WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU
L. dz. SPS-111.020.319.5.2026
Data wpływu 05.X.2026

Do druku nr 3144

ZWIĄZEK WOJEWÓDZTW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

STANOWISKO

Zarządu Związku Województw Rzeczypospolitej Polskiej

z dnia 25 sierpnia 2026 roku

w sprawie konieczności stworzenia systemowych narzędzi zarządzania i konsolidacji publicznych podmiotów leczniczych

W związku z toczącą się debatą nt. wyzwań i przyszłości ochrony zdrowia, jak również coraz poważniej dyskutowaną potrzebą konsolidacji jednostek służącą lepszemu wykorzystaniu zarówno zasobów finansowych, jak i kadrowych, Zarząd Związku Województw Rzeczypospolitej Polskiej apeluje o stworzenie systemowych narzędzi zarządzania i konsolidacji publicznych podmiotów leczniczych.

Samorządy województw od lat przejmują odpowiedzialność za utrzymanie dostępności świadczeń zdrowotnych, stabilizację finansową podmiotów leczniczych oraz rozwój infrastruktury medycznej. W sytuacji niedoboru kadr medycznych, gwałtownego wzrostu kosztów funkcjonowania ochrony zdrowia oraz rosnących potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, samorządy podejmują trudne decyzje dotyczące konsolidacji podmiotów leczniczych, reorganizacji świadczeń i koncentracji potencjału medycznego.

Doświadczenia samorządów województw pokazują jednoznacznie, że obecny system nie tylko nie wspiera konsolidacji, ale w wielu obszarach utrudnia osiągnięcie jej efektów. Oznacza to, że samorządy podejmują wysiłek reorganizacji systemu, podczas gdy mechanizmy państwowe pozostają niedostosowane do nowych realiów organizacyjnych.

1. Niedostosowanie obecnej formuły prawnej SPZOZ do zarządzania dużymi, zintegrowanymi strukturami medycznymi.

W wyniku procesów konsolidacyjnych powstają podmioty lecznicze o skali porównywalnej z największymi organizacjami publicznymi w kraju – wieloprofilowe, wielolokalizacyjne, zatrudniające tysiące pracowników i zarządzające rozbudowaną infrastrukturą.

Utrzymywanie modelu zarządzania opartego wyłącznie na jednoosobowym kierownictwie staje się barierą dla sprawnego funkcjonowania takich organizacji. Państwo nie może oczekiwać profesjonalizacji zarządzania publiczną ochroną zdrowia, pozostawiając jednocześnie rozwiązania organizacyjne projektowane dla podmiotów o zupełnie innej skali działania.

Zarząd oczekuje pilnej zmiany przepisów poprzez umożliwienie powierzania zarządzania SPZOZ samorządowym osobom prawnym, co jest możliwe jedynie w szpitalnych spółkach prawa handlowego, nie zaś w samych SPZOZ.

Przekształcanie jednostek w spółki wywołuje zawsze duże emocje i problemy natury prawnej. **Dlatego też konsolidacja zarządzania kilkoma szpitalami przez Zarząd samorządowej osoby prawnej, złożony z najlepszych branżowych menagerów (obecnie dyrektorów szpitali), da nowe możliwości koordynacji współpracy SPZOZ i konsolidację usług wspólnych, bez emocji związanych z komercjalizacją (przekształcaniem w spółki), umożliwi także szybką konsolidację operacyjną również ze szpitalami powiatowymi.**

2. Brak elastyczności systemu finansowania świadczeń zdrowotnych w procesach konsolidacyjnych.

Szczególnie niepokojący jest brak spójności pomiędzy oczekiwaniami państwa wobec samorządów a sposobem finansowania świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który jest scentralizowany i nie odpowiada wyzwaniom regionalnym.

Samorządy są zachęcane przez Ministerstwo Zdrowia do konsolidacji i racjonalizacji świadczeń, lecz po przeprowadzeniu zmian napotykają sztywne mechanizmy kontraktowania, które uniemożliwiają pełne wykorzystanie efektów integracji. Konsolidacja podmiotów leczniczych nie może prowadzić do utraty kontraktów przez podmioty, które w wyniku połączenia przejmują realizację dotychczas wykonywanych świadczeń, lecz dokonują zmian w zakresie lokalizacji świadczonej usługi lub planują zmiany profili części oddziałów w przejmowanym podmiocie.

Niezbędne są gwarancje ciągłości poziomu finansowania w okresie przejściowym, **zgodnie z planem konsolidacji uzgodnionym z oddziałem regionalnym NFZ**. Sam fakt połączenia podmiotów nie powinien powodować utraty kontraktu ani ograniczenia finansowania świadczeń, które są nadal realizowane w ramach skonsolidowanej struktury.

Zarząd uważa, że bez zwiększenia elastyczności systemu kontraktowania, procesy konsolidacyjne będą prowadzone przy istotnym ryzyku destabilizacji finansowej podmiotów leczniczych. **W tym kontekście, niezbędna jest regionalizacja polityki oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia i - co za tym idzie - współudział Samorządów Województw w kreowaniu polityki NFZ względem jednostek ochrony zdrowia na terenie województwa.**

Niezbędna jest również regionalizacja ryczałtów, które obecnie w istotnym zakresie pozostają przedmiotem decyzji podejmowanych na poziomie Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia. Środki przeznaczone na finansowanie świadczeń powinny być w większym stopniu kształtowane i kierowane z uwzględnieniem rzeczywistych potrzeb zdrowotnych poszczególnych regionów.

Rozwiązanie to powinno zapewniać możliwość elastycznego przesuwania środków finansowych w ramach skonsolidowanych podmiotów leczniczych pomiędzy zakresami świadczeń, w przypadku zmiany ich organizacji, w szczególności ograniczenia lub zakończenia udzielania określonych świadczeń w jednej z lokalizacji. Powinno to wiązać się z przekazaniem wojewódzkim oddziałom NFZ większego zakresu kompetencji i swobody w zakresie kształtowania finansowania świadczeń.

3. Brak systemowych mechanizmów finansowo-prawnych wspierających koncentrację potencjału medycznego.

Najbardziej jaskrawym przykładem niespójności systemowej jest sytuacja, w której samorządy ograniczają dublujące się oddziały, konsolidują zasoby i racjonalizują infrastrukturę, podczas gdy równolegle wspierane przez Ministerstwo Zdrowia są inwestycje innych podmiotów w tym samym zakresie, prowadzące do kolejnego rozproszenia potencjału medycznego.

Taka sytuacja oznacza marnowanie środków publicznych, pogłębianie konkurencji o ograniczone kadry medyczne oraz osłabianie efektów działań restrukturyzacyjnych prowadzonych przez samorządy województw.

Zarząd oczekuje stworzenia mechanizmów finansowych i prawnych premiujących integrację potencjału publicznych podmiotów leczniczych oraz skutecznej koordynacji inwestycji zdrowotnych na poziomie regionalnym, z udziałem opinii samorządu województwa.

4. Konieczność powiązania polityki finansowania procedur z efektywnością leczenia, zmniejszaniem czasu oczekiwania i poziomem satysfakcji pacjentów.

Zarząd podkreśla, że stabilność finansowa publicznych podmiotów leczniczych nie może opierać się wyłącznie na corocznym zwiększaniu nakładów. Konieczne jest równoległe wzmacnianie efektywności organizacyjnej i jakości nakierowanej na poziom zaopiekowania pacjenta.

Tylko zdecentralizowane podejście, upodmiotowienie regionalne i wzmocnienie zarządzania przy jednoczesnym badaniu i rozliczaniu jakościowym, może dać szybkie i tak oczekiwane społecznie zmiany.

Podsumowanie

Zarząd Związku Województw Rzeczypospolitej Polskiej stwierdza, że bez zdecydowanych działań państwa procesy konsolidacji publicznych podmiotów leczniczych nie przyniosą oczekiwanych efektów dla pacjentów i finansów publicznych.

Samorządy województw są gotowe nadal podejmować odpowiedzialność za racjonalizację systemu ochrony zdrowia, jednak oczekują od administracji rządowej realnego partnerstwa i stworzenia narzędzi umożliwiających skuteczne zarządzanie publiczną siecią świadczeń.

Zasadne jest formalne włączenie Samorządów Województw w procesy decyzyjne Narodowego Funduszu Zdrowia. Znacząco wpłynie to zarówno na procesy konsolidacyjne, jak i lepsze dopasowanie wydatków do lokalnych potrzeb.

Bez zmian prawnych, finansowych i organizacyjnych rosnąć będzie ryzyko dalszego rozproszenia zasobów, pogłębiania niedoborów kadrowych oraz ograniczania dostępności świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców regionów.

Zarząd apeluje do Rządu Rzeczypospolitej Polskiej, Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia o pilne podjęcie prac legislacyjnych i organizacyjnych służących stworzeniu nowoczesnego modelu zarządzania publiczną ochroną zdrowia, odpowiadającego rzeczywistym potrzebom mieszkańców i wyzwaniom najbliższych lat.

Olgierd Geblewicz

Prezes Zarządu

Związku Województw Rzeczypospolitej Polskiej

Warszawa, dnia 2 września 2026 r.

OPINIA

Sporządzone przez: Chmaj i Partnerzy sp.p.

Na zlecenie: Związek Województw Rzeczpospolitej Polskiej

W przedmiocie: możliwości powierzenia zarządzania samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej (SPZOZ) samorządowej osobie prawnej oraz propozycji zmian legislacyjnych

I. PRZEDMIOT OPINII

Przedmiotem niniejszej opinii jest ocena czy na gruncie obowiązujących przepisów możliwe jest powierzenie zarządzania samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej („SPZOZ") osobie prawnej, w szczególności spółce prawa handlowego, a także wskazanie zmian legislacyjnych, które umożliwiłyby powierzenie zarządzania SPZOZ samorządowej osobie prawnej.

Analiza obejmuje w szczególności odpowiedź na następujące zagadnienia:

- Podmioty uprawnione do zarządzania samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej (SPZOZ);
- Zakres kompetencji przysługujących kierownikowi SPZOZ;
- Dopuszczalność powierzenia zarządzania SPZOZ spółce prawa handlowego w świetle aktualnie obowiązujących przepisów;
- Kierunki postulowanych zmian legislacyjnych, warunkujących możliwość powierzenia zarządzania SPZOZ samorządowym osobom prawnym.

II. STAN FAKTYCZNY

1. Status prawny SPZOZ

Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej jako: u.d.l.) samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jest podmiotem leczniczym. Jednocześnie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą. Utworzenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały właściwego organu podmiotu tworzącego. Tworząc samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, uwzględnia się konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz racjonalnej organizacji opieki zdrowotnej. Podmiotem tworzącym SPZOZ mogą być Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego (dalej jako: JST) oraz uczelnia medyczna. Dla niniejszej analizy prawnej istotne znaczenie ma fakt, iż Skarb Państwa oraz JST mogą obecnie utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie m.in. spółki kapitałowej lub SPZOZ. Ustawodawca dopuścił zatem dwa zasadniczo odmienne modele organizacyjno-prawne prowadzenia działalności leczniczej przez podmiot tworzący.

2. Znaczenie podmiotu tworzącego

Jak wyżej zostało wskazane podmiotem tworzącym SPZOZ mogą być Skarb Państwa, JST oraz uczelnia medyczna. Do kompetencji podmiotu tworzącego należy m.in:

- sprawowanie nadzoru nad SPZOZ;
- badanie zgodność działalności SPZOZ z prawem, statutem i regulaminem;
- kontrolowanie celowości, gospodarności i rzetelności jego działalności;
- możliwość żądania informacji, wyjaśnień i dokumentów;
- dokonywanie kontroli i oceny działalności SPZOZ;

W przypadku niezgodnych z prawem działań kierownika podmiot tworzący może wstrzymać ich wykonanie oraz zobowiązać kierownika do ich zmiany lub cofnięcia. Ponadto w określonych sytuacjach może rozwiązać stosunek pracy albo umowę cywilnoprawną z kierownikiem.

Jest to zatem model nadzoru właścicielskiego/publicznoprawnego, a nie model bezpośredniego zarządzania przez podmiot tworzący.

3. Powierzenie zarządzania SPZOZ

Zgodnie z art. 46 ust. 1 u.d.l. odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik. Przepis ten ma charakter podstawowej normy ustrojowej.

Kierownikiem może być osoba fizyczna spełniająca ustawowe wymagania, tj. posiadająca wykształcenie wyższe, wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków, odpowiedni staż pracy albo wykształcenie podyplomowe w zakresie zarządzania i wymagany staż oraz niekarana za przestępstwo umyślne.

Ponadto podmiot tworzący nawiązuje z kierownikiem stosunek pracy na podstawie powołania albo umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną. W razie odwołania kierownika lub nieobsadzenia stanowiska podmiot tworzący może czasowo wyznaczyć inną osobę spełniającą ustawowe wymagania. W SPZOZ przeprowadza się konkurs na stanowisko kierownika, który ogłasza podmiot tworzący. Z konstrukcji art. 46 i 49 u.d.l. wynika zatem, że ustawodawca założył personalny charakter funkcji kierownika.

4. Kompetencje kierownika SPZOZ

Zgodnie z ustawą od działalności leczniczej kompetencje kierownika nie ograniczają się do bieżącego administrowania. Ustawa przypisuje mu szereg konkretnych kompetencji. Przede wszystkim kierownik odpowiada za zarządzanie SPZOZ, ustala plan finansowy, gospodaruje mieniem SPZOZ, wykonuje obowiązki związane z sytuacją finansową SPZOZ. W konsekwencji „zarządzanie SPZOZ" jest pojęciem szerokim i obejmuje zarówno decyzje organizacyjne, finansowe i majątkowe, jak również odpowiedzialność za zapewnienie prawidłowego funkcjonowania podmiotu leczniczego.

5. Czy SPZOZ może zarządzać spółka prawa handlowego?

Na gruncie obowiązującego prawa nie ma podstawy do uznania, że spółce prawa handlowego można powierzyć zarządzenie SPZOZ.

Przesądza o tym konstrukcja art. 46 u.d.l. tj. *„Odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik"*.

Jednocześnie kolejne ustępy tego artykułu posługują się konstrukcją osoby fizycznej oraz stosunku prawnego łączącego podmiot tworzący z kierownikiem. Także procedura konkursowa z art. 49 dotyczy „stanowiska kierownika".

Nie jest zatem wystarczające przyjęcie, że spółka zawrze z SPZOZ umowę o świadczenie usług zarządzania. Taka umowa może regulować świadczenie określonych usług organizacyjnych, doradczych czy menedżerskich, ale nie zmienia ustawowo określonego podmiotu ponoszącego odpowiedzialność za zarządzanie SPZOZ.

W szczególności nie można w drodze samej umowy:

- nadać spółce statusu kierownika;
- przenieść na spółkę ustawowej odpowiedzialności z art. 46 u.d.l.;
- automatycznie przenieść na spółkę kompetencji przypisanych kierownikowi przez przepisy szczególne;
- wyłączyć ustawowych kompetencji podmiotu tworzącego.

Byłoby to bowiem wykroczenie poza zasadę legalizmu i przeciwko wyraźnej konstrukcji ustawowej.

Nie oznacza to, że obecnie SPZOZ nie może korzystać ze świadczeń innych podmiotów w zakresie zarządzania. Możliwe jest co do zasady zlecanie określonych usług, np. związanych z restrukturyzacją, finansami, controllingiem, zakupami czy organizacją procesów. Nie prowadzi to jednak do formalnego powierzenia innemu podmiotowi funkcji kierownika SPZOZ.

W takim modelu nadal musi istnieć osoba fizyczna będąca kierownikiem i ponosząca odpowiedzialność przewidzianą w art. 46 u.d.l.

III. ANALIZA PRAWNA - PROPOZYCJA ZMIAN

1) Powołanie podmiotu zarządzającego

Wprowadzenie koncepcji „podmiotu zarządzającego", którym będzie mogła zostać wyłącznie samorządowa osoba prawna tj. spółka kapitałowa z pełnym udziałem JST lub spółka należąca do kilku JST (posiadających łącznie min. 90% udziałów), podlegająca reżimowi zamówień publicznych. Istotnym założeniem jest całkowite wykluczenie z tego mechanizmu podmiotów prywatnych, co ma zapobiec ukrytej prywatyzacji i zagwarantować pełne zachowanie publicznego charakteru zarządzanych placówek.

2) Dyrektor SPZOZ

Należy przede wszystkim wskazać, że propozycje zmian nie mają na celu wykluczenie stanowiska kierownika, ponieważ powierzenie zarządzania podmiotowi zarządzającemu jest alternatywą do wybrania kierownika w drodze konkursu. Jednak nawet w przypadku wyboru podmiotu zarządzającego, podmiot ten do bieżącego zarządzania wyznacza osobę fizyczną – Dyrektora SPZOZ. Dyrektor ten musi spełniać ustawowe kwalifikacje jak kierownik SPZOZ i to on bezpośrednio kieruje placówką, reprezentuje ją na zewnątrz oraz pełni obowiązki pracodawcy wobec personelu z zakresu prawa pracy.

3) Konsolidacja placówek i zarządzanie regionalne

Aby zniwelować rozproszenie potencjału, ustawa umożliwi jednemu podmiotowi zarządzanie kilkoma różnymi SPZOZ funkcjonującymi w obrębie tego samego województwa. Pozwoli to na budowanie sieci przychodni, centralizację postępowań zakupowych (leki, sprzęt) oraz tworzenie centrów usług wspólnych, co ma przynieść placówkom korzyści płynące z efektu skali i zoptymalizować ich wydatki.

Zostaną też wprowadzone przepisu umożliwiające odpowiednie stosowanie modelu powierzenia zarządzania nie tylko wobec SPZOZ, lecz także wobec podmiotów leczniczych działających w formie spółek kapitałowych kontrolowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, przy jednoczesnym poszanowaniu przepisów Kodeksu spółek handlowych.

Dzięki temu podmiot tworzący może stworzyć jednolity, spójny model zarządzania wszystkimi szpitalami, niezależnie od przyjętej formy organizacyjno-prawnej, bez ryzyka podważenia zawieranych umów i przy pełnym poszanowaniu zasad nadzoru właścicielskiego nad spółkami.

4) Uregulowana możliwość skierowania do pracy w innym SPZOZ

Jako odpowiedź na braki kadrowe, wprowadzony zostanie mechanizm legalnego, czasowego delegowania pracowników pomiędzy zakładami zarządzanymi przez ten sam podmiot. Będzie się to odbywało w oparciu o porozumienie pracodawców, z pełną i bezwzględną gwarancją zachowania wszelkich dotychczasowych praw i przywilejów pracowniczych (mechanizm ten nie będzie traktowany jako praca tymczasowa).

5) Rygorystyczny nadzór publiczny i dyscyplina finansowa

Ostatnim filarem jest zapewnienie bezpieczeństwa systemu. Podmiot zarządzający SPZOZ zostanie objęty przepisami ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych. Dodatkowo wprowadzono obowiązki sprawozdawcze – podmiot zarządzający będzie musiał kwartalnie raportować o swoich działaniach przed podmiotem tworzącym oraz Radą Społeczną, a także co najmniej raz na dwa lata przechodzić obowiązkowy audyt zewnętrzny. Celem całościowej reformy jest uelastycznienie i sprofesjonalizowanie zarządzania publiczną ochroną zdrowia, optymalizacja zasobów kadrowych i majątkowych przy rygorystycznym zabezpieczeniu interesów pacjentów oraz finansów publicznych.

IV. PROPONOWANE ZMIANY

1. Projekt ustawy

PROJEKT USTAWY o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

Art. 1

W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. ...) wprowadza się następujące zmiany:

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

„6a) podmiot zarządzający – spółka kapitałowa, w której podmiot tworzący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej posiada bezpośrednio lub pośrednio 100% udziałów lub akcji, albo spółka, w której jednostki samorządu terytorialnego łącznie posiadają nie mniej niż 90% udziałów albo akcji i nad którą sprawują kontrolę jak nad własnymi jednostkami, w rozumieniu przepisów Prawa zamówień publicznych."

2) art. 46 otrzymuje brzmienie:

„Art. 46.

1. Odpowiedzialność za zarządzanie samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej ponosi kierownik lub podmiot zarządzający, któremu powierzono zarządzanie podmiotem leczniczym na zasadach określonych w ustawie.
2. Kierownikiem podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą może być osoba, która:
   1) posiada wykształcenie wyższe;
   2) posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika;
   3) posiada co najmniej pięcioletni staż pracy na stanowisku kierowniczym albo ukończone studia podyplomowe na kierunku zarządzanie i co najmniej trzyletni staż pracy;
   4) nie została prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie.
3. W przypadku podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami podmiot tworzący nawiązuje z kierownikiem stosunek pracy na podstawie powołania lub umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.

3a. W przypadku odwołania kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą albo w innym przypadku nieobsadzenia stanowiska kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, podmiot tworzący wyznacza do pełnienia obowiązków kierownika jednego z jego zastępców albo innego pracownika spełniającego warunki określone w ust. 2 albo zatrudnia w tym celu inną osobę spełniającą warunki określone w ust. 2 na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy liczony od dnia odwołania kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą albo od dnia nieobsadzenia tego stanowiska. Przepis art. 49 ust. 6a stosuje się odpowiednio.

4. Przepisu ust. 2 pkt 3 nie stosuje się do kierownika podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą dla osób pozbawionych wolności.
5. W przypadku powierzenia zarządzania podmiotowi zarządzającemu, podmiot tworzący zawiera z nim umowę powierzenia zarządzania na czas oznaczony od 3 do 7 lat. Umowa może być przedłużana na dalsze okresy nie dłuższe niż 7 lat, a także zawierana ponownie z tym samym podmiotem zarządzającym, jeżeli w chwili przedłużenia albo ponownego zawarcia umowy są spełnione warunki, o których mowa w art. 2 pkt 6a, oraz przesłanki właściwego trybu wskazanego w ust. 9. Przedłużenie umowy albo ponowne jej zawarcie następuje po zasięgnięciu opinii rady społecznej i po dokonaniu przez podmiot tworzący oceny wykonania umowy dotychczasowej.
6.
   1) Podmiot zarządzający wyznacza dyrektora SPZOZ – osobę fizyczną spełniającą wymagania określone dla kierownika określone w ust. 2, która kieruje bieżącą działalnością jednostki, reprezentuje SPZOZ na zewnątrz oraz wykonuje czynności z zakresu prawa pracy wobec pracowników SPZOZ, w granicach określonych umową powierzenia i statutem.
   2) Funkcję dyrektora SPZOZ może pełnić osoba wchodząca w skład organu zarządzającego podmiotu zarządzającego, jeżeli spełnia wymagania określone w ust. 2, a podmiot tworzący wyraził na to zgodę w formie pisemnej po zasięgnięciu opinii rady społecznej. Zgoda może być wyrażona w umowie powierzenia zarządzania.
   3) W czynnościach między SPZOZ a podmiotem zarządzającym, w tym w zawieraniu i zmianie umów, dochodzeniu roszczeń oraz odbiorze i zatwierdzaniu sprawozdań, osoba, o której mowa w pkt 2, jest wyłączona od działania w imieniu którejkolwiek ze stron. SPZOZ reprezentuje w tych czynnościach pełnomocnik powołany przez podmiot tworzący, a podmiot zarządzający — pozostali członkowie jego organu zarządzającego albo pełnomocnik powołany uchwałą zgromadzenia wspólników albo walnego zgromadzenia.
   4) Umowa powierzenia zarządzania określa zasady zapobiegania konfliktowi interesów oraz obowiązki informacyjne osób łączących funkcje, o których mowa w pkt 2;
   5) do dyrektora SPZOZ, który wchodzi w skład organu zarządzającego podmiotu zarządzającego, nie stosuje się art. 47 ust. 3 w zakresie pełnienia tej funkcji.
7. Umowa powierzenia zarządzania określa w szczególności:
   1) zakres przekazanych zadań i uprawnień;
   2) zasady zatrudniania pracowników SPZOZ

3) zasady gospodarki finansowej, kontroli wewnętrznej i audytu;

4) wynagrodzenie oraz sposób jego rozliczania,

5) obowiązki sprawozdawcze, dostęp do informacji i dokumentów;

6) odpowiedzialność oraz wymagane ubezpieczenia OC.

7) zasady sprawowania nadzoru przez podmiot tworzący.

8. Podmiot zarządzający może wykonywać zarządzanie jednocześnie w stosunku do więcej niż jednego SPZOZ tego samego podmiotu tworzącego lub różnych podmiotów tworzących na obszarze tego samego województwa; do koordynacji działań stosuje się odpowiednio przepisy o porozumieniach JST.

9. Powierzenie zarządzania podmiotowi zarządzającemu następuje:

1) bez stosowania Prawa zamówień publicznych – jeżeli spełnione są przesłanki udzielenia o których mowa w art. 214 ust. 1 pkt 11–13 ustawy – Prawo zamówień publicznych; albo

2) z zastosowaniem przepisów Prawa zamówień publicznych – w pozostałych przypadkach.

10. Osoby działające w imieniu podmiotu zarządzającego podlegają przepisom o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych w zakresie gospodarowania środkami publicznymi SPZOZ.

11. W przypadku rażącego naruszenia prawa, zagrożenia ciągłości udzielania świadczeń, podmiot tworzący może zastosować środki nadzorcze przewidziane w umowie, a w razie potrzeby – rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym.

12. Przepisy dotyczące kierownika stosuje się odpowiednio do dyrektora SPZOZ, chyba że ustawa stanowi inaczej."

3) po art. 46a dodaje się art. 46b–46h w brzmieniu:

„Art. 46b. [Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, minimalne standardy umowy powierzenia zarządzania, zakres raportowania, standardy bezpieczeństwa informacji oraz minimalne wymagania dotyczące koordynacji świadczeń, mając na względzie bezpieczeństwo pacjentów, jakość i dostępność świadczeń oraz efektywność wykorzystania zasobów.

Art. 46c. Rada społeczna opiniuje projekty umów powierzenia zarządzania oraz sprawozdania z ich wykonania; ma prawo żądać od podmiotu zarządzającego informacji i dokumentów w zakresie objętym umową.

Art. 46d. Podmiot zarządzający może organizować wspólne zakupy, usługi wspólne oraz scentralizowane zarządzanie zasobami w SPZOZ, które obsługuje, z zachowaniem przepisów o zamówieniach publicznych i konkurencji.

Art. 46e.

1. Podmiot zarządzający może, za pisemną zgodą pracownika, skierować go do czasowego wykonywania pracy w innym SPZOZ zarządzanym przez ten sam podmiot zarządzający, na podstawie porozumienia zawartego między pracodawcami (porozumienie o czasowym skierowaniu do pracy).
2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, następuje na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy w okresie kolejnych 36 miesięcy i nie może naruszać ważnego interesu SPZOZ dotychczas zatrudniającego pracownika.
3. W okresie skierowania pracownik pozostaje zatrudniony przez dotychczasowego pracodawcę, który zachowuje wobec niego status pracodawcy w rozumieniu art. 3 Kodeksu pracy; do warunków wynagradzania, czasu pracy i bezpieczeństwa oraz higieny pracy w okresie wykonywania pracy w SPZOZ przyjmującym stosuje się przepisy obowiązujące u pracodawcy przyjmującego, chyba że porozumienie, o którym mowa w ust. 1, stanowi inaczej korzystniej dla pracownika.
4. Porozumienie, o którym mowa w ust. 1, określa w szczególności: okres skierowania, rodzaj i miejsce wykonywanej pracy, zasady wynagradzania i rozliczeń finansowych między pracodawcami oraz zasady odpowiedzialności za organizację pracy i bezpieczeństwo i higienę pracy w okresie skierowania.
5. Czasowe skierowanie, o którym mowa w ust. 1, nie stanowi pracy tymczasowej w rozumieniu ustawy z dnia 9 lipca 2003 r. o zatrudnianiu pracowników tymczasowych i nie wymaga wpisu do rejestru agencji zatrudnienia; przepisów tej ustawy nie stosuje się.
6. Okres skierowania wlicza się do stażu pracy u dotychczasowego pracodawcy oraz do okresu, od którego zależą uprawnienia pracownicze.
7. Odmowa wyrażenia zgody na skierowanie, o którym mowa w ust. 1, nie może stanowić przyczyny uzasadniającej wypowiedzenie stosunku pracy ani innego niekorzystnego traktowania pracownika.

Art. 46f. Administratorem danych osobowych pacjentów pozostaje SPZOZ. Podmiot zarządzający przetwarza te dane wyłącznie na podstawie umowy powierzenia przetwarzania i w zakresie niezbędnym do wykonania umowy powierzenia zarządzania; osoby działające w imieniu podmiotu zarządzającego są obowiązane do zachowania tajemnicy na zasadach określonych w przepisach o prawach pacjenta.

Art. 46g. Podmiot zarządzający składa podmiotowi tworzącemu oraz radzie społecznej sprawozdania kwartalne i roczne; podlega audytowi zewnętrznemu nie rzadziej niż raz na 2 lata.

Art. 46h. Podmiot zarządzający ponosi wobec SPZOZ i podmiotu tworzącego odpowiedzialność kontraktową za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy powierzenia; nie wyłącza to odpowiedzialności cywilnej SPZOZ wobec pacjentów ani odpowiedzialności zawodowej personelu.

Art. 46i

1. Przepisy art. 46 ust. 5–12 oraz art. 46b–46h stosuje się odpowiednio do podmiotu leczniczego działającego w formie spółki kapitałowej, w której jednostki samorządu terytorialnego posiadają, bezpośrednio lub pośrednio, łącznie nie mniej niż 51% udziałów albo akcji, jeżeli organ właścicielski tej spółki wyrazi na to zgodę w drodze uchwały.
2. Powierzenie zarządzania, o którym mowa w ust. 1, nie uchyla ani nie ogranicza kompetencji i odpowiedzialności zarządu spółki określonych w przepisach Kodeksu spółek handlowych. Umowa powierzenia zarządzania określa zakres czynności zarządczych, usług wspólnych i standardów organizacyjnych realizowanych przez podmiot zarządzający oraz zasady współdziałania z zarządem spółki.
3. Podmiot zarządzający może wykonywać zarządzanie jednocześnie w stosunku do SPZOZ oraz podmiotów leczniczych, o których mowa w ust. 1, a także organizować dla nich wspólne zakupy i usługi wspólne na zasadach określonych w art. 46d.
4. Przepis art. 46e stosuje się odpowiednio do czasowego kierowania pracownika do pracy pomiędzy SPZOZ a podmiotem leczniczym, o którym mowa w ust. 1, zarządzanymi przez ten sam podmiot zarządzający.
5. Powierzenie zarządzania oraz świadczenie usług na rzecz podmiotów, o których mowa w ust. 1, nie może prowadzić do niespełnienia warunków, o których mowa w art. 214 ust. 1 pkt 11–13 ustawy – Prawo zamówień publicznych, w odniesieniu do umów powierzenia zarządzania zawartych bez stosowania tej ustawy."

4) w art. 49 po ust 1 dodaje się ust.1a, 1b,1c w brzmieniu:

„Art. 49.

1a. Jeżeli zarządzanie powierza się podmiotowi zarządzającemu:

a) wybór podmiotu zarządzającego następuje zgodnie z art. 46 ust. 9;
b) Dyrektora SPZOZ wybiera podmiot zarządzający po zasięgnięciu opinii rady społecznej i zawiadomieniu podmiotu tworzącego, spośród osób spełniających wymagania, o których mowa w art. 46 ust. 2, przepisu o konkursie określonym w art. 49 ust.1-7 nie stosuje

c) zasady wyboru i zatrudnienia osób na stanowiska zastępcy dyrektora SPZOZ, w przypadku, gdy nie jest lekarzem, ordynatora, naczelnej pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek, pielęgniarki oddziałowej zostaną określone w umowie powierzenia, przepisu o konkursie określonym w art. 49 ust.1-7 nie stosuje się"

Art. 2

W ustawie z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz.U. ...) w art. ... po pkt ... dodaje się pkt ... w brzmieniu:

„...) osobą odpowiedzialną jest także osoba działająca w imieniu podmiotu zarządzającego, o którym mowa w art. 2 pkt 6a ustawy o działalności leczniczej, w zakresie gospodarowania środkami publicznymi SPZOZ."

Art. 3

1. Umowy powierzenia zarządzania mogą być zawierane po upływie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.
2. Statuty SPZOZ dostosowuje się do przepisów niniejszej ustawy w terminie 6 miesięcy od dnia jej wejścia w życie.
3. Do czasu zawarcia umowy powierzenia zarządzania, dotychczasowy kierownik pełni swoje obowiązki.
4. Zawarcie umowy powierzenia nie wpływa na ciągłość umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 4

Ustawa wchodzi w życie po upływie ..... od dnia ogłoszenia.

2. Uzasadnienie

1. Cel i potrzeba wydania ustawy

Zasadniczym celem przedkładanego projektu ustawy jest stworzenie nowoczesnych, kompleksowych i bezpiecznych ram prawnych umożliwiających jednostkom samorządu terytorialnego (JST) oraz innym podmiotom tworzącym powierzanie zarządzania Samodzielnymi Publicznymi Zakładami Opieki Zdrowotnej (SPZOZ) samorządowym osobom prawnym. Wprowadzenie do ustawy o działalności leczniczej instytucji „podmiotu zarządzającego" stanowi bezpośrednią odpowiedź na nawracające problemy strukturalne, finansowe oraz kadrowe publicznego sektora ochrony zdrowia. W obecnym stanie organizacyjno-prawnym poszczególne SPZOZ funkcjonują jako autonomiczne, odizolowane jednostki. Model oparty na indywidualnej odpowiedzialności jednoosobowego kierownika SPZOZ uniemożliwia sprawne funkcjonowanie takich podmiotów na obszarze tego samego powiatu lub województwa.

Projektowana reforma ma na celu umożliwienie podmiotom tworzącym przekazania zarządzania nad jednym lub kilkoma SPZOZ jednemu wyspecjalizowanemu podmiotowi zarządzającemu (samorządowej osobie prawnej). Rozwiązanie to pozwoli na osiągnięcie efektu skali, zoptymalizowanie wydatków publicznych, racjonalizację wykorzystania zasobów sprzętowych i kadrowych oraz usprawnienie zarządzania, przy jednoczesnym bezwzględnym zachowaniu publicznego charakteru SPZOZ, publicznej własności majątku oraz konstytucyjnych gwarancji równego dostępu obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Aktualny stan prawny i ocena jego funkcjonowania

Zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991, z późn. zm. – zwanej dalej „u.d.l."), w tym w szczególności art. 46 i art. 49 u.d.l., zarządzanie SPZOZ spoczywa wyłącznie na kierowniku jednostki. Kierownik jest osobiście odpowiedzialny za całokształt funkcjonowania zakładu.

Choć ogólne zasady polskiego prawa nie sprzeciwiają się powierzaniu zarządzania podmiotami gospodarczymi i publicznymi podmiotom korporacyjnym (osobom prawnym), to w odniesieniu do SPZOZ brak jest przepisów zezwalających na „zastąpienie" kierownika będącego osobą fizyczną przez spółkę prawa handlowego. Ewentualne próby zawierania umów o zarządzanie SPZOZ ze spółkami w dotychczasowym stanie prawnym niosą za sobą wysokie ryzyko uznania takich umów za bezwzględnie nieważne ze względu na naruszenie ius cogens przepisów ustawy o działalności leczniczej.

Dotychczasowy model zarządczy skupiony na osobie kierownika ogranicza potencjał, który daje konsolidacja podmiotów. Pojedyncze podmioty działające osobno mają słabą pozycję negocjacyjną wobec dostawców leków, energii czy wyrobów medycznych. Brak możliwości formalnego scalenia zakupów przez wspólny podmiot zarządzający uniemożliwia uzyskanie np. rabatów na duże zamówienia.

Warto też zwrócić uwagę na fakt, iż obecne przepisy nie dają jasnych instrumentów prawnych umożliwiających sprawną, czasową alokację personelu medycznego pomiędzy placówkami w sytuacji np. nieobecności związanej z chorobą czy sezonem urlopowym.

3. Główne założenia proponowanych zmian

1) Powołanie podmiotu zarządzającego

Wprowadzenie koncepcji „podmiotu zarządzającego", którym będzie mogła zostać wyłącznie samorządowa osoba prawna tj. spółka kapitałowa z pełnym udziałem JST lub spółka należąca do

kilku JST (posiadających łącznie min. 90% udziałów), podlegająca reżimowi zamówień publicznych. Istotnym założeniem jest całkowite wykluczenie z tego mechanizmu podmiotów prywatnych, co ma zapobiec ukrytej prywatyzacji i zagwarantować pełne zachowanie publicznego charakteru zarządzanych placówek.

2) Dyrektor SPZOZ

Należy przede wszystkim wskazać, że propozycje zmian nie mają na celu wykluczenie stanowiska kierownika, ponieważ powierzenie zarządzania podmiotowi zarządzającemu jest alternatywą do wybrania kierownika w drodze konkursu. Jednak nawet w przypadku wyboru podmiotu zarządzającego, podmiot ten do bieżącego zarządzania wyznacza osobę fizyczną tj. kierownika. Dyrektor ten musi spełniać ustawowe kwalifikacje jak kierownik SPZOZ i to on bezpośrednio kieruje placówką, reprezentuje ją na zewnątrz oraz pełni obowiązki pracodawcy wobec personelu z zakresu prawa pracy.

3) Konsolidacja placówek i zarządzanie regionalne

Aby zniwelować rozproszenie potencjału, ustawa umożliwi jednemu podmiotowi zarządzanie kilkoma różnymi SPZOZ funkcjonującymi w obrębie tego samego województwa. Pozwoli to na budowanie sieci przychodni, centralizację postępowań zakupowych (leki, sprzęt) oraz tworzenie centrów usług wspólnych, co ma przynieść placówkom korzyści płynące z efektu skali i zoptymalizować ich wydatki.

Zostaną też wprowadzone przepisu umożliwiające odpowiednie stosowanie modelu powierzenia zarządzania nie tylko wobec SPZOZ, lecz także wobec podmiotów leczniczych działających w formie spółek kapitałowych kontrolowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, przy jednoczesnym poszanowaniu przepisów Kodeksu spółek handlowych.

Dzięki temu podmiot tworzący będzie mógł stworzyć jednolity, spójny model zarządzania wszystkimi szpitalami, niezależnie od przyjętej formy organizacyjno-prawnej, bez ryzyka podważenia zawieranych umów i przy pełnym poszanowaniu zasad nadzoru właścicielskiego nad spółkami.

4) Uregulowana możliwość skierowania do pracy w innym SPZOZ

Jako odpowiedź na braki kadrowe, wprowadzony zostanie mechanizm legalnego, czasowego delegowania pracowników pomiędzy jednostkami zarządzanymi przez ten sam podmiot. Będzie się to odbywało w oparciu o porozumienie pracodawców, z pełną i bezwzględną gwarancją zachowania wszelkich dotychczasowych praw i przywilejów pracowniczych (mechanizm ten nie będzie traktowany jako praca tymczasowa).

5) Rygorystyczny nadzór publiczny i dyscyplina finansowa

Ostatnim filarem jest zapewnienie bezpieczeństwa systemu. Podmiot zarządzający SPZOZ zostanie objęty przepisami ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych. Dodatkowo wprowadzono obowiązki sprawozdawcze – podmiot zarządzający będzie musiał kwartalnie raportować o swoich działaniach przed podmiotem tworzącym oraz Radą Społeczną, a także co najmniej raz na dwa lata przechodzić obowiązkowy audyt zewnętrzny. Celem całościowej reformy jest uelastycznienie i sprofesjonalizowanie zarządzania publiczną ochroną zdrowia, optymalizacja zasobów kadrowych i majątkowych przy rygorystycznym zabezpieczeniu interesów pacjentów oraz finansów publicznych.

4. Omówienie przepisów

1) Zmiany w ustawie o działalności leczniczej (Art. 1)

Art. 1 pkt 1 – Definicja ustawowa „podmiotu zarządzającego" (art. 2 pkt 6a u.d.l.)

Projekt wprowadza do art. 2 u.d.l. definicję legalną „podmiotu zarządzającego". Przepis ten stanowi, że podmiotem zarządzającym może być wyłącznie spółka kapitałowa, w której podmiot tworzący SPZOZ posiada bezpośrednio lub pośrednio 100% udziałów albo akcji, lub spółka, w której jednostki samorządu terytorialnego łącznie posiadają niemniej niż 90% udziałów albo akcji i sprawują nad nią kontrolę odpowiadającą kontroli sprawowanej nad własnymi jednostkami w rozumieniu przepisów Prawa zamówień publicznych. Definicja ta ma wymiar ustrojowy – uniemożliwia komercjalizację lub ukrytą prywatyzację SPZOZ, gwarantując, że władztwo zarządcze pozostanie pod ścisłą kontrolą publiczną JST.

Art. 1 pkt 2 – Nowe brzmienie art. 46 u.d.l. (Instytucja powierzenia i umowa zarządzania)

Zmieniany art. 46 u.d.l. stanowi trzon projektowanej regulacji:

1) Ust. 1: Wprowadza zasadę, że odpowiedzialność za zarządzanie SPZOZ ponosi podmiot zarządzający albo kierownik. Podmiot tworzący zyskuje swobodę wyboru modelu zarządczego.
2) Ust. 5: Określa czas trwania umowy powierzenia zarządzania na okres oznaczony od 3 do 7 lat z możliwością przedłużenia lub ponownego zawarcia umowy. Horyzont ten zapewnia odpowiednią perspektywę inwestycyjną i restrukturyzacyjną oraz pozwala ocenę przez podmiot tworzący wykonania umowy.
3) Ust. 6: Reguluje status Dyrektora SPZOZ. Podmiot zarządzający wyznacza osobę fizyczną spełniającą standardowe wymagania dla kierownika SPZOZ. Dyrektor kieruje bieżącą działalnością jednostki, reprezentuje SPZOZ na zewnątrz oraz wykonuje czynności z

zakresu prawa pracy wobec pracowników. Dzięki temu rozwiązaniu SPZOZ zachowuje podmiotowość prawną i status pracodawcy, a operacyjne zarządzanie nie ulega paraliżowi.

4) Ust. 7: Zawiera wyczerpujący katalog obligatoryjnych postanowień umowy powierzenia zarządzania (m.in. zakres zada, koordynacji świadczeń, ochrony danych osobowych, wynagrodzenia, ubezpieczenia).
5) Ust. 8: Zezwala na zarządzanie przez jeden podmiot zarządzający wieloma SPZOZ w granicach danego województwa (również należącymi do różnych podmiotów tworzących, w tym w ramach porozumień JST).
6) Ust. 9: Reguluje stosunek do Prawa zamówień publicznych – wskazując na tryb bezprzetargowy lub konkurencyjny w zależności od spełnienia przesłanek z PZP.
7) Ust. 10 i 11: Obejmują podmiot zarządzający reżimem dyscypliny finansów publicznych oraz wyposażają podmiot tworzący w środki władcze (w tym rozwiązanie umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku zagrożenia ciągłości udzielania świadczeń).
8) Ust. 12: Nakazuje odpowiednie stosowanie przepisów o kierowniku do Dyrektora SPZOZ.

Art. 1 pkt 3 – Nowe artykuły 46b–46h u.d.l. (Mechanizmy operacyjne i osłonowe)

Art. 46b (Delegacja ustawowa)

Nakłada na Ministra właściwego do spraw zdrowia obowiązek wydania rozporządzenia określającego minimalne standardy umowy powierzenia, zakres raportowania, wymogi bezpieczeństwa informacji oraz standardy rotacji personelu.

Art. 46c (Wzmocnienie Rady Społecznej)

Zapewnia Radzie Społecznej SPZOZ uprawnienia do opiniowania projektów umów powierzenia, sprawozdań z ich wykonania oraz prawo żądania informacji i dokumentów.

Art. 46d (Usługi wspólne i zakupy zintegrowane)

Przepis upoważnia podmiot zarządzający do organizowania wspólnych zakupów (leków, sprzętu, energii) oraz tworzenia centrów usług wspólnych z zachowaniem przepisów o ochronie konkurencji i PZP.

Art. 46e (Możliwość czasowego skierowania pracownika do pracy w innym SPZOZ)

Wprowadza legalny mechanizm czasowego kierowania pracowników do pracy w innym SPZOZ zarządzanym przez tę samą spółkę na podstawie porozumienia pracodawców. Ustawa wprost

przesądza, że mechanizm ten nie stanowi pracy tymczasowej, a pracownik zachowuje dotychczasowy stosunek pracy i uprawnienia pracownicze.

Art. 46f (RODO)

Zgodnie z tym przepisem administratorem danych osobowych pacjentów pozostaje SPZOZ. Podmiot zarządzający przetwarza te dane wyłącznie na podstawie umowy powierzenia przetwarzania i w zakresie niezbędnym do wykonania umowy powierzenia zarządzania;

Art. 46g (Nadzór i audyt zewnętrzny)

Nakłada obowiązek przedkładania kwartalnych i rocznych sprawozdań podmiotowi tworzącemu i Radzie Społecznej oraz wymóg poddawania spółki-zarządcy audytowi zewnętrznemu co najmniej raz na 2 lata.

Art. 46h (Odpowiedzialność kontraktowa i ochrona pacjentów)

Ustala cywilną odpowiedzialność kontraktową spółki wobec SPZOZ i podmiotu tworzącego, jednocześnie jasno zastrzegając, że odpowiedzialność SPZOZ za błędy medyczne wobec pacjentów oraz odpowiedzialność zawodowa personelu pozostają niezmienione.

Art. 46i (Odpowiednie stosowanie przepisów o powierzeniu zarządzania do spółek kapitałowych)

Zaproponowane zmiany umożliwają stosowanie modelu powierzenia zarządzania nie tylko wobec SPZOZ, lecz także wobec podmiotów leczniczych działających w formie spółek kapitałowych kontrolowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, przy jednoczesnym poszanowaniu przepisów Kodeksu spółek handlowych.

Art. 1 pkt 4 – Zmiana art. 49

Zmiana art. 49 u.d.l. modyfikuje zasady wyboru zarządcy. W przypadku powierzenia zarządzania spółce, wyznaczenie Dyrektora SPZOZ następuje bezpośrednio przez tę spółkę spośród osób spełniających kryteria zawodowe, bez konieczności przeprowadzania odrębnego konkursu na stanowisko kierownika. W przypadku powierzenia zarządzania podmiotowi zarządzającemu, zmianie ulegnie również wybór osób na pozostałe najważniejsze stanowiska.

2) Zmiana w ustawie o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Art. 2)

W celu wyeliminowania wszelkiej luki w systemie kontroli finansowej, projekt dokonuje zmiany w ustawie z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów

publicznych. Do grupy osób podlegających odpowiedzialności dodaje się osoby działające w imieniu podmiotu zarządzającego w zakresie gospodarowania środkami publicznymi SPZOZ. Rozwiązanie to gwarantuje pełną ochronę finansów publicznych.

3) Przepisy przejściowe i końcowe (Art. 3 i Art. 4)

Art. 3 projektowanej ustawy wyznacza zrównoważony harmonogram wdrażania reformy. Umowy powierzenia zarządzania będą mogły być zawierane po upływie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, co zagwarantuje czas na przygotowanie uchwał JST. Na dostosowanie statutów SPZOZ przewidziano 6 miesięcy. Dotychczasowi kierownicy pełnią obowiązki do czasu zawarcia umowy. Ust. 4 gwarantuje nienaruszalność umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z NFZ. Art. 4 określa termin wejścia w życie ustawy (vacatio legis).

KONKLUZJE

OCENA AKTUALNEGO STANU PRAWNEGO

1. **BRAK MOŻLIWOŚCI POWIERZENIA ZARZĄDZANIA SPÓŁCE PRAWA HANDLOWEGO:** Na gruncie obecnie obowiązujących przepisów ustawy o działalności leczniczej powierzenie zarządzania SPZOZ osobie prawnej, w tym spółce prawa handlowego, jest niedopuszczalne.
2. **OSOBISTY CHARAKTER FUNKCJI KIEROWNIKA:** Ustawa wyraźnie wskazuje, że odpowiedzialność za zarządzanie SPZOZ ponosi kierownik będący osobą fizyczną, która spełnia określone w ustawie kryteria i wymogi kwalifikacyjne.
3. **OGRANICZENIA UMÓW O ŚWIADCZENIE USŁUG ZARZĄDCZYCH:** Zawieranie umów doradczych lub menedżerskich ze spółkami kapitałowymi pozwala jedynie na korzystanie ze wsparcia w zakresie np. restrukturyzacji czy finansów, lecz nie przenosi na spółkę statusu kierownika ani jego ustawowej odpowiedzialności.

REKOMENDOWANE ZMIANY LEGISLACYJNE

1. **WPROWADZENIE DEFINICJI „PODMIOTU ZARZĄDZAJĄCEGO"** jako spółki kapitałowej z 100% udziałem podmiotu tworzącego lub z min. 90% udziałem JST. Wykluczenie podmiotów prywatnych zabezpiecza SPZOZ przed ukrytą prywatyzacją i gwarantuje zachowanie publicznego charakteru placówek.
2. **ALTERNATYWNY MODEL ZARZĄDZANIA** – nowelizacja u.d.l. umożliwi podmiotowi tworzącemu wybór pomiędzy tradycyjnym powołaniem kierownika a zawarciem umowy powierzenia zarządzania z podmiotem zarządzającym na czas oznaczony

3. **INSTYTUCJA DYREKTORA SPZOZ**: W przypadku powierzenia zarządzania spółce wyznacza ona osobę fizyczną spełniającą standardowe kryteria dla kierownika, która reprezentuje jednostkę na zewnątrz, prowadzi jej bieżące sprawy oraz pełni funkcję pracodawcy wobec personelu.

MECHANIZMY OPERACYJNE I GWARANCJE BEZPIECZEŃSTWA

1. **KONSOLIDACJA I ZAKUPY ZINTEGROWANE:** Nowelizacja stworzy podstawę prawną do zarządzania wieloma SPZOZ w granicach jednego województwa, umożliwiając tworzenie centrów usług wspólnych oraz centralizację przetargów i zakupów.
2. **MOŻLIWOŚĆ CZASOWEGO DELEGOWANIA PRACOWNIKÓW:** Wprowadzony zostanie mechanizm czasowego delegowania pracowników medycznych pomiędzy zakładami zarządzanymi przez ten sam podmiot na podstawie porozumienia pracodawców, z zachowaniem wszelkich dotychczasowych praw pracowniczych.
3. **RYGORYSTYCZNY NADZÓR I DYSCYPLINA FINANSOWA:** Zmiana ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych obejmie tą odpowiedzialnością osoby działające w imieniu podmiotu zarządzającego. Ponadto spółka zarządzająca zostanie zobowiązana do składania kwartalnych i rocznych sprawozdań organowi tworzącemu i Radzie Społecznej oraz poddawania się audytowi zewnętrznemu.

dr hab. prof. SWPS Mariusz Bidziński
radca prawny

ZASTRZEŻENIA

1. Niniejsza opinia została sporządzona dla wiedzy oraz wyłącznej korzyści Zamawiającego.
2. Niniejsza opinia powstała w oparciu o założenia i tematykę wskazaną przez Zamawiającego oraz zawiera ogólny opis zagadnień związanych z przedstawioną tematyką.
3. Niezależnie niniejsza opinia powstała w oparciu o obowiązujące w dacie jej przygotowania przepisy prawa, w zakresie, w jakim dotyczy zagadnień omawianych w niniejszej opinii.
4. Treść opinii może ulec zmianie, w szczególności w przypadku zmiany obowiązujących przepisów, na podstawie których została sporządzona i zmiany wykładni poszczególnych przepisów czy pojęć prawnych.
5. Niniejsza opinia stanowi subiektywną ocenę autora, co do zagadnień w niej omawianych i w żaden sposób nie przesądza wyniku podjętych na jej podstawie działań.

Tłoczono z polecenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej