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

2. Połączenie, o którym mowa w ust. 1 następuje przez:

- 1) przeniesienie całości mienia co najmniej jednego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na instytut;

- 2) przeniesienie zorganizowanej części mienia co najmniej jednego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na instytut;
- 3) przeniesienie całości mienia co najmniej jednego instytutu na samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej;
- 4) przeniesienie zorganizowanej części mienia co najmniej jednego instytutu na samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

3. Połączenie może być dokonane w drodze:

- 1) zarządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia – w przypadku gdy podmiotem tworzącym samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jest minister właściwy do spraw zdrowia;
- 2) porozumienia – w przypadku gdy podmiotem tworzącym co najmniej jednego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie jest minister właściwy do spraw zdrowia.

4. Akt o połączeniu powinien zawierać w szczególności postanowienia o:

- 1) nazwie i siedzibie podmiotu przejmowanego;
- 2) przejęciu mienia lub zorganizowanej części mienia podmiotu przejmowanego;
- 3) zasadach odpowiedzialności za zobowiązania podmiotu przejmowanego;
- 4) terminie złożenia wniosku, o którym mowa w art. 22o ust. 4, nie wcześniejszym niż jeden miesiąc od dnia wydania lub przyjęcia aktu o połączeniu – w przypadku sytuacji wskazanej w ust. 2 pkt 1 lub 3.

5. W przypadku gdy połączenie dotyczy co najmniej jednego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym nie jest minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu, o którym mowa w ust. 3 pkt 2, oprócz elementów wskazanych w ust. 4 w sytuacji określonej w ust. 3 pkt 1 i 3 wskazuje się także podmiot, który przejmuje uprawnienia i obowiązki odpowiednio organu nadzorującego lub podmiotu tworzącego.

6. Do pracowników przejmowanego podmiotu stosuje się art. 231 Kodeksu pracy.

Art. 22o. 1. Połączenie, o którym mowa w art. 22n, nie stanowi połączenia, podziału, reorganizacji, przekształcenia lub likwidacji instytutu w rozumieniu przepisów ustawy.

2. Do połączenia, o którym mowa w art. 22n, nie stosuje się art. 7 i 8 oraz wydanych na ich podstawie aktów wykonawczych.

3. Połączenie następuje bez przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego przejmowanego podmiotu.

4. W sytuacji określonej w art. 22n ust. 2 pkt 1 i 3 w terminie określonym w akcie o połączeniu dyrektor podmiotu przejmującego składa wnioski o wykreślenie podmiotu przejmowanego z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz z Krajowego Rejestru Sądowego.

5. Z dniem wykreślenia podmiotu przejmowanego z Krajowego Rejestru Sądowego podmiot przejmujący wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem był podmiot przejmowany, bez względu na charakter prawny tych stosunków.

Art. 22p. Instytut może sprzedać składniki aktywów trwałych podmiotowi leczniczemu bez konieczności przeprowadzania publicznego przetargu, o którym mowa w art. 17 ust. 2 ustawy.”;

6) w art. 24 po ust. 6 dodaje się ust. 6a w brzmieniu:

„2a. Wymagania związane ze stanowiskiem dyrektora instytutu będącego podmiotem szpitalnym określają przepisy ustawy z dnia ... o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa”;

7) w art. 30 dodaje się ust. 10a w brzmieniu:

„10a. Członkostwa w radzie naukowej instytutu, o którym mowa w art. 22a nie można łączyć z członkostwem w radzie instytutu tego lub innego instytutu.”;

8) w art. 35 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Dyrektor, przewodniczący rady instytutu i przewodniczący rady naukowej są zobowiązani do realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez ministra nadzorującego.”.

Art. 130. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 i 1773) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2 w ust. 1 po pkt 4 dodaje się pkt 4a w brzmieniu:

„4a) podmiot szpitalny – podmiot szpitalny w rozumieniu ustawy z dnia ... o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa (Dz. U. poz. ...);

2) w art. 46 po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Wymagania związane ze stanowiskiem kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej będącego podmiotem szpitalnym określają przepisy ustawy z dnia ... o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa (Dz. U. ...).”;

3) w art. 48 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Zadania określone w ust. 2 w instytutach badawczych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 4, wykonuje rada naukowa, przy czym w instytutach badawczych nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia zadania te wykonuje rada instytutu.”;

4) w art. 59:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Jeżeli strata netto za rok obrotowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną, podmiot tworzący może pokryć w całości albo w części stratę netto tego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w kwocie jaka nie może być pokryta zgodnie z ust. 1, jednak nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji.”;

b) w ust. 4 po wyrazach „samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej” dodaje się wyrazy „niebędącego podmiotem szpitalnym”;

5) art. 61 otrzymuje brzmienie:

„Art. 61. 1. Zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej niebędącego podmiotem szpitalnym po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa albo uczelni medycznej, albo właściwej jednostki samorządu terytorialnego. Przepis zdania pierwszego stosuje się odpowiednio do mienia.

2. Należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej będącego podmiotem szpitalnym pozostałe po jego likwidacji stają się należnościami Skarbu Państwa albo uczelni medycznej, albo właściwej jednostki samorządu terytorialnego. Przepis zdania pierwszego stosuje się odpowiednio do mienia.”;

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

„Art. 67b. Zasady i tryb łączenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw zdrowia albo uczelnia medyczna z instytutem badawczym nadzorowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia określa art. 22n i art. 22o ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych.”.

Art. 131. W ustawie z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1588 i 2140) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 14 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Sprawy w postępowaniu restrukturyzacyjnym rozpoznaje sąd restrukturyzacyjny. Sądem restrukturyzacyjnym jest sąd rejonowy – sąd gospodarczy. Sądem restrukturyzacyjnym w postępowaniu restrukturyzacyjnym podmiotów szpitalnych jest Sąd Okręgowy w Warszawie.”;

2) w art. 65 dodaje się ust. 8 w brzmieniu:

„8. W postępowaniu o zatwierdzenie układu uczestnikami postępowania są również wierzyciele osobiści dłużnika umieszczeni w spisie wierzytelności spornych.”;

3) art. 212 otrzymuje brzmienie:

„Art. 212. Po ustaleniu dnia układowego i sporządzeniu sprawozdania obejmującego informacje wskazane w art. 220 pkt 3–17 nadzorca układu zbiera głosy wierzycieli.”;

4) w tytule IV po dziale II dodaje się dział IIa w brzmieniu:

„Dział IIa

Postępowanie restrukturyzacyjne wobec podmiotów szpitalnych

Art. 367a. 1. Przepisy niniejszego działu stosuje się do postępowania restrukturyzacyjnego podmiotu szpitalnego.

2. Podmiot szpitalny może prowadzić wyłącznie postępowanie o zatwierdzenie układu. Przepisu art. 3 ust. 2 pkt 2, art. 224 oraz art. 226a–226h nie stosuje się.

Art. 367b. Ilekroć w przepisach niniejszego działu jest mowa o:

- 1) ustawie o podmiotach szpitalnych – należy przez to rozumieć ustawę z dnia ... o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa (Dz. U. poz. ...);
- 2) podmiocie szpitalnym – należy przez to rozumieć podmiot, o którym mowa w art. 2 pkt 15 ustawy z dnia ... o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa;
- 3) nadzorcy podmiotu szpitalnego – należy przez to rozumieć podmiot, o którym mowa w art. 2 pkt 12 ustawy z dnia ... o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa;
- 4) Agencji – należy przez to rozumieć Agencję Rozwoju Szpitali, o której mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia ... o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa.

Art. 367c. Umowę, z osobą spełniającą wymogi, o których mowa w art. 24, o której mowa w art. 210 ust. 1, może zawrzeć:

- 1) podmiot szpitalny, dla którego nie ustanowiono nadzorcy podmiotu szpitalnego albo
- 2) nadzorca podmiotu szpitalnego.

Art. 367d. 1. Ustalenia dnia układowego, o którym mowa w art. 211 ust. 1 dokonuje:

- 1) podmiot szpitalny, dla którego nie ustanowiono nadzorcy podmiotu szpitalnego albo
- 2) nadzorca podmiotu szpitalnego.

2. Propozycje układowe składa:

- 1) podmiot szpitalny, dla którego nie ustanowiono nadzorcy podmiotu szpitalnego albo
- 2) nadzorca podmiotu szpitalnego.

3. Czynności, o których mowa w art. 212, dokonuje nadzorca układu.

Art. 367e. 1. Niezwłocznie po ustaleniu dnia układowego podmiot szpitalny, dla którego nie ustanowiono nadzorcy podmiotu szpitalnego albo nadzorca podmiotu szpitalnego, w porozumieniu z nadzorcą układu, aktualizuje plan rozwojowy albo plan naprawczo-rozwojowy, o których mowa w ustawie o podmiotach szpitalnych, w tym w miarę potrzeby uzupełnia go o treść wskazaną w art. 10 ust. 1 i przekazuje Prezesowi Agencji w terminie 30 dni od ustalenia dnia układowego. Do aktualizacji planu rozwojowego i planu naprawczo-rozwojowego stosuje się odpowiednio przepisy ustawy o podmiotach szpitalnych za wyjątkiem przepisów art. 32 ust. 1–3, art. 59, art. 60 ust. 1 pkt 2 i 3 oraz art. 61. Prezes Agencji zatwierdza zaktualizowany plan naprawczo-rozwojowy w terminie 21 dni od dnia jego przedłożenia albo od dnia przedłożenia skorygowanego planu, o którym mowa w art. 62 ustawy o podmiotach szpitalnych.

2. Przepisów art. 37 ust. 2 pkt 1 oraz art. 220 pkt 16 nie stosuje się.

3. Do sprawozdania, o którym mowa w art. 220, nadzorca układu załącza plan rozwojowy albo plan naprawczo-rozwojowy, o którym mowa w ust. 1.

4. Jeżeli podmiot szpitalny, dla którego nie ustanowiono nadzorcy podmiotu szpitalnego albo nadzorca podmiotu szpitalnego nie porozumie się z nadzorcą układu co do treści planu rozwojowego albo naprawczo-rozwojowego, nadzorca układu do sprawozdania, o którym mowa w art. 220, załącza swoje zastrzeżenia do planu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego wraz z uzasadnieniem.

Art. 367f. 1. Jeżeli suma wierzytelności spornych uprawniających do głosowania nad układem przekracza 15% sumy wierzytelności uprawniających do głosowania nad układem nadzorca układu wzywa 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.

2. Nadzorca układu może skierować podmiot szpitalny oraz wierzyciela do mediacji, do której stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu postępowania cywilnego o mediacji

prowadzonej na skutek skierowania przez sąd za wyjątkiem art. 98¹ § 1 Kodeksu postępowania cywilnego.

3. W spisie wierzytelności spornych nadzorca układu zamieszcza również informację o dopuszczeniu wierzycieli, których wierzytelności są sporne do udziału w głosowaniu nad układem i stosownie do okoliczności, w tym stopnia uprawdopodobnienia wierzytelności wskazuje sumę, według której oblicza się głos wierzyciela w głosowaniu nad układem.

4. Przepisu art. 218 nie stosuje się.

Art. 367g. 1. W sprawozdaniu, o którym mowa w art. 220, nadzorca układu zamieszcza również:

- 1) informację o wartości mienia należącego do podmiotu szpitalnego w przypadku prowadzenia z niego egzekucji;
- 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;
- 3) w razie potrzeby, test prywatnego wierzyciela lub test prywatnego inwestora, o których mowa w art. 140.

2. 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, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, albo oświadczenie o braku takiej zgody.

Art. 367h. Jeżeli wierzyciele nie przyjęli układu sprawozdanie nadzorcy układu załączane do wniosku o zatwierdzenie planu spłaty zawiera również:

- 1) informację o przyjęciu lub nieprzyjęciu układu w poszczególnych grupach wierzycieli;
- 2) ocenę możliwości wykonania planu spłaty.

Art. 367i. Układ nie obejmuje również:

- 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;

- 2) należności z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych, które przysługują wierzycielom, którzy wykonują zawód medyczny;
- 3) należności przysługujących Agencji.

Art. 367j. Nadzorca układu zbiera głosy wierzycieli lub zwołuje zgromadzenie wierzycieli po ustaleniu dnia układowego, sporządzeniu sprawozdania obejmującego informacje wskazane w art. 220 pkt 3–17 oraz art. 367g ust. 1, dokonaniu aktualizacji planu rozwojowego albo planu naprawczo-rozwojowego oraz wyrażeniu bądź niewyrażeniu przez Prezesa Agencji zgody, o której mowa w art. 367g ust. 2.

Art. 367k. 1. 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 prowadzenia przez wszystkich wierzycieli podmiotu szpitalnego egzekucji z mienia podmiotu szpitalnego z uwzględnieniem kolejności zaspokajania wierzycieli w postępowaniu egzekucyjnym.

2. Przepisu art. 119 ust. 3 nie stosuje się.

Art. 367l. 1. W razie braku przyjęcia układu, wierzyciele zostają zaspokojeni na podstawie planu spłaty podmiotu szpitalnego.

2. Plan spłaty sporządza nadzorca układu.

3. W przypadku wierzycieli z grupy lub grup, które wypowiedziały się za przyjęciem układu, plan spłaty przewiduje, zaspokojenie w sposób określony w propozycjach układowych, przy czym za dzień zatwierdzenia układu uznaje się dzień zatwierdzenia planu spłaty.

4. W przypadku wierzycieli z grupy lub grup, które wypowiedziały się przeciw przyjęciu układu, plan spłaty przewiduje zaspokojenie wierzycieli przez spłatę:

- 1) w terminie sześciu miesięcy od dnia zatwierdzenia planu spłaty w wysokości, którą wierzyciele uzyskaliby w przypadku prowadzenia przez wszystkich wierzycieli podmiotu szpitalnego egzekucji z mienia podmiotu szpitalnego z uwzględnieniem kolejności zaspokajania wierzycieli w postępowaniu egzekucyjnym, oraz
- 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.

5. Spłaty, o których mowa w ust. 4 pkt 2 następują nie rzadziej niż raz na kwartał.

6. W przypadku oraz zakresie, o którym mowa w ust. 4 pkt 1, Agencja ponosi solidarną odpowiedzialność z podmiotem szpitalnym, jeżeli Prezes Agencji wyraził zgodę, o której mowa w 367g ust. 2 lub 367o ust. 2.

Art. 367m. 1. O złożeniu wniosku o zatwierdzenie układu lub planu spłaty sąd niezwłocznie zawiadamia Agencję za pośrednictwem systemu teleinformatycznego obsługującego postępowanie sądowe, która może złożyć sądowi opinię w sprawie. Brak opinii nie wstrzymuje rozpoznania sprawy.

2. Agencja ma uprawnienia uczestnika postępowania, w tym także na etapie wykonywania zatwierdzonego planu spłaty.

Art. 367n. 1. Jeżeli sprawozdanie nadzorcy układu nie spełnia wymogów określonych w art. 220 oraz art. 367g ust. 1 lub jeżeli do sprawozdania nie została załączona zgoda, o której mowa w art. 367g ust. 2 albo oświadczenie o braku takiej zgody, przewodniczący wzywa nadzorcę układu do uzupełnienia braków formalnych sprawozdania oraz do poprawienia lub uzupełnienia sprawozdania lub do przedłożenia zgody, o której mowa w art. 367g ust. 2 albo oświadczenia o braku takiej zgody w terminie tygodnia pod rygorem zawiadomienia podmiotu, który zawarł umowę z nadzorcą układu.

2. Po bezskutecznym upływie terminu, o którym mowa w ust. 1, przewodniczący informuje podmiot, który zawarł umowę z nadzorcą układu, że nadzorca układu nie uzupełnił braków formalnych sprawozdania albo go nie poprawił lub nie uzupełnił lub nie przedłożył zgody, o której mowa w art. 367g ust. 2 albo oświadczenia o braku takiej zgody. Podmiot szpitalny, dla którego nie ustanowiono nadzorcy podmiotu szpitalnego albo nadzorca podmiotu szpitalnego może zawrzeć nową umowę z innym nadzorcą układu, który składa poprawione lub uzupełnione sprawozdanie w terminie trzech tygodni od dnia poinformowania podmiotu szpitalnego, dla którego nie ustanowiono nadzorcy podmiotu szpitalnego albo poinformowania nadzorcy podmiotu szpitalnego pod rygorem zwrotu wniosku o zatwierdzenie układu.

Art. 367o. 1. Sąd zatwierdza plan spłaty, zmienia lub odmawia zatwierdzenia planu spłaty.

2. Jeżeli Prezes Agencji wyraził zgodę, a o której mowa w art. 367g ust. 2, postanowienie o zmianie planu spłaty doręcza się 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 Prezesa Agencji zgody sąd zatwierdza zmieniony plan spłaty.

3. Do wniosku o zatwierdzenie planu spłaty stosuje się odpowiednio art. 219.

Art. 367p. 1. Do planu spłaty stosuje się odpowiednio art. 166–172, przy czym nadzorca układu obejmuje funkcję nadzorcy wykonania planu spłaty. Przepisu art. 169 ust. 2-4 oraz art. 170 ust. 2 nie stosuje się.

2. Do zatwierdzenia planu spłaty stosuje się odpowiednio art. 164 oraz art. 165 ust. 1 i 2 oraz ust. 6–8.

Art. 367q. Przepisy art. 176–179 o uchyleniu układu i skutkach uchylenia układu stosuje się odpowiednio do planu spłaty.

Art. 367r. Jeżeli sąd ustali, że układ nie został przyjęty na skutek braku odpowiedniej większości wydaje postanowienie, w którym stwierdza nieprzyjęcie układu i zobowiązuje nadzorcę układu do złożenia w terminie 14 dni planu spłaty, o którym mowa w 367l ust. 1.

Art. 367s. 1. 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.

2. Agencja nie ponosi solidarnej odpowiedzialności za zobowiązania podmiotu szpitalnego, o których mowa w ust. 1.”.

Art. 132. W ustawie z dnia 6 grudnia 2018 r. o Krajowym Rejestrze Zadłużonych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1909) w art. 5 w ust. 1 po pkt 7 dodaje się pkt 7a w brzmieniu:

„7a) określenie, czy dłużnik jest podmiotem szpitalnym w rozumieniu ustawy z dnia ... o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa (Dz. U. poz. ...);”.

Art. 133. W ustawie z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129, 1598 i 2054) w art. 11 w ust. 5 w pkt 14 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 15 w brzmieniu:

„15) związanych z przygotowaniem i przeprowadzeniem postępowania o zatwierdzenie układu w rozumieniu ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1588 i 2140).”.

Art. 134. W ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1875):

1) w art. 6 po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Minister właściwy do spraw zdrowia może udzielić Agencji Rozwoju Szpitali, o której mowa w ustawie z dnia ... o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa (Dz. U. poz. ...) dotacji celowej z Funduszu na finansowanie inwestycji i rozwoju podmiotów szpitalnych na zasadach właściwych dla tego ministra.”;

2) w art. 13 w ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) podmiotem leczniczym zakwalifikowanym do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 951 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;”;

3) w art. 33 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Środki Funduszu przeznacza się na finansowanie zadań, o których mowa w art. 7 pkt 3, świadczeniodawcom zakwalifikowanym do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 951 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadającym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do wysokości przyznanego im limitu rocznego.”.

Rozdział 12

Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe

Art. 135. Tworzy się Agencję.

Art. 136. 1. Na pierwszą kadencję minister właściwy do spraw zdrowia powołuje Prezesa Agencji bez zachowania trybu określonego w art. 90 ust. 1 spośród osób spełniających wymagania niezbędne do zajmowania stanowiska Prezesa Agencji.

2. Kadencja Prezesa Agencji, o której mowa w ust. 1, trwa rok od dnia powołania. Przepisu art. 90 ust. 2 nie stosuje się.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza pierwszy konkurs na stanowisko Prezesa Agencji co najmniej na 8 tygodni przed upływem kadencji Prezesa Agencji, o której mowa w ust. 2.

Art. 137. 1. Podmioty, o których mowa w art. 97 ust. 1, w terminie do 14 dni od dnia wejścia w życie ustawy, zgłoszą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia kandydatów na członków Rady.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie do 21 dni od dnia upływu terminu określonego w ust. 1, powołuje członków Rady.

Art. 138. 1. Prezes Agencji, w terminie 30 dni od dnia powołania, o którym mowa w art. 135 ust. 1:

- 1) sporządzi i przedstawi ministrowi właściwemu do spraw zdrowia do zatwierdzenia roczny plan finansowy Agencji;
 - 2) sporządzi roczny plan działalności Agencji
- obowiązujący do końca 2022 r.

2. Do dokumentów, o których mowa w ust. 1, przepisu art. 102 ust. 2 pkt 3 i 4 nie stosuje się.

Art. 139. 1. W 2022 r. dotacja podmiotowa, o której mowa w art. 113 ust. 1 pkt 1, wynosi 20 200 tys. zł natomiast dotacja celowa na pokrycie kosztów inwestycyjnych związanych z działalnością Agencji, o której mowa w art. 113 ust. 1 pkt 2 wynosi 4 000 tys. zł i są przeznaczone na pokrycie kosztów utworzenia Agencji, w tym na wydatki majątkowe oraz na pokrycie kosztów bieżących i inwestycyjnych Agencji związanych z realizacją zadań określonych w ustawie.

2. W latach 2022–2032 maksymalny limit wydatków będących skutkiem finansowym ustawy będzie wynosić:

- 1) 24 400 tys. zł – w 2022 r.;
- 2) 195 900 tys. zł – w 2023 r.;
- 3) 1 333 100 tys. zł – w 2024 r.;
- 4) 1 333 600 tys. zł – w 2025 r.;
- 5) 433 900 tys. zł – w 2026 r.;
- 6) 428 500 tys. zł – w 2027 r.;
- 7) 430 800 tys. zł – w 2028 r.;
- 8) 430 400 tys. zł – w 2029 r.;
- 9) 424 200 tys. zł – w 2030 r.;
- 10) 424 600 tys. zł – w 2031 r.;
- 11) 325 800 tys. zł – w 2032 r.

3. W przypadku zagrożenia przekroczenia przyjętego na dany rok budżetowy maksymalnego limitu wydatków, o którym mowa w ust. 2, zostanie zastosowany mechanizm korygujący polegający na zaprzestaniu realizacji przez Agencję nowych zadań wynikających z ustawy oraz na zmniejszeniu kosztów rzeczowych ponoszonych przez Agencję, związanych z realizacją zadań wynikających z ustawy.

4. Organem odpowiedzialnym za:

- 1) monitorowanie wykorzystania wydatków, o których mowa w ust. 2, jest minister właściwy do spraw zdrowia;
- 2) wdrożenie mechanizmu korygującego, o którym mowa w ust. 3, jest Prezes Agencji.

Art. 140. Pierwsza ocena i przyznanie kategorii, o których mowa w art. 24, nastąpi w 2023 r. na podstawie danych podmiotów szpitalnych za 2022 r.

Art. 141. 1. Do dnia 30 czerwca 2024 r. do wymagań związanych ze stanowiskiem kierownika podmiotu szpitalnego stosuje się przepisy dotychczasowe, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Do dnia 30 czerwca 2024 r. do wymagań związanych ze stanowiskiem kierownika podmiotu szpitalnego będącego instytutem badawczym nadzorowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia stosuje się przepis art. 22c ust. 3 ustawy zmienianej w art. 129.

3. Stosunek pracy kierownika podmiotu szpitalnego oparty na podstawie powołania albo umowy o pracę oraz umowa cywilnoprawna zawarta z kierownikiem podmiotu szpitalnego, w oparciu o którą zarządza on podmiotem szpitalnym, wygasa z dniem 1 lipca 2024 r.,

w przypadku gdy kierownik podmiotu szpitalnego nie spełnia w tym dniu wymagań określonych w art. 120 ust. 1.

Art. 142. Pierwszy egzamin, o którym mowa w art. 120 ust. 1 pkt 4, przeprowadza się nie później niż w trzecim kwartale 2022 r.

Art. 143. 1. Do ustalenia ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na okres od 1 lipca do 31 grudnia 2022 r. nie stosuje się przepisów art. 136c ustawy, o której mowa w art. 127.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób ustalenia ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na okres od dnia 1 lipca do dnia 31 grudnia 2022 r., kierując się potrzebą zapewnienia właściwego poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 144. Na wniosek świadczeniodawcy, który w dniu ogłoszenia wykazu, o którym mowa w art. 95n ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 127, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej udzielał świadczeń w ramach profilu systemu zabezpieczenia, który nie został dla tego świadczeniodawcy wskazany w tym wykazie, Prezes Funduszu zawiera ze świadczeniodawcą umowę o udzielanie świadczeń odpowiadających takiemu profilowi, w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, o której mowa w art. 127, na okres obowiązywania tego wykazu.

Art. 145. 1. Stosunek pracy dyrektorów i zastępców dyrektorów instytutów nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, który został nawiązany w inny sposób niż określony w art. 24 i 27 ustawy zmienianej w art. 129, z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy ulega przekształceniu w stosunek pracy z powołania w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy i stosuje się do niego przepisy określone w art. 24, 26 i 27 ustawy zmienianej w art. 129.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do sytuacji, w których 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 zmienianej w art. 129.

Art. 146. Art. 22k ustawy zmienianej w art. 129 stosuje się do dyrektorów oraz zastępców dyrektorów instytutów badawczych nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia niezależnie od treści zgód wydanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia przed dniem wejścia w życie tejże ustawy.

Art. 147. Programy naprawcze sporządzone na podstawie art. 59 ust. 4 ustawy zmienianej w art. 130 przez podmioty szpitalne w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej obowiązują do dnia 30 czerwca 2023 r.

Art. 148. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

- 1) art. 104 – 108, które wchodzi w życie po upływie 45 dni od dnia ogłoszenia;
- 2) art. 129 pkt 2 lit b, pkt 3, pkt 5 w zakresie art. 22b, 22d–22j, pkt 7 i pkt 8 oraz art. 130 pkt 3, które wchodzi w życie po upływie 90 dni od dnia ogłoszenia;
- 3) art. 130 pkt 4 lit b, który wchodzi w życie w dniu 30 czerwca 2023 r.

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM, LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

Damian Jakubik

Dyrektor

Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

UZASADNIENIE

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 funkcjonujących 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 uwidocznili 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, funduszy unijnych, czy funduszy celowych zarządzanych przez Ministra Zdrowia. 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 lecznictwa 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 regionalnych 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 procesowego modelu zarządzania podmiotem szpitalnym;
- 6) aktualizację systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (sieci szpitali).

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, funkcjonujące 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 leczenia 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.

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 samorzady 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 leczenia 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 samorządy 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 2021 r. poz. 711, z późn. zm.) albo instytuty badawcze, które wykonują działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, z wyłączeniem podmiotów wykonujących wyłącznie świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w czasie nieprzekraczającym 24 godzin lub podmiotów wykonujących wyłącznie świadczenia w szpitalu uzdrowiskowym. 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 2020 r. poz. 1383, z późn. zm.). 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.

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.

Należy podkreślić, iż projektowana ustawa, wychodząc naprzeciw zidentyfikowanym problemom związanym z funkcjonowaniem sektora szpitalnictwa, nałoży na podmioty szpitalne, podmioty nadzorujące (zgodnie z definicją zawartą w art. 2 pkt 14 projektu ustawy) oraz Agencję obowiązek dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych 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.

Dodatkowo projektuje się, że podmioty nadzorujące i podmioty szpitalne będą zobowiązane do współpracy w szczególności w obszarze koncentracji zasobu ludzkiego oraz udzielania świadczeń zdrowotnych i konsolidacji funkcji medycznych. 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 regionalnych potrzeb zdrowotnych, wprowadzanie lub ulepszanie procesowego modelu zarządzania, a w przypadku zaistnienia

takiej potrzeby także naprawa działalności danego podmiotu szpitalnego oraz restrukturyzacja jego zadłużenia.

W celu usprawnienia przepływu informacji oraz przyspieszenia przepływu korespondencji projektodawca przyjął, iż wszelka korespondencja pomiędzy Prezesem Agencji, podmiotem szpitalnym, podmiotem nadzorującym, nadzorcą podmiotu szpitalnego, zwanym dalej: „nadzorcą” oraz zarządcą podmiotu szpitalnego będącego spółką, zwanym dalej: „zarządcą” będzie odbywała się za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2020 r. poz. 344), poza nielicznymi, wyjątkowymi sytuacjami wskazanymi w ustawie. Z uwagi na okoliczność, że pisma będą wnoszone i wysyłane za pośrednictwem 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), podmiot szpitalny, dla którego ustanowiony zostanie nadzorca, będzie zobligowany do nadania nadzorcy dostępu do swojej elektronicznej skrzynki podawczej.

Rozdział 2 – Sąd restrukturyzacyjny

Art. 7 przewiduje, że sądem właściwym w sprawach, które ustawa zastrzega dla właściwości organu sądowego będzie jeden sąd w Polsce – Sąd Okręgowy w Warszawie.

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 i 2140) 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

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 „Justitia” 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.

stronger insolvency framework in Poland⁴. Bank Światowy podkreślił, że kluczowe dla powodzenia reformy prawa upadłościowego i restrukturyzacyjnego jest efektywne 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 k.p.c. 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.

Rozdział 3 – Postępowanie w sprawach modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa

Art. 8–10

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

⁵ Op. Cit. ss. 29-30.

⁶ Op. Cit. ss. 1, 29-30.

Projekt ustawy przewiduje, że w sprawach z zakresu modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa Prezes Agencji będzie wydawał postanowienia. Postanowienia te z uwagi na ich charakter będą podlegały natychmiastowemu wykonaniu, przy czym zgodnie z art. 19 sąd na wniosek uczestnika będzie mógł wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji. Jednocześnie w art. 9 projektodawca przewidział, iż mimo że postępowanie przed Prezesem Agencji nie będzie postępowaniem 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. 48–49, art. 59–61, art. 66a, art. 73 § 1a–2, art. 75–96, art. 106–106a i art. 127–163a tej ustawy. Powyższe oznacza, iż do postanowień tych 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 restrukturyzacyjnego – Sądu Okręgowego w Warszawie, projektodawca przewidział, iż w sprawach dotyczących dowodów w postępowaniu przed Prezesem Agencji w zakresie nieuregulowanym w ustawie stosować będzie się odpowiednio art. 227–315 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 1805, z późn. zm.).

Art. 11–12

Stroną postępowań w sprawach modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa prowadzonych przed Prezesem Agencji będzie wyłącznie podmiot szpitalny, którego dane postępowanie będzie dotyczyło, jednakże postanowienia Prezesa Agencji będą doręczane także podmiotom, którym przysługuje zażalenie 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 restrukturyzacyjnego – 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. 28 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. 29 ustawy) – zażalenie będzie przysługiwało podmiotowi szpitalnemu i podmiotowi nadzorującemu;
- 3) postanowienie o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego (art. 63 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 zmianie kierownika podmiotu szpitalnego kategorii C, niebędącego spółką (art. 77 ust. 1 ustawy) – zażalenie będzie przysługiwało podmiotowi tworzącemu;
- 5) postanowienie o odebraniu zarządu podmiotowi szpitalnemu kategorii C będącemu spółką, ustanowieniu zarządcy oraz ustaleniu kosztów związanych z funkcjonowaniem organów podmiotu szpitalnego (art. 77 ust. 2 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, zmiany kierownika podmiotu szpitalnego kategorii D przez Prezesa Agencji oraz odebraniu przez Prezesa Agencji zarządu podmiotowi szpitalnemu kategorii D będącemu spółką – zażalenie nie będzie przysługiwało – w art. 51 ust. 2. oraz art. 78 ust. 3 wskazano wprost tę okoliczność, żeby nie było żadnych wątpliwości, pomimo tego że zażalenie przysługuje tylko w przypadkach wskazanych w ustawie.

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.

Art. 15

Postępowanie przed sądem restrukturyzacyjnym dla 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 Prezesem Agencji, a sądem będzie odbywała się za pośrednictwem tego systemu z wykorzystaniem konta Prezesa 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 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, podmiot nadzorujący, nadzorcę oraz zarządcę, przesyłając im nowe postanowienie, na które będzie przysługiwało zażalenie na zasadach ogólnych. Projektowane rozwiązanie ma usprawnić i przyspieszyć postępowanie w sytuacjach oczywistych. Jest ono również wyrazem założenia, że w miarę możliwości należy ograniczać liczbę spraw i zażaleń kierowanych do sądu.

Art. 17

Braki formalne i fiskalne zażalenia będą badane przez sąd zgodnie z ogólnymi przepisami Kodeksu postępowania cywilnego dotyczącymi pism procesowych. W przypadku wniesienia zażalenia po terminie, niezuzupełnienia 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 Prezes Agencji i podmiot szpitalny. Uczestnikiem postępowania nie będzie nadzorca podmiotu szpitalnego ani zarządca podmiotu szpitalnego, ale ze względów informacyjnych sąd będzie doręczał 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, który wniósł zażalenie 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 restrukturyzacyjnego dla podmiotów szpitalnych będzie przysługiwało zażalenie do Sądu Apelacyjnego w Warszawie. 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.

Art. 22

Projekt ustawy przewiduje, że Prezes Agencji nie będzie miał obowiązku wnoszenia opłaty sądowej i zwrotu kosztów postępowania. Jest to rozwiązanie analogiczne do przewidzianego w art. 479³⁴ Kodeksu postępowania cywilnego.

Art. 23

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 restrukturyzacyjnym właściwym w sprawach 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 restrukturyzacyjnym dla podmiotów szpitalnych będą stosowane odpowiednio przepisy Kodeksu postępowania cywilnego o postępowaniu procesowym.

Rozdział 4 – Kategorie i kryteria oceny podmiotu szpitalnego

Art. 24 i 30

W art. 24 projekt ustawy przewiduje, że wszystkie podmioty szpitalne, począwszy od 2023 r. (zgodnie z projektowanym art. 140), będą równocześnie, co trzy lata, podlegać z urzędu obowiązkowej ocenie i przyznaniu jednej z kategorii (kategoryzacja obligatoryjna). Jednocześnie projektodawca przewidział także w art. 30 ustawy możliwość przeprowadzenia przez Prezesa Agencji 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 Prezes Agencji zmienił 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, Prezes Agencji będzie przyznawał każdemu podmiotowi szpitalnemu jedną 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% i jednocześnie mniejszą lub równą 15%.

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% 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%.

Art. 26–27

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 15 dni od jego zatwierdzenia, a w przypadku braku takiego zatwierdzenia w terminie 15 dni od 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 15 dni od 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.

Rozdział 5 – Przyznanie kategorii podmiotowi szpitalnemu i zmiana przyznanej kategorii

Art. 28–30

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. Oba postanowienia będą

doręczane podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu, którym to podmiotom będzie służyło na nie zażalenie. Jednocześnie projektodawca przewidział w art. 30 ustawy możliwość przeprowadzenia przez Prezesa Agencji 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.

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

Art. 31, 33 i 36

W celu zapewnienia ciągłego rozwoju podmiot szpitalny, któremu przyznano kategorię A albo B opracowywać będzie plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii A albo B, dalej zwany: „planem rozwojowym”. Sporządzenie planu poprzedzone będzie przeprowadzeniem przez podmiot szpitalny analiz, w tym operacyjnych, efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowych, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Opracowując plan rozwojowy podmiot szpitalny będzie musiał uwzględnić w nim realizację ciężącego na nim obowiązku dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych 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 Prezesa Agencji wniosek o wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego. Zmiana planu rozwojowego będzie dokonywana w trybie właściwym dla opracowania planu.

Art. 32

Podmiot szpitalny będzie przekazywał plan rozwojowy do Prezesa Funduszu, który w terminie 14 dni, będzie zajmował stanowisko co do dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych. Nieprzekazanie przez Prezesa Funduszu stanowiska w terminie 14 dni uznawać będzie się za rezygnację z przedstawienia stanowiska. Plan rozwojowy wraz ze stanowiskiem Prezesa Funduszu albo informacją podmiotu szpitalnego o nieprzedstawieniu stanowiska przez Prezesa Funduszu przekazywany będzie przez podmiot szpitalny do Agencji w terminie 3 miesięcy od dnia doręczenia mu

postanowienia o przyznaniu kategorii. Plan rozwojowy wraz ze stanowiskiem Prezesa Funduszu albo informacją podmiotu szpitalnego o nieprzedstawieniu stanowiska przez Prezesa Funduszu publikowany będzie na stronie podmiotowej Agencji.

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. Jeżeli podmiot szpitalny nie zrealizował w sposób prawidłowy planu rozwojowego, Prezes Agencji będzie mógł 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. Ponadto przed przeprowadzeniem kolejnej kategoryzacji podmiot szpitalny będzie przekazywał do Agencji sprawozdanie końcowe z realizacji planu rozwojowego opracowane według wzoru określonego rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 37

Projektodawca przewidział w art. 37, że plan rozwojowy będzie obowiązywał do dnia przekazania Prezesowi 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 Prezesa Agencji. Ta sama osoba będzie mogła zostać ustanowiona nadzorcą w więcej niż jednym podmiocie szpitalnym, 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 niezastniały 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 będącego spółką, uwzględniając kwestie dotyczące działalności konkurencyjnej oraz w celu uniknięcia ryzyka wystąpienia konfliktu interesów, projektodawca przyjął, iż nie będzie możliwym ustanowienie danej osoby 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. 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 lub 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, zaś niepoinformowanie Prezesa Agencji lub zwłoka w przekazaniu informacji skutkować będzie odpowiedzialnością karną określoną w art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.

Nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlegać będzie obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji. 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 Prezes Agencji będzie zawierał umowę cywilnoprawną, w której określone zostanie m.in. 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 będącego spółką 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. 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 będącego spółką, który przejmuje zarząd majątkiem podmiotu szpitalnego. Projektowana regulacja jest analogiczna do przewidzianej w art. 54 ust. 1 Prawa restrukturyzacyjnego.

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.

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.

Takie rozwiązanie będzie dotyczyło wszystkich postępowań, w tym również postępowań administracyjnych, sądownoadministracyjnych oraz przed sądami polubownymi.

Art. 46

Projektodawca w art. 46 określił zadania nadzorcy 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. 73 ustawy) czy też w zakresie zbycia składników mienia należących do podmiotu szpitalnego (art. 75 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 podmiot szpitalny podlegać będzie z mocy prawa ochronie przed egzekucją (art. 71 ustawy) oraz ochronie przed wypowiedzeniem umów (art. 72 ustawy).

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. W przypadku podmiotu szpitalnego będącego

samodzielnym publicznym zakładem 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 będącego spółką. 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 w formie spółki. W takiej sytuacji, czynności prawne dokonane przez podmiot szpitalny będący spółką, 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 będącego spółką, 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

Plan naprawczo-rozwojowy opracowywany będzie przez nadzorcę w porozumieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego, w stosunku do którego Prezesa 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 w porozumieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego analiz, w tym operacyjnych, 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 ciążącego na podmiocie szpitalnym obowiązku dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych 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. 73–75 ustawy, to plan naprawczo-rozwojowy będzie musiał dodatkowo zawierać określone ustawą elementy związane z zastosowaniem tychże środków. 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. 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. 59 oraz w przekazaniu planu do Prezesa 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. 57–64

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 co do dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych. Podmioty, o których mowa powyżej będą miały 14 dni na przekazanie nadzorcy swojej opinii albo stanowiska. Nieprzekazanie opinii lub stanowiska w terminie 14 dni uznaje się za przedstawienie pozytywnej opinii albo rezygnację z przedstawienia stanowiska.

Uzgodniony plan naprawczo-rozwojowy wraz ze stanowiskiem Prezesa Funduszu i opinią podmiotu nadzorującego (w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki – rady nadzorczej albo komisji rewizyjnej) przekazywany będzie przez nadzorcę do Prezesa Agencji w terminie 4 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 Prezesowi 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 mu planu naprawczo-rozwojowego wraz z wyznaczeniem nadzorcy terminu na jego dostosowanie. Nieprzedłożenie przez nadzorcę skorygowanego 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.

Zatwierdzony plan naprawczo-rozwojowy wraz z dokumentami przekazanymi przez nadzorcę, o których mowa w art. 60 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy publikowany będzie na stronie podmiotowej Agencji.

Art. 65–66

Projektodawca przewidział, iż za realizację zatwierdzonego przez Prezesa Agencji planu naprawczo-rozwojowego odpowiedzialny będzie podmiot szpitalny, 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 przez Prezesa Agencji.

Sprawozdania te będą sporządzane według wzorów określonych rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 67

Projektodawca przewidział w art. 67, iż w przypadku gdy podmiot szpitalny nie będzie realizował planu naprawczo-rozwojowego w sposób prawidłowy, 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 będącego spółką.

Art. 68

Zmiana planu naprawczo-rozwojowego będzie mogła nastąpić z inicjatywy nadzorcy albo 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. Do zmiany planu zastosowanie będą miały przepisy właściwe dla jego opracowywania.

Art. 69

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. 30 – 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. 70

Ustawa przewiduje, że podmiot szpitalny będzie mógł korzystać z dwojakiemu 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 regionalnych potrzeb zdrowotnych, wprowadzanie lub ulepszanie procesowego modelu zarządzania 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) inne środki mające na celu poprawę sytuacji podmiotu szpitalnego.

Art. 71

Regulacja art. 71 ma na celu zagwarantowanie możliwości przeprowadzenia całego procesu naprawczo-rozwojowego. Nie byłoby to możliwe gdyby w tym okresie 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. 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. 72

Zakaz wypowiedzania umów uregulowany w art. 72 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. 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. Zakaz nie będzie dotyczył pracowników medycznych (lekarze, pielęgniarki), których sytuacja zgodnie z założeniami projektu ustawy nie powinna być pogorszona.

Art. 73

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. 73 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. 74

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. 75

W zakresie restrukturyzacji majątku projekt ustawy przewiduje rozwiązanie tożsame z rozwiązaniem uregulowanym w art. 323 Prawa restrukturyzacyjnego.

Art. 76

Przewidziana w art. 76 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 regionalnych 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, który będzie zajmował stanowisko, o którym mowa w art. 59 ust. 1 pkt 2 ustawy, w zakresie dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych, a ostatecznie będą zatwierdzane przez Prezesa Agencji wydającego postanowienie o zatwierdzeniu 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. 77–81

Jednym z narzędzi nadzoru Agencji nad podmiotami szpitalnymi niebędącymi spółkami, 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 będącego samodzielnym publicznym zakładem 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 2021 r. poz. 711, z późn. zm.).

W przypadku podmiotów szpitalnych kategorii C i D będących spółkami 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. Analogicznie jak w przypadku podmiotów szpitalnych niebędących spółkami, 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 zmianie kierownika podmiotu szpitalnego kategorii C jak i na postanowienie o ustanowieniu zarządcy podmiotu szpitalnego kategorii C będącego spółką 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.

Jednocześnie aby zapewnić trwałość decyzji Prezesa Agencji o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego, projektodawca przyjął, iż od dnia doręczenia podmiotowi tworzącemu postanowienia Prezesa Agencji o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego, na czas trwania postępowania naprawczo-rozwojowego, zawieszono zostaną uprawnienia podmiotu tworzącego do powoływania i odwoływania kierownika podmiotu szpitalnego.

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. 30, 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. 71 i art. 72. Skutkiem zakończenia postępowania naprawczo-rozwojowego będzie wygaśnięcie funkcji nadzorcy oraz zarządcy, a więc i w konsekwencji odzyskanie przez podmiot szpitalny będący spółką sprawowania zarządu własnego swoim majątkiem. Ponadto w stosunku do podmiotu szpitalnego, w którym Prezes Agencji dokonał zmiany kierownika, zakończenie postępowania naprawczo-rozwojowego będzie skutkowało wygaśnięciem zawieszenia uprawnienia podmiotu tworzącego do powoływania i odwoływania kierownika podmiotu szpitalnego.

Rozdział 8 – Restrukturyzacja zadłużenia

Art. 85–86

Podmiot szpitalny będzie mógł dokonać restrukturyzacji zadłużenia w ramach nowoprojektowanego postępowania o zatwierdzenie układu, o którym mowa w tytule IV dziale IIa Prawa restrukturyzacyjnego (art. 131 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 Rozwoju Szpitali 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. 110 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. 87–88

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 regionalnych potrzeb zdrowotnych, wprowadzanie lub ulepszanie procesowego modelu zarządzania w podmiotach szpitalnych, a w przypadku potrzeby naprawa działalności podmiotu szpitalnego wraz z restrukturyzacją 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.

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

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. 89–96

Organami Agencji będą Prezes i Rada Agencji.

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 nie dłużej niż przez dwie następujące po sobie 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).

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 5-letnim doświadczeniem w sektorze gospodarczym, ochrony zdrowia, finansowym lub administracji publicznej, w tym 3-letnim doświadczeniem zawodowym w zarządzaniu zasobami ludzkimi, a zastępcy Prezesa Agencji co najmniej 5-letnim doświadczeniem w sektorze ochrony zdrowia, gospodarczym, finansowym lub administracji publicznej. 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.

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 rażąco naruszenie prawa, niezatwierdzenie rocznego sprawozdania finansowego Agencji lub jego nieprzedstawienie w terminie, rezygnacja ze stanowiska, zaprzestanie spełniania któregośkolwiek z wymagań określonych w art. 92 ust. 1 pkt 1–4, zaistnienie którejkolwiek z przesłanek, o których mowa w art. 94 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 2020 r. poz. 2141, z późn. zm.), 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. 94 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 kierował działalnością Agencji oraz reprezentował ją na zewnątrz. Prezes Agencji będzie 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. 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. 97–102

Rada Agencji 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, Prezes Rady Ministrów, Minister Obrony Narodowej i minister właściwy do spraw wewnętrznych, minister właściwy do spraw finansów publicznych, Prezes Funduszu, Rzecznik Praw Pacjenta oraz uczelnie medyczne. Projektodawca przewidział, iż członkiem Rady będzie mogła zostać osoba posiadająca m.in. wiedzę i 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 2020 r. poz.

735, z późn. zm.). Aby ograniczyć ryzyko wystąpienia konfliktu interesów projektodawca przewidział szereg okoliczności uniemożliwiających zasiadanie w Radzie Agencji.

W przypadku odwołania członka Rady Agencji, 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 Agencji 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 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 niezbędnych informacji.

Art. 103

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

Art. 104–108

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

Art. 109–111

W art. 109 projektodawca określił szczegółowe zadania Agencji korespondujące z jej zakresem działania określonym w art. 88 ustawy. W ramach realizacji swoich zadań Agencja będzie mogła udzielać podmiotom szpitalnym pożyczek z możliwością częściowego umorzenia, finansowania bezzwrotnego oraz stosować instrumenty poręczenia. 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. 109 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 regionalnych 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 regionalnych 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, w tym na spłatę części oprocentowania lub części kapitału kredytu lub pożyczki, a także udzielać poręczeń lub gwarancji spłaty kredytu lub pożyczki.

Art. 112

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 Agencji będzie przekazywany przez ministra właściwego do spraw zdrowia 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, 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. 113–114

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. Ponadto Agencja będzie mogła otrzymać dotację celową z Funduszu Medycznego, o której mowa w art. 6 ust. 2a ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym. 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. W tym kontekście należy zwrócić uwagę, że Agencja będzie realizowała zadania w zakresie np. podziału środków przeznaczonych na inwestycje w podmiotach szpitalnych pochodzących z budżetu państwa, dysponowania środkami przeznaczonymi dla tych podmiotów z Funduszu Medycznego, dystrybucji dedykowanych im środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej, czy środków przeznaczanych na realizację programów polityki zdrowotnej. Zatem, środki takie, tak jak dotychczas, pochodzą będą z budżetu państwa, budżetu Unii Europejskiej oraz Funduszu Medycznego.

Poza kosztami działalności Agencji oraz kosztami finansowania i wsparcia, o których mowa w art. 109 pkt 5–8 ustawy, Agencja będzie ponosić także koszty związane z działaniem Rady Agencji.

Art. 115–118

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. 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 przeznaczany wyłącznie na pokrycie kosztów działalności Agencji. Działalność gospodarcza Agencji będzie wyodrębniona pod względem finansowym i rachunkowym z działalności Agencji, o której mowa w art. 88 ust. 1.

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. 119

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. 109 pkt. 5–8.

Rozdział 10 – Kierownik podmiotu szpitalnego

Art. 120–123

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 Prezesa Agencji. Aby zostać wpisany na ww. listę trzeba będzie wykazać się nie tylko doświadczeniem na stanowisku kierowniczym oraz wyższym wykształceniem, ale ponadto także zdać państwowy egzamin organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo ukończyć studia podyplomowe Master of Business Administration (dalej: „MBA”) w ochronie zdrowia.

Wpis na listę menedżerów będzie dokonywany z urzędu po zdaniu ww. państwowego egzaminu, bądź też na wniosek zainteresowanej osoby, która ukończyła studia MBA w ochronie zdrowia oraz spełnia pozostałe przesłanki ustawowe warunkujące wpis. Chcąc ujednolicić poziom i zakres kompetencji menedżerskich projektodawca przyjął, iż z konieczności przystąpienia do państwowego egzaminu zwalniać będą jedynie studia MBA w

ochronie zdrowia, trwające nie krócej niż 3 semestry, realizowane w uczelni, która posiada co najmniej kategorię naukową B dla jednostki prowadzącej kształcenie w co najmniej jednej z następujących dyscyplin: nauki prawne, nauki o zarządzaniu i jakości, ekonomia i finanse lub nauki o zdrowiu.

Wpis na listę menedżerów będzie następował w drodze postanowienia Prezesa Agencji, a w przypadku wskazanym w art. 123 ust. 8 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 utrzymała w mocy postanowienie Prezesa Agencji albo je uchylała, w przypadku gdy uzna, iż niezaistniały 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. 124

W celu wzmocnienia kadry zarządzającej i popularyzacji nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w ochronie zdrowia, projektodawca nałożył na kierowników podmiotów szpitalnych obowiązek kształcenia ustawicznego, które będzie mogło być realizowane zarówno przez samokształcenie jak i w zorganizowanych formach kształcenia. Jednocześnie kierownicy podmiotów szpitalnych będą zobowiązani przedkładać Prezesowi 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. 125

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. 125 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 – Zmiany w przepisach obowiązujących

Art. 126, 128, 132, 133

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 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 755, z późn. zm.);
- 3) ustawie z dnia 6 grudnia 2018 r. o Krajowym Rejestrze Zadłużonych (Dz. U. z 2019 r. poz. 55);
- 4) ustawie z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129, z późn. zm.).

Art. 127 – nowelizacja ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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.

Kolejną istotną zmianą proponowaną w projekcie jest wyłączenie z PSZ świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Zmiana ta stanowi reakcję na sygnalizowane przez część szpitali trudności w zapewnieniu obsady kadrowej koniecznej dla realizacji tych świadczeń, a jednocześnie uzasadniona jest charakterem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej jako elementu podstawowej opieki zdrowotnej. W związku z tym, ze względów organizacyjnych jak i systemowych, właściwym rozwiązaniem będzie rezygnacja ze ścisłego powiązania nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej z lecznictwem szpitalnym, na rzecz zawierania umów na te świadczenia z podmiotami zainteresowanymi ich udzielaniem i dysponującymi odpowiednim potencjałem, co nie wyłącza także realizacji takich świadczeń przez podmioty działające w ramach PSZ, jeżeli zgłoszą taką gotowość.

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.

Zmiana zaproponowana w art. 131b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej 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.

Art. 129 – nowelizacja ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych.

Modyfikacja art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1383 i z 2021 r. poz. 1192) ma na celu rozszerzenie kategorii instytutów uczestniczących w systemie ochrony zdrowia o instytuty badawcze prowadzące badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie nauk o zdrowiu.

Zaproponowana zmiana art. 18 ust. 5 ustawy o instytutach badawczych ma na celu uspójnienie 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 prowadzenia przez wszystkich wierzycieli podmiotu szpitalnego egzekucji z mienia podmiotu szpitalnego z uwzględnieniem kolejności zaspokajania wierzycieli w postępowaniu egzekucyjnym;
- 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 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 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 (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 właściwemu do spraw zdrowia. 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.

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. Jednocześnie z uwagi na to, że regulacje dotyczące wymogów, jakie muszą spełniać dyrektorzy podmiotów szpitalnych będą obowiązywały od dnia 1 lipca 2024 r., do dnia 30 czerwca 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 właściwego do spraw zdrowia 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 właściwy do spraw zdrowia 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 właściwy do spraw zdrowia 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).

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 albo uczelnia medyczna. Ww. połączenie będzie następowало przez: (i) przeniesienie całości mienia co

najmniej jednego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na instytut; (ii) przeniesienie zorganizowanej części mienia co najmniej jednego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na instytut; (iii) przeniesienie całości mienia co najmniej jednego instytutu na samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej lub (iv) przeniesienie zorganizowanej części mienia co najmniej jednego instytutu na samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

Połączenie będzie następowało w drodze aktu o połączeniu, którym – w zależności od podmiotu tworzącego samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej – będzie zarządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia albo porozumienie. Ww. przepis reguluje obligatoryjne elementy aktu o połączeniu, a także wskazuje, że do pracowników przejmowanego podmiotu stosuje się 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, o którym mowa w art. 22n tejże ustawy nie będzie stanowić połączenia, podziału, reorganizacji, przekształcenia lub likwidacji instytutu w rozumieniu przepisów ustawy o instytutach badawczych i nie będzie się stosować do niego aktów wykonawczych wydanych na podstawie art. 7 i 8 ww. ustawy. Połączenie będzie następowało bez przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego przejmowanego podmiotu, zaś z dniem wykreślenia podmiotu przejmowanego z Krajowego Rejestru Sądowego podmiot przejmujący wstąpi we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem był podmiot przejmowany, bez względu na charakter prawny tych stosunków.

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

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, 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 prowadzenia przez wszystkich wierzycieli podmiotu szpitalnego egzekucji z mienia podmiotu szpitalnego z uwzględnieniem kolejności zaspokajania wierzycieli w postępowaniu egzekucyjnym;

- 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 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. 131 – 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 będące spółką 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 spoz są podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami. Mając to na uwadze należy podkreślić, iż rozważania zawarte w dalszej części uzasadnienia odnoszą się do spoz 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 spoz będzie miała gospodarczy charakter, jeśli będzie wykonywana we własnym imieniu, w sposób zorganizowany i ciągły oraz w celach zarobkowych.

Działalność spoz 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 spoz jest zorganizowana na

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.).

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 szpоз 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 szpоз 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 szpоз wynikało również z art. 6 Prawa upadłościowego i naprawczego i dotyczyło także upadłości układowej. A zatem mając na uwadze, że szpоз 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 szpоз), 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 szpоз zastosowania jakichkolwiek środków restrukturyzacyjnych, w tym działań sanacyjnych, o których mowa w art. 3 ust. 6 Prawa restrukturyzacyjnego, w postaci: odstąpień 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 zarządczą 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). Jednocześnie nie będzie się stosować 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;
- 3) art. 226a–226h z uwagi na fakt, że kwestie uregulowane w tych przepisach są szczegółowo unormowane w ustawie.

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 nadzorcy (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 nadzorcy układu należy w szczególności

sporządzenie planu restrukturyzacyjnego oraz art. 220 pkt 16 ww. ustawy, zgodnie z którym sprawozdanie nadzorcy układu zawiera plan restrukturyzacyjny, sporządzony przez nadzorcę układu. Zamiast planu restrukturyzacyjnego do sprawozdania nadzorcy 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 nadzorcy 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 wartości mienia należącego do podmiotu szpitalnego w przypadku prowadzenia z niego egzekucji, która ma znaczenie dla określenia stopnia zaspokojenia wierzycieli na podstawie planu spłaty, o którym mowa w art. 367l, a jednocześnie dla określenia górnej granicy odpowiedzialności Agencji, o której mowa w art. 367l ust. 6;
- 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;
- 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 wysokości, którą wierzyciele uzyskaliby w przypadku prowadzenia przez wszystkich wierzycieli podmiotu szpitalnego egzekucji z mienia podmiotu szpitalnego z uwzględnieniem kolejności zaspokajania wierzycieli w postępowaniu egzekucyjnym.

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 prowadzenia przez wszystkich wierzycieli podmiotu szpitalnego egzekucji z mienia podmiotu szpitalnego z uwzględnieniem kolejności zaspokajania wierzycieli w postępowaniu egzekucyjnym, oraz
- 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.

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. Wypłacone 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. 132 – nowelizacja ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o Krajowym Rejestrze Zadłużonych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1909).

Podmioty szpitalne, które będą prowadziły postępowanie o zatwierdzenie układu będą osobami, wobec których są prowadzone postępowania restrukturyzacyjne w rozumieniu Prawa restrukturyzacyjnego. To oznacza, że zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1a ustawy o Krajowym Rejestrze Zadłużonych informacje o prowadzonym wobec podmiotu szpitalnego postępowaniu restrukturyzacyjnym ujawnia się w Krajowym Rejestrze Zadłużonych. W takiej sytuacji niezbędne jest ujawnienie w Rejestrze również informacji o tym, że dłużnik jest podmiotem

szpitalnym analogicznie do rozwiązania, które przewiduje ujawnianie w Rejestrze informacji o tym, że dłużnik jest osobą fizyczną, która nie prowadzi działalności gospodarczej.

Art. 133 – 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 samego podmiotu szpitalnego, 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. 134 – nowelizacja ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1875).

Projektowane zmiany w ustawie o Funduszu Medycznym przewidują, że minister właściwy do spraw zdrowia będzie mógł udzielić Agencji dotacji celowej na finansowanie inwestycji i rozwoju podmiotów szpitalnych, na zasadach właściwych dla tego ministra. Chodzi tu przede wszystkim o środki z przeznaczeniem na modernizację podmiotów szpitalnych, które obecnie rozdysponowywać może minister właściwy do spraw zdrowia. W związku z tym, że nowo powołana Agencja będzie odpowiedzialna za rozwój podmiotów szpitalnych w pełni uzasadnione jest umożliwienie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia przekazywania dotacji dla Agencji na finansowanie ww. zadań.

Ponadto 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 12 – Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe

Art. 135–138

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. oraz sporządzi plan działalności Agencji na 2022 r. Sporządzenie ww. dokumentów będzie odbywało się bez konieczności uzyskiwania opinii Rady.

Art. 139

Przewiduje się, że szacunkowy koszt funkcjonowania Agencji w pierwszym roku działalności (2022 r.) będzie wynosił 24,2 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 restrukturyzacyjnego w

ramach Sądu Okręgowego 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. 109 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 i 200 mln zł w roku 2032.

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 2026–2032 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.

Art. 140

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. 141

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 30 czerwca 2024 r. do wymagań związanych ze stanowiskiem kierownika podmiotu szpitalnego stosuje się przepisy dotychczasowe. W odniesieniu do kierowników podmiotów szpitalnych, którzy w dniu 1 lipca 2024 r. nie będą spełniać wymagań określonych art. 120 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 30 czerwca 2024 r. w stosunku do kierownika podmiotu szpitalnego będącego instytutem badawczym stosować będzie się wymagania określone w nowoprojektowanym art. 22c ust. 3 ustawy o instytutach badawczych.

Art. 142

Pierwszy państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego zorganizowany zostanie przez ministra właściwego do spraw zdrowia nie później niż w trzecim kwartale 2022 r.

Art. 143

W art. 143 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 lipca 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 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.

Art. 144

Regulacja proponowana w art. 144 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. 145

Regulacja zawarta w art. 145 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. 146

Art. 146 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 Zdrowia przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 147

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 funkcjonujących 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.

Proponuje się, aby projektowana ustawa, z nielicznymi wyjątkami, 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.