

UWAGI W RAMACH UZGODNIEN Z KOMISJĄ WSPÓLNĄ RZĄDU I SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Informacja o projekcie:

Tytuł	Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa
Autor	Ministerstwo Zdrowia
Projekt z dnia	29 grudnia 2021 r.

Informacje o zgłaszającym uwagi:

Urząd	-----
Organizacja samorządowa	Związek Powiatów Polskich
Osoba do kontaktu	Bernadeta Skóbel
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.	Uwagi o charakterze ogólnym	1) w projekcie, w uzasadnieniu oraz w OSR niemal zupełnie pomija się problem niedoszacowania kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Wydaje się, że jest to celowy zabieg projektodawcy mający wykazać, że zła kondycja finansowa podmiotów leczniczych, prowadzących szpitale jest spowodowana czynnikami leżącymi poza możliwościami sprawczymi MZ i NFZ czy AOTMiT. Tylko w jednym miejscu, w OSR przytoczono dane dotyczące nakładów na ochronę zdrowia na mieszkańca w Polsce, w odniesieniu do średniej unijnej (518 Euro w Polsce do 835 Euro jako średnia w UE), która to dana obrazuje rzeczywisty problem z jakim boryka się publiczna służba zdrowia; 2) realizacja kolejnego eksperymentu restrukturyzacyjnego w skali całego kraju może spowodować więcej szkody, niż pożytku dla systemu. Bardziej			

		<p>racjonalnym rozwiązaniem byłoby przeprowadzenie pilotażu w kilku wybranych subregionach, aby przetestować projektowane rozwiązania i ich skuteczność. Przeznaczanie 130 mln zł rocznie na finansowanie kosztów administracyjno-osobowych Agencji i to ze środków, które będą zaliczane na poczet wydatków na zdrowie jest kontrowersyjne;</p> <p>3) w projekcie niemal zupełnie ograniczono rolę NFZ (poza oceną planów rozwojowych i planów naprawczo-rozwojowych pod kątem ich zgodności z regionalnymi potrzebami zdrowotnymi);</p> <p>4) projekt ustawy jest niespójny zarówno z procedowanym równolegle projektem ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjentów jak i ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;</p> <p>5) w projekcie brakuje rozwiązań, które rzeczywiście pozwalałyby zapewnić podmiotom leczniczym stabilność finansową w długiej perspektywie czasowej;</p> <p>6) w projekcie brakuje rozwiązań, które w skuteczny sposób zachęcałyby świadczeniodawców do koncentracji zasobów;</p> <p>7) w projekcie do roli kadłubkowej sprowadza się rolę podmiotu tworzącego/właścicielskiego dla podmiotu leczniczego, chociaż skutki finansowe decyzji podejmowanych przez nadzorcę, zarządcę czy kierownika wyznaczonego przez Prezesa Agencji będzie ponosił właśnie podmiot tworzący/właścicielski.</p>		
2.	Art. 2 pkt 20	<p>Nie jest jasne co projektodawca miał na myśli oraz w jaki sposób zdefiniowane będą potrzeby zdrowotne na poziomie powiatowym.</p> <p>Zwracamy uwagę, że na gruncie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie występuje pojęcie regionalnych potrzeb zdrowotnych (w tym obejmujące poziom powiatu).</p>	<p>W ustawie o świadczeniach (w kontekście chociażby wojewódzkiego planu transformacji) mowa jest o potrzebach zdrowotnych na poziomie wojewódzkim.</p>	

3.	Art. 2 pkt 25	Skreślić albo zmodyfikować fragment „licząc od dnia następnego po upływie terminu płatności wskazanego w dokumencie zapłaty lub zapisanego w umowie”	Nie zawsze dłużnik prawidłowo określa termin zapłaty w dokumencie. Zatem regulacja powinna być dostosowana do przypadków występujących w praktyce. Słowo zapisanego należałoby raczej zamienić na słowo „określonego” w umowie (nie zawsze umowa ma formę pisemną).		
4.	Art. 3	Dyspozycja przepisu jest niezrozumiała. Przepis jest niespójny z innymi aktami prawnymi określającymi zasady funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.	Zgodnie z projektowanym przepisem Podmiot nadzorujący, podmiot szpitalny oraz Agencja są obowiązane dostosować działalność podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, mapy potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Tymczasem: - regionalne potrzeby zdrowotne nie są zdefiniowane (patrz: uwaga do art. 1 pkt 20);		

			<ul style="list-style-type: none"> - plany transformacji, z uwagi na ich lakoniczność i często ogólnikowy charakter, trudno, żeby stanowiły podstawę do podejmowania chociażby decyzji o charakterze organizacyjnym. Ponadto, z uwagi na ich wewnętrzny charakter nie mogą stanowić podstawy prawnej do nakładania obowiązków na podmioty niepodległe Ministrowi Zdrowia; - podmioty lecznicze mogą prowadzić działalność poza systemem podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. 		
5.	Art. 4	Dyspozycja przepisu nie jest jasna. Nie wiadomo w jaki sposób ma przejawiać się realizacja obowiązku współpracy. W projekcie ustawy brak jest instrumentów prawnych wskazujących w jaki sposób np. podmiot szpitalny zakwalifikowany do kategorii A czy B miałby współpracować z podmiotem zakwalifikowanym do kategorii D, w zakresie koncentracji zasobów ludzkich.			
6.	Art. 5	W projekcie brakuje regulacji wskazujących dalsze postępowanie w przypadku, gdy działania restrukturyzacyjne nie przyniosą oczekiwanych rezultatów a podmiot			

		lecniczy z uwagi na jego znaczenie w systemie ochrony zdrowia powinien nadal funkcjonować.			
7.	Art. 6	Uwaga ogólna do całego artykułu. Projektowane przepisy pozostają w kolizji z art. 155 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych	W momencie, w którym w stosunku do wskazanych w art. 155 ustawy o doręczeniach elektronicznych podmiotów zaczną obowiązywać przepisy o PURDE i PUH, powstanie wątpliwość, które zasad doręczeń stosować i kiedy będzie można mówić o skutecznym doręczeniu.		
8.	Art. 6 ust. 1 i 3	Przepis należy ujednolicić pod względem redakcyjnym (różne nazwy przykładowych typów dokumentów).			
9.	Art. 6 ust. 6 i 7	Skreślić	Proponowane przepisy to jakieś nieporozumienie. Standardem przyjętym nie tylko w administracji publicznej jest doręczanie pism adresatom na ich adresy/skrzynki do doręczeń. Należy zaznaczyć, że na skrzynkę podawczą podmiotu szpitalnego może przychodzić również inna korespondencja.		
10.	Art. 8 ust. 2	Skreślić	Nie znajduje uzasadnienia wprowadzenie w stosunku do wszystkich postanowień wydawanych przez Prezesa Agencji charakteru postanowień z rygorem natychmiastowej		

			wykonalności, jeżeli na postanowienia te przysługuje zażalenie do sądu.		
11.	Art. 9	Nie jest zrozumiałe z jakich powodów projektodawca proponuje wyłączenie przepisów KPA dotyczących: - czynnego udziału strony w postępowaniu; - przepisów o doręczeniach (zupełnie niezrozumiały brak spójności przepisów z przepisami o doręczeniach – sygnalizowany już w uwadze do art. 6); - części przepisów dotyczących dostępu do akt spraw i otrzymywania z nich uwierzytelnionych odpisów.			
12.	Art. 10 w zw. z art. 9	Wątpliwości budzi równoczesne stosowanie w postępowaniu prowadzonym przez Prezesa Agencji dwóch procedur – administracyjnej i cywilnej.			
13.	Art. 11	Stroną postępowania powinien być również podmiot tworzący oraz podmiot, o którym mowa w art. 6 ust. 9 ustawy o działalności leczniczej.			
14.	Art. 13 ust. 1	Przepisowi nadać brzmienie: „Na postanowienie Prezesa Agencji, przysługuje zażalenie do sądu”.	Zasadą powinno być prawo wniesienia zażalenia a ewentualne wyjątki powinny być określone w ustawie.		
15.	Art. 13 ust. 3	Przepisowi nadać brzmienie „Zażalenie wnosi się w terminie 14 dni od dnia doręczenia postanowienia”.	Z uwagi na skomplikowany charakter spraw związanych z restrukturyzacją podmiotów leczniczych termin na wniesienie		

			<p>zażalenia powinien zostać wydłużony.</p> <p>W projektowanych przepisach zainteresowany ma mniej czasu na złożenie zażalenia, niż Prezes Agencji na przekazanie go do sądu.</p>		
16.	Art. 16	Skreślić „na zasadach ogólnych”.	Zażalenie będzie przysługiwało na zasadach określonych w ustawie. Użycie zwrotu „na zasadach ogólnych” sugeruje, że chodzi o inne zasady niż określone w tej ustawie.		
17.	Art. 24 ust. 1	Uwaga redakcyjna. Proponuje się zmienić brzemienie na: „Podmiot szpitalny podlega obowiązkowej ocenie i przyznaniu jednej z kategorii określonych w art. 27 ust 3”.			
18.	Art. 27	Do rozważenia wprowadzenie zmiany wskaźnika płynności szybkiej na wskaźnik płynności bieżącej.	Jak podano w rekomendowanych rozwiązaniach: „Argumentem przemawiającym za wyborem wskaźnika płynności szybkiej, a nie wskaźnika płynności bieżącej jest fakt, że ten ostatni w swojej konstrukcji uwzględni również zapasy ...” podano też, że „Trudno uznać, że posiadane przez podmioty szpitalne zapasy, ... , stanowią najbardziej płynne aktywa mogące służyć spłacie zobowiązań”. Powyższe argumenty nie uwzględniają		

			<p>jednak, że w sytuacji pandemii COVID-19, poziom zapasów w podmiotach leczniczych jest wyższy od przeciętnego. Na wysoki poziom zapasów wpływają zakupy środków ochrony indywidualnej, środków do dezynfekcji, a także leków. Na wysoki poziom zapasów mają również wpływ „darowizny” otrzymywane z RARS i innych źródeł, które również podlegają wycenie. W myśl projektu ustawy dobór wskaźników i kategoryzacja podmiotów leczniczych ma skutkować tworzeniem planów rozwojowych oraz naprawczo-rozwojowych, a więc działań w perspektywie dłuższego okresu czasu. Wobec dłuższego okresu czasu, bardziej właściwy wydaje się być wskaźnik płynności bieżącej określający ogólną kondycję podmiotu w zakresie płynności finansowej. Wskaźnik płynności szybkiej jest wskaźnikiem służącym testowaniu przedsiębiorstw w niektórych branżach (np. deweloperskiej).</p>		
19.	Art. 28 ust. 2, art. 29 ust. 1 zd. 2	W przypadku podmiotów szpitalnych działających w ramach spółek			

		<p>prowadzących działalność leczniczą uzupełnić o podmioty, o których mowa w art. 6 ust. 9 ustawy o działalności leczniczej.</p>			
20.	Art. 31 ust. 1	<p>Dyspozycja przepisu jest niezrozumiała.</p>	<p>Jak wskazano wcześniej, pojęcie regionalnych potrzeb zdrowotnych nie jest zdefiniowane na gruncie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej ani na gruncie projektowanej ustawy (art. 2 pkt 20 nie spełnia warunku przyzwoitej legislacji). Wątpliwa „jakość” wojewódzkich planów transformacji oraz fakt, że nie są to akty o charakterze powszechnie obowiązującym oznacza, że nie mogą być źródłem obowiązku po stronie podmiotów leczniczych.</p>		
21.	Art. 31 ust. 2	<p>Przepis jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> - niespójny z brzmieniem procedowanego równolegle w MZ projekt ustawy w sprawie jakości w ochronie zdrowia; - ustawa nie przewiduje żadnych mechanizmów pozyskiwania danych o innych podmiotach szpitalnych w danym regionie, zwłaszcza, że część podmiotów to podmioty prywatne, które nie mają obowiązku przekazywania danych, a dane 	<p>Projektowany przepis nie spełnia warunku tworzenia przyzwoitej legislacji.</p>		

		<p>podmiotów publicznych np. dane o sytuacji ekonomiczno-finansowej nie są udostępniane przez Centrum e-Zdrowia, które powołuje się w tym zakresie na tajemnicę statystyczną;</p> <p>- nie jest jasne jaki powinien być zasięg analizy – projektodawca posługuje się pojęciem „regionu”.</p>			
22.	Art. 31 ust. 3	<p>Przepis jest nie do zaakceptowania. Jest to próba przerzucenia na podmioty lecznicze odpowiedzialności za organizację systemu. Podmiot leczniczy nie ma żadnego wpływu na to, czy inne podmioty lecznicze będą zainteresowane podjęciem dialogu, zwłaszcza w sytuacji, gdy zostaną zakwalifikowane do kategorii C lub D. W przygotowaniu planu, brak jest czynnego udziału płatnika (nie licząc śladowej roli zakreślonej w art. 32), co rodzi obawy, że wysiłek włożony w przygotowanie planu będzie miał się nijak do tego co ostatecznie podmiot leniczny będzie mógł wdrożyć.</p> <p>Wobec braku ustabilizowanej sytuacji w zakresie finansowania świadczeń, pogłębiającego się chaosu legislacyjnego w obszarze zdrowia, będzie to wysiłek podjęty na marne.</p> <p>Przepis nie spełnia warunku przyzwoitej legislacji, w zakresie jakości w ochronie zdrowia a także jest niespójny</p>			

		z procedowanym równoległym projektem ustawy o jakości w opiece zdrowotnej.			
23.	Art. 31 ust. 4	System ochrony zdrowia jest systemem naczyń połączonych. Na kondycję podmiotu leczniczego wpływają czynniki niezależne od tego podmiotu. Na przestrzeni ostatnich 20 lat podmioty lecznicze podejmowały szereg działań restrukturyzacyjnych. Poza zakresem działania podmiotu jest najważniejszy czynnik, czyli ograniczona liczba personelu oraz nieprawidłowa wycena świadczeń.			
24.	Art. 32 ust. 1	Uwaga jak wcześniej dotycząca pojęcia regionalnych potrzeb zdrowotnych.			
25.	Art. 32 ust. 3	Termin, z uwagi na ograniczony dostęp do danych oraz konieczność podjęcia rozmów z innymi podmiotami leczniczymi, jest nierealny do dotrzymania.			
26.	Art. 35 ust. 2	W planie, podmiot szpitalny będzie musiał zawrzeć dane, informacje, prognozy i działania, których realizacja w dużej mierze nie będzie zależała od możliwości sprawczych tego podmiotu. Pojawia się również wątpliwość, w jakim zakresie podmiot ma realizować plan w przypadku negatywnej opinii NFZ, o której mowa w art. 32. Tak samo rodzi wątpliwość, czy będzie jakaś droga pozwalająca na zakwestionowanie stanowiska Prezesa			

		Agencji odnośnie niezrealizowania w sposób prawidłowy planu.			
27.	Art. 39 ust. 1 pkt h	Roczne doświadczenie w obszarze ochrony zdrowia (na dowolnym stanowisku) jest oczywiście niewystarczające do tego, żeby nadzorca mógł w sposób odpowiedzialny i profesjonalny wesprzeć kierownika podmiotu leczniczego.			
28.	Art. 43 ust. 2 w zw. z art. art. 42 ust. 1	Konstrukcja obu przepisów de facto ogranicza odpowiedzialność nadzorcy/zarządcy z realnej odpowiedzialności za podejmowane działania.			
29.	Art. 55 ust. 2	Konieczne jest doprecyzowanie standardów opracowania analizy, w zależności od specyfiki i rodzaju danego podmiotu leczniczego.	Jest to konieczne aby analizy i ich wyniki nie były uzależnione od indywidualnej oceny nadzorcy.		
30.	Art. 56 ust. 1 pkt 13	Należy zmienić słowo „ogólnych” na „szczegółowych”.	Kwestie związane z zatrudnianiem czy redukcją zatrudnienia będą najbardziej newralgicznymi. Już na tym etapie należałoby dokładnie określić jakie będą konsekwencje planu opracowanego przez nadzorcę w zakresie zwolnień personelu, wypłaty odpraw, likwidacji komórek organizacyjnych i utraty przychodów z tego tytułu.		

31.	Art. 57	Wydłużenie terminu do 14 dni.	Termin 7 dni na ocenę i uzgodnienie przez kierownika planu naprawczo-rozwojowego jest zdecydowanie za krótki.		
32.	Art. 59 ust. 1 pkt 1, art. 60 ust. 1 pkt 2,	W przypadku podmiotów kategorii B i C uprawnienia podmiotu nadzorującego/rady nadzorczej nie mogą się ograniczać wyłącznie do zaopiniowania planu naprawczo-rozwojowego.			
33.	Art. 67	Konieczne jest doprecyzowanie przez Prezesa Agencji, w wystąpieniu, jakiego rodzaju czynności nadzorcze ma podejmować podmiot nadzorujący na jego polecenie, gdy kierownik szpitala nie będzie realizował w sposób prawidłowy planu naprawczego. Prezes Agencji, w swoim wystąpieniu powinien wskazać przedmiot czynności, ich zakres oraz metody jakimi podmiot nadzorujący ma wyegzekwować od dyrektora wykonanie zapisów planu opracowanego przez nadzorcę. Przepis w obecnym kształcie ma charakter bardzo uznaniowy.	Pomoże to uniknąć nieporozumień w zakresie oczekiwań Prezesa Agencji a możliwości prawnych i organizacyjnych podmiotu nadzorującego w zakresie przeprowadzenia poleconych mu przez Prezesa Agencji czynności nadzorczych. W czynnościach tych czynny udział powinien brać nadzorca, który opracował program naprawczo-rozwojowy szpitala.		
34.	Art. 70 ust. 3 pkt 5	Prosimy o wskazanie innych środków mających na celu poprawę sytuacji finansowej podmiotu leczniczego (zwłaszcza w perspektywie wieloletniej).			
35.	Art. 72 ust. 2	Po słowie kredytu dodać „umów pożyczek”.			

36.	Art. 75	Skreślić lub zmodyfikować w odniesieniu do mienia samorządowych podmiotów leczniczych. Przepis pomija kwestię konieczności utrzymania w wielu przypadkach trwałości projektu.	Projektowana regulacja stanowi istotny wyłom od zasady przyjętej w ustawie o działalności leczniczej a dotyczącej ochrony majątku podmiotów leczniczych sektora publicznego.		
37.	Art. 76 ust. 3	Środki na przeprofilowanie powinny być również dostępne dla podmiotów leczniczych kategorii A i B, jeżeli przeprofilowanie jest przewidziane w planie rozwojowym.			
38.	Art. 77	Wątpliwości budzi zmiana kierownika podmiotu szpitalnego bez opinii podmiotu tworzącego albo podmiotu właścicielskiego. Podmiotowi temu przysługuje jedynie zażalenie. Przepis daje subiektywne możliwości oceny pracy kierownika jednostki. W samym projekcie używa się sformułowań pozostawiających duże pole interpretacji (np. brak współpracy).			
39.	Art. 77 i 78	W przepisach brakuje informacji o odpowiedzialności odszkodowawczej Agencji/Skarbu Państwa za działania podejmowane przez kierownika podmiotu leczniczego wyznaczonego przez Prezesa Agencji. Ponadto, należałoby doprecyzować na jaki okres będzie powoływany nowy kierownik.			
40.	Art. 82 i nn.	Projekt ustawy nie stanowi rozwiązania problemów związanych	Zła sytuacja finansowa szpitala i jego ogromne zadłużenie nie		

		z funkcjonowaniem podmiotów w perspektywie długoletniej, w szczególności w sytuacji w której np. przeprofilowanie działalności nie poprawi sytuacji podmiotu, z uwagi na nieprawidłową wycenę świadczeń. Przejście podmiotu z kategorii D do kategorii C również będzie podstawą do zakończenia postępowania naprawczo-rozwojowego, chociaż trudno w takim przypadku mówić o realnej poprawie sytuacji podmiotów leczniczych.	jest wynikiem złego zarządzania, czy braku nadzoru ze strony podmiotu tworzącego. Jest bezpośrednią konsekwencją trwającego od lat niedofinansowania systemu ochrony zdrowia ze środków publicznych. Wprowadzenie takiej "furtki" powoduje, iż de facto samorząd będzie musiał znów finansować częściowo proces restrukturyzacji swojego szpitala i to w sytuacji kiedy plan naprawczo-rozwojowy zostaje mu narzucony przez podmiot zewnętrzny, czyli Agencję. Ustawa nie przewiduje zgody podmiotu nadzorującego do zatwierdzania tego planu, a przewiduje pośrednio możliwość finansowania jego skutków, nawet tych, które niekoniecznie będą w interesie mieszkańców lokalnej społeczności (np. zmiana profilu działalności, likwidacja komórek, redukcja zatrudnienia).		
41.	Art. 86	Proponowany przepis de facto nie daje żadnych praw podmiotowi leczniczemu.			
42.	Art. 92 ust. 1 pkt 6	Warunkiem powinno być wieloletnie zarządzanie podmiotem leczniczym			

		posiadającym szpital, w sektorze publicznym.			
43.	Art. 97 ust. 1 pkt 2	Zamienić brzmienie przepisu na: „dwóch członków wskazanych przez stronę samorządową Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, przy czym w radzie powinien być reprezentowany samorząd wojewódzki i samorząd powiatowy”.	Strona samorządowa KWRiST powinna mieć wprost możliwość wskazania przedstawicieli do Rady.		
44.	Art. 98 ust. 1 pkt 3	Skreślić	Wskazane ograniczenie będzie dotyczyło głównie przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego, a jednocześnie przepis nie będzie miał zastosowania w przypadku, gdy podmiotem tworzącym będą ministrowie. Takie różnicowanie nie znajduje uzasadnienia.		
45.	Art. 116 ust. 2 pkt 1	Prowadzenie komercyjnej działalności eksperckiej i doradczej może prowadzić do sytuacji korupcjogennych.			
46.	Art. 119 ust. 1	Przepis może prowadzić do konfliktu interesów i celowego premiowania w działaniach podejmowanych przez Agencję podmiotów podległych Ministrowi Zdrowia.	Wydaje się kuriozalnym, że minister właściwy do spraw zdrowia, który nadzoruje podmioty lecznicze, które mogą podlegać działaniom naprawczo-rozwojowym ze strony Agencji, jednocześnie nad tą Agencją będzie sprawował nadzór i to również z punktu widzenia celowości i rzetelności.		

47.	Art. 120 i nn.	Uwaga o charakterze ogólnym. W naszej ocenie MZ nie posiada danych potwierdzających, że na dobrą kondycję finansową podmiotu szpitalnego ma wpływ to czy dana osoba ukończyła studia MBA w ochronie zdrowia. Nie wydaje się również, aby jakkolwiek egzamin państwowy, sprawdzający wiedzę i doświadczenie w zakresie określonym w art. 121 miał realny wpływ na kondycję finansową podmiotów leczniczych.	Analiza wskaźników zaproponowanych w projekcie ustawy wskazuje, że gdyby za rok bazowy przyjąć 2020 r. (który i tak był pod względem finansowym lepszy niż rok 2019), to do kategorii A kwalifikuje się garstka podmiotów. To wskazuje na systemowe problemy związane z finansowaniem publicznej służby zdrowia w Polsce, a nie na brak umiejętności zarządczych po stronie kierowników podmiotów leczniczych.		
48.	Art. 121 ust. 1 pkt 3	Pojawia się wątpliwość, w jaki sposób w ramach egzaminu można zweryfikować wskazany element?	Taki zapis wprowadza element uznaniowości, co w przypadku egzaminów państwowych, których celem jest weryfikacja wiedzy, nie powinno mieć miejsca.		
49.	Art. 122	W przypadku pozostawienia tego przepisu zwracamy uwagę, że ponieważ dotychczas obowiązujące przepisy w zakresie szkolnictwa wyższego dopuszczały organizacje studiów MBA w ochronie zdrowia, w warunkach niespełniających kryteriów postawionych w art. 122, to przepis ten nie powinien mieć zastosowania do osób, które takie studia ukończyły.	Celem uwagi jest ochrona praw nabytych.		
50.	Art. 127 pkt 2 (art. 95m ust. 5	Upoważnienie do wydania rozporządzenia wykonawczego			

	ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	powinno obejmować również możliwość wprowadzenia wyjątków od minimalnego udziału świadczeń zabiegowych oraz minimalnej liczby porodów, w sytuacji w której jest to niezbędne dla zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (np. z uwagi na długi czas dojazdu do podmiotu leczniczego). Ponadto powstaje wątpliwość, który świadczeniodawca zostanie zakwalifikowany do systemu zabezpieczenia, jeżeli w chwili kwalifikacji żaden z sąsiadujących ze sobą świadczeniodawców nie będzie spełniał warunku przewidzianego w rozporządzeniu, ale z uwagi na potrzebę zapewnienia dostępu do świadczeń potrzeba jest utrzymania potencjału przynajmniej jednego ze świadczeniodawców.			
51.	Art. 130 pkt 4 lit. a (art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej)	Proponowane brzmienie przepisu w dalszym stopniu nie rozwiązuje kwestii wdrożenia wyroku TK K 4/17.			
52.	Art. 130 pkt 5 (art. 61 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej)	Z brzmienia przepisu nie wynika co stanie się ze zobowiązaniami likwidowanego SPZOZ będącego podmiotem szpitalnym.			
53.	Art. 140	Rokiem oceny i przyznania kategorii nie powinien być rok, w którym podmioty			

		lecznicze pracują w warunkach pandemii.			
54.	Art. 141	Nie wydaje się zasadnym, aby w okresie pandemii kierownicy podmiotów leczniczych powinni angażować siły i środki na odbywanie studiów MBA albo przygotowania do egzaminu państwowego. Wejście w życie art. 141 ust. 3 może spowodować, że z dnia na dzień podmioty lecznicze pozostaną bez kierowników.			
55.	Art. 142	Termin jest nierealny.	Proces legislacyjny jest na początkowym etapie. Uczestnicy egzaminu już teraz powinni wiedzieć na jakich warunkach będzie przeprowadzany egzamin, tymczasem do projektu nie załączono projektu rozporządzenia, o którym mowa w art. 121 ust. 6 projektu ustawy.		
56.	OSR cz. 1	Skreślić fragment „Nie bez wpływu na nią pozostanie również wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 r., sygn. akt K 4/17, który de facto ograniczył katalog źródeł finansowania szpitali funkcjonujących w formie SPZOZ.”	Problemem w finansowaniu opieki zdrowotnej nie jest katalog źródeł finansowania, tylko niedostateczna wysokość tych środków.		
57.	OSR cz. 1	Skreślić fragment „Pogarszająca się sytuacja finansowa nie jest jedynym czynnikiem utrudniającym prawidłowe funkcjonowanie szpitali.	Nie ma argumentów potwierdzających wskazaną tezę. Przeciwnie, kondycja finansowa instytutów		

		W znacznym stopniu utrudnia je również zjawisko tzw. „wielowładztwa”, tj. pełnienia wobec szpitali funkcji podmiotów nadzorujących przez wiele różnych jednostek, głównie samorządu terytorialnego. Występowanie wielu podmiotów nadzorujących odpowiadających za funkcjonowanie poszczególnych szpitali na danym terenie nie służy również zapewnieniu kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych."	badawczych, dla których podmioty prowadzone przez samorządy nie są żadną konkurencją wskazuje, że problem zasadniczo leży gdzie indziej.		
58.	OSR cz. 1	Skreślić „Ponadto, ogłoszony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stan zagrożenia epidemicznego i epidemii w związku z rozprzestrzenianiem się choroby COVID-19 pokazał, jak trudno prowadzić skoordynowane działania zarządcze (zarządzanie kryzysowe) w sytuacji wymuszającej długotrwałe uzgodnienia pomiędzy różnymi podmiotami nadzorującymi szpitale.”	Zważywszy na to, że wojewodowie wydają decyzje administracyjne dotyczące wykorzystania zasobów podmiotów leczniczych w związku z trwającą epidemią, trudno uznać za racjonalny zarzut konieczności długotrwałego uzgadniania pomiędzy różnymi podmiotami zarządzającymi. Podmioty szpitalne nie mają wpływu na to w jaki sposób wojewodowie i podległe im służby były przygotowane do podejmowania działań w zakresie zarządzania kryzysowego.		
59.	OSR cz. 1	W OSR zupełnie pominięto takie aspekty jak brak prawidłowej wyceny świadczeń (co potwierdzają również wyniki kontroli			

		NIK), chaos legislacyjny w obszarze ochrony zdrowia, częste zmiany prawne i brak stabilnych źródeł finansowania.			
60.	OSR cz. 2	W OSR zawarto twierdzenie, że „projekt ustawy wprowadza skuteczne mechanizmy restrukturyzacyjne poprawiające rentowność szpitali i ich stabilność finansową , w tym również restrukturyzację zobowiązań tych jednostek.”. Jednak w projekcie brak jest rozwiązań, które odnosiłyby się do poprawy sytuacji finansowej podmiotów leczniczych w perspektywie długoterminowej. Projekt w ogóle nie odnosi się do wadliwości systemu wyceny i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.			
61.	OSR czy. 4 wiersz 3, kolumna 4	Sama kwalifikacja do sieci nie jest gwarantem uzyskania stabilnych źródeł finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Wyraźnie widać było to po wynikach finansowych podmiotów leczniczych po 2017 r. tj. po wprowadzeniu sieci szpitali.			
62.	OSR cz. 6 Dodatkowe informacje	Skreślić fragment „Największy udział w generowaniu zobowiązań zarówno ogółem, jak i wymagalnych podmiotów szpitalnych miały jednostki utworzone i nadzorowane przez powiaty i miasta na prawach powiatu – łącznie około 34% całości zobowiązań. Podobną wartość zobowiązań wygenerowały podmioty	Taka statystyka jest oczywiście zmanipulowana, biorąc pod uwagę, fakt, że powiaty posiadają łącznie najwięcej szpitali w Polsce, w porównaniu do innych podmiotów właścicielskich.		

		nadzorowane przez samorządy województw.”.			
--	--	---	--	--	--