



Prezes Rady Ministrów

Donald Tusk

Warszawa, dnia /elektroniczny znacznik czasu/

RM-0610-28-25
UD71

Pan Szymon HOŁOWNIA
Marszałek Sejmu

Szanowny Panie Marszałku,

na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przedstawiam Sejmowi
projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych
ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej.

Do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został
upoważniony Minister Zdrowia.

Z poważaniem
Donald Tusk
/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

Do wiadomości:
wnioskodawca

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej

Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.¹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 15 w ust. 2 po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:
„2a) świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w powiatowym centrum zdrowia;”;
- 2) w art. 31lb w ust. 3 po pkt 6 dodaje się pkt 6a w brzmieniu:
„6a) ocenę wpływu proponowanej taryfy świadczeń na strukturę udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności pod względem zwiększenia udziału świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym, z uwzględnieniem racjonalizacji procesu leczenia i efektywności wydatkowania środków publicznych;”;
- 3) w art. 31lc:
 - a) w ust. 3 wyrazy „art. 31n pkt 1–3d i 4a–4d” zastępuje się wyrazami „art. 31n pkt 1–3d, 4a–4d i 4g”,
 - b) w ust. 4d wyrazy „art. 31n pkt 1a, 2c, 4c i 4d” zastępuje się wyrazami „art. 31n pkt 1a, 2c, 4c, 4d i 4g”;
- 4) po art. 31lc dodaje się art. 31ld w brzmieniu:
„Art. 31ld. 1. Agencja jest upoważniona do przetwarzania:
 - 1) danych, o których mowa w art. 23 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, dotyczących podmiotów leczniczych, które sporządziły programy naprawcze, o których mowa w art. 59 ust. 4 i art. 88a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zwane dalej „programami naprawczymi”,
 - 2) danych zawartych w programach naprawczych oraz zmianach i kwartalnych aktualizacjach tych programów,

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego niniejszej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593, 1615 i 1915 oraz z 2025 r. poz. 129, 304, 620, 637 i 779.

- 3) danych zawartych w sprawozdaniach rocznych i końcowych z realizacji programów naprawczych,
- 4) danych zawartych w analizach, o których mowa w art. 59 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 5) danych zawartych w stanowiskach, o których mowa w art. 59a ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 6) danych zawartych w rocznych sprawozdań finansowych, o których mowa w art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, sprawozdań z badania sprawozdań finansowych, o których mowa w art. 69 ust. 1 pkt 2 tej ustawy, jeżeli podlegały one badaniu, odpisów uchwał lub postanowień organu zatwierdzającego o zatwierdzeniu rocznego sprawozdania finansowego i podziale zysku lub pokryciu straty, o których mowa w art. 69 ust. 1 pkt 3 tej ustawy,
- 7) innych danych dotyczących funkcjonowania podmiotów leczniczych, ich sytuacji operacyjnej i ekonomiczno-finansowej, w tym informacji dotyczących wdrożenia standardu rachunku kosztów zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31lc ust. 7, z wyjątkiem danych dotyczących świadczeniodawców, o których mowa w art. 31lc ust. 8,
- 8) danych dotyczących bezpośrednich i pośrednich kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, z wyjątkiem danych dotyczących świadczeniodawców, o których mowa w art. 31lc ust. 8,
- 9) danych o zasobach kadrowych, sprzętowych, diagnostycznych i lokalowych podmiotów leczniczych

– w celu realizacji zadania określonego w art. 31n pkt 4g i dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia.

2. Jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia zapewnia Agencji dostęp, w sposób ciągły, do danych, o których mowa w art. 23 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, dotyczących podmiotów leczniczych, które sporządziły programy naprawcze.

3. Kierownik podmiotu leczniczego, którego program naprawczy podlega analizie, o której mowa w art. 59c ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przekazuje nieodpłatnie dane, o których mowa w ust. 1 pkt 3–8, w formie i terminie uzgodnionych z Prezesem Agencji. Uzgadniając formę i termin przekazania danych

podmiot leczniczy i Agencja uwzględniają ich zakres. Termin ten nie może być krótszy niż 7 dni.

4. Prezes Funduszu udostępnia Agencji dane, o których mowa w ust. 1 pkt 9, w terminie określonym przez Prezesa Agencji, jednak nie krótszym niż 7 dni.

5. Podmioty lecznicze, których programy naprawcze podlegają analizie, o której mowa w art. 59c ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, oraz ich podmioty tworzące współdziałają z Agencją przy realizacji zadania określonego w art. 31n pkt 4g przez nieodpłatne udostępnianie Agencji informacji źródłowych i założeń metodologicznych przyjętych do przygotowania programów naprawczych i analiz, o których mowa w art. 59 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, oraz innych materiałów, na podstawie których zostały zaplanowane działania naprawcze, w formie i terminie uzgodnionych z Prezesem Agencji. Uzgadniając formę i termin przekazania informacji, założeń i materiałów, podmiot leczniczy i Agencja uwzględniają ich zakres. Termin ten nie może być krótszy niż 7 dni.”;

5) w art. 31n po pkt 4f dodaje się pkt 4g w brzmieniu:

„4g) prowadzenie, na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia, analiz, o których mowa w art. 59c ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;”;

6) w art. 31o w ust. 2 po pkt 1l dodaje się pkt 1m w brzmieniu:

„1m)przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia analiz, o których mowa w art. 59c ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;”;

7) w art. 57:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, z wyjątkiem świadczeń okulisty, które są udzielane także na podstawie skierowania optometrysty, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo optometrysty, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”,

b) w ust. 2 po pkt 7 dodaje się pkt 7a–7c w brzmieniu:

„7a) lekarza medycyny sportowej;

7b) psychologa;

7c) optometrysty;”;

- 8) w art. 132b po ust. 1a dodaje się ust. 1b w brzmieniu:

„1b. W przypadku świadczeniodawcy, u którego co najmniej dwie trzecie spośród realizowanych profili systemu zabezpieczenia stanowią profile dla dzieci, w umowie, o której mowa w art. 159a ust. 1, strony mogą zastrzec, że świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane wyłącznie świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia.”;

- 9) w art. 136:

a) w ust. 2 w pkt 3 po wyrazach „art. 139a” dodaje się wyrazy „ust. 1”,

b) dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Świadczeniodawca, który w okresie ostatnich 5 lat przed dniem złożenia wniosku o zwiększenie kwoty zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, nie uzyskał decyzji o pozwoleniu na użytkowanie ani nie przystąpił do użytkowania inwestycji, w której przypadku wydaje się opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, z której wykorzystaniem są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, których dotyczy to zwiększenie, składa oświadczenie w tym zakresie. Oświadczenie składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.”;

- 10) w art. 139a dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2 w brzmieniu:

„2. Świadczeniodawca, który w okresie ostatnich 5 lat przed dniem złożenia oferty nie uzyskał decyzji o pozwoleniu na użytkowanie ani nie przystąpił do użytkowania inwestycji, w której przypadku wydaje się opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, z której wykorzystaniem mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, których dotyczy postępowanie, o którym mowa w ust. 1, składa oświadczenie w tym zakresie. Oświadczenie składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.”;

11) w art. 142 po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

„4a. W przypadku gdy przekazywanie ofert odbywa się przy użyciu środków komunikacji elektronicznej, zapewnia się zachowanie integralności, autentyczności, nienaruszalności danych i ich poufności w ramach wymiany i przechowywania informacji, w tym zapewnia się możliwość zapoznania się z ich treścią wyłącznie po upływie terminu na ich złożenie. Przepisów ust. 2 pkt 2 i 3 i ust. 3 nie stosuje się.”;

12) w art. 149 w ust. 1 pkt 9 otrzymuje brzmienie:

„9) jeżeli świadczeniodawca nie posiada pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, i nie złożył oświadczenia, o którym mowa w art. 139a ust. 2.”;

13) w art. 151 w ust. 3 skreśla się wyrazy „na tablicy ogłoszeń oraz”;

14) w art. 153 w ust. 5 skreśla się wyrazy „na tablicy ogłoszeń oraz”;

15) w art. 154 w ust. 3 skreśla się wyrazy „na tablicy ogłoszeń oraz”;

16) w art. 159a dodaje się ust. 4–6 w brzmieniu:

„4. Na wniosek świadczeniodawcy Prezes Funduszu, kierując się potrzebą właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem mapy, krajowego planu i właściwego wojewódzkiego planu, może dokonać w umowie, o której mowa w ust. 1, zmiany polegającej na wykreśleniu danego profilu systemu zabezpieczenia, jeżeli przyczyni się to do racjonalizacji struktury udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze, w szczególności przez ich konsolidację, przy zapewnieniu odpowiedniego dostępu do tych świadczeń.

5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4, Prezes Funduszu może, na wniosek świadczeniodawcy, zawrzeć z nim umowę obejmującą:

- 1) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profilu odpowiadającego wykreślonemu profilowi systemu zabezpieczenia, realizowanego w trybie hospitalizacji planowej albo trybie leczenia jednego dnia, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, na okres do końca obowiązywania wykazu, o którym mowa w art. 95n ust. 1, która, na wniosek świadczeniodawcy, obejmuje również udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanych w poradniach przyszpitalnych oraz świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach programów lekowych, odpowiadających wykreślonemu profilowi systemu zabezpieczenia;
- 2) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki długoterminowej w trybie stacjonarnym, na okres do końca obowiązywania wykazu, o którym mowa w art. 95n

ust. 1, jeżeli jest to zgodne ze sporządzonym przez tego świadczeniodawcę programem naprawczym, zatwierdzonym na podstawie art. 59a ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

6. W przypadkach, o których mowa w ust. 4 i 5, Prezes Funduszu dokonuje odpowiednich zmian w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, 620 i 637) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 4 w ust. 3 po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:
„1a) odpowiednio przepisy art. 59 ust. 4–8 i art. 59a–59c;”;
- 2) w art. 6 w ust. 2 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
„Jednostka samorządu terytorialnego albo związek jednostek samorządu terytorialnego mogą utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie:”;
- 3) w art. 38 w ust. 2:
 - a) wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
„Jednostka samorządu terytorialnego albo związek jednostek samorządu terytorialnego mogą nałożyć na podmiot leczniczy będący:”;
 - b) pkt 2 otrzymuje brzmienie:
„2) samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, dla którego ta jednostka albo ten związek jest podmiotem tworzącym lub samorządową jednostką budżetową, dla której ta jednostka jest podmiotem tworzącym”;
- 4) w art. 48 w ust. 6 w pkt 2:
 - a) w lit. a tiret drugie otrzymuje brzmienie:
„– wójt (burmistrz, prezydent miasta), starosta, marszałek województwa albo członek zarządu związku jednostek samorządu terytorialnego albo osoba wyznaczona przez jeden z tych organów – w podmiotach utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego albo związek jednostek samorządu terytorialnego,”;
 - b) w lit. b w tiret drugie po wyrazach „lub radę powiatu” dodaje się przecinek i wyrazy „lub zgromadzenie związku jednostek samorządu terytorialnego”;
- 5) w art. 53a ust. 1 otrzymuje brzmienie:
„1. Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej corocznie sporządza i udostępnia w Biuletynie Informacji Publicznej raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w

terminie 45 dni od dnia upływu terminu do sporządzenia rocznego sprawozdania finansowego.”;

6) w art. 56 w ust. 2 po wyrazach „jednostki samorządu terytorialnego” dodaje się przecinek oraz wyrazy „związku jednostek samorządu terytorialnego”;

7) w art. 59:

a) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Jeżeli w sprawozdaniu finansowym samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej wystąpiła strata netto, której wartość bezwzględna jest wyższa niż 1 % sumy wykazanych w tym samym sprawozdaniu finansowym przychodów netto ze sprzedaży produktów, przychodów netto ze sprzedaży towarów, pozostałych przychodów operacyjnych oraz przychodów finansowych, kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej sporządza w terminie 7 miesięcy od upływu terminu na sporządzenie sprawozdania finansowego, o którym mowa w art. 52 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2023 r. poz. 120, 295 i 1598 oraz z 2024 r. poz. 619, 1685 i 1863), na okres nie dłuższy niż 3 lata program naprawczy, uwzględniając w nim raport, o którym mowa w art. 53a ust. 1, oraz dostosowanie działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, lub do krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1 tej ustawy, lub do wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 tej ustawy. Obowiązku, o którym mowa w zdaniu pierwszym, nie stosuje się w okresie realizacji zatwierdzonego programu naprawczego.”,

b) dodaje się ust. 5–8 w brzmieniu:

„5. Sporządzenie programu naprawczego poprzedzają analizy: efektywności funkcjonowania i zarządzania, ekonomiczne, jakościowe, operacyjne, zasobów ludzkich, działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego, obejmujące bieżącą sytuację samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

6. Program naprawczy zawiera co najmniej:

1) analizy, o których mowa w ust. 5;

2) sprawozdanie finansowe, o którym mowa w art. 45 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości;

- 3) ocenę dostosowania działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, na dzień sporządzenia programu, do mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub do krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1 tej ustawy, lub do wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 tej ustawy, a w przypadku gdy jego działalność jest niedostosowana do tej mapy lub do tych planów – także planowane działania dostosowawcze;
- 4) propozycje współpracy z innymi podmiotami leczniczymi oraz zakres tej współpracy, w tym dotyczące koncentracji zasobów ludzkich, infrastruktury, oraz realizacji świadczeń zdrowotnych i połączenia z innymi podmiotami leczniczymi, według stanu na dzień sporządzenia programu naprawczego, jeżeli są przewidywane;
- 5) planowane działania mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 6) planowane działania mające na celu poprawę efektywności zarządzania, w szczególności działania służące podniesieniu wiedzy i kompetencji kadry zarządzającej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z zakresu zarządzania, procesów naprawczych i procesów restrukturyzacyjnych w podmiotach leczniczych;
- 7) planowane działania optymalizacyjne mające na celu poprawę sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz prognozy przychodowe;
- 8) wskaźniki rezultatu dotyczące działań określonych w pkt 4–7;
- 9) informację o elementach struktury organizacyjnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w szczególności o komórkach organizacyjnych, jednostkach organizacyjnych i zakładach leczniczych, będących przedmiotem działań naprawczych;
- 10) oznaczenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej;
- 11) datę jego sporządzenia;
- 12) podpis kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

7. Program naprawczy sporządza się w formularzu udostępnianym przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia.

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

- 1) szczegółowy sposób sporządzania, aktualizacji i przekazywania programu naprawczego,
- 2) szczegółowy zakres i format informacji, o których mowa w ust. 6 pkt 1–9,
– mając na względzie potrzebę zachowania jednolitości analizy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednolitości i przejrzystości informacji zawartych w programie naprawczym.”;

8) po art. 59 dodaje się art. 59a–59c w brzmieniu:

„Art. 59a. 1. Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, będącego stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przekazuje program naprawczy, w terminie 4 miesięcy i 15 dni od dnia sporządzenia sprawozdania finansowego:

- 1) dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w celu zajęcia stanowiska w zakresie oceny prognoz przychodowych oraz związanych z nimi działań przedstawionych w programie naprawczym;
- 2) wojewodzie właściwemu ze względu na miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w celu zajęcia stanowiska w zakresie oceny dostosowania działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, lub do krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b tej ustawy, lub do wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c tej ustawy, oraz związanych z tym działań dostosowawczych;
- 3) podmiotowi tworzącemu.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz wojewoda zajmują stanowiska określone w ust. 1 pkt 1 i 2 w terminie 14 dni od dnia otrzymania programu naprawczego i przekazują je kierownikowi samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

3. Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej dokonuje ewentualnych zmian w programie i niezwłocznie przekazuje program naprawczy wraz ze

stanowiskami określonymi w ust. 1 pkt 1 i 2 podmiotowi tworzącemu w celu zatwierdzenia tego programu.

4. W przypadku gdy podmiotem tworzącym samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jest jednostka samorządu terytorialnego albo związek jednostek samorządu terytorialnego, zatwierdzenie programu naprawczego następuje w drodze odpowiednio uchwały albo zarządzenia organu wykonawczego danej jednostki albo związku. Organ wykonawczy danego podmiotu tworzącego po zatwierdzeniu programu naprawczego przekazuje go organowi stanowiącemu tego podmiotu.

5. Podmiot tworzący zatwierdza program naprawczy w terminie miesiąca od dnia jego otrzymania do zatwierdzenia.

6. Do zmiany zatwierdzonego programu naprawczego w zakresie, o którym mowa w art. 59 ust. 6 pkt 4–9, stosuje się ust. 1–5.

7. Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przeprowadza kwartalną analizę wykonania programu naprawczego i dokonuje jego aktualizacji, jeżeli zachodzi taka potrzeba. W przypadku wprowadzenia zmian innych niż określone w ust. 6 kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej informuje o nich podmiot tworzący. Zmiany te nie podlegają zatwierdzeniu przez podmiot tworzący.

Art. 59b. 1. Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przedkłada podmiotowi tworzącemu:

- 1) sprawozdanie kwartalne z realizacji programu naprawczego – w terminie miesiąca od zakończenia kwartału;
- 2) sprawozdanie roczne z realizacji programu naprawczego – w terminie 3 miesięcy od zakończenia każdego roku obrotowego realizacji programu;
- 3) sprawozdanie końcowe z realizacji programu naprawczego – w terminie 3 miesięcy po upływie okresu, na jaki sporządzono program.

2. Sprawozdania, o których mowa w ust. 1, zawierają informacje o realizacji programu naprawczego w zakresie określonym w art. 59 ust. 6 pkt 3–8.

3. Sprawozdania, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3, podlegają zatwierdzeniu przez podmiot tworzący. W przypadku gdy podmiotem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego albo związek jednostek samorządu terytorialnego, zatwierdzenie tych sprawozdań następuje przez organ stanowiący tego podmiotu tworzącego.

Art. 59c. Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przeprowadzenie analizy dotyczącej

sporządzonego przez podmiot leczniczy programu naprawczego oraz jego realizacji, w tym sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu leczniczego i jakości zarządzania tym podmiotem oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych. Określając termin na przekazanie tej analizy, minister właściwy do spraw zdrowia uwzględnia jej zakres.”;

- 9) art. 61 otrzymuje brzmienie:

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

- 10) po art. 61 dodaje się art. 61a w brzmieniu:

„Art. 61a. 1. Zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 66 ust. 5a, po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa lub uczelni medycznej, lub właściwej jednostki samorządu terytorialnego, w proporcjach, o których mowa w art. 66 ust. 5b. Przepis zdania pierwszego stosuje się odpowiednio do mienia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 66 ust. 5a, po jego likwidacji.

2. Podmioty tworzące mogą w akcie połączenia, o którym mowa w art. 66 ust. 3, określić inny niż określony w ust. 1 sposób przejmowania należności, zobowiązań oraz mienia na wypadek likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.”;

- 11) w art. 66 po ust. 5 dodaje się ust. 5a–5c w brzmieniu:

„5a. W przypadku braku wskazania podmiotu, który przejmuje uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego, o którym mowa w ust. 5, podmioty tworzące łączonych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wykonują swoje prawa i obowiązki za pośrednictwem rady przedstawicieli podmiotów tworzących, w skład której wchodzi przedstawiciele podmiotów tworzących, po jednym z każdego z nich – odpowiednio: wójt, burmistrz, prezydent miasta, starosta, marszałek województwa, rektor uczelni, minister albo osoba przez nich upoważniona.

5b. Rada przedstawicieli podmiotów tworzących podejmuje decyzje większością głosów, w systemie głosów ważonych. Jeden głos odpowiada wartości 1 000 000 zł aktywów ogółem pomniejszonych o wartość zobowiązań krótkoterminowych i długoterminowych oraz wartości 1 000 000 zł przychodów ogółem każdego z łączonych

samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, ustalonych na podstawie sprawozdania finansowego za rok poprzedzający zawarcie aktu o połączeniu.

5c. Podmioty tworzące samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą w akcie o połączeniu określić inny niż określony w ust. 5b sposób podejmowania decyzji przez radę przedstawicieli podmiotów tworzących.”;

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

„Art. 67b. 1. W przypadku utworzenia związku jednostek samorządu terytorialnego w celu przejęcia obowiązków i uprawnień podmiotu tworzącego:

- 1) odpowiedzialność za zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przechodzi na związek jednostek samorządu terytorialnego;
- 2) mienie dotychczasowego podmiotu tworzącego będące w posiadaniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej staje się mieniem związku jednostek samorządu terytorialnego.

2. Do statutu związku jednostek samorządu terytorialnego tworzonego w celu przejęcia obowiązków i uprawnień podmiotu tworzącego stosuje się odpowiednio art. 67a ust. 2 i 3.

3. Jednostki samorządu terytorialnego mogą w statucie związku jednostek samorządu terytorialnego tworzonego w celu przejęcia obowiązków i uprawnień podmiotu tworzącego określić w sposób inny niż wskazany w ust. 1:

- 1) odpowiedzialność za zobowiązania,
 - 2) zasady przejęcia mienia
- samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w stosunku do których wykonywały uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego.

4. Zmiana podmiotu tworzącego następuje z dniem ogłoszenia statutu lub zmiany statutu związku jednostek samorządu terytorialnego.”;

13) w art. 75 po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:

„2a) organ wykonawczy związku jednostek samorządu terytorialnego – w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest związek jednostek samorządu terytorialnego;”;

14) w art. 82 w ust. 2 skreśla się wyrazy „(Dz. U. z 2023 r. poz. 120, 295 i 1598 oraz z 2024 r. poz. 619, 1685 i 1863)”;

15) w dziale II po rozdziale 3 dodaje się rozdział 3a w brzmieniu:

„Rozdział 3a

Program naprawczy podmiotu leczniczego w formie spółki kapitałowej

Art. 88a. Jeżeli w sprawozdaniu finansowym podmiotu leczniczego w formie spółki kapitałowej, w której wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51 % kapitału zakładowego spółki, a w przypadku prostej spółki akcyjnej liczba akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51 % ogólnej liczby akcji tej spółki, oraz jeżeli Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego, lub uczelnia medyczna dysponuje bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo walnym zgromadzeniu wystąpiła strata netto, o której mowa w art. 59 ust. 4, zarząd sporządza w terminie 3 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego program naprawczy na okres nie dłuższy niż 3 lata.

Art. 88b. Do programu naprawczego, o którym mowa w art. 88a, stosuje się odpowiednio przepisy art. 59 ust. 5–7 i art. 59a–59c, z tym że określone w tych przepisach prawa i obowiązki:

- 1) kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej wykonuje zarząd spółki kapitałowej;
 - 2) podmiotu tworzącego wykonuje odpowiednio zgromadzenie wspólników albo walne zgromadzenie wspólników spółki kapitałowej.”;
- 16) w art. 115 w ust. 1 w pkt 1 po wyrazach „jednostka samorządu terytorialnego” dodaje się wyrazy „lub związek jednostek samorządu terytorialnego,”.

Art. 3. Do postępowań w sprawie określenia taryfy świadczeń w danym zakresie lub rodzaju wszczętych i niezakończonych do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 4. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 132b ust. 1b ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, może zaprzestać udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom, którzy ukończyli 18. rok życia, po upływie 6 miesięcy od dnia przekazania przez niego dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wniosku o wprowadzenie zmiany w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, pod warunkiem wprowadzenia do tej umowy zastrzeżenia, o

którym mowa w art. 132b ust. 1b ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 5. 1. W latach 2025–2029 korekta wysokości ryczałtu systemu zabezpieczenia, o której mowa w art. 136c ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1, w przypadku zmiany zakresu działalności leczniczej świadczeniodawcy dokonanej na podstawie art. 159a ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej 50 % wartości ryczałtu systemu zabezpieczenia przypadającej na część okresu rozliczeniowego po dokonaniu tej zmiany, odpowiadającej świadczeniom udzielanym w ramach wykreślonego profilu.

2. Przy ustalaniu wartości ryczałtu systemu zabezpieczenia w latach 2026–2029, dla świadczeniodawcy, który dokonał zmiany zakresu działalności leczniczej, o której mowa w ust. 1, uwzględnia się dodatkowo nie więcej niż 50% liczby świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w ramach wykreślonego profilu.

Art. 6. Do postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy art. 142, art. 149, art. 151, art. 153 i art. 154 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym.

Art. 7. Programy naprawcze, o których mowa w art. 59 ust. 4 ustawy zmienianej w art. 2 w brzmieniu dotychczasowym, zatwierdzone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy realizuje się na podstawie przepisów dotychczasowych.

Art. 8. Przepisy art. 88a i art. 88b ustawy zmienianej w art. 2 stosuje się po raz pierwszy do sprawozdań finansowych spółek kapitałowych za 2025 r., a w przypadku gdy rok obrotowy nie pokrywa się z kalendarzowym – do sprawozdań finansowych sporządzanych dla roku obrotowego upływającego w 2026 r.

Art. 9. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

UZASADNIENIE

Projekt ustawy zakłada dokonanie nowelizacji w:

- I. ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
- II. ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”.

I. Zmiany w ustawie o świadczeniach w zakresie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (art. 1 projektu ustawy):

Proponowana nowelizacja ustawy o świadczeniach, w pierwszej kolejności, wprowadza zmiany w zakresie organizacji i funkcjonowania systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „PSZ”, działającego od dnia 1 października 2017 r.

Z analizy przeprowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „NFZ”, wynika, że reforma zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w szpitalach, przeprowadzona w 2017 r. nie przyniosła zadowalających rezultatów w zakresie takich parametrów jak:

- 1) dostępność do świadczeń;
- 2) racjonalizacja piramidy świadczeń;
- 3) koncentracja świadczeń.

W ramach powyższej analizy przeanalizowano wskaźnik potencjału likwidacji kolejki (tj. iloraz liczby osób oczekujących i liczby świadczeń) w poszczególnych kwartałach. Uwzględniono pięć najdłuższych list oczekujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej i tyle samo list do oddziałów szpitalnych. Na koniec 2017 r. omawiany wskaźnik wynosił 1,46, podczas gdy na koniec 2024 r. osiągnął wartość 1,41, co wskazuje na jedynie niewielką poprawę sytuacji.

Zarówno liczba jak i wartość świadczeń udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przez świadczeniodawców działających w PSZ w latach 2017–2023 odnotowały wzrosty. Liczba udzielonych świadczeń wynosiła: 33,83 mln w 2017 r., 34,17 mln w 2019 r., 31,13 mln w 2021 r. i 39,5 w 2024 r. W okresie siedmiu lat działania PSZ liczba

świadczeń zrealizowanych w trybie ambulatoryjnym, przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do tego systemu, wzrosła zatem o ok. 10%.

Jednocześnie analiza świadczeń sprawozdanych w ramach profilu chirurgia ogólna na oddziałach całodobowych wykazała, że ponad 67% 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.

Aktualne regulacje nie przewidują możliwości bieżącego dostosowywania struktury działalności leczniczej świadczeniodawców w ramach PSZ do zmieniających się lokalnych potrzeb zdrowotnych a także do zasobów, w tym w szczególności kadrowych, jakimi dysponują podmioty lecznicze. W związku z powyższym proponuje się wprowadzenie następujących rozwiązań uelastyczniających działanie PSZ.

W dodanym ust. 4 w art. 159a ustawy o świadczeniach wprowadzono nowe rozwiązanie dotyczące możliwych modyfikacji treści umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ, w trakcie okresu kwalifikacji, wprowadzając możliwość dokonania w tej umowie, na wniosek świadczeniodawcy, zmiany polegającej na wykreśleniu danych profili systemu zabezpieczenia, warunkując to racjonalizacją struktury udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze, w szczególności przez ich konsolidację, przy zapewnieniu odpowiedniego dostępu do tych świadczeń.

Jednocześnie w art. 159a ust. 5 ustawy o świadczeniach przewidziano możliwość zawarcia ze świadczeniodawcą umowy obejmującej udzielanie świadczeń w ramach tych profili, realizowanych w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia, która na wniosek świadczeniodawcy, obejmowałaby ponadto również udzielanie świadczeń w ramach odpowiednich poradni przyszpitalnych i programów lekowych. Takie rozwiązanie służyć będzie racjonalizacji struktury świadczeniodawców lecznictwa szpitalnego, w szczególności sprzyjając rozwojowi procedur jednodniowych. Nie będzie ono w żaden sposób naruszało zasad konkurencyjności w ramach postępowań konkursowych, mając na uwadze, iż każdy świadczeniodawca spełniający warunki dla udzielania świadczeń w ramach pełnych profili szpitalnych spełnia również warunki wymagane dla realizacji tożsamyh zakresów świadczeń w trybie hospitalizacji planowej lub leczenia jednego dnia. Rozwiązanie to będzie możliwe w przypadku, gdy pozostanie zapewniony odpowiedni dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej na danym terenie, za zgodą Prezesa NFZ wyrażaną w ramach procedury zawierania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której stroną jest NFZ. Przewidziano również

możliwość zawarcia umowy obejmującej udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki długoterminowej w trybie stacjonarnym, na okres do końca obowiązywania wykazu, jeżeli jest to zgodne ze sporządzonym przez świadczeniodawcę programem naprawczym, zatwierdzonym przez organ tworzący. Powyższe rozwiązanie ma ułatwić proces przekształcania oddziałów szpitalnych i dostosowywania struktury zakładu leczniczego do zwiększających się potrzeb zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej.

Podejmując decyzje w sprawie wyrażenia zgody na rezygnację z realizacji udzielania świadczeń w ramach danego profilu zabezpieczenia, Prezes NFZ powinien kierować się potrzebą właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności z odwołaniem do mapy potrzeb zdrowotnych oraz krajowego i odpowiedniego wojewódzkiego planu transformacji.

Powyższe zmiany w organizacji i funkcjonowaniu PSZ służą realizacji kamienia milowego D1G Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, w odniesieniu do zapisu: „restrukturyzacja sektora szpitali poprzez konsolidację lub przeprofilowanie lub zmianę zakresu i struktury usług opieki zdrowotnej świadczonych przez szpitale (...) a także odpowiednią aktualizację sieci szpitali”.

Pozostałe zmiany w ustawie o świadczeniach

W art. 15 ustawy o świadczeniach proponuje się dodanie w ust. 2 przepisu pkt 2a wprowadzającego nową kategorię świadczeń gwarantowanych w postaci świadczeń udzielanych w powiatowym centrum zdrowia, przy czym powiatowe centrum zdrowia nie jest tutaj rozumiane jako jednostka lub komórka organizacyjna podmiotu leczniczego, ale jako forma organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i jednocześnie nowy zakres tych świadczeń. Świadczenia te, obejmujące przede wszystkim świadczenia specjalistyczne w zakresie chirurgii ogólnej i chorób wewnętrznych, udzielane w trybie całodobowym oraz transport sanitarny, zostaną szczegółowo określone w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach. Celem świadczeń gwarantowanych w powiatowym centrum zdrowia będzie zabezpieczenie świadczeniobiorców z tych powiatów, w których nie ma zlokalizowanych szpitali, w dostęp do podstawowych świadczeń chirurgicznych, w szczególności drobnych zabiegów niewymagających znieczulenia ogólnego, a także zapewnienie konsultacji lekarza chorób wewnętrznych i łóżek obserwacyjnych zapewniających opiekę w przypadku poddania pacjenta kilkugodzinnej obserwacji. Dodatkowo powiatowe

centrum zdrowia będzie dysponowało transportem sanitarnym umożliwiającym przekazanie pacjenta do szpitala w przypadku konieczności kontynuacji leczenia na wyższym poziomie.

Proponowana zmiana w art. 311b ust. 3 ustawy o świadczeniach przewiduje dodanie jako elementu raportu taryfikacyjnego, czyli analiz branych pod uwagę przy kształtowaniu taryfy świadczeń, analizy wpływu taryfy na strukturę realizacji świadczeń, ze szczególnym uwzględnieniem zwiększenia udziału świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym. Tym samym Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwana dalej „Agencją”, opracowując taryfę dla świadczenia, którego realizacja jest możliwa w trybie ambulatoryjnym, będzie zobowiązana do przeanalizowania wpływu nowej taryfy na racjonalizację leczenia oraz alokację środków publicznych, przez przeniesienie ciężaru realizacji świadczeń z poziomu leczenia szpitalnego na poziom ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej. Przedmiotowa zmiana służy realizacji zapisu kamienia milowego D1G Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, w odniesieniu do zapisu: „podstawy do działań na rzecz racjonalizacji piramidy opieki zdrowotnej poprzez przesunięcie niektórych świadczeń zdrowotnych na niższe poziomy opieki”.

W art. 311n ustawy o świadczeniach proponuje się rozszerzenie katalogu zadań realizowanych przez Agencję o prowadzenie – na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia – analiz dotyczących programów naprawczych oraz ich realizacji, w tym sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów leczniczych i jakości zarządzania tymi podmiotami oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, co ma związek z wprowadzeniem odpowiednich szczegółowych regulacji dotyczących tego zadania w ustawie o działalności leczniczej.

Jednocześnie w związku z powierzeniem Agencji powyższego zadania w projektowanym art. 311d ustawy o świadczeniach określono katalog danych jakie Agencja będzie mogła przetwarzać i pozyskiwać od podmiotów leczniczych, NFZ i Centrum e-Zdrowia. Tymi danymi są dane, 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 2025 r. poz. 302, z późn. zm.), dotyczące podmiotów leczniczych sporządzających programy naprawcze, o których mowa w art. 59 ust. 4 i art. 88a ustawy o działalności leczniczej, dane dotyczące funkcjonowania podmiotów leczniczych, ich sytuacji operacyjnej i ekonomiczno-finansowej, a także programy naprawcze, zmiany w programach naprawczych, kwartalne aktualizacje programów naprawczych, sprawozdania roczne z realizacji programu naprawczego, sprawozdania końcowe z realizacji programu naprawczego, analizy, o których mowa w art. 59 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej, oraz

stanowiska, o których mowa w art. 59a ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej, oraz sprawozdania finansowe, a także dane dotyczące bezpośrednich i pośrednich kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i dane o zasobach kadrowych, sprzętowych, diagnostycznych i lokalowych podmiotów leczniczych. Kierownik podmiotu leczniczego będzie przekazywał na wezwanie Agencji ww. dane w terminie uzgodnionym z Prezesem Agencji. Dodatkowo, podmioty lecznicze, których programy naprawcze podlegają analizie jak również ich podmioty tworzące mają współdziałać z Agencją przez nieodpłatne udostępnianie jej informacji źródłowych i założeń metodologicznych przyjętych do przygotowania programów naprawczych i analiz do nich oraz innych materiałów, na podstawie których zaplanowane zostały działania naprawcze. W tym przypadku przekazanie tych informacji, założeń i materiałów nastąpi w formie i terminie uzgodnionym z Prezesem Agencji, przy czym termin ten nie może być krótszy niż 7 dni. W celu kompleksowej analizy część danych należy zbierać z wielu źródeł, aby je wielopłaszczyznowo weryfikować w celu identyfikacji ewentualnych nieścisłości.

Proponowana zmiana w art. 57 ust. 2 ustawy o świadczeniach jest związana z planowanym wprowadzeniem nowego świadczenia gwarantowanego w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w postaci porady optometrysty, dla którego wymóg skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego nie znajduje uzasadnienia. Dodatkowo katalog świadczeń specjalistycznych udzielanych bez skierowania poszerzono o poradę lekarza medycyny sportowej i psychologa. Wymóg skierowania do poradni medycyny sportowej nie znajduje uzasadnienia merytorycznego, natomiast za zniesieniem tego wymogu dla uzyskania porady psychologa przemawia dodatkowo fakt, iż skierowanie nie jest już obecnie wymagane m. in. w celu uzyskania porady psychiatry. Ponadto w omawianym przepisie wprowadzono możliwość wystawiania skierowania do okulisty, w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, przez optometrystę. Powyższe zmiany mają charakter deregulacyjny.

W art. 132b wprowadzono, przez dodanie ust. 1b, specjalne rozwiązanie dla szpitali pediatrycznych (tj. realizujących co najmniej dwie trzecie profili dziecięcych w ogólnej liczbie profili systemu zabezpieczenia), dające tym podmiotom możliwość udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wyłącznie dzieciom. Takie rozwiązanie odpowiada wyrażanym od dawna oczekiwaniom tej grupy świadczeniodawców.

Proponowane zmiany art. 136 i art. 139a ustawy o świadczeniach polegają na doprecyzowaniu tych przepisów, przez dodanie zastrzeżenia, że wymóg przedstawienia pozytywnej opinii w sprawie oceny inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy o

świadczeniach, nie ma zastosowania, jeżeli świadczeniodawca złożył oświadczenie, że w okresie ostatnich 5 lat nie uzyskał decyzji o pozwoleniu na użytkowanie ani nie przystąpił do użytkowania inwestycji, w przypadku której wydaje się taką opinię, z której wykorzystaniem mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte postępowaniem albo są udzielane świadczenia, których dotyczy zwiększenie kwoty zobowiązania. Przy obecnym kształcie omawianych przepisów zawarte w nich wymogi są w praktyce trudne do wyegzekwowania przez NFZ, na co zwróciła również uwagę Najwyższa Izba Kontroli w wystąpieniu pokontrolnym P/23/046 – *System oceny inwestycji w ochronie zdrowia*. Nakładają one bowiem obowiązek badania każdorazowo, czy świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo o zwiększenie kwoty zobowiązania w ramach istniejącej umowy (co dotyczy w szczególności umów realizowanych w PSZ) posiada ważną pozytywną decyzję w sprawie oceny inwestycji, nie dając mu jednocześnie żadnych narzędzi do ustalenia, czy świadczeniodawca w ogóle przeprowadził inwestycję objętą wymogiem uzyskiwania takiej opinii. Oczywistym jest, iż zamiarem ustawodawcy było uzależnienie możliwości przystąpienia do postępowania albo zwiększenia kwoty zobowiązania od posiadania pozytywnej opinii w sprawie oceny inwestycji tylko w odniesieniu do inwestycji spełniających kryteria określone w art. 95d ust. 1 ustawy o świadczeniach, a nie jakiegokolwiek inwestycji mającej związek z realizacją świadczeń będących przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umowy lub wniosku o zwiększenie kwoty zobowiązania. Stąd jest konieczne uzupełnienie omawianych przepisów o zastrzeżenie, że zawarty w nich wymóg przedkładania opinii w sprawie oceny inwestycji nie ma zastosowania w przypadku złożenia przez świadczeniodawców odpowiedniego oświadczenia, potwierdzającego bezprzedmiotowość takiego wymogu.

Proponuje się zmianę w art. 142 ustawy o świadczeniach umożliwiającą przeprowadzenie konkursu ofert, w tym przekazywanie i otwarcie ofert przy wykorzystaniu systemów teleinformatycznych i rezygnacji w takim przypadku z obowiązku publicznego otwarcia ofert. Odejście od jawnego otwarcia ofert w przypadku przeprowadzania konkursu w formie elektronicznej jest uzasadnione bowiem zgodnie z proponowanym art. 142 ust. 4a systemy teleinformatyczne zapewniają automatyzację procesu otwarcia ofert. Dlatego też możliwość ewentualnego ingerowania w treść ofert czy to przez zamawiającego, czy też przez osoby trzecie, jest znacznie ograniczona i łatwa do wykrycia. Jednocześnie w przypadku przeprowadzenia konkursu ofert bez wykorzystania tych środków zastosowanie będą miały przepisy art. 142 ust. 2 i 3 ustawy o świadczeniach, tj. otwarcie ofert przy udziale oferentów.

Zmiany wprowadzane w art. 151, art. 153 i art. 154 ustawy o świadczeniach stanowią dostosowania będące konsekwencją elektronizacji postępowań w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

II. Zmiany w ustawie o działalności leczniczej (art. 2 projektu ustawy)

W aktualnym stanie prawnym podmiotami tworzącymi dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej mogą być jednostki samorządu terytorialnego. Natomiast nie mogą nimi być związki jednostek samorządu terytorialnego, co utrudnia konsolidację tych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz uniemożliwia efektywne wykorzystanie zasobów ludzkich i materialnych. Projekt ustawy przewiduje możliwość tworzenia i prowadzenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (a także podmiotów leczniczych w formie spółek kapitałowych i jednostek budżetowych) również przez związki jednostek samorządu terytorialnego, jako podmioty tworzące. Dzięki temu rozwiązaniu jednostki samorządu będą mogły łączyć samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, co umożliwi tworzenie większych i bardziej efektywnych podmiotów leczniczych.

W celu usprawnienia i ułatwienia procesu przejmowania przez związek jednostek samorządu terytorialnego uprawnień i obowiązków podmiotu tworzącego od ww. jednostek tworzących ww. związek zaproponowano, aby statut związku uwzględniał i regulował kwestie związane ze zmianą podmiotu tworzącego, o których mowa w art. 67b ustawy o działalności leczniczej.

W przypadku tworzenia związku jednostek samorządu terytorialnego w celu przejęcia uprawnień i obowiązków podmiotu tworzącego zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej:

- 1) przejdą z jednostek samorządu terytorialnego tworzących na związek:
 - a) w pełni, tj. 100% i w jednostkach samorządu terytorialnego tworzących związek pozostanie 0% odpowiedzialności albo
 - b) częściowo, a pozostałej (w ustalonej części) pozostaną przy jednostkach samorządu terytorialnego tworzących związek albo
- 2) pozostaną w 100% w jednostkach samorządu terytorialnego tworzących związek.

W przepisach dotyczących łączenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej zaproponowano nowy sposób połączenia, w wyniku którego podmioty tworzące samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej będących przedmiotem połączenia, pozostają nimi także po połączeniu. A zatem powstanie jeden samodzielny publiczny zakład

opieki zdrowotnej z więcej niż jednym podmiotem tworzącym. W takim przypadku podmioty tworzące będą wykonywać swoje prawa i obowiązki za pośrednictwem rady przedstawicieli podmiotów tworzących, w skład której będą wchodzić przedstawiciele podmiotów tworzących, po jednym z każdego z nich – odpowiednio: wójt, burmistrz, prezydent miasta, starosta, marszałek województwa, rektor, minister albo osoba przez nich upoważniona.

Rada przedstawicieli podmiotów tworzących będzie podejmować decyzje większością głosów, w systemie głosów ważonych. Jeden głos ma odpowiadać wartości 1 000 000 zł aktywów pomniejszonych o wartość zobowiązań krótkoterminowych i długoterminowych oraz wartości 1 000 000 zł przychodów ogółem każdego z łączonych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, ustalonych na podstawie sprawozdania finansowego za rok poprzedzający zawarcie aktu połączenia. Podmioty tworzące łączących się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej będą mogły w akcie połączenia określić sposób podejmowania decyzji przez radę przedstawicieli podmiotów tworzących. Analogiczne zasady będą obowiązywały w przypadku likwidacji takiego podmiotu leczniczego. W aktualnym stanie prawnym połączenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest związane z cesją obowiązków i uprawnień podmiotu tworzącego na jeden podmiot. Wyzbycie się „władztwa” nad samodzielnym publicznym podmiotem leczniczym może zniechęcać do łączenia czyli konsolidacji podmiotów leczniczych. Omawiana propozycja rozwiązuje ten problem.

Aktualnie obowiązujące regulacje dotyczące sporządzania przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej programów naprawczych, w przypadku wystąpienia straty netto, są ogólne i niewystarczające. Z tego powodu programy te nie spełniają swojej roli, tj. nie pozwalają na skuteczną restrukturyzację podmiotu i podejmowanie adekwatnych do sytuacji działań naprawczych. Z uwagi na powyższe jest konieczne skorygowanie i doprecyzowanie tych przepisów. Proponowane przepisy zakładają, że sporządzenie programu naprawczego, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, ekonomiczne, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych.

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

- 1) wyniki analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania szpitalem, analizy ekonomiczne, analizy jakościowe, analizy operacyjne, analizę działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych podmiotu;
- 2) sprawozdanie finansowe, o którym mowa w art. 45 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2023 r. poz. 120, z późn. zm.);
- 3) ocenę dostosowania działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na dzień sporządzenia planu, do mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy o świadczeniach, lub do krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1 tej ustawy lub do wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 tej ustawy, a w przypadku, gdy jego działalność jest niedostosowana do tej mapy lub do tych planów – także planowane działania dostosowawcze;
- 4) propozycje współpracy z innymi podmiotami leczniczymi oraz zakres tej współpracy, w tym dotyczące koncentracji zasobów ludzkich, infrastruktury, oraz realizacji świadczeń zdrowotnych i połączenia z innymi podmiotami leczniczymi według stanu na dzień sporządzenia planu naprawczego, jeżeli są przewidywane;
- 5) planowane działania mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 6) planowane działania mające na celu poprawę efektywności zarządzania, w szczególności działania służące podniesieniu wiedzy i kompetencji kadry zarządzającej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z zakresu zarządzania, procesów naprawczych i procesów restrukturyzacyjnych w podmiotach leczniczych;
- 7) planowane do wdrożenia działania optymalizacyjne mające na celu poprawę sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz prognozy przychodowe;
- 8) wskaźniki rezultatu dotyczące działań określonych w pkt 4–7;
- 9) informację o elementach struktury organizacyjnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w szczególności o komórkach organizacyjnych, jednostkach organizacyjnych i zakładach leczniczych, będących przedmiotem działań naprawczych;
- 10) oznaczenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej;
- 11) datę jego sporządzenia;
- 12) podpis kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Program naprawczy będzie przekazywany:

- 1) dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ celem zajęcia stanowiska w zakresie oceny przedstawionych w programie prognoz przychodowych oraz związanych z tym działań dotyczących świadczeń finansowanych ze środków publicznych (w przypadku, gdy podmiot udziela świadczeń zdrowotnych na terenie więcej, niż jednego województwa, kierownik przekazuje program naprawczy do każdego dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, na terenie którego udziela tych świadczeń);
- 2) wojewodzie właściwemu ze względu na miejsca udzielania świadczeń przez podmiot celem zajęcia stanowiska w zakresie oceny dostosowania działalności podmiotu do regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych oraz związanych z tym działań dostosowawczych;
- 3) podmiotowi tworzącemu – do zatwierdzenia w terminie miesiąca od jego otrzymania.

Program naprawczy będzie mógł zostać zmieniony – uwzględniając stanowiska dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ oraz wojewody.

Doszczegółowienie procesu przygotowywania programu naprawczego oraz enumeratywne wskazanie poszczególnych obligatoryjnych jego elementów, jak również sformalizowanie procedury opiniowania i zatwierdzania spowoduje, że programy te będą przygotowywane w sposób rzetelny, poprzedzony szeroką wszechstronną analizą w zakresie efektywności funkcjonowania i zarządzania, a także ekonomiczną, jakościową, operacyjną, działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Analogiczne zasady dotyczące obowiązku sporządzenia programu naprawczego przewidziano również dla podmiotu leczniczego prowadzonego w formie instytutu badawczego oraz spółki kapitałowej, w której wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51% kapitału zakładowego spółki, a w przypadku prostej spółki akcyjnej liczba akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51% ogólnej liczby akcji tej spółki, oraz jeżeli Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego, lub uczelnia medyczna dysponuje bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo walnym zgromadzeniu. Z uwagi na to, że projektowane przepisy dotyczą wyłącznie straty netto nie ma tutaj kolizji z innymi instrumentami prawnymi, które dotyczą zagrożenia niewypłacalnością ww. spółki kapitałowej albo niewypłacalności tej spółki. Upadłość ogłasza się bowiem w stosunku do dłużnika, który stał się niewypłacalny, a postępowanie restrukturyzacyjne może być prowadzone wobec dłużnika niewypłacalnego lub zagrożonego niewypłacalnością.

Proponowane zmiany w ustawie o działalności leczniczej służą realizacji kamienia milowego D1G Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, w odniesieniu do zapisów: „restrukturyzacja sektora szpitali poprzez konsolidację” oraz: „wzmocnienie systemu nadzoru nad szpitalami, wzmocnienie kadry zarządzającej oraz zachęcanie do stosowania nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w opiece zdrowotnej”.

Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe

W art. 3 projektu ustawy zawarto przepis nakazujący stosowanie nowych przepisów do postępowań w sprawie określenia taryfy świadczeń w danym zakresie lub rodzaju, wszczętych i niezakończonych do dnia wejścia w życie projektowanej ustawy.

W art. 4 projektu ustawy wprowadzono przepis przejściowy, na mocy którego szpitale pediatryczne, chcące skorzystać z możliwości ograniczenia udzielania takich świadczeń tylko do osób poniżej 18. roku życia, będą mogły wprowadzić takie ograniczenie po upływie 6 miesięcy od dnia złożenia wniosku do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia o wprowadzenie zmian do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (pod warunkiem wprowadzenia do tej umowy zastrzeżenia, o którym mowa w art. 132b ust. 1a ustawy o świadczeniach w zmienionym brzmieniu).

W art. 5 ust. 1 projektu ustawy zawarto regulację gwarantującą świadczeniodawcy, który skorzysta z możliwości rezygnacji z danego profilu systemu zabezpieczenia na podstawie zmienionego art. 159a ustawy o świadczeniach, zachowanie części (50%) ryczału przypadającego na pozostałą część okresu rozliczeniowego po dokonaniu zmiany umowy z NFZ, odpowiadającej świadczeniom udzielanym w ramach wykreślonego profilu. Jednocześnie w ust. 2 zawarto regulację, dzięki której świadczeniodawca rezygnujący z danego profilu w okresie poprzedzającym, przy ustalaniu ryczału systemu zabezpieczenia na kolejny okres rozliczeniowy zachowa część kwoty ryczału, nie więcej niż 50%, przypadającej na świadczenia realizowane w ramach wykreślonego profilu. Regulacje te mają na celu złagodzenie negatywnych skutków finansowych związanych z dokonaniem restrukturyzacji swojej działalności leczniczej przez świadczeniodawców, chcących lepiej dostosować profil swojej działalności do potrzeb zdrowotnych na danym terenie oraz posiadanych zasobów.

W art. 6 projektu ustawy zawiera regulację przejściową stanowiącą o niestosowaniu wprowadzanych przepisów dotyczących elektronicznej postępowania w sprawie zawierania

umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do postępowań znajdujących się w toku, w dniu wejścia w życie projektu ustawy.

Natomiast w art. 7 projektu ustawy zawarto regulację przejściową stanowiącą o stosowaniu dotychczasowych przepisów w odniesieniu do programów naprawczych, które zostały zatwierdzone przed dniem wejścia w życie projektu ustawy i będą się znajdowały w trakcie realizacji.

W art. 8 projektu ustawy zawarto regulację przejściową, zgodnie z którą obowiązek sporządzenia programu naprawczego dla podmiotów leczniczych prowadzonych w formie spółki kapitałowej, w której wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51% kapitału zakładowego spółki, a w przypadku prostej spółki akcyjnej liczba akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51% ogólnej liczby akcji tej spółki, oraz gdy Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego, lub uczelnia medyczna dysponuje bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo walnym zgromadzeniu, po raz pierwszy będzie miał zastosowanie do sprawozdań finansowych za 2025 r., a w przypadku gdy rok obrotowy nie pokrywa się z kalendarzowym – do sprawozdań finansowych sporządzanych dla roku obrotowego upływającego w 2026 r.

Deklaracje i oświadczenia projektodawcy

Projektowana ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Projekt ustawy nie ma wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców i jednocześnie może wywrzeć pozytywny wpływ na działalność podmiotów leczniczych należących do sektora średnich przedsiębiorców.

W ocenie projektodawcy projekt ustawy jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych, a zatem nie podlega notyfikacji, zgodnie z trybem przewidzianym w przepisach rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Projekt ustawy nie wymaga przedłożenia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projekt ustawy nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 lub art. 39 ust. 4 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projekt ustawy nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny skutków ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektu ustawy środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Nazwa projektu Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Jerzy Szafranowicz, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Rafał Bułanowski, radca w Departamencie Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, e-mail: r.bulanowski@mz.gov.pl	Data sporządzenia 01.07.2025 r. Źródło Inicjatywa własna Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO) – realizacja kamienia milowego D1G Nr w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów: UD71
---	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Celem wprowadzanych zmian jest osiągnięcie korzyści dla pacjenta wynikających z dobrze działającego systemu leczenia szpitalnego, przede wszystkim przez dopasowanie tego systemu do struktury demograficznej i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności oraz przez koncentrację świadczeń i profilowanie szpitali, jak również ich usieciowienie w zakresie realizowanych profili świadczeń. Konieczne jest również wzmocnienie systemu szpitalnego przez konsolidację zasobów oraz racjonalizację kosztów po stronie podmiotów leczniczych w sytuacji, gdy występuje nakładanie się lub nieefektywne rozproszenie potencjału kadrowego i infrastrukturalnego w stosunku do zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych na danym terenie oraz wzmocnienie nadzoru podmiotów tworzących nad programami restrukturyzacyjnymi.

Przeprowadzona w 2017 r. reforma systemu zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w szpitalach nie przyniosła oczekiwanych rezultatów w zakresie poprawy dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, koncentracji tych świadczeń, racjonalizacji kosztów po stronie podmiotów leczniczych oraz racjonalizacji wydatków po stronie płatnika – Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ”.

Obserwowane jest nieefektywne wykorzystanie zasobów kadrowych i sprzętowo-infrastrukturalnych, jak również nieuzasadnione faktycznymi potrzebami utrzymywanie przez część podmiotów szpitalnych podwyższonej gotowości w ramach umów w trybie pełnej hospitalizacji, które generuje nadmiarowe koszty działalności podmiotów szpitalnych. 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). Obserwowane jest również dublowanie oferowanych świadczeń i utrzymywanie w części podmiotów szpitalnych wykwalifikowanego personelu medycznego w ramach podwyższonej gotowości.

W aktualnym stanie prawnym podmiotami tworzącymi dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zwanych dalej „SPZOZ”, mogą być jednostki samorządu terytorialnego. Natomiast nie mogą nimi być związki jednostek samorządu terytorialnego, co utrudnia konsolidację tych podmiotów oraz uniemożliwia efektywne wykorzystanie zasobów ludzkich i materialnych. Ponadto nie istnieje możliwość działania SPZOZ z wieloma (różnymi) podmiotami tworzącymi co utrudnia ich łączenie.

Regulacje dotyczące sporządzania przez SPZOZ programów naprawczych, w przypadku wystąpienia straty netto, są ogólne i niewystarczające. Z tego powodu programy te nie spełniają swojej roli, tj. nie pozwalają na skuteczną restrukturyzację podmiotu i podejmowanie adekwatnych do sytuacji działań naprawczych.

Brakuje instrumentów prawnych pozwalających NFZ na skuteczne egzekwowanie warunku przystąpienia do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub zwiększenia kwoty zobowiązania, określonego odpowiednio w 136 ust. 2 pkt 3 i art. 139a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Projekt przewiduje zmiany mające na celu wzmocnienie systemu szpitalnego przez:

- 1) racjonalizację i uelastycznienie funkcjonowania systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „PSZ”;
- 2) wdrożenie rozwiązań umożliwiających konsolidację podmiotów leczniczych oraz wzmocnienie nadzoru podmiotów tworzących nad tworzeniem i realizacją programów naprawczych.

1. W zakresie zmian w PSZ proponuje się:

- 1) wprowadzenie regulacji umożliwiającej, na wniosek świadczeniodawcy, rezygnację z realizacji określonego profilu systemu zabezpieczenia, za zgodą Prezesa NFZ; jednocześnie świadczeniodawca miałby możliwość zawarcia w to miejsce, umowy na realizację tego profilu w trybie hospitalizacji planowej lub leczenia jednego dnia, albo umowy na udzielanie świadczeń z zakresu opieki długoterminowej w trybie stacjonarnym, ważnej do końca obowiązywania aktualnego wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do PSZ;
- 2) umożliwienie szpitalom pediatrycznym ograniczenia udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach PSZ do osób niepełnoletnich.

Proponowane zmiany powinny przyczynić się do koncentracji świadczeń szpitalnych zabiegowych w ośrodkach dysponujących większym doświadczeniem i potencjałem kadrowym, a jednocześnie do lepszego wykorzystania ograniczonych zasobów, w tym przez zmniejszenie liczby szpitali utrzymujących stałą gotowość do udzielania świadczeń w trybie ostrym.

2. Projekt przewiduje możliwość tworzenia i prowadzenia SPZOZ (a także podmiotów leczniczych działających w formie spółek kapitałowych i jednostek budżetowych) przez związki jednostek samorządu terytorialnego, jako podmioty tworzące. Ponadto zaproponowano możliwość łączenia SPZOZ mających różne podmioty tworzące, które po połączeniu mogą zachować swoje obowiązki i dzięki temu rozwiązaniu jednostki samorządu będą mogły łączyć SPZOZ, przez co będą mogły powstać bardziej efektywne, większe podmioty lecznicze.

Ponadto, projekt wprowadza szczegółowe regulacje dotyczące tworzenia i zatwierdzania programów naprawczych tworzonych przez SPZOZ, w których wystąpiła strata netto. Proponowane przepisy zakładają, że sporządzenie programu, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, ekonomiczne, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Analizy obejmują bieżącą sytuację danego SPZOZ. Analogiczne zasady dotyczące obowiązku sporządzenia programu naprawczego przewidziano również dla podmiotu leczniczego prowadzonego w formie instytutu badawczego oraz spółki kapitałowej, w której wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51 % kapitału zakładowego spółki, a w przypadku prostej spółki akcyjnej liczba akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51 % ogólnej liczby akcji tej spółki, oraz jeżeli Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego, lub uczelnia medyczna dysponuje bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo walnym zgromadzeniu, w tym również ze spółką kapitałową, w której ten podmiot tworzący wykonuje prawa z udziałów lub akcji.

Ponadto, poza powyżej opisanymi zmianami, projekt przewiduje:

- 1) wprowadzenie nowego świadczenia gwarantowanego – świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w powiatowym centrum zdrowia;
- 2) dodanie w art. 31lb ust. 3 ustawy o świadczeniach, określającym elementy raportu taryfikacyjnego, analizy wpływu taryfy świadczeń na strukturę realizacji świadczeń, ze szczególnym uwzględnieniem zwiększenia udziału świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym, co ma sprzyjać racjonalizacji piramidy świadczeń opieki zdrowotnej przez przesunięcie niektórych świadczeń na niższe poziomy opieki;
- 3) dodanie – w związku z wprowadzanymi zmianami dotyczącymi programów naprawczych SPZOZ – w art. 31n ustawy o świadczeniach (zadania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji) pkt 4g: zadanie prowadzenia (na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia) analiz dotyczących sporządzanych programów naprawczych i ich realizacji, w tym sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów leczniczych i jakości zarządzania tymi podmiotami, oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty;
- 4) uzupełnienie katalogu świadczeń ambulatoryjnych udzielanych bez skierowania, zawartego w art. 57 ust. 2 ustawy o świadczeniach, o porady lekarza medycyny sportowej, optometrysty i psychologa oraz umożliwienie wystawiania skierowania do okulisty przez optometrystę. Przewiduje się, że oczekiwany pozytywny wpływ wiąże się z przede wszystkim ze skróceniem ścieżki pacjenta w celu uzyskania świadczenia psychologa, gdyż pacjent bezpośrednio może zgłosić się w celu uzyskania porady, bez konieczności oczekiwania na dodatkową poradę związaną wyłącznie z wystawieniem skierowania. Spowoduje to jednocześnie odciążenie lekarzy wystawiających skierowanie oraz wyeliminuje przypadki, w których pacjent zgłaszał się do psychiatry, ze względu na brak wymogu posiadania skierowania, bez uzasadnienia medycznego (brak jest jednocześnie danych, na których można by oprzeć rzetelne symulacje dotyczące ewentualnego wpływu proponowanego rozwiązania na czas oczekiwania na poradę psychologa);
- 5) doprecyzowanie art. 136 oraz art. 139a ustawy o świadczeniach przez dodanie zastrzeżenia, że wymóg przedstawienia pozytywnej opinii w sprawie oceny celowości inwestycji, zwanej dalej „OCI”, nie ma zastosowania, jeżeli świadczeniodawca złożył oświadczenie, że w okresie ostatnich 5 lat nie uzyskał decyzji o pozwoleniu na użytkowanie ani nie przystąpił do użytkowania inwestycji, w przypadku której wydaje się opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1 tej ustawy, z której wykorzystaniem mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte postępowaniem albo są udzielane świadczenia, których dotyczy zwiększenie kwoty zobowiązania;

- 6) wprowadzenie regulacji gwarantującej świadczeniodawcy, który skorzysta z możliwości rezygnacji z danego profilu systemu zabezpieczenia na podstawie zmienionego art. 159a ustawy o świadczeniach, zachowanie 50% ryczałtu systemu zabezpieczenia przypadającego na pozostałą część okresu rozliczeniowego po dokonaniu zmiany umowy z NFZ, odpowiadającej świadczeniom udzielanym w ramach wykreślonego profilu oraz regulacji, dzięki której świadczeniodawca rezygnujący z danego profilu w okresie poprzedzającym, przy ustalaniu ryczałtu systemu zabezpieczenia na kolejny okres rozliczeniowy zachowa część kwoty ryczałtu przypadającej na świadczenia realizowane w ramach wykreślonego profilu.

Proponowane zmiany służą realizacji kamienia milowego D1G KPO, w szczególności w odniesieniu do następujących postanowień:

- 1) „restrukturyzacja sektora szpitali poprzez konsolidację lub przeprofilowanie lub zmianę zakresu i struktury usług opieki zdrowotnej świadczonych przez szpitale (...) a także odpowiednią aktualizację sieci szpitali”;
- 2) „podstawy do działań na rzecz racjonalizacji piramidy opieki zdrowotnej poprzez przesunięcie niektórych świadczeń zdrowotnych na niższe poziomy opieki”;
- 3) „wzmocnienie systemu nadzoru nad szpitalami, wzmocnienie kadry zarządzającej oraz zachęcanie do stosowania nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w opiece zdrowotnej”.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

W państwach członkowskich Unii Europejskiej istnieją rozmaite modele kontraktowania opieki szpitalnej przez publicznych płatników. W Niemczech każdy z 16 krajów związkowych tworzy, na podstawie ustaw przyjmowanych przez Landtagi, tzw. plany szpitalne, zawierające wykaz szpitali mających gwarancję finansowania udzielanych przez nie świadczeń przez kasy chorych oraz korzystające ze środków publicznych przy finansowaniu wydatków inwestycyjnych.

We Francji wszystkie szpitale publiczne oraz prywatne *non-for-profit*, a także część szpitali prywatnych *for-profit* posiadają umowy z kasami chorych.

W Słowacji obowiązują regulacje określające minimalną liczbę łóżek szpitalnych w poszczególnych specjalnościach, które muszą zostać zakontraktowane w danym regionie przez instytucje ubezpieczenia zdrowotnego, a ponadto funkcjonuje wykaz szpitali państwowych, mających gwarancję kontraktów.

W Holandii co do zasady instytucje ubezpieczenia zdrowotnego mają swobodę wyboru szpitali, z którymi zawierają kontrakty, przy czym w praktyce nie dotyczy to ok. 30% szpitali wysokospecjalistycznych, mających umowy ze wszystkimi płatnikami.

W Danii świadczenia szpitalne udzielane w trybie ostrym zostały skonsolidowane w 21 dużych szpitalach, przy jednoczesnym wyodrębnieniu 5 regionów odpowiedzialnych za leczenie szpitalne.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
NFZ	centrala i 16 oddziałów wojewódzkich	ustawa o świadczeniach	opiniowanie programów naprawczych
województwie	16	administracyjny podział kraju	opiniowanie programów naprawczych
świadczeniodawcy zakwalifikowani do PSZ	585	wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do PSZ	możliwość modyfikowania zakresu umowy zawartej w ramach PSZ
jednostki samorządu terytorialnego	2791	Główny Urząd Statystyczny	możliwość tworzenia związków jednostek samorządu terytorialnego, które będą podmiotami tworzącymi SPZOZ
związki jednostek samorządu terytorialnego, które zostaną utworzone w celu prowadzenia podmiotów leczniczych, w szczególności SPZOZ	aktualnie trudno oszacować liczbę związków jednostek samorządu terytorialnego prowadzących SPZOZ	nie dotyczy	możliwość tworzenia podmiotów leczniczych, w szczególności SPZOZ

SPZOZ	1186	rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	obowiązek tworzenia programów naprawczych (w przypadku wystąpienia straty netto) i procedowanie ich wg nowych wynikających z projektu zasad; możliwość konsolidacji SPZOZ przez związki jednostek samorządu terytorialnego, co może poprawić ich sytuację finansową dzięki lepszemu wykorzystaniu zasobów, w tym kadry medycznej; ewentualne zmniejszenie liczby SPZOZ w przypadku ich konsolidacji przez związki jednostek samorządu terytorialnego
podmioty lecznicze prowadzone w formie spółki kapitałowej	ok. 192	rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	obowiązek tworzenia programów naprawczych w przypadku straty netto
podmioty lecznicze prowadzone w formie instytutów badawczych	22	rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	obowiązek tworzenia programów naprawczych w przypadku straty netto
podmioty lecznicze udzielające świadczeń szpitalnych	ok. 900	rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	obowiązek składania oświadczenia o nieprzeprowadzeniu inwestycji wymagającej opinii OCI, w przypadku nieprzedłożenia tej opinii w związku ze złożeniem oferty w postępowaniu albo w przypadku wniosku o zwiększenie kwoty zobowiązania NFZ
świadczeniobiorcy	ok. 34 mln	Centralny Wykaz Ubezpieczonych	poprawa dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej dzięki uelastycznieniu PSZ oraz działaniom na rzecz zwiększenia udziału świadczeń ambulatoryjnych i utworzeniu powiatowych centrów zdrowia
Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	1	ustawa o świadczeniach	rozszerzenie katalogu zadań o prowadzenie analiz dotyczących sporządzanych programów naprawczych i ich realizacji, w tym sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów leczniczych i jakości zarządzania tymi podmiotami

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Odnosnie do projektu ustawy nie prowadzono tzw. pre-konsultacji.

Projekt ustawy został pierwotnie przekazany w dniu 9 sierpnia 2024 r. w ramach konsultacji publicznych i opiniowania, z 21-dniowym terminem zgłaszania uwag, następującym podmiotom:

- 1) Naczelnej Radzie Lekarskiej;
- 2) Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych;
- 3) Naczelnej Radzie Aptekarskiej;
- 4) Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych;
- 5) Krajowej Radzie Fizjoterapeutów;
- 6) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 7) Porozumieniu Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 8) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 9) Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
- 10) Stowarzyszeniu „Dla Dobra Pacjenta”;
- 11) Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 12) Federacji Pacjentów Polskich;
- 13) Stowarzyszeniu Menadżerów Opieki Zdrowotnej;

- 14) Polskiemu Towarzystwu Prawa Medycznego;
- 15) Polskiemu Towarzystwu Gospodarczemu;
- 16) Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej;
- 17) Związkowi Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 18) Federacji Przedsiębiorców Polskich;
- 19) Związkowi Pracodawców Business Centre Club;
- 20) Związkowi Rzemiosła Polskiego;
- 21) Konfederacji „Lewiatan”;
- 22) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych;
- 23) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy;
- 24) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Położnych;
- 25) Polskiemu Stowarzyszeniu Dyrektorów Szpitali;
- 26) Ogólnopolskiemu Stowarzyszeniu Szpitali Prywatnych;
- 27) Polskiej Unii Szpitali Klinicznych;
- 28) Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Szpitali Powiatowych;
- 29) Radzie Dialogu Społecznego;
- 30) Związkowi Powiatów Polskich;
- 31) Związkowi Województw RP;
- 32) Wojewodom;
- 33) Narodowemu Funduszowi Zdrowia;
- 34) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- 35) Prezesowi Prokuratury Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej.

Wyniki tamtych konsultacji publicznych i opiniowania zostały przedstawione w załączonym raporcie z konsultacji i opiniowania.

Projekt ustawy został w dniu 20 listopada 2024 r. ponownie przekazany w ramach konsultacji publicznych i opiniowania, z 30-dniowym terminem zgłaszania uwag, następującym podmiotom:

- 1) Naczelnej Radzie Lekarskiej;
- 2) Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych;
- 3) Naczelnej Radzie Aptekarskiej;
- 4) Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych;
- 5) Krajowej Radzie Fizjoterapeutów;
- 6) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 7) Porozumieniu Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 8) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 9) Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
- 10) Stowarzyszeniu „Dla Dobra Pacjenta”;
- 11) Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 12) Federacji Pacjentów Polskich;
- 13) Stowarzyszeniu Menadżerów Opieki Zdrowotnej;
- 14) Polskiemu Towarzystwu Prawa Medycznego;
- 15) Polskiemu Towarzystwu Gospodarczemu;
- 16) Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej;
- 17) Związkowi Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 18) Federacji Przedsiębiorców Polskich;
- 19) Związkowi Pracodawców Business Centre Club;
- 20) Związkowi Rzemiosła Polskiego;
- 21) Konfederacji „Lewiatan”;
- 22) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych;
- 23) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy;
- 24) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Położnych;
- 25) Polskiemu Stowarzyszeniu Dyrektorów Szpitali;
- 26) Ogólnopolskiemu Stowarzyszeniu Szpitali Prywatnych;
- 27) Polskiej Unii Szpitali Klinicznych;
- 28) Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Szpitali Powiatowych;
- 29) Radzie Dialogu Społecznego;
- 30) Związkowi Powiatów Polskich;
- 31) Związkowi Województw RP;
- 32) Wojewodom;

33) Narodowemu Funduszowi Zdrowia;
34) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
35) Prezesowi Prokuratury Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677) oraz § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2024 r. poz. 806 oraz z 2025 r. poz. 408), projekt w obu turach konsultacji publicznych i opiniowania został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

Wyniki ponownych konsultacji publicznych i opiniowania zostały przedstawione w raporcie z konsultacji i opiniowania.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0–10)
Dochody ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saldo ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Źródła finansowania	Wejście w życie ustawy nie będzie podstawą do ubiegania się o dodatkowe środki ponad wydatki dotychczas planowane w budżetach jednostek objętych projektowanymi regulacjami.											
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowane zmiany nie spowodują skutków finansowych dla budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ani budżetu NFZ. Dodatkowych skutków finansowych nie spowoduje również rozszerzenie zadań Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Wydatki z tym związane zostaną sfinansowane w ramach poziomu środków ustalonych corocznie zgodnie z art. 131c ustawy o świadczeniach.											

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0–10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Projektowana ustawa będzie miała pozytywny wpływ na sytuację finansową świadczeniodawców należących do sektora dużych przedsiębiorstw.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na mikroprzedsiębiorców i małych przedsiębiorców, a jednocześnie będzie miała pozytywny wpływ na sytuację świadczeniodawców należących do sektora średnich przedsiębiorców.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Projektowana ustawa będzie miała pozytywny wpływ na dostępność świadczeń opieki zdrowotnej, dzięki poprawie funkcjonowania PSZ oraz działaniom na rzecz zwiększenia udziału świadczeń ambulatoryjnych i utworzeniu powiatowych centrów zdrowia.						

	osoby niepełnosprawne i osoby starsze	Projektowana ustawa będzie miała pozytywny wpływ na dostępność świadczeń opieki zdrowotnej, w tym dla osób niepełnosprawnych i osób starszych, dzięki poprawie funkcjonowania PSZ oraz działaniom na rzecz zwiększenia udziału świadczeń ambulatoryjnych i utworzeniu powiatowych centrów zdrowia.
Niemierzalne		
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Brak.	
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu		
☐ nie dotyczy		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).		☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☒ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.		☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
Zwiększenie liczby procedur nastąpi w odniesieniu do sporządzania i zatwierdzania programów naprawczych.		
9. Wpływ na rynek pracy		
Projekt ustawy nie ma wpływu na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne:	☐ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Projektowana regulacja może wywrzeć pozytywny wpływ na zdrowie przez poprawę dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dzięki optymalizacji funkcjonowania PSZ oraz konsolidacji i poprawie kondycji finansowej SPZOZ, jak również dzięki zwiększeniu udziału świadczeń ambulatoryjnych i utworzeniu powiatowych centrów zdrowia.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Projektowana ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Ewaluacja projektu nastąpi po upływie dwóch lat od wejścia w życie ustawy. Przy ewaluacji zostaną zastosowane w szczególności następujące mierniki: - zmiana udziału kosztów osobowych w leczeniu szpitalnym w kosztach szpitali ogółem; - zmiana udziału świadczeń szpitalnych w świadczeniach ogółem; - zmiana poziomu rentowności szpitali.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
- raport z konsultacji publicznych i opiniowania (projekt ustawy skierowany do konsultacji publicznych i opiniowania w dniu 9 sierpnia 2024 r.); - raport z konsultacji publicznych i opiniowania (projekt ustawy skierowany do konsultacji publicznych i opiniowania w dniu 20 listopada 2024 r.).		

RAPORT Z KONSULTACJI PUBLICZNYCH i OPINIOWANIA

projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw UD71
(w wersji skierowanej do konsultacji publicznych i opiniowania w dniu 9 sierpnia 2024 r.)

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677), z chwilą skierowania projektu ustawy do konsultacji publicznych oraz opiniowania treść projektu została zamieszczona w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Zdrowia.

Jednocześnie zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2024 r. poz. 806, z późn. zm.) przedmiotowy projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

W trybie art. 7 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa żaden z podmiotów nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem rozporządzenia.

Projekt został przekazany 9 sierpnia 2024 r. do konsultacji publicznych i opiniowania do podmiotów wyszczególnionych w pkt 5 Oceny Skutków Regulacji z 21-dniowym terminem na zgłaszanie uwag.

Uwagi zgłoszone do projektu, wraz ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia, zostały zawarte poniższym zestawieniu.

Lp.	Zgłaszający uwagę	Część projektu	Treść uwagi	Stanowisko MZ
1.	Narodowy Fundusz Zdrowia	art. 1 pkt 6	Modyfikacji wymaga art. 95m ust. 5 pkt 3 ustawy o świadczeniach, poprzez rozszerzenie możliwości przypisania do zakresów: anestezjologia i intensywna terapia, jak również chemioterapia hospitalizacja – odpowiadającym im porad specjalistycznych. W zaproponowanym brzmieniu porady specjalistyczne odpowiadają tylko profilom kwalifikującym. Anestezjologia i intensywna terapia nie stanowią natomiast profilu kwalifikującego, a więc nie można do nich dołączyć porady specjalistycznej - leczenie bólu, podobnie jak chemioterapia hospitalizacja, do której nie można przypisać porad. Wobec powyższego proponuję nadanie pkt 3 następującego brzmienia: „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 określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 6 pkt 3;”, Z analogicznych, jak wskazane powyżej, przyczyn modyfikacji wymaga art. 95m ust. 6 pkt 3 ustawy o świadczeniach, poprzez nadanie mu następującego brzmienia: „3) porady specjalistyczne odpowiadające odpowiednim profilom, o których mowa w ust. 3 lub zakresom świadczeń o których mowa w ust. 5 pkt 1 lit. b i c;”,	Uwaga uwzględniona
2.	Narodowy Fundusz Zdrowia	art. 1 pkt 6	Modyfikacji wymaga zmieniany art. 95m ust. 5 pkt 4 lit. a ustawy o świadczeniach, poprzez rozszerzenie możliwości przypisania programu lekowego do chemioterapii. W aktualnym brzmieniu programy lekowe odpowiadają tylko profilom kwalifikującym. Nie ma natomiast możliwości dołączenia programu lekowego, który jest realizowany z obszaru chemioterapii (WZW typu B). Proponuję więc nadawanie przepisowi następującego brzmienia:	Uwaga uwzględniona

			„a) w ramach programów lekowych, odpowiadających profilom kwalifikującym, lub świadczeń, o których mowa w 5 pkt 1 lit. c.”.	
3.	Narodowy Fundusz Zdrowia	art. 1 pkt 6	Uszczegółowienia wymaga nowelizowany art. 95 m ust. 5 pkt 4 lit. b ustawy o świadczeniach – zaproponowane brzmienie jest bowiem zbyt ogólne, sugerujące dołączenie świadczeń opieki kompleksowej bez posiadania odpowiedniego profilu zabezpieczenia (np. KOS-zawał bez oddziału kardiologii/ kardiochirurgii). Proponuję następujące brzmienie przepisu: „b) objętych kompleksową opieką zdrowotną, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub art. 146 ust. 1 pkt 2, jeżeli profile wymagane do realizacji tych świadczeń odpowiadają jego profilom będącym podstawą kwalifikacji.”.	Uwaga uwzględniona
4.	Narodowy Fundusz Zdrowia	art. 1 pkt 6	W odniesieniu natomiast do nowelizowanego art. 95m ust. 6 pkt 1 ustawy o świadczeniach, zasadne wydaje się dodatkowo określenie w rozporządzeniu sposobu wyliczenia wskaźnika minimalnego udziału świadczeń zabiegowych. Biorąc pod uwagę, że w obowiązujących regulacjach nie ma ani definicji świadczeń zabiegowych, ani ich wykazu, dodatkowe określenie w rozporządzeniu, jakie świadczenia są uwzględniane przy obliczaniu wskaźnika udziału i które z nich należy uznać za świadczenia zabiegowe w danym profilu kwalifikującym, pozwoli uniknąć wątpliwości w tym zakresie na etapie kwalifikacji.	Uwaga niezasadna Nie jest uzasadnione regulowanie w rozporządzeniu kwestii merytorycznych, takich jak katalog świadczeń zabiegowych. W celu opracowania projektu rozporządzenia zostanie powołany zespół o charakterze eksperckim, z udziałem m.in. konsultantów krajowych.
5.	Narodowy Fundusz Zdrowia	art. 1 pkt 16	Uszczegółowienia wymaga, nowelizowany art. 159a ust. 3 ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 16 projektu). W zaproponowanym brzmieniu brakuje uszczegółowienia dotyczącego porad specjalistycznych, które były dołączone do profilu kwalifikującego. Należy zauważyć, że świadczeniodawca może złożyć wniosek np. na wykreślenie profilu okulistycznego z systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia (PSZ) i zawarcie umowy na hospitalizację planową. Brak jest także możliwości przeniesienia do umowy poza PSZ poradni okulistycznej, która była zakwalifikowana dla profilu. W takim przypadku ogłaszanie postępowania na poradnię okulistyczną, wydaje się być niezasadne. W umowie PSZ poradnia musi mieć profil kwalifikujący, zatem następuje rozwiązanie umowy na poradnię np., okulistyczną, przy czym zasadnym byłoby, dla kompleksowości udzielania świadczeń, aby świadczeniodawca miał możliwość realizacji dalej porad specjalistycznych bez potrzeby konkursu ofert w umowie poza siecią.	Uwaga uwzględniona
6.	Narodowy Fundusz Zdrowia	art. 6	Uszczegółowienia wymaga art. 6 projektu, poprzez uwzględnienie również porad specjalistycznych, bez przeprowadzenia postępowań konkursowych (uzasadnienie uwagi analogiczne, jak w pkt 1 ppkt 2, dotyczącym nowelizowanego art. 159a ust. 3 ustawy o świadczeniach.).	Uwaga uwzględniona

7.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	Art. 1 pkt 3	Projekt ustawy nie określa w sposób szczegółowy zadań Agencji ani etapów w procesie, w ramach których zadania te miałyby być realizowane. W projekcie ustawy określono zadanie Agencji w sposób ogólny, tj. <i>prowadzenie analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), oraz ich realizacji.</i> Z kolei w prezentacji Ministerstwa Zdrowia pt. „Zmiana systemowa koncepcja i założenia na lata 2024-2026” w części „Proces transformacji”, zadania Agencji zostały określone inaczej niż w projekcie ustawy. Zgodnie z informacjami w tej prezentacji Agencja miałaby odpowiadać za: – akceptację zatwierdzonego planu naprawczego, – kwartalne monitorowanie realizacji programów naprawczych, – roczne monitorowanie realizacji programów naprawczych w oparciu o sprawozdanie rocznego programu naprawczego, – akceptację po przejściu pełnej ścieżki programu naprawczego warunkującą otrzymanie przez szpital pakietu wsparcia doraźnego lub pakietu wsparcia długoterminowego, – nadzór i ocenę procesu realizacji programu naprawczego i bilansowania szpitala przez okres 10 lat. Przedmiotowe zadania Agencji ani procesy z nimi związane nie zostały zawarte w projekcie ustawy.	Uwaga niezasadna Sformułowania użyte w odnośnym przepisie są wystarczająco precyzyjne.
8.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji		Po pkt 3 dodać pkt 3a w brzmieniu: <i>„3a) w art. 31o ust. 2 po pkt 1j dodaje się pkt 1k w brzmieniu: „1k) prowadzenie analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), oraz ich realizacji;”;</i>	Uwaga niezasadna Sformułowane w tym przepisie zadanie zostało już dodane w art. 31n jako zadanie Agencji.
9.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji		Po pkt 3a dodać pkt 3b w brzmieniu: <i>„3b) w art. 31t ust. 5 po pkt 5 dodaje się pkt 6 w brzmieniu: „6) liczby zadań Agencji określonych w art. 31n oraz ich zakresu w roku poprzednim;”;</i> W związku z przyznawaniem Agencji nowych zadań ustawowych, w tym zadania dotyczącego prowadzenia analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia	Uwaga niezasadna

			2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), oraz ich realizacji, zasadne jest rozszerzenie katalogu przesłanek na podstawie których ustalana jest przez Prezesa Agencji wielkość odpisu dla Agencji. Dodatkowym kryterium powinna być liczba zadań Agencji określonych w art. 31n ustawy o świadczeniach oraz ich zakres w roku poprzednim.	
10.	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	Art. 1 pkt 6	Do art. 95m ust. 2 pkt 2 należy dodać zapis w brzmieniu: „z zastrzeżeniem, o ile odległość do następnego świadczeniodawcy, który może świadczyć usługi w tym zakresie dla całego dotychczasowego rejonu nie przekracza 40 kilometrów”. Do art. 95m ust. 2 należy dodać pkt 2a w brzmieniu: „Prezes NFZ sporządzi i wyda w formie zarządzenia zasady finansowania oddziałów położniczo-ginekologicznych uwzględniających stawkę dobową za gotowość oraz stawkę za udzielone świadczenia”. Uzasadnienie Przyjęte jedyne kryterium opłacalności dla oddziałów położniczo-ginekologicznych w postaci co najmniej 400 porodów doprowadzi, że na mapach województw pozostanie kilka oddziałów; w przypadku rozległych województw o dużej powierzchni i małej gęstości zaludnienia jak np. warmińsko-mazurskie czy podlaskie, przyczyni się to do pozostania 5-6 oddziałów odległych od siebie, co w konsekwencji nie zagwarantuje bezpieczeństwa zdrowotnego dla kobiet podczas porodu i będzie narażało kobiety na stres, ból i cierpienie w trakcie odległego transportu. Mając na uwadze powyższe, należy zmienić sposób finansowania oddziałów położniczo-ginekologicznych na dwuelementowy: za gotowość i zrealizowane świadczenie zdrowotne – tak jak w przypadku świadczeń finansowanych w oddziałach zakaźnych w czasie pandemii. Wystąpienie porodu w tym określenie godziny jest tak samo nieprzewidywalne jak hospitalizacja osób zakaźnie chorych. Powyższe kryteria finansowania sprawią, że pozwoli na określenie rentowności dla oddziałów, które powinny pozostać w promieniu około 40 km.	Uwaga uwzględniona (Uzupełniono projektowany art. 95m ustawy o świadczeniach w zakresie dodatkowego kryterium geograficznego przy kwalifikacji oddziałów położniczych.)
11.	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	art. 1 pkt 6, art. 7	Należy wyłączyć oddziały zabiegowe (bądź wskazać inne wskaźniki dla oddziałów dla dzieci) w szpitalach dziecięcych, które stanowią Centra Urazowe dla Dzieci lub będące Ośrodkami Eksperyckimi Chorób Rzadkich dla Dzieci. Uzasadnienie Warunkiem kwalifikującym oddziały zabiegowe jest wskaźnik 60% zabiegów w stosunku do liczby hospitalizacji. Ujęto bez zróżnicowania oddziały dla dorosłych i dla dzieci. Inny jest zakres udzielania świadczeń w szpitalach dziecięcych z SOR dla dzieci i Centrami Urazowymi dla dzieci, inny bez przypadków nagłych, inny w szpitalach wieloprofilowych z pacjentami dorosłymi i oddziałami pediatrycznymi lub bez). W projekcie zakwalifikowano np. oddziały okulistyki dziecięcej jako oddziały zabiegowe, a pełnoprofilowe oddziały okulistyki dziecięcej nie są stricte zabiegowymi oddziałami. Projekt nie uwzględnia Centrum Urazowego dla Dzieci, w którym całodobowo muszą być dostępni chirurdzy dziecięcy, okuliści i laryngolodzy. Projekt nie	Uwaga niezasadna W OSR projektu podano jedynie przybliżoną wartość minimalnego udziału świadczeń zabiegowych jako warunku kwalifikacji, wskazując, że ostatecznie zostanie ona określona w rozporządzeniu po dodatkowych analizach i konsultacjach. Określenie progowego udziału świadczeń zabiegowych zostanie dokonane z uwzględnieniem specyfiki poszczególnych profili.

			uwzględnia (nie wyłącza) oddziałów zabiegowych, które są w ośrodkach eksperckich chorób rzadkich. Stąd oddziały zabiegowe w szpitalach pediatrycznych wielospecjalistycznych pracujące w pełnoprofilowym zakresie (a nie tylko do wycinania migdałków i operacji zeza) nie osiągają wskaźników 60% operacji. Specjalistyczne Szpitale Dziecięce pracujące w trybie Centrów Urazowych dla Dzieci muszą posiadać w dostępie całodobowych specjalistów oddziałów zabiegowych w tym m.in. laryngologów, okulistów, chirurgów itp. Zatem oddziały te nie mogą funkcjonować w trybie planowym, czy dziennym. Przyjęcie jednolitego kryterium (60% hospitalizacji zabiegowych) dla oddziałów dla dorosłych i dla dzieci jest niefortunne, gdyż u dzieci m.in. diagnostyka radiologiczna (TK, MRI) wad, urazów, chorób odbywa się przeważnie w znieczuleniu ogólnym, zatem wymaga hospitalizacji. Poza tym dzieci po urazach głowy, części twarzowej czaszki, wymagają obserwacji szpitalnej co najmniej 24 godzinnej, która nie kończy się zabiegiem operacyjnym. Urazy u dzieci, często wymagają diagnostyki i leczenia zachowawczego okulistycznego jako efekty urazów tępych i oparzeń. Poza tym w szpitalach posiadające Ośrodki Eksperckie Chorób Rzadkich u Dzieci (w kompleksie z leczeniem operacyjnym) – oddziały poza leczeniem operacyjnym również wykonują diagnostykę. Dzieci z chorobami rzadkimi obciążone są wielochorobowością, stąd też przed każdym leczeniem operacyjnym wymagają diagnostyki w znieczuleniu ogólnym – a to nie jest hospitalizacja zabiegowa. Oddział okulistyki dziecięcej nie jest adekwatnie porównywalny z oddziałem okulistyki dla dorosłych. W oddziale okulistyki dziecięcej odbywa się diagnostyka i leczenia zachowawcze okulistyczne, nie tylko zabiegowe. Tak się dzieje we wszystkich pełnoprofilowych oddziałach okulistyki dziecięcej w szpitalach pediatrycznych, w których nie tylko jest celem operacja dziecka, ale również diagnostyka i inne leczenie zachowawcze, w tym też chorób rzadkich. Do projektu ustawy dołączono wykazy oddziałów zabiegowych spełniających kryteria oddziałów całodobowych. W przypadku oddziałów okulistyki dziecięcej – tylko 6 oddziałów w Polsce spełnia kryterium 60 % zabiegów i są to oddziały w szpitalach dla dorosłych. Żaden oddział okulistyki dziecięcej (pełnoprofilowy) w żadnym ze szpitali dziecięcych nie spełnia założonego kryterium, dlatego że jest pełnoprofilowy i realizuje wszystkie świadczenia dla dzieci zachowawcze i zabiegowe w ramach chorób oczu i przydatków oczu.	
12.	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	uwaga ogólna	Ustawa przewiduje szereg zmian istotnie ingerujących w sposób funkcjonowania szpitali. W kluczowych przypadkach zaproponowane rozwiązania mają charakter ogólny, które dopiero po opublikowaniu aktów wykonawczych będą przybierały rzeczywisty obraz. Zgodnie z § 13 Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie "Zasad techniki prawodawczej" (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 283) <i>Jednocześnie z projektem ustawy przygotowuje się projekty rozporządzeń o znaczeniu podstawowym dla jej funkcjonowania.</i> Brak projektów rozporządzeń czyni przedstawiony projekt niekompletnym. Na obecnym etapie prac trudno zatem, w sposób	Uwaga niezasadna Zgodnie z zasadami techniki legislacyjnej ustawa określa istotne elementy konstrukcji systemu PSZ wyznaczając podstawowe kryteria i zasady kwalifikacji, pozostawiając możliwość elastycznego kształtowania

			precyzyjny określić oddziaływanie ustawy, jeżeli w kluczowych przypadkach kryteria czy wytyczne zostaną określone dopiero w rozporządzeniach Ministra Zdrowia.	szczegółowych kryteriów na poziomie rozporządzenia MZ. Powyższe pozwala na określenie kryteriów do kwalifikacji w sposób umożliwiający ich dostosowanie do zmian zachodzących w strukturze podmiotów leczniczych i strukturze realizacji świadczeń. Zawarte w projekcie upoważnienia do wydania rozporządzeń wykonawczych dotyczą kwestii wymagających szczegółowych analiz merytorycznych oraz kwestii technicznych. Szczególnie projekt rozporządzenia dot. szczegółowych kryteriów kwalifikacji do PSZ wymagać będzie przeprowadzenia analiz dot. udziału świadczeń zabiegowych dla poszczególnych profili szpitalnych, które wymagają dłuższego czasu. (Kwalifikacja do PSZ wg. nowych kryteriów będzie miała miejsce dopiero w 2027 r.)
13.	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	art. 1 pkt 6	W uzasadnieniu do ustawy wskazano, że „w przypadku profili zabiegowych dodatkowym kryterium kwalifikacji będzie określony minimalny udział świadczeń zabiegowych udzielonych w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, a w przypadku profilu położnictwo i ginekologia – minimalna liczba odebranych porodów”. Wartości te mają zostać określone w rozporządzeniu. Ustawa zatem daje Ministrowi Zdrowia uprawnienie do władczego oddziaływania na istnienie (lub zniesienie) określonego oddziału w danym szpitalu. Brak kryteriów udziału świadczeń zabiegowych na obecnym etapie uniemożliwia praktyczną ocenę oddziaływania ustawy na działalność szpitali. Powyższy zabieg prawny może doprowadzić do wymuszenia przez Ministra Zdrowia tworzenia i prowadzenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez związki jednostek samorządu terytorialnego, jako podmioty tworzące. Pozostawienie tych kryteriów wyłącznie w gestii Ministra Zdrowia stanowi zbyt daleko idącą ingerencję w sposób funkcjonowania podmiotów leczniczych i pośrednio wpływanie na uprawnienia właścicielskie podmiotów tworzących. Ustawa w zaproponowanym brzmieniu nadaje Ministrowi Zdrowia uprawnienie do samodzielnego kształtowania systemu ochrony zdrowia w zakresie leczenia szpitalnego w tym do kształtowania sytuacji prawnej i faktycznej szpitali, przy pozostawieniu po stronie szpitali wszelkich konsekwencji podjętych przez Ministra Zdrowia decyzji (w ramach wydanych rozporządzeń). Minister Zdrowia będzie mógł niejako jednoosobowo	Uwaga częściowo uwzględniona Uzupełniono projektowany art. 95m ustawy o świadczeniach w zakresie dodatkowego kryterium geograficznego przy kwalifikacji oddziałów położniczych. Wartość minimalnego udziału świadczeń zabiegowych jako warunku kwalifikacji oddziałów zabiegowych zostanie określona w akcie wykonawczym, po przeprowadzeniu odpowiednich analiz i szerokich konsultacji, z uwzględnieniem specyfiki poszczególnych profili, a także z uwzględnieniem dostępności geograficznej świadczeń zabiegowych. Koncentracja takich świadczeń w większych ośrodkach jest w pełni uzasadniona dążeniem do poprawy ich jakości i bezpieczeństwa pacjentów.

		decydować o istnieniu oddziałów szpitalnych, a w konsekwencji będzie wpływał na decyzje właścicielskie podmiotów leczniczych. Opiniowana zmiana doprowadzi do konsolidacji oddziałów w dużych jednostkach szpitalnych, przy pozbawieniu pacjentów opieki zdrowotnej pozostającej dla nich w rozsądnej odległości. Tym samym zagrożone mogą zostać konstytucyjne prawa obywateli do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej, których realizacja jest gwarantowana przez Państwo. Projektowana zmiana spowoduje odpływ specjalistów m. in. z zakresu ginekologii i położnictwa do dużych ośrodków co wykazane jest także w ocenie skutków regulacji poprzez koncentrację świadczeń i profilowanie szpitali oraz konsolidację zasobów. Ponadto starsi stażem lekarze, pielęgniarki, a także przedstawiciele innych zawodów medycznych mogą zrezygnować z dalszego wykonywania zawodu, jeśli jego wykonywanie miałoby się wiązać z koniecznością dojazdów do nowego, oddalonego miejsca pracy. Projektowane rozwiązania mogą tym samym oddziaływać na odpływ doświadczonej kadry medycznej. Skutkiem ubocznym opiniowanej ustawy będzie powstawanie prywatnych gabinetów lekarskich o profilach oddziałów szpitalnych likwidowanych w danych miejscowościach (w których dotychczas te oddziały funkcjonowały w ramach szpitali). Przy założeniu, że likwidacja oddziałów może objąć rejony biedniejsze (w takich bowiem nie funkcjonują duże jednostki szpitalne, które przetrwają zmiany ustawowe), mieszkańcy mniejszych miejscowości zostaną pozbawieni dostępu do opieki zdrowotnej lub dostęp ten zostanie znacznie utrudniony. Zjawisko to nabiera szczególnego wyrazu w kontekście zapewnienia pomocy zdrowotnej dla osób starszych, mających obiektywne trudności ze zorganizowaniem transportu. W ocenie Związku rozwiązania, które prowadzą do gwałtownego ograniczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych danego rodzaju na danym obszarze lub dla określonej populacji są groźne dla społeczności lokalnych. Likwidacja kilku oddziałów chirurgii ogólnej lub ginekologiczno-położniczych w danym województwie spowoduje znaczne ograniczenie dostępu do świadczeń. 1. <u>Przykłady skutków nieosiągnięcia minimalnego udziału świadczeń zabiegowych (na poziomie 60%, w skali całego kraju):</u> - chirurgia dziecięca – nie spełnia kryteriów 28 z 61 oddziałów. Pozostaną 33 oddziały. - kardiochirurgii dziecięca – nie spełnia kryteriów 7 z 9 oddziałów. Pozostaną 2 oddziały. - laryngologia – nie spełnia kryterium 33 oddziały na 129. Pozostanie 96 oddziałów. - laryngologia dziecięca – nie spełnia kryterium 7 z 28 oddziałów. Pozostanie 19 oddziałów. Nadmienić należy, że niespełnienie kryterium liczby porodów spowoduje likwidację oddziału, w ramach którego udzielane są świadczenia związane z położnictwem, ale także z leczeniem ginekologicznym.	Dodatkowo zauważyć należy, iż tzw. „sieć szpitali” zabezpiecza dostępność do świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego w podstawowym zakresie i nie wyklucza możliwości kontraktowania świadczeń w konkursowym trybie. Nie można zatem uznać, iż określanie szczegółowych kryteriów kwalifikacji przez MZ przyznaje mu przymiot decydenta w zakresie struktury organizacyjnej podmiotów leczniczej. Ponadto wskazać należy, iż struktura ta powinna być dostosowana do potrzeb zdrowotnych występujących na danym terenie w tym w zakresie systemu publicznego finansowania świadczeń opieki zdrowotnej do potrzeb ubezpieczonych i możliwości płatnika, a nie odwrotnie. Podobnie jak ustawa, rozporządzenie jest aktem powszechnie obowiązującym i podlegającym konsultacjom społecznym. Wyłączenie oddziału z sieci nie będzie natomiast oznaczać automatycznego pozbawienia kontraktu w AOS. Proces kwalifikacji do sieci ma charakter jednorazowy i obejmuje okres 4 lat. Z uwagi na powyższe nie możliwe jest wdrożenie rozwiązania „krocącego”, gdyż jednym z zadań PSZ jest zapewnienie stabilności kontraktu szpitalom zakwalifikowanym do niego. Natomiast odpowiednio długie vacatio legis pomiędzy wydaniem rozporządzenia a kwalifikacją do sieci (2027 r) powinien zapewnić odpowiedni czas na dostosowanie się podmiotów.
--	--	---	---

			Likwidacja oddziałów w danych podmiotach leczniczych spowoduje wzrost udzielenia takich świadczeń przez inne podmioty. Nie zostały przeprowadzane analizy statystyczne (nie zostały jednak określone kryteria minimalnego udziału świadczeń zabiegowych czy odebranych porodów), które wskazałyby jak kształtowałyby się przepływ pacjentów pomiędzy podmiotami leczniczymi. Nie zostały zbadane możliwości faktyczne udzielenia świadczeń zdrowotnych przez szpitale, które byłyby zakwalifikowane do „nowej sieci”. Nie zostały ocenione także możliwości transportu pacjentów do szpitali wyłonionych w ramach opiniowanych zmian ustawowych. Wskazane przykłady uzasadniają przyjęcie rozwiązań prawnych, w ramach których w oparciu o wcześniej znane i ustalone z uczestnikami systemu ochrony zdrowia kryteria (np.: geograficzne, populacyjne w danym regionie, w szczególności w zakresie położnictwa) minimalny poziom udziału świadczeń zabiegowych byłby indywidualnie określony dla każdego profilu zabiegowego. Niezależnie od uwag wskazanych powyżej, a dotyczących pozostawienia Ministrowi Zdrowia kompetencji do kształtowania wytycznych i kryteriów „zaliczalności” oddziałów, należy rozważyć wprowadzenie minimalnej wartości porodów w systemie krocącym, tak aby zmiany nie były gwałtowne, zaś poszczególne szpitale mogły się przygotować do przejścia większej liczby porodów w dłuższej perspektywie czasu. W ocenie Związku podstawą dla poczynienia ustaleń powinna być mapa potrzeb zdrowotnych, która określi zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, a w konsekwencji podaż usług medycznych.	
14.	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	art. 1 pkt 8	Projekt ustawy przewiduje obowiązkowe udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NiŚOZ) przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach SOR. Podmioty nieposiadające SOR, a posiadające izbę przyjęć nie będą zobowiązane do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie NiŚOZ. Należy zauważyć, że tego rodzaju regulacja spowoduje pozbawienie takiej opieki prawie połowy powiatów, ponieważ liczba SOR jest znacznie mniejsza niż liczba szpitali powiatowych. Pozostawienie dowolności w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w omawianym aspekcie spowoduje ograniczenie liczby miejsc udzielania świadczeń i nadmiernie obciąży tych świadczeniodawców, którym przepis ustawy nakazuje ich udzielanie. Zobligowanie wyłącznie świadczeniodawców udzielających świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym do udzielania świadczeń NiŚOZ, zagraża bezpieczeństwu zdrowotnemu mieszkańcom obszarów, na terenie których szpitale posiadające izby przyjęć nie zdecydują się na realizację świadczeń NiŚOZ. Taki stan rzeczy spowoduje nadmierną koncentrację pacjentów w podmiotach z SOR. Znaczne obciążenie i zwiększona ilość pacjentów będzie skutkowało wydłużeniem czasu oczekiwania na świadczenia w SOR i NiŚOZ, przeciążeniem personelu udzielającego świadczeń, wzrostem oczekiwań finansowych personelu lub rezygnacją z zatrudnienia w podmiotach udzielających świadczeń w szpitalnych oddziałach ratunkowych.	Uwaga niezasadna Dostępność świadczeń NiŚOZ przy SOR ma swoje uzasadnienie merytoryczne, ze względu na przeciążenie SOR-ów wizytami pacjentów wymagających pomocy na poziomie POZ. Powinna istnieć możliwość łatwego i szybkiego przekierowywania takich pacjentów do gabinetów NiŚOZ. Poza tym powiązanie udzielania świadczeń NiŚOZ z SOR jest uzasadnione także w świetle przepisów o PRM. Proponowane rozwiązanie nie będzie skutkowało ograniczeniem dostępu do omawianych świadczeń ani przeciążeniem szpitali z SOR, ponieważ w przypadku niedostatecznego zainteresowania udzielaniem świadczeń NiŚOZ po stronie pozostałych szpitali

			Ministerstwo nie dokonało oceny możliwości udzielania takich świadczeń przez jednostki zobowiązane do ich udzielania (czyli posiadających SOR, według założeń ustawy). Projektowane zmiany winny zostać ocenione pod względem możliwości udzielania świadczeń NiŚOZ przez podmioty do tego ustawowo zobowiązane, z uwzględnieniem przepływu pacjentów do takich podmiotów.	PSZ oddziały NFZ będą zawierały dodatkowe umowy w trybie konkursowym.
15.	Woj. Spec. Szpital Dziecięcy w Olsztynie/ Wojewoda Warm.-Maz.	Art. 6	Art. 6 projektu określa, że oddział których nie spełni min 60 % hospitalizacji zabiegowych będzie przekształcony w 2027 roku w tryb hospitalizacji planowej albo tryb leczenia jednego dnia. Z art. 1 pkt 6 oraz art. 7 projektu, należy wyłączyć oddziały zabiegowe w szpitalach dziecięcych, które stanowią Centra Urazowe dla Dzieci lub będące Ośrodkami Eksperskimi Chorób Rzadkich dla Dzieci. Warunkiem kwalifikującym oddziały zabiegowe jest wskaźnik 60% zabiegów w stosunku do liczby hospitalizacji. Ujęto bez zróżnicowania oddziały dla dorosłych i dla dzieci, zakwalifikowano np. oddziały okulistyki dziecięcej jako oddziały zabiegowe, a pełnoprofilowe oddziały okulistyki dziecięcej nie są strictly zabiegowymi oddziałami. Projekt nie uwzględnia Centrum Urazowego dla Dzieci, w którym całodobowo muszą być dostępni okuliści i laryngolodzy. Projekt nie uwzględnia (nie wyłącza) oddziałów zabiegowych, które są w ośrodkach eksperckich chorób rzadkich - co sprawia że dotychczas obowiązujące katalogi świadczeń w oddziałach np. chirurgii szczękowo-twarzowej nie zawierają możliwości rozliczenia diagnostyki chorób rzadkich, a takie możliwości są w oddziale laryngologicznym, czy okulistycznym. Stąd oddziały te pracujące w pełnoprofilowym zakresie (a nie tylko do wycinania migdałków i operacji zęza) nie osiągają wskaźników 60% operacji. Specjalistyczne Szpitale Dziecięce pracujące w trybie Centrów Urazowych dla Dzieci muszą posiadać w dostępie całodobowych specjalistów oddziałów zabiegowych w tym m.in. laryngologów, okulistów, chirurgów itp. Zatem oddziały te nie mogą funkcjonować w trybie planowym, czy dziennym. Przyjęcie jednolitego kryterium (60% hospitalizacji zabiegowych) dla oddziałów dla dorosłych i dla dzieci jest niefortunne, gdyż u dzieci m.in. diagnostyka radiologiczna (TK, MRI) wad, urazów, chorób odbywa się przeważnie w znieczuleniu ogólnym, zatem wymaga hospitalizacji. Poza tym dzieci po urazach głowy, części twarzowej czaszki, wymagają obserwacji szpitalnej co najmniej 24 godzinnej, która nie kończy się zabiegiem operacyjnym. Urazy u dzieci, często wymagają diagnostyki i leczenia zachowawczego okulistycznego jako efekty urazów tępych i oparzeń. Poza tym w szpitalach posiadające Ośrodki Eksperskie Chorób Rzadkich u Dzieci (w kompleksie z leczeniem operacyjnym) – oddziały poza leczeniem operacyjnym również wykonują diagnostykę. Przykładem może być Ośrodek Eksperski Chorób Rzadkich rejonu głowy i szyi CRANIO, który posiada Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie. W jego strukturze jest klinika chirurgii głowy i szyi dzieci i młodzieży z trzema oddziałami zabiegowymi – chirurgią szczękowo-twarzową (która w swoim katalogu nie posiada wystarczająco adekwatnych grup do rozliczenia diagnostyki u pacjentów z chorobami rzadkimi) oraz oddziały otolaryngologii dziecięcej	Uwaga niezasadna Uwaga odnosi się w istocie rzeczy do antycypowanego projektu rozporządzenia, które dopiero ma określić wartość minimalnego udziału świadczeń zabiegowych jako warunku kwalifikacji. Wyznaczenie w akcie wykonawczym progowego udziału świadczeń zabiegowych zostanie dokonane z uwzględnieniem specyfiki poszczególnych profili, w tym dziecięcych.

			i okulistyki dziecięcej. W oddziałach otolaryngologii i okulistyki odbywa się diagnostyka chorób rzadkich w tym diagnostyka radiologiczna w znieczuleniu ogólnym. Dzieci z chorobami rzadkimi rejonu głowy i szyi obarczone są wielowadziem i wielochorobowością, stąd też przed każdym leczeniem operacyjnym wymagają diagnostyki, która odbywa się w oddziale otolaryngologicznym lub okulistycznym (jeśli dziecko obarczone jest problemami okulistycznymi). Oddział okulistyki dziecięcej nie jest adekwatnie porównywalny z oddziałem okulistyki dla dorosłych. W oddziale okulistyki dziecięcej odbywa się diagnostyka i leczenia zachowawcze okulistyczne, nie tylko zabiegowe. Tak się dzieje we wszystkich pełnoprofilowych oddziałach okulistyki dziecięcej w szpitalach pediatrycznych, w których nie tylko jest celem operacja dziecka, ale również diagnostyka i inne leczenie zachowawcze, w tym też chorób rzadkich. Do projektu Ustawy dołączono wykazy oddziałów zabiegowych spełniających kryteria oddziałów całodobowych. W przypadku oddziałów okulistyki dziecięcej – tylko 6 oddziałów w Polsce spełnia kryterium 60 % zabiegów i są to oddziały w szpitalach dla dorosłych. Żaden oddział okulistyki dziecięcej (pełnoprofilowy) w żadnym ze szpitali dziecięcych nie spełnia założonego kryterium, dlatego że jest pełnoprofilowy i realizuje wszystkie świadczenia dla dzieci zachowawcze i zabiegowe w ramach chorób oczu i przydatków oczu.	
16.	Konsultant Wojewódzki ds. chirurgii dziecięcej Województwo Warmińsko-Mazurskie/ Wojewoda Mazowiecki	OSR	W ocenie skutków regulacji - dołączonej do w/w projektu - zawarta jest zakresie zmian w PSZ propozycja w pkt 1 cyt.: „zostanie wprowadzone dodatkowym kryterium kwalifikacji, w postaci określonego progowego udziału świadczeń zabiegowych w przyjętym okresie referencyjnym, przy czym jednocześnie w przypadku profilu położnictwo i ginekologia decydować będzie minimalna liczba odebranych porodów w tym samym okresie (wstępnie przewiduje się, że będzie to odpowiednio ok. 60% udział zabiegów i ok. 400 porodów, przy czym ostateczne określenie szczegółowych wartości dotyczących udziału świadczeń zabiegowych dla poszczególnych zakresów oraz progowej liczby porodów nastąpi w drodze rozporządzenia, po przeprowadzeniu dodatkowych analiz i konsultacji).” Pozwalam sobie nie zgodzić się z kryterium udziału powyżej 60% zabiegów (operatywą) w oddziałach chirurgii dziecięcej, pomimo braku jeszcze właściwego rozporządzenia MZ. Propozycja zmiany: Proponuję obniżyć wskaźnik do realnego poziomu udziału procedur zabiegowych w stosunku do hospitalizacji w oddziałach chirurgii dziecięcej do 40-50%, w zależności od umocowania oddziału w strukturze szpitala. Chirurgia dziecięca to dział medycyny zajmujący się leczeniem chirurgicznym dzieci, od noworodków po dorosłość. Jest to specjalistyczna dziedzina, która różni się od chirurgii zabiegowej dorosłych w wielu aspektach. Postępowanie z dziećmi chirurgicznie chorymi opiera się na specyfice pacjentów w wieku rozwojowym. Stąd m. in. powstanie samodzielnej podstawowej specjalizacji jaką jest chirurgia dziecięca. Czynniki, które legły u podstaw wydzielenia chirurgii dziecięcej to różnice anatomiczne (budowa ciała),	Uwaga niezasadna W OSR projektu podano jedynie przybliżoną wartość minimalnego udziału świadczeń zabiegowych jako warunku kwalifikacji, wskazując, że ostatecznie zostanie ona określona w rozporządzeniu do dodatkowych analizach i konsultacjach. Określenie progowego udziału świadczeń zabiegowych zostanie dokonane z uwzględnieniem specyfiki poszczególnych profili.

			różnice fizjologiczne (czynności organizmu) wieku dziecięcego, odmienność zmian i procesów patologicznych, które są tym większe im młodsze jest dziecko, labilność emocjonalna i lęk przed nieznanym. Wiele chorób spotykanych jest tylko w wieku dziecięcym, a te które występują także u dorosłych – u dzieci mają odmienny przebieg, prognozę i wymagają innej strategii leczenia i postępowania. Takie działy chirurgii dziecięcej jak urologia, onkologia czy traumatologia dziecięca stanowią w istocie swojej dziedziny całkowicie odmienne od swoich odpowiedników w medycynie u pacjentów dorosłych. U dzieci obowiązują inne reguły w leczeniu niż osób dorosłych, nie może być stosowany u dzieci mechanicznie wskaźnik proporcjonalności (dzielenia) - dziecko nie jest małym dorosłym (zminiaturyzowaną osobą dorosłą). Często dzieci, z niejasnymi objawami lub nawet z niewielkimi zmianami wymagającymi postępowania chirurgicznego lub diagnostycznego wymagają albo znieczulenia ogólnego albo odpowiedniego dłuższego okresu obserwacji, przygotowania i adaptacji w warunkach oddziału. Nie ma dwóch dzieci o takich samych cechach biologicznych i emocjonalnych. Konieczne jest więc traktowanie każdego pacjenta w sposób indywidualny (medycyna personalizowana). W związku z powyższym wnioskuję - w przypadku pełnoprofilowych wielodyscyplinarnych oddziałów chirurgii dziecięcej, pełniących całodobowe dyżury ostre, przyjmujących wszystkich pacjentów dziecięcych w trybie planowym i tzw. „ostrych” – o uwzględnienie minimalnego udziału świadczeń zabiegowych do 40-50%.	
17.	Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka/ Śl. Uniwersytet Medyczny	art. 1 pkt 4	Proponujemy dopisanie w art. 95m. ust. 5 pkt 1 ppkt e) w brzmieniu: z zakresu świadczeń gwarantowanych, które od dnia 01.04.2020 r. nie są już świadczeniami wysokospecjalistycznymi. Do dnia 01.04.2020 r. świadczenia realizowane w oddziale Kardiologii Dziecięcej tj.: operacje wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym u dzieci do lat 18 oraz operacje wad wrodzonych serca i wielkich naczyń u dzieci do ukończenia 1 roku życia, z wyłączeniem operacji izolowanego przewodu tętniczego Botalla były świadczeniami wysokospecjalistycznymi. Natomiast na podstawie Rozporządzenia MZ z dnia 8 listopada 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania świadczenia te zostały zakwalifikowane do świadczeń gwarantowanych. Projekt ustawy nie uwzględnia tych świadczeń, zatem zasadnym jest uwzględnienie tych świadczeń w kwalifikacji do profili.	Uwaga niezasadna Świadczenia z zakresu kardiologii, które były wcześniej zawarte w wykazie świadczeń wysokospecjalistycznych, a następnie zostały przeniesione do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego są i będą nadal objęte kwalifikacją do PSZ, jako świadczenia realizowane w ramach odpowiedniego profilu szpitalnego objętego wykazem PSZ dla danego świadczeniodawcy.
18.	Szpital Powiatowy w Iławie	art. 1 pkt 3	- brak kryteriów /przepisów/ dokonana będzie analiza realizacji programów naprawczych - uszczegółowienie przepisów przyczyni się do pełnej oceny realizacji programów naprawczych - proponujemy określić na podstawie jakich kryteriów /przepisów/ dokonana będzie analiza realizacji programów naprawczych	Uwaga niezasadna Analiza realizacji programu naprawczego powinna polegać na ocenie, czy zostały wdrożone działania przewidziane w takim programie.

19.	Szpital Powiatowy w Iławie	uwaga ogólna	- należy umożliwić konsolidację świadczeń realizowanych przez publiczne podmioty lecznicze z świadczeniodawcami prywatnymi posiadającymi umowy z NFZ na dany zakres - umożliwi to pełne wykorzystanie potencjałów wykonawczych podmiotów leczniczych działających na danym terenie - proponujemy wprowadzenie regulacji umożliwiającej konsolidację świadczeń realizowanych przez publiczne podmioty lecznicze z świadczeniodawcami prywatnymi posiadającymi umowy z NFZ na dany zakres	Uwaga niezasadna Sens tej uwagi jest niejasny. Nie wiadomo co wnioskujący rozumie przez „konsolidację świadczeń realizowanych przez publiczne podmioty lecznicze z świadczeniodawcami prywatnymi”.
20.	Szpital Powiatowy w Iławie	art.1 pkt 6	położnictwo i ginekologia - należy uwzględnić obok parametru liczby porodów parametru czasu w którym świadczeniodawca pozostawał w gotowości do przyjęcia porodów - wprowadzenie proponowanego parametru obok parametru ilości porodów urealni włączenie do profilu - proponujemy przy kwalifikacji wprowadzenie parametru czasu w którym świadczeniodawca pozostawał w gotowości do przyjęcia porodów oraz wycenę gotowości personelu medycznego traktu porodowego	Uwaga częściowo uwzględniona (Uzupełniono projektowany art. 95m ustawy o świadczeniach w zakresie dodatkowego kryterium geograficznego przy kwalifikacji oddziałów położniczych.)
21.	Szpital Powiatowy w Iławie	art. 1 pkt 6	położnictwo i ginekologia - proponowany przepis niejednakowo traktuje podmioty - konsolidacja ma na celu połączenie nie tylko zasobów, ale i potencjału zawartego w wykonanych świadczeniach proponujemy dodanie zdania: „W przypadku konsolidacji w w/w zakresie do liczby porodów sumuje się liczbę porodów przyjętych w podmiotach podlegających konsolidacji w danym okresie referencyjnym”.	Uwaga uwzględniona (Zmienione brzmienie projektowanego ust. 4 w art. 95m ustawy o świadczeniach.)
22.	Szpital Powiatowy w Iławie/ Wojewoda Warmińsko-Mazurski	art. 1 pkt 8	- proponowane obligatoryjne udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego i pozostawienie dowolności ich udzielania innym podmiotom zakwalifikowanym do systemu (nie posiadających SOR-u) spowoduje zmniejszenie miejsc udzielania świadczeń i nadmiernie obciąży tych świadczeniodawców, którym przepis ustawy nakazuje ich udzielanie - proponujemy zmianę proponowanego przepisu i zobowiązanie wszystkich świadczeniodawców systemu do udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej lub przeniesienie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej do POZ - w wypadku pozostania przy regulacji - jak w brzmieniu projektu, należy zwiększyć finansowanie powstałych miejsc udzielania świadczeń z uwzględnieniem populacji objętej opieką	Uwaga niezasadna Dostępność świadczeń NiŚOZ przy SOR ma swoje uzasadnienie merytoryczne, ze względu na przeciążenie SOR-ów wizytami pacjentów wymagających pomocy na poziomie POZ. Powinna istnieć możliwość łatwego i szybkiego przekierowywania takich pacjentów do gabinetów NiŚOZ. Poza tym powiązanie udzielania świadczeń NiŚOZ z SOR jest uzasadnione także w świetle przepisów o PRM. Proponowane rozwiązanie nie będzie skutkowało przeciążeniem szpitali z SOR, ponieważ w przypadku niedostatecznego zainteresowania

				udzielaniem świadczeń NiŚOZ po stronie pozostałych szpitali PSZ oddziały NFZ będą zawierały dodatkowe umowy w trybie konkursowym.
23.	Szpital Powiatowy w Iławie/ Wojewoda Warmińsko-Mazurski	art. 1 pkt 16	- przepis może być wykorzystywany przez świadczeniodawców posiadających SOR (w wypadku zastąpienia SOR na IP) do uchylania się od udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej - należy wykluczyć możliwość zaprzestania udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej - proponujemy zastrzeżenie w przepisie polegające na obowiązku kontynuowania udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w przypadku złożenia wniosku o zastąpienie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnym oddziale ratunkowym na udzielanie świadczeń w szpitalnej izbie przyjęć	Uwaga niezasadna Udzielanie świadczeń NiŚOZ jest korzystne dla świadczeniodawców z SOR, z uwagi na możliwość odciążenia SOR od zajmowania się cięższymi przypadkami pacjentów wymagających udzielenia pomocy w zakresie POZ. Poza tym powiązanie udzielania świadczeń NiŚOZ z SOR jest uzasadnione także w świetle przepisów o PRM. Nie zachodzi realne ryzyko, iż świadczeniodawcy będą skłonni rezygnować z udzielania świadczeń w SOR tylko ze względu na uniknięcie obowiązku realizacji NiŚOZ. Nie zachodzi także ryzyko braku dostępności do tych świadczeń w konsekwencji ewentualnej rezygnacji części świadczeniodawców PSZ z ich udzielania, ze względu na możliwość zawarcia przez NFZ umów w trybie konkursowym.
24.	SP ZOZ w Proszowicach	uwaga ogólna	Projektowana ustawa ma zbyt ogólny charakter, zbyt szeroki jest zakres zagadnień delegowanych do uregulowania w formie rozporządzeń.	Uwaga niezasadna Zgodnie zasadami legislacji ustawa określa istotne elementy konstrukcji systemu PSZ wyznaczając podstawowe kryteria i zasady kwalifikacji, pozostawiając możliwość elastycznego kształtowania szczegółowych kryteriów na poziomie rozporządzenia MZ. Powyższe pozwala na określenie kryteriów do kwalifikacji w sposób umożliwiający ich dostosowanie do

				zmian zachodzących w strukturze podmiotów leczniczych i strukturze realizacji świadczeń. Zawarte w projekcie upoważnienia do wydania rozporządzeń wykonawczych dotyczą kwestii wymagających szczegółowych analiz merytorycznych oraz kwestii technicznych, które standardowo są delegowane na poziom aktów wykonawczych.	
25.	SP ZOZ w Proszowicach	art. 1 pkt 3	Nie wszystkie świadczenia wskazane przez Agencję do udzielania w warunkach ambulatoryjnych można przesunąć do realizacji w AOS. Ponadto wycena świadczeń ambulatoryjnych jest zwykle dużo niższa niż wycena świadczeń wykonywanych w warunkach szpitalnych. Zatem przesunięcie realizacji świadczeń do ambulatorium będzie nieopłacalne dla podmiotów leczniczych i wpłynie negatywnie na wysokość środków finansowych wypłaconych przez NFZ za zrealizowane świadczenia.	Uwaga niezasadna Celem tego przepisu jest właśnie poprawa wyceny świadczeń ambulatoryjnych, a nie przeniesienie konkretnych świadczeń do realizacji w ramach AOS. Przepis dotyczy opracowywania raportów taryfikacyjnych a nie rekomendacji w zakresie określania koszyka świadczeń.	
26.	Posel na Sejm RP Janusz Cieszyński	art. 1 pkt 6	Ustawa zakłada, że jedynym kryterium utrzymania w PSZ oddziału ginekologiczno-położniczego jest liczba porodów odebranych w roku referencyjnym. Zastosowanie jako jedynego kryterium liczby porodów doprowadzi do: - powstania "białych plam" w PSZ w zakresie ginekologia i położnictwo, takich jak obszar 100 na 100 kilometrów na terenie województwa warmińsko-mazurskiego, gdzie według obecnej wersji projektu nie ostanie się ani jeden oddział w ramach sieci, - braku jakichkolwiek działań optymalizacyjnych w większych ośrodkach, w których podmioty nie mają problemu z osiągnięciem planowanego wskaźnika. W związku z powyższym sugeruję wprowadzenie mechanizmu oparcia listy podmiotów, które mogą na terenie danego OW NFZ prowadzić oddział ginekologiczno-położniczy w ramach PSZ o mapy potrzeb zdrowotnych, plan transformacji lub inne analizy zapotrzebowania na świadczenia z tego zakresu przygotowane np. przez dyrektora OW NFZ. Pozwoliłoby to dokonać optymalizacji zakresu udzielania świadczeń bez negatywnych skutków społecznych wynikających z przyjęcia jednego sztywnego kryterium. Warto zauważyć, że opisany w projekcie mechanizm dodatkowego kontraktowania jest wyłącznie teoretyczny, ponieważ Fundusz nie posiada obecnie środków na uregulowanie bieżących zobowiązań, wobec czego rozwiązywanie problemów poprzez dodatkowe kontraktowanie nie jest realnym rozwiązaniem.	Uwaga częściowo uwzględniona (Uzupełniono projektowany art. 95m ustawy o świadczeniach w zakresie dodatkowego kryterium geograficznego przy kwalifikacji oddziałów położniczych.)	

27.	Posel na Sejm RP Janusz Cieszyński	art. 1 pkt 11	Mając na uwadze przejrzystość kontraktowania świadczeń należy umożliwić oferentom możliwość udziału w otwarciu ofert lub ewentualnie, jeżeli wynika to ze specyfiki procesu odbywającego się wyłącznie w formie elektronicznej, opisanie zabezpieczeń, które pozwolą oferentom zweryfikować, czy proces był przeprowadzony rzetelnie. Podobne mechanizmy nie są nowością i można je spotkać chociażby w procesie udzielania zamówień publicznych w ramach PZP.	Uwaga uwzględniona (Dodanie ust. 4a w art. 142 ustawy o świadczeniach i odstąpienie od zmian w art. 142 ust. 2 i 3.)
28.	Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński	art. 1 ust. 6	Proponujemy następującą zmianę zapisów mających stanowić art. 95m ust. 5 pkt 3 oraz 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych: „3) świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanych w poradniach przyszpitalnych, z zastrzeżeniem, że dotyczy to porad odpowiadających profilom kwalifikującym określonym w przepisach wydanych na podstawie ust. 6 pkt 3, 4) świadczeń opieki zdrowotnej: a) w ramach programów lekowych, odpowiadających profilom kwalifikującym, b) objętych kompleksową opieką zdrowotną, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub art. 146 ust. 1 pkt 2, c) <u>świadczeń ambulatoryjnych innych niż realizowane w poradniach przyszpitalnych, z wyjątkiem dializy otrzewnowej lub hemodializy, jeżeli świadczeniodawca udziela tych świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ważnej w dniu kwalifikacji i niebędącej w okresie wypowiedzenia, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie pełne lata kalendarzowe,</u> d) <u>świadczeń niewymienionych w punktach 1-4 jeżeli świadczeniodawca udziela tych świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ważnej w dniu kwalifikacji i niebędącej w okresie wypowiedzenia, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie pełne lata kalendarzowe.</u>”. Przedstawiona powyżej propozycja pozwoli na umożliwienie udzielania w systemie zabezpieczenia świadczeń z zakresu badań diagnostycznych (np. badania wykonywane przez laboratoria medyczne/obrazowe pracownie diagnostyczne, w ramach wyodrębnionych zakresów świadczeń: badania genetyczne, badania rezonansu magnetycznego, badania scyntygraficzne itd.). Zmiana pkt 4 ma na celu również uwzględnienie w tym zakresie świadczeń odrębnie kontraktowanych wykonywanych w warunkach oddziału szpitalnego takich jak leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej, leczenie spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej. W projekcie zmiany ustawy ww. zakresy nie	Uwagi niezasadne PSZ ze swojej istoty jest systemem dedykowanym przede wszystkim lecznictwu szpitalnemu, a zatem umowa PSZ powinna obejmować wyłącznie świadczenia specjalistyczne ambulatoryjne wykonywane w poradniach przyszpitalnych, tj. takie, w przypadku których zachodzi związek z podstawową działalnością świadczeniodawcy zakwalifikowanego do PSZ. Umowa PSZ obejmuje wszystkie świadczenia wymienione w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wykonywane w ramach profili wskazanych dla świadczeniodawcy w wykazie PSZ (w tym również świadczenia szpitalne zaliczane do tzw. świadczeń kontraktowanych odrębnie, na podstawie zarządzenia Prezesa NFZ).

			zostały wymienione, co może skutkować brakiem ciągłości udzielania świadczeń w związku z nową kwalifikacją podmiotów do systemu zabezpieczenia.	
29.	Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński	art. 12	Postulujemy, aby data wejścia w życie zapisu mającego stanowić art. 132b ust. 3 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych („W przypadku świadczeniodawcy, o którym mowa ust. 1 i 2, u którego co najmniej dwie trzecie spośród realizowanych profili systemu zabezpieczenia stanowią profile dla dzieci, w umowie, o której mowa w art. 159a ust. 1, można zastrzec, że świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane wyłącznie świadczeniobiorcom do 18. roku życia.”) była zbieżna z datą wejścia w życie wymogu utworzenia miejsc udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NiŚOZ) w podmiotach prowadzących szpitalne oddziały ratunkowe, które dotąd tego miejsca nie utworzyły. Jest to rozwiązanie kluczowe dla organizacji NiŚOZ przez szpitale pediatryczne, dlatego też konieczne jest równoczesne dostosowanie okresów obowiązywania przedmiotowych uregulowań.	Uwaga niezasadna Wymóg posiadania miejsca udzielania świadczeń NiŚOZ przez szpitale posiadające SOR, w lokalizacji oddziału, zacznie obowiązywać od stycznia 2025 r. Możliwość ograniczenia udzielania świadczeń NiŚOZ tylko do dzieci, dot. szpitali pediatrycznych, będzie dotyczyła dopiero umów zawartych z podmiotami zakwalifikowanymi do PSZ na nowych zasadach, tj. umów obowiązujących od lipca 2027 r. Możliwość takiego ograniczenia zakresu podmiotowego udzielania świadczeń nie koliduje w żaden sposób z wymogiem zawartym w rozporządzeniu ws. SOR.
30.	Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński	OSR	Załącznik nr 2 do Oceny Skutków Regulacji pn. „Symulacja dotycząca szpitali, które zostałyby zakwalifikowane do PSZ zgodnie z nowymi kryteriami”. W przedstawionej symulacji Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie nie został zakwalifikowany do systemu zabezpieczenia w profilach: - kardiochirurgia dla dzieci oraz - neurochirurgia dla dzieci, pomimo, iż od samego początku posiada umowę zawartą w tym zakresie z NFZ oraz jest jedynym podmiotem w Małopolsce, który realizuje świadczenia szpitalne w ww. zakresach. W dokumentach dotyczących przedmiotowego projektu ustawy wskazano, że dodatkowym kryterium warunkującym zakwalifikowanie profili zabiegowych do PSZ będzie procentowy udział świadczeń zabiegowych w przyjętym okresie referencyjnym (ok. 60% udział zabiegów). Brak jest natomiast informacji szczegółowych dotyczących danych jakie były podstawą przeprowadzonej symulacji. Dla kardiochirurgicznych świadczeń szpitalnych przy kwalifikacji powinny być brane pod uwagę również procedury wysokospecjalistyczne, które stanowią przeważającą większość przeprowadzanych w tym zakresie operacji, a wynik symulacji dla naszego Szpitala wskazuje, że najprawdopodobniej nie zostały one wliczone. W roku 2023 świadczenia zabiegowe, w tym wysokospecjalistyczne stanowiły ok. 92% wszystkich świadczeń zrealizowanych w zakresie kardiochirurgii w naszym Szpitalu [330 hospitalizacji, w tym 304 świadczenia rozliczone z zastosowaniem grup	Uwaga niezasadna W OSR projektu podano jedynie przybliżoną wartość minimalnego udziału świadczeń zabiegowych jako warunku kwalifikacji, wskazując, że ostatecznie zostanie ona określona w rozporządzeniu do dodatkowych analizach i konsultacjach. Określenie progowego udziału świadczeń zabiegowych zostanie dokonane z uwzględnieniem specyfiki poszczególnych profili, w tym dziecięcych.

			zabiegowych lub jako procedura wysokospecjalistyczna (295 procedur)]. Zatem kryterium procentowego udziału grup zabiegowych zostało w ramach tego profilu spełnione, przy uwzględnieniu pełnego zakresu działalności Oddziału Kardiochirurgii i Intensywnej Opieki Kardiochirurgicznej naszego Szpitala. Natomiast niejednokrotnie w przypadku pacjentów z rozpoznaniem współistniejącymi, leczonych w zakresie np. neonatologii lub onkologii i hematologii lub pediatrii, wykonywane są zabiegi neurochirurgiczne, które nie są rozliczane z NFZ z zakresu neurochirurgii z uwagi na fakt, iż Oddział Neurochirurgii nie jest dla tych pacjentów miejscem leczenia ich zasadniczego problemu zdrowotnego, będącego podstawą przyjęcia do Szpitala. Zatem jeśli przy szacowaniu dla naszego Szpitala kryterium procentowego udziału grup zabiegowych dla zakresu neurochirurgii, brano pod uwagę wyłącznie świadczenia rozliczone wprost z tego zakresu, to w sposób oczywisty pominięto rzeczywistą statystykę zabiegów neurochirurgicznych wykonywanych w tzw. Ruchu międzyoddziałowym, w tym rozliczanych indywidualnie za zgodą płatnika. Dlatego też postulujemy, aby w zakresie dziecięcych profili zabiegowych odstąpić od stosowania kryterium kwalifikującego na podstawie procentowego udziału zabiegów, jako niemiarodajnego dla świadczeń pediatrycznych, gdyż w przeciwnym razie – zupełnie niesłusznie - wysokospecjalistyczne profile zabiegowe eksperckich ośrodków pediatrycznych zostaną wyeliminowane z reformowanego systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.	
31.	Uniwersytet Medyczny w Białymstoku		Proponujemy w uzgodnieniu z Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym w Białymstoku, zmianę zapisu art. 95m ustawy o świadczeniach w ust. 2 pkt 1) podpunkty), poprzez dodanie: „transplantologia kliniczna – w zakresach skojarzonych”, oraz w punkcie 2) dodanie podpunktu: „zl) transplantologia kliniczna”. Z uwagi na to, że świadczenia zabiegowe w transplantologii są realizowane w zakresach skojarzonych, a w zakresie głównym realizowane są świadczenia zachowawcze, związane z kwalifikacją do przeszczepu oraz monitorowaniem pacjentów po przeszczepie, należy uwzględnić to w kwalifikacji do sieci szpitali. Również program akredytacji w tej specjalności przewiduje odrębny tok kształcenia dla lekarzy specjalności zabiegowych i zachowawczych.	Uwaga niezasadna Określenie progowego udziału świadczeń zabiegowych zostanie dokonane z uwzględnieniem specyfiki poszczególnych profili.
32.	Śląski Uniwersytet Medyczny	art. 1 pkt 9, 10	Proponuje się doprecyzowanie o zapis: Świadczeniodawca, który w okresie ostatnich 5 lat przed terminem złożenia wniosku o zwiększenie kwoty zobowiązania nie uzyskał decyzji ... Świadczeniodawca, który w okresie ostatnich 5 lat przed terminem składania ofert lub otrzymania zaproszenia do rokowań... W obu przepisach przewiduje się nowelizację art. 139a w zakresie obowiązku złożenia przez świadczeniodawcę oświadczenia o braku realizacji inwestycji wymagającej IOWISZ, czyli decyzji, o której mowa w art. 95 d ust. 1 ustawy. Zgodnie z	Uwaga uwzględniona

			uzasadnieniem chodzi o uszczelnienie systemu i umożliwienie NFZ faktycznej kontroli nad tym czy świadczeniodawca prowadził czy nie prowadził takiej inwestycji związanej z konkursem. Wątpliwość budzi natomiast brak określenia daty od której należałoby liczyć 5 lat, o których mowa w oświadczeniu, czy okres liczony jest od daty terminu składania ofert, czy od daty złożenia oświadczenia, czy innej daty początkowej. Problem może być istotny dla oceny czy oświadczenie jest prawdziwe czy nie, jeżeli czas pomiędzy składaniem ofert a złożeniem oświadczenia będzie mógł mieć znaczenie dla oceny jego prawdziwości.	
33.	Wojewoda Warmińsko-Mazurski	art. 1 pkt 6	Należałoby uwzględnić, obok parametru liczby porodów, parametr czasu, w którym świadczeniodawca pozostawał w gotowości do przyjęcia porodów, co obok parametru ilości porodów urealni włączenie do profilu, a także parametr odległości do najbliższego świadczeniodawcy oferującego usługi związane z porodem. Brak zastrzeżenia maksymalnej odległości do świadczeniodawcy oferującego usługi porodu może powodować naruszenie art. 68 Konstytucji RP, gwarantującego obywatelom równy dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, a także powodować stan zagrożenia dla zdrowia i życia mieszkanki powiatów w województwach o dużej powierzchni, ale małej gęstości zaludnienia, takich jak warmińsko-mazurskie czy podlaskie, gdzie powszechnie podawana minimalna liczba porodów 400 może się wiązać z pozostaniem na mapie województwa zaledwie 3 lub 4 podmiotów świadczących usługi związane z porodem, a co za tym idzie, niemożność zagwarantowania kobietom dotarcia do szpitala przed porodem.	Uwaga uwzględniona (Uzupełniono projektowany art. 95m ustawy o świadczeniach w zakresie dodatkowego kryterium geograficznego przy kwalifikacji oddziałów położniczych.)
34.	SPZOZ w Puławach	OSR	W załączniku nr 2 do projektowanej ustawy (będącym wykazem wszystkich szpitali wraz wykazem w ilu profilach dany szpital spełnia kryterium istnienia danego oddziału) w przypadku Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Puławach pominięto istniejący w jego strukturach Oddział Noworodkowy (profil Neonatologia na II poziomie referencyjności). Oddział ten realizuje umowę z Narodowym Fundusze Zdrowia w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży na II poziomie opieki perinatalnej (KOC II). W roku 2023 w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Puławach odbyły się 784 porody. Zgodnie z przedstawionym projektem Oddział Noworodkowy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Puławach spełnia przedstawione w analizowanym projekcie ustawy kryterium minimum 400 porodów w roku. Prawdopodobnie na etapie tworzenia załącznika doszło do oczywistej omyłki. W związku z powyższym konieczna jest korekta w tym zakresie i umieszczenie Oddziału Noworodkowego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Puławach w załączniku nr 2 jako oddziału spełniającego kryterium w profilu Neonatologia; 2/ w załączniku nr 2 do projektowanej ustawy (będącym wykazem wszystkich szpitali wraz wykazem w ilu profilach dany szpital spełnia kryterium istnienia danego oddziału) w przypadku Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Puławach	Uwaga niezasadna Wskazany podmiot w zakresie neonatologii posiada umowę wyłącznie odnośnie świadczeń ambulatoryjnych. Z uwagi na posiadanie umowy przez pełne dwa lata (2022-2023) oraz spełnienia warunku minimalnej liczby porodów zostało przyjęte, że świadczeniodawca spełnia warunki w profilu położnictwo i ginekologia. W latach 2022-2024 świadczeniodawca nie posiadał kwalifikacji w profilu neonatologii. Natomiast w przypadku profilu chirurgii dziecięcej, uznano iż świadczeniodawca nie spełnia udziału świadczeń

			pominięto istniejący w jego strukturach Oddział Chirurgii Dziecięcej (profil chirurgia dziecięca). Oddział ten realizuje umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w dwóch zakresach: Chirurgia dziecięca - hospitalizacja oraz Chirurgia dziecięca – hospitalizacja - świadczenia diagnostyki genetycznej, udzielane osobom do ukończenia 18-tego roku życia. W związku z powyższym konieczna jest korekta w tym zakresie i umieszczenie Oddziału Chirurgii Dziecięcej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Puławach w załączniku nr 2 jako oddziału spełniającego kryterium w profilu Chirurgia dziecięca.	zabiegowych, przyjętego na potrzeby OSR na poziomie 60%.
35.	Izba Gospodarcza FARMACJA POLSKA	uwaga ogólna	W ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024r. poz. 930 i 1938) wprowadza się następujące zmiany: 1) w art. 16a po ustępie 3 dodaje się ustęp 3¹ w brzmieniu: „3¹) Kontynuacja leczenia pacjenta zakwalifikowanego do programu lekowego może być prowadzona poza miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych przez realizatora programu lekowego, w tym, w szczególności, w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej lub w aptece ogólnodostępnej.; 2) w art. 41 ustęp 1 otrzymuje brzmienie: „1) W celu realizacji świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 14, 15, 17 i 18 ustawy o świadczeniach, podmiot prowadzący aptekę zawiera umowę z Funduszem na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę, zwaną dalej "u ową na realizację recepty".	Uwaga niezasadna Propozycja przepisu wykracza poza zakres projektowanej ustawy.
36.	Wojewoda Opolski	uwaga ogólna	W dokumencie brak kryteriów konsolidacji szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz zmiany szpitalnego oddziału ratunkowego na izbę przyjęć (są ogólne zapisy – str. 9 art 1, p .16, pp5 i str.17 art 8 p. 3). Znaczna część szpitali ze szpitalnymi oddziałami ratunkowymi nie spełnia wymogów ich prowadzenia sytuacja w pewnym sensie analogiczna jak w przypadku oddziałów położniczych; Konsolidacja umożliwi koncentrację rzeczywistych całodobowych świadczeń ratujących życie i zdrowie.	Uwaga niezasadna Liczba i rozmieszczenie SOR jest materią przepisów o ratownictwie medycznym, ściślej tworzonych na ich podstawie Wojewódzkich Planów Działania Systemu PRM. Uwaga wykracza poza zakres projektowanej regulacji.
37.	Wojewoda Lubelski	art. 1 pkt 16	Projektowany przepis może utrudnić realizację przez wojewodów posiadanych kompetencji w zakresie planowania, organizowania, koordynowania i nadzoru nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne w województwie. Jednym z elementów wspomnianych uprawnień jest określanie przez wojewodów w Wojewódzkich Planach Działania Systemu PRM (dalej: „Plan”) liczby	Uwaga niezasadna Zgodnie z projektowanym przepisem o zamianie SOR na IP w umowie PSZ decydować będzie Prezes NFZ. Jest

			i rozmieszczenia na obszarze województwa funkcjonujących oraz planowanych do utworzenia szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR). Natomiast projektowany przepis, zakładając możliwość dokonania przez Prezesa NFZ zmiany w umowie polegającej na zastąpieniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnej izbie przyjęć (IP) na udzielenie świadczeń na SOR (i odwrotnie), prowadzić mógłby do sytuacji, w której realna liczba SOR w województwie mogłaby być niezgodna z określoną w <i>Planie</i>. Nowe brzmienie art. 159a ust. 5 ustawy o świadczeniach mówi jedynie o zmianie w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1 tej ustawy, nie odnosząc się w żaden sposób ani do <i>Planu</i>, ani do samego faktu, że szpitalny oddział ratunkowy jest szczególną komórką organizacyjną szpitala, będąc jednocześnie jednostką systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Dokonywanie zmiany SOR na IP (i odwrotnie) w trybie określonym w projektowanym przepisie, bez jasnych wytycznych dla systemu PRM, mogłoby także utrudnić dyspozytorom medycznym, wojewódzkim koordynatorom ratownictwa medycznego oraz zespołom ratownictwa medycznego identyfikację podmiotów, do których powinny trafiać osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Dodatkowo wskazać należy, że poza konsultowanym projektem, procedowana jest także nowelizacja ustawy o PRM¹. Nowelizacja ta, przynajmniej w wersji przekazanej do konsultacji publicznych, zakłada zaostrzenie wymogów dotyczących określania w <i>Planie</i> ilości i rozmieszczenia w województwie SOR – jeden szpitalny oddział ratunkowy zabezpieczać miałby obszar nie większy niż obszar zamieszkały przez 200 tys. mieszkańców, pozwalający na dotarcie zespołu ratownictwa medycznego z miejsca zdarzenia do tego oddziału w czasie nie dłuższym niż 45 minut. Zakładając, że zapisy obu nowelizowanych ustaw wejdą w życie powstanie sytuacja, w której wojewoda może nie być w stanie wykonać ustawowych zadań w zakresie systemu PRM, a podmioty uczestniczące w tym systemie mogą mieć problem z ustaleniem pierwszeństwa stosowania właściwych przepisów obu procedowanych ustaw. W tym stanie rzeczy zasadnym wydaje się zamieszczenie w analizowanej nowelizacji tak sformułowanych zapisów dotyczących zastąpienia udzielania świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym na szpitalną izbę przyjęć, aby ich realizacja nie wpłynęła negatywnie na dostępność do świadczeń ratunkowych dla pacjentów w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia, a wojewoda otrzymał jasne wytyczne odnośnie organizowania systemu PRM w województwie.	oczywiste, że przy podejmowaniu decyzji ws. wniosku świadczeniodawcy będzie on brał pod uwagę m.in. Wojewódzki Plan Działania Systemu PRM.
38.	Wojewoda Lubuski	uwaga ogólna	Propozycja uwzględnienia zmian w opiniowanym projekcie ustawy w zakresie uzyskiwania przez podmioty lecznicze opinii o celowości inwestycji w ochronie	Uwaga niezasadna

			zdrowia, o której mowa w art. 95d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Podmioty lecznicze, które chcą wziąć udział w konkursach o dofinansowanie inwestycji ze środków publicznych/europejskich ubiegają się o uzyskanie opinii o celowości inwestycji w ochronie zdrowia. Natomiast pozytywna opinia, a nawet dofinansowanie inwestycji ze środków publicznych/europejskich (nawet przez Ministerstwo Zdrowia) nie daje podmiotowi leczniczemu gwarancji, że podmiot uzyska od NFZ finansowanie świadczeń związanych z przedmiotową inwestycją. W procesie opiniowania wniosków IOWISZ, Narodowy Funduszu Zdrowia asekuje się opiniując poszczególne kryteria oceny inwestycji z uzasadnieniem, że „zawieranie umów przez NFZ odbywa się w trybie konkursu ofert i nie ma gwarancji zawarcia umowy i finansowania świadczeń ze środków publicznych”. Brak gwarancji finansowania ze strony NFZ może zniechęcać kierowników podmiotów leczniczych do realizacji inwestycji, ponieważ może to grozić oskarżeniem o nieracjonalne wydatkowanie środków publicznych. Należy zwrócić uwagę, że jednym z kryteriów oceny wniosków IOWISZ jest kryterium zawierające pytanie „czy inwestycja doprowadzi do przekierowania strumienia finansowego płatnika publicznego, zgodnie z krajowym lub wojewódzkim planem transformacji?” Jednocześnie, plany transformacji nie wymagają od NFZ wskazywania propozycji przekierowania strumienia finansowego płatnika publicznego. Takie wyłączenia powodują, że podmiot leczniczy nie może uzyskać ani gwarancji zapewnienia finansowania świadczeń realizowanej inwestycji, ani uzyskać informacji o alternatywnych możliwościach NFZ w zakresie ewentualnego przekierowania strumienia finansowego. Z uwagi na planowane uruchomienie środków z KPO oraz związane z tym prognozowane zwiększenie liczby wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji, w celu zminimalizowania ryzyka nieefektywnego wydatkowania środków publicznych, proponuje się rozważenie możliwości i zasadności zmian polegających na: 1) nałożeniu na NFZ obowiązku zagwarantowania finansowania świadczeń związanych z inwestycjami, na realizację których NFZ wyda pozytywne opinie; 2) możliwości włączenia do planów transformacji obowiązku wskazania przez NFZ kierunków przekierowania środków finansowych.	Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy.
39.	Wojewoda Mazowiecki	uwaga ogólna	Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty w art. 16f ust. 3 pkt 3 zobowiązuje lekarzy do co najmniej 6 miesięcy szkolenia specjalizacyjnego odbywanego w szpitalu pierwszego lub drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego, w zakresie stażu podstawowego ujętego w module podstawowym z chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych i pediatrii. W związku z powyższym w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty proponuje się uchylene art. 16f ust. 3 pkt. 3 oraz art. 16j. ust. 6 (wejście w życie z dniem 1 stycznia 2027).	Uwaga niezasadna W powołanym przepisie mowa jest o „szpitalu pierwszego lub drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego”. W ustawie o zawodzie lekarza brak jest jakiegokolwiek odesłania do przepisów art. 95l-95n ustawy o świadczeniach, w związku z czym brak podstaw do przyjęcia, że użyty we wskazanym

				przepisie termin odnosi się do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.
40.	Retina AMD Polska	art. 1 pkt 4	Retina AMD Polska jako stowarzyszenie reprezentujące dobro pacjentów tracących wzrok z powodu różnych schorzeń, gorąco popiera ideę utworzenia nowego świadczenia, które włącza optometrystów jako specjalistów wykonujących wyznaczone zadania w ramach opieki okulistycznej. Takie rozwiązanie polegające na utworzeniu nowego świadczenia- konsultacji u optometrysty -finansowanego z NFZ bez skierowania jest bardzo dobrym rozwiązaniem na problemy z dostępnością do okulistów. Optometryści są specjalistami od wykrywania wad wzroku i dobierania korekcji optycznej i mogą wykonywać badania przesiewowe dorosłych i dzieci. W ten sposób mogą odciążyć lekarzy okulistów, którzy będą mogli skoncentrować się na diagnostyce schorzeń wzroku i ich leczeniu. Optometryści posiadają także odpowiednie kompetencje, które są potrzebne do udzielania pomocy osobom słabowidzącym w zakresie dobierania pomocy optycznych ułatwiających funkcjonowanie. Dlatego powinni zostać dopuszczeni do prowadzenia „rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku” – świadczenia gwarantowanego w ramach NFZ, a które dziś jest praktycznie niedostępne w naszym Kraju z wyjątkiem Warszawy, Olsztyna Poznania. W ramach tej rehabilitacji optometryści powinni mieć możliwość dobierania osobom słabowidzącym specjalnych wyrobów medycznych z zakresu optyki oraz posiadać uprawnienia do wystawiania na nie skierowań Obecnie osoby słabowidzące są pozostawione bez pomocy gdyż brakuje specjalistów mających rozeznanie w ogromnej liczbie rodzajów różnych pomocy optycznych i którzy potrafią je dobierać. Z naszego doświadczenia wynika, że osoby słabowidzące dzięki dobrze dobranemu sprzętowi optycznemu mimo znacznej utraty widzenia, lepiej funkcjonują mogą nadal wykonywać codzienne czynności i w ten sposób mogą być wciąż aktywni i niezależni. Niestety z naszego doświadczenia także wynika, że większość okulistów nie ma takich kompetencji a nawet nie wie, że rehabilitacja dla osób z dysfunkcją narządu wzroku jest świadczeniem gwarantowanym z NFZ i przynosi tak wielkie korzyści słabowidzącym pacjentom.	Uwaga niezasadna Propozycje dot. rozszerzenia zakresu kompetencji optometrystów wykraczają poza zakres projektowanej regulacji.
41.	Konfederacja Lewiatan	art. 1 pkt 3	AOTMiT obecnie nie posiada obecnie takich kompetencji a budowa odpowiednio kompetentnego zespołu i zaplecza analitycznego to poważne wyzwanie oraz ogromne koszty, których w OSR nie oszacowano a w konsekwencji nie wskazano źródła ich regularnego finansowania. W naszej opinii wydaje się nierealnym wejście w życie takich nowych obowiązków AOTMiT w dniu 01.01.2025 r. i stworzenie w tym terminie kompetentnego zespołu gotowego rzetelnie prowadzić tak skomplikowane analizy sytuacji finansowej publicznych podmiotów leczniczych.	Uwaga niezasadna

42.	Konfederacja Lewiatan	art. 1 pkt 6	<i>a) audiologia i foniatria,</i> <i>b) audiologia i foniatria dla dzieci,</i> Błąd merytoryczny - to nie są profile zabiegowe i należy je przenieść do sekcji „profile zachowawcze”	Uwaga uwzględniona Audiologia i foniatria oraz audiologia i foniatria dla dzieci zostały przeniesione do profili zachowawczych.
43.	Konfederacja Lewiatan	art. 1 pkt 6	Brak wskazania chemioterapii ambulatoryjnej, która nie jest elementem AOS a więc zgodnie z projektowanymi przepisami nie zostanie objęta umowami PSZ. Jest to poważnym błędem merytorycznym i może rodzić poważne skutki organizacyjne i formalno-prawne.	Uwaga niezasadna Chemioterapia w trybie ambulatoryjnym jest wykonywana w ramach udzielania świadczeń w poradniach AOS, więc będzie objęta umową PSZ w zakresie, w jakim świadczeniodawcy zostaną wskazane odpowiednie poradnie przyszpitalne w wykazie, zg. z przepisami wykonawczymi.
44.	Konfederacja Lewiatan	art. 1 pkt 9	Projektowane zmiany w zakresie art. 136 oraz 139 a wprowadzają uzasadnione merytorycznie doprecyzowanie. Należy jednak zauważyć, że obecnie obowiązujące i nie podlegające zmianie zapisy art. 136 ust. 2 pkt 3 w brzmieniu: <i>„3) w sytuacji braku pozytywnej opinii, o której mowa w art. 139a, przed upływem 5 lat od dnia, w którym została wydana decyzja o pozwoleniu na użytkowanie, a w przypadku inwestycji, w odniesieniu do której nie jest wymagane uzyskanie pozwolenia na użytkowanie, od dnia przystąpienia do użytkowania tej inwestycji, nie może zostać zwiększona kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem inwestycji.”</i> pozbawione są merytorycznego uzasadnienia, skutkują składaniem setek niepotrzebnych wniosków OCI przez podmioty posiadające umowę na świadczenia a jednocześnie Fundusz w związku z zapisami o nielimitowanym finansowaniu świadczeń (np. onkologicznych, chemioterapii, porodów, leczenia udarów, AOS etc.) jest w przymusie prawnym zwiększania kwoty zobowiązania w ramach stosownych umów (także PSZ) celem dostosowania ich wartości do faktycznego poziomu realizacji świadczeń w zakończonych okresach sprawozdawczych. Obowiązek ten ciąży na Funduszu wobec wszystkich podmiotów związanych umowami niezależnie od prowadzonych przez nie inwestycji rozwojowych czy odtworzeniowych. Co więcej Fundusz w wyniku Rekomendacji AOTMiT wydawanych corocznie związku z kosztami realizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych i zatwierdzanych przez Ministra Zdrowia zobowiązany jest do zmiany ceny jednostek rozliczeniowych i ryczałtów we wszystkich podmiotach związanych umowami z NFZ. Obowiązek ten jest realizowany niezależnie od sytuacji inwestycyjnej podmiotu leczniczego i ilości posiadanych pozytywnych lub negatywnych opinii OCI.	Uwaga niezasadna Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy.

			Przepis art. 136 ust. 2 pkt 3 jest więc martwy lub prowadzi do wątpliwych merytorycznie, uznaniowych interpretacji. W naszej opinii uzasadnionym jest usunięcie tego zapisu w całości.	
45.	Konfederacja Lewiatan	art. 1 pkt 16	art. 159a otrzymuje brzmienie: 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 zakresów świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową zawartą przez tego świadczeniodawcę na podstawie ust. 1. Konieczne jest dodanie tego słowa „zakresów” celem uniknięcia notowanych w przeszłości błędów interpretacyjnych po stronie OW NFZ prowadzących do odmowy zawierania umów na zakresu umożliwiające realizację identycznych świadczeń w rozumieniu pojedynczych produktów rozliczeniowych (np. grupy JGP możliwe do realizacji w różnych zakresach leczenia szpitalnego, produkty z załączników 1b lub 1c Zarządzenia Szpitalnego, identyczne typy porad ambulatoryjnych etc.)	Uwaga niezasadna Przepis we wskazanym zakresie stanowi powtórzenie konstrukcji obowiązującej obecnie, która nie stwarzała problemów interpretacyjnych.
46.	Konfederacja Lewiatan	art. 1 pkt 16	<i>Cyt.: „3. Na wniosek świadczeniodawcy Prezes Funduszu, kierując się potrzebą właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, może dokonać w umowie, o której mowa w ust. 1, zmiany polegającej na wykreśleniu danego profilu kwalifikującego i jednocześnie zawrzeć z tym świadczeniodawcą umowę obejmującą udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach tego profilu świadczeń realizowanego w trybie hospitalizacji planowej albo trybie leczenia jednego dnia, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, na okres do końca obowiązywania wykazu, o którym mowa w art. 95n ust. 1. Przepisów dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert lub rokowań nie stosuje się.”</i> <u>Treść uwagi</u> Proponowane zapisy skutkować będą możliwością zawarcia umowy na ten sam profil(zakres) leczenia szpitalnego w trybie planowym lub jednodniowym na okres do końca aktualnego wykazu PSZ co oznacza okres nie dłuższy niż 4 lata a następnie świadczeniodawca, który dokonał takiej zmiany będzie musiał brać udział w postępowaniu konkursowym z nieznany dla siebie efektem – ryzyko braku zawarcia kolejnej umowy w wyniku złożenia wadliwej lub nisko ocenianej oferty. Ponadto Świadczeniodawca nie może być pewny, że kontynuowanie umowy w trybie planowym lub jednodniowym będzie realne w sytuacji gdy Prezes NFZ i działający w jego imieniu Dyrektor OW NFZ nie ogłosi na czas właściwego postępowania konkursowego lub zaniecha ogłaszania konkursu na tym obszarze uzasadniając to „dostatecznym zabezpieczeniem dostępności w ramach umów PSZ” jak to miało miejsce wielokrotnie w przeszłości. Ryzyka te mogą spowodować brak zainteresowania świadczeniodawców takimi zmianami trybu realizacji na planowy lub jednodniowy i zapisy pozostaną martwe.	Uwaga niezasadna Rozwiązanie jest korzystne dla świadczeniodawcy, który pomimo niespełnienia warunku kwalifikacji profilu do PSZ uzyskuje możliwość zawarcia umowy na tryb planowy lub jednodniowy, na 4-letni okres, bez przystąpienia do postępowania konkursowego.

47.	Ośrodek Leczenia Odwykowego	uwaga ogólna	W opinii Ośrodka Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych tj. podmiotu wykonującego „stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne”, proponowane zmiany systemowe (znów) wskazują na pominięcie tej grupy podmiotów z ukierunkowanych działań legislacyjnych zmierzających do szerokiej reformy systemu ochrony zdrowia. Ośrodek, który reprezentuję jest największym podmiotem leczniczym zajmującym się leczeniem uzależnień w województwie opolskim, jesteśmy przy tym podmiotem, który nie działa strukturze szpitalnej, a na gruncie ustawy o działalności leczniczej klasyfikowany jest jako podmiot wykonujący stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne. Ujęte w projekcie nowelizacji rozwiązania legislacyjne w zasadniczej mierze dotyczą sieci podmiotów kwalifikujących się do PSZ. Zasadnym jest przedstawienie planów reformy, które konsekwencją będzie możliwość pozyskiwania funduszy, również dla wskazanej grupy podmiotów.	Uwaga niezasadna Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy.
48.	Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych	uwaga ogólna	AOTMiT zobowiązany jest do oceny technologii możliwej dla trybu AOS. W projekcie nie wskazano jak będzie wyglądał system zgłaszania nowych technologii. Rozwój umiejętności i nowe wyroby medyczne pozwalają na coraz większe przenoszenie procedur z obszaru bloku operacyjnego na tryb AOS lub chirurgii jednego dnia. Weryfikacją możliwości ich stosowania ma zajmować się Agencja Oceny Technologii. W projekcie nie podano ścieżki i trybu dla zgłaszania nowych lub modyfikacji istniejących procedur zabiegowych.	Uwaga niezasadna Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy. Tryb wynika z obecnie obowiązujących przepisów ustawy,
49.	Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych	art. 1 pkt 1	Należy mieć na względzie, że w zakresie części pacjentów udzielenie im świadczeń w trybie ambulatoryjnym może nie być wystarczające (np. ze względu na konieczność udzielania im innych świadczeń lub ich stan zdrowia). Tym samym, wszelkie działania służące zwiększeniu udziału świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym powinny być odpowiednio przeanalizowane oraz nie mogą odbywać się kosztem pacjentów i udzielanych im świadczeń, dla których ten tryb udzielania świadczeń jest niewystarczający lub niemożliwy do zastosowania. Również należy mieć na względzie, że zarówno dla trybu ambulatoryjnego jak i dla innych trybów (np. w zakresie leczenia szpitalnego / hospitalizacji) należy zapewnić odpowiedni poziom finansowania świadczeń opieki zdrowotnych ze środków publicznych z uwzględnieniem specyfiki tych świadczeń. Nie powinna bowiem powstać sytuacja, w której wycena świadczenia w trybie ambulatoryjnym będzie powodowała takie ukształtowanie wyceny realizacji świadczeń w szpitalu potrzebnego dla danego pacjenta, która to wycena będzie niewystarczająca. „1) w art. 31lb w ust. 3 po pkt 6 dodaje się pkt 6a w brzmieniu: „6a) ocenę wpływu proponowanej taryfy świadczeń na strukturę udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności pod względem zwiększenia udziału świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym, z uwzględnieniem potrzeby racjonalizacji procesu leczenia oraz poprawy efektywności wydatkowania środków publicznych i przy jednoczesnym zapewnieniu braku ograniczenia dostępności do tych świadczeń dla	Uwaga niezasadna Proponowany przepis nie ma na celu przesuwania pacjentów do leczenia w trybie ambulatoryjnym, w sytuacjach nieuzasadnionych medycznie, lecz ma on stworzyć warunki do poprawy wyceny takich świadczeń.

			świadczeniobiorców, dla których konieczne jest ich udzielanie w trybie innym niż ambulatoryjny, a także przy zapewnieniu braku pogorszenia sytuacji finansowej świadczeniodawców realizujących też świadczenia w trybie innym niż ambulatoryjny”	
50.	Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych	uwaga ogólna	Wymagane doprecyzowanie na podstawie jakich danych określony zostanie poziom taryfikacji świadczenia, analiza danych kosztowych i skutków finansowych, w tym wprowadzenie obowiązku zwrócenia się o przedstawienie wyceny wyrobów medycznych do producentów i dystrybutorów za pośrednictwem związków branżowych. Obecnie brak jest transparentności w prezentowaniu przez AOTMiT źródła danych, na których oparte są podstawy taryfikacji lub dane są nieaktualne. Przykład raport AOTMiT nr: WS.420.5.2024 z 28.05.2024 r. zawiera zestawienie kosztów świadczeń przyjętych do analizy z 2022 roku. Co więcej w przywołanym raporcie przywołane źródła to m.in.: “Oszacowanie własne Agencji na podstawie danych NFZ za rok 2022” lub “Oszacowanie ekspertów w przygotowanym projekcie zmian [programu profilaktyki]”.	Uwaga niezasadna Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy.
51.	Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych	art. 1 pkt 3	Nie jest jasne jakie będą kryteria i zakres analizy? Czy będzie on spójny z Ustawą z 16.06.2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezp. Pacjenta, w tym wskaźnikach jakości? Wprowadzenie przejrzystych kryteriów analizy ekonomicznej i jakości zarządzania pozwoli podmiotom leczniczym na faktyczne podnoszenie standardów. Jest to nowy obowiązek AOTMiT i powinien być realizowany w określonych granicach.	Uwaga niezasadna Nie znajduje uzasadnienia regulowanie kryteriów analiz co prowadziłoby do ograniczenia zakresu analizy przygotowywanej przez AOTMiT. Analiza w zależności od konkretnego przypadku może dotyczyć różnych aspektów. Agencja będzie dokonywał takiej oceny indywidualnie.
52.	Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych	art. 1 pkt 6	Oddziały gastroenterologii i chorób płuc realizują procedury zabiegowe i powinny być również ujęte w wykazie profili zabiegowych.	Uwaga niezasadna Wymienione profile będą kwalifikowane do PSZ bez dodatkowych warunków dot. udziału świadczeń zabiegowych.
53.	Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych	art. 1 pkt 6	W ocenie Izby POLMED niezbędne jest przeniesienie onkologii i hematologii dziecięcej, hematologii, chorób zakaźnych oraz chorób zakaźnych dla dzieci z profili zachowawczych do zabiegowych.	Uwaga niezasadna Wymienione zakresy nie należą do zabiegowych.
54.	Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych	art. 1 pkt 6	W przypadku „profilu zabiegowych” dodatkowym kryterium kwalifikacji ma być minimalny udział świadczeń zabiegowych w ramach umowy z NFZ. To kryterium oraz okres w jakim ma zostać spełnione zostaną określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w odniesieniu do danego profilu kwalifikującego. Tym samym, brak jest aktualnie możliwości przewidzenia, jakie warunki miałyby być spełnione w zakresie	Uwaga niezasadna Określenie progowego udziału świadczeń zabiegowych zostanie

			wskazanego kryterium (na przykład profilem zabiegowym jest chirurgia naczyniowa, kardiochirurgia, kardiochirurgia dla dzieci). Zaproponowane zostało doprecyzowanie wskazanego przepisu w następujący sposób: <i>„6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:</i> <i>1) minimalny udział świadczeń zabiegowych dla danego profilu kwalifikującego, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, oraz minimalną liczbę porodów, o której mowa w ust. 2 pkt 2,</i> <i>2) okres referencyjny, o którym mowa ust. 2 pkt 1 i 2,</i> <i>3) porady specjalistyczne odpowiadające poszczególnym profilom kwalifikującym – uwzględniając potrzebę właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienia właściwego poziomu ich finansowania;”</i>	dokonane z uwzględnieniem specyfiki poszczególnych profili. Nie ma żadnego uzasadnienia dodawanie do treści delegacji kryterium poziomu finansowania.
55.	Federacja Przedsiębiorców Polskich	art. 1 pkt 1	Wprowadzenie przepisu byłoby działaniem nadmiarowym. W obecnym stanie prawnych Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji posiada możliwości kształtowania taryf w taki sposób, aby zachęcić świadczeniodawców do realizacji świadczeń w warunkach ambulatoryjnych lub zniechęcić do realizacji świadczeń w innym trybie. Minister Zdrowia kierując do Agencji zlecenie dot. retaryfikacji może wyrazić takie oczekiwanie.	Uwaga niezasadna Proponowany przepis ma na celu stworzenie warunków do poprawy wyceny świadczeń ambulatoryjnych, wpisując się tym samym w działania na rzecz odwrócenia piramidy świadczeń.
56.	Federacja Przedsiębiorców Polskich	art. 1 pkt 1	Wydaje się zasadne wprowadzenie rozwiązań umożliwiających zwiększenie zatrudnienia w Agencji oraz przeniesienie jej finansowania ze środków z budżetu państwa. Obecna sytuacja kadrowa w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nie pozwala na powierzenie jej dodatkowych obowiązków. Z tego powodu konieczne jest zwiększenie przychodów Agencji oraz przeniesienie ciężaru jej finansowania na budżet państwa. Z punktu widzenia finansów publicznych będzie to zmiana nie rodząca dodatkowych kosztów.	Uwaga nie uwzględniona
57.	Uniwersytecki Szpitali Kliniczny w Poznaniu	art. 1 pkt 6	Zgodnie z przedstawioną w ORSK propozycją zmian w PSZ przewiduje się, że w przypadku profili zabiegowych zostanie wprowadzone dodatkowe kryterium kwalifikacji, w postaci określonego progowego udziału świadczeń zabiegowych w przyjętym okresie referencyjnym -wstępnie przewiduje się, że będzie to odpowiednio ok. 60% udział zabiegów. W oddziale o profilu audiologii i foniatrii, niewielka część działalności polega na wykonywaniu drobnych zabiegów w zakresie leczenia chorób narządu głosu oraz słuchu (co wynika z programu specjalizacji w tej dziedzinie), jednak głównie oddział zajmuje się diagnostyką oraz terapią zachowawczą. Dodatkowo jedynie 3 grupy JGP przypisane do zakresu audiologii i foniatrii są w katalogu grup, stanowiącym załącznik nr 1a do zarządzenia nr 37/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne, oznaczane jako grupy o charakterze zabiegowym.	Uwaga uwzględniona Audiologia i foniatria oraz audiologia i foniatria dla dzieci zostały przeniesione do profili zachowawczych.

			W związku z powyższym, proponuję zakwalifikowanie oddziału audiologii i foniatrii do oddziałów o profilu zachowawczym, przy zastrzeżeniu możliwości wykonywania niewielkiej liczby zabiegów.	
58.	Polska Federacja Szpitali	art. 1 pkt 1	Jednym z mocno artykułowanych przez Ministerstwo Zdrowia (MZ) celów reformy jest odwrócenie tzw. piramidy świadczeń, czyli przeniesienie części procedur medycznych z lecznictwa zamkniętego do ambulatoryjnego. Chodzić może oczywiście wyłącznie o procedury, które z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta mogą być wykonywane w warunkach ambulatoryjnych, a obecnie z różnych przyczyn, są wykonywane w szpitalach. Zaskakujący jest fakt, że przedstawione przez MZ propozycje zmian w przeważającej części odnoszą się jednak do szpitali. W projekcie nie ma zapisów dotyczących POZ, np. powiązanie stawki kapitałowej z wskaźnikami jakościowymi, chociażby tymi podstawowymi i stosowanymi przez OECD, jak wskaźnik hospitalizacji możliwych do uniknięcia, czy liczba przepisywanych antybiotyków, albo liczba skutecznych skierowań na najbardziej wartościowe badania profilaktyczne. Z kolei w AOS finansowanie jest obecnie realizowane w modelu fee-for-service, tym niemniej w projekcie zmian MZ, oprócz propozycji raportu w sprawie ustalenia taryfy w AOS nie ma zapisów tworzących mechanizmy zachęcające do współpracy pomiędzy podmiotami lecznictwa ambulatoryjnego (POZ, AOS) oraz szpitalnego, czy opieki długoterminowej. Szczególnie brakuje propozycji tworzenia mechanizmów sprzyjających powstawaniu organizacji koordynowanej ochrony zdrowia, np. w formie konsorcjów. Nie wszystkie świadczenia wskazane przez Agencję do udzielania w warunkach ambulatoryjnych można przesunąć do realizacji w AOS. Ponadto wycena świadczeń ambulatoryjnych jest zwykle dużo niższa niż wycena świadczeń wykonywanych w warunkach szpitalnych. Zatem przesunięcie realizacji świadczeń do ambulatorium będzie nieopłacalne dla podmiotów leczniczych szpitalnych prowadzących własne AOS i wpłynie negatywnie na wysokość środków finansowych wypłaconych przez NFZ za zrealizowane świadczenia. Propozycja PFSz Propozycja PFSz jest pochodną modelu opieki medycznej opartej na wartości dla pacjenta, którą dostarczają podmioty lecznicze, w cyklu diagnostyki i leczenia choroby. Dlatego też PFSz proponuje opracowanie specjalnych i preferencyjnych taryf dla świadczeniodawców współpracujących w organizacji (np. konsorcjum) koordynowanej ochrony zdrowia (KOZ). Postulujemy przygotowanie wzorów porozumień o współpracy zawierającymi m.in. zapewnianie ciągłości opieki nad pacjentem oraz w przypadku szpitali będących obecnie na różnym stopniu poziomu zabezpieczenia PSZ – określenia zasad współpracy w oparciu o stopnie referencyjności. Docelowo proponujemy wypracowanie modelu płatności za „utrzymywanie w jak najlepszym zdrowiu” populacji objętej opieką organizacji (konsorcjum) KOZ	Uwaga niezasadna Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy.

59.	Polska Federacja Szpitali	art. 1 pkt 2	Dane świadczeniodawców dotyczące zatrudnienia są przekazywane płatnikowi, czyli Narodowemu Fundusze Zdrowia, który monitoruje zgodność zatrudnienia z warunkami umów. Nowe regulacje dotyczące autoryzacji podmiotów leczniczych przez NFZ jeszcze ten proces wzmacniają. Dlatego też, dane dot. zatrudnienia powinny być udostępniane bezpośrednio AOTMiT przez NFZ. Warto też doprecyzować jakie zatrudnienie projektodawca ma na myśli – czy chodzi o personel medyczny, czy o zatrudnienie całkowite. Pozostaje także do wyjaśnienia bardzo kontrowersyjna sprawa dotycząca personelu medycznego: kwalifikacji wymaganych czy kwalifikacji posiadanych. Czy w danych, które miałyby być przekazywane należałoby podawać wszystkie kwalifikacje posiadane przez personel medyczny, czy też kwalifikacje wymagane w umowie z NFZ. Propozycja PFSz Doprecyzowanie zapisu z uwzględnieniem powyższych uwag, w tym szczególnie przekazywania danych przez NFZ. Chodzi o dane dotyczące zatrudnienia relewantne dla wykonywania świadczeń w ramach umowy z NFZ. W docelowym modelu organizacji KOZ utrzymujących pacjentów w jak najlepszym zdrowiu, przekazywanie danych o zatrudnieniu nie będzie miało racji bytu, gdyż finansowanie będzie pochodną określonych wyników zdrowotnych, a nie zasobów służących do ich osiągnięcia	Uwaga niezasadna Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy.
60.	Polska Federacja Szpitali	art. 1 pkt 3	Rzetelnie przeprowadzone analizy i wydana na ich podstawie opinia może mieć znaczenie pozytywne pod warunkiem, że NFZ będzie zobligowany do uwzględnienia rekomendacji AOTMiT w procesie finansowania świadczeń. Należy jednak zwrócić uwagę, że analiza kondycji ekonomicznej podmiotów leczniczych nie powinna być prowadzona bez jednoczesnej analizy działalności leczniczej na rzecz pacjentów. Dlatego też proponujemy napisać „prowadzenie analiz kondycji medyczno-ekonomicznej”. W odniesieniu do podmiotów leczniczych analizy i działania restrukturyzacyjne powinny być bowiem prowadzone zgodnie z kanonami ekonomiki medycyny, a nie wyłącznie jako tzw. kondycję ekonomiczną ocenianą przede wszystkim przez pryzmat wyników finansowych. Działania restrukturyzacyjne mogą być opracowywane przez AOTMiT w oparciu o technologie medyczne, które zostały ocenione przez samą AOTMiT jako kosztowo-efektywne. Dodatkowo, AOTMiT wśród swoich zadań powinna mieć także wspieranie wewnątrz-szpitalnych ocen technologii medycznych. Zakładamy, że opinia będzie zawierać wnioski rekomendujące zwiększenie finansowania jednostek, które przede wszystkim osiągają dobre wyniki lecznicze. Docelowo w modelu opieki koordynowanej opartej na wartości dla pacjenta, kwestie analiz medyczno-ekonomicznych oraz restrukturyzacji będą domeną organizacji koordynowanej ochrony zdrowia autoryzowanych przez płatnika. Ponadto, organizacje KOZ powinny być jak najszerzej akredytowane przez niezależne instytucje akredytacyjne, jednakże uprzednio autoryzowane do działania w Polsce przez MZ albo lepiej – krajową radę ds. akredytacji podmiotów leczniczych, co postulowała PFSz w trakcie konsultacji ustawy o jakości i bezpieczeństwa pacjentów	Uwaga niezasadna To struktura podmiotu leczniczego powinna być dostosowana do potrzeb zdrowotnych na danym terenie a nie finansowanie świadczeń przez NFZ do tej struktury. W pozostałym zakresie uwaga wykracza poza zakres regulacji. kwestie analiz medyczno-ekonomicznych w odniesieniu do poszczególnych świadczeń i ich wpływ na pacjenta AOTMiT dokonuje już obecnie w oparciu o przepisy dotyczące kwalifikacji świadczeń do koszyków świadczeń gwarantowanych. Zasady akredytacji podmiotów szpitalnych reguluje odrębna ustawa.

61.	Polska Federacja Szpitali	art. 1 pkt 4	Brak wymaganego skierowania zwiększy liczbę pacjentów, chcących skorzystać z porady psychologicznej. Jednak z uwagi na fakt, że obecnie świadczenia te są limitowane, NFZ nie zapłaci za wszystkie świadczenia. Realizacja jest ograniczona planem. W obecnym modelu proponowany zapis prawdopodobnie wydłuży kolejkę oczekujących. Propozycja PFSz Proponujemy zniesienie limitu na świadczenia w zakresie opieki psychologicznej oraz w osobnych regulacjach także psychiatrycznej	Uwaga niezasadna Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy.
62.	Polska Federacja Szpitali	art. 1 pkt 6	Zniesienie poziomów zabezpieczenia i zastąpienie ich profilami kwalifikującymi jest w dalszym ciągu poruszaniem się w obszarze kwalifikacji do finansowania i nie odpowiada na kluczowe wyzwanie dotyczące braku zasad i zachęt do współpracy różnych szpitali, a tym bardziej współpracy z innymi, poza szpitalnymi podmiotami leczniczymi (np. ZOL, AOS, POZ). W obliczu znacznej fragmentaryzacji w systemie, która ma miejsce także w samych szpitalach podzielonych na liczne oddziały i pododdziały wg. specjalizacji lekarskich powstaje obawa, że profile kwalifikujące nie poprawią tego stanu, a możliwe, że nawet pogłębią fragmentaryzację. Na tym etapie nie wiadomo, co będzie z finansowaniem obszarów działalności (oddziałów) szpitala zakwalifikowanego do systemu zabezpieczenia na podstawie innego, niż te obszary profilu, czyli jak będzie wyglądać finansowanie niezakwalifikowanych profili w szpitalu sieciowym. Czy istnieje niebezpieczeństwo pojawienia się szpitali „mozaikowych” – tj. w części profili (oddziałów, obszarów) finansowanych przez NFZ, a w części nie? Ważną sprawą jest także definicja samych „profilu”, które miałyby być pochodną specjalizacji lekarskich. Tymczasem, jak wiadomo, mamy nadmierną liczbę specjalizacji lekarskich, co skutkuje m.in. wspomnianą fragmentaryzacją opieki nad chorymi oraz samych szpitali na zbyt liczne oddziały i pododdziały. Propozycja PFSz Rozwiązaniem powyższych problemów może być reforma sieci szpitali w kierunku stworzenia stopni referencyjności szpitali oraz określenia zasad współpracy szpitali różnych stopni referencyjnych. Stopnie referencyjne szpitali funkcjonują w większości krajów Unii Europejskiej, a także krajów OECD. W kolejnym kroku reformy sieci szpitali należy stworzyć mechanizmy sprzyjające powstawaniu organizacji koordynowanej ochrony zdrowia, na przykład w modelu konsorcjów podmiotów szpitalnych, AOS, POZ, ZOL, rehabilitacji. Wśród wzmiankowanych wyżej mechanizmów kluczową rolę powinno odgrywać preferencyjne finansowanie podmiotów współpracujących ze sobą, a następnie – płacenie za wynik leczenia i utrzymywanie populacji objętej opieką w jak najlepszym zdrowiu. Modelem docelowym powinna być opieka zdrowotna oparta na wartości dla pacjenta, o czym	Uwaga niezasadna Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy.

			piszemy także powyżej (raport AOTMiT oraz zwiększenie liczby świadczeń ambulatoryjnych)	
63.	Polska Federacja Szpitali	art. 1 pkt 6	W propozycji nie zawarto realizacji jednej z głównych obietnic wyborczych Koalicji Obywatelskiej w postaci zniesienia limitów w leczeniu szpitalnym. Był to też wcześniej zgłaszany postulat Polskiej Federacji Szpitali. Różne szpitale realizują różne profile z listy określonej w projekcie. Ustawa nie zmienia sposobu finansowania PSZ i nadal przewidziany jest ryczałt. Jednak zapis nie precyzuje jednoznacznie, czy wszystkie wymienione profile będą finansowane ryczałtem. Aktualnie na podstawie zarządzenia prezesa NFZ pediatria jest finansowana poza ryczałtem. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii jest w projekcie wskazany poza profilami kwalifikującymi, ale jest wymagany. Zatem można przypuszczać, że będzie finansowany odrębnie. Analiza i propozycje odnośnie profili kwalifikujących znajdują się powyżej, w części ogólnej pn. „profile kwalifikujące do nowej sieci szpitali”	Uwaga niezasadna Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy. Kwestia objęcia danych świadczeń szpitalnych w PSZ ryczałtem systemu zabezpieczenia albo wyłączenia określonych świadczeń poza ryczałt należy do materii rozporządzenia wydawanego na podstawie art. 136c ustawy o świadczeniach.
64.	Polska Federacja Szpitali	art. 1 pkt 8	Nocna i świąteczna opieka zdrowotna (NiSOZ) obejmuje świadczenia z zakresu podstawowej opieki lekarskiej. Głównym celem jest zaopatrzenie pacjentów poza systemem ratownictwa medycznego i lecznictwa zamkniętego. NiSOZ jest skierowana do pacjentów wymagających doraźnej pomocy lekarskiej w stanach niezagrożających życiu, którzy z powodu niedostępności „swojego” lekarza / praktyki POZ, nie mają zapewnionej ciągłości opieki podstawowej. W obecnym systemie, praktyki POZ są dostępne dla pacjentów tylko w dni robocze, w godzinach dziennych. Badania przeprowadzone przez Polską Federację Szpitali, wykazały, że ponad 30% pacjentów zgłaszających się na SOR (IP) może być zaopatrzonych na poziomie POZ. Rozwiązanie tego problemu, który ma miejsce także w innych krajach (np. raport Europejskiej Federacji Szpitali) nie jest łatwe, ale najbardziej logicznym, a zarazem kosztowo-efektywnym rozwiązaniem jest stworzenie systemu zachęt dla POZ do pełnienia dyżurów, w tym przede wszystkim telemedycznych dla „swoich” pacjentów, np. w modelu rotacyjnym, a docelowo objęcie pacjentów opieką koordynowaną. W modelu organizacji koordynowanej ochrony zdrowia opieka podstawowa opieka zdrowotna funkcjonuje w systemie 24/7 i ma stałe wsparcie kompleksowego centrum koordynacji opieki. Możliwym rozwiązaniem pośrednim jest wdrożenie modelu pomocy doraźnej poprzez finansowo stymulowane przekształcanie szpitalnych izb przyjęć w ośrodki pomocy doraźnej (pierwszego stopnia referencyjności) oraz wypracowanie ram współpracy z ośrodkami wyższych stopni referencyjności (SOR, Centra Urazowe). Niejako przy okazji, można pokusić się o korektę nazwy „Izba przyjęć”, która wielu pacjentów wprowadza w błąd. Faktem jest, że komórka szpitalna obecnie tak nazywana nie jest przede wszystkim miejscem przyjmowania pacjentów do szpitala, ale obszarem udzielania pomocy przedszpitalnej, czyli podstawowym ośrodkiem pomocy doraźnej albo SOR-em pierwszego stopnia referencyjności. Propozycja PFSz	Uwaga niezasadna Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy.

			Propozycja Polskiej Federacji Szpitali zakłada wprowadzenie 4 stopni referencyjności szpitali ogólnych w obecnym systemie PSZ, obejmującą także obszar pomocy doraźnej i medycyny ratunkowej. Ponadto, proponuje finansowo stymulowane podstawowe zabezpieczanie pacjentów „poza godzinami” przez POZ. W drugim etapie proponujemy stworzenie systemu zachęt do nawiązywania współpracy przez szpitale, AOS, POZ i ZOL. Następnie, proponujemy stworzenie ram do powstawania organizacji koordynowanej ochrony zdrowia w modelu konsorcjów złożonych ze współpracujących ze sobą podmiotów leczniczych, także podmiotów, które nie znajdują się w PSZ. Docelowo, organizacje KOZ powinny być finansowane w związku z osiąganymi wynikami zdrowotnymi populacji pod ich opieką i w ten sposób konkurować ze sobą. Tylko taki model wprowadzić może pozytywną konkurencję w systemie ochrony zdrowia – konkurencję o wartość dla pacjenta (tzw. wartość dodana), zamiast konkurencji o cenę świadczenia (tzw. wartość zerowa). Dochodzenie do modelu opartego na wartości dla pacjenta powinno być etapowe, o czym napisano powyżej.	
65.	Polska Federacja Szpitali	art. 1 pkt 9	w przypadku braku pozytywnej opinii o celowości inwestycji przed upływem 5 lat nie może uzyskać zwiększenia kwoty zobowiązania oświadczenie w tym zakresie Propozycja PFSz Proponujemy skrócenie okresu do 3 lat z uwagi na dynamiczność rynku ochrony zdrowia oraz otoczenia gospodarczego, np. w sytuacji kolejnej pandemii, celowość inwestycji może w nieoczekiwany sposób nabrać uzasadnienia	Uwaga niezasadna Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy.
66.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	art. 1 pkt 6	Wątpliwości Izby budzi zapis określony w proponowanym art. 95m ust. 5 (zmiana określona w art. 1 pkt 6 projektu), zgodnie z którym <i>poza świadczeniami opieki zdrowotnej w ramach profili kwalifikujących świadczeniodawca udziela w systemie zabezpieczenia m.in. świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej, realizowanych w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych, jeżeli udziela tych świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ważnej w dniu kwalifikacji i niebędącej w okresie wypowiedzenia, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie pełne lata kalendarzowe</i>. Czy zatem po wprowadzonych zmianach świadczenia rehabilitacyjne nie będą musiały być realizowane w ramach systemu? Obecnie przepisy gwarantują, że w celu zachowania ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń zdrowotnych na każdym z poziomów systemu istnieje dostęp do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, realizowane w warunkach: ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych (zob. art. 95m ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowany ze środków publicznych).	Uwaga Niezasadna Wymóg ciągłości umowy na rehabilitację przez ostatnie 2 lata kalendarzowe jest powtórzeniem analogicznego wymogu funkcjonującego od początku istnienia PSZ, na poziomie przepisów wykonawczych.
67.	Fundacja Rodzić po Ludzku	art. 1 pkt 6	Fundacja zwraca uwagę na konsekwencje wprowadzenia kryterium 400 porodów jako warunku funkcjonowania oddziałów położniczych. Ograniczenie liczby szpitali ze względu na niespełnianie tego jednego kryterium może skutkować znaczącym pogorszeniem dostępności opieki okołoporodowej, szczególnie w mniejszych	Uwaga uwzględniona (Uzupełniono projektowany art. 95m ustawy o świadczeniach w zakresie

			mięscowościach i regionach o trudniejszym dostępie do infrastruktury medycznej. Niepokoi nas również to, że w proponowanym projekcie ustawy brak jest jasnych i precyzyjnych kryteriów, poza dostępnością, które miałyby decydować o funkcjonowaniu oddziałów położniczych. Jedynie w OSR, w treści dokumentu znalazła się deklaracja, iż „ostateczne określenie szczegółowych wartości dotyczących udziału świadczeń zabiegowych dla poszczególnych zakresów oraz progowej liczby porodów nastąpi w drodze rozporządzenia, po przeprowadzeniu dodatkowych analiz i konsultacji.” Jednakże, brak zapisu tych zobowiązań w projekcie ustawy rodzi poważne obawy co do transparentności i wiarygodności przyszłych decyzji. Fundacja uważa, że tak istotne kwestie powinny być jednoznacznie uregulowane już na etapie projektu ustawy, aby zagwarantować przewidywalność i równość w dostępie do opieki okołoporodowej dla wszystkich kobiet w Polsce. Przed podjęciem decyzji o zamknięciu szpitali, należy rozważyć dywersyfikację świadczeń opieki okołoporodowej poprzez rozwiązania, takie jak rozwój Domów Narodzin, refundację opieki w porodach domowych, specjalny system transportu medycznego na wypadek nagłych sytuacji, które mogłyby stanowić skuteczną odpowiedź na braki w dostępności opieki medycznej, jednocześnie zachowując wysokie standardy opieki nad kobietami.	dodatkowego kryterium geograficznego przy kwalifikacji oddziałów położniczych.)
68.	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Uwaga ogólna	W odniesieniu do deklaracji zawartej w Uzasadnieniu do zmiany strona 21. 2 akapit dotyczący konkursów w celu uzupełnienia brakujących zakresów świadczeń w danym Województwie, należy w sposób wyraźny zaadresować w Ustawie obowiązek podjęcia niezwłocznie działań przez Dyrektorów WO NFZ.	Uwaga niezasadna Aktualnie obowiązujące przepisy ustawy o świadczeniach nakładają na NFZ obowiązek podejmowania działań na rzecz zapewnienia odpowiedniej dostępności świadczeń w poszczególnych zakresach, w szczególności poprzez organizację postępowań konkursowych.
69.	Polska Unia Szpitali Klinicznych	art. 1 pkt 8	Pomijając absurd, polegający na pomieszczeniu realizacji skrajnych funkcji systemu, tj. wysokospecjalistycznej pomocy doraźnej z podstawowym zabezpieczeniem, rozwiązanie takie niesie ze sobą wiele zagrożeń dla szpitali wysokospecjalistycznych - ogólnopolskich. Z uwagi na wysoką specjalizację i unikanie niepotrzebnej dyspersji wysoko wykwalifikowanych zasobów, SOR systemowo nie powinien przyjmować pacjentów zgłaszających się indywidualnie, ani nie powinien udzielać świadczeń w ramach NiŚOZ. Wynika to z potrzeby skonsolidowania zasobów wysokospecjalistycznych dla potrzeb wyżej wymienionych grup pacjentów. Wykorzystanie wysoko kompetentnych zasobów ludzkich na potrzeby prowadzenia NiŚOZ bądź do substytuowania niedomagających AOS lub POZ jest zwykłym marnotrawstwem ich potencjału i wiąże się z przeszacowaniem wydatków niezbędnych do wynagrodzenia takiego zespołu. Szpitale kliniczne z wielką troską wykorzystują zasoby pielęgniarские, które stanowią podstawę zaawansowanej opieki szpitalnej.	Uwaga niezasadna Dostępność świadczeń NiŚOZ przy SOR ma swoje uzasadnienie merytoryczne, ze względu na przeciążenie SOR-ów wizytami pacjentów wymagających pomocy na poziomie POZ. Powinna istnieć możliwość łatwego i szybkiego przekierowywania takich pacjentów do gabinetów NiŚOZ. Poza tym powiązanie udzielania świadczeń NiŚOZ z SOR jest

			Alokowanie tych zasobów na potrzeby świadczeń, które powinny być wykonywane w ramach NiSOZ, POZ czy AOS jest kolejnym przejawem nierzetelnego wykorzystania ograniczonych zasobów. Radykalny wzrost ilości chorych niebędących w stanie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia przyjmowanych w naszych SOR-ach na zasadzie substytucji za inne podmioty systemu ochrony zdrowia, dezorganizuje ich pracę i wpływa na wydłużenie czasu oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczenia medycznego w SOR.	uzasadnione także w świetle przepisów o PRM.
70.	Polska Unia Szpitali Klinicznych	art. 1 pkt 9	W art. 1 dotyczącym zmian w ww. ustawie naszym zdaniem dokonując zmian, w zasadzie „kosmetycznych”, w treści art. 136 i art. 139a, należy raczej pochylić się nad samym brzmieniem art. 95d dotyczącym opinii o celowości inwestycji (OCI). Należy w pierwszej kolejności zmienić próg kwotowy zawarty w art. 95a pkt 1 ust. 2 na co najmniej 5 mln. złotych albo wprowadzić klauzulę urealniającą ten próg do zmian rynkowych i indywidualizując go w stosunku do wielkości wnioskującego podmiotu, np. 2% od przychodu z NFZ za ostatni rok obrotowy. Można również rozważyć czy wysokość progu nie powinien określać MZ na podstawie odpowiedniej delegacji ustawowej, uwzględniając inflację i zmiany cen rynkowych? W artykule 95a ww. projektu ustawy, należy również rozszerzyć katalog wyłączeń przedmiotowych inwestycji, dodając kolejny pkt 1f ograniczający stosowanie ust. 1-1c w przypadku gdy inwestycja ma charakter odtworzeniowy (nie ma wpływu na realizację nowych świadczeń a służy jedynie zachowaniu ciągłości realizacji dotychczasowych świadczeń, np. w przypadku awarii lub zmiany technologii) albo inwestycja nie ma wpływu na rodzaj i zakres wykonywanych świadczeń zdrowotnych (np. termomodernizacja, wymiana wind, nowe przyłącza energetyczne) albo jeśli inwestycja wiąże się z realizacją decyzji organów kontrolujących bezpieczeństwo udzielanych świadczeń (Państwowa Straż Pożarna, Agencja Atomistyki, Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna, np. dostosowanie klatek schodowych, wymiana podłóg, montaż dodatkowych osłon).	Uwaga niezasadna Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy.
71.	Ogólnopolska Federacja Onkologiczna	art. 1 pkt 8	Odnośnie <u>regionalnego zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej</u> – brakuje propozycji rozwiązań w przypadku niewystarczającego zabezpieczenia przy jednoczesnym braku zgłoszeń konkursowych. Zwracamy uwagę, że pacjenci onkologiczni od lat zwracają uwagę na brak pomocy medycznej na SORach oraz w nocnej i świątecznej pomocy medycznej w przypadku wystąpienia u nich nagłych zdarzeń niepożądanych związanych z terapią onkologiczną. Projekt ustawy w tym fragmencie również pomija tę grupę chorych.	Uwaga niezasadna W przypadku niedostatecznego zabezpieczenia świadczeń NiSOZ przez podmioty PSZ są zawierane dodatkowe umowy w trybie konkursowym.
72.	Ogólnopolska Federacja Onkologiczna	art. 1 pkt 1	<u>Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – AOTMiT</u> już teraz ma możliwości kształtowania taryf w sposób zachęcający lub zniechęcający świadczeniodawców do realizacji określonych świadczeń (w odniesieniu do zwiększania świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym). Bezzasadne jest wprowadzanie dodatkowego zapisu w ustawie.	Uwaga niezasadna Proponowany przepis ma na celu stworzenie warunków do poprawy wyceny świadczeń ambulatoryjnych,

			Zasadne natomiast byłoby wzmocnienie kadrowe i finansowe Agencji wobec konieczności podołania większej liczby zadań, wynikających z projektu ustawy.	wpisując się tym samym w działania na rzecz odwrócenia piramidy świadczeń.
73.	Porozumienie Zielonogórskie	art. 1 pkt 4	Oprócz dodania psychologa i optometrysty do listy poradni, do których nie jest potrzebne skierowanie dodać dermatologa, okulistę, poradnię medycyny sportowej i poradnię preluksacyjną	Uwaga niezasadna Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy.
74.	Porozumienie Zielonogórskie	art. 1 pkt 4	Aby ograniczyć ilość zbędnych porad i skrócić ścieżkę pacjenta optometrysta powinien mieć prawo do odesłania do okulisty bez skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego jeśli po wizycie u optometrysty jest wskazanie do kontroli u okulisty.	Uwaga niezasadna Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy.
75.	Porozumienie Zielonogórskie	art. 1 pkt 7	W art. 1 zmiana 7) wprowadzająca zmiany do art. 95n w punkcie c) wskazującym nową treść ust. 5 w art. 95n należy przenieść miejsce odwołania z Prezesa NFZ na Ministra Zdrowia. Doświadczenie ostatnich lat pokazuje, że Prezes NFZ nie zmienia decyzji pomimo udokumentowania błędów w ich podjęciu. Świadczeniodawcy powinni mieć zapewnioną dwuinstancyjność już na wstępnym etapie a tak protest od decyzji Prezesa NFZ można wnieść do Prezesa NFZ co powoduje, że szansa na zmianę decyzji jest tylko iluzoryczna. Podobna zmiana powinna nastąpić w całej ustawie dając drugą instancję w postaci Ministra Zdrowia to wszystkich decyzji i procedur odwoławczych w ramach przystępowania do umowy z NFZ oraz jej realizowania, w tym kontroli.	Uwaga niezasadna W art. 95n ustawy o świadczeniach zachowano możliwość wniesienia odwołania do Ministra Zdrowia od decyzji Prezesa NFZ w sprawie rozpatrzenia protestu.
76.	Porozumienie Zielonogórskie	art. 1 pkt 7	Przy okazji zmian w art. 35 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia warto doprecyzować, że w ramach świadczeń POZ uprawnienie nie dotyczy wyłącznie jak w tej chwili jest to zaprogramowane w P1, a każdego pacjenta przy udzielaniu świadczeń. Sam fakt przyjścia/zgłoszenia się po poradę/rejestrację itp. powinien być domyślną zgodą na dostęp do dokumentacji. Jeśli pacjent trafia do POZ w ramach pomocy doraźnej dla jego bezpieczeństwa powinien lekarz POZ widzieć jego dokumentację, a nie zawsze jest to zagrożenie życia pacjenta, które daje prawo do dostępu do danych. Podobnie ze względu na opóźnienia w udostępnieniu danych od momentu złożenia deklaracji do POZ lekarz, pielęgniarka ani położna nie mają dostępu do danych pacjenta, a w tym okresie byłby on kluczowy, bo pacjent nie jest znany personelowi medycznemu podmiotu. Dlatego należy albo jednoznacznie przekazać do CeZ, że personel POZ ma mieć dostęp do danych każdego pacjenta albo zmienić ustawę tak aby wynikało to z niej jednoznacznie. Podobnie dostęp do danych powinien być zapewniony dla poradni AOS i szpitala w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ. Dla świadczeń udzielanych na podstawie skierowania otwarcie dostępu powinno następować po przyjęciu skierowania do realizacji (m.in. dzięki temu pacjent mógłby być umieszczany w kolejce na podstawie stanu klinicznego) a odebranie dostępu następowałoby po zakończeniu leczenia. Dzięki	Uwaga nie uwzględniona Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy.

			temu mielibyśmy też informację o stanie realizacji skierowania i podmiot udzielający świadczeń AOS lub szpitalnych byłby zobowiązany do aktualizacji czy pacjent jest nadal pod jego opieką czy już nie. Dla porządku w art. 35 warto zapisać również uprawnienia do dostępu do recept, który jest zapisany w innych ustawach w związku z wystawianiem recept S, DZ, C oraz na psychotropy.	
77.	Stowarzyszenia IFIC Polska	Uwagi ogólne	Podmioty tworzące. Samo powołanie „związku jednostek samorządu terytorialnego”, jako podmiotu tworzącego dla podmiotów leczniczych utrzyma obecny status quo. Konieczne są mechanizmy wymuszające konsolidację i profilowanie w ramach grupy powiatów w oparciu o uwarunkowania logistyczne i demograficzne. Należy też zmapować rzeczywiste potrzeby populacyjne (luki celu), zdiagnozować regionalnie i przygotować plany wdrożeniowe adekwatne do redukcji luki potrzeb opieki populacyjnej, zdefiniowanej na bazie rekomendacji WHO/KE. Niezbędne jest postawienie celów dla menadżerów systemowych i podmiotów medycznych – opieka populacyjna oparta o EBM wraz ewaluacją i korektą. Koordynacja pionowa i pozioma. W projekcie nie uwzględniono zapisów formalizujących powiązania z innymi poziomami opieki – POZ, AOS, KSK, KSO, ZOL. Obecny poziom cyfryzacji, rozwijająca się opieka koordynowana w POZ, możliwości inwestycyjne w ramach „FENIKS”, pozwalają na zaprojektowanie pełnego łańcucha opieki. Niezbędne jest przygotowanie narzędzi do funkcjonalnego łączenia podmiotów. Dodatkowo należy uregulować elastyczne kaskadowanie obowiązków, zgodnie z kompetencjami personelu medycznego i wspierającego (lekarze, pielęgniarki, koordynatorzy, asystenci, etc.).	Uwaga niezasadna Propozycje wykraczają poza zakres projektowanej ustawy.
78.	Wojewoda Łódzki	art. 1 pkt 9	Wspomniany w treści art. 136 ust. 2 w pkt 3, art. 139a stanowi, że: „W postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mają być wykonywane z wykorzystaniem inwestycji, w przypadku której wydaje się opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, może wziąć udział wyłącznie świadczeniodawca, który zrealizował tę inwestycję na podstawie pozytywnej opinii. W przypadku braku takiej opinii świadczeniodawca może wziąć udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po upływie 5 lat od dnia, w którym została wydana decyzja o pozwoleniu na użytkowanie, a w przypadku inwestycji, w odniesieniu do której nie jest wymagane uzyskanie pozwolenia na użytkowanie, od dnia przystąpienia do użytkowania tej inwestycji”. Wydaje się zasadnym, aby w treści art. 136 ust. 2 w pkt 3 odnosić się bezpośrednio do art. 95d ust. 1 w stwierdzeniu: „w sytuacji braku pozytywnej opinii, o której mowa w art. [...]”, zamiast do art. 139a, który i tak odsyła do art. 95d ust. 1, odnosząc się do opinii o celowości inwestycji (bezpośrednie odniesienie się do art. 95d ust. 1 jest również w proponowanych do dodania: art. 136 ust. 3 oraz 139a ust. 2, w opiniowanym projekcie ustawy zmieniającej).	Uwaga niezasadna Proponowana zmiana redakcyjna jest zbędna.

79.	Polskie Towarzystwo Lekarzy Menedżerów	uwagi ogólne	W projekcie, za zmianę idącą w dobrym kierunku należy uznać odejście od wielu poziomów zabezpieczenia. Niemniej należy się zastanowić, czy nie byłoby zasadniejsze dalsze uproszczenie i wydzielenie dwóch poziomów zabezpieczenia – podstawowego oraz specjalistycznego. Do pierwszego z nich należałyby profile: choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, anestezjologia i intensywna terapia, pediatria, chirurgia dziecięca, które są niezbędne do funkcjonowania SOR (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego), a do drugiego – pozostałe profile. Kwalifikacja danego oddziału do profilu podstawowego lub specjalistycznego powinna być ściśle skorelowana z wojewódzkimi planami działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Wpisanie danych oddziałów, również specjalistycznych, do planów działania PRM i określenie ich obszaru zabezpieczenia, znacznie poprawiłoby dostępność do świadczeń i pozwoliłoby skrócić czas oczekiwania pacjenta w sytuacji nagłej. Nie stałoby to również w sprzeczności z wolnością wyboru ośrodka przez pacjenta w przypadku hospitalizacji planowych.	Uwagi niezasadne Nie przedstawiono żadnych argumentów na rzecz dwustopniowości PSZ. W pozostałej części propozycje wykraczają poza zakres projektowanej regulacji.
80.	Polskie Towarzystwo Lekarzy Menedżerów	art. 1 pkt 1	W opinii PTLM taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej nie powinna promować danego rodzaju udzielanych świadczeń – ambulatoryjnych czy w trybie hospitalizacji – a adekwatnie odzwierciedlać ich wycenę.	Uwaga niezasadna Proponowany przepis ma na celu stworzenie warunków do poprawy wyceny świadczeń ambulatoryjnych, wpisując się tym samym w działania na rzecz odwrócenia piramidy świadczeń.
81.	Polskie Towarzystwo Lekarzy Menedżerów	art. 1 pkt 16	Zastrzeżenia PTLM budzi także przewidziana w art. 159a.5 możliwość dokonania zmiany w zakresie świadczeń udzielanych przez podmiot, polegającej na zastąpieniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnym oddziale ratunkowym przez udzielanie świadczeń w szpitalnej izbie przyjęć, na wniosek świadczeniodawcy. Należy przypomnieć, że SOR jest częścią systemu PRM, a zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym – planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem na terenie województwa jest zadaniem wojewody, a nie Prezesa NFZ. Należy zwrócić uwagę na istotne ryzyka związane z zachodzącymi na siebie w tym zakresie kompetencjami i konieczność prowadzenia działań przez organy administracji ze szczególną ostrożnością.	Uwaga niezasadna Zgodnie z projektowanym przepisem o zamianie SOR na IP w umowie PSZ decydować będzie Prezes NFZ. Jest oczywiste, że przy podejmowaniu decyzji ws. wniosku świadczeniodawcy będzie on brał pod uwagę m.in. Wojewódzki Plan Działania Systemu PRM.
82.	Pracodawcy RP	art. 1 pkt 9/10	W odniesieniu do zawartych w projekcie zmian w zakresie zasad weryfikacji spełnienia wymogu posiadania opinii o celowości inwestycji proponuje się następujące zmiany o charakterze porządkującym i doprecyzowującym: a) art. 136 ust. 2 pkt 3 ustawy otrzymuje brzmienie: „3) w sytuacji braku pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 stycznia 2021 r., przed upływem 5 lat od dnia, w którym została wydana decyzja o pozwoleniu na użytkowanie, a w przypadku inwestycji, w	Uwaga niezasadna Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy. Ponadto proponowane dodanie w we wskazanych przepisach słów „w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 stycznia 2021

		odniesieniu do której nie jest wymagane uzyskanie pozwolenia na użytkowanie, od dnia przystąpienia do użytkowania tej inwestycji, nie może zostać zwiększona kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem inwestycji. b) w art. 136: (...) b) dodaje się ust. 3 w brzmieniu: „3. Świadczeniodawca, który w okresie ostatnich 5 lat nie uzyskał decyzji o pozwoleniu na użytkowanie ani nie przystąpił do użytkowania inwestycji, w przypadku której wydaje się opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 stycznia 2021 r., z której wykorzystaniem są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, których dotyczy zwiększenie kwoty zobowiązania, składa oświadczenie w tym zakresie. Oświadczenie składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.”; 10) art. 139a otrzymuje brzmienie: „1. W postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mają być wykonywane z wykorzystaniem inwestycji, w przypadku której wydaje się opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 stycznia 2021 r., może wziąć udział wyłącznie świadczeniodawca, który zrealizował tę inwestycję na podstawie pozytywnej opinii. W przypadku braku takiej opinii świadczeniodawca może wziąć udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po upływie 5 lat od dnia, w którym została wydana decyzja o pozwoleniu na użytkowanie, a w przypadku inwestycji, w odniesieniu do której nie jest wymagane uzyskanie pozwolenia na użytkowanie, od dnia przystąpienia do użytkowania tej inwestycji. 2. Świadczeniodawca, który w okresie ostatnich 5 lat nie uzyskał decyzji o pozwoleniu na użytkowanie ani nie przystąpił do użytkowania inwestycji, w przypadku której wydaje się opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 stycznia 2021 r., z której wykorzystaniem mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, których dotyczy postępowanie, o którym mowa w ust. 1, składa oświadczenie w tym zakresie. Oświadczenie składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.”; 12) w art. 149 w ust. 1 pkt 9 otrzymuje brzmienie:	r.” nie wniosłoby żadnej nowej treści normatywnej do tych przepisów.
--	--	---	---

			„9) jeżeli świadczeniodawca nie posiada pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 stycznia 2021 r., i nie złożył oświadczenia, o którym mowa w art. 139a ust. 2.” Uzasadnienie: Proponowane zmiany art. 136 i art. 139a oraz art. 149 ust. 1 pkt 9 mają na celu usunięcie wątpliwości interpretacyjnych i doprecyzowanie tych przepisów poprzez wskazanie, że wymóg posiadania przedstawienia pozytywnej opinii w sprawie oceny inwestycji, odnosi się do opinii w rozumieniu art. 95d ust. 1 ustawy o świadczeniach aktualnym brzmieniu, które obowiązuje od dnia 1 stycznia 2021 r., tj. od momentu, w którym w przepisie tym określono próg kwotowy dla inwestycji podlegającej opiniowaniu na poziomie 2 mln zł. W poprzednim stanie prawnym obowiązującym w okresie od dnia 13 lipca 2018 r. do 31 grudnia 2020 r. minimalna wartość inwestycji nie była określona. We wskazanym okresie uzyskanie opinii o celowości inwestycji nie było obligatoryjne i nie wiązało się z negatywnymi skutkami dla świadczeniodawcy, dlatego wiele podmiotów nie wnioskowało o wydanie OCI w tym okresie, ponieważ nie miały podstaw aby sądzić, że w przyszłości brak OCI będzie wywoływał skutki w postaci odrzucenia oferty lub braku możliwości zwiększenia kwoty zobowiązania NFZ z tytułu zawartej umowy.	
83.	Pracodawcy RP	art. 1 pkt 6	Zgodnie z zasadami dobrej praktyki prawodawczej do przedstawionego projektu ustawy powinny zostać dołączone projekty aktów wykonawczych, których konieczność wydania wynika z projektu ustawy. Do projektu nie dołączono w szczególności projektu rozporządzenia, o którym mowa w art. 95m ust. 6 u.ś.o.z. O ile można zakładać, że zasady, o których mowa w projektowanym ust. 6 ust. 1 wynikają z informacji dodatkowych dołączonych do projektu, to jednak nadal brakuje wskazania okresu referencyjnego oraz listy poradni, o których mowa w art. 95m ust. 6 pkt 2 i 3 w brzmieniu wynikającym z projektu ustawy. Kolejnym istotnym projektem aktu wykonawczego, który nie został dołączony do projektu, jest projekt rozporządzenia w sprawie sposobu określania wysokości ryczałtu w sieci szpitali. Projekt tego rozporządzenia jest kluczowy dla oceny całej regulacji, ponieważ dopiero zapoznanie się z tym aktem pozwoli na ocenę skutków włączenia poszczególnych jednostek od sieci szpitali i poziomu ich finansowania. Szczegółne znaczenie ma także sposób ustalenia ryczałtu sieciowego dla podmiotów, które pierwszy raz wejdą do sieci szpitali w ramach kolejnej kwalifikacji. Odnosząc się do projektowanej treści art. 95m ust. 2 u.ś.o.z. należy ocenić jako niezasadne wyłączenie z sieci szpitali umów w zakresie hospitalizacji planowej i leczenia jednego dnia. W sytuacji dążenia do zmiany piramidy świadczeń, jest to aspekt bardzo istotny, szczególnie że projekt przewiduje możliwość zmiany kwalifikacji oddziałów z hospitalizacji na hospitalizację planową. Szpital, który zostanie zakwalifikowany do sieci, decydując się na zmianę oddziału w oddział realizujący hospitalizację planową nie zostanie zakwalifikowany z takim profilem do sieci w kolejnej kwalifikacji, co będzie powstrzymywać kierowników podmiotów leczniczych przed dokonywaniem takich zmian.	Uwagi niezasadne Opracowanie projektu rozporządzenia przewidzianego w projektowanym art. 95m ust. 7 ustawy o świadczeniach wymaga przeprowadzenia odpowiednich analiz. Jednocześnie treść delegacji do wydania rozporządzenia została istotnie doprecyzowana. Przepis art. 136c ww. ustawy, na którego podstawie wydane jest rozporządzenie określające sposób ustalania ryczałtu PSZ, nie ulega zmianie w przedmiotowym projekcie.

84.	Śląski Uniwersytet Medyczny	art. 2 pkt 5a	Proponuje się: - doprecyzowanie poziomu straty - np. w stosunku do sumy przychodów, po przekroczeniu którego program będzie konieczny (np. powyżej 5 %), - wyłączenie z tego obowiązku podmiotów, u których strata nie przekracza kosztów amortyzacji środków trwałych finansowanych ze środków własnych -rozważyć należałoby wyłączenie z tego obowiązków podmiotów, które w poprzednich latach miały zysk. Proponowana zmiana to rozszerzenie przepisu, o przypadki, które wyłączać będą obowiązek sporządzania programu naprawczego wraz z dodaniem dodatkowych podpunktów, jeżeli np...strata przewyższa przyjęty przez ustawodawcę % przychodów, lub gdy utrzymuje się dłużej niż 3 kolejne lata, itp. Jeżeli w szpitalu wystąpi niewielka strata, która w całej działalności szpitala nie jest niebezpieczna z uwagi na zachowany bezpieczny poziom innych wskaźników ekonomicznych (np. płynność), lub gdy strata jest mniejsza niż koszty amortyzacji środków trwałych finansowanych ze środków własnych. Zasadnym wydaje się rozważenie konieczności, aby program naprawczy był tak rozbudowany i przechodził przez inne instytucje niż podmiot tworzący. Z uwagi na rozbudowane obowiązki związane ze sporządzeniem planu naprawczego proponuje się zawężenie kręgu podmiotów, które są zobowiązane do jego sporządzenia, zgodnie z proponowanym, nowym brzmieniem art 59, wyłącznie do podmiotów, dla których wysokość straty jest istotnym wskaźnikiem finansowym.	Uwaga częściowo uwzględniona Obowiązek sporządzania programu naprawczego będzie miał miejsca w przypadku wystąpienia straty netto wyższej niż 1% przychodów z uwzględnieniem amortyzacji.
85.	Wojewoda Opolski	uwaga ogólna	Dokument nie zawiera zapisów zmiany formy prawnej spzoz na spółkę publiczną, jako jednej z dróg restrukturyzacji. Forma prawna spzoz jest mało plastyczna; funkcjonowanie spółek publicznych reguluje kodeks spółek handlowych. Obligatoryjne przekształcenie spzoz-ów w spółki publiczne ze 100% udziałem sektora publicznego; w przypadku szpitali klinicznych – ew. zakłady budżetowe uczelni	Uwaga niezasadna Obowiązujące przepisy zmieniają przekształcenie SPZOZ w spółkę kapitałową. Aktualnie nie ma planów zniesienia SPZOZ, jako formy organizacyjno-prawnej.
86.	Szpital Powiatowy w Iławie	art. 2 pkt 5 lit b	- do analizy efektywności należy prawidłowo wycenić procedury biorąc pod uwagę koszt utrzymania sali operacyjnej dla realizacji procedur zabiegowych - różna rentowność utrzymania sali operacyjnej w zależności od ilości wykonywanych zabiegów i rodzaju szpital (szpital specjalistyczny, szpital powiatowy) - do analizy efektywności należy prawidłowo wycenić procedury biorąc pod uwagę koszt utrzymania sali operacyjnej dla realizacji procedur zabiegowych	Uwaga niezasadna Uwaga wykracza poza zakres projektowanej regulacji.
87.	Szpital Powiatowy w Iławie	art. 2 pkt 5 lit b	Treść zmiany „7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe wytyczne dotyczące sporządzania programu naprawczego samodzielnego	Uwaga niezasadna

			publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz wzór tego programu, mając na względzie potrzebę ujednolicenia informacji oraz zapewnienie przejrzystości programów naprawczych - opracowanie jednego wzoru programu dla wszystkich zakładów opieki zdrowotnej nie uwzględni specyfiki każdego z nich np. szpitala specjalistycznego i szpitala powiatowego - proponujemy wprowadzenie wzoru programu naprawczego z uwzględnieniem specyfiki zakładu opieki zdrowotnej	Wzór programu naprawczego będzie miał charakter uniwersalny.
88.	Szpital w Mikołowie	art. 2	W związku z transformacją rynku ochrony zdrowia w Polsce, prosimy o rozszerzenie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD71) o regulacje dotyczące możliwości objęcia programami naprawczymi spółek kapitałowych prowadzących podmioty lecznicze. Należy zwrócić uwagę, że wśród świadczeniodawców mających również spory wpływ na ochronę zdrowia w Polsce (co pokazała pandemia COVID-19) są podmioty lecznicze będące spółkami kapitałowymi.	Uwaga uwzględniona
89.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu	art. 2 pkt 6	W związku z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (projekt z dnia 09.08.2024 r.) proszę o uwzględnienie uwag do przedmiotowego projektu dot. art. 59a ustawy o działalności leczniczej: — organem oceniającym program naprawczy, jego realność, zakres, szczegółowość i perspektywy prowadzenia powinien oceniać organ założycielski, — mnożenie podmiotów które będą się pochylać nad tym dokumentem nie służy podniesieniu efektywności tego programu. Jedynie organ założycielski ma wpływa na: 1) celowość dalszego funkcjonowania zadłużonego podmiotu, 2) ocenę realności wpływu zakładanych zmian na poprawę wyniku finansowego. Głównym powodem kłopotów finansowych podmiotów leczniczych jest niestabilność finansowania przez NFZ: — w jednym roku sfinansowane są wszystkie świadczenia, — a w kolejnym ogłasza, że nie będą płacone. Jak ustalić obsadę kadry specjalistów, budować plan funkcjonowania szpitala, kiedy najważniejszy element - finanse - są zmienne i niepewne?	Uwaga niezasadna Stanowiska NFZ i wojewody są istotne w procesie procedowania (opiniowania i zatwierdzania) planu naprawczego.
90.	Wojewoda Podkarpacki	art. 2	Odnosząc się do zapisów projektu ustawy, której wejście w życie przewidziano już od 1 stycznia 2025 r., istotnym jest zwrócenie uwagi, że dodany do ustawy o działalności leczniczej nowy art. 59a ust. 1 pkt 2 oraz ust.3 przewiduje wydawanie przez wojewodów oceny programów naprawczych SP ZOZ-ów pod kątem zgodności z mapą potrzeb zdrowotnych lub krajowym planem transformacji, lub wojewódzkim planem transformacji. Na wydanie opinii określono 14-dniowy termin, który w kontekście	Uwaga niezasadna Wydłużenie terminu na wydanie opinii przez wojewodę wydłużyłoby całą procedurę opiniowania, zatwierdzania i wdrażania planów.

			istotnej wagi spraw oraz możliwości złożenia wielu takich wniosków jednocześnie może być zbyt krótki do właściwej oceny merytorycznej przedłożonych materiałów. Z kolei dodawane do ustawy o działalności leczniczej art.59a ust.5 i art.59b ust. 2, w kontekście sprawowania przez wojewodę nadzoru nad działalnością organów jednostek samorządu terytorialnego i związków jednostek samorządu terytorialnego spowoduje, że badanie uchwał organów stanowiących j.s.t. i związków j.s.t. o zatwierdzeniu programu naprawczego a następnie sprawozdań z ich realizacji będzie bardzo mocno utrudnione. Należy mieć na uwadze, że badanie uchwał jest możliwe jedynie pod kątem zgodności z prawem czyli zastosowaniu kryterium legalności a nie obejmuje kryteriów celowości, gospodarności czy zasadności. Obszerność programu i objęcie nim wielu działań dostosowujących z różnych obszarów jak finanse, gospodarka majątkiem, sprawy kadrowe i pracownicze, w kontekście badania ich zgodności z merytorycznymi przepisami, może nie pozwolić na merytoryczną ocenę podejmowanych uchwał w określonym ustawami ustrojowymi 30- dniowym terminie. Praktyczną wadą proponowanych przepisów może być również negatywny odbiór społeczny opinii odmawiających zatwierdzenia planów restrukturyzacyjnych wypracowanych przez przedstawicieli lokalnych społeczności czy kwestionowanie badanych uchwał.	Wojewoda bada uchwały organów stanowiących jednostek samorządu terytorialnego pod względem legalności, nie ocenia tych uchwał pod względem merytorycznym.
91.	Wojewoda Mazowiecki	OSR	W OSR wśród podmiotów na które oddziałuje projekt nie wskazano wojewodów, jednak zgodnie z nowo dodawanym art. 59 a ust. 1 pkt 2 Programy naprawcze SPZOZ-ów mają być przez kierowników przekazywane wojewodzie właściwemu ze względu na miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych przez dany spoz, celem zajęcia stanowiska w zakresie oceny dostosowania działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub do krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b tej ustawy lub do wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c tej ustawy oraz związanych z tym działań dostosowawczych. Będzie to zatem nowe zadanie nakładane na wojewodów, do realizacji którego będzie niezbędne będzie zaangażowanie pracowników, dlatego zwracam się z prośbą o rozważenie przyznania dodatkowych etatów w tym zakresie.	Uwaga uwzględniona – w zakresie dodania wojewodów do OSR, jako podmiotów na które wpływa regulacja. Uwaga niezasadna – w zakresie dodatkowych etatów. W strukturze urzędów wojewódzki są wydziały które już zajmują się planami transformacji. Ocena programów naprawczych będzie elementem zadań związanych z tymi planami.
92.	Wojewoda Warmińsko-Mazurski	art. 2 pkt 1	Należałoby zmienić treść art. 6 ustawy o działalności leczniczej z uwagi na to, że obowiązujące przepisy ustawy o działalności leczniczej nie dopuszczają możliwości utworzenia podmiotu leczniczego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej łącznie przez jednostkę samorządu terytorialnego lub związek jednostek samorządu terytorialnego wraz z uczelnią medyczną.	Uwaga niezasadna Dodany w art. 6 ust. 2a zmienianej ustawy (w art. 2 pkt 1 ustawy zmieniającej) umożliwia związkowi jednostek samorządu tworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

93.	Wojewoda Warmińsko-Mazurski	art. 2 pkt 5	Należałoby wydłużyć termin sporządzania sprawozdań min. do 30 dni od zakończenia każdego roku obrotowego oraz do 30 dni po upływie okresu, na jaki sporządzono program. Zgodnie z proponowanymi regulacjami ustawy o działalności leczniczej sprawozdania roczne i końcowe z realizacji programu naprawczego winny zawierać min. informacje o wdrożonych działaniach optymalizacyjnych mających na celu poprawę sytuacji ekonomiczno-finansowej oraz prognozy przychodowe. W określonym terminie spoz-y nie mają jeszcze zakończonych rozliczeń z NFZ w zakresie przychodów. Podsumowanie i zamknięcie zawarych umów następuje w terminie 45 dni od upływu okresu rozliczeniowego (§ 27 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej). Ponadto pełny obraz sytuacji finansowej jest w momencie zamknięcia ksiąg rachunkowych. Zgodnie z ustawą o rachunkowości zamknięcie ksiąg rachunkowych powinno nastąpić nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia kończącego rok obrotowy.	Uwaga uwzględniona (Termin został wydłużony do 60 dni.)
94.	Wojewoda Warmińsko-Mazurski	art. 2 pkt 5	Należy uzupełnić delegację do ustalenia wzoru programu naprawczego dla spoz o kryterium uwzględniające specyfikę szpitala.	Uwaga niezasadna Wzór programu naprawczego będzie miał charakter uniwersalny.
95.	Wojewoda Małopolski	art. 2 (OSR)	Brak w uzasadnieniu do projektu ustawy oraz dokumencie Ocena Skutków regulacji wskazania na skutki proponowanej zmiany w zakresie dodatkowego zaangażowania urzędów wojewódzkich w postaci użycia dodatkowych środków osobowych, a w konsekwencji także środków finansowych na pokrycie wynagrodzenia dla dodatkowych etatów, do realizacji nowego zadania. Jak wskazano powyżej, zgodnie z założeniami projektu ustawy wojewoda ma zajmować stanowisko w zakresie oceny dokumentu, zgodnie z określonymi wyżej przesłankami (tj. dostosowania działalności podmiotu do regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych oraz związanych z tym działań dostosowawczych). Biorąc pod uwagę wskazany wyżej zakres dokumentów, które będą podlegać ocenie wojewody (zawierający dane m.in. z obszaru ekonomicznego, kadrowego, infrastrukturalnego), należy wskazać, że choć w strukturze urzędów wojewódzkich z uwagi na aktualnie realizowane zadania, są specjaliści z ww. zakresów, jednakże ocenie wojewody podlegać będą określone powyżej elementy w kontekście specyfiki funkcjonowania podmiotu leczniczego. Stąd w mojej ocenie konieczne jest zwrócenia uwagi na ryzyko braków w aktualnych zasobach pracowniczych urzędów wojewódzkich specjalistów z odpowiednimi do realizacji przedmiotowego zadania kompetencjami i środków finansowych na dodatkowe etaty celem ich pozyskania. Zasadne i celowe jest zatem rozważenie uwzględnienia w projekcie budżetu państwa na 2025 rok dodatkowych środków finansowych związanych z zatrudnieniem ww. specjalistów.	Uwaga uwzględniona – w zakresie dodania wojewodów do OSR, jako podmiotów na które wpływa regulacja. Uwaga niezasadna – w zakresie dodatkowych etatów. W strukturze urzędów wojewódzki są wydziały które już zajmują się planami transformacji. Ocena programów naprawczych będzie elementem zadań związanych z tymi planami.

96.	Wojewoda Śląski	art. 2 ust. 1	W art. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej dodaje się ust. 2a, który pozwala na tworzenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez związek jednostek samorządu. W uzasadnieniu do projektu ani ocenie skutków regulacji nie wskazano konieczności aktualizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 173). Brak aktualizacji tego rozporządzenia spowoduje brak możliwości rejestracji SPZOZ utworzonych przez związek jednostek samorządu w RPWDL, a tym samym uniemożliwi im prowadzenie działalności leczniczej.	Uwaga zasadna - rozporządzenie zostanie odpowiednio dostosowane
97.	Wojewoda Śląski	art. 2 ust. 6	W art. 59a ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej należy rozszerzyć grupę podmiotów, do których przekazywany jest program naprawczy w odniesieniu do podmiotów leczniczych, których zasięg oddziaływania jest ponadregionalny. Jeżeli zasięg oddziaływania danego podmiotu leczniczego jest szerszy niż teren jednego województwa program naprawczy powinien być przekazywany do Ministra Zdrowia celem zajęcia stanowiska w zakresie oceny dostosowania działalności SPZOZ do mapy potrzeb zdrowotnych oraz krajowego planu transformacji.	Uwaga niezasadna W przypadku, gdy SPZOZ działa na terenie więcej, niż jednego województwa przekazuje plan naprawczy do zaopiniowania każdemu wojewodzie i każdemu dyrektorowi OW NFZ.
98.	Wojewoda Śląski	OSR	Art. 2 ust. 6 projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw wprowadza do ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej nowy przepis – art. 59a ust. 1 – który nakłada na wojewodów nowe zadanie. W części 4 oceny skutków regulacji nie podano wojewodów jako podmiotów, na które oddziałuje projekt. W części 6 natomiast nie wskazano sposobu finansowania wynagrodzeń pracowników, którzy zostaliby zatrudnieni do realizacji nowego zadania. Przypominam, że to kolejne zadanie ustawowe od 2020 r., które zostało nałożone na wojewodów bez zabezpieczenia środków finansowych na wsparcie kadrowe w urzędach wojewódzkich w wydziałach właściwych do spraw zdrowia. Brak finansowania może spowodować brak możliwości realizacji kolejnego zadania przez wojewodów.	Uwaga uwzględniona - w zakresie dodania wojewodów do OSR, jako podmiotów na które wpływa regulacja. Uwaga niezasadna – w zakresie dodatkowych etatów. W strukturze urzędów wojewódzki są wydziały które już zajmują się planami transformacji. Ocena programów naprawczych będzie elementem zadań związanych z tymi planami.
99.	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	art. 2	Projektowany przepis art. 59 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej określa, że w przypadku wystąpienia w sprawozdaniu finansowym straty netto kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego, sporządza na okres nie dłuższy niż 3 lata program naprawczy, uwzględniając w nim raport, o którym mowa w art. 53a ust. 1, oraz dostosowanie działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do mapy potrzeb zdrowotnych (...) lub do krajowego planu transformacji, (...) lub do wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 tej ustawy.	Uwaga częściowo uwzględniona – obowiązek sporządzania programu naprawczego będzie miał miejsca w przypadku wystąpienia straty netto wyższej niż 1% przychodów z uwzględnieniem amortyzacji.

			Odniesienie się wyłącznie do wystąpienia straty netto bez uwzględnienia kryterium wysokości tej straty, jak również okoliczności w jakich wystąpiła jest niezasadne i winno być skorygowane. Przykładem rozwiązania, które można wskazać jest określenie wysokości straty netto, która przekracza przyjęty poziom wysokości przychodów w danym roku (np. 2% przychodów). Dodatkowo w omawianym aspekcie winny zostać uwzględnione okoliczności z wpływające na powstanie ujemnego wyniku finansowego. Należy bowiem rozważyć okoliczności związane z realizacją przez podmiot leczniczy inwestycji oraz dokonywaniem odpisów amortyzacyjnych, co wpływa na wynik finansowy. Zasadne jest zatem określenie, że strata netto (większa od określonego poziomu przychodów) winna być ustalana dopiero po zsumowaniu osiągniętego wyniku finansowego oraz wartości dokonanych odpisów amortyzacyjnych.	
100.	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	art. 2	Art. 59 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej – przepis przewiduje, że sporządzenie programu naprawczego poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, ekonomiczne, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego, obejmujące bieżącą sytuację samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. W ocenie Związku analiza efektywności bez przeprowadzenia prawidłowej wyceny procedur, uwzględniającej zmiany ekonomiczne (wzrost inflacji, wzrost poziomu wynagrodzeń, wzrost kosztów energii elektrycznej) jest pozbawiona celu. Trudno bowiem badać efektywność działalności podmiotów leczniczych, jeżeli procedury medyczne są kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia po nieadekwatnych, zaniżonych cenach. Z tego względu dla poprawnej działalności systemu ochrony zdrowia niezbędne jest wprowadzenie mechanizmu umożliwiającego dokonanie prawidłowych wycen procedur, w tym ich aktualizację.	Uwaga niezasadna Uwaga wykracza poza zakres projektowanej regulacji
101.	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	art. 2	Art. 59a ust. 7 i 8 ustawy o działalności leczniczej przewidują, że do zmiany zatwierdzonego programu naprawczego o charakterze istotnym stosuje się procedurę dotyczącą przyjęcia programu, natomiast w ust. 8 wskazano, że kierownik SP ZOZ dokonuje kwartalnych aktualizacji programu naprawczego, które nie wymagają zatwierdzenia przez podmiot tworzący. Zasadne jest zdefiniowanie pojęcia „istotności” zmian w programie naprawczym oraz zakresu aktualizacji, które nie wymagają zatwierdzenia przez podmiot tworzący. Projekt w istocie nie precyzuje jakie aktualizacje programu naprawczego nie wymagają zatwierdzenia podmiotu tworzącego, co może powodować duże problemy interpretacyjne. Nadto konieczność dokonywania kwartalnych aktualizacji jest oceniana jako zbyt duża i powinna zostać zmieniona na aktualizacje w cyklu półrocznym.	Uwaga niezasadna Określenie zamkniętego katalogu istotnych zmian albo ich zdefiniowanie byłoby trudne i niecelowe. W systemie praw istnieją określenia „niezwłocznie”, „bez zbędnej zwłoki” „rażące naruszenie prawa”.
102.	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	art. 2	Art. 59b ust. 1 ustawy o działalności leczniczej przewiduje obowiązek przedłożenia podmiotowi tworzącemu sprawozdania rocznego z realizacji programu naprawczego w terminie 14 dni od zakończenia każdego roku obrotowego oraz sprawozdania	Uwaga uwzględniona - wydłużono termin do 60 dni.

			końcowego z realizacji programu naprawczego w terminie 14 dni po upływie okresu, na jaki sporządzono program. Powyższe terminy winny zostać przedłużone do 60 dni. Należy wskazać, że Narodowy Fundusz Zdrowia w terminie 14 dni od zakończenia roku obrotowego nie jest w stanie rozliczyć świadczeń za rok obrotowy, zaś to rozliczenie ma wpływ na treść sprawozdania z programu naprawczego.	
103.	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	art. 2	Art. 59b ust. 2 ustawy o działalności leczniczej nie przewiduje terminu na zatwierdzenie sprawozdań, o których mowa w ust 1. Zasadne jest dookreślenie terminu zatwierdzenia sprawozdań, tak jak jest to w przypadku zatwierdzenia programu naprawczego.	Uwaga niezasadna Brak uzasadnienia propozycji.
104.	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	art. 2	Ustawa wyłącza spod oddziaływania podmioty działające w postaci spółek prawa handlowego, które realizują świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego. Ustawa o działalności leczniczej wskazuje, że podmiotami leczniczymi są m. in. 1) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2024 r. poz. 236) <u>we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej</u> oraz 2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (...). Ustawodawca dopuścił zatem możliwość udziału w ramach systemu ochrony zdrowia przedsiębiorców. Jednocześnie przedstawiane w przestrzeni publicznej informacje dotyczące przewidywanych form wsparcia krótko- i długoterminowego dla podmiotów leczniczych mających przybrać m.in. formę zamiany długu na kredyt udzielony przez Bank Gospodarstwa Krajowego poręczony przez podmiot tworzący (umarzalny w wysokości 1/10 co roku przez 10 lat) adresowane są do szpitali, które realizują program naprawczy i się bilansują. Zestawienie ww. informacji z treścią analizowanego projektu ustawy wskazuje, że jeżeli programy naprawcze wskazane w projekcie ustawy są adresowane do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, to w konsekwencji także programy pomocowe będą skierowane do tych podmiotów. Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych wnosi o objęcie możliwością zastosowania programów wsparcia oraz bonusów związanych z realizacją programów naprawczych także tych szpitali, które prowadzone są przez podmioty lecznicze zorganizowane w ramach spółek prawa handlowego. Sygnalizuje również potrzebę rozważenia wprowadzenia możliwości transformacji podmiotów leczniczych prowadzących działalność w formie spółek prawa handlowego w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, a także możliwości łączenia (konsolidacji) podmiotów działających jako spółki prawa handlowego z samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej.	Uwaga uwzględniona
105.	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	uwaga ogólna	Opiniowana ustawa powinna formułować zmiany prawne umożliwiające szybką absorpcję środków pochodzących z Krajowego Planu Odbudowy. W ocenie Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych zmiany winny odnosić się do ułatwienia realizacji inwestycji, o których mowa w art. 95d ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Zmiany winny	Uwaga niezasadna Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy.

			skutkować uproszeniem procedur oraz przyspieszeniem rozpoznawania wniosków składanych w ramach procedury opiniowania o celowości inwestycji. Opiniowana ustawa nie zawiera postanowień w tym przedmiocie, co w kontekście aktualnych potrzeb Państwa (w zakresie konieczności wykorzystania środków z KPO) oraz potrzeb podmiotów leczniczych (w zakresie uproszczenia procedur opiniowania inwestycji i pozyskania środków pieniężnych w możliwie krótkim czasie) powinno zostać zmienione. Zmian wymaga w szczególności art. 95g ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych w zakresie określenia terminu na wydanie opinii. Nadto w ocenie Związku próg kwalifikacji inwestycji pod względem objęcia jej procesem opiniowania w zakresie jej celowości, ustalony na poziomie 2 000 000 zł jest zbyt niski. W takim przypadku do procedury opiniowania kwalifikowane są inwestycje o niskiej wartości kosztorysowej, niemające istotnego znaczenia w kontekście optymalnego wykorzystania środków publicznych i dostosowania inwestycji w sektorze zdrowia publicznego do rzeczywistych potrzeb społeczeństwa. Z tego względu próg kwalifikowalności inwestycji powinien zostać ustalony na poziomie kwoty 10 000 000 zł. Niewątpliwie określenie progu kwalifikowalności inwestycji na wyższym poziomie niż dotychczasowy umożliwi urealnienie wartości tego progu, który pozostaje na niezmienionym poziomie od dłuższego już czasu. Zgodnie z art. 139a ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych <i>W postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mają być wykonywane z wykorzystaniem inwestycji, w przypadku której wydaje się opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, może wziąć udział wyłącznie świadczeniodawca, który zrealizował tę inwestycję na podstawie pozytywnej opinii. W przypadku braku takiej opinii świadczeniodawca może wziąć udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po upływie 5 lat od dnia, w którym została wydana decyzja o pozwoleniu na użytkowanie, a w przypadku inwestycji, w odniesieniu do której nie jest wymagane uzyskanie pozwolenia na użytkowanie, od dnia przystąpienia do użytkowania tej inwestycji.</i> W ocenie Związku zmiana ustawowa winna także zostać wprowadzona w zakresie bardziej elastycznego określenia terminu braku możliwości wzięcia udziału w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wskazać należy, że aktualnie obowiązujący przepis nie różnicuje w zakresie skutku prawnego braku możliwości wzięcia udziału w postępowaniu przez 5 lat w zależności od „zawinienia” którego skutkiem było nieuzyskanie pozytywnej opinii. Przyczyny nieuzyskania pozytywnej opinii mogą być zróżnicowane i winny być w sposób zróżnicowany oceniane w kontekście ewentualnej „kary” w postaci braku możliwości przystąpienia do postępowania o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez określony czas. Z tego względu okres braku możliwości wzięcia udziału w postępowaniu winien zostać ustalony na okres od 2 do 5 lat. Decyzja o określeniu tego okresu byłaby wydawana w ramach opiniowania i podlegałaby zaskarżeniu w trybie przewidzianym w art. 95j ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.	
--	--	--	--	--

106.	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	uwaga ogólna	Czynnikiem niezbędnym do prowadzenia reformy ochrony zdrowia jest prawidłowa wycena świadczeń zdrowotnych i jej aktualizacja. Aktualizacja wyceny świadczeń zdrowotnych może być realizowana z zastosowaniem mechanizmu pośredniej waloryzacji wysokości wynagrodzenia jakie otrzymują świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej. Organizacje reprezentatywne powinny mieć uprawnienie do kierowania wniosków do Ministra Zdrowia w sprawie usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonania zmiany poziomu lub sposobu finansowania lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego. Aktualnie obowiązujące przepisy prawa (w tym art. 31ha ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych) nie obligują organów administracji publicznej do dokonania analizy zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Taka analiza jest realizowana przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na zlecenie Ministra Zdrowia, w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania świadczeń zdrowotnych. Brak obligatoryjności dokonania analizy oraz połączenie jej z nadzwyczajnym wzrostem, czyni omawianą regulację dalece nieadekwatną do warunków zmieniającego się otoczenia gospodarczego. Powyższe uwagi stanowią podstawę do przedłożenia propozycji zmiany ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych regulującej zasady wyceny świadczeń zdrowotnych. W załączeniu do pisma przedkładamy projekt ustawy w tym zakresie.	Uwaga niezasadna Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy.
107.	Szpital w Pszczynie	art. 2	W naszej ocenie konieczne jest wprowadzenie analizy kondycji ekonomicznej i działań restrukturyzacyjnych podmiotów leczniczych działających w formie spółek prawa handlowego. Brak takiej analizy znacząco zniekształca obraz szpitalnictwa w Polsce. W naszej ocenie w art. 2 pkt 2 konieczne jest wprowadzenie możliwości prowadzenia podmiotu leczniczego w formie spółki prawa handlowego przez związek jednostek samorządu bądź kilka jednostek (niekoniecznie związek). Zaproponowane w projekcie rozwiązanie ogranicza możliwości i formy prowadzenia działalności leczniczej.	Uwaga uwzględniona
108.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	art. 2	1) po pkt 6 dodaje się pkt 6a w brzmieniu: <i>„6a) po art. 59b dodaje się art. 59c w brzmieniu: „Art. 59c. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwanej dalej „Agencją” prowadzenie analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4, oraz ich realizacji.</i> 2. Agencja przygotowuje analizy, o których mowa w ust. 1 w terminie nie krótszym niż 3 miesiące, z zastrzeżeniem ust. 3.	Uwaga uwzględniona

			3. W przypadku otrzymania przez Agencję zleceń ministra właściwego do spraw zdrowia dotyczących przeprowadzenia analiz, o których mowa w ust. 1, w liczbie przewyższającej 50 analiz w okresie 3 miesięcy, termin na przygotowanie tych analiz przez Agencję wynosi nie mniej niż 5 miesięcy. 4. Prezes Agencji przekazuje analizy, o których mowa w ust. 1 niezwłocznie po ich przygotowaniu do ministra właściwego do spraw zdrowia.”; W związku z przyznawaniem Agencji nowego zadania ustawowego dotyczącego prowadzenia analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), oraz ich realizacji, zasadne jest dodanie w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) przepisu materialnego określającego podmiot zlecający realizację zadania dotyczącego przygotowania analiz oraz minimalny termin na przygotowanie analiz przez Agencję. Jest to szczególnie istotne ze względu na możliwą kumulację terminów przekazania programów naprawczych w końcowych terminach ustawowych, co może spowodować niewydolność Agencji z uwagi na liczbę jednocześnie analizowanych planów.	
109.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	art. 2	2) po pkt 6a dodaje się pkt 6b w brzmieniu: „6b) po art. 59c dodaje się art. 59d w brzmieniu: Art. 59d. 1. Agencja jest upoważniona do gromadzenia i przetwarzania: 1) 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 2023 r. poz. 2465), 2) programów naprawczych, a także zmian i kwartalnych aktualizacji tych programów, 3) sprawozdań rocznych i końcowych z realizacji programu naprawczego, 4) analiz, o których mowa w art. 59 ust. 5, 5) stanowisk, o których mowa w art. 59a ust. 2 i 3, 6) rocznych sprawozdań finansowych, sprawozdań z badania, jeżeli podlegały one badaniu, odpisu 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 2023 r. poz. 120, 295 i z 2024 r. 619), 7) innych danych dotyczących funkcjonowania podmiotów leczniczych, ich sytuacji operacyjnej i ekonomiczno-finansowej, w tym informacji dotyczącej wdrożenia standardu rachunku kosztów zgodnie z rozporządzeniem, o którym mowa w art. 31lc ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.);	Uwaga uwzględniona

			8) danych dotyczących bezpośrednich i pośrednich kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 311c ust.8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.); 9) danych o zasobach kadrowych, sprzętowych, diagnostycznych i lokalowych podmiotów leczniczych; w celu realizacji zadań określonych w art. 31n pkt 1-1b, 2b -2c, 4b, 4e i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.) oraz w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia. 2. Jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia zapewnia Agencji dostęp do danych, o których mowa w art. 23 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia w sposób ciągły. 3. Kierownik podmiotu leczniczego jest obowiązany do nieodpłatnego przekazania danych, o których mowa w ust. 1 pkt 3-8, na wezwanie Agencji w trybie, formie i terminach określonych przez Agencję. Kierownik podmiotu leczniczego jest obowiązany do przekazania programu naprawczego w terminie 7 dni od dnia jego zatwierdzenia przez podmiot tworzący. 4. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia udostępnia Agencji dane, o których mowa w ust.1 pkt 9 w trybie, formie i terminach określonych przez Agencję. 5. Organy administracji rządowej i samorządowej, państwowe i samorządowe osoby prawne, państwowe i samorządowe jednostki organizacyjne, związki jednostek samorządu oraz podmioty lecznicze, o których mowa w ust. 1 są obowiązane współdziałać z Agencją, nieodpłatnie udostępniać Agencji informacje, dane i dokumenty w trybie, formie i terminach określonych przez Agencję oraz udzielać Agencji pomocy przy realizacji zadania określonego w art. 31n pkt 4e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 i 858). 6. Agencja przetwarza dane osobowe w zakresie niezbędnym do realizacji zadań określonych w art. 31n pkt 1-1b, 2b -2c, 4b, 4e i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 146 i 858) oraz w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia. W związku z przyznaniem Agencji nowego zadania ustawowego dotyczącego prowadzenia analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), oraz ich realizacji, zasadne jest określenie katalogu danych i dokumentów jakie Agencja będzie mogła przetwarzać i	
--	--	--	--	--

			pozyskiwać od podmiotów leczniczych, Narodowego Funduszu Zdrowia i Centrum E-Zdrowie. Tymi danymi i dokumentami są dane, 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 2023 r. poz. 2465), oraz dane dotyczące funkcjonowania podmiotów leczniczych, ich sytuacji operacyjnej i ekonomiczno-finansowej, a także programy naprawcze, zmiany w programach naprawczych, kwartalne aktualizacje programów naprawczych, sprawozdania roczne z realizacji programu naprawczego, sprawozdania końcowe z realizacji programu naprawczego, analizy, o których mowa w art. 59 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz stanowiska, o których mowa w art. 59a ust. 2 i 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz sprawozdania finansowe, a także dane dotyczące bezpośrednich i pośrednich kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i dane o zasobach kadrowych, sprzętowych, diagnostycznych i lokalowych podmiotów leczniczych. Przedmiotowe dane i dokumenty będą mogły być przetwarzane przez Agencję w celu realizacji zadań określonych w art. 31n pkt 1-1b, 2b -2c, 4b, 4e i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia. Kierownik podmiotu leczniczego zobowiązany będzie do przekazywania na wezwanie Agencji ww. danych i dokumentów. W celu kompleksowej analizy część danych należy zbierać z wielu źródeł, aby je ze sobą konfrontować w celu identyfikacji nieścisłości, aby zapewnić dostęp danych należytej jakości na potrzeby analiz Agencji, poprzez zapewnienie staranności w przekazywaniu danych, których jakość będzie mogła być kwestionowana na bazie informacji z innych źródeł. Organy administracji rządowej i samorządowej, państwowe i samorządowe osoby prawne, państwowe i samorządowe jednostki organizacyjne, związki jednostek samorządu są niejednokrotnie organami założycielskimi lub nadzorczymi nad podmiotami leczniczymi i również dysponują ww. zakresem danych niezbędnych do analiz Agencji.	
110.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	art. 12	W art. 12 projektu ustawy dotyczącym terminu wejścia w życie ustawy proponuje się następujące zmiany: 1) pkt 1 nadać następujące brzmienie: „1) art. 2 pkt 5 i 6, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2025 r.;” 2) po pkt 1 dodać pkt 1a w następującym brzmieniu: „1a) art. 1 pkt 2 i 3-3b oraz art. 2 pkt 6a i 6b, które wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2025 r.;” W związku z koniecznością podjęcia działań przygotowawczych przez Agencję dotyczących zatrudnienia osób do realizacji nowego zadania dotyczącego prowadzenia analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych oraz ich realizacji, przygotowania po stronie Agencji narzędzi do pozyskiwania danych od innych podmiotów, przygotowania się podmiotów zobowiązanych do przekazywania danych, a także ustaleniem w Agencji kompleksowej metodyki przygotowywania ww. analiz,	Uwaga nie uwzględniona

			zasadne jest określenie terminu wejścia w życie przepisów dotyczących tego zadania na 1 lipca 2025 r. zamiast 1 stycznia 2025 r.	
111.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	OSR	W związku z przyznaniem Agencji nowego zadania ustawowego dotyczącego prowadzenia analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), oraz ich realizacji, zasadne jest zwiększenie zatrudnienia w Agencji. Tym samym zwiększą się dochody Agencji i wydatki ogółem. 1) części pt. „źródła finansowania” nadać następujące brzmienie: <i>„Projektowane zmiany nie spowodują skutków finansowych dla budżetu państwa oraz jednostek samorządu terytorialnego. Projektowane zmiany będą miały wpływ na Narodowy Fundusz Zdrowia z uwagi na konieczność przekazania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji odpisu w wysokości zapewniającej pokrycie kosztów na dodatkowe etaty związane z realizacją zadania dotyczącego przygotowywania analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), oraz ich realizacji.”</i> W związku z przyznaniem Agencji nowego zadania ustawowego dotyczącego prowadzenia analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), oraz ich realizacji, konieczne jest zwiększenie zatrudnienia w Agencji, a co za tym idzie, proporcjonalnego zwiększenia środków finansowych na realizację zadań przez Agencję. Zwiększenie zatrudniania w Agencji skutkować będzie potrzebą zwiększenia odpisu dla Agencji. Tym samym projekt ustawy będzie miał wpływ na Narodowy Fundusz Zdrowia. części pt. „Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń” nadać brzmienie: <i>„Wynagrodzenia dla nowych pracowników Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji realizujących zadanie związane z dokonywaniem analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 ustawy</i>	Uwaga nie uwzględniona

			<i>z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), oraz ich realizacji, będą finansowane z przychodów Agencji uzyskiwanych z odpisu dla Agencji. Odpis dla Agencji otrzymywany jest przez Agencję z Narodowego Funduszu Zdrowia i pochodzi ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Planowane jest zwiększenie zatrudnienia w Agencji w wymiarze 20 etatów.</i> W związku z przyznaniem Agencji nowego zadania ustawowego dotyczącego prowadzenia analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), oraz ich realizacji, zasadne jest zwiększenie zatrudnienia w Agencji.	
112.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	uwagi ogólne	Ponadto Agencja zgłasza poniżej inne dodatkowe propozycje zmian legislacyjnych, które mogłyby zostać dodane do przedmiotowego projektu ustawy, w tym usprawniające realizację nowego zadania Agencji dotyczącego prowadzenie analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych. W przypadku nieuwzględnienia poniższych propozycji zmian legislacyjnych w przedmiotowym projekcie ustawy, Agencja zwraca się z prośbą o ich zamieszczenie w innym procedowanym przez Ministerstwo Zdrowia projekcie ustawy. Przedmiotowe zmiany są istotne z punktu widzenia zadań wykonywanych przez Agencję i służyć będą usprawnieniu ich realizacji. (...)	Uwagi niezasadne Propozycje wykraczają poza zakres projektowanej ustawy.
113.	Konfederacja Lewiatan	art. 2	<i>Cyt.: „W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) wprowadza się następujące zmiany:</i> <i>„2a. Związek jednostek samorządu może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.”;</i> <u>Treść uwagi</u> Zapisy te zgodnie z intencjami autorów mają służyć procesowi koncentracji dotychczasowych podmiotów w formie nowego SPZOZ utworzonego przez grupę dotychczasowych organów założycielskich, które utworzyły Związek. Przepisy nie wskazują co ma się stać z dotychczasowymi jednostkami SPZOZ – czy muszą one obligatoryjnie przestać istnieć i cały ich potencjał oraz wszystkie komórki organizacyjne zarejestrowane przez zmianą w RPWDL muszą zostać przeniesione do nowotworzonego podmiotu ? Brak jasności w tym zakresie może prowadzić do tworzenia multiplikowanych bytów formalno-prawnych – starych i nowych SPZOZ częściowo/wybiórczo przekazujących sobie zasoby i komórki organizacyjnej. Dla przykładu możliwy będzie taki scenariusz, w którym jedna z JST pozostawi sobie okrojony „stary” SPZOZ a w nim np. ZOL i POZ natomiast do podmiotu utworzonego przez Związek JST wniesie „aportem” jedynie zasoby i potencjał (komórki organizacyjne RWDL) związane z leczeniem szpitalnym i AOS. Doprowadzi to do	Uwaga niezasadna W przypadku utworzenia ww. związków, podmioty je tworzące będą cedować na nie uprawnienia i obowiązki samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w celu ich późniejszego połączenia, tak aby ułatwić ich restrukturyzację. Koncepcja „konsolidacyjna” z udziałem związków jednostek samorządu terytorialnego polegałaby na: 1) utworzeniu przez jednostki samorządu terytorialnego związku – na podstawie ustawy o samorządzie gminnym albo ustawy o samorządzie powiatowym;

			sytuacji koegzystencji pod jednym adresem dwóch różnych SPZOZ prowadzących różną lub w skrajnych przypadkach powielającą się działalność. Brak obowiązku likwidacji „starych SPZOZ” i wykreślenia dotychczasowych komórek z RPWDL może prowadzić do zdublowania zasobów w Rejestrze i dużego zamieszania formalno-prawnego. Należy pamiętać, że w przypadku pozostawienia „starego SPZOZ” i wykreślenia z jego RPWDL istotnych komórek organizacyjnych ewentualne ich otwarcie po pewnym czasie (w rozumieniu rejestrowym) może podlegać obowiązkowi uzyskania pozytywnej opinii w systemie IOWISZ warunkującej możliwość zawarcia umowy z NFZ. Ryzyko nieuzyskania takiej pozytywnej opinii może być powodem do niechęci wyrejestrowywania komórek starego SPZOZ przy tworzeniu przez Związek JST nowego podmiotu. W związku z powyższymi wątpliwościami wskazane jest doprecyzowanie zapisów tak by wykładnia ich skutków była jednoznaczna, oczywista i nie podlegająca dowolności interpretacyjnej.	2) przekazaniu przez nie związkowi uprawnień i obowiązków podmiotu tworzącego – na podstawie art. 67a udl; 3) połączeniu tych SPZOZ-ów przez związek (jako jedyny podmiot tworzący) na podstawie art. 66 i 67 udl. Ww. zagadnienia są już uregulowane w ww. przepisach.
114.	Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych	art. 2	Dostęp do informacji na temat funkcjonowania danego podmiotu powinien być prowadzony w sposób transparentny dla wszystkich zainteresowanych interesariuszy. Sporządzane wyniki analizy publikowane są w terminie 7 dni od ich sporządzenia na stronach NFZ.	Uwaga niezasadna NFZ zajmuje stanowisko stanowiska w zakresie oceny przedstawionych w programie naprawczym prognoz przychodowych oraz związanych z nimi działaniami. Kwestie dostępu do informacji publicznych reguluje ustawa o dostępie do informacji publicznej.
115.	Federacja Przedsiębiorców Polskich	art. 2	Wydaje się zasadnym wprowadzenie regulacji, która sprawi, że podmioty lecznicze na terenie województwa będą podlegać marszałkowi województwa z wyłączeniem ośrodków o szczególnym znaczeniu dla bezpieczeństwa państwa. Celem wprowadzenia zmiany jest zwiększenie liczby podmiotów prowadzących procesy transformacji oraz konsolidacji. Rozproszona struktura właścicielska ośrodków może powodować brak ciągłości dla procesów restrukturyzacyjnych, brak chęci przekształcenia ośrodków z przyczyn pozaekonomicznych oraz pozazdrowotnych.	Uwaga niezasadna Uwaga wykracza poza zakres projektowanej ustawy. Ponadto proponowane wyłączenie budzi poważne wątpliwości natury „konstytucyjno-ustrojowej”.
116.	Federacja Przedsiębiorców Polskich	art. 2	Dodanie w art. 59a ustawy o działalności leczniczej ustępu 9 o treści: <i>„9. Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej niezwłocznie publikuje treść zatwierdzonego programu naprawczego, jego zmian i kwartalnych aktualizacji poprzez ogłoszenie w Biuletynie Informacji Publicznej lub w innej elektronicznej formie zapewniającej powszechny dostęp.”</i>	Uwaga niezasadna Kwestie dostępu do informacji publicznych reguluje ustawa o dostępie do informacji publicznej
117.	Federacja Przedsiębiorców Polskich	art. 2	Dodanie w art. 59b ustawy o działalności leczniczej ustępu 4 o treści:	Uwaga niezasadna

			„4. Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej niezwłocznie publikuje treść zatwierdzonych sprawozdań, o których mowa w ust. 1, w formie i w sposób opisany w art. 59a ust. 9.”	Kwestie dostępu do informacji publicznych reguluje ustawa o dostępie do informacji publicznej
118.	Federacja Przedsiębiorców Polskich	art. 10	Zmiana treści art. 10 Projektu w następujący sposób: „Art. 10. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, który przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy posiadał zatwierdzony program naprawczy, kontynuuje jego realizację na podstawie przepisów dotychczasowych, z zastrzeżeniem, że kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej będzie obowiązany go opublikować poprzez ogłoszenie w Biuletynie Informacji Publicznej lub w innej elektronicznej formie zapewniającej powszechny dostęp niezwłocznie po wejściu w życie Ustawy.”	Uwaga niezasadna Kwestie dostępu do informacji publicznych reguluje ustawa o dostępie do informacji publicznej
119.	Federacja Przedsiębiorców Polskich	Uwagi ogólne	W ramach uzasadnienia propozycji zmian w pkt 4-6, w pierwszej kolejności wskazujemy, że podzielamy stanowisko Projektodawcy w zakresie, w którym stwierdza, że aktualnie obowiązujące regulacje dotyczące obowiązku sporządzania przez SPZOZ-y programów naprawczych są zbyt ogólne i niewystarczające, a w rezultacie nie spełniają swojej roli, tj. nie pozwalają na podejmowanie adekwatnych działań naprawczych. Tym samym jesteśmy zdania, że zaprojektowane zmiany w sposób dostateczny precyzują przebieg procedury naprawczej, a co za tym idzie z dużym prawdopodobieństwem przyczynią się do poprawy efektywności funkcjonowania i zarządzania szpitalnictwem, a w dalszej perspektywie – przyczynią się do poprawy sytuacji ekonomicznej szpitali. Nasze zastrzeżenia budzi jedynie brak zamieszczenia w treści Projektu przepisów przewidujących obowiązek upublicznienia treści zatwierdzonych programów naprawczych, ich zmian i kwartalnych aktualizacji, a także treści zatwierdzonych sprawozdań (rocznych i końcowych) z realizacji programów naprawczych. Informacje te powinny mieć charakter jawny oraz powszechnie dostępny, bez trybu wnioskowego oraz bez konieczności wykazywania interesu prawnego i faktycznego. Dodatkowo, istotnym jest, aby publikacja programów naprawczych następowała w formie elektronicznej oraz bez ograniczeń, przykładowo poprzez ogłoszenie w Biuletynie Informacji Publicznej lub publikację na stronie internetowej szpitala - w zależności od preferencji konkretnego SPZOZ-u. Wprawdzie zdaje się, że po wejściu w życie projektowanej nowelizacji dostęp do ww. informacji mógłby być możliwy w trybie dostępu do informacji publicznej, jednak ścieżkę tę należy uznać za bardziej sformalizowaną i uciążliwą – zarówno z perspektywy wnioskodawcy, jak i z perspektywy szpitala. Wiąże się ona bowiem z koniecznością podjęcia dodatkowych czynności, takich jak choćby sporządzenie i złożenie stosownego wniosku, a także z dodatkowym czasem oczekiwania na udostępnienie informacji publicznej oraz nakładem pracy związanym z rozpoznaniem oraz udzielaniem przez szpital odpowiedzi na wniosek. Obowiązek publikacji programów naprawczych w zaproponowany sposób zdecydowanie usprawniłaby proces pozyskania informacji o działaniach naprawczych szpitala oraz pozwoliłaby uniknąć ww. trudności.	Uwaga niezasadna Kwestie dostępu do informacji publicznych reguluje ustawa o dostępie do informacji publicznej

			Nadto warto zaznaczyć, że SPZOZ-y są podmiotami publicznymi, powiązanymi funkcjonalnie z podmiotami tworzącymi, których działalność finansowana jest ze środków publicznych. W tym kontekście publikacja programów naprawczych sprzyjać będzie realizacji zasady transparentności, stanowiącej jedną z naczelných zasad wydatkowania środków publicznych w związku z obowiązkiem przestrzegania dyscypliny finansów publicznych. Obowiązek upublicznienia treści programów naprawczych uznać należy za tym bardziej uzasadniony, że przesłanką wdrożenia procedur naprawczych jest strata netto w sprawozdaniu finansowym, które to sprawozdanie również podlega publikacji w systemie teleinformatycznym na warunkach powszechnego dostępu. Zważywszy na ścisłą zależność pomiędzy sprawozdaniem finansowym a programem naprawczym, nieracjonalnym oraz nielogicznym byłoby wprowadzenie rozróżnienia w dostępności obu tych dokumentów. Na koniec wskazujemy, że powszechny dostęp do programów naprawczych przyniósłby również korzyść wszystkim uczestnikom rynku, wzmacniając zaufanie do Państwa jako gwaranta właściwie realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Nałożenie na kierowników SPZOZ-ów obowiązku opublikowania programów naprawczych zwiększa nadto szansę powodzenia działań naprawczych, które oprócz kontroli instytucjonalnej podlegać będą również kontroli społecznej.	
120.	Urząd Miasta Grudziądz	art. 2	Art. 59 ust. 4: „4. <i>Jeżeli w sprawozdaniu finansowym wystąpiła strata netto kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego, sporządza na okres nie dłuższy niż 3 lata program naprawczy (...)</i> Proponujemy dodanie następującej treści: „<i>Jeżeli samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej realizuje zatwierdzony program naprawczy, a strata netto w okresie objętym programem naprawczym jest niższa lub równa w relacji do straty przyjętej w obowiązującym programie naprawczym, to wówczas kierownik spzoz może odstąpić od sporządzenia kolejnego programu naprawczego.</i>” Art. 59b ust. 1 „<i>Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przedkłada podmiotowi tworzącemu: 1) sprawozdanie roczne z realizacji programu naprawczego w terminie 14 dni od zakończeniu każdego roku obrotowego realizacji programu; 2) sprawozdanie końcowe z realizacji programu naprawczego w terminie 14 dni po upływie okresu, na jaki sporządzono program.</i>” Proponujemy następującą zmianę: „<i>Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przedkłada podmiotowi tworzącemu: 1) sprawozdanie roczne z realizacji programu naprawczego w terminie 60 dni od zakończeniu każdego roku obrotowego realizacji programu; 2) sprawozdanie końcowe z realizacji programu naprawczego w terminie 60 dni po upływie okresu, na jaki sporządzono program.</i>”	1) Uwaga niezasadna – SPZOZ realizuje jeden program naprawczy; w razie wystąpienia w kolejnym roku straty netto aktualizuje program w ramach cokwartalnego przeglądu 2) Uwaga uwzględniona – termin został wydłużony do 60 dni

121.	Stobrawskie Centrum Medyczne	art. 2	Projekt ustawy zawiera również szereg zmian na poziomie ustawy o działalności leczniczej, w szczególności odnośnie współtworzenia przez jednostki samorządu terytorialnego jednostek systemu ochrony zdrowia. Są to przepisy ułatwiające, a w zasadzie umożliwiające konsolidację w ujęciu podmiotowym. Niemniej jednak, przepisy te odnoszą się do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a nie podmiotów leczniczych prowadzonych w formie spółek. Scalenie powinno obejmować również spółki prawa handlowego (przejęcie, łączenie, podział) oraz możliwość ich konsolidacji z istniejącymi SPZOZ-ami. Do rozważenia możliwość opracowania trybu „powrotu” przekształconych spółek do formy SPZOZ (ZPZOZ przy wdrożeniu procesu konsolidacji).	Uwaga uwzględniona
122.	Polska Federacja Szpitali	art. 2	Promowanie racjonalnej konsolidacji zasobów (szpitalnych, ambulatoryjnych) jest jednym z kluczowych pomysłów Polskiej Federacji Szpitali na reformę systemu ochrony zdrowia. Tworzenie związków jednostek samorządu terytorialnego (JST) celem prowadzenia podmiotów leczniczych w formie SPZOZ może być jednym z możliwych sposobów konsolidacji. Propozycja MZ dotyczy jednak przede wszystkim obszarów położonych poza dużymi miastami, gdzie sąsiednie szpitale będące własnością JST powiatowych zbyt często świadczą podobne usługi medyczne nie wykorzystując optymalnie swoich zasobów. Dodatkowo, część szpitali ma kłopot ze spełnianiem kryteriów bezpieczeństwa w związku z niedostateczną liczbą pacjentów i idącą za tym niedostateczną liczbą procedur, np. porodów. W różnych regionach mamy różną sytuację, demograficzną, jak i geograficzną. Specyficzną sytuację mają szpitale w powiatach okalających duże miasta, specyficzną – w powiatach przygranicznych, czy też w znacznej odległości od większych miast. Zapis ten można ocenić jako mający ograniczone znaczenie w stosunku do większości szpitali w naszym kraju, w tym szczególnie dla szpitali w większych ośrodkach miejskich oraz ich najbliższej okolicy. Ponadto, w propozycji MZ nie znalazła się informacja o zachętach do tego typu konsolidacji. Propozycja PFSz Polska Federacja Szpitali popiera i propaguje racjonalną konsolidację zasobów w ochronie zdrowia, co jest zgodne z najlepszymi praktykami krajowymi i międzynarodowymi. Proponujemy model organizacji koordynowanej ochrony zdrowia w formie konsorcjów złożonych ze współpracujących ze sobą podmiotów leczniczych (szpitalnych, ambulatoryjnych), w tym także podmiotów, które nie znajdują się w PSZ. Docelowo, organizacje KOZ powinny być finansowane w związku z osiąganymi wynikami zdrowotnymi populacji pod ich opieką i w ten sposób konkurować ze sobą. Tylko taki model wprowadzić może pozytywną konkurencję w systemie ochrony zdrowia – konkurencję o wartość dla pacjenta (tzw. wartość dodana), zamiast konkurencji o cenę świadczenia (tzw. wartość zerowa). Dochodzenie do modelu opartego na wartości dla pacjenta powinno być etapowe, o czym napisano powyżej. Warto podkreślić jeszcze raz opisany powyżej mechanizm sprzyjający tworzeniu organizacji koordynowanej ochrony zdrowia, który w początkowym etapie polega na	Uwaga niezasadna Uwaga nie odnosi się (wprost) do przepisów projektu.

			premiowaniu współpracujących ze sobą podmiotów leczniczych prowadzący do powstania sieci preferowanych świadczeniodawców, a w konsekwencji – kompleksowych organizacji utrzymywania pacjentów w jak najlepszym zdrowiu realizujących najlepszy możliwy model opieki zdrowotnej, czyli opiekę opartą na wartości dla pacjentów.	
123.	Polska Federacja Szpitali	art. 2	Propozycja PFSz Opracowanie wytycznych dot. kwalifikacji i kompetencji członków organów nadzoru publicznych podmiotów lecznictwa szpitalnego, z udziałem reprezentatywnych organizacji pracodawców szpitali od fazy koncepcyjnej do wdrożeniowej	Uwaga uwzględniona Projekt rozporządzenia podlega konsultacjom publicznym.
124.	Polska Federacja Szpitali	art. 2	Proponujemy, aby art.59 napisać następująco: W przypadku straty finansowej ze sprzedaży kierownik podmiotu leczniczego odpowiada za sporządzenie programu naprawczego opartego na analizie wyników leczenia w powiązaniu z sytuacją finansową, dostosowując działalność podmiotu leczniczego do potrzeb zdrowotnych pacjentów w korelacji z otoczeniem lokalnym i regionalnym oraz dostępnymi zasobami.	Uwaga niezasadna - brak uzasadnienia do propozycji
125.	Polska Federacja Szpitali	art. 2	Polska Federacja Szpitali proponuje, aby centrala NFZ przygotowała propozycje postępowania w przypadku negatywnej opinii OW NFZ nt. programów naprawczych podmiotów leczniczych, najlepiej po konsultacjach z reprezentatywnymi organizacjami świadczeniodawców. Podobne rozwiązanie na szczeblu rządowym proponujemy przygotować w przypadku negatywnej oceny wojewody.	Uwaga niezasadna W przypadku negatywnej opinii kierownik może odpowiednio zmodyfikować plan (który do chwili zatwierdzenia jest projektem). Ostatecznie odpowiedzialność z plan i jego realizację ponosi kierownik SPZOZ oraz podmiot tworzący).
126.	Polska Federacja Szpitali	art. 2	Polska Federacja Szpitali proponuje opracowanie systemu zachęt do przekształceń SPZOZ w spółki prawa handlowego, także z udziałem kapitału prywatnego oraz do promowania modelu PPP. Proponujemy też wprowadzenie konkretnych zapisów na temat mechanizmów wsparcia redukcji zadłużenia wymagalnego szpitali (tzw. oddłużania), których zabrakło w propozycjach MZ dotyczących przedmiotowej reformy.	Uwaga uwzględniona Instrumenty wsparcia finansowego określone odrębnie.
127.	Polska Unia Szpitali Klinicznych	art. 2	Na podstawie treści Uzasadnienia dotyczącego zmian zasad opracowywania Programów Naprawczych (ust. 3, str. 28) wynika, że Wojewoda i Dyrektor WO NFZ w sposób aktywny współtworzą ww. plany (co byłoby wątpliwe w kontekście późniejszej odpowiedzialności za ich powodzenie) a z art. 2 dotyczącym zmian w ustawie o działalności leczniczej w zakresie zatwierdzania planów naprawczych, nowej treści art. 59a.pkt 4 nie wynika nawet, że do zatwierdzenia programu naprawczego niezbędne są pozytywne opinie Dyrektora WO NFZ i właściwego terytorialnie Wojewody.	Uwaga niezasadna NFZ i wojewoda sporządzają opinię, która stanowić będzie informację dla kierownika SPZOZ i podmiotu tworzącego, odpowiedzialność ponosi realizator i „akceptant” planu.

			Dodatkowo w tym art., należy zwrócić uwagę na wykładnię językową i zastosowaną liczbę pojedynczą w ust 3 i 4, która uniemożliwia procedowanie planów naprawczych podmiotów medycznych posiadających swoje oddziały w dwóch lub kilku województwach (np. NIO, Mazowieckie, Małopolskie, Śląskie).	W przypadku gdy podmiot udziela świadczeń na terenie kilimu województw przekazuj plan naprawczy każdemu z wojewodów i każdemu dyrektorowi OW NFZ.
128.	Ogólnopolska Federacja Onkologiczna	art. 2	W tej części projektu należy uwzględnić- obok wyników finansowych podmiotu również wyniki leczenia, zarówno w obszarze konsolidacji szpitali, jak też programu naprawczego.	Uwaga nieprecyzyjna ('wyniki leczenia')
129.	Wojewoda Łódzki	art. 2	W art. 2 projektu ustawy zmieniającej z dnia 9 sierpnia 2024 r. (w części wprowadzającej zmiany w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Dz.U. z 2024 r. poz.799): w pkt 1, po sformułowaniu: „Związek jednostek samorządu [...]” należy dodać wyraz „terytorialnego”; <u>proponowane brzmienie:</u> „1) w art. 6 po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu: „2a. Związek jednostek samorządu terytorialnego może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.”;	Uwaga uwzględniona
130.	Polskie Towarzystwo Lekarzy Menedżerów	art. 2	Duże zastrzeżenie PTLM budzi fakt wprowadzenia „związku jednostek samorządu terytorialnego”, jako podmiotu tworzącego dla podmiotów leczniczych. W pełni rozumiemy konieczność konsolidacji jednostek oraz wprowadzania rozwiązań ponadpowiatowych, ale w takim przypadku podmiotami tworzącymi powinny być jednostki samorządowe wyższego szczebla, jak urzędy marszałkowskie. Polityka zdrowotna na poziomie powiatowym była wielokrotnie czynnikiem hamującym rozwiązania restrukturyzacyjne i przyczyniała się do utrzymywania nierentownych oddziałów, gdyż zamiast być częścią opieki zdrowotnej, była narzędziem wyborczym. PSZ powinien być wolny od takich wpływów i być tworzony w oparciu o dane epidemiologiczne, demograficzne z uwzględnieniem racjonalnego wydawania publicznych pieniędzy. Utrzymywanie nierentownych oddziałów czy szpitali, a przede wszystkim nieracjonalnych z punktu widzenia epidemiologicznego, jest osłabianiem systemu ochrony zdrowia, a dobrowolność, jaką proponuje Projekt ze względu na wyżej wymienione czynniki, czyni ją martwym przepisem. Tylko wyniesienie polityki zdrowotnej ponad poziom powiatu przyczyni się do prawdziwej reformy systemu.	Uwaga niezasadna Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy.
131.	Narodowy Instytut Onkologii	Uwaga ogólna	Krajowy Rejestr Nowotworów rekomenduje dodanie do zapisów ustawy § 5a. o następującej treści: 5a. Pracownik Krajowego Rejestru Nowotworów w ramach prowadzenia bazy rejestru w celu monitorowania sytuacji epidemiologicznej. <u>Uzasadnienie:</u>	Uwaga niezasadna Przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów (Dz. U z 2024 poz. 160) nie definiują „pracownika KRN”.

			Krajowy Rejestr Nowotworów może gromadzić i przetwarzać dane z zakresu określonego Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów (Dz.U. 2023 poz. 661). Zgodnie z rozporządzeniem podmiotami zobowiązanymi do przekazywania danych są podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne; zakłady i pracownie patomorfologii wykonujące działalność diagnostyczną; podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne oraz lekarze. Udostępnienie pracownikom biur Krajowego Rejestru Nowotworów dałoby podstawę prawną dostępu do źródeł danych (w tym DiLO oraz danych pozyskiwanych przez NFZ w zakresie leczenia pacjentów onkologicznych) i pozwoliłoby na poprawę jakości i kompletności danych w KRN. Proponowany zapis nie rozszerza zakresu danych, do których mieliby dostęp pracownicy KRN (ten jest określony w przytoczonym rozporządzeniu), natomiast daje dostęp do nowych źródeł danych, tworzonych m.in. na potrzeby Krajowej Strategii Onkologicznej. Powyższy zapis umożliwi elektroniczną integrację e-DiLO z systemem e-KRN+. Rozwój rejestrów nowotworowych jest wpisany do europejskich planów zmniejszenia skutków chorób nowotworowych, w tym European Beating Plan (https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf), European Health Data Space https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:dbfd8974-cb79-11ec-b6f4-01aa75ed71a1.0018.02/DOC_1&format=PDF). Wysokiej jakości dane pozwalają na precyzyjne monitorowanie zagrożenia nowotworami polskiej populacji i jednocześnie stanowią istotny wkład do międzynarodowej współpracy w zakresie zrozumienia zarówno epidemiologii, etiologii jak i różnic w dostępie do zdrowia.	
132.	Narodowy Fundusz Zdrowia	art. 3	Proponuję uzupełnienie dodawanego art. 7 ust. 1 pkt 13 ustawy o SIOS (art. 3 pkt 1 projektu), tak aby jego brzmienie uwzględniało docelową obsługę projektowanych rozwiązań w ramach systemu P1, naddając przepisowi następujące brzmienie: „13) generowanie i obsługę kart diagnostyki i leczenia onkologicznego w formie elektronicznej, o której mowa w art. 39 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej.”;	Uwaga uwzględniona
133.	Narodowy Fundusz Zdrowia	art. 3	Wątpliwości budzi nowelizowany art. 11a ust. 1 ustawy o SIOS (art. 3 pkt 2 lit. a projektu) – zgodnie z proponowanym uzupełnieniem art. 11a ust. 3 o pkt 4 ustawy o SIOS, w systemie Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO) są przetwarzane dane z karty DiLO, natomiast nie należy wiązać generowania karty z systemem KSO, ponieważ karta wystawiana jest również dla pacjentów obsługiwanych poza KSO (dzieci, nowotwory krwi). Proponuję więc następujące brzmienie przepisu: „1. System Krajowej Sieci Onkologicznej stanowi moduł SIM umożliwiający generowanie i obsługę raportów o poziomie jakości opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, o których mowa w ustawie z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, a także koordynację opieki onkologicznej.”	Uwaga uwzględniona

134.	Narodowy Fundusz Zdrowia	art. 3	Proponuje modyfikacje dodawanego art. 12 ust. 1 pkt 12 ustawy o SIOS (art. 1 pkt 3 projektu), poprzez nadanie mu następującego brzmienia: „12) obsługi kart diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 39 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej.”. Przetwarzanie danych, którego dotyczy powyższy przepis nie powinno bowiem dotyczyć technicznej czynności, jaką jest generowanie.	Uwaga uwzględniona
135.	Narodowy Fundusz Zdrowia	art. 3	Wątpliwości budzi dodawany art. 35 ust. 1 pkt 2a ustawy o SIOS (art. 3 pkt 4 lit. b projektu). Z zaproponowanego brzmienia można wywnioskować, że pracownik medyczny poza KSO nie ma dostępu do danych DiLO/eDiLO przetwarzanych w SIM. Karta wystawiana jest u SWD nie będących ustawowymi podmiotami KSO, ale również w przypadku dzieci i nowotworów krwi (poza KSO). Należy więc przenieść słowo "usługobiorcy" na koniec, wskazując jednoznacznie że wgląd do karty musi wiązać się z konkretnym usługobiorcą, również w kontekście zapewnienia ciągłości leczenia, nadając przepisowi następujące brzmienie: „2a) pracownik medyczny wykonujący zawód u usługodawcy wchodzącego w skład Krajowej Sieci Onkologicznej, jeżeli jest to niezbędne do monitorowania stanu zdrowia lub zapewnienia ciągłości opieki onkologicznej usługobiorcy;”;	Uwaga uwzględniona
136.	Narodowy Fundusz Zdrowia	art. 3	Modyfikacji wymaga dodawany art. 35 ust. 1 pkt 5 ustawy o SIOS (art. 3 pkt 4 lit. c projektu) – nie jest bowiem jasne, jak należy interpretować użyte w tym przepisie wyrażenie „w związku ze sprawowaniem opieki onkologicznej”. Należy zauważyć, że opieka onkologiczna jest zdefiniowana w ustawie z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej i nie obejmuje świadczeń udzielanych osobom poniżej 18. Roku życia oraz diagnostyki i leczenia nowotworów krwi, które to świadczenia są obsługiwane w ramach karty DiLO. Przyjęcie zaproponowanego brzmienia ograniczyłoby wgląd do kart wystawionych poza KSO.	Uwaga bezzasadna Przepis wskazuje formę alternatywy łącznej „lub”.
137.	Narodowy Fundusz Zdrowia	art. 4	Proponuję rozszerzenie zmiany zakresie art. 4 pkt 1 lit. b projektu, poprzez uchylenie w art. 39 ustawy o KSO również ust. 5 i 6. Należy zauważyć, że unikalne numery identyfikujące kart są generowane z systemów NFZ lub CeZ, natomiast nie występuje do NFZ o ich wydanie (ani do CeZ), przepisy te będą miały zastosowanie tylko w okresie przejściowym – 2025 r., w odniesieniu do kart w formie papierowej.	Uwaga uwzględniona (usunięto w art. 39 ust. 5 i 6.)
138.	Narodowy Fundusz Zdrowia	art. 4	Odnosząc się do dodawanego art. 40 ust. 4a ustawy o KSO (art. 4 pkt 2 lit. b projektu) należy zauważyć, że karta DiLO nie jest systemem objęta KSO, a jedynie go zasila, ponieważ karty generowane są również dla pacjentów poza KSO (dzieci, nowotwory krwi). W celu uniknięcia potencjalnych problemów interpretacyjnych i praktycznych proponuję nadanie przepisowi następującego brzmienia: „4a. Dane zawarte w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego mogą być przetwarzane przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeniobiorcy świadczeń	Uwaga uwzględniona

			diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego w celu monitorowania stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub zapewnienia ciągłości opieki onkologicznej.”	
139.	Narodowy Fundusz Zdrowia	art. 4	Wątpliwości budzi nowelizowany art. 40 ust. 6 i 7 ustawy o KSO (art. 4 pkt 2 lit. c projektu). Zaproponowany ust. 6 przewiduje, że „Przepisy ust. 1–5, z wyłączeniem ust. 4 pkt 5, stosuje się również do podmiotów realizujących diagnostykę onkologiczną i leczenie onkologiczne w zakresie nieobjętym Krajową Siecią Onkologiczną”. Należy zaznaczyć, że wzór karty DiLO dla kart wystawianych w systemie NFZ powinien pozostać w mocy do końca 2025 roku. W związku z tym należy wydłużyć obowiązywanie wzoru karty obsługiwanej przez NFZ do końca 2025 roku (art. 54 ustawy o KSO) i dodatkowo należy uwzględnić rozwiązanie legislacyjne dla wskazania zakresu danych gromadzonych w ramach karty eDiLO, np. w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 738). Tym samym powiązać wystawienie karty ze zdarzeniem medycznym. Natomiast w zakresie ust. 7 nie jest jasne, co ma podlegać weryfikacji przez CeZ na podstawie wskazanych w tym przepisie danych; konieczne jest więc doprecyzowanie przepisu;	Uwaga uwzględniona (Dodano w art. 11 ust. 5 wskazującym termin obowiązywania przepisów dot. karty DILO przez okres 5 lat. W art. 4 zmieniono brzmienie art. 40 ust 5, poprzez wskazanie, że w drodze rozporządzenia MZ zostanie opracowany zakres danych do karty eDILO.)
140.	Narodowy Fundusz Zdrowia	art. 4	Uszczegółowienia wymaga art. 6 projektu, poprzez uwzględnienie również porad specjalistycznych, bez przeprowadzenia postępowań konkursowych (uzasadnienie uwagi analogiczne, jak w pkt 1 ppkt 2, dotyczącym nowelizowanego art. 159a ust. 3 ustawy o świadczeniach.).	Uwaga uwzględniona
141.	Narodowy Fundusz Zdrowia	art. 4	1. Celem uniknięcia wątpliwości interpretacyjnych proponuję doprecyzowanie art. 11 projektu i nadanie mu następującego brzmienia: „Art. 11. 1. Do 31 grudnia 2025 r. karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, jest wystawiana zgodnie z dotychczasowymi przepisami albo w wersji elektronicznej w ramach systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. 2. Od 1 stycznia 2026 r. karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, jest wystawiana wyłącznie w wersji elektronicznej. 3. Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego wystawiona zgodnie z dotychczasowymi przepisami i nie zamknięta przed 1 stycznia 2026 r. jest prowadzona po tym dniu aż do jej zamknięcia. Do tej karty stosuje się przepisy ustawy zmienianej w art. 4, w brzmieniu dotychczasowym. 4. W przypadku karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, wystawionej zgodnie z dotychczasowymi przepisami przed 1 stycznia 2026 r., pacjent zamierzający skorzystać z diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego pozostawia tę kartę u świadczeniodawcy, u którego ta diagnostyka lub to leczenie będą wykonywane.”.	Uwaga uwzględniona (Przepisy preredagowano.)
142.	Narodowy Fundusz Zdrowia	uwaga ogólna	W ocenie Funduszu projekt nie zawiera odpowiednich przepisów przejściowych dla obsługi kart DILO wystawianych na podstawie nieobowiązującego już art. 32a ust. 4	Uwaga uwzględniona

			ustawy o świadczeniach. Konieczne więc wydaje się zamieszczenie w projekcie pełnych unormowań dotyczących tych kart i udostępnionych w systemie przez Fundusz po wejściu w życie nowych przepisów dotyczących kart eDILO (CeZ i KSO). Obecnie aktywnych kart w systemie jest ponad 2 mln, z czego wystawionych w samym 2015 roku jest ponad 172 tys., w tym kart na etapie wystawienia z 2015 ponad 37 tys. Należy także ustalić spójne zasady oraz wskazać podmioty odpowiedzialne za obsługę kart DILO i kart eDILO oraz sposób ich realizacji w okresie przejściowym. Określenie podmiotu odpowiedzialnego za obsługę wystawiania i realizacji kart DILO pomoże również we wprowadzeniu mechanizmów weryfikacyjnych. Wydaje się, że całość powinna być realizowana systemie obsługiwanych przez jeden podmiot. Ewentualnie należy odpowiednio zapewnić przepływ informacji pomiędzy NFZ a CeZ, aby umożliwić prawidłową weryfikację i rozliczenie zrealizowanych świadczeń w oparciu o kartę DILO/eDILO oraz zadbać o spójność realizacji w ramach karty. Brak odpowiednich uregulowań porządkujących obsługę karty eDILO może skutkować ryzykiem niespełnienia wymogu prawidłowej kontroli i finansowania świadczeń. Ponadto konieczne jest zachowanie odpowiedniego vacatio legis (min. 6 miesięcy od dnia precyzyjnego ustalania wymagań), aby możliwe było poprawne wdrożenie zmian w systemach informatycznych oraz zachowanie spójności między systemami informatycznymi obsługującymi karty DILO przez NFZ i karty eDILO realizowane w systemie Centrum eZdrowia. Należy również pamiętać o konieczności dostosowania systemów świadczeniodawców, co również wymaga czasu nie tylko na dostosowanie, ale również na zmiany organizacyjne. Dodatkowo należy podkreślić, że brak zakresu informacyjnego, jaki ma przewidywać karta eDILO, uniemożliwia ustosunkowanie się do tego zakresu. Podsumowując, wprowadzenie odpowiednich regulacji oraz terminów wejścia w życie jest konieczne z uwagi na dostosowanie systemów świadczeniodawców oraz Narodowego Funduszu Zdrowia i Centrum eZdrowia. Okres przejściowy powinien przewidywać jednoznaczne wytyczne dla wszystkich uczestników procesu, przede wszystkim dla pacjenta, aby jego leczenie realizowane było w sposób ciągły i niezakłócony.	(Dodano w art. 11 ust. 5 wskazującym termin obowiązywania przepisów dot. karty DILO przez okres 5 lat, Dodano w art. 11 ust. 6, wskazując podmioty odpowiedzialne za obsługę kart DILO i eDILO, tj. że karty papierowe DILO będą obsługiwane przez NFZ, a elektroniczne eDILO przez CeZ.)
143.	Konfederacja Lewiatan	art. 4	Cyt.: „Art. 4. W ustawie z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1208) wprowadza się następujące zmiany:” <u>Treść uwagi</u> Wnioskujemy o dodanie zapisów pozwalających na <u>usunięcie</u> z obecnej treści Ustawy praktycznie niewykonalnych, powszechnie ignorowanych i bezcelowych zapisów Art. 40 ust. 3 (szczególnie w perspektywie istnienia wyłącznie elektronicznej karty DILO) w brzmieniu: Cyt.: „3. W przypadkach, o których mowa w ust. 2, świadczeniodawca przekazuje kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wraz z kopią dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej wskazanemu przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru, o której mowa w	Uwaga niezasadna W okresie przejściowym będą obowiązywać obie karty w wersji papierowej i elektronicznej.

			art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej. Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego dołącza się do dokumentacji medycznej.”	
144.	Ogólnopolska Federacja Onkologiczna	art. 3	W projekcie zawarto propozycję okresu przejściowego dla wystawiania kart w wersji papierowej DiLO do końca 2025 roku. W związku z powszechnie znanymi problemami w dostosowywaniu programów informatycznych do programów gabinetowych uważamy, że okres przejściowy powinien być dłuższy o co najmniej pół roku.	Uwaga niezasadna Propozycja jest sprzeczna z przyjętymi założeniami.
145.	Wojewoda Łódzki	art. 3	W art. 3 projektu ustawy zmieniającej z dnia 9 sierpnia 2024 r. (w części wprowadzającej zmiany w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹): • w pkt 1, sformułowanie: „13) generowanie i obsługę kart diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 39 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej.”, należy zastąpić sformułowaniem: „13) generowanie i obsługę karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 39 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej.”; • w pkt 2 zmienia się brzmienie art. 11 a ust. 1 na następujące: „1. System Krajowej Sieci Onkologicznej stanowi moduł SIM umożliwiający generowanie i obsługę karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 39 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej oraz raportów o poziomie jakości opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, o których mowa w ustawie z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, a także koordynację opieki onkologicznej.”. Odnosząc się do wyróżnionego fragmentu, można jego brzmienie zmienić, wskazując konkretny przepis w ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej, który mówi o terminie sporządzania rocznych raportów o poziomie jakości opieki onkologicznej generowanych z systemu KSO oraz ich zawartości (art. 26 ust. 1 pkt 3). <u>Proponowane brzmienie art. 11 a ust. 1:</u> „1. System Krajowej Sieci Onkologicznej stanowi moduł SIM umożliwiający generowanie i obsługę karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 39 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej oraz raportów o poziomie jakości opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, o których mowa w art. 26 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, a także koordynację opieki onkologicznej.”. • w pkt 3, sformułowanie: „12) generowania i obsługi kart diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 39 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej.”, należy zastąpić sformulowaniem: „12) generowania i obsługi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 39 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej.”	Uwaga częściowo uwzględniona w zakresie formy gramatycznej karty DILO. W zakresie doprecyzowania raportów uwaga niezasadna – niezgodna z założeniami.

146.	Narodowy Fundusz Zdrowia	uwagi ogólne	Niezależnie od powyższego zwracam się z prośbą o objęcie zakresem procedowanej nowelizacji zmian w ustawie o świadczeniach, umożliwiających prawidłową realizację przez NFZ ustawowych zadań: Mając na uwadze wytycznymi AOTMiT z 16 lutego 2024 r. pt. „Wytyczne do programów pilotażowych – przygotowanie i ewaluacja”, w których wskazano, że w celu zapewnienia najwyższego poziomu obiektywizmu przeprowadzanych analiz i ocen programu pilotażowego, a także uniknięcie ewentualnych konfliktów interesów, jego ewaluacja powinna być prowadzona przez instytucję zewnętrzną lub zespół, nie natomiast instytucję realizującą ten program, w celu zapewnienia najwyższego poziomu obiektywizmu przeprowadzanych analiz i ocen programu, w ocenie NFZ konieczna jest nowelizacja art. 48e ustawy o świadczeniach w następującym zakresie: nadanie ust. 1 następującego brzmienia: „1. Program pilotażowy opracowuje, ustala, nadzoruje, kontroluje i ewaluuje minister właściwy do spraw zdrowia, a wdraża, finansuje, monitoruje Fundusz.”; dodanie po ust. 1 ust. 1a w brzmieniu: „1a. Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić zadanie związane z ewaluacją programu pilotażowego niezależnej jednostce.”. Ponownie też zwracam uwagę na konieczność wprowadzenia zmian w zakresie elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych. W opinii NFZ, z racji tego, że wybudowany przez CeZ system SMPL jest elementem architektury systemów CeZ (wykorzystuje m.in. rozwiązanie gabinet.gov.pl) należałoby zmodyfikować ww. przepisy ustawowe. Wydaje się, że najlepszym rozwiązaniem ze względu na rzeczywisty kształt teleinformatyczny wybudowanego systemu będzie wskazanie w ustawie o SIOS, że SMPL jest modulem SIM Wprowadzenie powyższych modyfikacji umożliwi prowadzenie dalszych prac nad rozwojem systemu SMPL oraz udostępnienie kolejnych rejestrów zbierających dane o pacjentach leczonych w ramach programów lekowych. System SMPL ma docelowo zastąpić system elektroniczny system monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c ustawy o świadczeniach. Wobec powyższego proponuję wprowadzenie ww. ustawach następujących zmian: 1) w ustawie o świadczeniach: a) w art. 102 ust. 5 uchylenie pkt 34; b) w art. 188 ust. 1 nadanie pkt 10 następującego brzmienia: „10) monitorowania programów lekowych, o których mowa w ustawie o refundacji;”; c) w art. 188c: - uchylenie ust. 1, ust. 2, ust. 4 pkt 1, ust. 5, ust. 6, - nadanie ust. 3 następującego brzmienia:	Uwagi niezasadne Propozycje wykraczają poza zakres projektowanej ustawy

			„3. Warunkiem rozliczenia kosztów leku stosowanego w ramach programu lekowego oraz kosztów związanych z nim świadczeń opieki zdrowotnej jest prawidłowe i terminowe przekazanie danych do systemu Monitorowania Programów Lekowych, o którym mowa w art. (X) ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.”. 2) w ustawie o SIOS: a) dodanie po art. 11a, art. 11b w brzmieniu: „Art. 11b. 1. System Monitorowania Programów Lekowych stanowi moduł SIM umożliwiający monitorowanie programów lekowych, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. 2. W Systemie Monitorowania Programów Lekowych przetwarza się dane w zakresie: 1) spełniania przez świadczeniobiorców kryteriów włączenia do programu lekowego; 2) kwalifikacji świadczeniobiorców do programu lekowego; 3) zastosowanej terapii, w tym sposobu podawania i dawkowania leku albo środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego; 4) monitorowania przebiegu terapii i oceny jej skuteczności; 5) terminu i przyczyny wyłączenia z programu lekowego; 6) oceny skuteczności programu lekowego. b) dodanie w art. 31c ust. 5 w brzmieniu: „5. Informacje określone w ust. 3 minister właściwy do spraw zdrowia udostępnia także Narodowemu Funduszowi Zdrowia”. Wdrożenie powyższych zmian wymaga zamieszczenia w ustawie nowelizującej przepisu przejściowego w brzmieniu: „Art. X. 1. Do czasu dostosowania System Monitorowania Programów Lekowych, o którym mowa w art. (X), do obsługi wszystkich obowiązujących w dniu wejścia w życie ustawy programów lekowych, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U.) Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia prowadzi i utrzymuje elektroniczny system monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c ust. 1 ustawy zmienianej w art. (X) w brzmieniu obowiązującym w dniu wejścia w życie ustawy.	
--	--	--	---	--

			2. Do czasu dostosowania System Monitorowania Programów Lekowych, o którym mowa w art. (X) do obsługi wszystkich obowiązujących w dniu wejścia w życie ustawy programów lekowych, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, warunkiem rozliczenia kosztów leku stosowanego w ramach programu lekowego oraz kosztów związanych z nim świadczeń opieki zdrowotnej jest prawidłowe i terminowe przekazanie danych do systemu, o którym mowa w art. 188c ust. 1 ustawy zmienianej w art. (X) w brzmieniu obowiązującym w dniu wejścia w życie ustawy.”. W związku z wątpliwościami interpretacyjnymi, dotyczącymi w szczególności podstaw prawnych przetwarzania danych m.in. personelu medycznego w elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych (SIMP), wnoszę o rozważenie nowelizacji art. 188e ustawy o świadczeniach, w celu rozszerzenia katalogu przetwarzanych danych o dane wskazane w art. 188a oraz art. 188 ust. 4 ustawy o świadczeniach, z zastrzeżeniem celu ich przetwarzania, tj. celów wskazanych w art. 188e ust. 1. Przykładowo, katalog danych określony w ww. art. 188 ust. 4 zawiera m.in. numer telefonu (ust. 4 pkt 34) oraz adres e-mail (ust. 4 pkt. 35), które są niezbędne do kontaktu z pacjentami biorącymi udział w programach profilaktycznych – a z uwagi na brak w art. 188 ust. 2, świadczeniodawcy są zobligowani do uzyskiwania zgód na ich pozyskanie i wprowadzenie do SIMP. Rozszerzenie odwołania do art. 188 i 188a pozwoli uniknąć na przyszłość konieczność uzupełniania również art. 188e, jednocześnie pozwoli na jednoznaczną i popartą stosownym przepisem ustawy interpretację (stosowaną do tej pory), że system o którym mowa w art. 188e, służący w szczególności celom sprawozdawczo-rozliczeniowym, stanowi element systemu RUM-NFZ. Ponadto zasadnym jest ujęcie w wykazie danych również informacji o statusie społecznym (informacji o wykonywanym zawodzie/zajęciu) i wykształceniu, które pozwolą na analizę danych dot. populacji biorącej udział w programach profilaktycznych w szerszym kontekście oraz ew. wypracowanie mechanizmów dotarcia z ofertą programów profilaktycznych do celowanych grup społecznych. Dane te, podobnie jak w przypadku danych osobowych usługobiorców przetwarzanych w systemie informacji w ochronie zdrowia, wykazanych w art. 4 ust. pkt 1 lit. f ustawy o SIOS, byłyby przetwarzane wyłącznie w celach statystycznych. Wobec powyższego proponuję nadanie art. 188e ust. 2 następującego brzmienia: „2. W elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych przetwarza się dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 i art. 188a, oraz jednostkowe dane medyczne w rozumieniu art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, związane z prowadzeniem profilaktyki zdrowotnej, w tym dane o	
--	--	--	--	--

			udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej oraz informacje o statusie społecznym i wykształceniu świadczeniobiorcy.”.	
147.	Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych	Uwaga ogólna	Z uwagi na wskazywane cele wprowadzanych zmian w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej ustawa o świadczeniach), tj.: 1) koncentracja świadczeń służąca poprawie wyników leczenia; 2) racjonalizacja kosztów prowadzonej działalności podmiotów leczniczych oraz 3) racjonalizacji wydatków po stronie płatnika – Narodowego Funduszu Zdrowia, Rada wnosi o: wprowadzenie do systemu ochrony zdrowia świadczenia opieki zdrowotnej w postaci tak zwanej „porady diagnostycznej”. Porada diagnostyczna powinna być udzielana przez diagnostę laboratoryjnego i stanowiłaby, w opinii Rady, olbrzymie wsparcie dla lekarza i dla pacjenta. Przedstawiając koncepcję porady diagnostycznej, Rada bazuje na standardach, które są już wdrożone w poradzie farmaceutycznej i w opiece farmaceutycznej. Porada diagnostyczna, w dobie braków kadrowych w systemie ochrony zdrowia, pozwoliłaby na znaczne skrócenie ścieżki diagnozowania i leczenia pacjenta. Diagnosta laboratoryjny w przypadku pojawienia się niepokojących wyników, mógłby dodatkowo zlecić badania laboratoryjne bez konieczności czekania na zlecenie lekarskie. Pozwoliłoby to na efektywne wykorzystanie szerokiej wiedzy diagnostów, zdobytej podczas studiów medycznych oraz w ramach kształcenia podyplomowego. Takie rozwiązanie nie tylko odciążałoby lekarzy, ale może decydowanie skrócić ścieżkę diagnostyczną pacjentów i w efekcie przyczynić się do obniżenia kosztów całej procedury medycznej. Dlatego też, Rada wnosi, aby w ramach wprowadzanych zmian w art. 57 ustawy o świadczeniach, dotyczących rozszerzenia puli świadczeń niewymagających skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, uwzględnić również świadczenia z zakresu diagnostyki laboratoryjnej polegające na zleceniu przez diagnostę laboratoryjnego dodatkowych badań, w przypadku gdy wyniki badań zleconych po raz pierwszy przez lekarza uzasadniają ich wykonanie. Powyższa zmiana wymagałaby wprowadzenia odpowiednich zmian również w innych przepisach ustawy o świadczeniach (w tym w art. 32 poprzez wprowadzenie „skierowania diagnosty laboratoryjnego”), a także przede wszystkim w samej ustawie z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej.	Uwaga niezasadna Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy.
148.	Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych	Uwaga ogólna	Z uwagi na wskazywane cele wprowadzanych zmian w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej ustawa o świadczeniach), tj.: 1) koncentracja świadczeń służąca poprawie wyników leczenia; 2) racjonalizacja kosztów prowadzonej działalności podmiotów leczniczych oraz 3) racjonalizacji wydatków po stronie płatnika – Narodowego Funduszu Zdrowia, Rada wnosi o: zmiany sposobu finansowania medycyny laboratoryjnej, w tym właściwa wycena procedur medycznych oraz rzetelne pochylenie się możliwością odrębnego kontraktowania procedur laboratoryjnych	Uwaga niezasadna Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy.

			Rada wskazuje, iż od wielu lat środowiska medyczne apelują o objęcie badań laboratoryjnych odrębnym finansowaniem. Zmiana obecnego rozwiązania polegającego na ujmowaniu badań laboratoryjnych w koszcie procedury medycznej, przyczyniłaby się do zwiększenia liczby wykonywanych badań, a w konsekwencji do budowania właściwej profilaktyki zdrowotnej i ochrony zdrowia pacjentów, ostatecznie zaś do bardziej efektywnego wydatkowania środków publicznych. Kwestia stworzenia optymalnego modelu finansowania badań laboratoryjnych nadal nie została jednak poddana rzetelnej dyskusji i analizie, które mogłyby doprowadzić do wypracowania konkretnych rozwiązań. Samorząd diagnostów laboratoryjnych, i sama Rada w swoich stanowiskach, niejednokrotnie zwracała uwagę na to, że zwiększenie zakresu i liczby wykonywanych badań laboratoryjnych w ramach profilaktyki zdrowotnej mogłoby przyczynić się do zmniejszenia wydatków w ochronie zdrowia poprzez zwiększenie wykrywalności chorób we wczesnym ich stadium, a w efekcie zmniejszenie liczby zaawansowanych zachorowań, skrócenie czasu leczenia oraz ograniczenie wydatków na terapię. Obecny sposób finansowania zdecydowanie ogranicza dostęp do badań laboratoryjnych, zwłaszcza we wczesnym stadium choroby, co wprost przekłada się na wysokie koszty leczenia pacjenta. Natomiast, niezmiennie prawodawca błędnie traktuje badania laboratoryjne wyłącznie jako koszt, a nie jako oszczędność związaną z profilaktyką, która w perspektywie czasu jest oczywista. Z powyższą kwestią wiąże się również sygnalizowany przez Radę, od dłuższego już czasu, brak prowadzenia w Polsce usystematyzowanej statystyki wykonywanych badań, która pozwalałaby na ustalenie rzeczywistej i jednolitej stawki za badania. Skutecznym rozwiązaniem tego problemu byłoby wprowadzenie sprawozdawczości w zakresie badań laboratoryjnych oraz badań wykonywanych poza laboratorium, a także stworzenie odpowiednich narzędzi teleinformatycznych pozwalających na ich rejestrowanie. Mogłoby to przyczynić się do ujednolicenia i ustabilizowania cen za wykonywane badania.	
149.	Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych	Uwaga ogólna	Mając na względzie przedstawione wyżej uwagi, Rada wnosi również, aby ustawodawca wprowadzając zmiany w obrębie przepisów ustawy o świadczeniach, które dotyczą zawierania przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia umów ze świadczeniodawcami, uwzględnił powszechną możliwość zawierania odrębnych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez diagnostów laboratoryjnych. Obecnie, diagnosta laboratoryjny, mimo, iż jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej (art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej) i może udzielać świadczeń opieki zdrowotnej, to jednak ze względu na brzmienie przepisów wydanych na podstawie art. 137 ustawy o świadczeniach co do zasady nie może zawrzeć odrębnej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia.	Uwaga niezasadna Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy.

150.	Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych	Uwaga ogólna	W związku z wprowadzaniem zmianami w przepisach dotyczących systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dział IVB), i zasad kwalifikowania świadczeniodawców do systemu zabezpieczenia (tzw. sieci szpitali), Rada ponownie wnioskuję o to, aby w projektowanych przepisach wprowadzić wymóg, dla świadczeniodawców kwalifikowanych do systemu zabezpieczania, posiadania w swojej strukturze organizacyjnej medycznego laboratorium diagnostycznego. Postulat ten Rada podnosiła w swoim Stanowisku z dnia 23 maja 2017 r. przedstawionym w związku z określaniem przez Ministra Zdrowia kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do obecnie funkcjonującego systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. W stanowisku tym Rada wskazywała istotne korzyści płynące z posiadania medycznego laboratorium diagnostycznego w strukturze szpitala jako jego integralne części. Przedstawiona wówczas argumentacja nie straciła na aktualności, dlatego też Rada przekazuje w załączeniu sformułowane wówczas stanowisko.	Uwaga niezasadna Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy.
151.	Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych	Uwaga ogólna	Z uwagi na projektowaną nowelizację ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Rada wnosi o ujednolicenie definicji pojęcia „świadczenie zdrowotne”, zdefiniowanej odpowiednio w art. 2 pkt 10 i art. 5 pkt 40 w. ustaw. Zgodnie z art. 2 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej, świadczenie zdrowotne należy rozumieć, jako działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Z kolei, art. 5 pkt 40 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nakazuje rozumienie tego pojęcia, jako działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania. Tym samym, w myśl ustawy o działalności leczniczej pojęciem świadczenia zdrowotnego nie jest objęta np. profilaktyka w ochronie zdrowia. Niespójność ww. definicji wywołuje wiele wątpliwości interpretacyjnych, np. w zakresie ustalenia katalogu osób wykonujących zawód medyczny. Dlatego też, konieczne jest podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do ujednolicenia ww. definicji.	Uwaga niezasadna Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy.
152.	Naczelna Rada Lekarska	Uwaga ogólna	Szpitalne odgrywają kluczową rolę w systemie opieki zdrowotnej, będąc nie tylko miejscem, gdzie pacjenci otrzymują niezbędne świadczenia zdrowotne, które trudno byłoby zrealizować w trybie ambulatoryjnym, ale także placówkami kształcenia kolejnych pokoleń lekarzy. Procesy specjalizacyjne i staże podyplomowe odbywają się w przeważającej mierze właśnie w szpitalach. W związku z tym, nowelizacja ustawy zmieniająca model funkcjonowania sieci szpitali ma fundamentalne znaczenie dla przyszłości polskiego systemu ochrony zdrowia. Każda propozycja reformy, która ingeruje w ten kluczowy segment, wymaga głębokiej analizy,	Uwaga niezasadna Wszystkie zmiany przepisów są szczegółowo opisane w uzasadnieniu oraz Ocenie Skutków Regulacji.

			otwartej debaty oraz uwzględnienia stanowisk i uwag wszystkich zainteresowanych środowisk. Niniejszy projekt ustawy, choć wprowadza interesujące rozwiązania, dotyczy jedynie fragmentu szerszego problemu, jakim jest kompleksowe funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej opiniowany projekt nie uwzględnia szerokich współzależności z innymi elementami systemu ochrony zdrowia, takimi jak ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz podstawowa opieka zdrowotna. Brak kompleksowego podejścia i skoordynowania zmian w tych obszarach może ograniczyć osiągnięcie zakładanych celów systemowych. Ustawa koncentruje się wyłącznie na szpitalnictwie, co prowadzi do redukcji liczby podmiotów świadczących te same rodzaje świadczeń. W rezultacie pacjenci mogą być odsyłani do innych form opieki, takich jak AOS, które jednak nie zostały odpowiednio wzmacnione w ramach tego projektu. Proponowane w ustawie rozwiązania mogą ograniczyć dostępność do niektórych świadczeń zdrowotnych, co negatywnie wpłynie na realizację prawa pacjentów do opieki zdrowotnej. Choć pozostawiono możliwość organizacji opieki na tzw. "białych plamach," brak jasnych kryteriów i wytycznych dla tego procesu budzi wątpliwości. W ocenie skutków regulacji wskazano na dopasowanie szpitalnictwa do demografii i potrzeb, jednak w projekcie ustawy brakuje mechanizmów gwarantujących realizację tego celu. Projekt ustawy nie odnosi się także do kwestii potencjału łóżkowego szpitali, co budzi pytania, czy jedynym rozwiązaniem jest likwidacja oddziałów, czy też zmniejszenie skali ich działania. Decyzje w tym zakresie powinny uwzględniać potrzeby zdrowotne i preferencje pacjentów, a także kwestie geograficzne. Ustawa nie definiuje jasno celów, mierników ani wartości docelowych, które miałyby być osiągnięte w poszczególnych latach. Co więcej, projekt ustawy nie zawiera rozwiązań dotyczących operacyjnego wdrożenia zmian. Brak jest projektów rozporządzeń, które mają kluczowe znaczenie dla funkcjonowania ustawy. Dodatkowo, brak szczegółowych założeń dotyczących planu naprawczego szpitali może prowadzić do trudności w realizacji założonych celów. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej konieczne jest zdefiniowanie wzorca programu naprawczego oraz precyzyjne określenie listy analiz, które powinny być przeprowadzone, aby zapewnić ich użyteczność. Program naprawczy powinien również zawierać harmonogram działań, cele na każdy etap realizacji oraz wskazanie odpowiedzialnej osoby za jego wdrożenie. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej zaostrenie kryterium włączenia świadczeń z zakresu rehabilitacji do PSZ nie zostało należycie uzasadnione. Może to prowadzić do ograniczenia dostępności do opieki koordynowanej, co jest niekorzystne z perspektywy pacjentów. Ponadto, brak jasnych kryteriów oceny dostosowania do map potrzeb oraz mechanizmów rozstrzygania współzależności między podmiotami na danym obszarze rodzi ryzyko niespójności w realizacji planów naprawczych. Naczelna Rada Lekarska wyraża obawy dotyczące fragmentaryczności proponowanej reformy oraz braku kompleksowego podejścia do zmian w systemie ochrony zdrowia.	
--	--	--	--	--

			Zmiany dotyczące funkcjonowania, rozmieszczenia oraz planów naprawczych szpitali są istotne i mogą przynieść pozytywne efekty. Jednak kluczowe jest, aby w ustawie znalazły się również zapisy dotyczące finansowania tych placówek. Naczelna Rada Lekarska ponownie podkreśla, iż obecna trudna sytuacja szpitali nie wynika bowiem z niewłaściwego zarządzania, lecz z niedostatecznego wsparcia finansowego.	
--	--	--	---	--

Załącznik: dodatkowe szczegółowe uwagi Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych

RAPORT Z KONSULTACJI PUBLICZNYCH I OPINIOWANIA

projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw UD71
(w wersji skierowanej do konsultacji publicznych i opiniowania w dniu 20 listopada 2024 r.)

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677), z chwilą skierowania projektu ustawy do konsultacji publicznych oraz opiniowania treść projektu została zamieszczona w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Zdrowia.

Jednocześnie zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2024 r. poz. 806, z późn. zm.) przedmiotowy projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

W trybie art. 7 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa żaden z podmiotów nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem ustawy.

Projekt ustawy UD71 został po raz pierwszy przekazany do konsultacji publicznych i opiniowania 9 sierpnia 2024 r. z 21-dniowym terminem zgłaszania uwag.

Następnie projekt został ponownie przekazany 20 listopada 2024 r. w ramach powtórzonych konsultacji publicznych i opiniowania do podmiotów wyszczególnionych w pkt 5 Oceny Skutków Regulacji z 30-dniowym terminem na zgłaszanie uwag.

Uwagi zgłoszone do projektu, wraz ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia, zostały zawarte poniższym zestawieniu.

I.p.	Zgłaszający uwagę	Część projektu	Treść uwagi	Stanowisko MZ
1.	Narodowy Fundusz Zdrowia	Art. 1 pkt 6	W poprzedniej wersji projektu ustawy z 9 sierpnia 2024 r. projektowany przepis art. 95 ust. 5 nie obejmował warunku posiadania umowy przez co najmniej dwa lata. Dla zapewnienia kompleksowości udzielania świadczeń propozycja wykreślenia tego warunku. Dla wymienionych świadczeń w art. 95m ust. 9 nie powinien mieć znaczenia okres obowiązywania umowy. Natomiast w uzasadnieniu do ustawy (str. 26) zawarta jest informacja tylko odnośnie 2-letniej umowy w zakresie rehabilitacji leczniczej, co jest niespójne z proponowanym brzmieniem. Proponuję nadanie ust. 9 następującego brzmienia: „9. Poza świadczeniami opieki zdrowotnej w ramach profili kwalifikujących świadczeniodawca udziela w systemie zabezpieczenia: 1) świadczeń opieki zdrowotnej: a) realizowanych w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć, b) z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii lub anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, c) z zakresu chemioterapii lub chemioterapii – leczenie jednego dnia, d) z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych – jeżeli posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmującą udzielanie tych świadczeń ważną w dniu kwalifikacji i niebędącą w okresie wypowiedzenia.”	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

2.	Naczelna Izba Lekarska	Art. 1 pkt 6	Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że projektowany art. 95m ust. 3 ustawy jest zbyt ogólnikowy - brak jasnych kryteriów kwalifikacji. Według tego przepisu do systemu zabezpieczenia, w zakresie danego profilu kwalifikującego, kwalifikuje się z uwzględnieniem potrzeby właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej określanej w szczególności na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych, krajowego planu i wojewódzkiego planu transformacji oraz biorąc pod uwagę możliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sposób zapewniający ich wysoką jakość i bezpieczeństwo świadczeniobiorców. Samorząd lekarski zgłasza wątpliwości, czy obecne plany transformacji są wystarczające do tego celu, wątpliwe jest także czy pierwsza kwalifikacja powinna się odbywać na podstawie istniejących planów czy nowych, wówczas istotne stanie się pytanie kiedy zostaną one faktycznie przyjęte.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
3.	Naczelna Izba Lekarska	Art. 1 pkt 6	Naczelna Rada Lekarska zgłasza, że w projektowanym art. 95m ust. 2, który wymienia profile kwalifikujące, w punktach 58 i 59 omyłkowo znalazła się ta sama nazwa profilu „reumatologia”. Wydaje się, że powinna tam znaleźć się, obok reumatologii, reumatologia dla dzieci.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
4.	Naczelna Izba Lekarska	Art. 1 pkt 6	Jeśli chodzi o wskazane w art. 95m ust. 3 ustawy kryterium kwalifikacji w zakresie jakości i bezpieczeństwa świadczeniobiorców, Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że kryteria te zostały zdefiniowane niewystarczająco. Rodzi to obawę o nadmierną swobodę decyzyjną poszczególnych wojewodów, tymczasem ogólne wskaźniki dotyczące jakości i bezpieczeństwa przy kwalifikacji do profili powinny być określone w ten sam sposób niezależnie od województwa, na terenie którego udziela się świadczeń opieki zdrowotnej.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
5.	Naczelna Izba Lekarska	Art. 1 pkt 6	Zastrzeżenia budzi także projektowany 95m ust. 4 ustawy, który sugeruje, że dla dokonania kwalifikacji do profilu dla każdego profilu oraz dla każdego świadczeniodawcy zostanie powołany osobny zespół. Takie rozwiązanie wskazuje na konieczność powoływania setek, a nawet tysięcy zespołów w skali województwa. Wydaje się, że proces ten należałby uprościć i tym samym zmniejszyć jego koszty. Odnośnie do projektowanego art. 95n ust. 2 ustawy Naczelna Rada Lekarska zgłasza zastrzeżenie, że nie przedstawiono żadnych kryteriów, na podstawie których Minister Zdrowia zatwierdza lub odmawia zatwierdzenia wykazu sporządzonego przez wojewodę. Takie rozwiązanie pozostawia zbyt dużą dowolność w podejmowaniu decyzji. 7	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
6.	Centrum Leczenia Oparzeń	Art. 1 pkt 6	Projekt z dnia 18.11.2024 wprowadza nowe brzmienie całego artykułu 95m który otrzymuje brzmienie pozbawione w występującego w obecnej wersji punktu 11 tj.: <i>„W celu zagwarantowania ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawcy, w ramach poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia, zapewniają świadczeniobiorcom również dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych:</i> <i>1) w ramach dodatkowych profili systemu zabezpieczenia innych niż określone dla danego świadczeniodawcy na podstawie ust. 6 i 7 – dla profili systemu</i>	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

			<i>zabezpieczenia w zakresie leczenia szpitalnego w trybie hospitalizacji określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub</i> <i>2) w ramach dodatkowych zakresów lub rodzajów świadczeń innych niż określone w ust. 10.”</i> Wśród wymienionych w punktach 1-10 art. 95m występują rodzaje i zakresy świadczeń wykonywane przez CLO i tożsame z wcześniejszą wersją ustawy. Brakuje jednak podstawy do zaszerzegowania do umowy PSZ zakresu świadczeń odpowiadającego realizowanej w tutejszym ośrodku Oksygenacji Hiperbarycznej będącej integralnym elementem leczenia urazów oparzeniowych, ran przewlekłych oraz zatruc tlenkiem węgla. Świadczenia te realizowane są w trybie całodobowym, właśnie z uwagi na nagły charakter leczonych urazów i najczęściej udzielanych w trakcie prowadzonej hospitalizacji. Dlatego zwracamy się z prośbą o przywrócenie treści zapisów dotychczas obowiązującego punktu 11 art. 95m lub określenie odrębnych zasad kwalifikujących ogólnie zakres Oksygenacji Hiperbarycznej jako odrębnego elementu wykazu pkt 9.	
7.	UM Woj. Zachodniopomorskiego	Art. 1 pkt 6	W projekcie ustawy nie określono kryteriów, na podstawie których wojewoda będzie dokonywał kwalifikacji i oceniał jakość. Nie wskazano czy będą brane pod uwagę np. kwalifikacje personelu, liczba personelu z przeliczeniem na etat, sprzęt itp. Oznacza to pełną uznaniowość decyzji bez określenia obiektywnych kryteriów kwalifikacji.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
8.	UM Woj. Podkarpackiego	Art. 1 pkt 6	Wskazanie wojewody jako podmiotu odpowiedzialnego za zakwalifikowanie podmiotów leczniczych do poszczególnych profili kwalifikujących jest niezrozumiałe/niezasadne. Wojewoda jest odpowiedzialny za przygotowanie wojewódzkich planów transformacji, ale to Płatnik – Narodowy Fundusz Zdrowia posiada szczegółową wiedzę o liczbie i zakresie wykonywanych przez podmioty lecznicze świadczeń, spełnianiu przez te podmioty wymagań kadrowych oraz wymagań wobec pomieszczeń i urządzeń. W przedstawionym projekcie widać niekonsekwencję wobec roli Narodowego Funduszu Zdrowia w systemie ochrony zdrowia. W przypadku kwalifikacji do Krajowej Sieci Onkologicznej oraz w projektowanych przepisach dotyczących tworzenia Krajowej Sieci Kardiologicznej to NFZ jest odpowiedzialny za kwalifikację podmiotów leczniczych do Sieci, a w przypadku kwalifikacji do profili systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, czyli najważniejszego elementu systemu ochrony zdrowia, odbiera się tą kompetencję Funduszowi. Zespół, który ma zostać utworzony przy wojewodzie, może powstać przy Funduszu i tam wypełnić przypisaną mu rolę. Ponadto powinien zostać opracowany jednolity regulamin dla wszystkich zespołów powoływanych na poziomie województw – co zapewni transparentność działania zespołów.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
9.	UM Woj. Opolskiego	Art. 2 pkt 6	Organem oceniającym program naprawczy, jego realność, zakres, szczegółowość i perspektywy prowadzenia powinien oceniać organ założycielski, który ma wpływ na	Uwaga niezasadna

			celowość dalszego funkcjonowania zadłużonego podmiotu oraz ocenę realności wpływu zakładanych zmian na poprawę wyniku finansowego podmiotu leczniczego. Mnożenie podmiotów, które będą pochylać się nad tym dokumentem nie służy podniesieniu efektywności tego programu. Głównym powodem kłopotów finansowych podmiotów leczniczych jest niestabilność finansowania przez NFZ. W jednym roku sfinansowane są wszystkie świadczenia, a w kolejnym NFZ ogłasza, że nie będą płacone.	Opinie NFZ i wojewodów pozytywnie wpłyną na jakość programów naprawczych. Włączenie udziału dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do procesu przygotowywania programu naprawczego oraz wprowadzenie sformalizowanej procedury opiniowania tego planu powoduje, że programy te są przygotowywane w sposób rzetelny, poprzedzony szeroką wszechstronną analizą w zakresie efektywności funkcjonowania i zarządzania, a także ekonomiczną, jakościową, operacyjną, działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.
10.	UM Woj. Opolskiego	Art. 2 pkt 6	Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przedkłada podmiotowi tworzącemu: 1) sprawozdanie roczne z realizacji programu naprawczego w terminie 60 dni od zatwierdzenia sprawozdania finansowego każdego roku realizacji programu; 2) sprawozdanie końcowe z realizacji programu naprawczego w terminie 60 dni od zatwierdzenia sprawozdania finansowego ostatniego roku na jaki sporządzono program. Jeżeli w sprawozdaniu z realizacji planu naprawczego mają być zawarte dane ze sprawozdania finansowego to termin wynikający z treści Art. 59b. pkt 1 i 2 jest za krótki ponieważ sprawozdanie finansowe jest sporządzane do 31.03. W określonym terminie podmiot leczniczy może np. jeszcze nie mieć ostatecznych rozliczeń z NFZ.	Uwaga uwzględniona
11.	UM Woj. Mazowieckiego	Art. 2 pkt 6	W przypadku, gdy podmiotem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego, zatwierdzanie sprawozdania rocznego oraz sprawozdania końcowego z realizacji programu naprawczego powinno następować w drodze odpowiednio uchwały albo zarządzenia organu wykonawczego. Z uwagi na to, że zgodnie z proponowanym nowym brzmieniem art. 59a ust.4 zatwierdzenie programu naprawczego ma następować w drodze odpowiednio uchwały albo zarządzenia organu wykonawczego, to zasadne jest aby również zatwierdzanie sprawozdań rocznych oraz sprawozdania końcowego z realizacji tego programu było dokonywane przez ten sam organ (a więc organ wykonawczy). Proponowane rozwiązanie nie odbierze organowi stanowiącemu kontroli nad realizacją programu naprawczego. Zgodnie z postanowieniami projektu ustawy program naprawczy zatwierdzony przez organ wykonawczy będzie przekazywany organowi stanowiącemu. Ponadto, zgodnie z dodawanym do art. 59a ust. 8, organ stanowiący będzie raz do roku informowany przez kierownika podmiotu leczniczego o stanie realizacji programu	Uwaga niezasadna Organy stanowiące powinny mieć pełną wiedzę o realizacji programów naprawczych, w konsekwencji powinni zatwierdzać te sprawozdania.

			naprawczego. Tak więc organ stanowiący będzie otrzymywał zatwierdzony program naprawczy oraz będzie corocznie informowany o stanie jego realizacji. Podsumowując, jeżeli do kompetencji organu wykonawczego należy zatwierdzanie programu naprawczego to zasadne byłoby aby również organowi wykonawczemu przypisać kompetencję do zatwierdzania sprawozdań z realizacji tego programu.	
12.	UM Woj. Świętokrzyskiego	Art. 2 pkt 6	Zgodnie z dodanym ust. 4 art. 59a (Art. 2 pkt 6 projektu ustawy z dnia 18.11.2024 r.; str.14) w przypadku, gdy podmiotem tworzącym samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jest jednostka samorządu terytorialnego albo związek jednostek samorządu terytorialnego, zatwierdzenie programu naprawczego następuje w drodze odpowiednio uchwały albo zarządzenia organu wykonawczego danej jednostki albo związku. Zatwierdzony program naprawczy przekazywany jest następnie organowi stanowiącemu danego podmiotu tworzącego W związku z powyższym sprawozdania wskazane w art. 59b ust. 1 powinny być również zatwierdzane przez organ wykonawczy danej jednostki samorządu terytorialnego lub związku tych jednostek.	Uwaga niezasadna Organy stanowiące powinny mieć pełną wiedzę o realizacji programów naprawczych, w konsekwencji powinny zatwierdzać te sprawozdania.
13.	UM Woj. Zachodniopomorskiego	Art. 2 pkt 6	Wprowadzenie ust. 1a o brzmieniu: 1a Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, niebędącego stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przekazuje program naprawczy podmiotowi tworzącemu. W aktualnym brzmieniu art. 59 a ust. 1 brakuje określenia sposobu postępowania z programem naprawczym samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, niebędącego stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.	Uwaga niezasadna W przypadku SPZOZ niebędącego stroną umowy z NFZ będą miały zastosowanie przepisy art. 59a ust. 4-8.
14.	UM Woj. Zachodniopomorskiego	Art. 2 pkt 6	Usunięcie proponowanego przepisu: 8. Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej raz w roku przedstawia informację o stanie realizacji programu naprawczego podmiotowi tworzącemu. W przypadku, gdy podmiotem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego albo związek jednostek samorządu terytorialnego informację przekazuje się organowi stanowiącemu tego podmiotu tworzącego. Zgodnie z przepisem art. 59b ust. 1 Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przedkłada podmiotowi tworzącemu sprawozdanie roczne z realizacji programu naprawczego w terminie 60 dni od zakończeniu każdego roku obrotowego realizacji programu. Wobec powyższego nakładanie na kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej obowiązku przedkładania podmiotowi tworzącemu rocznej informacji o stanie realizacji programu jest dublowaniem czynności o tym samym charakterze.	Uwaga uwzględniona
15.	UM Woj. Zachodniopomorskiego	Art. 2 pkt 6	Proponuje się brzmienie przepisu: 3. Sprawozdania, o których mowa w ust. 1, podlegają zatwierdzeniu przez podmiot tworzący. W przypadku gdy podmiotem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego albo związek jednostek samorządu terytorialnego, zatwierdzenie tych	Uwaga niezasadna Organy stanowiące powinny mieć pełną wiedzę o realizacji programów naprawczych,

			sprawozdań następuje w drodze odpowiednio uchwały albo zarządzenia organu wykonawczego danej jednostki albo związku. Po zatwierdzeniu, organ wykonawczy danego podmiotu tworzącego przekazuje sprawozdania z programu naprawczego organowi stanowiącemu tego podmiotu. Przepis art. 59a ust. 4 przewiduje możliwość zatwierdzania programu naprawczego przez organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego. Biorąc pod uwagę powyższe, logiczną konsekwencją jest wyposażenie tegoż organu w uprawnienia do zatwierdzania sprawozdań rocznych i końcowych z realizacji programu naprawczego. Czynny udział organu stanowiącego jednostki samorządu terytorialnego w przedmiotowym procesie byłby zapewniony przez obowiązek przekazywania temu organowi przez organ wykonawczy zarówno samego programu naprawczego jak również sprawozdań okresowych i końcowych z jego realizacji.	w konsekwencji powinni zatwierdzać te sprawozdania.
16.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	Art. 1 pkt 1-3	W projektowanej ustawie przewidziano również wprowadzenie dodatkowych okoliczności uwzględnianych w ramach raportu do taryfy świadczeń przygotowywanych dla AOTMiT. (zob. art. 31 ze zn. 1b ustawy o świadczeniach). Kryterium tym miałyby być: „ocena wpływu proponowanej taryfy świadczeń na strukturę udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności pod względem udziału świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej z uwzględnieniem racjonalizacji procesu leczenia i efektywności wydatkowania środków publicznych.” Poszerzeniu uległby również zakres obowiązków AOTMiT, o kwestie prowadzenia analiz dotyczących sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów leczniczych oraz jakości zarządzania tymi podmiotami, a także działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty. (zob. art. 31 ze zn. 1n ustawy o świadczeniach). Uważamy, że przy nowych aktywnościach AOTMiT wprowadza się terminologię racjonalizacji procesu leczenia i efektywności wydatkowania środków publicznych. W tym przypadku również nie jest jasne, co należy przez to rozumieć. Niepojęte jest jednak nastawienie na efektywność wydatkowania środków publicznych, albowiem oznacza to, że na raport wpływ będzie miała ta efektywność i ww. racjonalizacja. Oznaczać to może, że część świadczeń może być wyceniana niżej niż by to wynikało z ich charakteru, w celu zapewnienia tej efektywności – AOTMiT kierować się będzie bowiem oceną wpływu tej taryfy na strukturę świadczeń mając na względzie racjonalizację i efektywność. Jak się wydaje tam gdzie będzie tych świadczeń za dużo będą one niżej wyceniane. Rzecz jednak nie w tym, by tak się stało, lecz w problemie systemowym związanym z AOTMiT, których projekt ustawy nie rozwiązuje. Do Agencji mogą bowiem wpływać niekompletne dane ze szpitali, na podstawie których Agencja przygotowuje swoje propozycje. Te propozycje zaś są zaniżone oderwane często od rzeczywistych kosztów. Wynika to w szczególności z trudności przepływu informacji między szpitalami a agencją, a jest to związane m.in. z problemami informatyzacji szpitali pod kątem księgowo-fiskalnym. Przez to Agencja nie otrzymuje odpowiednich danych. Szpitale mają jeszcze wiele do zrobienia w tym zakresie, by kompleksowo, a najlepiej jednolicie korzystać z informatycznych systemów księgowych, raportowania czy budżetowania. I ten problem należałoby w pierwszej kolejności rozwiązać, by myśleć o odpowiednim kształtowaniu taryfy świadczeń, czy	Uwaga niezasadna Określanie taryfy świadczeń ma szerszy wymiar niż wycena kosztów opieki zdrowotnej i powinno być wykorzystywane także jako instrument racjonalizacji struktury udzielanych świadczeń.

			ocenie sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali. Niezależnie od tego, również działania Agencji powinny być bardziej przejrzyste i powinna ona przedstawiać publiczne metodologię i szczegóły swoich wyliczeń i ocen. Systemowo należałoby uprościć algorytm wyliczania cen świadczeń, gdyż w istocie trudno jest zrozumieć jego działanie, nawet w samych podmiotach leczniczych. Niestety w tych aspektach brakuje propozycji konkretnych zmian.	
17.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	Art. 1 pkt 6	Projekt zakłada rezygnację z kwalifikowania do poszczególnych poziomów zabezpieczenia, na rzecz kwalifikowania wszystkich świadczeniodawców mających przynajmniej jeden tzw. profil kwalifikujący – tj. każdy profil w zakresie leczenia szpitalnego w trybie pełnej hospitalizacji, objęty dotychczasową umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez okres co najmniej 2 lat. Projekt w uzasadnieniu wskazuje, że kwalifikacji świadczeniodawców do PSZ, na terenie danego województwa, będzie dokonywał właściwy wojewoda, po zasięgnięciu opinii zespołu złożonego z przedstawicieli: podmiotów tworzących oraz podmiotów leczniczych działających na terenie województwa, dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, wojewody i właściwego konsultanta wojewódzkiego albo krajowego. Nikt jednak nie wyjaśnia, jaki jest cel i uzasadnienie przeniesienia procedury kwalifikacji świadczeniodawców z poziomu NFZ na poziom Wojewody? Czy Wojewoda ma zapewnić jakąś bardziej obiektywną ocenę zasadności kwalifikacji? Czy u projektodawców ustawy powstały wątpliwości co do niezetelności działania w obecnej procedurze kwalifikacji NFZ, czy może system NFZ w zakresie oceny świadczeniodawcy i dokonania kwalifikacji jest niewydolny? Jednocześnie czy przeniesienie tych wydaje się dużych zadań na poziom wojewody spowoduje przeniesienie części „uwolnionych” etatów pracowników NFZ realizujących dotychczas w/w zadania do Urzędów Wojewódzkich, czy też nie przewiduje się w tym zakresie zmian kadrowych? Jeżeli zmian kadrowych ma nie być to w jaki sposób pracownicy Urzędów Wojewódzkich mają poradzić sobie z nowymi zakresami zadań? Czy przewiduje się w związku z nowelizacją ustawy zwiększenie etatowe pracowników Wydziałów Zdrowia Urzędów Wojewódzkich wraz ze zwiększeniem finansowania dla realizacji tych nowych zadań na poziomie wojewody? Nie znajdujemy również żadnych przepisów, ani nawet delegacji ustawowej umożliwiającej dostęp Urzędu Wojewódzkiego do programów informatycznych i baz statystycznych np. NFZ umożliwiających przeprowadzenie kwalifikacji i wydanie opinii przez Zespół. Zgłaszamy wątpliwość, czy pracownicy Urzędów Wojewódzkich – nie mający na co dzień doświadczenia - będą przygotowani merytorycznie do sprawnej obsługi procesu kwalifikacji. Postulujemy o uzupełnienie w składzie Zespołu udziału strony społecznej w zespole opiniodawczym, zwłaszcza przedstawicieli związków zawodowych i przedstawicieli samorządów zawodowych. Czy wojewoda będzie związany opinią Zespołu, czy też decyzja wojewody o kwalifikacji może być odmienna niż opinia Zespołu (art. 95m ust. 3 projektowanej nowelizacji ustawy), skoro oprócz opinii Zespołu wojewoda ma się kierować również potrzebą właściwego	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

			zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, określaną w szczególności w oparciu o mapę potrzeb zdrowotnych oraz krajowy i wojewódzki plan transformacji, oraz biorąc pod uwagę możliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sposób zapewniający wysoką jakość tych świadczeń i bezpieczeństwo świadczeniobiorców? Są to w naszej ocenie zbyt szerokie uprawnienia przewidziane dla wojewody, które w istocie oznaczają, iż opinia zespołu nie musi mieć dla niego znaczenia. Tymczasem pożądana jest kontrola społeczna takich decyzji i podejmowanie ich kolegialnie. Stąd też należałoby rozważyć, czy wnioski z prac Zespołu (bez wątpienia, który należy poszerzyć o przedstawicieli związków zawodowych) nie powinny być wiążące dla Wojewody przy podejmowaniu decyzji. Nie jest zrozumiała treść art. 95m ust. 4 projektowanej nowelizacji ustawy. Czy przy wojewodzie zostanie powołany jeden Zespół do celów wydania opinii o kwalifikacji wszystkich świadczeniodawców, czy też będzie powołanych tyle Zespołów ile świadczeniodawców będzie poddawanych procedurze kwalifikacji? Wątpliwości są oczywiste, bowiem jeżeli to będzie jeden Zespół to większość podmiotów tworzących nie będzie miało w nim swojego przedstawiciela. Jednocześnie przy jednym Zespole w jego skład musieliby wejść w zasadzie wszyscy konsultanci wojewódzki, a przy brakujących specjalnościach lub braku danego konsultanta wojewódzkiego - wobec nie przeprowadzenia procedury wyboru - musieliby ich uzupełnić konsultanci krajowi. Zwracamy również uwagę na potencjalne zagrożenie w procedowaniu opinii Zespołu bowiem głosy i interesy poszczególnych członków Zespołu będą odmienne (przedstawiciel jednego organu tworzącego w zupełnie innym świetle będzie dokonywał oceny kwalifikacji świadczeniodawcy, który ma inny podmiot tworzący; jednocześnie konsultanci wojewódzcy - na co dzień świadczą pracę u konkretnych świadczeniodawców - co również może mieć potencjalny wpływ na ich stanowiska i głosowanie podczas wydawanej przez Zespół opinii). Z kolei jeżeli do kwalifikacji każdego świadczeniodawcy będzie powoływany oddzielny dedykowany tej konkretnej kwalifikacji Zespół to w naszym przekonaniu nie będzie możliwe zorganizowanie pracy takich wieloosobowych Zespołów w jednym miejscu i w jednym czasie, pomijając nawet już ogromne problemy logistyczne.	
18.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	art. 1 pkt 8	Projekt ustawy wprowadza również obowiązek udzielania świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dla wszystkich podmiotów zakwalifikowanych do PSZ udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego. Uzupełniając świadczenia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej będą mogły realizować (w razie istnienia takich potrzeb) również inne podmioty zakwalifikowane do PSZ (nie posiadające SOR), pod warunkiem uwzględnienia odpowiedniego wniosku przez Prezesa Funduszu. Gdyby i to rozwiązanie było niewystarczające możliwe będzie uzupełnienie opieki w ramach konkursu ofert i rokowań, przez podmioty, o których mowa powyżej. (zob. art. 132b ustawy o świadczeniach). Wyda się, że nie do końca jest trafne przyjęcie modelu, zgodnie z którym tam gdzie jest SOR będzie także nocna i świąteczna opieka zdrowotna, a w pozostałym zakresie to Prezes NFZ decyduje, czy utworzyć taką jednostkę. Przeciwnie nocna i świąteczna opieka	Uwaga niezasadna Dostępność świadczeń NiŚOZ w pierwszej kolejności w ramach działalności podmiotów prowadzących SOR ma swoje uzasadnienie merytoryczne, ze względu na przeciążenie SOR-ów wizytami pacjentów wymagających pomocy na poziomie POZ. Powinna istnieć możliwość łatwego i szybkiego przekierowywania takich pacjentów do gabinetów NiŚOZ. Poza tym powiązanie udzielania świadczeń NiŚOZ z SOR jest

			zdrowotna powinna być uzupełnieniem opieki zdrowotnej w miejscowościach, w których także nie ma SOR. Niekoniecznie oczywiście można zastąpić SOR, nocną opiekę zdrowotną, z uwagi na jej charakter. Celem powinno być jednak uzupełnienie systemu o możliwość uzyskania pomocy lekarskiej w godzinach i dniach poza pracą POZ. Nie do końca właściwym jest łączenie jednego świadczenia z drugim w tym samym podmiocie leczniczym poprzez przyjęcie tego jako zasady. Należy raczej rozwijać nocną i świąteczną opiekę w mniejszych miejscowościach, w podmiotach w których brakuje bieżącej pomocy zdrowotnej. Co prawda projektowane przepisy pozwalają na utworzenie nocnej i świątecznej opieki w podmiocie, który nie ma SOR, ale założenie pierwotne budzi wątpliwości. Ponadto wątpliwa jest również uznaniowość Prezesa Funduszu w zakresie wniosku o utworzenie nocnej i świątecznej opieki w danym podmiocie leczniczym, w którym nie ma SOR. Powinny być wskazane szczegółowe kryteria, w związku z których spełnieniem, dany podmiot będzie miał w ofercie nocną i świąteczną opiekę, a NFZ nie będzie mógł odmówić organizacji takiej opieki. W istocie natomiast propozycja ustawowa zakłada, że wedle własnego uznania Prezes Funduszu ocenia wniosek. Jak się wydaje o tym, czy nocną opiekę utworzyć, powinien decydować sam podmiot leczniczy wedle własnych analiz ekonomicznych i społecznych i jeżeli zapotrzebowanie na takie świadczenie by występowało po stronie pacjentów.	uzasadnione także w świetle przepisów o PRM, które nakładają obowiązek udzielania ŚNiSOZ na szpitale posiadające SOR. Pozostałe szpitale powinny mieć możliwość udzielania tych świadczeń, na wniosek, jeżeli jest to niezbędne dla ich właściwego zabezpieczenia na danym obszarze. Natomiast w przypadku niedostatecznego zainteresowania udzielaniem świadczeń NiSOZ po stronie pozostałych szpitali PSZ oddziały NFZ będą zawierały dodatkowe umowy w trybie konkursowym.
19.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	Art. 1 pkt 16	Niezrozumiałe jest i chyba należy to potraktować jako brak konsekwencji projektodawców ustawy pozostawienie do swobodnej uznaniowej decyzji Prezesa NFZ zmian w zakresie dokonanej kwalifikacji - art. 159a ust. 3, 4 i 5. Skoro kwalifikacja została przeniesiona z poziomu NFZ do Wojewody, skoro przed jej dokonaniem wymagana jest opinia szerokiego Zespołu to dlaczego kwestie zmiany i ograniczenia zakresu udzielania świadczeń pozostawiono do decyzji Prezesa NFZ (zmiany i ograniczenie zakresu hospitalizacji; bądź nawet wykreślenie w całości profilu kwalifikującego lub danego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej, a także swobodnej zamiany Szpitalnej Izby Przyjęć w Szpitalny Oddział Ratunkowy i odwrotnie).	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
20.	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Art. 1 pkt 6	Wątpliwości Izby nadal budzi zapis art. 95m ust. 9 pkt 2 (zmiana określona w art. 1 pkt 6 projektu), zgodnie z którym <i>poza świadczeniami opieki zdrowotnej w ramach profili kwalifikujących świadczeniodawca udziela w systemie zabezpieczenia m.in. świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej, realizowanych w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych, jeżeli udziela tych świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ważnej w dniu kwalifikacji i niebędącej w okresie wypowiedzenia, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie pełne lata kalendarzowe.</i> Czy zatem po wprowadzonych zmianach świadczenia rehabilitacyjne nie będą musiały być realizowane w ramach systemu? Obecnie przepisy gwarantują, że w celu zachowania ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń zdrowotnych na każdym z poziomów systemu istnieje dostęp do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej,	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

			określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, realizowane w warunkach: ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych.	
21.	Wojewoda Podlaski	Art. 1 pkt 6	Kwalifikacja podmiotów leczniczych do systemu zabezpieczenia odbywa się od roku 2017, dokonywał jej Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, posiadający zaplecze kadrowe oraz przygotowanie merytoryczne do realizacji przedmiotowego zadania. To Fundusz posiada dane dotyczące profili kwalifikujących, autoryzacji podmiotów oraz umów o udzielanie świadczeń zawartych na obszarze województwa, które to informacje stanowią podstawę dokonania kwalifikacji. Narodowy Fundusz Zdrowia współtworzy również wojewódzki plan transformacji, ponadto wykorzystuje zarówno wojewódzki jak i krajowy plan przy sporządzaniu planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, a także realizacji innych zadań wynikających z przepisów prawa (opiniowanie celowości inwestycji). Z powyższego jednoznacznie wynika, że nie ma żadnego merytorycznego uzasadnienia dla przekazania zadania kwalifikacji podmiotów do systemu zabezpieczenia Wojewodzie. Należy również szczególnie podkreślić, poza względami merytorycznymi, brak możliwości realizacji przedmiotowego zadania przez wojewodę ze względów kadrowych, bowiem w Ocenie Skutków Regulacji nie przewidziano środków na dodatkowe etaty w urzędach wojewódzkich, w związku z czym wojewoda nie dysponuje kadrą niezbędną do jego zadania.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
22.	Wojewoda Podlaski	Art. 1 pkt 7	W przypadku nieuwzględnienia propozycji pozostawienia kwalifikacji do systemu zabezpieczenia w kompetencji Prezesa Funduszu - art. 95n ust. 1 termin <i>do dnia 31 stycznia</i> zastąpić terminem <i>do dnia 15 lutego</i> . Wydłużenie terminu wpłynie na terminową realizację zadania.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
23.	Wojewoda Kujawsko-Pomorski/ Wojewoda Świętokrzyski	Art. 1 pkt 6	Z uwagi na dużą liczbę podmiotów tworzących, brak informacji, kto i w jaki sposób ma wyłaniać przedstawiciela podmiotów. Nie jest jasno określone czy to ma być jeden przedstawiciel dla wszystkich szczebli jst czy każdy szczebel ma mieć swojego przedstawiciela w zespole. Jeżeli ma być jeden przedstawiciel to, kto ma wskazać przedstawiciela prezydentów miast i starostów, (kto decyduje). Konieczność doprecyzowania sposobu powoływaniu i odwoływaniu członków zespołu przez wojewodę. Doszczegółowienie w ustawie, kto i w jaki sposób ma wyłaniać przedstawiciela podmiotu tworzącego w przypadku podmiotów dla których organem założycielskim są starostowie/prezydenci miast i jest ich kilku na terenie województwa.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
24.	Wojewoda Kujawsko-Pomorski/ Wojewoda Świętokrzyski	Art. 1 pkt 6	Projekt zmiany ustawy nie wskazuje, kto ma ustalić przedstawiciela dla podmiotu leczniczego, który nie posiada podmiotu tworzącego. Zapisy przywołanego artykułu nie regulują podmiotów właściwych do wskazania przedstawiciela tych podmiotów, przy jednoczesnym wskazaniu w pkt 5, iż członkowie zespołu, o którym mowa w ust. 4, są powoływani i odwoływani przez wojewodę na wniosek podmiotów, których są przedstawicielami.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

			Doszczegółowienie w ustawie, kto i w jaki sposób ma wyłaniać przedstawiciela podmiotu leczniczego, który nie posiada podmiotu tworzącego.	
25.	Wojewoda Kujawsko-Pomorski/ Wojewoda Świętokrzyski/ Wojewoda Warmińsko-Mazurski/ Wojewoda Zachodniopomorski	Art. 1 pkt 6	Konieczność opracowania ujednoliconego regulaminu zespołu, lub całkowita rezygnacja z tego zapisu. Kwestie powołania zespołu, jego członków oraz zakres prac reguluje ustawa. Opracowanie ramowego regulaminu zespołu przez MZ w formie rozporządzenia.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
26.	Wojewoda Kujawsko-Pomorski/ Woj. Świętokrzyski/ Woj. Warmińsko-Mazurski/ Woj. Mazowiecki/ Woj. Podkarpacki	Art. 1 pkt 6	Zmienić podmiot kwalifikujący do systemu zabezpieczenia z wojewody na OW NFZ.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
27.	Wojewoda Warmińsko-Mazurski	Art. 1 pkt 6	Zgodnie z projektowanym art. 95m ust. 4 w skład zespołu opiniującego wchodzi po jednym przedstawicielu: a) podmiotu tworzącego w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, b) podmiotu leczniczego, który nie posiada podmiotu tworzącego – w przypadku podmiotów leczniczych działających na terenie województwa i udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w danym profilu kwalifikującym na podstawie umowy określonej w ust. 2; W tym miejscu wskazania wymaga, że na terenie województwa warmińsko-mazurskiego jest ok. 27 podmiotów tworzących oraz ok. 24 podmiotów leczniczych które nie posiadają podmiotów tworzących. Powyższe skutkuje tym, że w skład zespołu opiniującego wojewoda powinien powołać bardzo dużą liczbę osób, co może utrudniać funkcjonowanie zespołu i wydawanie opinii.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
28.	Wojewoda Mazowiecki	Art. 1 pkt 6	Przedstawione wątpliwości wskazują, że brak jest jednoznacznych i precyzyjnych wytycznych, kto i w jaki sposób ma wyłaniać przedstawiciela podmiotów. Nie zostało jasno określone, czy ma być jeden przedstawiciel dla wszystkich szczebli jednostek samorządu terytorialnego (JST), czy każdy szczebel ma mieć swojego przedstawiciela w zespole. Jeżeli ma być jeden przedstawiciel z JST, to kto i w jakim trybie ma wskazać przedstawiciela prezydentów miast i burmistrzów, (kto decyduje). 1) proponuje się doprecyzowanie zapisów ustawy w zakresie zdefiniowania „jednego przedstawiciela podmiotu tworzącego” oraz „jednego przedstawiciela podmiotu leczniczego, który nie posiada podmiotu tworzącego”; 2) proponuje się doprecyzowanie sposobu wyłaniania poszczególnych członków zespołu spośród podmiotów tworzących podmioty lecznicze oraz spośród podmiotów leczniczych	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

			nie posiadających podmiotów tworzących, w tym spółek kapitałowych, w których JST posiadają udziały. Ponadto wśród podmiotów leczniczych jest również wiele spółek kapitałowych, których udziałowcem są poszczególne JST. Czy w takich wypadkach w radzie zasiadają przedstawiciele podmiotów leczniczych, czy może to być np. wspólny reprezentant w postaci przedstawiciela JST będącego udziałowcem w kilku spółkach. Pozostaje kwestia podmiotów (spółek), gdzie udziałowcami są różne JST. Proponuje się doprecyzowanie sposobu powoływania i odwoływania członków zespołu przez wojewodę. Kto jest podmiotem, który zwraca się do wojewody o powołanie/odwołanie swojego przedstawiciela w radzie, w przypadku, o którym mowa w art. 95 ust. 4 pkt 1 i 2?	
29.	Wojewoda Zachodniopomorski	Art. 1 pkt 6	W skład zespołu wchodzi po jednym przedstawicielu podmiotu tworzącego i podmiotu leczniczego, który nie posiada podmiotu tworzącego, konsultant wojewódzki (lub krajowy w przypadku braku k.w.), czyli przedstawiciele m.in. różnych podmiotów leczniczych, które przystępują do kwalifikacji do systemu zabezpieczenia, w zakresie danego profilu kwalifikującego. Doszczegółowienie w ustawie, kto w zespole ma głos decydujący co do treści opinii wydawanej dla wojewody w przypadku rozbieżności zdań członków zespołu.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
30.	Wojewoda Kujawsko-Pomorski/ Woj. Świętokrzyski/ Woj. Warmińsko-Mazurski/ Woj. Wielkopolski/ Woj. Małopolski/ Woj. Mazowiecki/ Woj. Lubelski/ Woj. Śląski/ Woj. Podkarpacki/ Woj. Lubuski	OSR	Z uwagi na dużą liczbę zadań realizowanych aktualnie, nie ma możliwości właściwej realizacji przedmiotowych zadań projektowanej ustawy bez zwiększenia etatów. W przypadku przyjęcia ustawy w projektowanym kształcie konieczne jest zapewnienie finansowania na i uwzględnienie kosztów w OSR.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
31.	Wojewoda Zachodniopomorski	OSR	W przypadku przyjęcia ustawy w projektowanym kształcie konieczne jest zapewnienie finansowania dodatkowych 4 etatów (1 etat do opiniowania programów naprawczych i 3 etaty do prowadzenia kwalifikacji świadczeniodawców do PSZ) i uwzględnienie ich w OSR.	Uwaga niezasadna W zakresie prowadzenia kwalifikacji do PSZ uwaga jest nieaktualna, natomiast w zakresie dot. opiniowania programów naprawczych jest niezasadna, mając na uwadze już obecnie realizowane zadania w zakresie opracowywania wojewódzkich planów transformacji.
32.	Wojewoda Zachodniopomorski/	Art. 1 pkt 7	Wydłużenie czasu wydania decyzji w sprawie rozpatrzenia protestu z 7 do 14/ 30 dni.	Uwaga niezasadna

	Wojewoda Małopolski			Aktualnie obowiązujący termin rozpatrzenia protestu przez Prezesa NFZ jest wystarczający.
33.	Wojewoda Wielkopolski	Art. 1 pkt 6	Proponowany zapis w projekcie ustawy (art. 95m): 3. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przygotowuje projekt Planu systemu zabezpieczenia PSZ na podstawie analizy posiadanych danych, uzyskanej autoryzacji, wyróżniającego profilu działania świadczeniodawcy oraz kierując się koniecznością zapewnienia pacjentom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności poprzez racjonalne zarządzanie środkami finansowymi, a nast. 3a) Dyrektor właściwego OW NFZ przy tworzeniu propozycji PSZ zasięga opinii konsultantów wojewódzkich w ochronie zdrowia, podmiotów tworzących w rozumieniu art. 2 ust 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej i podmiotów leczniczych, które nie posiadają podmiotu tworzącego w przypadku podmiotów leczniczych działających na terenie województwa i udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w danym profilu kwalifikującym na podstawie umowy określonej w ust. 2. 3b) Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawia do zatwierdzenia Wojewodzie propozycję PSZ. 3c. Świadczeniodawcę kwalifikuje do systemu zabezpieczenia, wojewoda właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń, na podstawie projektu Planu systemu zabezpieczenia PSZ, o którym mowa w ust. 3, kierując się potrzebą właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej określaną w szczególności na podstawie map potrzeb zdrowotnych oraz krajowego i wojewódzkiego planu transformacji oraz biorąc pod uwagę możliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sposób zapewniający ich wysoką jakość i bezpieczeństwo świadczeniobiorców.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
34.	Wojewoda Małopolski	Art. 1 pkt 6	Doprecyzowania wymagają profile kwalifikacyjne określonej w art. 1 pkt 6 w zakresie reumatologii, gdzie nie wymieniony został profil reumatologii dziecięcej.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
35.	Wojewoda Małopolski	Art. 1 pkt 6	Niezwykle istotną kwestią dla dokonywania kwalifikacji do systemu zabezpieczenia jest również określenie zakresu wymogów dla poszczególnych profili oraz świadczeń, niezbędnych do uwzględnienia danego profilu/świadczenia w wykazie, a także opracowanie aktów wykonawczych w tym zakresie.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
36.	Wojewoda Małopolski	Art. 1 pkt 16	W odniesieniu do ww. art. 1 pkt 16 dotyczącego zmian polegających na zastąpieniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnej izbie przyjęć na udzielanie świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym albo zastąpieniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnym oddziale ratunkowym na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnej izbie przyjęć, wskazane jest uzupełnienie zapisu, iż w tym przypadku nie stosuje się zapisów art. 21 ust. 5 pkt. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2024 r. poz. 652). Skoro świadczeniodawca uzgadnia	Uwaga niezasadna Zgodnie z projektowanym przepisem o zamianie SOR na IP w umowie PSZ decydować będzie Prezes NFZ. Jest oczywiste, że przy podejmowaniu decyzji ws. wniosku świadczeniodawcy będzie on brał pod uwagę

			zmiany bezpośrednio z Prezesem Funduszu a nie właściwym Wojewodą, to zapisy ustawy o PRM powodują, że dokonywanie jakichkolwiek uzgodnień przez Wojewodę z jednostkami samorządu terytorialnego czy właściwym oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia odbywałoby się po fakcie, kiedy decyzja została już podjęta przez Prezesa Funduszu. W związku z powyższym, pozostawienie przepisów w dotychczasowej formie powoduje pojawienie się sprzeczności kompetencyjnej w świetle ustawy o PRM i zmienianego aktu prawnego.	m.in. Wojewódzki Plan Działania Systemu PRM.
37.	Wojewoda Lubelski	Art. 1 pkt 6	Wątpliwości budzi przyjęta w proponowanym brzmieniu art. 95m ust. 1 ustawy nowelizowanej, sztywno określona formuła 4. letniej kwalifikacji świadczeniobiorców do systemu. Nie daje ona wojewodzie możliwości wprowadzenia jakiegokolwiek korekty, np. w przypadku zaistnienia w strukturze organizacyjnej świadczeniodawcy zmian, skutkujących zaprzestaniem udzielania świadczeń zdrowotnych w profilach czy zakresach, w oparciu o które dokonano kwalifikacji.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
38.	Wojewoda Lubelski	Art. 1 pkt 6	Doprecyzowania wymaga określony bardzo ogólnie w omawianym przepisie krąg podmiotów leczniczych uprawnionych do wskazywania swoich przedstawicieli do zespołu. Na terenie województwa funkcjonuje wiele podmiotów leczniczych, które spełniają określone w tym przepisie warunki. Celowym jest albo ograniczenie kręgu podmiotów, gdyż w przeciwnym razie w skład zespołu mogłoby wejść nawet kilkaset osób, albo dodanie dodatkowych kryteriów w odniesieniu do podmiotów mogących wskazywać swoich przedstawicieli. Wątpliwości wywołuje dodatkowo propozycja włączenia do składu zespołu, o którym mowa w proponowanym brzmieniu art. 95m ust. 4 ustawy nowelizowanej przedstawiciela podmiotu leczniczego, który nie posiada podmiotu tworzącego (pkt 1 lit. b). Regulacja ta wprost prowadzić może do istotnego konfliktu interesów w sytuacji, w której podmiot wprost zainteresowany uzyskaniem kwalifikacji będzie uczestniczył w procedurze opiniowania własnego wniosku. Zasadnym wydaje się więc dodanie przepisu obligatoryjnie wyłączającego udział takiej osoby w obradach zespołu w przypadku opiniowania wniosku pochodzącego od podmiotu leczniczego, którego ta osoba jest przedstawicielem.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
39.	Wojewoda Lubelski	Art. 1 pkt 6	Proponowana regulacja nie wskazuje merytorycznych szczegółowych przesłanek, w oparciu o które zespół miałby podejmować kierunkową opinię dotyczącą pozytywnej albo negatywnej rekomendacji dla wojewody. W tym zakresie, art. 95m należałoby rozważyć możliwość wskazania wskaźników obligatoryjnie branych pod uwagę przy dokonywaniu kwalifikacji do systemu zabezpieczenia, np.: średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, ilość hospitalizacji, przedłużone hospitalizacje, powtórne hospitalizacje, średni czas pobytu w szpitalu, zabezpieczenie medyczne - dyżury łączone czy indywidualne, liczbę specjalistów w danej dziedzinie, ilość negatywnych wyników kontroli przeprowadzonych przez płatnika.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

			Zasadnym byłoby więc określenie takich przesłanek jednolicie dla całego kraju, co pozwoli na jednakowe traktowanie wniosków podmiotów leczniczych, bez względu na to w jakim województwie one funkcjonują.	
40.	Wojewoda Lubelski	Art. 1 pkt 6	Rozważenia wymaga również uzupełnienie treści art. 95m o regulację, która precyzyjnie określałaby sposób podejmowania przez zespół uchwały opiniującej (np. „Opinię, o której mowa w art. 95m ust. 3 ustawy, zespół wyraża w formie uchwały podejmowanej większością głosów w obecności co najmniej połowy członków zespołu”). Kwestia ta, podobnie jak wskazane wyżej kryteria, które miałyby być podstawą dla wydania opinii zespołu, powinna zostać uregulowana na poziomie ustawowym, gdyż dotyczy sfery kształtowania wolności prowadzenia działalności gospodarczej świadczeniodawców, stąd nie może być regulowana na poziomie aktów prawa wewnętrznych, w tym przypadku zarządzenia wojewody dotyczącego regulaminu (prac) zespołu.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
41.	Wojewoda Lubelski	Art. 1 pkt 16	Projekt ustawy zakłada, że, co do zasady, do systemu zabezpieczenia świadczeniodawca kwalifikowany jest przez Wojewodę. Jednakże omawiane przepisy (nowe brzmienie art. 159a ust. 4 i 5 <i>ustawy o świadczeniach</i>) przewidują przeniesienie części tych kompetencji na Prezesa NFZ, co spowoduje sprowadzenie Wojewody w tym zakresie jedynie do roli technicznej. Zasadnym byłaby albo rezygnacja z omawianych przepisów, albo modyfikacja ich treści w taki sposób, aby całość kompetencji w zakresie sporządzania i modyfikacji wykazu przyznana była jednemu organowi. Jeżeli intencją projektodawcy było jak najszybsze dokonywanie zmian w wykazie, zasadnym byłoby rozważenie wprowadzenia w zakresie dokonywania takich zmian postępowania uproszczonego.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
42.	Wojewoda Lubelski	Art. 1 pkt 16	Projektowany przepis może utrudnić realizację przez wojewodów posiadanych kompetencji w zakresie planowania, organizowania, koordynowania i nadzoru nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne w województwie Jednym z elementów wspomnianych uprawnień jest określanie przez wojewodów w Wojewódzkich Planach Działania Systemu PRM (dalej: „WPDS PRM”) liczby i rozmieszczenia na obszarze województwa funkcjonujących oraz planowanych do utworzenia szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR). Natomiast projektowany przepis, zakładając możliwość dokonania przez Prezesa NFZ zmiany w umowie polegającej na zastąpieniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnej izbie przyjęć (IP) na udzielenie świadczeń na SOR (i odwrotnie), prowadzić mógłby do sytuacji, w której realna liczba SOR w województwie mogłaby być niezgodna z tą określoną w <i>WPDS PRM</i> . Nowe brzmienie art. 159a ust. 5 ustawy o świadczeniach wspomina jedynie o dokonywaniu przez wojewodę zmiany w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1 tej ustawy, nie odnosząc się w żaden sposób ani do <i>WPDS PRM</i> , ani do samego faktu, że szpitalny oddział ratunkowy jest szczególną komórką organizacyjną szpitala, będąc jednocześnie jednostką systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.	Uwaga niezasadna Zgodnie z projektowanym przepisem o zamianie SOR na IP w umowie PSZ decydować będzie Prezes NFZ. Jest oczywiste, że przy podejmowaniu decyzji ws. wniosku świadczeniodawcy będzie on brał pod uwagę m.in. Wojewódzki Plan Działania Systemu PRM.

		Co prawda w Ocenie Skutków Regulacji zapisano, że „taka zmiana będzie wymagała zgody Prezesa NFZ, który przy podejmowaniu decyzji będzie uwzględniał w szczególności Wojewódzki Plan Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne;”, jednakże obowiązek ten, z uwagi na umieszczenie go w OSR, nie będzie wynikał z przepisów prawa <i>sensu stricto</i>, a jedynie z jednego z elementów uzasadnienia ustawy. Przepis w obecnym kształcie doprowadzić może do sytuacji, w której o ile Wojewoda, rozumiany w ramach całości posiadanych kompetencji, będzie wiedział o decyzji Prezesa NFZ, o tyle będzie zobligowany wyłącznie do dokonania odpowiednich zmian w wykazie o którym mowa w art. 95n ust. 1 ustawy o świadczeniach. Natomiast w zakresie planowania systemu PRM w województwie Wojewoda nie będzie tym przepisem zobligowany do zmiany ilości i rozmieszczenia SOR w związku z decyzją Prezesa NFZ. Jednakże omawiany przepis może doprowadzić do sytuacji, w której Wojewoda działający jako autor wykazu szpitali postanowi jedno, a ten sam Wojewoda działający jako planista systemu PRM postanowi drugie. Dodatkowo wskazać należy, że poza konsultowanym projektem, procedowana jest także nowelizacja ustawy o PRM¹. Nowelizacja ta, przynajmniej w wersji przekazanej do Komisji Prawniczej², zakłada zaostrzenie wymogów dotyczących określania w Planie ilości i rozmieszczenia w województwie SOR – jeden szpitalny oddział ratunkowy zabezpieczać miałby obszar nie większy niż obszar zamieszkały przez 200 tys. mieszkańców, pozwalający na dotarcie zespołu ratownictwa medycznego z miejsca zdarzenia do tego oddziału w czasie nie dłuższym niż 45 minut. Wobec czego, Wojewoda działając jako planista systemu PRM, aby spełnić te kryteria, może nie mieć innego wyjścia jak pozostawić w WPDS PRM SOR, co do którego Prezes NFZ wydał zgodę na przekształcenie w IP. Na gruncie omawianego przepisu może dojść także do innej sytuacji, podmiot leczniczy (w którym w WPDS PRM nie przewidziano planowanego uruchomienia SOR) posiadający Izbę Przyjęć może uzyskać zgodę Prezesa NFZ na przekształcenie tej izby w SOR. Co prawda tego rodzaju sytuacja byłaby korzystniejsza – minimalizowała by zagrożenie niespełnienia w WPDS PRM kryterium ludnościowego i czasu dotarcia do SOR – jednakże działałoby się to z pominięciem Wojewody jako organu planującego system PRM w województwie. Dokonywanie zmiany SOR na IP (i odwrotnie) w trybie określonym w projektowanym przepisie, bez jasnych wytycznych dla systemu PRM, mogłoby także utrudnić dyspozytorom medycznym, wojewódzkim koordynatorom ratownictwa medycznego oraz zespołom ratownictwa medycznego identyfikację podmiotów, do których powinny trafiać osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zakładając, że zapisy obu nowelizowanych ustaw wejdą w życie powstanie sytuacja, w której wojewoda może nie być w stanie wykonać ustawowych zadań w zakresie systemu PRM, a podmioty uczestniczące w tym systemie mogą mieć problem z ustaleniem pierwszeństwa stosowania właściwych przepisów obu procedowanych ustaw.	
--	--	--	--

			W tym stanie rzeczy zasadnym wydaje się zamieszczenie w analizowanej nowelizacji tak sformułowanych zapisów dotyczących zastąpienia udzielania świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym na szpitalną izbę przyjęć, aby ich realizacja nie wpłynęła negatywnie na dostępność do świadczeń ratunkowych dla pacjentów w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia, a wojewoda otrzymał jasne wytyczne odnośnie organizowania systemu PRM w województwie.	
43.	Wojewoda Śląski	Art. 1 pkt 6	System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), czyli tzw. „sieć szpitali” funkcjonuje od 2017 roku i zadanie to jest realizowane przez NFZ. Jak wskazano w uzasadnieniu do ustawy proces ten nie przyniósł zadowalających rezultatów w zakresie podstawowych parametrów takich jak: dostępność do świadczeń, racjonalizacja piramidy świadczeń, koncentracja świadczeń. Zmiana podmiotu dokonującego kwalifikacji do sieci – bez wyposażenia go w niezbędne narzędzia, które w tym obszarze wypracowywał na przestrzeni ostatnich 7 lat NFZ – również nie spowoduje poprawy w tym zakresie. Wojewodowie nie posiadają niezbędnych narzędzi, w tym danych i analiz dotyczących m.in. stopnia realizacji umów, w tym w ujęciu historycznym, które są w posiadaniu NFZ, a są niezbędne do realizacji zadania. Reasumując, zmiana podmiotu kwalifikującego szpitale do sieci nie stanowi o powodzeniu projektu – pozostawienie realizacji wskazanego zadania przez NFZ, przy wykorzystaniu dotychczasowych doświadczeń, zasobu niezbędnych danych, informacji, analiz przy zmianie założeń i procedur jest pożądanym kierunkiem zmian. Wojewoda – ze względu na realizację ustawowych zadań w zakresie oceny potrzeb zdrowotnych – powinien być co najwyżej - członkiem zespołu wydającego opinię o kwalifikacji świadczeniodawców do nowej PSZ.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
44.	Wojewoda Śląski	Art. 1 pkt 6	W zakresie zmiany art. 95m ust. 3 i ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Przepis wymaga uszczegółowienia w formie aktu wykonawczego precyzującego szczegółowe kryteria kwalifikacji do systemu zabezpieczenia szpitalnego. Brak delegacji ustawowej w projekcie ustawy bezwzględnie wymaga uzupełnienia w tym zakresie. Kwalifikacja do systemu zabezpieczenia szpitalnego – ze względu na wagę sprawy – powinna odbywać się nie tylko na podstawie opinii zespołu, ale przede wszystkim na podstawie zdefiniowanych kryteriów w przepisach wykonawczych do ustawy. W projektowanych przepisach nie określono nawet kryteriów „brzegowych” w tym zakresie pozostawiając wszelkie kwestie merytoryczne w sferze uznaniowości zespołu opiniującego.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
45.	Wojewoda Śląski	Art. 1 pkt 6	W zakresie zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Projekt ustawy nie określa roli opinii wydanej przez zespół i jej mocy wiążącej dla decyzji wojewody o kwalifikacji do systemu zabezpieczenia. Przepis wymaga bezwzględnego doprecyzowania w tym zakresie. Pozostawienie tej kwestii bez regulacji prawnej, ewentualnie pozostawienie kwestii do uregulowania tylko w regulaminie zespołu niesie ze sobą ryzyko znacznych rozbieżności w skali poszczególnych województw.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

			Kolejną nieuregulowaną kwestią jest udział i rola zespołu w sytuacji wniesienia protestu przez świadczeniodawcę.	
46.	Wojewoda Śląski	Art. 1 pkt 6	W zakresie zmiany art. 95m ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – W skład zespołu (pracującego nieodpłatnie) ustawodawca przewiduje powołanie m.in. odpowiednich konsultantów wojewódzkich, co istotnie wpłynie na obciążenie ich dodatkową pracą w godzinach podstawowej ordynacji lekarskiej. Tymczasem nadal nie rozwiązana systemowo pozostaje co najmniej kwestia zachowania prawa do wynagrodzenia przez konsultanta wojewódzkiego w podstawowym miejscu pracy w związku z nieobecnością związaną z pełnieniem funkcji w ramach wykonywania zadań. Ponadto przewiduje się, że konsultanci wojewódzcy będą często wyłączeni z udziału w posiedzeniach zespołu z uwagi na zatrudnienie w podmiotach leczniczych i uniwersytetach medycznych. Ustawa nie daje również konsultantom narzędzi, na podstawie których mieliby oni ocenić możliwość podmiotów leczniczych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sposób zapewniający wysoką jakość tych świadczeń i bezpieczeństwo świadczeniobiorców.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
47.	Wojewoda Śląski	Uwaga ogólna	Brzmienie nowelizowanych zapisów ustawowych nie zabezpiecza jednego z podstawowych celów i oczekiwanych efektów przyjęcia regulacji, tj. koncentracji świadczeń – brak odniesienia w aktualnym brzmieniu przepisów projektu ustawy do ww. kwestii.	Uwaga niezasadna Efekt koncentracji świadczeń może wystąpić w konsekwencji zastosowania instrumentów przewidzianych w proponowanych nowych przepisach dodawanych w art. 159a ustawy o świadczeniach, które umożliwią zmniejszenie liczby świadczeniodawców realizujących określone profile świadczeń (w trybie pełnej hospitalizacji) w ramach PSZ – a co za tym idzie również zwiększenie skali działalności, w ramach tych profili, w pozostałych szpitalach, co będzie oznaczać koncentrację określonych świadczeń szpitalnych.
48.	Wojewoda Śląski	Art. 1 pkt 6	W zakresie zmiany art. 95m ust. 4, 5 i 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – W uzasadnieniu (str. 25 akapit 3) wskazano, że wojewoda będzie dokonywał kwalifikacji: „(...) na podstawie opinii zespołu (liczba pojedyncza) złożonego z przedstawicieli (liczba mnoga): podmiotów tworzących oraz podmiotów leczniczych działających na terenie województwa, dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, wojewody i właściwego konsultanta wojewódzkiego albo krajowego (...)”. Ustawa nie precyzuje czy wojewoda tworzy odrębny zespół dla każdego wniosku lub każdego profilu lub też czy powołuje wyłącznie jeden zespół do oceny wszystkich wniosków. Jeżeli zespołów będzie więcej niż jeden ustawa nie precyzuje czy regulamin zespołu ma być wspólny dla wszystkich zespołów czy odrębny dla każdego z nich. Ustawa nie precyzuje w jakim trybie następuje powołanie	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

			składu zespołu lub zespołów. Skoro prace zespołu odbywają się wyłącznie na postawie regulaminu, ustalanego przez wojewodę wydaje się koniecznym - w celu ujednolicenia działania zespołów w skali kraju – ustalenie w formie aktu wykonawczego wzorcowego regulaminu zespołu. Dodatkowo wydaje się z uwagi na rangę podejmowanych rozstrzygnięć dookreślenie minimalnych kwalifikacji merytorycznych osób zasiadających w zespole.	
49.	Wojewoda Śląski	Art. 1 pkt 16	W zakresie zmiany art. 159a ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Nowe brzmienie przepisu dające podmiotom leczniczym (za zgodą Prezesa Funduszu) swobodę zmiany realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnej izbie przyjęć na udzielanie świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym albo zastąpieniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnym oddziale ratunkowym na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnej izbie, może – poza spodziewaną optymalizacją wykorzystania zasobów ochrony zdrowia na danym obszarze – doprowadzić do istotnego ograniczenia liczby funkcjonujących na terenie danego województwa SOR, szczególnie w związku z obserwowanym deficytem specjalistycznych kadr medycznych.	Uwaga niezasadna Zgodnie z projektowanym przepisem o zamianie SOR na IP w umowie PSZ decydować będzie Prezes NFZ. Jest oczywiste, że przy podejmowaniu decyzji ws. wniosku świadczeniodawcy będzie on brał pod uwagę m.in. Wojewódzki Plan Działania Systemu PRM.
50.	Wojewoda Pomorski	Art. 1 pkt 6	W praktyce powołanie Zespołu może rodzić szereg trudności. Po pierwsze, nie będzie to jeden Zespół a Zespoły odpowiednio w danym profilu kwalifikującym – których jest 66. Konieczne będzie więc ustalenie przez Wojewodę jakie są podmioty tworzące i jakie są podmioty lecznicze które nie posiadają podmiotu tworzącego dla danej kwalifikacji i stworzenie grup dla danych profili kwalifikujących. Następnie konieczne będzie wezwanie każdej z tych grup do wskazania przedstawiciela. Nie ma jednak żadnych przepisów które wyznaczałyby termin do takiego wskazania, albo konsekwencji braku wskazania. Założenie samoorganizacji i dobrowolnego wyznaczenia przedstawiciela może nie być wystarczające. Nawet organizowanie przez wojewodę zebrań takich grup w celu wyznaczenia przedstawiciela nie musi zakończyć się jego wyznaczeniem. Nie jest jasne co w przypadku braku takiego przedstawiciela – czy możliwe jest funkcjonowanie Zespołu w przypadku, gdy nie zostały powołane wszystkie osoby, które powinny wchodzić w jego skład.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
51.	Wojewoda Pomorski	Art. 1 pkt 6	Jak wskazano również to Wojewoda ustala regulamin funkcjonowania Zespołu – brak jest jednak wytycznych w tym zakresie, co może rodzić dowolność w poszczególnych województwa albo odmienne praktyki postępowania. Rekomendowane jest narzucenie wzorca regulaminu – poprzez rozporządzenie Ministra. Konieczne w nim jest wskazane zasady zwoływania Zespołu, wyznaczania przewodniczącego, sposobu głosowania (czy dopuszcza się posiedzenia online czy obiegowo), sposobu udziału w zgromadzeniu i innych zagadnień niezbędnych dla zabezpieczenia realizacji funkcji przez ten organ. Posiedzenia zespołu winny być protokołowane, spotkania zabezpieczone przez wojewodę – brak jest informacji o pokryciu kosztów z tym związanych. W przypadku protokołów i dostępu do dokumentów będących w posiadaniu Zespołu na podstawie których wydaje on opinię oraz sama treść opinii – kto i na jakich zasadach będzie mógł mieć dostęp do tych dokumentów? W trybie dostępu do informacji publicznej?	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

52.	Wojewoda Pomorski	Art. 1 pkt 6	Obecnie wydaje się również, że wojewoda jest związany opinią – a więc jego decyzja powinna być zgodna z treścią opinii Zespołu. Pojawia się więc pytanie o konieczność udziału wojewody w tym procesie. Zwracam w tym miejscu uwagę, że Minister może zmienić decyzję wojewody, a więc nie jest związany opinią Zespołu.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
53.	Wojewoda Pomorski	Art. 1 pkt 7	W kwestii wydawania przez wojewodę rozstrzygnięcia o odmowie uwzględnienia protestu nie jest jasne jak powinna wyglądać treść tego dokumentu. W ustawie wskazano na decyzję, ale jednocześnie do tego postępowania nie stosuje się (z wyjątkami) przepisów kodeksu postępowania administracyjnego. Konieczne będzie ustalenie kto będzie – w ramach urzędu wojewódzkiego – odpowiedzialny za organizację i funkcjonowanie komisji, opracowywanie projektów decyzji czy rozstrzygnięć w ramach odwołań.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
54.	Konsultant woj. W dziedzinie zdrowia publ. dla Woj. Podkarpackiego	Art. 1 pkt 6	Kwalifikacja do proponowanej sieci „zamraża” obecną strukturę szpitali uniemożliwiając wejście na rynek nowych podmiotów, które ze względu na swój potencjał mogłyby świadczyć usługi o wyższym poziomie jakościowym Uzasadnienie: 1 Zapisy o konieczności: 2 <i>prowadzenia na terenie województwa zakładu leczniczego obejmującego jeden z profili kwalifikujących, o którym mowa w art 95m ust. 2 ustawy o świadczeniach</i> 3 <i>posiadania autoryzacji, o której mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692).</i> 4 <i>realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez okres co najmniej 2 lat na wskazany profil kwalifikujący;</i> uniemożliwiają nowym podmiotom lub podmiotom posiadającym umowy z NFZ, ale niebędącymi w sieci na wejście na rynek lub do nowej sieci, ponieważ podmiot musi posiadać już dany profil w momencie kwalifikacji, złożyć wniosek o autoryzację przed końcem bieżącego roku (co jest niemożliwe ze względów formalnych, nie można na dziś złożyć wniosku o autoryzację) oraz dodatkowo zgodnie z przytoczoną ustawą wniosek o autoryzację mogą składać tylko podmioty, które obecnie znajdują się w „sieci”. Automatyczne zastosowanie metodologii oparte na zatwierdzeniu <i>status quo</i> danego podmiotu leczniczego może być niespójne z zapisami ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692), w której duży nacisk będzie kładziony na wskaźniki jakościowe szpitali (wskaźniki konsumenckie, kliniczne, zarządcze). Vide: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2024 r. w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej (Dz.U.2024.1349). Taka sytuacja zdecydowanie nie motywuje i nie obliuguje kierowników szpitali do wdrożenia działań projakościowych	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
55.	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	Art. 1 pkt 6	Fundusz (Centrala oraz jego Oddziały Wojewódzkie) posiada wszelkie kompetencje do oceny kwalifikowania danego świadczeniodawcy do systemu zabezpieczenia. Przeniesienie tej kompetencji na wojewodów będzie działaniem nieuzasadnionym w kontekście dostępności do analiz i danych znajdujących się w posiadaniu wojewodów oraz	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

		urzędów wojewódzkich, jak również dotychczasowego doświadczenia ww. podmiotów w omawianym zakresie. Uzasadnienie opiniowanego projektu ustawy oraz ocena skutków regulacji nie zawiera przekonywującej argumentacji dla dokonania tak istotnej zmiany w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Nie zostały oszacowane zasoby kadrowe oraz merytoryczne urzędów wojewódzkich, obsługujących wojewodów do przejęcia omawianej kompetencji. Z powyższych względów zasadne jest wprowadzenie zmiany do projektu ustawy, zgodnie z którą art. 95m ust. 3, 4, 5 i 6 Ustawy otrzymają następujące brzmienie: <i>„3. Świadczeniodawcę kwalifikuje do systemu zabezpieczenia, w zakresie danego profilu kwalifikującego, dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, na podstawie opinii zespołu, o którym mowa w ust. 4, kierując się potrzebą właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej określaną w szczególności na podstawie mapy, krajowego planu i wojewódzkiego planu oraz biorąc pod uwagę możliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sposób zapewniający ich wysoką jakość i bezpieczeństwo świadczeniobiorców.</i> <i>4. W skład zespołu wchodzi:</i> <i>1) po jednym przedstawicielu:</i> <i>a) podmiotu tworzącego w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,</i> <i>b) podmiotu leczniczego, który nie posiada podmiotu tworzącego – w przypadku podmiotów leczniczych działających na terenie województwa i udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w danym profilu kwalifikującym na podstawie umowy określonej w ust. 2;</i> <i>2) jeden przedstawiciel dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu;</i> <i>3) jeden przedstawiciel wojewody;</i> <i>4) konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny odpowiadającej danemu profilowi kwalifikującemu, a w przypadku jego braku – konsultant krajowy w tej dziedzinie.</i> <i>5. Członkowie zespołu, o którym mowa w ust. 4, są powoływani i odwoływani przez dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu. W przypadku, o którym mowa w ust. 4 pkt 1 i 2, powołanie i odwołanie następuje na wniosek podmiotów, których są przedstawicielami.</i> <i>6. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu ustala regulamin zespołu, o którym mowa w ust. 4.</i> Konsekwencją powyższej zmiany winna być również modyfikacja treści projektowanego art. 95n Ustawy poprzez przyznanie Dyrektorowi Oddziału Wojewódzkiego NFZ kompetencji do publikacji wykazu świadczeniodawców. W związku z powyższym przepis art. 95n ust. 1, 3, 4 Ustawy powinien otrzymać następujące brzmienie” <i>1. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie do dnia 31 stycznia roku kwalifikacji sporządza wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia na terenie danego województwa,</i>	
--	--	---	--

			<i>obejmujący wskazanie dla każdego świadczeniodawcy wszystkich profili kwalifikujących oraz rodzajów świadczeń, których będzie on udzielać w ramach systemu zabezpieczenia, i przekazuje go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w celu zatwierdzenia.</i> 3. <i>W przypadku odmowy zatwierdzenia wykazu, o którym mowa w ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie, o którym mowa w ust. 2, w oparciu o kryteria określone w art. 95m ust. 3, sporządza wykaz i przekazuje go dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</i> 4. <i>Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ogłasza w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej wykaz, o którym mowa w ust. 2 albo 3, do dnia 31 marca na okres 4 lat, liczony od dnia 1 lipca.</i>	
56.	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	Art. 1 pkt 8/16	Projekt ustawy przewiduje obligatoryjne udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NiSOZ) przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego (dalej: SOR). Podmioty nieposiadające SOR, a posiadające izbę przyjęć nie będą zobowiązane do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie NiSOZ. Należy zauważyć, że tego rodzaju regulacja spowoduje pozbawienie takiej opieki prawie połowy powiatów, ponieważ liczba SOR jest znacznie mniejsza niż liczba szpitali powiatowych. Pozostawienie dowolności w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w omawianym aspekcie spowoduje ograniczenie liczby miejsc udzielania świadczeń i nadmiernie obciąży tych świadczeniodawców, którym przepis ustawy nakazuje ich udzielanie. Zobligowanie wyłącznie świadczeniodawców udzielających świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym do udzielania świadczeń NiSOZ, zagraża bezpieczeństwu zdrowotnemu mieszkańcom obszarów, na terenie których szpitale posiadające izby przyjęć nie zdecydują się na realizację świadczeń NiSOZ. Taki stan rzeczy spowoduje nadmierną koncentrację pacjentów w podmiotach z SOR. Znaczne obciążenie i zwiększona liczba pacjentów będzie skutkowało wydłużeniem czasu oczekiwania na świadczenia w SOR i NiSOZ, przeciążeniem personelu udzielającego świadczeń, wzrostem oczekiwań finansowych personelu lub rezygnacją z zatrudnienia w podmiotach udzielających świadczeń w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Ministerstwo nie dokonało oceny możliwości udzielania takich świadczeń przez jednostki zobowiązane do ich udzielania (czyli posiadających SOR, według założeń ustawy). Projektowane zmiany winny zostać ocenione pod względem możliwości udzielania świadczeń NiSOZ przez podmioty do tego ustawowo zobowiązane, z uwzględnieniem przepływu pacjentów do takich podmiotów. Zgodnie z projektowanym art. 159a ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych: <i>Na wniosek świadczeniodawcy Prezes Funduszu może dokonać w umowie, o której mowa w ust. 1, zmiany polegającej na zastąpieniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnej izbie przyjęć na udzielanie świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym albo zastąpieniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnym oddziale ratunkowym na udzielanie</i>	Uwaga niezasadna Dostępność świadczeń NiSOZ przy SOR ma swoje uzasadnienie merytoryczne, ze względu na przeciążenie SOR-ów wizytami pacjentów wymagających pomocy na poziomie POZ. Powinna istnieć możliwość łatwego i szybkiego przekierowywania takich pacjentów do gabinetów NiSOZ. Poza tym powiązanie udzielania świadczeń NiSOZ z SOR jest uzasadnione także w świetle przepisów o PRM. Proponowane rozwiązanie nie będzie skutkowało ograniczeniem dostępu do omawianych świadczeń ani przeciążeniem szpitali z SOR, ponieważ w przypadku niedostatecznego zainteresowania udzielaniem świadczeń NiSOZ po stronie pozostałych szpitali PSZ oddziały NFZ będą zawierały dodatkowe umowy w trybie konkursowym.

			<i>świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnej izbie przyjęć. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku właściwy wojewoda dokonuje odpowiednich zmian w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1.</i> Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych wskazuje, że w kontekście wskazanej wyżej regulacji w celu odpowiedniego zabezpieczenia udzielania świadczeń Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w przypadku przekształcenia SOR w izbę przyjęć, przekształcany SOR winien być zobligowany do dalszego udzielania świadczeń Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.	
57.	Grupa logopedek	Uwaga ogólna	Mając na uwadze dobro pacjentów hospitalizowanych na oddziałach laryngologii onkologicznej, chirurgii oraz rekonstrukcji głowy i szyi, a także dążąc do zapewnienia im kompleksowej opieki w procesie rehabilitacji, pragniemy podkreślić kluczową rolę logopedów w pracy w interdyscyplinarnych zespołach terapeutycznych z tą grupą chorych. Oddziały onkologii głowy i szyi zajmują się pacjentami, którzy często borykają się z zaburzeniami mowy, połykania i oddychania wynikającymi z choroby nowotworowej oraz jej leczenia. Obecność wykwalifikowanych specjalistów logopedii na tych oddziałach jest niezbędna, aby zapewnić pacjentom wsparcie zarówno w zakresie przywracania funkcji podstawowych, jak i w poprawie jakości życia. W związku z tym przyjmujemy stanowisko apelujące o wprowadzenie obowiązku zatrudniania specjalistów logopedii na niżej wymienionych oddziałach, aby zagwarantować pacjentom jak najlepsze warunki powrotu do zdrowia i pełnej sprawności. Apelujemy, aby projekt ustawy UD71 uwzględnił obowiązek zatrudniania logopedów na oddziałach onkologii głowy i szyi. Taki zapis w przepisach prawa pozwoliłby na skuteczniejsze wspieranie pacjentów w ich drodze do zdrowia i adaptacji po przebytych zabiegach chirurgicznych oraz terapii onkologicznej.	Uwaga niezasadna Propozycja nie dotyczy zakresu projektowanej ustawy.
58.	Koalicji Polska Laryngektomia	Uwaga ogólna	Nawiązując do spotkania Parlamentarnego Zespołu ds. Osób Laryngektomowanych, które odbyło się 20 listopada 2024 roku, przedstawiamy nasze stanowisko w sprawie kluczowych aspektów projektu ustawy w kontekście zapewnienia odpowiedniej opieki pacjentom po laryngektomii oraz innym osobom z nowotworami głowy i szyi min: potrzeby zatrudniania logopedów na oddziałach onkologii głowy i szyi, a także zaznaczenia w dokumentacji medycznej, że osoba po laryngektomii jest trwale okaleczona. Zwracamy uwagę na istotny problem systemowy, jakim jest brak logopedów na oddziałach onkologii głowy i szyi. Pacjenci leczeni na tych oddziałach wymagają obok lekarza foniatry i chirurga, także fizjoterapeuty, psychologa oraz logopedy. Logopeda odgrywa kluczową rolę w procesie przywracania podstawowych funkcji społecznych w tym specjalistycznego wsparcia w zakresie rehabilitacji mowy, połykania oraz funkcji oddechowych, które zostają zaburzone w wyniku leczenia nowotworów, w tym zabiegów chirurgicznych. Rola wsparcia logopedycznego w pierwszych dniach po operacji polega na podtrzymywaniu lub wypracowywaniu prawidłowego przeponowo-brzusznego toru oddechowego. Prawidłowy oddech jest kluczowy dla skutecznego oczyszczania dróg oddechowych z wydzieliny. Następnie, między 10. a 12. dniem po operacji, logopeda pomaga pacjentowi w ćwiczeniach pielęgnacyjnych rurki, stomii oraz protezy. Brak logopedów znacząco ogranicza możliwość skutecznej rehabilitacji i negatywnie wpływa na jakość życia pacjentów. Praca zespołowa,	Uwaga niezasadna Propozycja nie dotyczy zakresu projektowanej ustawy.

			w której logopeda pełni bardzo istotną rolę, jest kluczem do sukcesu w procesie leczenia osób po całkowitej laryngektomii. Ostatecznym celem jest nie tylko przywrócenie zdolności mówienia, ale także zapewnienie wsparcia psychicznego oraz poprawa ogólnej jakości życia pacjenta i jego rodziny. Wprowadzenie obowiązku zatrudniania logopedów na oddziałach onkologii głowy i szyi powinno być priorytetem. Logopedzi są nieodzownym elementem całego zespołu specjalistów, który zapewnia kompleksową opiekę i pozwala na szybszy powrót pacjentów do aktywności społecznej. Pragniemy również zwrócić uwagę na sytuację pacjentów po laryngektomii, którzy w wyniku operacji są trwale okaleczeni. Konsekwencje tego zabiegu obejmują nie tylko utratę głosu, ale również znaczące ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, co ma istotny wpływ na ich życie zawodowe, społeczne i emocjonalne. W związku z powyższym postulujemy, aby w dokumentacji medycznej pacjentów po laryngektomii każdorazowo wpisywano informację o trwałym okaleczeniu. Taki zapis pozwoli uniknąć wątpliwości w procesie ubiegania się o orzeczenie o niepełnosprawności. Jednoznaczne wskazanie trwałego charakteru okaleczenia w dokumentacji medycznej umożliwi instytucjom orzekającym szybkie i precyzyjne rozstrzygnięcia, a pacjenci po laryngektomii otrzymają orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodne z ich faktycznym stanem zdrowia.	
59.	Pracodawcy RP	Art. 1 pkt 6	Projektowana ustawa zmienia sposób kwalifikacji szpitali do tzw. sieci szpitali. Zgodnie z nowym projektem w art. 95m ust. 1 przewiduje się, że kwalifikuje się każdy szpital, który posiada co najmniej 1 profil kwalifikujący, posiada autoryzację oraz umowę z NFZ w tym zakresie przez ostatnie 2 lata kalendarzowe. Przy czym kolejno w art. 95m ust. 3, wskazane jest, że kwalifikacja następuje dopiero na podstawie „opinii zespołu”, który ma kierować się <i>„potrzebą właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej określaną w szczególności na podstawie mapy, krajowego planu i wojewódzkiego planu oraz biorąc pod uwagę możliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sposób zapewniający ich wysoką jakość i bezpieczeństwo świadczeniobiorców.”</i> Powyższy proces nie zawsze może być obiektywny i transparenty, ponieważ decydujące znaczenie będzie miała subiektywna opinia powołanego zespołu. Ministerstwo słusznie zauważyło w uzasadnieniu do projektu, że <i>„Dotychczasowy model, oparty na bardzo skomplikowanych i mało przejrzystych kryteriach, nie niósł ze sobą żadnej istotnej wartości dodanej, wprowadzając jednocześnie pewnego rodzaju dezorientację, polegającą na tym, iż zaszeregowanie do jednego z sześciu poziomów PSZ w powszechnej świadomości było często postrzegane jako rodzaj poziomu referencyjnego, nie mając w rzeczywistości takiego charakteru. Ponadto, stworzenie ścisłych kryteriów, opartych na pełnej strukturze szpitala pomija jednostki wysokospecjalistyczne i jednocześnie „monoprofilowe”, które by utrzymać kwalifikację do sieci, zmuszane są do nieuzasadnionych potrzebami zdrowotnymi lub czynnikami ekonomicznymi, tworzenia lub utrzymywania w danym podmiocie leczniczym struktury organizacyjnej obejmującej inne profile kwalifikujące albo przystępowania do nadzwyczajnego trybu kwalifikacji świadczeniodawcy”</i> oraz <i>„Stąd też w projektowanej ustawie zaproponowano</i>	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

		<i>kwalfikowanie do PSZ, bez wyodrębniania poziomów zabezpieczenia, wszystkich świadczeniodawców posiadających co najmniej jeden tzw. profil kwalifikujący.”</i> Projektowana ustawa wprowadza jednak rozwiązanie, które będzie kwalifikowało do sieci szpitali nie w oparciu o „profil kwalifikujący”, a o „opinię zespołu”, który to zespół może z określonych względów nie uwzględnić niektórych szpitali – co będzie wbrew intencją Ministerstwa. W naszej opinii, z uwagi na przejrzystość i transparentność procesu kwalifikacji do sieci szpitali, powinien się on odbywać w oparciu o obiektywne mierniki ilościowe i jakościowe i powinno być wskazane, że szpital który spełnia te kryteria, otrzymuje kwalifikację bez konieczności uzyskiwania „opinii zespołu” (pewność kwalifikacji po spełnieniu określonych wymogów). Kolejno powołany zespół powinien poddać ocenie pozostałe szpitale i profile, które nie uzyskały takiej „automatycznej” kwalifikacji, aby je zaopiniować zgodnie z założeniami ustawy i dokonać dodatkowej kwalifikacji celem zabezpieczenia ew. białych płam lub innych lokalnych potrzeb zdrowotnych (taki swoisty wentyl bezpieczeństwa). Przy takim modelu kwalifikacji, na pierwszym etapie zasadnym byłoby wprowadzenie obiektywnych kryteriów jakościowych i ilościowych (np. tak jak było proponowane w pierwotnej wersji, określenie dla oddziałów zabiegowych określonego % zabiegów jaki muszą realizować). Kryteria te mogą być nawet na wyższym poziomie, po to aby stanowić swoisty wzór jakości, do którego powinny dążyć wszystkie jednostki. Rozwiązanie takie jest bezpieczne systemowo, bo w drugim kroku zawsze będzie lokalny zespół działający przy wojewodzie, który zapewni właściwe zabezpieczenie świadczeń w danym województwie. A dodatkowo zgodnie z obecnymi założeniami, swoistą ostatnią instancją będzie Minister Zdrowia, który będzie mógł zmienić wykaz sieci szpitali w danym województwie. Będą więc po drodze dwa „bezpieczniki”, które pozwolą zadbać o dobro i bezpieczeństwo Pacjentów w regionie. Powyższa propozycja jest miksem pierwotnej wersji projektu oraz obecnej. Należy podkreślić, że jasne i obiektywne kryteria kwalifikacji wprowadzą również dla zarządzających szpitalami pewność w zakresie planowania rozwoju oddziałów, inwestycji w kadry i struktury zatrudnienia kadr medycznych, mając na uwadze zachowanie ciągłości udzielania kluczowych świadczeń opieki zdrowotnej w regionie. Zmiana 95m ust. 3: 3. Świadczeniodawcę kwalifikuje do systemu zabezpieczenia, w zakresie danego profilu kwalifikującego, wojewoda właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń, na podstawie kryteriów jakościowych oraz ilościowych określonych w rozporządzeniu wydanym na podstawie ust. 11 oraz dodatkowo w zakresie świadczeniodawców, którzy nie spełniają tych kryteriów na podstawie opinii zespołu, o którym mowa w ust. 4, który to zespół będzie kierował kierując się potrzebą właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej określaną w szczególności na podstawie mapy, krajowego planu i wojewódzkiego planu oraz biorąc pod uwagę możliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sposób zapewniający ich wysoką jakość i bezpieczeństwo świadczeniobiorców. Dodanie w art. 95m nowego ustępu 11:	
--	--	---	--

			„11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia kryteria jakościowe oraz ilościowe dla danego profilu kwalifikującego, o którym mowa w ust. 2, uwzględniając potrzebę właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.”	
60.	Izba POLMED/ OZPSP	Art. 1 pkt 7	Proponowane jest wydłużenie terminów na zgłoszenie protestu i odwołania do MZ do 14 dni.	Uwaga niezasadna Dotychczasowe terminy dot. złożenia protestu do Prezesa NFZ i odwołania od decyzji Prezesa NFZ do Ministra Zdrowia są wystarczające.
61.	Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych	Uwaga ogólna	Rada podtrzymuje uwagi zawarte w pkt I-IV stanowiska z dnia 5 września 2024 r. Jednocześnie, Rada modyfikuje uwagę dotyczącą wprowadzenia do systemu ochrony zdrowia świadczenia opieki zdrowotnej w postaci tak zwanej „porady diagnostycznej” (pkt I ppkt 1), poprzez przedstawienie propozycji legislacyjnej dotyczącej wprowadzenia w <i>ustawie z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej</i> regulacji dotyczącej tzw. „doradztwa diagnostycznego”: „Art. X. W ustawie z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz. U. 2023 r. poz. 2125) w art. 6: 1) <i>ust. 1 otrzymuje brzmienie:</i> „1. Wykonywanie zawodu diagnosty laboratoryjnego polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych określonych w ustawie oraz przepisach odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, a w szczególności na: 1) wykonywaniu czynności medycyny laboratoryjnej w laboratorium; 2) świadczeniu doradztwa diagnostycznego.”; 2) <i>po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:</i> „1a. Doradztwo diagnostyczne świadczone w celu zapewnienia prawidłowego, efektywnego oraz bezpiecznego wykorzystania wyniku badania laboratoryjnego przez lekarza prowadzącego leczenie pacjenta, przedstawiciela innego zawodu medycznych korzystającego z wyniku badania lub pacjenta, obejmuje: 1) poradę diagnostyczną będącą świadczeniem zdrowotnym udzielanym przez diagnostę laboratoryjnego, który posiada tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny laboratoryjnej lub ukończył specjalistyczny kurs, opartym na wyniku badania laboratoryjnego autoryzowanego przez tego diagnostę lub na analizie i ocenie dostępnych wyników badań laboratoryjnych i innych informacji o stanie zdrowia pacjenta, obejmującą: a) przekazanie i wyjaśnienie wyniku badania, b) udzielenie informacji o stanie zdrowia pacjenta, c) przedstawienie zaleceń dotyczących metod diagnostycznych i terapeutycznych, a także przewidywanych skutków ich zastosowania lub zaniechania,	Uwag niezasadna Propozycja (podobnie jak wcześniejsze propozycje zgłoszone w toku poprzednich konsultacji projektu) wykracza poza zakres projektowanej ustawy.

			d) inne działania wynikające ustawy lub przepisów odrębnych regulujących zasady jego udzielania; 2) konsultację diagnostyczną będącą świadczeniem zdrowotnym udzielanym przez diagnostę laboratoryjnego lekarzowi prowadzącemu leczenie pacjenta lub przedstawicielowi innego zawodu medycznych korzystającemu z wyniku badania, dotyczącą wyniku badania laboratoryjnego autoryzowanego przez tego diagnostę oraz zidentyfikowanych podczas badania czynników mogących mieć wpływ na stan zdrowia pacjenta, obejmującą: a) wyjaśnienie komentarzy i informacji umieszczonych na wyniku badania laboratoryjnego, b) przekazanie dodatkowych komentarzy i informacji dotyczących wyniku, c) udzielenie rekomendacji dotyczących proponowanych metod diagnostycznych i leczniczych, d) inne działania wynikające ustawy lub przepisów odrębnych regulujących zasady jego udzielania.”.	
62.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu	art. 1 pkt 1	Nowe zasady taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej przedstawione w projekcie wymuszają na podmiotach zmianę struktury realizacji świadczeń, na rzecz świadczeń ambulatoryjnych. Brak jest przepisów, które uszczegółowią wycenę świadczeń. Obecny zapis projektu ustawy, może spowodować zmianę struktury świadczeń i ich przesunięcie z leczenia szpitalnego do leczenia ambulatoryjnego. Taryfikacja świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w chwili obecnej nie jest dostosowana do możliwości realizacji świadczeń, które odbywają się w leczeniu szpitalnym w ramach pobytów jednodniowych i dotyczą szybkiej diagnostyki.	Uwaga niezasadna Celem dodawanego przepisu jest poprawa wyceny świadczeń ambulatoryjnych. Przepis dotyczy opracowywania raportów taryfikacyjnych.
63.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu	art. 1 pkt 3	Wprowadzenie w ustawie zapisu dotyczącego rozszerzenia zadań realizowanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji o prowadzenie analiz dotyczących sytuacji ekonomiczno-finansowej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych, może spowodować nałożenie na podmioty lecznicze dodatkowych obowiązków związanych ze sprawozdawczością danych do Agencji, co będzie stanowiło dodatkowe obciążenie administracyjne dla jednostek, których głównym zadaniem jest realizacja usług medycznych.	Uwaga niezasadna Realizacja zadań w omawianym zakresie musi opierać się na danych uzyskiwanych od podmiotów leczniczych.
64.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu	art. 1 pkt 6	Rezygnacja z 6 poziomów kwalifikacji spowoduje likwidację obowiązujących wskaźników w poszczególnych kategoriach szpitali. Brak szczegółowych planowanych nowych zasad finansowania powoduje, że nie ma możliwości w tej chwili ocenić skutków finansowych dla poszczególnych szpitali, co stwarza problemy w ocenie skutków przedstawionego projektu.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
65.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu	art. 1 pkt 6	Zapis dotyczący utworzenia przy wojewodzie właściwym ze względu na miejsce udzielania świadczeń zespołów ds. wydawania opinii w sprawie kwalifikacji podmiotów wydaje się być dyskusyjny. Wątpliwość wzbudza fakt, iż przy tak mnogiej ilości profili będzie musiała zostać stworzona bardzo duża ilość zespołów, a w przypadku profili realizowanych przez wiele jednostek zespoły mogą być zbyt mocno rozbudowane i składać się z kilkudziesięciu osób. Brak jest w chwili obecnej przepisów wykonawczych określających precyzyjnie	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

			kryteria kwalifikacji jednostek do PSZ oraz szczegółowych wytycznych do realizacji zadań wymienionych wyżej zespołów. Jeżeli będą obowiązywały zapisy jak przy obecnej kwalifikacji, że w przypadku braku kwalifikacji zgodnie z zasadami to Minister Zdrowia podejmuje decyzję o zakwalifikowaniu danego podmiotu, to odpowiedzialność za taką decyzję przejmie wojewoda.	
66.	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	Art. 1 pkt 6	Proponujemy następującą zmianę zapisów mających stanowić art. 95m ust. 9 pkt 3 oraz 4 <i>ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i>: „3) świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanych w poradniach przyszpitalnych, z zastrzeżeniem, że dotyczy to porad odpowiadających profilom kwalifikującym określonym w przepisach wydanych na podstawie ust. 10, 4) świadczeń opieki zdrowotnej: a) w ramach programów lekowych, odpowiadających profilom kwalifikującym, b) objętych kompleksową opieką zdrowotną, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub art. 146 ust. 1 pkt 2, c) świadczeń ambulatoryjnych innych niż realizowane w poradniach przyszpitalnych, z wyjątkiem dializy otrzewnowej lub hemodializy, jeżeli świadczeniodawca udziela tych świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ważnej w dniu kwalifikacji i niebędącej w okresie wypowiedzenia, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie pełne lata kalendarzowe, d) świadczeń szpitalnych niewymienionych w art. 95m jeżeli świadczeniodawca udziela tych świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ważnej w dniu kwalifikacji i niebędącej w okresie wypowiedzenia, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie pełne lata kalendarzowe.”. Przedstawiona powyżej propozycja pozwoli na umożliwienie udzielania w systemie zabezpieczenia świadczeń z zakresu badań diagnostycznych (np. badania wykonywane przez laboratoria medyczne/obrazowe pracownice diagnostyczne, w ramach wyodrębnionych zakresów świadczeń: badania genetyczne, badania rezonansu magnetycznego, badania scyntygraficzne itd.). Zmiana pkt 4 ma na celu również uwzględnienie w tym zakresie świadczeń odrębnie kontraktowanych wykonywanych w warunkach oddziału szpitalnego takich jak leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej, <i>leczenie</i> spastyczności opornej na <i>leczenie</i> farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej. W projekcie zmiany ustawy ww. zakresy nie zostały wymienione, co może skutkować brakiem ciągłości udzielania świadczeń w związku z nową kwalifikacją podmiotów do systemu zabezpieczenia.	Uwaga nieaktualna w związku z odstąpieniem od zmiany art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
67.	Porozumienie Zielonogórskie	Art. 1 pkt 4	Wprowadzając możliwość korzystania ze świadczeń optometrysty bez skierowania warto dodać możliwość skierowania przez optometrystę do okulisty bez angażowania lekarza POZ. Warto również wprowadzić ponownie możliwość udania się do dermatologa bez skierowania a także do lekarza medycyny sportowej dla dzieci i młodzieży. W przypadku medycyny sportowej decyzja o wydaniu skierowania przez lekarza POZ opiera się wyłącznie	Uwaga uwzględniona

			na oświadczeniu rodzica, że dziecko ma zamiar uprawiać sport w klubie, bez jakiejkolwiek możliwości weryfikacji tego faktu w POZ, więc w ramach zmniejszania obciążeń biurokratycznych warto zrezygnować z tego skierowania.	
68.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	Art. 2 pkt 5	W projektowanym nowym art. 59 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej powinien być nałożony obowiązek poprzedzające sporządzenie programu naprawczego o wykonanie również analizy uwzględniających ocenę zasobu kadrowego pracowników medycznych i pracowników działalności podstawowej wraz z prognozowaną docelową strukturą zatrudnienia na koniec programu naprawczego i ich zmian w trakcie 3 letniego okresu.	Uwaga uwzględniona Proponowane brzmienie: „5. Sporządzenie programu naprawczego poprzedzają analizy: efektywności funkcjonowania i zarządzania, ekonomiczne, jakościowe, operacyjne, zasobów ludzkich, działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego, obejmujące bieżącą sytuację samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.”
69.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	Art. 2 pkt 5	W projektowanym nowym art. 59 ust. 6 pkt 4) ustawy o działalności leczniczej konieczne należy rozbudować obowiązek podania precyzyjnej informacji w przypadku propozycji współpracy z innymi podmiotami leczniczymi, jeżeli jej skutkiem mają być zmiany w zakresie świadczenia pracy pracowników medycznych i pracowników działalności podstawowej. Użyty ogólny zwrot „koncentracja zasobów ludzkich” nie daje gwarancji utrzymania trwałości zatrudnienia pracowników, a w przypadku gdy program naprawczy spowoduje przeniesienie pracowników do innego pracodawcy, program naprawczy musi gwarantować zastosowanie trybu określonego w art. 231 Kodeksu pracy lub wypłatę odpraw dla zwalnianych pracowników gwarantowanych w ustawie z dnia 13-03-2003r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników.	Uwaga niezasadna Przepisy dotyczące zawartości programu naprawczego mają charakter ramowy. Łączenie podmiotów oraz zawieranie porozumień z innymi podmiotami leczniczymi ma charakter dobrowolny. Porozumienia te nie muszą mieć wpływu na zatrudnienie. Przepisy dotyczące programów naprawczych nie wpływają na obowiązki pracodawców względem pracowników, wynikające z kodeksu pracy i innych przepisów.
70.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	art. 2 pkt 5	W projektowanym nowym art. 59 ust. 6 pkt 7) ustawy o działalności leczniczej użyto sformułowania „działania optymalizacyjne”, które wprowadza w błąd. Skoro w przepisie mowa o składnikach programu naprawczego, który z natury jest uruchamiany w przypadku wykazania straty to w rzeczywistości pod pojęciem „optymalizacji” ukryte jest zobowiązanie do ograniczenia kosztów, tak aby poprawić sytuację ekonomiczną – finansową szpitala. Zatem planowane działania dotyczące ograniczenia kosztów, w części dotyczącej struktury zatrudnienia, a także w części dotyczącej ewentualnie pogorszenia warunków pracy i płacy pracowników muszą być wprost wskazane wraz z planowanym harmonogramem do realizacji w okresie 3 letnim.	Uwaga niezasadna Przepisy dotyczące zawartości programu naprawczego mają charakter ramowy. Działania optymalizacyjne to zwrot ogólny. W odniesieniu do poszczególnych programów naprawczych mogą oznaczać co innego. Finansowe działania optymalizacyjne mogą obejmować ograniczenie kosztów (niekoniecznie związanych z zatrudnieniem) lub zwiększenie przychodów, co np. może się wiązać ze zmianą profilu działania i

				koniecznością zatrudnienia nowych pracowników.
71.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	art. 2 pkt 5	W projektowanym nowym art. 59 ust. 6 pkt 9) ustawy o działalności leczniczej informacja o elementach struktury organizacyjnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w szczególności o komórkach organizacyjnych, jednostkach organizacyjnych i zakładach leczniczych, będących przedmiotem działań naprawczych powinna być uszczegółowiona poprzez wskazanie wykazu etatowego pracowników medycznych i działalności podstawowej zatrudnionych w tych komórkach oraz wykazu etatowego docelowego zatrudnienia.	Uwaga niezasadna Ten składnik programu naprawczego dotyczy wyłącznie obecnej („wyjściowej”) struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego. Oczywiście jeśli w konkretnym przypadku zaistnieje potrzeba wykazania w programie naprawczym informacji dotyczących zatrudnienia obecnego i planowanego – takie informacje będą mogły zostać zawarte.
72.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	Art. 2 pkt 6	W projektowanym nowym art. 59a ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, należy uzupełnić co najmniej o pkt 4) tj. obowiązek przekazania przez kierownika szpitala programu naprawczego zakładom organizacjom związków zawodowych działających w tym podmiocie leczniczym. Jest to bezwzględnie konieczne. Jeżeli program naprawczy będzie powstawał w „utajnieniu”, jeżeli związki zawodowe zostaną pozbawione możliwości opiniowania i przedstawiania swoich zastrzeżeń do programu naprawczego, nie będą miały możliwości negocjacji porozumień ochronnych dla pracowników to żaden program naprawczy nie zakończy się sukcesem w sytuacji, gdy będzie musiał zmierzyć się z protestami społecznymi pracowników i pacjentów, a takie protesty będą wobec ograniczania zakresu świadczeń medycznych. Postulujemy, aby uzgadnianie programu naprawczego ze związkami zawodowymi wyprzedzało opiniowanie programu przez Wojewodę i Dyrektora Wojewódzkiego Oddziału NFZ, którzy powinni otrzymywać raport naprawy do zaopiniowania wraz ze stanowiskiem wypracowanym przez związki zawodowe. Wymaga to zatem zmian art. 59a ustawy.	Uwaga niezasadna Program nie będzie utajniany. Finalnie jest zatwierdzany przez podmiot tworzący. Przepisy projektowanej ustawy nie naruszają uprawnień związków zawodowych wynikających z przepisów odrębnych, w szczególności z ustawy o zwierzakach zawodowych.
73.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	art. 2 pkt 6	W projektowanym nowym art. 59a ust. 8 ustawy o działalności leczniczej proponuje się uzupełnić, komu kierownik podmiotu leczniczego udostępnia informację o stanie programu naprawczego. Informacja ta (rozumiemy, że jest to jakiś inny dokument niż sprawozdanie o którym mowa w art. 59b) powinna być sporządzana w bardziej dokładnie określonym terminie. Zwrot raz w roku jest nieostry. Można wskazać, że taka informacja jest przygotowywana trzykrotnie w okresie realizacji programu naprawczego w okresach 12 miesięcznych tj. w terminie do 12, do 24 i do 36 miesięcy od daty zatwierdzenia programu naprawczego. Informacja jest przekazywana przez kierownika SP ZOZ do właściwego dyrektora oddziału NFZ, do właściwego wojewody i do zakładowych organizacji związkowych.	Uwaga (częściowo) zasadna Przepis art. 59a ust. 8 powiela się z regulacjami (uszczegółowionymi w zakresie terminów) zawartymi w art. 59 ust. 1. Z uwagi na powyższe zostanie usunięty.
74.	Ogólnopolski Związek Zawodowy	art. 2 pkt 6	W projektowanym art. 59b uważamy, że sprawozdania roczne i końcowe powinny być w tych samych terminach przekazane do zakładowych organizacji związków zawodowych działających w danym SP ZOZ.	Uwaga niezasadna

	Pielęgniarek i Położnych			Przepisy projektowanej ustawy nie naruszają uprawnień związków zawodowych wynikających z przepisów odrębnych, w szczególności z ustawy o zwierzakach zawodowych.
75.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	uwaga ogólna	Wszystkie w/w uwagi winny znaleźć analogiczne uregulowanie w Rozdziale 3a ustawy o działalności leczniczej „Program naprawczy dla podmiotów leczniczych w formie spółek kapitałowych”. Dodatkowo w tych przypadkach, gdy w danej spółce prawa handlowego wystąpi strata netto i powstanie program naprawczy, który będzie realizowany postulujemy wprowadzenie przepisów ochronnych, wyłączających obowiązek zgłoszenia spółki do upadłości. W każdym razie wymaga to większej korelacji projektowanych przepisów i obowiązków nałożonych przez ustawy na osoby pełniące funkcje zarządu z Kodeksem Spółek Handlowych oraz Prawem upadłościowym.	Uwaga niezasadna Przepisy projektowanej ustawy nie naruszają przepisów odrębnych, którym podlegają spółki kapitałowe, w tym Kodeksu spółek handlowych oraz prawa upadłościowego.
76.	Wojewoda Podlaski	Art. 2 pkt 6	W związku z nałożeniem na wojewodów nowego, czasochłonnego i wymagającego wszechstronnej wiedzy merytorycznej zadania związanego z opiniowaniem programów naprawczych podmiotów leczniczych, należy podkreślić ograniczone możliwości kadrowe urzędów wojewódzkich. W związku z powyższym konieczne jest zabezpieczenie środków na dodatkowe etaty do realizacji przedmiotowego zadania.	Uwaga niezasadna W strukturze urzędów wojewódzki są wydziały które już zajmują się planami transformacji. Ocena programów naprawczych będzie elementem zadań związanych z tymi planami.
77.	Wojewoda Kujawsko-Pomorski/ Woj. Wielkopolski	Art. 2 pkt 1	Jednostki samorządu terytorialnego będą mogły łączyć SPZOZ. W świetle zapisów brak możliwości konsolidacji spółek z jst. Zamienić zapisy umożliwiające konsolidację spółek z jst, pod warunkiem, iż nowo utworzony podmiot staje się SPZOZ.	Uwaga niezasadna W obecnie obowiązujących przepisach istnieją mechanizmy pozwalające na konsolidację podmiotów leczniczych JST poprzez utworzenie związku JST jako podmiotu tworzącego spzoz i przekazania do niego majątku spółki.
78.	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	Art. 2 pkt 5	Art. 59 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej – przepis przewiduje, że sporządzenie programu naprawczego poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, ekonomiczne, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego, obejmujące bieżącą sytuację samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. W ocenie Związku analiza efektywności bez przeprowadzenia prawidłowej wyceny procedur, uwzględniającej zmiany ekonomiczne (wzrost inflacji, wzrost poziomu wynagrodzeń, wzrost kosztów energii elektrycznej) jest pozbawiona celu. Trudno bowiem badać efektywność działalności podmiotów leczniczych, jeżeli procedury medyczne są kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia po nieadekwatnych, zaniżonych cenach.	Uwaga niezasadna Uwaga ma charakter ogólny. W tych samych warunkach społeczno-gospodarczych różne podmioty osiągają różne wyniki finansowe; nie wszystkie (a nawet mniejszość) samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej generuje stratę netto. Kierownik podmiotu leczniczego, który sporządza (każdorazowo) program naprawczy

		Z tego względu dla poprawnej działalności systemu ochrony zdrowia niezbędne jest wprowadzenie mechanizmu umożliwiającego dokonanie prawidłowych wycen procedur, w tym ich aktualizację. Zgodnie z uchwałą Sądu Najwyższego 7 sędziów z dnia 19 marca 2019 roku w sprawie III C 80/18 <i>Do obowiązków państwa należy stworzenie systemu opieki zdrowotnej działającego według określonych standardów, ale usługi mające na celu utrzymanie zdrowia we właściwej kondycji lub jego poprawę są jednocześnie przedmiotem działalności gospodarczej. Państwo nierzadko ingeruje w tę działalność, w tym także w stosunki rynkowe związane ze świadczeniem usług polegających na diagnozowaniu stanu zdrowia, jego utrzymaniu we właściwej kondycji oraz dążeniach do poprawy. Działalność lecznicza jest działalnością regulowaną w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r. poz. 646) albo działalnością, do której stosuje się przepisy o działalności regulowanej.</i> W dalszej części ww. orzeczenia Sąd Najwyższy wskazał, że (...) Narodowy Fundusz Zdrowia - odpowiedzialny za stałe działanie systemu, w którym ma organizatorską rolę - nie może doprowadzić do masowego upadku świadczeniodawców mających bezpośrednio wykonywać te zadania państwa, dla realizacji których system został stworzony (...) oraz Uzyskanie stosownego wynagrodzenia za wykonane świadczenia pozwala bowiem świadczeniodawcy nie tylko na jego należytą jakość, ale i na utrzymanie się na rynku i rozwój, od którego zależy zdolność do wykonywania świadczeń zdrowotnych w przyszłości. Narodowy Fundusz Zdrowia powinien dbać o osiągnięcie takiego stanu także przez racjonalne określenie wysokości wynagrodzeń za kontraktowane świadczenia. Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 20 listopada 2019 roku w sprawie K 4/17 wskazał, że (...) ustawodawca/prawodawca musi ocenić wzrost kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wynikający z wprowadzanych zmian prawa. Wykonanie obowiązku finansowania tych świadczeń, który to obowiązek spoczywa na NFZ z mocy ustawy (por. pkt 3.3. uzasadnienia), zakłada więc - w chwili zawierania kontraktu dotyczącego finansowania danego zakładu - obiektywną ocenę kosztu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, a w razie podniesienia wymagań ustawowych co do jakości i warunków ich realizacji - zaplanowanie w ustawie odpowiedniej rekompensaty wypłacanej świadczeniodawcom. Przedstawione powyżej wypowiedzi Sądu Najwyższego oraz Trybunału Konstytucyjnego uzasadniają obowiązek Państwa do zapewnienia należytej wyceny świadczeń zdrowotnych. Projektowany art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej zakłada: <i>Jeżeli w sprawozdaniu finansowym samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej wystąpiła strata netto, której wartość bezwzględna jest wyższa niż 1% sumy wykazanych w tym samym sprawozdaniu finansowym przychodów netto ze sprzedaży produktów, przychodów netto ze sprzedaży towarów i materiałów, pozostałych przychodów operacyjnych oraz przychodów finansowych, kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w terminie 6 miesięcy od upływu terminu na sporządzenie sprawozdania finansowego, o którym mowa w art. 52 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2023 r. poz. 120, 295 i 1598 oraz z 2024 r. poz. 619), sporządza</i>	powinien uwzględniać dotychczasowe programy (zwłaszcza te „aktywne”). Uwaga nie zawiera propozycji dotyczącej „nakładających się” programów.
--	--	---	--

			na okres nie dłuższy niż 3 lata program naprawczy, uwzględniając w nim raport, o którym mowa w art. 53a ust. 1, oraz dostosowanie działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, lub do krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1 tej ustawy, lub do wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 tej ustawy. Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych zwraca uwagę, że zgodnie z założeniami projektu zmian ustawowych program naprawczy sporządza się na okres nie dłuższy niż 3 lata. Ponadto program naprawczy podlega kwartalnym aktualizacjom. Z realizacji planu sporządza się sprawozdanie roczne oraz sprawozdanie końcowe. Brak jest jednoznacznych zapisów ustawy regulujących sytuację możliwego nakładania się kolejnych programów naprawczych na aktualnie zatwierdzony oraz potencjalnej kolizji w ich treści. W przypadku gdy program naprawczy zostanie opracowany np. na 3 lata, zaś w kolejnym roku ponownie wystąpi strata netto to zakład musi opracować kolejny program naprawczy. Brak jest wyłączenia zgodnie, z którym w okresie realizacji programu naprawczego, pomimo wystąpienia straty netto w kolejnym roku obrotowym, nie sporządza się kolejnego planu naprawczego. Projektowany przepis może doprowadzić do sytuacji, gdy opracowywane będą wyłącznie roczne programy naprawcze albo dojdzie do kolizji kilku trzyletnich programów, przy czym przy w każdym planie będzie istniał obowiązek opracowywania sprawozdania kwartalnego, rocznego i końcowego.	
79.	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	Art. 2 pkt 6	W zakresie projektowanego art. 59a ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych wskazuje, iż nakładanie na kierownika jednostki obowiązku kwartalnego aktualizowania planu jest nadmiarowy, a częstotliwość aktualizacji winna być zmniejszona do 6 miesięcy. Plany naprawcze będą podlegały ścisłej kontroli i sprawozdawczości (rocznej, końcowej). Ponadto każda zmiana planu w zakresie wskazanym w art. 59 ust. 6 pkt 4–9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wymagać będzie zatwierdzenia przez podmiot tworzący. Są to narzędzia umożliwiające bieżącą i efektywną kontrolę na realizacją planu, a tym samym przemawiają za zmniejszeniem częstotliwości aktualizacji planów naprawczych.	Uwaga niezasadna Ze wskazanego przepisu wynika, że kierownik jest zobowiązany co czwartego przeglądać program naprawczy. Jeśli istnieje potrzeba, to aktualizuje go. Jeśli nie ma – wystarczy sam przegląd.
80.	Wojewoda Małopolski	Art. 1 pkt 6	W odniesieniu do art. 2 pkt 6 dotyczącego planowanej zmiany art. 59a i art. 59b ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, do zadań Wojewody należeć będzie także zajmowanie stanowiska w sprawie programu naprawczego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, wymagającego analizy szeregu danych, w tym sprawozdawczo-finansowych, gdyż zgodnie z projektem program zawierać będzie co najmniej: 1) wyniki analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania szpitalem, analizy ekonomiczne, analizy jakościowe, analizy operacyjne, analizę działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych podmiotu;	Uwaga niezasadna Jednoczesne opiniowania (w tym samym czasie) ma na celu przyspieszenie procedury opiniowania i zatwierdzania programu naprawczego.

			2) ocenę podmiotu w zakresie dostosowania jego działalności do regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych, a w przypadku, gdy działalność podmiotu jest niedostosowana do regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych także planowane działania dostosowawcze; 3) propozycje oraz zakres współpracy z innymi podmiotami leczniczymi, w tym w przedmiocie koncentracji zasobów ludzkich, infrastruktury oraz współpracy w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych i połączenia medycznych innymi podmiotami leczniczymi, jeżeli jest przewidywana; 4) planowane przez podmiot działania mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; 5) planowane przez podmiot działania mające na celu poprawę efektywności zarządzania w szczególności działania służące podniesieniu wiedzy i kompetencji jego kadry zarządzającej z zakresu zarządzania, procesów naprawczych i procesów restrukturyzacyjnych w podmiotach leczniczych; 6) planowane do wdrożenia działania optymalizacyjne mające na celu poprawę sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu oraz prognozy przychodowe. W tym zakresie, wskazane jest utrzymanie zapisu uwzględnionego w pierwotnej wersji projektu z dnia 09.08.2024 r. że Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ przekazuje opinię swoją do Wojewody oraz spzoz, tj.: 2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zajmuje stanowisko w terminie 14 dni od dnia otrzymania programu naprawczego i przekazuje je wojewodzie oraz samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej. 3. Wojewoda zajmuje stanowisko w terminie 14 dni od dnia otrzymania stanowiska dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Proponowany tryb opiniowania jest zgodny z zasadami opiniowania wniosków o celowości inwestycji w sektorze zdrowia zgodnie z systemem Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ).	
81.	Wojewoda Mazowiecki		Wątpliwości budzi zarówno przedstawienie wojewodzie do oceny programu naprawczego, jak również bardzo krótki termin na wydanie opinii w tym zakresie. Czy pracownicy urzędów wojewódzkich posiadają odpowiednie kompetencje do oceny programów naprawczych SPZOZ-ów, które zgodnie z wytycznymi zawierają w szczególności analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, ekonomiczne, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego, obejmujące bieżącą sytuację SPZOZ-u, a także sprawozdanie finansowe, ocenę dostosowania działalności do map i planów transformacji, a w przypadkach niedostosowania także planowane działania dostosowawcze, propozycje współpracy z innymi podmiotami leczniczymi, działania mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń i efektywności zarządzania, poprawę sytuacji ekonomiczno-finansowej, wskaźniki rezultatu oraz informacje o strukturze organizacyjnej SPZOZ-u. 1) proponuje się doprecyzować co dokładnie powinno obejmować stanowisko wojewody, tak aby ocena tych elementów mieściła się w kompetencjach pracowników urzędów wojewódzkich;	Uwaga niezasadna Wojewoda opiniuje program naprawczy w określonym (ograniczonym zakresie), tj. w zakresie w oceny dostosowania działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, lub do krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b tej ustawy, lub do wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c tej ustawy, oraz związanych z tym działań dostosowawczych.

			2) proponuje się doprecyzować kwestię konsekwencji braku wydania opinii przez wojewodę. Czy brak opinii powoduje, że program nie może zostać przyjęty? Czy opinia negatywna wojewody powoduje, że program nie może zostać przyjęty? Wobec powyższego proponuje się doprecyzować przepis, poprzez wskazanie, że w przypadku negatywnej opinii wojewody, program powinien zostać uzupełniony w zakresie wskazanym w ww. opinii; 3) proponuje się wydłużenie terminu na dokonanie przez wojewodę oceny planu naprawczego z 14 do 60 dni.	Ustawa ma charakter ramowy i ogólny, w skazano w niej (w projekcie) zakres opinii; nie zawiera natomiast wzoru ani szczegółowej zawartości. Stanowisko ma charakter opinii i nie przesądza o zatwierdzeniu alb niezatwierdzeniu programu. Wydłużenie terminu na wyrażenie stanowiska do 60 dni (z 14 dni) znacząco wydłużyłoby procedurę.
82.	Wojewoda Pomorski	art. 2 pkt 5	Obecnie wojewoda posiada ograniczone informacje dotyczące podmiotów leczniczych, dlatego zajmowanie stanowiska w zakresie planu – opierając się tylko na jego treści – może nie realizować zakładanego celu. Wojewoda powinien mieć możliwości uzyskania od podmiotu dokumentów i informacji niezbędnych do dokonania oceny opracowanego dokumentu. Do programu należy dołączyć co prawda szereg dokumentów – ale warto mieć możliwość kontroli stanu rzeczywistego z przedstawionymi informacjami. Zwracam również uwagę, że konieczne będzie zwiększenie zakresu obowiązków osób odpowiedzialnych za tworzenie map oraz ustalenie czy posiadają one kwalifikacje do dokonywania oceny programów naprawczych. Może to skutkować zwiększeniem nakładów na wynagrodzenie pracowników oraz zwiększeniem ilości zatrudnionych. Nie do końca jasne jest co powinno takie stanowisko oraz czy po uzyskaniu stanowisk będzie możliwość zmiany programu naprawczego, czy jedynie kierownik podmiotu leczniczego przekazuje go do zatwierdzenia wraz ze stanowiskami. W uzasadnieniu do projektu ustawy wskazano „Program naprawczy będzie mógł zostać zmieniony – uwzględniając stanowiska dyrektora wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz wojewody”. Nie wskazano jednak kiedy i przez kogo, a także czy w przypadku takiej zmiany – przed zatwierdzeniem programu – winien on być ponownie przedstawiony do zajęcia stanowiska przez Fundusz i wojewodę.	Uwaga niezasadna Wojewoda zajmuje stanowisko w zakresie w oceny dostosowania działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, lub do krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b tej ustawy, lub do wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c tej ustawy, oraz związanych z tym działań dostosowawczych. Uprawnienia nadzorcze (ze wszystkimi tego konsekwencjami) nad samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej ma podmiot tworzący. Dopóki program nie jest zatwierdzony (de facto jest projektem programu) może być modyfikowany, także uwzględniając uwagi zawarte w stanowiskach wojewody oraz dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ. W przypadku takiej zmiany program nie jest ponownie przekazywany do zaopiniowania.
83.	Naczelna Izba Lekarska	Art. 2 pkt 5	Odnosnie do przewidzianego w art. 59 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej obowiązku sporządzenia programu naprawczego dla SPZOZ-ów samorząd lekarski ponownie zwraca uwagę, że nie przedstawiono projektu kluczowego rozporządzenia, bez którego ciężko ocenić projektowane rozwiązania. Niewątpliwie kryteria i metodologia oceny dostosowania muszą zostać jasno określone. Niezrozumiałe jest także dopuszczenie w programie	Uwaga niezasadna Projekt rozporządzenia (na podstawie upoważnienia stawowego zawartego w art. 59 ust. 7 – został dołączony na wcześniejszym

			naprawczym oceny dostosowania działalności SPZOZ-u do mapy potrzeb zdrowotnych lub do krajowego planu transformacji lub do wojewódzkiego planu transformacji - oznacza to bowiem, że ocena dostosowania będzie przeprowadzana na podstawie jednego z wymienionych dokumentów strategicznych, zamiast w oparciu o wszystkie te dokumenty. W projektowanym art. 95 ust. 6 pkt 5 ustawy o działalności leczniczej, który określa zakres programu naprawczego w obszarze planowanych działań zmierzających do podniesienia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, należy dodatkowo powołać się na wskaźniki jakości opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. W przepisach o programie naprawczym należy także wskazać osobę odpowiedzialną za jego realizację. Wydzielenie takiej odpowiedzialności jest elementem niezbędnym dla powodzenia każdego takiego procesu. W procesie sporządzania, oceny i realizacji programów naprawczych należy określoną rolę przypisać także organom odpowiedzialnym za system opieki zdrowotnej w Polsce w tym Ministrowi Zdrowia, wojewodom oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia i Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Rolą tych instytucji powinno być m.in. dokonywanie oceny współzależności i zapobiegania konfliktom pomiędzy programami naprawczymi różnych podmiotów. Ocena czy wszystkie plany równocześnie są możliwe do realizacji i czy nie doprowadzą do nadmiernego pogorszenia sytuacji podmiotów, które funkcjonują na obszarze działania placówki podlegającej obowiązkowi sporządzenia programu naprawczego, wydaje się niezbędna dla powodzenia transformacji na poziomie całego systemu ochrony. Niezrozumiałe jest zamieszczone w projektowanym art. 59a ust. 7 i 8 ustawy o działalności leczniczej wprowadzenie aktualizacji planu naprawczego co kwartał, przy równoczesnym sporządzaniu informacji o stanie realizacji programu naprawczego jedynie raz w roku. Terminy te powinny być odwrotne – monitorowanie realizacji powinno być częste, natomiast zmiany programu naprawczego rzadsze.	etapie procesu legislacyjnego) i zostanie przekazany także do (odrębnych) konsultacji publicznych po wejściu w życie projektowanej ustawy. Osobą odpowiedzialną za realizację programu naprawczego jest kierownik podmiotu leczniczego. Ust. 8 w art. 59a zostanie usunięty. Wojewodowie i dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ będą opiniowali wszystkie programy na terenie danego województwa. Będą mieli zatem równie ogólny ogłód programów; ponadto istnieje obowiązek zapewnienia spójności programów z krajowym i wojewódzkimi planami transformacji. Z art. 59 a ust. 7 wynika, że kierownik jest zobowiązany co cokwartalnego przeglądu programu naprawczego. Jeśli istnieje potrzeba, to aktualizuje go. Jeśli nie ma – wystarczy sam przegląd.
84.	Konsultant woj. W dziedzinie zdrowia publ. dla Woj. Podkarpackiego	Art. 2 pkt 5	Proponowana zmiana art. 59 ustawy o działalności (Dz.U.2024.799 tj.) leczniczej oraz proponowane zapisy ust. 5–7 doprecyzowują zasady tworzenia planu naprawczego jego modyfikacji, ale nie przewidują konsekwencji za brak realizacji programu przez kierownika szpitala. Umożliwia to nadal wielokrotne „nowelizowanie” programu naprawczego i nie determinuje organu prowadzącego do podjęcia konsekwentnych działań naprawczych – potrzebne doprecyzowanie zapisów o odpowiedzialności kierownika podejmującego się realizacji programu naprawczego (np. wg ustalonych wskaźników ekonomicznych, jakościowych).	Uwaga niezasadna Uwaga ma charakter ogólny; nie wskazano żadnych konkretnych propozycji.
85.	Konsultant woj. W dziedzinie zdrowia publ. dla Woj. Podkarpackiego	art. 2 pkt 1	Proponowane zapisy o możliwości łączenia podmiotów leczniczych (spzoz-ów i/lub spółek kapitałowych) należących do różnych jednostek samorządu terytorialnego nie wskazują żadnych motywatorów do podjęcia decyzji restrukturyzacyjnych – działania takie są bardzo niepopularne politycznie i z tego punktu widzenia trudno je uzasadnić tylko wskaźnikami ekonomicznymi (przez ostatnie 20 lat poziom zadłużenia szpitali nieustająco rośnie i nie zmieniły tego dotychczasowe działania restrukturyzacyjne). Projekt ustawy nie daje gwarancji finansowania usług przez płatnika – potrzebne doprecyzowanie zapisów o	Uwaga niezasadna Instrumenty wsparcia finansowego, również w związku z podejmowanymi działaniami konsolidacyjnymi, zostaną wprowadzone odrębnie.

			finansowaniu świadczeń rekompensujących „utracone” przychody, np. przez wskazanie działań zgodnych z Wojewódzkim Planem Transformacji, zabezpieczenie środków na restrukturyzację zatrudnienia (przynajmniej wytycznych związanych z łączeniem oddziałów, przepisów przejściowych związanych z zatrudnieniem personelu w restrukturyzowanych podmiotach), wskazanie potencjalnych źródeł finansowania koniecznych remontów, adaptacji pomieszczeń po likwidowanych oddziałach, itp.	
86.	AOTMiT	uwaga ogólna	1) dodanie w art. 2 projektu ustawy dodatkowego punktu w brzmieniu: <i>„...) po art. 59b dodaje się art. 59c w brzmieniu:</i> <i>„Art. 59c. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwanej dalej „Agencją” prowadzenie analiz dotyczących sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów leczniczych i jakości zarządzania tymi podmiotami oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 i art. 88a, oraz ich realizacji.</i> <i>2. Agencja przygotowuje analizy, o których mowa w ust. 1 w terminie nie krótszym niż 3 miesiące, z zastrzeżeniem ust. 3.</i> <i>3. W przypadku otrzymania przez Agencję zleceń ministra właściwego do spraw zdrowia dotyczących przeprowadzenia analiz, o których mowa w ust. 1, w liczbie przewyższającej 50 analiz w okresie 3 miesięcy, termin na przygotowanie tych analiz przez Agencję wynosi nie mniej niż 5 miesięcy.</i> <i>4. Prezes Agencji przekazuje analizy, o których mowa w ust. 1 niezwłocznie po ich przygotowaniu do ministra właściwego do spraw zdrowia.”</i> Uzasadnienie W związku z przyznawaniem Agencji nowego zadania ustawowego dotyczącego prowadzenia analiz dotyczących sytuacji ekonomiczno-finansowej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 i art. 88a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), oraz ich realizacji, zasadne jest dodanie w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) przepisu materialnego określającego podmiot zlecający realizację zadania dotyczącego przygotowania analiz oraz minimalny termin na przygotowanie analiz przez Agencję. Jest to szczególnie istotne ze względu na możliwą kumulację terminów przekazania programów naprawczych w końcowych terminach ustawowych, co może spowodować niewydolność Agencji z uwagi na liczbę jednocześnie analizowanych planów. 2) dodanie w art. 2 projektu ustawy dodatkowego punktu w brzmieniu: <i>„...) po art. 59c dodaje się art. 59d w brzmieniu:</i> <i>Art. 59d. 1. Agencja jest upoważniona do gromadzenia i przetwarzania:</i> <i>1) 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 2023 r. poz. 2465),</i> <i>2) programów naprawczych, a także zmian i kwartalnych aktualizacji tych programów,</i>	Uwaga uwzględniona

		3) sprawozdań rocznych i końcowych z realizacji programu naprawczego, 4) analiz, o których mowa w art. 59 ust. 5, 5) stanowisk, o których mowa w art. 59a ust. 2 i 3, 6) rocznych sprawozdań finansowych, sprawozdań z badania, jeżeli podlegały one badaniu, odpisu 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 2023 r. poz. 120, 295 i z 2024 r. 619), 7) innych danych dotyczących funkcjonowania podmiotów leczniczych, ich sytuacji operacyjnej i ekonomiczno-finansowej, w tym informacji dotyczącej wdrożenia standardu rachunku kosztów zgodnie z rozporządzeniem, o którym mowa w art. 31lc ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.); 8) danych dotyczących bezpośrednich i pośrednich kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 31lc ust.8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.); 9) danych o zasobach kadrowych, sprzętowych, diagnostycznych i lokalowych podmiotów leczniczych; w celu realizacji zadań określonych w art. 31n pkt 1-1b, 2b -2c, 4b, 4e i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.) oraz w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia. 2. Jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia zapewnia Agencji dostęp do danych, o których mowa w art. 23 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia w sposób ciągły. 3. Kierownik podmiotu leczniczego jest obowiązany do nieodpłatnego przekazania danych, o których mowa w ust. 1 pkt 3-8, na wezwanie Agencji w trybie, formie i terminach określonych przez Agencję. Kierownik podmiotu leczniczego jest obowiązany do przekazania programu naprawczego w terminie 7 dni od dnia jego zatwierdzenia przez podmiot tworzący. 4. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia udostępnia Agencji dane, o których mowa w ust.1 pkt 9 w trybie, formie i terminach określonych przez Agencję. 5. Organy administracji rządowej i samorządowej, państwowe i samorządowe osoby prawne, państwowe i samorządowe jednostki organizacyjne, związki jednostek samorządu oraz podmioty lecznicze, o których mowa w ust. 1 są obowiązane współdziałać z Agencją, nieodpłatnie udostępniać Agencji informacje, dane i dokumenty w trybie, formie i terminach określonych przez Agencję oraz udzielać Agencji pomocy przy realizacji zadania określonego w art. 31n pkt 4e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 i 858). 6. Agencja przetwarza dane osobowe w zakresie niezbędnym do realizacji zadań określonych w art. 31n pkt 1-1b, 2b -2c, 4b, 4e i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o	
--	--	--	--

		<i>świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 146 i 858) oraz w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia.</i> Uzasadnienie W związku z przyznaniem Agencji nowego zadania ustawowego dotyczącego prowadzenia analiz dotyczących sytuacji ekonomiczno-finansowej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 i art. 88a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), oraz ich realizacji, zasadne jest określenie katalogu danych i dokumentów jakie Agencja będzie mogła przetwarzać i pozyskiwać od podmiotów leczniczych, Narodowego Funduszu Zdrowia i Centrum E- Zdrowie. Tymi danymi i dokumentami są dane, 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 2023 r. poz. 2465), oraz dane dotyczące funkcjonowania podmiotów leczniczych, ich sytuacji operacyjnej i ekonomiczno-finansowej, a także programy naprawcze, zmiany w programach naprawczych, kwartalne aktualizacje programów naprawczych, sprawozdania roczne z realizacji programu naprawczego, sprawozdania końcowe z realizacji programu naprawczego, analizy, o których mowa w art. 59 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz stanowiska, o których mowa w art. 59a ust. 2 i 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz sprawozdania finansowe, a także dane dotyczące bezpośrednich i pośrednich kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i dane o zasobach kadrowych, sprzętowych, diagnostycznych i lokalowych podmiotów leczniczych. Przedmiotowe dane i dokumenty będą mogły być przetwarzane przez Agencję w celu realizacji zadań określonych w art. 31n pkt 1-1b, 2b -2c, 4b, 4e i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia. Kierownik podmiotu leczniczego zobowiązany będzie do przekazywania na wezwanie Agencji ww. danych i dokumentów. W celu kompleksowej analizy część danych należy zbierać z wielu źródeł, aby je ze sobą konfrontować w celu identyfikacji nieścisłości, aby zapewnić dostęp danych należytej jakości na potrzeby analiz Agencji, poprzez zapewnienie staranności w przekazywaniu danych, których jakość będzie mogła być kwestionowana na bazie informacji z innych źródeł. Organy administracji rządowej i samorządowej, państwowe i samorządowe osoby prawne, państwowe i samorządowe jednostki organizacyjne, związki jednostek samorządu są niejednokrotnie organami założycielskimi lub nadzorczymi nad podmiotami leczniczymi i również dysponują ww. zakresem danych niezbędnych do analiz Agencji. Nieuwzględnienie przedmiotowych uwag Agencji, które zostały pozytywnie rozpatrzone na etapie konsultacji publicznych, w ostatecznym projekcie ustawy utrudni realizację nowych zadań Agencji związanych z prowadzeniem analiz dotyczących sytuacji ekonomiczno-finansowej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 i art. 88a ustawy z	
--	--	--	--

			dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), oraz ich realizacji. 3) zmiana części wspólnej przed wyliczeniem zawartej w dodawanym art. 88b do ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) poprzez nadanie jej następującego brzmienia: „Art. 88b. Do programu naprawczego, o którym mowa w art. 88a, stosuje się odpowiednio przepisy art. 59 ust. 5–7, art. 59a, art. 59b, 59c i 59d z tym że określone w tych przepisach prawa i obowiązki:” Uzasadnienie W przypadku uwzględnienia uwag Agencji dotyczących dodania art. 59c i art. 59d w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) zasadna jest również zmiana art. 88b przedmiotowej ustawy poprzez dodanie w nim odesłania do art. 59c i art. 59d ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799).	
87.	Konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii dziecięcej dla Woj. Opolskiego	Uwaga ogólna	Konsolidacji zdecydowanie powinny podlegać podmioty wykonujące planową diagnostykę oraz leczenie w trybie planowym. Natomiast podmioty lecznicze takie jak np. pracownie interwencji kardiologicznej czy oddziały udarowe oraz rozbudowane SOR-y powinny być w miarę możliwości gęsto rozmieszczone. Pacjentów z zawałem mięśnia sercowego czy też z udarem mózgu nie można transportować na duże odległości. Należy u nich jak najszybciej rozpocząć leczenie. Dlatego podmioty realizujące świadczenia w tych zakresach powinny funkcjonować w ramach rozbudowanych SOR-ów. Należy ukształtować tak przepisy prawa, żeby podmioty dążyły do konsolidacji z wyjątkiem tych, które powinny być blisko pacjenta.	Uwaga niezasadna Z uwagi na konieczności zapewnienia właściwej dostępności oraz bezpieczeństwa i jakości udzielanych świadczeń w kontekście zasady równego dostępu do świadczeń, proces konsolidacyjny powinien obejmować wszystkie profile szpitalne.
88.	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	Uwagi ogólne	Zamiany dotyczące procedury IOWISZ W ocenie Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych zmiany systemu ochrony zdrowia winny odnosić się także do ułatwienia realizacji inwestycji, o których mowa w art. 95d ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Zmiany winny skutkować uproszczeniem procedur oraz przyspieszeniem rozpoznawania wniosków składanych w ramach procedury opiniowania o celowości inwestycji. Opiniowana ustawa nie zawiera postanowień w tym przedmiocie, co w kontekście aktualnych potrzeb Państwa (w zakresie konieczności wykorzystania środków z KPO) oraz potrzeb podmiotów leczniczych (w zakresie uproszczenia procedur opiniowania inwestycji i pozyskania środków pieniężnych w możliwie krótkim czasie) powinno zostać zmienione. Zmian wymaga w szczególności art. 95g ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych w zakresie określenia terminu na wydanie opinii. W ocenie Związku próg kwalifikacji inwestycji pod względem objęcia jej procesem opiniowania w zakresie jej celowości, ustalony na poziomie 2 000 000 zł jest zbyt niski. Do procedury opiniowania kwalifikowane są inwestycje o niskiej wartości kosztorysowej, niemające istotnego znaczenia w kontekście optymalnego wykorzystania środków	Uwagi niezasadne Propozycje wykraczają poza zakres projektowanej ustawy.

		publicznych i dostosowania inwestycji w sektorze zdrowia publicznego do rzeczywistych potrzeb społeczeństwa. Z tego względu próg kwalifikowalności inwestycji powinien zostać ustalony na poziomie kwoty 10 000 000 zł. Niewątpliwie określenie progu kwalifikowalności inwestycji na wyższym poziomie niż dotychczasowy umożliwi urealnienie wartości tego progu, który pozostaje na niezmiennym poziomie od dłuższego już czasu. Zgodnie z art. 139a ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych <i>W postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mają być wykonywane z wykorzystaniem inwestycji, w przypadku której wydaje się opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, może wziąć udział wyłącznie świadczeniodawca, który zrealizował tę inwestycję na podstawie pozytywnej opinii. W przypadku braku takiej opinii świadczeniodawca może wziąć udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po upływie 5 lat od dnia, w którym została wydana decyzja o pozwoleniu na użytkowanie, a w przypadku inwestycji, w odniesieniu do której nie jest wymagane uzyskanie pozwolenia na użytkowanie, od dnia przystąpienia do użytkowania tej inwestycji.</i> W ocenie Związku zmiana ustawowa winna także zostać wprowadzona w zakresie bardziej elastycznego określenia terminu braku możliwości wzięcia udziału w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wskazać należy, że aktualnie obowiązujący przepis nie różnicuje w zakresie skutku prawnego braku możliwości wzięcia udziału w postępowaniu przez 5 lat w zależności od „zawinienia” którego skutkiem było nieuzyskanie pozytywnej opinii. Przyczyny nieuzyskania pozytywnej opinii mogą być zróżnicowane i winny być w sposób zróżnicowany oceniane w kontekście ewentualnej „kary” w postaci braku możliwości przystąpienia do postępowania o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez określony czas. Z tego względu okres braku możliwości wzięcia udziału w postępowaniu winien zostać ustalony na okres od 2 do 5 lat. Decyzja o określeniu tego okresu byłaby wydawana w ramach opiniowania i podlegałaby zaskarżeniu w trybie przewidzianym w art. 95j ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Zamiany dotyczące procedury wyceny świadczeń zdrowotnych Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych wskazuje, że czynnikiem niezbędnym do prowadzenia reformy ochrony zdrowia jest prawidłowa wycena świadczeń zdrowotnych i jej aktualizacja. Aktualizacja wyceny świadczeń zdrowotnych może być realizowana z zastosowaniem mechanizmu pośredniej waloryzacji wysokości wynagrodzenia jakie otrzymują świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej. Aktualnie obowiązujące przepisy prawa (w tym art. 31ha ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) nie obligują organów administracji publicznej do dokonania analizy zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Taka analiza jest realizowana przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na zlecenie Ministra Zdrowia, w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania świadczeń	
--	--	--	--

			zdrowotnych. Brak obligatoryjności dokonania analizy oraz połączenie jej z nadzwyczajnym wzrostem, czyni omawianą regulację dalece nieadekwatną do warunków zmieniającego się otoczenia gospodarczego.	
--	--	--	---	--

ZESTAWIENIE NIEUWZGLĘDNIONYCH UWAG ZGŁOSZONYCH W RAMACH OPINIOWANIA
projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw UD71
(w wersji skierowanej do konsultacji publicznych i opiniowania w dniu 9 sierpnia 2024 r.)

Lp.	Zgłaszający uwagę	Część projektu	Treść uwagi	Stanowisko MZ
1.	Narodowy Fundusz Zdrowia	art. 1 pkt 6	W odniesieniu natomiast do nowelizowanego art. 95m ust. 6 pkt 1 ustawy o świadczeniach, zasadne wydaje się dodatkowo określenie w rozporządzeniu sposobu wyliczenia wskaźnika minimalnego udziału świadczeń zabiegowych. Biorąc pod uwagę, że w obowiązujących regulacjach nie ma ani definicji świadczeń zabiegowych, ani ich wykazu, dodatkowe określenie w rozporządzeniu, jakie świadczenia są uwzględniane przy obliczaniu wskaźnika udziału i które z nich należy uznać za świadczenia zabiegowe w danym profilu kwalifikującym, pozwoli uniknąć wątpliwości w tym zakresie na etapie kwalifikacji.	Uwaga niezasadna Nie jest uzasadnione regulowanie w rozporządzeniu kwestii merytorycznych, takich jak katalog świadczeń zabiegowych. W celu opracowania projektu rozporządzenia zostanie powołany zespół o charakterze eksperckim, z udziałem m.in. konsultantów krajowych.
2.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	Art. 1 pkt 3	Projekt ustawy nie określa w sposób szczegółowy zadań Agencji ani etapów w procesie, w ramach których zadania te miałyby być realizowane. W projekcie ustawy określono zadanie Agencji w sposób ogólny, tj. <i>prowadzenie analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), oraz ich realizacji. Z kolei w prezentacji Ministerstwa Zdrowia pt. „Zmiana systemowa koncepcja i założenia na lata 2024-2026” w części „Proces transformacji”, zadania Agencji zostały określone inaczej niż w projekcie ustawy. Zgodnie z informacjami w tej prezentacji Agencja miałaby odpowiadać za:</i> – akceptację zatwierdzonego planu naprawczego, – kwartalne monitorowanie realizacji programów naprawczych, – roczne monitorowanie realizacji programów naprawczych w oparciu o sprawozdanie rocznego programu naprawczego, – akceptację po przejściu pełnej ścieżki programu naprawczego warunkującą otrzymanie przez szpital pakietu wsparcia doraźnego lub pakietu wsparcia długoterminowego, – nadzór i ocenę procesu realizacji programu naprawczego i bilansowania szpitala przez okres 10 lat. Przedmiotowe zadania Agencji ani procesy z nimi związane nie zostały zawarte w projekcie ustawy.	Uwaga niezasadna Sformułowania użyte w odnośnym przepisie są wystarczająco precyzyjne.
3.	Agencja Oceny Technologii		Po pkt 3 dodać pkt 3a w brzmieniu: „3a) w art. 31o ust. 2 po pkt 1j dodaje się pkt 1k w brzmieniu:	Uwaga niezasadna

	Medycznych i Taryfikacji		<i>„1k) prowadzenie analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), oraz ich realizacji;”;</i>	Sformułowane w tym przepisie zadanie zostało już dodane w art. 31n jako zadanie Agencji.
4.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji		Po pkt 3a dodać pkt 3b w brzmieniu: <i>„3b) w art. 31t ust. 5 po pkt 5 dodaje się pkt 6 w brzmieniu: „6) liczby zadań Agencji określonych w art. 31n oraz ich zakresu w roku poprzednim;”;</i> W związku z przyznawaniem Agencji nowych zadań ustawowych, w tym zadania dotyczącego prowadzenia analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), oraz ich realizacji, zasadne jest rozszerzenie katalogu przesłanek na podstawie których ustalana jest przez Prezesa Agencji wielkość odpisu dla Agencji. Dodatkowym kryterium powinna być liczba zadań Agencji określonych w art. 31n ustawy o świadczeniach oraz ich zakres w roku poprzednim.	Uwaga niezasadna
5.	Wojewoda Opolski	uwaga ogólna	W dokumencie brak kryteriów konsolidacji szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz zmiany szpitalnego oddziału ratunkowego na izbę przyjęć (są ogólne zapisy – str. 9 art 1, p .16, pp5 i str.17 art 8 p. 3). Znaczna część szpitali ze szpitalnymi oddziałami ratunkowymi nie spełnia wymogów ich prowadzenia sytuacja w pewnym sensie analogiczna jak w przypadku oddziałów położniczych; Konsolidacja umożliwi koncentrację rzeczywistych całodobowych świadczeń ratujących życie i zdrowie.	Uwaga niezasadna Liczba i rozmieszczenie SOR jest materiały przepisów o ratownictwie medycznym, ściślej tworzonych na ich podstawie Wojewódzkich Planów Działania Systemu PRM. Uwaga wykracza poza zakres projektowanej regulacji.
6.	Wojewoda Lubelski	art. 1 pkt 16	Projektowany przepis może utrudnić realizację przez wojewodów posiadanych kompetencji w zakresie planowania, organizowania, koordynowania i nadzoru nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne w województwie. Jednym z elementów wspomnianych uprawnień jest określanie przez wojewodów w Wojewódzkich Planach Działania Systemu PRM (dalej: „Plan”) liczby i rozmieszczenia na obszarze województwa funkcjonujących oraz planowanych do utworzenia szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR). Natomiast projektowany przepis, zakładając możliwość dokonania przez Prezesa NFZ zmiany w umowie polegającej na zastąpieniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnej izbie przyjęć (IP) na udzielenie świadczeń na SOR (i odwrotnie), prowadzić mogłoby do sytuacji, w której realna liczba SOR w województwie mogłaby być niezgodna z określoną w <i>Planie</i> .	Uwaga niezasadna Zgodnie z projektowanym przepisem o zamianie SOR na IP w umowie PSZ decydować będzie Prezes NFZ. Jest oczywiste, że przy podejmowaniu decyzji ws. wniosku świadczeniodawcy będzie on brał pod uwagę m.in. Wojewódzki Plan Działania Systemu PRM.

			Nowe brzmienie art. 159a ust. 5 ustawy o świadczeniach mówi jedynie o zmianie w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1 tej ustawy, nie odnosząc się w żaden sposób ani do <i>Planu</i>, ani do samego faktu, że szpitalny oddział ratunkowy jest szczególną komórką organizacyjną szpitala, będąc jednocześnie jednostką systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Dokonywanie zmiany SOR na IP (i odwrotnie) w trybie określonym w projektowanym przepisie, bez jasnych wytycznych dla systemu PRM, mogłoby także utrudnić dyspozytorom medycznym, wojewódzkim koordynatorom ratownictwa medycznego oraz zespołom ratownictwa medycznego identyfikację podmiotów, do których powinny trafiać osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Dodatkowo wskazać należy, że poza konsultowanym projektem, procedowana jest także nowelizacja <i>ustawy o PRM</i>¹. Nowelizacja ta, przynajmniej w wersji przekazanej do konsultacji publicznych, zakłada zaostrożenie wymogów dotyczących określania w <i>Planie</i> ilości i rozmieszczenia w województwie SOR – jeden szpitalny oddział ratunkowy zabezpieczać miałby obszar nie większy niż obszar zamieszkały przez 200 tys. mieszkańców, pozwalający na dotarcie zespołu ratownictwa medycznego z miejsca zdarzenia do tego oddziału w czasie nie dłuższym niż 45 minut. Zakładając, że zapisy obu nowelizowanych ustaw wejdą w życie powstanie sytuacja, w której wojewoda może nie być w stanie wykonać ustawowych zadań w zakresie systemu PRM, a podmioty uczestniczące w tym systemie mogą mieć problem z ustaleniem pierwszeństwa stosowania właściwych przepisów obu procedowanych ustaw. W tym stanie rzeczy zasadnym wydaje się zamieszczenie w analizowanej nowelizacji tak sformułowanych zapisów dotyczących zastąpienia udzielania świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym na szpitalną izbę przyjęć, aby ich realizacja nie wpłynęła negatywnie na dostępność do świadczeń ratunkowych dla pacjentów w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia, a wojewoda otrzymał jasne wytyczne odnośnie organizowania systemu PRM w województwie.	
7.	Wojewoda Lubuski	uwaga ogólna	Propozycja uwzględnienia zmian w opiniowanym projekcie ustawy w zakresie uzyskiwania przez podmioty lecznicze opinii o celowości inwestycji w ochronie zdrowia, o której mowa w art. 95d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Podmioty lecznicze, które chcą wziąć udział w konkursach o dofinansowanie inwestycji ze środków publicznych/europejskich ubiegają się o uzyskanie opinii o celowości inwestycji w ochronie zdrowia. Natomiast pozytywna opinia, a nawet dofinansowanie inwestycji ze środków publicznych/europejskich (nawet przez Ministerstwo Zdrowia) nie daje podmiotowi leczniczemu gwarancji, że podmiot uzyska od NFZ finansowanie świadczeń związanych z przedmiotową inwestycją. W procesie opiniowania wniosków IOWISZ, Narodowy Funduszu Zdrowia asekurowuje się opiniując poszczególne kryteria oceny inwestycji z uzasadnieniem, że „zawieranie umów przez NFZ odbywa się w trybie	Uwaga niezasadna Propozycja wykracza poza zakres projektowanej ustawy.

			konkursu ofert i nie ma gwarancji zawarcia umowy i finansowania świadczeń ze środków publicznych”. Brak gwarancji finansowania ze strony NFZ może zniechęcać kierowników podmiotów leczniczych do realizacji inwestycji, ponieważ może to grozić oskarżeniem o nieracjonalne wydatkowanie środków publicznych. Należy zwrócić uwagę, że jednym z kryteriów oceny wniosków IOWISZ jest kryterium zawierające pytanie „czy inwestycja doprowadzi do przekierowania strumienia finansowego płatnika publicznego, zgodnie z krajowym lub wojewódzkim planem transformacji?” Jednocześnie, plany transformacji nie wymagają od NFZ wskazywania propozycji przekierowania strumienia finansowego płatnika publicznego. Takie wyłączenia powodują, że podmiot leczniczy nie może uzyskać ani gwarancji zapewnienia finansowania świadczeń realizowanej inwestycji, ani uzyskać informacji o alternatywnych możliwościach NFZ w zakresie ewentualnego przekierowania strumienia finansowego. Z uwagi na planowane uruchomienie środków z KPO oraz związane z tym prognozowane zwiększenie liczby wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji, w celu zminimalizowania ryzyka nieefektywnego wydatkowania środków publicznych, proponuje się rozważenie możliwości i zasadności zmian polegających na: 1) nałożeniu na NFZ obowiązku zagwarantowania finansowania świadczeń związanych z inwestycjami, na realizację których NFZ wyda pozytywne opinie; 2) możliwości włączenia do planów transformacji obowiązku wskazania przez NFZ kierunków przekierowania środków finansowych.	
8.	Wojewoda Mazowiecki	uwaga ogólna	Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty w art. 16f ust. 3 pkt 3 zobowiązuje lekarzy do co najmniej 6 miesięcy szkolenia specjalizacyjnego odbywanego w szpitalu pierwszego lub drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego, w zakresie stażu podstawowego ujętego w module podstawowym z chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych i pediatrii. W związku z powyższym w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty proponuje się uchylene art. 16f ust. 3 pkt. 3 oraz art. 16j. ust. 6 (wejście w życie z dniem 1 stycznia 2027).	Uwaga niezasadna W powołanym przepisie mowa jest o „szpitalu pierwszego lub drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego”. W ustawie o zawodzie lekarza brak jest jakiegokolwiek odesłania do przepisów art. 95l-95n ustawy o świadczeniach, w związku z czym brak podstaw do przyjęcia, że użyty we wskazanym przepisie termin odnosi się do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.
9.	Wojewoda Łódzki	art. 1 pkt 9	Wspomniany w treści art. 136 ust. 2 w pkt 3, art. 139a stanowi, że: „W postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mają być wykonywane z wykorzystaniem inwestycji, w przypadku której wydaje się opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, może wziąć udział wyłącznie świadczeniodawca, który zrealizował tę inwestycję na podstawie pozytywnej opinii. W przypadku braku takiej opinii świadczeniodawca może wziąć udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po upływie 5 lat od dnia, w którym została	Uwaga niezasadna Proponowana zmiana redakcyjna jest zbędna.

			wydana decyzja o pozwoleniu na użytkowanie, a w przypadku inwestycji, w odniesieniu do której nie jest wymagane uzyskanie pozwolenia na użytkowanie, od dnia przystąpienia do użytkowania tej inwestycji”. Wydaje się zasadnym, aby w treści art. 136 ust. 2 w pkt 3 odnosić się bezpośrednio do art. 95d ust. 1 w stwierdzeniu: „w sytuacji braku pozytywnej opinii, o której mowa w art. [...]”, zamiast do art. 139a, który i tak odsyła do art. 95d ust. 1, odnosząc się do opinii o celowości inwestycji (bezpośrednie odniesienie się do art. 95d ust. 1 jest również w proponowanych do dodania: art. 136 ust. 3 oraz 139a ust. 2, w opiniowanym projekcie ustawy zmieniającej).	
10.	Wojewoda Opolski	uwaga ogólna	Dokument nie zawiera zapisów zmiany formy prawnej spzoz na spółkę publiczną, jako jednej z dróg restrukturyzacji. Forma prawna spzoz jest mało plastyczna; funkcjonowanie spółek publicznych reguluje kodeks spółek handlowych. Obligatoryjne przekształcenie spzoz-ów w spółki publiczne ze 100% udziałem sektora publicznego; w przypadku szpitali klinicznych – ew. zakłady budżetowe uczelni	Uwaga niezasadna Obowiązujące przepisy zmienianej ustawy dopuszczają przekształcenie SPZOZ w spółkę kapitałową. Aktualnie nie ma planów zniesienia SPZOZ, jako formy organizacyjno-prawnej.
11.	Wojewoda Podkarpacki	art. 2	Odnosząc się do zapisów projektu ustawy, której wejście w życie przewidziano już od 1 stycznia 2025 r., istotnym jest zwrócenie uwagi, że dodany do ustawy o działalności leczniczej nowy art. 59a ust. 1 pkt 2 oraz ust.3 przewiduje wydawanie przez wojewodów oceny programów naprawczych SP ZOZ-ów pod kątem zgodności z mapą potrzeb zdrowotnych lub krajowym planem transformacji, lub wojewódzkim planem transformacji. Na wydanie opinii określono 14-dniowy termin, który w kontekście istotnej wagi spraw oraz możliwości złożenia wielu takich wniosków jednocześnie może być zbyt krótki do właściwej oceny merytorycznej przedłożonych materiałów. Z kolei dodawane do ustawy o działalności leczniczej art.59a ust.5 i art.59b ust. 2, w kontekście sprawowania przez wojewodę nadzoru nad działalnością organów jednostek samorządu terytorialnego i związków jednostek samorządu terytorialnego spowoduje, że badanie uchwał organów stanowiących j.s.t. i związków j.s.t. o zatwierdzeniu programu naprawczego a następnie sprawozdań z ich realizacji będzie bardzo mocno utrudnione. Należy mieć na uwadze, że badanie uchwał jest możliwe jedynie pod kątem zgodności z prawem czyli zastosowaniu kryterium legalności a nie obejmuje kryteriów celowości, gospodarności czy zasadności. Obszerność programu i objęcie nim wielu działań dostosowujących z różnych obszarów jak finanse, gospodarka majątkiem, sprawy kadrowe i pracownicze, w kontekście badania ich zgodności z merytorycznymi przepisami, może nie pozwolić na merytoryczną ocenę podejmowanych uchwał w zakreślonym ustawami ustrojowymi 30- dniowym terminie. Praktyczną wadą proponowanych przepisów może być również negatywny odbiór społeczny opinii odmawiających zatwierdzenia planów restrukturyzacyjnych wypracowanych przez przedstawicieli lokalnych społeczności czy kwestionowanie badanych uchwał.	Uwaga niezasadna Wydłużenie terminu na wydanie opinii przez wojewodę wydłużyłoby całą procedurę opiniowania, zatwierdzania i wdrażania planów. Wojewoda bada uchwały organów stanowiących jednostek samorządu terytorialnego pod względem legalności, nie ocenia tych uchwał pod względem merytorycznym.

12.	Wojewoda Warmińsko-Mazurski	art. 2 pkt 1	Należałoby zmienić treść art. 6 ustawy o działalności leczniczej z uwagi na to, że obowiązujące przepisy ustawy o działalności leczniczej nie dopuszczają możliwości utworzenia podmiotu leczniczego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej łącznie przez jednostkę samorządu terytorialnego lub związek jednostek samorządu terytorialnego wraz z uczelnią medyczną.	Uwaga niezasadna Dodany w art. 6 ust. 2a zmienianej ustawy (w art. 2 pkt 1 ustawy zmieniającej) umożliwia związkowi jednostek samorządu tworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.
13.	Wojewoda Warmińsko-Mazurski	art. 2 pkt 5	Należy uzupełnić delegację do ustalenia wzoru programu naprawczego dla spzoz o kryterium uwzględniające specyfikę szpitala.	Uwaga niezasadna Wzór programu naprawczego będzie miał charakter uniwersalny.
14.	Wojewoda Śląski	art. 2 ust. 6	W art. 59a ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej należy rozszerzyć grupę podmiotów, do których przekazywany jest program naprawczy w odniesieniu do podmiotów leczniczych, których zasięg oddziaływania jest ponadregionalny. Jeżeli zasięg oddziaływania danego podmiotu leczniczego jest szerszy niż teren jednego województwa program naprawczy powinien być przekazywany do Ministra Zdrowia celem zajęcia stanowiska w zakresie oceny dostosowania działalności SPZOZ do mapy potrzeb zdrowotnych oraz krajowego planu transformacji.	Uwaga niezasadna W przypadku, gdy SPZOZ działa na terenie więcej, niż jednego województwa przekazuje plan naprawczy do zaopiniowania każdemu wojewodzie i każdemu dyrektorowi OW NFZ.
15.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	art. 12	W art. 12 projektu ustawy dotyczącym terminu wejścia w życie ustawy proponuje się następujące zmiany: 1) pkt 1 nadać następujące brzmienie: „1) art. 2 pkt 5 i 6, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2025 r.;” 2) po pkt 1 dodać pkt 1a w następującym brzmieniu: „1a) art. 1 pkt 2 i 3-3b oraz art. 2 pkt 6a i 6b, które wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2025 r.;” W związku z koniecznością podjęcia działań przygotowawczych przez Agencję dotyczących zatrudnienia osób do realizacji nowego zadania dotyczącego prowadzenia analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych oraz ich realizacji, przygotowania po stronie Agencji narzędzi do pozyskiwania danych od innych podmiotów, przygotowania się podmiotów zobowiązanych do przekazywania danych, a także ustaleniem w Agencji kompleksowej metodyki przygotowywania ww. analiz, zasadne jest określenie terminu wejścia w życie przepisów dotyczących tego zadania na 1 lipca 2025 r. zamiast 1 stycznia 2025 r.	Uwaga nieuwzględniona

16.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	OSR	W związku z przyznaniem Agencji nowego zadania ustawowego dotyczącego prowadzenia analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), oraz ich realizacji, zasadne jest zwiększenie zatrudnienia w Agencji. Tym samym zwiększą się dochody Agencji i wydatki ogółem. 1) części pt. „źródła finansowania” nadać następujące brzmienie: <i>„Projektowane zmiany nie spowodują skutków finansowych dla budżetu państwa oraz jednostek samorządu terytorialnego. Projektowane zmiany będą miały wpływ na Narodowy Fundusz Zdrowia z uwagi na konieczność przekazania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji odpisu w wysokości zapewniającej pokrycie kosztów na dodatkowe etaty związane z realizacją zadania dotyczącego przygotowywania analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), oraz ich realizacji.”</i> W związku z przyznaniem Agencji nowego zadania ustawowego dotyczącego prowadzenia analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), oraz ich realizacji, konieczne jest zwiększenie zatrudnienia w Agencji, a co za tym idzie, proporcjonalnego zwiększenia środków finansowych na realizację zadań przez Agencję. Zwiększenie zatrudniania w Agencji skutkować będzie potrzebą zwiększenia odpisu dla Agencji. Tym samym projekt ustawy będzie miał wpływ na Narodowy Fundusz Zdrowia. części pt. „Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń” nadać brzmienie: <i>„Wynagrodzenia dla nowych pracowników Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji realizujących zadanie związane z dokonywaniem analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), oraz ich realizacji, będą finansowane z przychodów Agencji uzyskiwanych z odpisu dla Agencji. Odpis dla Agencji otrzymywany jest przez Agencję z Narodowego Funduszu Zdrowia i pochodzi ze składek na powszechnie</i>	Uwaga nieuwzględniona
-----	--	-----	---	-----------------------

			<i>ubezpieczenie zdrowotne. Planowane jest zwiększenie zatrudnienia w Agencji w wymiarze 20 etatów.</i> W związku z przyznaniem Agencji nowego zadania ustawowego dotyczącego prowadzenia analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), oraz ich realizacji, zasadne jest zwiększenie zatrudnienia w Agencji.	
17.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	uwagi ogólne	Ponadto Agencja zgłasza poniżej inne dodatkowe propozycje zmian legislacyjnych, które mogłyby zostać dodane do przedmiotowego projektu ustawy, w tym usprawniające realizację nowego zadania Agencji dotyczącego prowadzenie analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty, w tym analiz dotyczących programów naprawczych. W przypadku nieuwzględnienia poniższych propozycji zmian legislacyjnych w przedmiotowym projekcie ustawy, Agencja zwraca się z prośbą o ich zamieszczenie w innym procedowanym przez Ministerstwo Zdrowia projekcie ustawy. Przedmiotowe zmiany są istotne z punktu widzenia zadań wykonywanych przez Agencję i służyć będą usprawnieniu ich realizacji. (...)	Uwagi niezasadne Propozycje wykraczają poza zakres projektowanej ustawy.
18.	Urząd Miasta Grudziądza	art. 2	Art. 59 ust. 4: „4. <i>Jeżeli w sprawozdaniu finansowym wystąpiła strata netto kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego, sporządza na okres nie dłuższy niż 3 lata program naprawczy (...)</i> Proponujemy dodanie następującej treści: „<i>Jeżeli samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej realizuje zatwierdzony program naprawczy, a strata netto w okresie objętym programem naprawczym jest niższa lub równa w relacji do straty przyjętej w obowiązującym programie naprawczym, to wówczas kierownik spzoz może odstąpić od sporządzenia kolejnego programu naprawczego.</i>” Art. 59b ust. 1 „<i>Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przedkłada podmiotowi tworzącemu: 1) sprawozdanie roczne z realizacji programu naprawczego w terminie 14 dni od zakończeniu każdego roku obrotowego realizacji programu; 2) sprawozdanie końcowe z realizacji programu naprawczego w terminie 14 dni po upływie okresu, na jaki sporządzono program.</i>” Proponujemy następującą zmianę: „<i>Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przedkłada podmiotowi tworzącemu: 1) sprawozdanie roczne z realizacji programu naprawczego w terminie 60 dni od zakończeniu każdego roku obrotowego realizacji programu; 2) sprawozdanie końcowe z realizacji programu naprawczego w terminie 60 dni po upływie okresu, na jaki sporządzono program.</i>”	1) Uwaga niezasadna – SPZOZ realizuje jeden program naprawczy; w razie wystąpienia w kolejnym roku straty netto aktualizuje program w ramach cokwartalnego przeglądu 2) Uwaga uwzględniona – termin został wydłużony do 60 dni
19.	Narodowy Fundusz Zdrowia	art. 3	Modyfikacji wymaga dodawany art. 35 ust. 1 pkt 5 ustawy o SIOS (art. 3 pkt 4 lit. c projektu) – nie jest bowiem jasne, jak należy interpretować użyte w tym przepisie	Uwaga bezzasadna

			wyrażenie „w związku ze sprawowaniem opieki onkologicznej”. Należy zauważyć, że opieka onkologiczna jest zdefiniowana w ustawie z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej i nie obejmuje świadczeń udzielanych osobom poniżej 18. Roku życia oraz diagnostyki i leczenia nowotworów krwi, które to świadczenia są obsługiwane w ramach karty DiLO. Przyjęcie zaproponowanego brzmienia ograniczyłoby wgląd do kart wystawionych poza KSO.	Przepis wskazuje formę alternatywy łącznej „lub”.
20.	Wojewoda Łódzki	art. 3	W art. 3 projektu ustawy zmieniającej z dnia 9 sierpnia 2024 r. (w części wprowadzającej zmiany w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹): • w pkt 1, sformułowanie: „13) generowanie i obsługę kart diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 39 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej.”, należy zastąpić sformułowaniem: „13) generowanie i obsługę karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 39 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej.”; • w pkt 2 zmienia się brzmienie art. 11 a ust. 1 na następujące: „1. System Krajowej Sieci Onkologicznej stanowi moduł SIM umożliwiający generowanie i obsługę karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 39 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej oraz raportów o poziomie jakości opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, o których mowa w ustawie z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, a także koordynację opieki onkologicznej.”. Odnosząc się do wyróżnionego fragmentu, można jego brzmienie zmienić, wskazując konkretny przepis w ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej, który mówi o terminie sporządzania rocznych raportów o poziomie jakości opieki onkologicznej generowanych z systemu KSO oraz ich zawartości (art. 26 ust. 1 pkt 3). <u>Proponowane brzmienie art. 11 a ust. 1:</u> „1. System Krajowej Sieci Onkologicznej stanowi moduł SIM umożliwiający generowanie i obsługę karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 39 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej oraz raportów o poziomie jakości opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, o których mowa w art. 26 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, a także koordynację opieki onkologicznej.”. • w pkt 3, sformułowanie: „12) generowania i obsługi kart diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 39 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej.”, należy zastąpić sformułowaniem: „12) generowania i obsługi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 39 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej.”	Uwaga częściowo uwzględniona w zakresie formy gramatycznej karty DILO. W zakresie doprecyzowania raportów uwaga niezasadna – niezgodna z założeniami.
21.	Narodowy Fundusz Zdrowia	uwagi ogólne	Niezależnie od powyższego zwracam się z prośbą o objęcie zakresem procedowanej nowelizacji zmian w ustawie o świadczeniach, umożliwiających prawidłową realizację przez NFZ ustawowych zadań: Mając na uwadze wytycznymi AOTMiT z 16 lutego 2024 r. pt. „Wytyczne do programów pilotażowych – przygotowanie i ewaluacja”, w których wskazano, że w celu zapewnienia najwyższego poziomu obiektywizmu przeprowadzanych analiz i ocen programu	Uwagi niezasadne Propozycje wykraczają poza zakres projektowanej ustawy

		pilotażowego, a także uniknięcie ewentualnych konfliktów interesów, jego ewaluacja powinna być prowadzona przez instytucję zewnętrzną lub zespół, nie natomiast instytucję realizującą ten program, w celu zapewnienia najwyższego poziomu obiektywizmu przeprowadzanych analiz i ocen programu, w ocenie NFZ konieczna jest nowelizacja art. 48e ustawy o świadczeniach w następującym zakresie: nadanie ust. 1 następującego brzmienia: „1. Program pilotażowy opracowuje, ustala, nadzoruje, kontroluje i ewaluuje minister właściwy do spraw zdrowia, a wdraża, finansuje, monitoruje Fundusz.”; dodanie po ust. 1 ust. 1a w brzmieniu: „1a. Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić zadanie związane z ewaluacją programu pilotażowego niezależnej jednostce.”. Ponownie też zwracam uwagę na konieczność wprowadzenia zmian w zakresie elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych. W opinii NFZ, z racji tego, że wybudowany przez CeZ system SMPL jest elementem architektury systemów CeZ (wykorzystuje m.in. rozwiązanie gabinet.gov.pl) należałoby zmodyfikować ww. przepisy ustawowe. Wydaje się, że najlepszym rozwiązaniem ze względu na rzeczywisty kształt teleinformatyczny wybudowanego systemu będzie wskazanie w ustawie o SIOS, że SMPL jest modulem SIM Wprowadzenie powyższych modyfikacji umożliwi prowadzenie dalszych prac nad rozwojem systemu SMPL oraz udostępnienie kolejnych rejestrów zbierających dane o pacjentach leczonych w ramach programów lekowych. System SMPL ma docelowo zastąpić system elektroniczny system monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c ustawy o świadczeniach. Wobec powyższego proponuję wprowadzenie ww. ustawach następujących zmian: 1) w ustawie o świadczeniach: a) w art. 102 ust. 5 uchylenie pkt 34; b) w art. 188 ust. 1 nadanie pkt 10 następującego brzmienia: „10) monitorowania programów lekowych, o których mowa w ustawie o refundacji;”; c) w art. 188c: - uchylenie ust. 1, ust. 2, ust. 4 pkt 1, ust. 5, ust. 6, - nadanie ust. 3 następującego brzmienia: „3. Warunkiem rozliczenia kosztów leku stosowanego w ramach programu lekowego oraz kosztów związanych z nim świadczeń opieki zdrowotnej jest prawidłowe i terminowe przekazanie danych do systemu Monitorowania Programów Lekowych, o którym mowa w art. (X) ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.”. 2) w ustawie o SIOS: a) dodanie po art. 11a, art. 11b w brzmieniu:	
--	--	---	--

			„Art. 11b. 1. System Monitorowania Programów Lekowych stanowi moduł SIM umożliwiający monitorowanie programów lekowych, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. 2. W Systemie Monitorowania Programów Lekowych przetwarza się dane w zakresie: 1) spełniania przez świadczeniobiorców kryteriów włączenia do programu lekowego; 2) kwalifikacji świadczeniobiorców do programu lekowego; 3) zastosowanej terapii, w tym sposobu podawania i dawkowania leku albo środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego; 4) monitorowania przebiegu terapii i oceny jej skuteczności; 5) terminu i przyczyny wyłączenia z programu lekowego; 6) oceny skuteczności programu lekowego. b) dodanie w art. 31c ust. 5 w brzmieniu: „5. Informacje określone w ust. 3 minister właściwy do spraw zdrowia udostępnia także Narodowemu Funduszowi Zdrowia”. Wdrożenie powyższych zmian wymaga zamieszczenia w ustawie nowelizującej przepisu przejściowego w brzmieniu: „Art. X. 1. Do czasu dostosowania System Monitorowania Programów Lekowych, o którym mowa w art. (X), do obsługi wszystkich obowiązujących w dniu wejścia w życie ustawy programów lekowych, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U.) Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia prowadzi i utrzymuje elektroniczny system monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c ust. 1 ustawy zmienianej w art. (X) w brzmieniu obowiązującym w dniu wejścia w życie ustawy. 2. Do czasu dostosowania System Monitorowania Programów Lekowych, o którym mowa w art. (X) do obsługi wszystkich obowiązujących w dniu wejścia w życie ustawy programów lekowych, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, warunkiem rozliczenia kosztów leku stosowanego w ramach programu lekowego oraz kosztów związanych z nim świadczeń opieki zdrowotnej jest prawidłowe i terminowe przekazanie danych do systemu, o którym mowa w art. 188c ust. 1 ustawy zmienianej w art. (X) w brzmieniu obowiązującym w dniu wejścia w życie ustawy.”.	
--	--	--	---	--

		W związku z wątpliwościami interpretacyjnymi, dotyczącymi w szczególności podstaw prawnych przetwarzania danych m.in. personelu medycznego w elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych (SIMP), wnoszę o rozważenie nowelizacji art. 188e ustawy o świadczeniach, w celu rozszerzenia katalogu przetwarzanych danych o dane wskazane w art. 188a oraz art. 188 ust. 4 ustawy o świadczeniach, z zastrzeżeniem celu ich przetwarzania, tj. celów wskazanych w art. 188e ust. 1. Przykładowo, katalog danych określony w ww. art. 188 ust. 4 zawiera m.in. numer telefonu (ust. 4 pkt 34) oraz adres e-mail (ust. 4 pkt. 35), które są niezbędne do kontaktu z pacjentami biorącymi udział w programach profilaktycznych – a z uwagi na brak w art. 188 ust. 2, świadczeniodawcy są zobligowani do uzyskiwania zgód na ich pozyskanie i wprowadzenie do SIMP. Rozszerzenie odwołania do art. 188 i 188a pozwoli uniknąć na przyszłość konieczność uzupełniania również art. 188e, jednocześnie pozwoli na jednoznaczną i popartą stosownym przepisem ustawy interpretację (stosowaną do tej pory), że system o którym mowa w art. 188e, służący w szczególności celom sprawozdawczo-rozliczeniowym, stanowi element systemu RUM-NFZ. Ponadto zasadnym jest ujęcie w wykazie danych również informacji o statusie społecznym (informacji o wykonywanym zawodzie/zajęciu) i wykształceniu, które pozwolą na analizę danych dot. populacji biorącej udział w programach profilaktycznych w szerszym kontekście oraz ew. wypracowanie mechanizmów dotarcia z ofertą programów profilaktycznych do celowanych grup społecznych. Dane te, podobnie jak w przypadku danych osobowych usługobiorców przetwarzanych w systemie informacji w ochronie zdrowia, wykazanych w art. 4 ust. pkt 1 lit. f ustawy o SIOS, byłyby przetwarzane wyłącznie w celach statystycznych. Wobec powyższego proponuję nadanie art. 188e ust. 2 następującego brzmienia: „2. W elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych przetwarza się dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 i art. 188a, oraz jednostkowe dane medyczne w rozumieniu art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, związane z prowadzeniem profilaktyki zdrowotnej, w tym dane o udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej oraz informacje o statusie społecznym i wykształceniu świadczeniobiorcy.”.	
--	--	--	--

ZESTAWIENIE NIEUWZGLĘDNIONYCH UWAG ZGŁOSZONYCH W RAMACH OPINIOWANIA
projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw UD71
(w wersji skierowanej do konsultacji publicznych i opiniowania w dniu 20 listopada 2024 r.)

Projekt ustawy UD71 został po raz pierwszy przekazany do konsultacji publicznych i opiniowania 9 sierpnia 2024 r. z 21-dniowym terminem zgłaszania uwag. Następnie projekt został ponownie przekazany 20 listopada 2024 r. w ramach powtórzonych konsultacji publicznych i opiniowania z 30-dniowym terminem na zgłaszanie uwag.

Lp.	Zgłaszający uwagę	Część projektu	Treść uwagi	Stanowisko MZ
1.	Wojewoda Zachodniopomorski	OSR	W przypadku przyjęcia ustawy w projektowanym kształcie konieczne jest zapewnienie finansowania dodatkowych 4 etatów (1 etat do opiniowania programów naprawczych i 3 etaty do prowadzenia kwalifikacji świadczeniodawców do PSZ) i uwzględnienie ich w OSR.	Uwaga niezasadna W zakresie prowadzenia kwalifikacji do PSZ uwaga jest nieaktualna, natomiast w zakresie dot. opiniowania programów naprawczych jest niezasadna, mając na uwadze już obecnie realizowane zadania w zakresie opracowywania wojewódzkich planów transformacji.
2.	Wojewoda Zachodniopomorski/ Wojewoda Małopolski	Art. 1 pkt 7	Wydłużenie czasu wydania decyzji w sprawie rozpatrzenia protestu z 7 do 14/ 30 dni.	Uwaga niezasadna Aktualnie obowiązujący termin rozpatrzenia protestu przez Prezesa NFZ jest wystarczający.
3.	Wojewoda Małopolski	Art. 1 pkt 16	W odniesieniu do ww. art. 1 pkt 16 dotyczącego zmian polegających na zastąpieniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnej izbie przyjęć na udzielanie świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym albo zastąpieniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnej izbie przyjęć, wskazane jest uzupełnienie zapisu, iż w tym przypadku nie stosuje się zapisów art. 21 ust. 5 pkt. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2024 r. poz. 652). Skoro świadczeniodawca uzgadnia zmiany bezpośrednio z Prezesem Funduszu a nie właściwym Wojewodą, to zapisy ustawy o PRM powodują, że dokonywanie jakichkolwiek uzgodnień przez Wojewodę z jednostkami samorządu terytorialnego czy właściwym oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia odbywałoby się po fakcie, kiedy decyzja została już podjęta przez Prezesa Funduszu. W związku z powyższym, pozostawienie przepisów w dotychczasowej formie powoduje pojawienie się sprzeczności kompetencyjnej w świetle ustawy o PRM i zmienianego aktu prawnego.	Uwaga niezasadna Zgodnie z projektowanym przepisem o zamianie SOR na IP w umowie PSZ decydować będzie Prezes NFZ. Jest oczywiste, że przy podejmowaniu decyzji ws. wniosku świadczeniodawcy będzie on brał pod uwagę m.in. Wojewódzki Plan Działania Systemu PRM.

4.	Wojewoda Lubelski	Art. 1 pkt 16	Projektowany przepis może utrudnić realizację przez wojewodów posiadanych kompetencji w zakresie planowania, organizowania, koordynowania i nadzoru nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne w województwie Jednym z elementów wspomnianych uprawnień jest określanie przez wojewodów w Wojewódzkich Planach Działania Systemu PRM (dalej: „WPDS PRM”) liczby i rozmieszczenia na obszarze województwa funkcjonujących oraz planowanych do utworzenia szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR). Natomiast projektowany przepis, zakładając możliwość dokonania przez Prezesa NFZ zmiany w umowie polegającej na zastąpieniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnej izbie przyjęć (IP) na udzielenie świadczeń na SOR (i odwrotnie), prowadzić mógłby do sytuacji, w której realna liczba SOR w województwie mogłaby być niezgodna z tą określoną w <i>WPDS PRM</i>. Nowe brzmienie art. 159a ust. 5 ustawy o świadczeniach wspomina jedynie o dokonywaniu przez wojewodę zmiany w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1 tej ustawy, nie odnosząc się w żaden sposób ani do <i>WPDS PRM</i>, ani do samego faktu, że szpitalny oddział ratunkowy jest szczególną komórką organizacyjną szpitala, będąc jednocześnie jednostką systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Co prawda w Ocenie Skutków Regulacji zapisano, że „taka zmiana będzie wymagała zgody Prezesa NFZ, który przy podejmowaniu decyzji będzie uwzględniał w szczególności Wojewódzki Plan Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.”, jednakże obowiązek ten, z uwagi na umieszczenie go w OSR, nie będzie wynikał z przepisów prawa <i>sensu stricto</i>, a jedynie z jednego z elementów uzasadnienia ustawy. Przepis w obecnym kształcie doprowadzić może do sytuacji, w której o ile Wojewoda, rozumiany w ramach całości posiadanych kompetencji, będzie wiedział o decyzji Prezesa NFZ, o tyle będzie zobligowany wyłącznie do dokonania odpowiednich zmian w wykazie o którym mowa w art. 95n ust. 1 ustawy o świadczeniach. Natomiast w zakresie planowania systemu PRM w województwie Wojewoda nie będzie tym przepisem zobligowany do zmiany ilości i rozmieszczenia SOR w związku z decyzją Prezesa NFZ. Jednakże omawiany przepis może doprowadzić do sytuacji, w której Wojewoda działający jako autor wykazu szpitali postanowi jedno, a ten sam Wojewoda działający jako planista systemu PRM postanowi drugie. Dodatkowo wskazać należy, że poza konsultowanym projektem, procedowana jest także nowelizacja <i>ustawy o PRM</i>¹. Nowelizacja ta, przynajmniej w wersji przekazanej do Komisji Prawniczej², zakłada zaostrezenie wymogów dotyczących określania w <i>Planie</i> ilości i rozmieszczenia w województwie SOR – jeden szpitalny oddział ratunkowy zabezpieczać miałby obszar nie większy niż obszar zamieszkały przez 200 tys. mieszkańców, pozwalający na dotarcie zespołu ratownictwa medycznego z miejsca zdarzenia do tego oddziału w czasie nie dłuższym niż 45 minut.	Uwaga niezasadna Zgodnie z projektowanym przepisem o zamianie SOR na IP w umowie PSZ decydować będzie Prezes NFZ. Jest oczywiste, że przy podejmowaniu decyzji ws. wniosku świadczeniodawcy będzie on brał pod uwagę m.in. Wojewódzki Plan Działania Systemu PRM.
----	-------------------	---------------	---	---

			Wobec czego, Wojewoda działając jako planista systemu PRM, aby spełnić te kryteria, może nie mieć innego wyjścia jak pozostawić w WPDS PRM SOR, co do którego Prezes NFZ wydał zgodę na przekształcenie w IP. Na gruncie omawianego przepisu może dojść także do innej sytuacji, podmiot leczniczy (w którym w WPDS PRM nie przewidziano planowanego uruchomienia SOR) posiadający Izbę Przyjęć może uzyskać zgodę Prezesa NFZ na przekształcenie tej izby w SOR. Co prawda tego rodzaju sytuacja byłaby korzystniejsza – minimalizowała by zagrożenie niespełnienia w WPDS PRM kryterium ludnościowego i czasu dotarcia do SOR – jednakże działoby się to z pominięciem Wojewody jako organu planującego system PRM w województwie. Dokonywanie zmiany SOR na IP (i odwrotnie) w trybie określonym w projektowanym przepisie, bez jasnych wytycznych dla systemu PRM, mogłoby także utrudnić dyspozytorom medycznym, wojewódzkim koordynatorom ratownictwa medycznego oraz zespołom ratownictwa medycznego identyfikację podmiotów, do których powinny trafiać osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zakładając, że zapisy obu nowelizowanych ustaw wejdą w życie powstanie sytuacja, w której wojewoda może nie być w stanie wykonać ustawowych zadań w zakresie systemu PRM, a podmioty uczestniczące w tym systemie mogą mieć problem z ustaleniem pierwszeństwa stosowania właściwych przepisów obu procedowanych ustaw. W tym stanie rzeczy zasadnym wydaje się zamieszczenie w analizowanej nowelizacji tak sformułowanych zapisów dotyczących zastąpienia udzielania świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym na szpitalną izbę przyjęć, aby ich realizacja nie wpłynęła negatywnie na dostępność do świadczeń ratunkowych dla pacjentów w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia, a wojewoda otrzymał jasne wytyczne odnośnie organizowania systemu PRM w województwie.	
5.	Wojewoda Śląski	Uwaga ogólna	Brzmienie nowelizowanych zapisów ustawowych nie zabezpiecza jednego z podstawowych celów i oczekiwanych efektów przyjęcia regulacji, tj. koncentracji świadczeń – brak odniesienia w aktualnym brzmieniu przepisów projektu ustawy do ww. kwestii.	Uwaga niezasadna Efekt koncentracji świadczeń może wystąpić w konsekwencji zastosowania instrumentów przewidzianych w proponowanych nowych przepisach dodawanych w art. 159a ustawy o świadczeniach, które umożliwią zmniejszenie liczby świadczeniodawców realizujących określone profile świadczeń (w trybie pełnej hospitalizacji) w ramach PSZ – a co za tym idzie również zwiększenie skali działalności, w ramach tych profili, w pozostałych szpitalach, co będzie oznaczać koncentrację określonych świadczeń szpitalnych.
6.	Wojewoda Śląski	Art. 1 pkt 16	W zakresie zmiany art. 159a ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Nowe brzmienie przepisu dające podmiotom	Uwaga niezasadna

			leczniczym (za zgodą Prezesa Funduszu) swobodę zmiany realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnej izbie przyjęć na udzielanie świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym albo zastąpieniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnym oddziale ratunkowym na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnej izbie, może – poza spodziewaną optymalizacją wykorzystania zasobów ochrony zdrowia na danym obszarze – doprowadzić do istotnego ograniczenia liczby funkcjonujących na terenie danego województwa SOR, szczególnie w związku z obserwowanym deficytem specjalistycznych kadr medycznych.	Zgodnie z projektowanym przepisem o zamianie SOR na IP w umowie PSZ decydować będzie Prezes NFZ. Jest oczywiste, że przy podejmowaniu decyzji ws. wniosku świadczeniodawcy będzie on brał pod uwagę m.in. Wojewódzki Plan Działania Systemu PRM.
7.	Wojewoda Podlaski	Art. 2 pkt 6	W związku z nałożeniem na wojewodów nowego, czasochłonnego i wymagającego wszechstronnej wiedzy merytorycznej zadania związanego z opiniowaniem programów naprawczych podmiotów leczniczych, należy podkreślić ograniczone możliwości kadrowe urzędów wojewódzkich. W związku z powyższym konieczne jest zabezpieczenie środków na dodatkowe etaty do realizacji przedmiotowego zadania.	Uwaga niezasadna W strukturze urzędów wojewódzki są wydziały które już zajmują się planami transformacji. Ocena programów naprawczych będzie elementem zadań związanych z tymi planami.
8.	Wojewoda Kujawsko-Pomorski/ Woj. Wielkopolski	Art. 2 pkt 1	Jednostki samorządu terytorialnego będą mogły łączyć SPZOZ. W świetle zapisów brak możliwości konsolidacji spółek z jst. Zamienić zapisy umożliwiające konsolidację spółek z jst, pod warunkiem, iż nowo utworzony podmiot staje się SPZOZ.	Uwaga niezasadna W obecnie obowiązujących przepisach istnieją mechanizmy pozwalające na konsolidację podmiotów leczniczych JST poprzez utworzenie związku JST jako podmiotu tworzącego spoz i przekazania do niego majątku spółki.
9.	Wojewoda Małopolski	Art. 1 pkt 6	W odniesieniu do art. 2 pkt 6 dotyczącego planowanej zmiany art. 59a i art. 59b ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, do zadań Wojewody należeć będzie także zajmowanie stanowiska w sprawie programu naprawczego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, wymagającego analizy szeregu danych, w tym sprawozdawczo-finansowych, gdyż zgodnie z projektem program zawierać będzie co najmniej: 1) wyniki analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania szpitalem, analizy ekonomiczne, analizy jakościowe, analizy operacyjne, analizę działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych podmiotu; 2) ocenę podmiotu w zakresie dostosowania jego działalności do regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych, a w przypadku, gdy działalność podmiotu jest niedostosowana do regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych także planowane działania dostosowawcze; 3) propozycje oraz zakres współpracy z innymi podmiotami leczniczymi, w tym w przedmiocie koncentracji zasobów ludzkich, infrastruktury oraz współpracy w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych i połączenia medycznych innymi podmiotami leczniczymi, jeżeli jest przewidywana;	Uwaga niezasadna Jednoczesne opiniowania (w tym samym czasie) ma na celu przyspieszenie procedury opiniowania i zatwierdzania programu naprawczego.

			4) planowane przez podmiot działania mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; 5) planowane przez podmiot działania mające na celu poprawę efektywności zarządzania w szczególności działania służące podniesieniu wiedzy i kompetencji jego kadry zarządzającej z zakresu zarządzania, procesów naprawczych i procesów restrukturyzacyjnych w podmiotach leczniczych; 6) planowane do wdrożenia działania optymalizacyjne mające na celu poprawę sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu oraz prognozy przychodowe. W tym zakresie, wskazane jest utrzymanie zapisu uwzględnionego w pierwotnej wersji projektu z dnia 09.08.2024 r. że Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ przekazuje opinię swoją do Wojewody oraz spzoz, tj.: 2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zajmuje stanowisko w terminie 14 dni od dnia otrzymania programu naprawczego i przekazuje je wojewodzie oraz samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej. 3. Wojewoda zajmuje stanowisko w terminie 14 dni od dnia otrzymania stanowiska dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Proponowany tryb opiniowania jest zgodny z zasadami opiniowania wniosków o celowości inwestycji w sektorze zdrowia zgodnie z systemem Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ).	
10.	Wojewoda Mazowiecki	Art. 2 pkt 5	Wątpliwości budzi zarówno przedstawienie wojewodzie do oceny programu naprawczego, jak również bardzo krótki termin na wydanie opinii w tym zakresie. Czy pracownicy urzędów wojewódzkich posiadają odpowiednie kompetencje do oceny programów naprawczych SPZOZ-ów, które zgodnie z wytycznymi zawierają w szczególności analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, ekonomiczne, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego, obejmujące bieżącą sytuację SPZOZ-u, a także sprawozdanie finansowe, ocenę dostosowania działalności do map i planów transformacji, a w przypadkach niedostosowania także planowane działania dostosowawcze, propozycje współpracy z innymi podmiotami leczniczymi, działania mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń i efektywności zarządzania, poprawę sytuacji ekonomiczno-finansowej, wskaźniki rezultatu oraz informacje o strukturze organizacyjnej SPZOZ-u. 1) proponuje się doprecyzować co dokładnie powinno obejmować stanowisko wojewody, tak aby ocena tych elementów mieściła się w kompetencjach pracowników urzędów wojewódzkich; 2) proponuje się doprecyzować kwestię konsekwencji braku wydania opinii przez wojewodę. Czy brak opinii powoduje, że program nie może zostać przyjęty? Czy opinia negatywna wojewody powoduje, że program nie może zostać przyjęty? Wobec powyższego proponuje się doprecyzować przepis, poprzez wskazanie, że w przypadku negatywnej opinii wojewody, program powinien zostać uzupełniony w zakresie wskazanym w ww. opinii;	Uwaga niezasadna Wojewoda opiniuje program naprawczy w określonym (ograniczonym zakresie), tj. w zakresie w oceny dostosowania działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, lub do krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b tej ustawy, lub do wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c tej ustawy, oraz związanych z tym działań dostosowawczych. Ustawa ma charakter ramowy i ogólny, w skazano w niej (w projekcie) zakres opinii; nie zawiera natomiast wzoru ani szczegółowej zawartości. Stanowisko ma charakter opinii i nie przesądza o zatwierdzeniu alb niezatwierdzeniu programu.

			3) proponuje się wydłużenie terminu na dokonanie przez wojewodę oceny planu naprawczego z 14 do 60 dni.	Wydłużenie terminu na wyrażenie stanowiska do 60 dni (z 14 dni) znaczącą wydłużyłoby procedurę.
11.	Wojewoda Pomorski	art. 2 pkt 5	Obecnie wojewoda posiada ograniczone informacje dotyczące podmiotów leczniczych, dlatego zajmowanie stanowiska w zakresie planu – opierając się tylko na jego treści – może nie realizować zakładanego celu. Wojewoda powinien mieć możliwości uzyskania od podmiotu dokumentów i informacji niezbędnych do dokonania oceny opracowanego dokumentu. Do programu należy dołączyć co prawda szereg dokumentów – ale warto mieć możliwość kontroli stanu rzeczywistego z przedstawionymi informacjami. Zwracam również uwagę, że konieczne będzie zwiększenie zakresu obowiązków osób odpowiedzialnych za tworzenie map oraz ustalenie czy posiadają one kwalifikacje do dokonywania oceny programów naprawczych. Może to skutkować zwiększeniem nakładów na wynagrodzenie pracowników oraz zwiększeniem ilości zatrudnionych. Nie do końca jasne jest co powinno takie stanowisko oraz czy po uzyskaniu stanowisk będzie możliwość zmiany programu naprawczego, czy jedynie kierownik podmiotu leczniczego przekazuje go do zatwierdzenia wraz ze stanowiskami. W uzasadnieniu do projektu ustawy wskazano „Program naprawczy będzie mógł zostać zmieniony – uwzględniając stanowiska dyrektora wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz wojewody”. Nie wskazano jednak kiedy i przez kogo, a także czy w przypadku takiej zmiany – przed zatwierdzeniem programu – winien on być ponownie przedstawiony do zajęcia stanowiska przez Fundusz i wojewodę.	Uwaga niezasadna Wojewoda zajmuje stanowisko w zakresie w oceny dostosowania działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, lub do krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b tej ustawy, lub do wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c tej ustawy, oraz związanych z tym działań dostosowawczych. Uprawnienia nadzorcze (ze wszystkimi tego konsekwencjami) nad samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej ma podmiot tworzący. Dopóki program nie jest zatwierdzony (de facto jest projektem programu) może być modyfikowany, także uwzględniając uwagi zawarte w stanowiskach wojewody oraz dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ. W przypadku takiej zmiany program nie jest ponownie przekazywany do zaopiniowania.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu powiatowe centrum zdrowia

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu powiatowe centrum zdrowia, zwanych dalej „świadczeniami gwarantowanymi”;
- 2) poziom finansowania przejazdu środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) lekarz specjalista – lekarza, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny;
- 2) lekarz w trakcie specjalizacji – lekarza, który:
 - a) rozpoczął specjalizację w szczegółowej dziedzinie medycyny przed dniem 30 września 2014 r. – w przypadku posiadania specjalizacji II stopnia lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1 oraz art. 16x ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 i 1897 oraz z 2025 r. poz. 619 i 769), oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę,

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593, 1615 i 1915 oraz z 2025 r. poz. 129, 304, 620, 637, 779 i

- b) ukończył pierwszy rok specjalizacji – w przypadku specjalizacji w innych niż wymienione w lit. a dziedzinach medycyny oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę;
- 3) lokalizacja – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń;
- 4) miejsce udzielania świadczeń – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń gwarantowanych.

§ 3. 1. Świadczenia gwarantowane obejmują badania diagnostyczne oraz leki lub wyroby medyczne, w zakresie niezbędnym do wykonania świadczeń gwarantowanych.

2. Warunki udzielenia świadczeń gwarantowanych określono w załączniku do rozporządzenia.

3. Zabiegi chirurgii plastycznej lub zabiegi kosmetyczne są świadczeniami gwarantowanymi wyłącznie jeżeli są udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem ich leczenia.

4. Świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej.

§ 4. 1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 3 ust. 1, zapewnia:

- 1) całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską;
- 2) w miejscu środków transportu sanitarnego, z uwzględnieniem wskazań medycznych i ciągłości postępowania.

2. Przejazd środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy jest finansowanych w 40% ze środków publicznych w przypadku:

- 1) chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
- 2) chorób nowotworowych,
- 3) chorób oczu,
- 4) chorób przemiany materii,
- 5) chorób psychicznych i zaburzeń zachowania,
- 6) chorób skóry i tkanki podskórnej,

- 7) chorób układu krążenia,
 - 8) chorób układu moczowo-płciowego,
 - 9) chorób układu nerwowego,
 - 10) chorób układu oddechowego,
 - 11) chorób układu ruchu,
 - 12) chorób układu trawiennego,
 - 13) chorób układu wydzielania wewnętrznego,
 - 14) chorób zakaźnych i pasożytniczych,
 - 15) urazów i zatruc,
 - 16) wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych
- gdy ze zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że świadczeniobiorca jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

Załącznik
do rozporządzenia
Ministra Zdrowia
z dnia
(Dz. U. poz.)

Powiatowe Centrum Zdrowia	Personel	1) Lekarz: a) lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii lub chirurgii ogólnej albo b) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chirurgii ogólnej, albo c) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej, albo d) lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii lub chirurgii ogólnej oraz lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chirurgii dziecięcej lub specjalista w dziedzinie chirurgii dziecięcej; 2) Lekarz: a) lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych lub alergologii lub angiologii, lub chorób płuc, lub diabetologii, lub endokrynologii, lub endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, lub gastroenterologii, lub geriatрії, lub hematologii, lub hipertensjologii, lub immunologii klinicznej, lub kardiologii, lub nefrologii, lub onkologii klinicznej, lub reumatologii lub b) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych lub alergologii lub angiologii, lub chorób płuc, lub diabetologii, lub endokrynologii, lub endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, lub gastroenterologii, lub geriatрії, lub hematologii, lub hipertensjologii, lub immunologii klinicznej, lub kardiologii, lub nefrologii, lub onkologii klinicznej, lub reumatologii, lub c) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych lub chorób płuc; 3) Pielęgniarka: a) magister pielęgniarstwa lub b) specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub diabetologicznego, lub kardiologicznego, lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej, lub c) w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub geriatrycznego lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub diabetologicznego, lub kardiologicznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa
---------------------------	----------	--

		internistycznego lub diabetologicznego, lub kardiologicznego, lub opieki długoterminowej; 4) Pielęgniarka: a) magister pielęgniarstwa lub b) specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub c) w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub d) po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub e) w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.
	Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	W miejscu udzielania świadczeń: 1) co najmniej 1 pokój dla świadczeniobiorców wyposażony w co najmniej 3 łóżka; 2) aparat USG; 3) aparat RTG; 4) aparat EKG; 5) pulsoksymetr; 6) aparat do pomiaru ciśnienia krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych i stetoskop; 7) źródło tlenu; 8) kardiomonitor; 9) sprzęt do dożylnego podawania leków; 10) płyny infuzyjne i środki opatrunkowe; 11) zestaw przeciwwstrząsowy zawierający produkty lecznicze określone w przepisach wydanych na podstawie art. 68 ust. 7 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2025 r. poz. 750); 12) podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych; 13) zestaw do wykonywania zabiegów i opatrunków; 14) glukometr; 15) otoskop; 16) lodówka; 17) stolik zabiegowy; 18) szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych.
	Dostępność badań lub procedur medycznych	Zapewnienie realizacji badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.
	Pozostałe wymagania	W lokalizacji: 1) gabinet diagnostyczno-zabiegowy; 2) punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym pielęgniarskim. Zapewnienie transportu pacjenta w przypadku wskazań do transportu medycznego.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu powiatowego centrum zdrowia stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2024 r. poz. 146, z późn. zm.).

Celem świadczeń gwarantowanych w powiatowym centrum zdrowia będzie zabezpieczenie świadczeniobiorców z tych powiatów, w których nie ma zlokalizowanych szpitali, w dostęp do podstawowych świadczeń chirurgicznych, w szczególności drobnych zabiegów niewymagających znieczulenia ogólnego, a także zapewnienie konsultacji lekarza chorób wewnętrznych i łóżek obserwacyjnych zapewniających opiekę w przypadku poddania pacjenta kilkugodzinnej obserwacji. Świadczenia gwarantowane będą realizowane w zakresie chirurgii ogólnej oraz chorób wewnętrznych, przez uprawniony personel, z wykorzystaniem sprzętu określonego w załączniku do rozporządzenia. Dodatkowo powiatowe centrum zdrowia dysponowało będzie transportem sanitarnym umożliwiającym przekazanie pacjenta do szpitala w przypadku konieczności kontynuacji leczenia na wyższym poziomie.

Rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie podlega obowiązкови przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na działalność mikro, małych i średnich przedsiębiorców, z wyjątkiem tych podmiotów leczniczych będących tymi przedsiębiorcami, które realizują świadczenia opieki zdrowotnej objęte projektowaną zmianą.

Projekt rozporządzenia 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 rozporządzenia nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny skutków ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016

r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektu rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu powiatowe centrum zdrowia Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Jerzy Szafranowicz, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Maciej Karaszewski, Dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, tel.: 22 530 02 84, e-mail: dep-dl@mz.gov.pl	Data sporządzenia 1 lipca 2025 r. Źródło: art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.) Nr w Wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia: MZ...
--	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Zabezpieczenie świadczeniobiorców z tych powiatów, w których nie ma zlokalizowanych szpitali, w dostęp do podstawowych świadczeń chirurgicznych, w szczególności drobnych zabiegów niewymagających znieczulenia ogólnego, a także zapewnienie konsultacji lekarza chorób wewnętrznych i łóżek obserwacyjnych zapewniających opiekę w przypadku poddania pacjenta kilkugodzinnej obserwacji.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Projekt rozporządzenia określa warunki realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie powiatowe centrum zdrowia, w tym zapewnia się dostęp do:

- 1) podstawowych świadczeń chirurgicznych;
- 2) konsultacji lekarza chorób wewnętrznych;
- 3) łóżek obserwacyjnych zapewniających opiekę w przypadku poddania pacjenta kilkugodzinnej obserwacji;
- 4) transportu sanitarnego przypadku konieczności kontynuacji leczenia na wyższym poziomie.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Nie dotyczy

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
świadczeniobiorcy	ok. 500 000	GUS	poprawienie dostępu do opieki medycznej oraz lekarzy specjalistów przez możliwość korzystania ze świadczeń w zakresie z zakresu powiatowe centrum zdrowia
świadczeniodawcy	10	własne	możliwość realizacji nowego zakresu świadczeń zdrowotnych
Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)	1	-	konieczność zapewnienia finansowania nowych świadczeń gwarantowanych

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Nie były prowadzone pre-konsultacje projektu.

W ramach 21-dniowych konsultacji publicznych i opiniowania projekt rozporządzenia został przesłany do zaopiniowania przez następujące podmioty:

- 1) Business Centre Club;
- 2) Pracodawcy Medycyny Prywatnej;
- 3) Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych;
- 4) Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ;
- 5) Ogólnopolski Związek Pracodawców Podmiotów Lecznictwa;
- 6) Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych;
- 7) Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy;
- 8) Centrum e-Zdrowia;
- 9) Federacja Pacjentów Polskich;
- 10) Federacja Przedsiębiorców Polskich;
- 11) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 12) Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;

- 13) Konfederacja Lewiatan;
- 14) Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych;
- 15) Krajowa Rada Fizjoterapeutów;
- 16) Krajowa Rada Ratowników Medycznych;
- 17) Naczelna Rada Aptekarska;
- 18) Naczelna Rada Lekarska;
- 19) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych;
- 20) Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 21) Polskie Towarzystwo Prawa Medycznego;
- 22) Pracodawcy RP;
- 23) Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych;
- 24) Rada Dialogu Społecznego;
- 25) Rzecznik Praw Pacjenta;
- 26) Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej;
- 27) Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ;
- 28) Związek Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 29) Polskie Towarzystwo Gospodarcze;
- 30) Polska Federacja Szpitali;
- 31) Polskie Towarzystwo Pediatryczne;
- 32) Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie;
- 33) Polskie Towarzystwo Medycy Rodzinnej;
- 34) Kolegium Lekarzy Rodzinnych;
- 35) Kolegium Pielęgniarek i Położnych;
- 36) Forum Związków Zawodowych;
- 37) NSZZ „Solidarność”;
- 38) NSZZ „Solidarność -80”;
- 39) Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 40) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 41) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy;
- 42) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
- 43) Obywatelskie Stowarzyszenie „Dla Dobra Pacjenta”;
- 44) Konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych;
- 45) Konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych;
- 46) Konsultant krajowy w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej;
- 47) Konsultant krajowy w dziedzinie dermatologii i wenerologii;
- 48) Konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii;
- 49) Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii;
- 50) Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii dziecięcej;
- 51) Konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii;
- 52) Konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii;
- 53) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej;
- 54) Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii;
- 55) Konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej;
- 56) Konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii;
- 57) Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii;
- 58) Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego;
- 59) Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego;
- 60) Związek Rzemiosła Polskiego;
- 61) Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych;
- 62) Federacja Pacjentów Polskich;
- 63) Rada Działalności Pożytku Publicznego;
- 64) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677) projekt zostanie zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia oraz stosownie do § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2024 r. poz. 806, z późn. zm.) zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione w raporcie z konsultacji publicznych i opiniowania załączonym do niniejszej oceny skutków regulacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

[illegible]

Źródła finansowania	Środki finansowe na realizację świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z projektowanego rozporządzenia zostaną uwzględnione na etapie prac nad prognozą kosztów NFZ na lata kolejne oraz planu finansowego NFZ.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Powiatowe centra zdrowia mają na celu umożliwienie zabezpieczenia świadczeń w tych miejscach, gdzie dostęp do opieki medycznej jest najsłabszy. Szacuje się, że będzie to 10 lokalizacji. Biorąc pod uwagę ceny oraz dotychczasowe wydatki płatnika w zbliżonych zakresach, wstępnie oszacowano koszty.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Projektowane rozporządzenie będzie miało pozytywny wpływ na działalność dużych przedsiębiorstw, przez możliwość uruchomienie nowego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Proponowane zmiany nie określają, ani nie modyfikują warunków wykonywania działalności gospodarczej.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projektowane rozporządzenie będzie miało pozytywny wpływ na działalność małych i średnich przedsiębiorstw, przez uruchomienie nowego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Proponowane zmiany nie określają, ani nie modyfikują warunków wykonywania działalności gospodarczej.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ na poprawienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej bliżej miejsca zamieszkania osób zagrożonych wykluczeniem.						
	osoby starsze i niepełnosprawne	Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ na poprawienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej bliżej miejsca zamieszkania osób zagrożonych wykluczeniem.						
Niemierzalne	-	Brak wpływu						

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Nie dotyczy.	
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu		
☒ nie dotyczy		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy	
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy	
Komentarz: Brak.		
9. Wpływ na rynek pracy		
Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia mogą mieć nieznaczny pozytywny wpływ na rynek pracy, z uwagi na fakt, że utworzenie powiatowego centrum zdrowia oznacza zatrudnienie osób udzielających świadczenia oraz personelu niemedycznego.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne:	☐ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Projektowane rozporządzenie wprowadza rozwiązania, które wpłyną pozytywnie na zdrowie ludzi, zapewniając dostępność nowych świadczeń w ramach powiatowego centrum zdrowia.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Projektowane rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Nie dotyczy.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Brak.		

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

**w sprawie szczegółowego sposobu sporządzania, aktualizacji i przekazywania programu
naprawczego oraz szczegółowego zakresu i formatu informacji zawartych w tym
programie**

Na podstawie art. 59 ust. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, 620, 637 i ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowy sposób sporządzania, aktualizacji i przekazywania programu naprawczego, o którym mowa w art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 2) szczegółowy zakres i format informacji, o których mowa w art. 59 ust. 6 pkt 1–9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

§ 2. Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zarząd spółki, o której mowa w art. 88a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz dyrektor instytutu badawczego będącego podmiotem leczniczym:

- 1) sporządza,
- 2) aktualizuje,
- 3) przekazuje

– program naprawczy w formularzu udostępnionym przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia i opatruje go podpisem albo kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym.

§ 3. Szczegółowy zakres i format informacji, o których mowa w art. 59 ust. 6 pkt 1–9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, określa załącznik do rozporządzenia.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

Załącznik
do rozporządzenia
Ministra Zdrowia
z dnia
(Dz. U. poz.)

Szczegółowy zakres informacji, o których mowa w art. 59 ust. 6 pkt 1–9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, 620 i 637)

Lp.	Rodzaj danych	Format danych	Zakres danych
1	2	3	4
Dane podmiotu leczniczego			
1	dane rejestrowe podmiotu leczniczego	elektroniczny – tabela do uzupełnienia na platformie	1) nazwa podmiotu leczniczego; 2) adres siedziby; 3) NIP/REGON; 4) numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
2	struktura organizacyjna podmiotu leczniczego	załącznik – schemat graficzny w formacie jpg bądź pdf	1) komórki organizacyjne działalności medycznej; 2) komórki organizacyjne działalności pozamedycznej
Sprawozdanie finansowe podmiotu leczniczego za rok obrotowy poprzedzający opracowanie programu naprawczego			
3	sprawozdanie finansowe, o którym mowa w art. 45 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2023 r. poz. 120, z późn. zm.), za rok obrotowy poprzedzający opracowanie programu naprawczego	załącznik – w formacie pdf	1) bilans; 2) Rachunek Zysków i Strat; 3) informacje dodatkowe, obejmujące wprowadzenie do sprawozdania finansowego oraz dodatkowe informacje i objaśnienia
Część I – analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, ekonomiczne, jakościowe, operacyjne, zasobów ludzkich, działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego, obejmujące bieżącą sytuację podmiotu leczniczego			
4	analizy, o których mowa w art. 59 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej	elektroniczny – tabela do uzupełnienia na platformie	1) analiza otoczenia; 2) analiza konkurencji; 3) analiza dostosowania działalności podmiotu leczniczego do mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

			publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), lub do krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1 tej ustawy, lub do wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 tej ustawy – na dzień sporządzenia programu naprawczego; 4) analiza parametrów medyczno-statystycznych; 5) analiza obszaru kadrowego; 6) analiza posiadanego sprzętu medycznego; 7) analiza infrastruktury i nieruchomości; 8) analiza dostosowania do wymagań, o których mowa w art. 22 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej; 9) analiza działalności pomocniczej; 10) analiza realizacji umów z Narodowym Funduszem Zdrowia; 11) analiza innych przychodów; 12) analiza zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych; 13) analiza wierzytelności; 14) analiza wskaźnikowa; 15) analiza kluczowych elementów kosztowych; 16) analiza finansowa kluczowych komórek medycznych; 17) wnioski z analiz; 18) analiza SWOT; 19) ocena stanu bieżącego
5	prognozy finansowe	elektroniczny – tabela do uzupełnienia na platformie	1) prognoza rachunku zysków i strat na 3 lata następujące po roku, w którym opracowano program naprawczy – bez uwzględnienia działań naprawczych; 2) prognoza wskaźników ekonomicznych na 3 lata następujące po roku, w

			którym opracowano program naprawczy – bez uwzględnienia działań naprawczych; 3) ocena stanu prognozowanego na 3 lata następujące po roku, w którym opracowano program naprawczy – bez uwzględnienia działań naprawczych; 4) opis i ocena ryzyka dla dalszego funkcjonowania podmiotu leczniczego
Część II – opis działań naprawczych			
6	opis działań naprawczych	elektroniczny – tabela do uzupełnienia na platformie	1) opis strategicznych kierunków funkcjonowania podmiotu leczniczego wraz z uzasadnieniem; 2) opis strategicznych działań w perspektywie czasowej przyjętej w programie naprawczym; 3) opis działań restrukturyzacyjnych w obszarze przychodów wraz z harmonogramem; 4) opis działań restrukturyzacyjnych w obszarze kosztów wraz z harmonogramem; 5) opis działań restrukturyzacyjnych w obszarze organizacyjnym wraz z harmonogramem; 6) opis działań restrukturyzacyjnych w obszarze infrastruktury i inwestycji wraz z harmonogramem; 7) opis planowanych działań naprawczych mających na celu poprawę efektywności zarządzania, w szczególności działań służących podniesieniu wiedzy i kompetencji kadry zarządzającej, obejmujących szkolenia z zakresu zarządzania, procesów naprawczych i procesów

			restrukturyzacyjnych w podmiotach leczniczych wraz z harmonogramem, uwzględniające metody zarządzania w opiece zdrowotnej; 8) opis planowanych działań naprawczych mających na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych wraz z harmonogramem; 9) opis działań naprawczych dotyczących dostosowania działalności podmiotu leczniczego do mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, lub do krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1 tej ustawy, lub do wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 tej ustawy – jeżeli dotyczy; 10) opis działań naprawczych dotyczących współpracy z innymi podmiotami leczniczymi, w tym w zakresie koncentracji zasobów ludzkich, infrastruktury, oraz współpracy w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych i połączenia z innymi podmiotami leczniczymi według stanu na dzień sporządzenia programu naprawczego wraz z harmonogramem - jeżeli jest przewidywane.
Część III – Wskaźniki rezultatu dotyczące działań mających na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, poprawę efektywności zarządzania oraz sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu leczniczego oraz współpracy z innymi podmiotami leczniczymi			

7	prognoza efektów finansowych programu naprawczego	elektroniczny – tabela do uzupełnienia na platformie	1) prognoza rachunku zysków i strat na 3 lata następujące po roku, w którym opracowano program naprawczy – uwzględniająca działania naprawcze; 2) prognoza wskaźników ekonomicznych na 3 lata następujące po roku, w którym opracowano program naprawczy – uwzględniająca działania naprawcze; 3) ocena stanu prognozowanego na 3 lata następujące po roku, w którym opracowano program naprawczy – uwzględniająca działania naprawcze; 4) opis i ocena efektów działań naprawczych
Część IV – zatwierdzenie programu naprawczego			
8	decyzja albo uchwała zatwierdzająca program naprawczy lub aktualizację programu naprawczego/ sprawozdanie z realizacji programu naprawczego	elektroniczny – tabela do uzupełnienia na platformie oraz decyzja albo uchwała w formie pdf	nie dotyczy

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego określonego w art. 59 ust. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.) i określa sposób sporządzania, przekazywania, aktualizowania i zatwierdzania programów naprawczych, o których mowa w art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, oraz zakres i format informacji, o których mowa w art. 59 ust. 6 pkt 1–9, tej ustawy.

Proponuje się, aby kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dyrektor instytutu badawczego będącego podmiotem leczniczym oraz zarząd spółki, o której mowa w art. 88a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej sporządzał, aktualizował oraz przekazywał program naprawczy w formularzu udostępnionym przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia i opatrywał go podpisem albo kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym. Szczegółowy zakres i format informacji, o których mowa w art. 59 ust. 6 pkt 1–9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, został określony w załączniku do rozporządzenia.

Planuje się, że rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Projekt rozporządzenia nie podlega obowiązkowi przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw.

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

Projekt aktu nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projekt rozporządzenia 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 notyfikacji.

Projekt rozporządzenia nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu sporządzania, aktualizacji i przekazywania programu naprawczego oraz szczegółowego zakresu i formatu informacji zawartych w tym programie Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Jerzy Szafranowicz, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Maciej Karaszewski – Dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia tel. (22) 53 00 284, dep-dl@mz.gov.pl	Data sporządzenia 1 lipca 2025 r. Źródło: art. 59 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.) Nr w wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia: MZ ...
---	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Do dnia wejścia w życie nowelizacji ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej dokonanej ustawą z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. poz. ...) dotychczasowe regulacje dotyczące sporządzania przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej programów naprawczych, w przypadku wystąpienia straty netto, były bardzo ogólne i niewystarczające. Z tego powodu programy te nie spełniały swojej roli, tj. nie pozwalały na skuteczną restrukturyzację podmiotu i podejmowanie adekwatnych do sytuacji działań naprawczych. Z uwagi na powyższe było konieczne skorygowanie i doprecyzowanie przepisów.

Zakres przedmiotowy programu naprawczego jest złożony i szeroki, co wiąże się z przygotowaniem obszernej dokumentacji, która następnie jest procedowana, w tym przekazywana do zatwierdzenia przez podmiot tworzący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, a finalnie do Ministra Zdrowia.

Powyższe nie tylko wiąże się z ryzykiem utraty części dokumentacji, ale przede wszystkim wydłuża poszczególne etapy procedowania takiego programu. Dodatkowo brak ujednolicenia formatu takiego programu naprawczego niekiedy powoduje, że część zagadnień zostaje przygotowana odmiennie bądź w ogóle nie zostaje uwzględniona.

Stąd sformalizowanie procedury składania programów naprawczych (enumeratywne wskazanie niezbędnych elementów takiego dokumentu) spowoduje, że programy te będą przygotowywane w sposób rzetelny, jak również wyeliminowany zostanie aspekt manualnego jego sporządzania, co w sposób znaczący przyczyni się do zwiększenia efektywności tego procesu.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Zakłada się wprowadzenie rozwiązań, które umożliwią szybki i sprawny proces składania programów naprawczych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej. Proponuje się, aby kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dyrektor instytutu badawczego będącego podmiotem leczniczym oraz zarząd spółki, o której mowa w art. 88a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, sporządzał, aktualizował oraz przekazywał program naprawczy w formularzu udostępnionym przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia i opatrywał go podpisem albo kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym. Szczegółowy zakres i format informacji, o których mowa w art. 59 ust. 6 pkt 1–9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, został określony w załączniku do rozporządzenia.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

W innych krajach OECD oraz Unii Europejskiej istnieją ogólne przepisy odnoszące się do systemu ochrony zdrowia, natomiast nie są znane szczegółowe uregulowania związane z obszarem programów naprawczych składanych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt			
Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
kierownicy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz zarządy spółek kapitałowych	ok. 260 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (liczbę spółek kapitałowych trudno oszacować)	rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	sporządzenie programów naprawczych
podmioty lecznicze prowadzone w formie instytutów badawczych	22	rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	sporządzenie programów naprawczych
podmioty tworzące samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, ministrowie nadzorujący instytuty badawcze oraz walne zgromadzenia wspólników albo akcjonariuszy	ok. 260 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (liczbę spółek kapitałowych trudno oszacować)	rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	zatwierdzanie programów naprawczych
Centrum e-Zdrowia	1	ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302, z późn. zm.)	obsługa platformy, w ramach której będą składane programy naprawcze

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji
Projekt rozporządzenia nie był przedmiotem pre-konsultacji. Projekt rozporządzenia zostanie przekazany do konsultacji publicznych i opiniowania, z 30-dniowym terminem zgłaszania uwag, następującym podmiotom: 1) Prokuraturii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej; 2) Prezesowi Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów; 3) Prezesowi Urzędu Ochrony Danych Osobowych; 4) Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych; 5) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego; 6) Sekretariatowi Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”; 7) Forum Związków Zawodowych; 8) Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej; 9) Konfederacji „Lewiatan”; 10) Związkowi Rzemiosła Polskiego; 11) Związkowi Pracodawców Business Centre Club; 12) Związkowi Przedsiębiorców i Pracodawców; 13) Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej; 14) Federacji Przedsiębiorców Polskich; 15) Naczelnej Radzie Lekarskiej; 16) Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych; 17) Naczelnej Radzie Aptekarskiej; 18) Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych; 19) Krajowej Radzie Fizjoterapeutów; 20) Krajowej Radzie Ratowników Medycznych; 21) Narodowemu Funduszowi Zdrowia;

- 22) Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
- 23) Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
- 24) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 25) Porozumieniu Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 26) Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”;
- 27) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy;
- 28) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych;
- 29) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Położnych;
- 30) Stowarzyszeniu Menedżerów Opieki Zdrowotnej;
- 31) Rzecznikowi Praw Pacjenta;
- 32) Stowarzyszeniu Primum Non Nocere;
- 33) Stowarzyszeniu „Dla dobra pacjenta”;
- 34) Federacji Pacjentów Polskich;
- 35) Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 36) Radzie Dialogu Społecznego;
- 37) Federacji Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP;
- 38) Związkowi Powiatów Polskich;
- 39) Związkowi Miast Polskich;
- 40) Związkowi Gmin Wiejskich RP;
- 41) Polskiemu Towarzystwu Gospodarczemu.

Projekt zostanie opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677).

Projekt zostanie również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny, zgodnie z uchwałą Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2024 r. poz. 806, z późn. zm.).

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione w raporcie dołączonym do niniejszej oceny.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

[illegible]

JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Źródła finansowania	Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego oraz inne jednostki sektora finansów publicznych.											
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń												
7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe												
Skutki												
Czas w latach od wejścia w życie zmian			0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)			
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa		nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd			
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw		nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd			
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe		nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd			
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa		Projektowana regulacja będzie miała pozytywny wpływ na sytuację finansową podmiotów leczniczych należących do sektora dużych przedsiębiorstw.									
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw		Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na mikroprzedsiębiorców i małych przedsiębiorców, a jednocześnie będzie miała wpływ na sytuację podmiotów leczniczych należących do sektora średnich przedsiębiorców.									
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe		Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rodzinę, obywateli oraz gospodarstwa domowe.									
	osoby starsze i osoby niepełnosprawne		Projektowana regulacja nie będzie miała wpływ na osoby starsze i osoby niepełnosprawne.									
Niemierzalne			Brak wpływu.									
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń												

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu		
☒ nie dotyczy		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy	
☒ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☒ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy	
Komentarz: Projektowana regulacja wprowadza automatyzację procesu składania programów naprawczych, co pozwoli na skrócenie czasu i eliminację manualnego sporządzania tych programów. Jednocześnie umożliwi ujednolicenie formatu programów naprawczych.		
9. Wpływ na rynek pracy		
Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne:	☒ informatyzacja ☐ zdrowie
Omówienie wpływu	Utworzenie systemu, w ramach Platformy Obsługi Projektów Inwestycyjnych Ministerstwa Zdrowia (POPI) lub innej, zapewni sprawny i szybki przebieg procedowania programów naprawczych.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Ewaluacja efektów projektu rozporządzenia nastąpi po roku jego obowiązywania. Zastosowanym miernikiem będzie liczba programów naprawczych złożonych – przez platformę teleinformatyczną – przez kierowników samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
brak		