

UWAGI W RAMACH UZGODNIEN Z KOMISJĄ WSPÓLNĄ RZĄDU I SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Informacja o projekcie:

Tytuł	Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjentów
Autor	Minister Zdrowia
Projekt z dnia	12 listopada 2021 r.

Informacje o zgłaszającym uwagi:

Urząd	-----
Organizacja samorządowa	Związek Powiatów Polskich
Osoba do kontaktu	Bernadeta Skóbel, Patrycja Grebla-Tarasek
e-mail	biuro@zpp.pl
tel.	18 477 86 00

Uwagi:

Lp.	Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (np. art., nr str., rozdział)	Treść uwagi (propozycja zmian)	Uzasadnienie uwagi	Stanowisko resortu	Odniesienie do stanowiska resortu
1.	Uwaga w charakterze ogólnym	Brak merytorycznego ustosunkowania się do uwag zgłoszonych do pierwotnej wersji projektu.	Zwracamy się z wnioskiem, aby resort odniósł się w sposób merytoryczny do zgłoszonych przez stronę samorządową uwag. Niestety, do tej pory nie otrzymaliśmy merytorycznej odpowiedzi , dlatego uwagi nie zostały uwzględnione.		
2.	Uwaga w charakterze ogólnym dotycząca jakości legislacyjnej	Kolejna wersja projektu nadal zawiera oczywiste błędy legislacyjne, w tym nieprawidłowe odwołania, błędy językowe.			
3.	Uwaga w charakterze ogólnym	W obecnym kształcie zarówno ustawa jak i przygotowane do niej uzasadnienie oraz ocena skutków regulacji (zwłaszcza w części finansowej) nie pozwalają na opiniowanie projektu pozytywnie. Uwaga o charakterze ogólnym będzie rozwinięta w kolejnych uwagach szczegółowych.	W projekcie – mimo szumnej nazwy – trudno znaleźć rozwiązania prawno-organizacyjno-finansowe, które stanowiłyby wartość dodaną dla pacjentów, a stwarzają ogromne zagrożenie dla świadczeniodawców (niedookreśloność prawa; wyposażenie płatnika w kompetencje dotyczące oceny jakości, co dodatkowo pogłębi brak równowagi płatnika i świadczeniodawcy pomimo tego, że formalnie wiąże ich stosunek cywilnoprawny; brak określenia skutków finansowych wejścia w życie ustawy dla świadczeniodawców).		

			W pozostałym zakresie do nowej ustawy oraz nowelizowanych ustaw wprowadzane albo lekko modyfikowane są przepisy, które już obowiązują. Przykładem są „nowe” przepisy o akredytacji, które stanowią ponad połowę przepisów w nowoprojektowanej ustawie, a które poza przeniesieniem akredytacji do NFZ nie stanowią żadnej zmiany względem obecnie obowiązującej ustawy z 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia, rozporządzenia z dnia 6 sierpnia 2009 r. w sprawie Rady Akredytacyjnej oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie.		
4.	Uwaga ogólna 2	Brak projektów rozporządzeń wykonawczych.	Bez niektórych rozporządzeń wykonawczych nie sposób dokonać oceny projektu (również pod względem kosztów realizacji obowiązków nakładanych na świadczeniodawców). Biorąc pod uwagę datę wejścia w życie ustawy (1 stycznia 2022 r.) projekty rozporządzeń powinny być już gotowe. Po raz kolejny MZ prowadzi proces legislacyjny w sposób uniemożliwiający świadczeniodawcom odpowiednie przygotowanie się do wdrożenia przepisów.		
5.	Art. 2 pkt 4	Uwaga redakcyjna – przepis powinien brzmieć: „personel – osoby wykonujące zawód medyczny;”	W art. 2 pkt 12 zostało zdefiniowane pojęcie osoby wykonującej zawód medyczny poprzez odwołanie do przepisów uprawnionych do udzielania świadczeń, zatem nie ma potrzeby definiowania tego pojęcia dwa razy.		
6.	Art. 2 pkt 10	Skreślić ewentualnie zmodyfikować	Pojęcie „zakres świadczeń szpitalnych” nie pojawia się w projekcie ani raz. Chyba, że projektodawcom chodziło o zdefiniowanie pojęcia „zakres świadczeń opieki zdrowotnej”. Ponadto sama definicja jest napisana w sposób nieprawidłowy pod względem językowym.		

7.	Art. 2 pkt 11 w zw. z art. 1 pkt 10 i art. 13 ust. 2 pkt 2	Z definicji ustawowych wynika, że pojęcie zakresu świadczeń mieści w sobie pojęcie rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej, tymczasem przykładowo z art. 13 ust. 2 pkt 2 oba pojęcia traktowane są w rozłączony sposób (w autoryzacji osobno należy wskazać rodzaj i zakres świadczeń”.			
8.	Art. 3 w zw. z art. 6	Przepisy naruszają w sposób oczywisty: - art. 2 Konstytucji poprzez naruszenie zasady określoności prawa - art. 92 ust. 1 Konstytucji – w zakresie zasad wydawania rozporządzeń wykonawczych do ustawy oraz §149 Załącznika do Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie "Zasad techniki prawodawczej". Przepis art. 6 jest zredagowany niechlujnie – przykładowo nie wiadomo czy pojęcie „jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej” oznacza to samo co jakość w opiece zdrowotnej (pojęcie użyte w art. 3, 4, 5) czy jakość opieki zdrowotnej (przykładowo pojęcie użyte w art. 2 pkt 1). Nie wiadomo jaki jest cel projektowanego przepisu – czy ma on na celu uzupełnienie przepisów ustawowych o monitorowaniu jakości, czy jego celem jest określenie wytycznych dla NFZ dla motywowania świadczeniodawców.	Projektodawca użył pojęć obszarów: klinicznego, konsumenckiego i zarządczego w żaden sposób nie przybliżając znaczenia tych pojęć. Upoważnienie do wydania rozporządzenia obarczone jest błędem logicznym circulus in definiendo: z jednej bowiem strony w art. 3, projektodawca definiuje jakość w opiece zdrowotnej przez wskaźniki w obszarach klinicznym, konsumenckim i zarządczym, a jednocześnie wytyczną dla ustalania zasad monitorowania jakości mają być względy kliniczne, konsumenckie i zarządcze. Należy przy tym zauważyć, że zaproponowane upoważnienie do wydania rozporządzenia nie zawiera upoważnienia do definiowania pojęć ustawowych. Ponadto, sama treść art. 3 i 6 wskazuje, że projektodawca zamierza istotną część regulacji dotyczącą jakości w ochronie zdrowia uregulować w przepisach wykonawczych, gdy tymczasem jest to materia ustawowa (zasady i tryb monitorowania jakości w ochronie zdrowia mają wpływ na prawa pacjentów oraz prawa i obowiązki świadczeniodawców). W wyroku TK z dnia 31 marca 2009 r. K 28/08 wskazano, że wymóg „szczegółowego upoważnienia” odnosi się zarówno do organu, który ma wydać rozporządzenie, jak i do materii, która ma zostać w nim prawnie uregulowana. To znaczy, że materia ta powinna być określona poprzez wskazanie spraw rodzajowo jednorodnych z tymi, które reguluje ustawa, lecz		

			<i>które nie mają zasadniczego znaczenia z punktu widzenia założeń ustawy i dlatego nie zostały unormowane w niej wyczerpująco, a są niezbędne do realizacji norm ustawy (zob. orzeczenie z 22 kwietnia 1987 r., sygn. K. 1/87, OTK w 1987 r., poz. 3) – źródło: LEX nr 487552.</i> Opiniowane artykuły nie spełniają powyższego założenia.		
9.	Art. 5	1. Materia ta powinna być przedmiotem regulacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. 2. Przepis narusza art. 2 Konstytucji – naruszenie zasady określoności prawa. 3. Wskazany przepis stanowi zagrożenie zaistnienia „wyścigu zbrojeń” pomiędzy świadczeniodawcami, co będzie napędzało koszty dla całego systemu ochrony zdrowia.	Ad. 1 Umieszczenie przepisu w ustawie o jakości jest zbędne. Ad. 2 Nie wiadomo w jakim zakresie i na jakich zasadach Fundusz byłby uprawniony do skorzystania z uprawnienia. Literalnie przepis dopuszcza motywowanie negatywne. Ad. 3 W projektowanej ustawie brak jest przepisów (oraz wytycznych do wydania przepisów), które określałyby oczekiwany przez płatnika poziom jakości oraz mechanizmu gwarantującego wzrost nakładów na ochronę zdrowia powiązanego z uzyskaniem wyższego poziomu jakości przez coraz większą grupę świadczeniodawców.		
10.	Rozdział 2	Rozdział 2 w całości opiniujemy negatywnie, wnosimy o wykreślenie przepisów.	W propozycji proponuje się wprowadzenie zupełnie nieefektywnego swoistego systemu prekontroli nad świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej nakładającego się na już obowiązujące regulacje dotyczące kontroli nad świadczeniodawcami. Należy przypomnieć, że na gruncie ustawy o świadczeniach płatnik ma zagwarantowane prawo kontrolowania świadczeniodawców, z którymi została zawarta umowa. Wprowadzenie autoryzacji nie gwarantuje bynajmniej, że w okresie trwania umowy warunki udzielenia autoryzacji będą spełnione. Projektowane przepisy nadają płatnikowi uprawnienia w zakresie władztwa		

			administracyjnego nad podmiotami, z którymi płatnika wiąże umowa cywilnoprawna.		
11.	Art. 7 w zw. z art. 11	Prosimy o wyjaśnienie kolejności postępowania w przypadku podmiotu leczniczego, który na podstawie konkursu ofert ma zostać zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pytanie kiedy świadczeniodawca – biorąc pod uwagę przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w zw. z art. 7, 11 ust. 1 i 2 powinien wystąpić o autoryzację (przed czy po rozstrzygnięciu konkursu) oraz czy do czasu przeprowadzenia wizytacji ewentualnie warunkowej autoryzacji umowa w ogóle może być zawarta czy może być zawarta i niewykonywana oraz czy świadczeniodawca w zw. z wizytacją ma utrzymywać personel na potrzeby przyszłego udzielania świadczeń?			
12.	Art. 9 ust. 2	W pierwotnym brzmieniu projektu autoryzacja warunkowa była powiązana z przyczynami leżącymi po stronie świadczeniodawcy (brak spełnienia wszystkich kryteriów autoryzacji). Z obecnego brzmienia wynika, że podmiot leczniczy ma spełnić wszystkie warunki udzielenia autoryzacji a przyczyny wydania autoryzacji warunkowej będą przyczynami leżącymi po stronie NFZ (np. brak możliwości przeprowadzenia wizytacji). Pojawia się ryzyko, że NFZ będzie oczywiście nadużywał tej kompetencji nie będąc w stanie przeprowadzić	Zgodnie z projektem (w porównaniu do pierwotnej wersji) autoryzacja została rozszerzona na wszystkich świadczeniodawców a nie tych udzielających świadczeń szpitalnych, jednak w OSR nadal został plan zatrudnienia w NFZ zaledwie 36 pracowników (liczba ta nie zmieniła się w porównaniu do OSR z lipca pomimo wzrostu liczby podmiotów, które będą starały się o autoryzację o 15 tys. %).		

		postępowania i udzielić autoryzacji na 5 lat.			
13.	Art. 9 ust. 2 w zw. z art. 10 ust. 1, 11 ust. 3 i 12	Nie jest jasne czy złożenie wniosku o otrzymanie autoryzacji skutkujące udzieleniem autoryzacji warunkowej będzie powodowało, że podmiot będzie musiał złożyć kolejny wniosek o wydanie autoryzacji stałej – 5 letniej.			
14.	Art. 10 ust. 1	1. Wycofanie się z propozycji aby za autoryzację odpowiadał płatnik. 2. Pytanie – jeżeli podmiot wykonujący działalność leczniczą będzie prowadził działalność w więcej niż jednym województwie będzie musiał się starać o więcej niż jedną autoryzację.	Ad. 1. Już obecnie pozycja świadczeniodawcy i płatnika nie jest równoważna, pomimo że strony wiąże umowa cywilnoprawna. Przyznanie płatnikowi uprawnień w zakresie władztwa administracyjnego (postępowanie w sprawie autoryzacji będzie postępowaniem administracyjnym) jeszcze bardziej zaburzy równowagę sił.		
15.	Art. 10 ust. 3	Przepis bardzo nieprecyzyjny – o jakie dokumenty chodzi? Na jakiej podstawie podmiot wykonujący działalność leczniczą ma ustalić jakie dokumenty są wystarczające do uznania przez NFZ, że dokumenty są wystarczające? Czy w przedmiocie tego przepisu wypowiedział się PUODO oraz czy projektodawcy dokonali oceny skutków dla ochrony danych osobowych w zw. z art. 35 ust. 10 RODO?	Brak doprecyzowania może powodować nieuzasadnione przedłużanie procedury autoryzacji poprzez żądanie przez płatnika kolejnych dokumentów.		
16.	Art. 10 ust. 4 i 5	Przepis do wykreślenia.	Jeżeli autoryzacja jest warunkiem realizacji udzielenia świadczeń to wprowadzenie po stronie podmiotu odpowiedzialnego za jej udzielenie limitów w zakresie terminów składania wniosków jest kuriozalne. Jest to propozycja niespotykana w procedurze administracyjnej (a taki charakter będzie miało przecież to postępowanie) Ponadto biorąc pod uwagę liczbę podmiotów, których może dotyczyć autoryzacja,		

			to wprowadzenie harmonogramów składania wniosków może spowodować, że termin z art. 11 ust. 1 nie będzie dotrzymywany.		
17.	Art. 11 ust. 1	Wprowadzenie przepisu, zgodnie z którym brak rozpatrzenia wniosku w terminie jest równoznaczne z przyznaniem autoryzacji (milcząca zgoda)	Propozycja ma na celu zmotywowanie płatnika do przestrzegania terminu. Taki przepis jest niezbędny biorąc pod uwagę art. 7.		
18.	Art. 11 ust. 2 i 3 w zw. z OSR	Prosimy o wyjaśnienie w jaki sposób NFZ ma zrealizować zadanie jeżeli do jego wykonania zatrudnionych zostanie tylko 36 pracowników (wizytacja co najmniej 215 tys. lokalizacji)			
19.	Art. 11 ust. 4 w zw. z art. 10 ust. 3	Uwaga jak wcześniej – precyzja przepisów w zakresie wymaganych dokumentów usprawni postępowanie i pozwoli na nienadużywanie pozycji NFZ w procesie udzielenia akredytacji, zmniejszy również ryzyko wydłużania postępowania.			
20.	Art. 11 ust. 5	Błąd legislacyjny – ust. 3 nie reguluje kwestii przekazywania informacji, ponadto przecież właśnie w art. 4 uregulowano kwestie przekazywania dodatkowych informacji na żądanie dyrektora oddziału w NFZ więc o jakie dodatkowe wezwanie chodzi?			
21.	Art. 12 zd. 2 w zw. z art. 11 ust. 3	Przepis nie daje wnioskodawcy żadnych gwarancji procesowych. Można wyobrazić sobie sytuację, że wizytacja będzie przeprowadzona w takim terminie, że wnioskodawca będzie miał bardzo mało czasu na usunięcie uchybień.			
22.	Art. 13 ust. 1	Błąd legislacyjny. Art. 12, do którego odwołuje się przepis nie określa warunków autoryzacji.			

23.	Art. 13 ust. 3	Błąd legislacyjny.			
24.	Art. 13 ust. 5	Wprowadzić 30 dni	Propozycja przepisu wskazująca, że zainteresowany ma tylko 7 dni na odwołanie w sposób rażący narusza interes podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Z jednej bowiem strony organ ma aż 3 miesiące (a w praktyce rok, biorąc pod uwagę możliwość wydania akredytacji warunkowej) na rozstrzygnięcie sprawy a z drugiej z niezrozumiałych względów, krótkim terminem ogranicza się prawo wnioskodawcy do złożenia odwołania. 7 dni może nie wystarczyć na przygotowanie uzasadnienia, zwłaszcza, że w przypadku dużych podmiotów leczniczych możemy mówić o sporym objętościowo materiale.		
25.	Art. 13 ust. 8	Należy wprowadzić przepis wskazujący terminy rozpatrzenia skargi przez WSA i NSA.	Ochrona w postaci możliwości zaskarżenia skargi do sądu administracyjnego jest w obecnym kształcie iluzoryczna, zważywszy że czas rozpatrzenia spraw przez sądy administracyjne przekracza 2 lata (w tym w NSA ok. 60% spraw czeka na rozpoznanie dłużej niż 12 miesięcy). Żaden publiczny podmiot leczniczy nie będzie mógł sobie pozwolić na oczekiwanie na rozpatrzenie jego skargi przez sąd.		
26.	Art. 13 ust. 8	Błąd językowy w zdaniu 1.			
27.	Art. 13 ust. 9	Skreślić	Propozycja przepisu jest skrajnie niekorzystna dla podmiotów wnioskujących o udzielenie akredytacji. Czy przez projektowany przepis mamy rozumieć, że Prezes NFZ nie będzie przestrzegał standardów w zakresie 2-instancyjności postępowania, składowych decyzji czy zasad prowadzenia postępowania (np. zasady prawdy obiektywnej).		
28.	Art. 14	Jeżeli przepis dotyczy odmowy udzielenia autoryzacji to dlaczego termin kolejnego złożenia wniosku ma być liczony również od daty cofnięcia autoryzacji?			

29.	Art. 15	Czy przedmiotem wniosku nie będzie mogło być dobrowolne zmniejszenie zakresu świadczeń na które wydano autoryzację?			
30.	Art. 17	Przepis w obecnym kształcie jest nie do zaakceptowania.	Albo do postępowania powinny mieć zastosowanie przepisy KPA albo tryb wydawania autoryzacji powinien być regulowany ustawowo.		
31.	Rozdział 3	Abstrahując od oceny merytorycznej proponowanych rozwiązań w OSR nie oszacowano (nawet nie podjęto takiej próby) kosztów wejścia w życie projektowanych rozwiązań dla podmiotów leczniczych. Ponadto – w porównaniu do pierwotnej wersji projektu – koszty uległy zwiększeniu z uwagi na rozszerzenie systemu na świadczenia inne niż szpitalne.	Przy założeniu, że przygotowanie, wdrożenie i stosowanie systemu będzie wymagało zatrudnienia tylko jednego dodatkowego pracownika, którego roczny koszt zatrudnienia wyniesie 100 tys. zł (co jest kwotą i tak zaniżoną zwłaszcza w dużych miastach) biorąc pod uwagę liczbę świadczeniodawców w sektorze publicznym udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, tylko koszt zatrudnienia średnio jednej osoby w każdym szpitalu wyniesie 60 mln zł. W OSR zupełnie to pominięto zarówno w części dotyczącej wpływu na sektor publiczny jaki i na przedsiębiorców.		
32.	Art. 18 ust. 1	Czy wewnętrzny system będą miały również podmioty niefinansowane ze środków publicznych? Jeżeli tak jaka jest sankcja za jego niewdrożenie?	Wdrożenie systemu jest warunkiem finansowania ze środków publicznych. Jednak brzmienie art. 18 nie uzależnia obowiązku wdrożenia systemu od posiadania kontraktu.		
33.	Art. 18 ust. 2	W ustawie posłużono się pojęciami nieostrymi – pytanie czy NFZ w ramach postępowania o przyznanie, oraz cofnięcie autoryzacji będzie mógł kwestionować sposób prowadzenia systemu czy oceniać jego skuteczność, a jeżeli tak to na jakiej podstawie?	Zgodnie z art. 8 pkt 2 warunkiem autoryzacji jest prowadzenie wewnętrznego systemu zapewnienia jakości i bezpieczeństwa. Z uwagi na dosyć lakoniczne brzmienie art. 18 ust. 2 pojawia się pytanie – o zakres uznaniowości w zakresie oceny spełnienia warunków autoryzacji przez NFZ.		
34.	Art. 18 ust. 2 pkt 8	Błąd legislacyjny – nieprawidłowe odwołanie			

35.	Art. 19 ust. 2 pkt 2	Po pierwsze w przepisie jest błąd legislacyjny – nieprawidłowe odwołanie, po drugie literalnie przepis nie jest spójny z art. 18 ust. 1. Ta uwaga była zgłaszana do poprzedniej wersji projektu – w odpowiedzi na uwagi otrzymaliśmy odpowiedź, że została uwzględniona a nie została. Jeżeli chodzi o uwagę merytoryczną - z art. 18 ust. 2 pkt 12 wynika, że badania opinii i doświadczeń pacjentów są publikowane w raporcie jakości a z art. 19 ust. 2 pkt 2, że badania publikowane są samodzielnie na podstawie raportów jakości – oba przepisy są niespójne i wzajemnie sprzeczne.			
36.	Art. 19 ust. 2 pkt 4 w zw. z art. 20 ust. 1	Jak przywołane regulacje będą stosowane, w związku z faktem, iż wcześniej wejdą w życie przepisy dotyczące ochrony sygnalistów, która ma dotyczyć również zgłoszeń naruszeń prawa z zakresu zdrowia publicznego? W projekcie nie ma żadnych norm kolizyjnych.			
37.	Art. 21 ust.2	Przepis jest niezrozumiały. W stosunku do kogo (jakich odbiorców) ma zostać przeprowadzona anonimizacja?			
38.	Art. 22 ust. 2 art. 23 ust. 3	Prosimy o przedstawienie założeń do rozporządzenia wykonawczego (jeżeli tekst projektu nie może być udostępniony).			
39.	Art. 25 ust. 1	Błąd legislacyjny – nieprawidłowe odwołanie			
40.	Art. 25 ust. 2	Skreślenie przepisu	Badanie opinii i satysfakcji po wyjściu pacjenta ze szpitala będzie rodziło określone koszty po stronie podmiotu leczniczego w tym zaangażowania		

			dodatkowego personelu. W OSR nie podjęto nawet próby wyliczenia tych kosztów.		
41.	Art. 25 ust. 3	Formularz ankiety powinien być ustalany w rozporządzeniu wykonawczym do ustawy	Nie znając wzoru nie sposób jest oszacować czasochłonność analizy informacji zgromadzonych na podstawie ankiet.		
42.	Art. 26	To jest materia, która powinna być regulowana ustawowo (z wyłączeniem wzoru raportu jakości).	Składowe systemu określone są w art. 18 ustawy. Jeżeli MZ planuje doprecyzowanie przepisów w tym zakresie, odpowiednie przepisy powinny znaleźć się w ustawie a nie w rozporządzeniu wykonawczym do ustawy. Ponownie wskazujemy, że brak projektów rozporządzeń nie pozwala na ocenę skutków wejścia w życie ustawy dla podmiotów leczniczych.		
43.	Rozdział 4 – uwaga ogólna	Podtrzymanie uwag z wersji projektu przekazanej do konsultacji publicznych. W projekcie przewidziano niezrozumiałe pośrednictwo Prezesa NFZ w przekazywaniu do MZ wniosków o udzielenie akredytacji, jeżeli zgodnie z projektem wszystkie zadania ma realizować NFZ (co zresztą potwierdza zmiana art. 97 ustawy o świadczeniach).	Likwidacja CMJ - organizacji, która działa od 1994 roku jest błędem. Należy ewentualnie zrestrukturyzować CMJ lub dostosować tę organizację do zmian proponowanych w projekcie. CMJ jest kojarzone przez świadczeniodawców z szerzeniem kultury jakości oraz bezpieczeństwa pacjenta w Polsce, w tym w szczególności: szkoleniami, konferencjami, publikacjami, przeprowadzaniem i doskonaleniem procesu akredytacji, prowadzeniem projektów jakościowych, rankingów, ostatnio również monitorowaniem wskaźników jakości.		
44.	Art. 46	Za niskie wymogi w zakresie doświadczenia zawodowego wizytatora.	3-letnie doświadczenie zawodowe w podmiotach wykonujących działalność leczniczą wydaje się być niewystarczające (brak wskazania na jakich stanowiskach pracy zdobyto doświadczenie). Przepis daje potencjalnie możliwość wykonywania obowiązków wizytatora przez osobę od dawna nie pracującą w sektorze ochrony zdrowia.		
45.	Art. 64 (art. 71d ust. 4 ustawy o prawach pacjenta...)	Błąd legislacyjny – brakuje części przepisu			
46.	Art. 64 pkt 6 (Art. 71j ust. 3 ustawy o prawach pacjenta...)	Kara jest rażąco wygórowana zwłaszcza w kontekście relatywnie krótkiego terminu przedstawienia żądanych danych.	W przypadku skomplikowanych spraw, gdzie udzielenie informacji, złożenie wyjaśnień czy przedstawienie dokumentów z obiektywnych przyczyn będzie czasochłonne dotrzymanie		

		Proponujemy gradację maksymalnej wysokości kary – za pierwsze i kolejne uchybienie terminu. Jednocześnie zauważyć należy, że odpowiedź resortu na tożsamą uwagę zgłoszoną do poprzedniej wersji projektu, że uwaga nie została uwzględniona bo treść przepisu została skonstruowana w uzgodnieniu z RPP jest niepoważna. Taka odpowiedź z założenia przeczy idei prowadzenia konsultacji i uzgodnień z sektorem pozarządowym.	wyznaczonego jednostronnie przez RPP terminu może być niemożliwe.		
47.	Art. 64 (Art. 71m ust. 4 w zw. z art. 71u oraz art. 71g ustawy o prawach pacjenta...)	Jeżeli RPP ma mieć regres do ubezpieczyciela podmiotu leczniczego albo samego podmiotu to rodzi się oczywiste pytanie czy w tym zakresie podmiot leczniczy i jego ubezpieczyciel nie powinni być stronami postępowania. Przepisy w obecnym kształcie w niekorzystnej sytuacji stawiają podmioty lecznicze, odmawiając im prawa do obrony. Jeżeli wspomniane przepisy miałyby się ostać w proponowanym kształcie w art. 71u należałoby wskazać, że sąd orzekający w sprawach o których mowa w ust. 1-6 nie jest związany decyzją Rzecznika Praw Pacjenta lub decyzją Komisji Odwoławczej w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego i ustalenia jego wysokości.	Wskazany przepis budzi wątpliwości. Świadczenie kompensacyjne ma być wypłacane z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych. Jeżeli będzie przysługiwał regres z polisy to po pierwsze może mieć to wpływ na wysokości składki ubezpieczeniowej podmiotu leczniczego po drugie – w skrajnych przypadkach – do regresu zakładu ubezpieczeń do podmiotu leczniczego, pomimo albo regresu RPP do podmiotu leczniczego w przypadkach wskazanych w art. 71u ust. 3 i 5, pomimo, iż podmiot leczniczy nie będzie stroną postępowania.		

48.	Art. 66	Wnosimy o uzupełnienie zmian w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia w zakresie bezwarunkowej jawności danych o sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów leczniczych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 2-4 i art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. W odpowiedziach na uwagę, wskazano, że redakcja przepisu jest prawidłowa przy czym autor odpowiedzi chyba nie odnotował, że ZPP proponowało dodanie przepisu, którego nie ma obecnie w ustawie.	Centrum e-Zdrowia odmawia udzielenia informacji w tym zakresie powołując się na tajemnicę statystyczną, pomimo, że dotyczy podmiotów do których mają zastosowanie przepisy ustawy o dostępie do informacji publicznych. Możliwość porównywania wyników finansowych osiąganych przez poszczególne podmioty może być instrumentem wykorzystywanym do podnoszenia efektywności finansowej podmiotów leczniczych.		
49.	Art. 74	Wniosek o urealnienie terminu wejścia w życie ustawy.	Mamy 19 listopada, brak projektów aktów wykonawczych i projekt ustawy z licznymi błędami legislacyjnymi. Tymczasem z dniem wejścia w życie ustawy świadczeniodawcy będą musieli spełniać warunki chociażby z Rozdziału 3.		