

UWAGI W RAMACH UZGODNIEN Z KOMISJĄ WSPÓLNĄ RZĄDU I SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Informacja o projekcie:

Tytuł	Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw
Autor	MZ
Projekt z dnia	9 sierpnia 2024 r. z uwzględnieniem wersji z 17 września 2024 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.	Uwaga ogólna	W naszej ocenie proponowane zmiany będą miały marginalny wpływ na poprawę kondycji finansowej podmiotów leczniczych. Sama zmiana zasad sporządzania i wdrażania programów naprawczych nie poprawi sytuacji podmiotów leczniczych. W projekcie brakuje instrumentów zachęcających do współpracy (w miejsce konkurencji) podmioty lecznicze. Ponownie zwracamy uwagę, że w przepisach brakuje mechanizmu gwarantującego świadczeniodawcom wzrost kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku wzrostu kosztów pracy, cen energii czy inflacji. Istniejący mechanizm		Zmiany w zakresie „struktury organizacyjnej sieci szpitali oraz wzmocnienia nadzoru nad procesem sporządzania planów naprawczych są pierwszym z etapów reformy. Instrumenty wsparcia finansowego zostaną określone odrębnie dla podmiotów podejmujących działania naprawcze i konsolidacyjne. Uwagi w pozostałym zakresie wykraczają poza zakres projektowanej ustawy.	Podtrzymanie uwagi. Jeżeli są planowane instrumenty wsparcia to ramy takiego programu rządowego powinny być przewidziane w procedowanej regulacji. Nie podzielamy również stanowiska, że poza obszarem regulacji jest kwestia wyceny świadczeń, jeżeli na koszty działalności leczniczej (które projektodawca chce

		<p>zawarty w art. 31ha ustawy o świadczeniach takiej roli nie pełni, a po 3 latach jego obowiązywania wiemy, że nie jest przestrzegany nawet przez MZ i AOTMiT.</p>	<p>Należy wskazać, że dotychczas wypracowany mechanizm taryfikacji uwzględnia zmienne, które mogą wpływać na zmianę wyceny świadczeń opieki zdrowotnej. W pracach analitycznych nad taryfikacją świadczeń gwarantowanych uwzględnia się wiele czynników m.in. wzrost kosztów pracy, w tym dane dotyczące wysokości wynagrodzeń poszczególnych grup zawodowych biorących udział w realizacji wycenianego świadczenia, inflację i inne zmienne, które mogą wpływać na zmianę wyceny świadczeń opieki zdrowotnej.</p> <p>Ponadto w ramach prac związanych z przygotowaniem raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z przepisami art. 31ha ust. 4 i art. 31n pkt 2c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, możliwa jest analiza danych sprawozdawanych w formularzach MZ-BFA, na podstawie których w okresach kwartalnych monitorowana jest sytuacja finansowo-ekonomiczna podmiotów. Analizowane są przede wszystkim: struktura i</p>	<p>zracjonalizować) wpływ mają po pierwsze czynniki makroekonomiczne, po drugie działania podejmowane bezpośrednio przez ustawodawcę (np. ustawa regulująca wynagrodzenia w podmiotach leczniczych i projektowana nowelizacja).</p>
--	--	---	---	---

				dynamika zmian w zakresie przychodów oraz kosztów działalności z uwzględnieniem takich elementów jak: koszty osobowe (wynagrodzenia z tytułu umów o pracę oraz umów cywilnoprawnych), czy koszty zużycia materiałów i energii. Obecny mechanizm pozwala uwzględnić w wycenie świadczeń zwiększone koszty działalności placówek medycznych, w tym wzrost inflacji.	
2.	Art. 1 pkt 3 w zw. z pkt 2	<p>Wprowadzenie nowego zadania dla AOTMiT wymaga wzmocnienia kadrowego tej instytucji, tymczasem w OSR nie przewidziano wzrostu kosztów funkcjonowania Agencji.</p> <p>Ponadto, nie wiadomo jak w praktyce ma wyglądać proces analizy programów naprawczych, jeżeli projektowane przepisy nie zobowiązują świadczeniodawców do przekazania AOTMiT programów naprawczych – sama zmiana art. 311c ust. 3 i 4d nie jest tutaj wystarczająca, bo przepisy te określają kategorie danych gromadzonych przez Agencję i w kategorii tej nie mieszczą się programy naprawcze.</p>	Trudno wyobrazić – biorąc pod uwagę liczbę podmiotów leczniczych, w tym podmiotów które potencjalnie objęte będą programami naprawczymi, aby zadanie to było realizowane bezkosztowo, przy wykorzystaniu zasobów już posiadanych przez Agencję.	Uwaga uwzględniona. Uzupełniono przepisy zobowiązujące do przekazywania do przekazywania programów naprawczych do AOTMiT ?	Uwaga miała szerszy zakres i odnosiła się do posiadanego przez AOTMiT zasobu kadrowego do analizy programów naprawczych, przy czym nie kwestionujemy, że może to zadanie wykonywać AOTMiT.
3.	Art. 1 pkt 5 i 6	Uwaga ogólna Dotychczasowy system kwalifikacji na jeden z trzech poziomów zabezpieczenia szpitalnego, pomimo swoich niedoskonałości oferował pewność, że szpital zakwalifikowany np. do II poziomu zabezpieczenia, otrzyma finansowanie		Uwaga niezasadna Nowe zasady kwalifikacji zapewniają włączenie do finansowania w ramach PSZ wszystkich profili szpitalnych, które spełniają kryteria kwalifikacji. W odniesieniu do profili zachowawczych takim kryterium jest	Na posiedzeniu zespołu zdrowia prosimy o informacje, jakie elementy proponowanej reformy będą zapobiegały rozdrobnieniu

		<p>adekwatne dla wszystkich kwalifikujących profili, co zapewniało znaczne poczucie stabilności finansowania w perspektywie długoterminowej. Na gruncie nowych przepisów planowanie finansowe jest znacznie utrudnione i pozostaje niejasne, przynajmniej do czasu wydania przepisów wykonawczych.</p> <p>Ponadto widzimy ryzyko rozdrobnienia świadczeniodawców (co będzie sprzyjało niezdrowej konkurencji o kardy) oraz powrotu do tworzenia małych szpitali monospecjalistycznych.</p> <p>Oczywiście w pewnych zakresach medycyny może to poprawić dostępność do wąskich, wyspecjalistycznych zakresów świadczeń. Ale w przypadku pacjentów o wielozakresowych problemach zdrowotnych może implikować koniecznością odsyłania ich do innych podmiotów leczniczych.</p> <p>Ponadto, proponowane rozwiązanie może zachęcić – szczególnie sektor prywatny – do wchodzenia w te profile, które z punktu widzenia rachunku ekonomicznego będą dla nich bardziej opłacalne. To zaś będzie miało wpływ na pogorszenie sytuacji zwłaszcza podmiotów leczniczych należących do sektora publicznego, które realizują świadczenia deficytowe, których koszty obecnie przynajmniej w części kompensują realizacją innych świadczeń.</p>		<p>jedynie 2-letnia ciągłość kontraktu, natomiast w odniesieniu do profili zabiegowych przyjęto co prawda dodatkowe kryterium minimalnego udziału świadczeń zabiegowych w okresie dwóch ostatnich pełnych lat kalendarzowych, jednak w przypadku jego niespełnienia świadczeniodawca będzie miał możliwość zawarcia umowy na 4-letni okres, obejmującej realizację świadczeń w danym profilu w trybie hospitalizacji planowej lub jednodniowej.</p> <p>W związku z powyższym projektowane rozwiązania nie skutkują po stronie szpitali zmniejszeniem pewności finansowania przez NFZ. Jednocześnie projektowane zmiany nie niosą ryzyka rozdrobnienia sektora szpitalnego, lecz przeciwnie będą sprzyjały jego konsolidacji (zarówno zmiany w PSZ jak i w zmiany w u.d.l.).</p>	<p>świadczeniodawców, zwłaszcza w kontekście inwestowania sektora prywatnego w te obszary, których warunki kontraktowania przez NFZ są szczególnie atrakcyjne.</p>
4.	<p>Art. 1 pkt 6 w zakresie art. 95m ust. 5 pkt 1 lit, c oraz art. 1 pkt 16 w</p>	<p>Proponujemy zdefiniowanie pojęcia leczenia jednego dnia/trybu leczenia jednego dnia.</p>	<p>Pojęcie to pojawia się w projekcie ale nie jest zdefiniowane.</p>	<p>Uwaga niezasadna Podobnie jak w przypadku profili kwalifikujących do PSZ ustawa odwołuje się do trybów realizacji świadczeń które określone są w</p>	<p>Stanowisko MZ budzi wątpliwości w kontekście §149 zasad techniki prawodawczej (W akcie normatywnym</p>

	zakresie art. 159a ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych			oparciu o rozporządzenie wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Te pojęcia są zdefiniowane w rozporządzeniu dot. świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (poprzez określenie odmiennych warunków realizacji świadczeń dla 3 trybów leczenia szpitalnego).	niższym rangą niż ustawa bez upoważnienia ustawowego nie formułuje się definicji ustalających znaczenia określeń ustawowych; w szczególności w akcie wykonawczym nie formułuje się definicji, które ustalałyby znaczenia określeń zawartych w ustawie upoważniającej).
5.	Art. 1 pkt 6 w zakresie art. 95m ust. 5 pkt 3 w zw. z ust. 6 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Ocena proponowanych zmian jest niemożliwa, bez zapoznania się z projektem rozporządzenia.	Rozporządzenia wykonawcze, będą w tym wypadku decydowały o kształcie i zakresie kontraktu dla danego podmiotu.	Opracowanie projektu rozporządzenia określającego szczegółowe warunki kwalifikacji wymaga przeprowadzenia odpowiednich szczegółowych analiz. Rozporządzenie to będzie poprzedzone analizą na poziomie KK oraz podlegać będzie szerokim konsultacją społecznym w toku procesu legislacyjnego.	
6.	Art. 1 pkt 6 w zakresie art. 95m ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Uwaga ogólna Na podstawie danych załączonych do projektu ustawy nie sposób jest ocenić jaki skutek będzie miało wprowadzenie proponowanej zmiany. Zgodnie z art. 95m ust. 1 (w proponowanym brzmieniu) świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia, w zakresie dotyczącym zakładu leczniczego. Z tego wynika, że minimalny udział świadczeń zabiegowych/liczby porodów powinien być		Załącznik do OSR ma tylko znaczenie poglądowe, nie jest dokumentem rozstrzygającym o kształcie rozporządzenia dot. kryteriów kwalifikacji.	Podtrzymanie uwagi. Czy intencją projektodawcy jest kwalifikacja do sieci poszczególnych oddziałów zakładów świadczeniodawców czy potencjał świadczeniodawcy z poszczególnych zakładów będzie

		odnoszony do liczby zabiegów/porodów w poszczególnych zakładach (szpitalach). Tymczasem exel załączony do projektu ustawy odnosi się do świadczeniodawców ogółem.			łączony? Pytanie to dotyczy podmiotów leczniczych mających więcej niż jeden zakład prowadzący działalność szpitalną.
7.	Art. 1 pkt 6 w zakresie art. 95m ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	<p>Nie kwestionujemy co do zasady możliwości ustalenia na poziomie rozporządzenia minimalnego udziału świadczeń zabiegowych dla danego profilu niemniej jednak zwracamy uwagę, że po pierwsze termin ogłoszenia takiego rozporządzenia powinien przypadać na datę wcześniejszą niż data będąca początkiem okresu referencyjnego, po drugie okres referencyjny powinien być ustalony w ustawie a nie w rozporządzeniu wykonawczym, po trzecie w większym zakresie powinien być zabezpieczony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej niż sztywne określenie ram liczbowych.</p> <p>W przeciwnym wypadku może dojść do sytuacji braku zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych. W tym zakresie należałoby zmienić zasady przygotowywania wojewódzkich planów transformacji i uwzględnić ich brzmienie w pracach nad projektem rozporządzenia.</p> <p>Nie jest również jasne czy w odniesieniu do okresu referencyjnego będzie brana pod uwagę średnia, suma czy inny sposób „wyliczenia” liczby udzielonych świadczeń.</p> <p>Z projektu ustawy nie wynika również, czy u świadczeniodawcy realizującego świadczenia w zakresie ginekologii i położnictwa w trybie hospitalizacji, z wyłączeniem porodów,</p>	<p>Podstawowym zarzutem jaki organy tworzące i właścicielskie oraz szpitale powiatowe mają do obecnej sytuacji jest brak przewidywalności systemu.</p> <p>Proponowana regulacja nie dość, że nie odwraca tego trendu, to dodatkowo może go pogłębić.</p> <p>Na podstawie proponowanego przepisu Minister Zdrowia w dowolnym czasie, również bezpośrednio przed terminem kwalifikacji do sieci będzie mógł zmienić „reguły gry”.</p> <p>Powyższy argument podbija fakt, że w ostatnich latach MZ permanentnie spóźnia się z przygotowaniem</p>	<p>Uwaga częściowo uwzględniona.</p> <p>W ustawie określono okres referencyjny, który będą dwa pełne lata kalendarzowe poprzedzające proces kwalifikacji do sieci. Zasadne jest wcześniejsze w życie rozporządzenia w celu przeprowadzenia postępowania kwalifikacyjnego. Przewiduje się, że zostanie ono wydane z dniem 1 stycznia 2026 r.</p> <p>Nie jest koniecznym, by rozporządzenie obowiązywało przed okresem referencyjnym.</p> <p>Obowiązkiem świadczeniodawcy jest realizacja świadczeń zgodnie z potrzebami zdrowotnymi danego pacjenta - o potrzebie realizacji danego świadczenia powinny decydować jedynie kryteria medyczne i potrzeby zdrowotne.</p> <p>Natomiast realizacja świadczeń zabiegowych poniżej określonego poziomu procentowego może wskazywać, że na danym terenie nie ma potrzeby funkcjonowania całodobowym.</p>	<p>Podtrzymanie uwagi. W projekcie z dnia 18 września 2024 r. w projektowanym art. 95m ust. 7 pkt 4 wskazuje, że okresy referencyjne ustala się w rozporządzeniu.</p> <p>W projekcie ustawy wskazano jedynie minimalny okres referencyjny (co najmniej dwa lata).</p> <p>Celem uwagi jest ochrona świadczeniodawców przed „zmiłą warunków gry” z tego względu wnosimy wprost o wprowadzenie do ustawy wymogu wprowadzenia rozporządzenia przed początkiem okresu referencyjnego i określenie terminu wejścia w życie tego rozporządzenia.</p> <p>Ponownie powodem takiego stanowiska ZPP jest dotychczasowa praktyka wydawania</p>

		<p>profil ten będzie podlegał kwalifikacji do PSZ. W związku z tym, że ginekologia jest również profilem zabiegowym, nie jest jasne czy będzie miało tu zastosowanie kryterium udziału procentowego procedur zabiegowych.</p>	<p>rozporządzeń wykonawczych lub są one przygotowywane na ostatnią chwilę. Tendencja ta ma niestety charakter trwały.</p> <p>Odnosząc się do ostatniej z uwag, Polska nie jest państwem jednolitym pod względem demograficznym czy sieci transportowych. Chociaż widzimy potrzebę racjonalizacji liczby niektórych oddziałów, to brak uwzględnienia przy przyjmowaniu rozporządzenia specyfiki poszczególnych regionów Polski może przyczynić się do braku faktycznej dostępności do świadczeń. Na przykładzie porodówek (bazując na danych przekazanych do projektu przez MZ) wynika, że przyjęcie limitu 400 porodów</p>	<p>W odniesieniu do kwalifikacji oddziałów położniczych uwaga częściowo uwzględniona poprzez dodanie kryterium geograficznego.</p> <p>W związku z przyjęciem, że ginekologia jest profilem zabiegowym, w przypadku, gdy świadczeniodawca nie osiągnie rocznie wymaganego limitu porodów, oddział będzie podlegał kwalifikacji do PSZ pod warunkiem spełnienia określonego pułapu świadczeń zabiegowych określonych w rozporządzeniu.</p>	<p>przez MZ rozporządzeń wykonawczych w ostatniej chwili albo po czasie.</p> <p>Stanowisko MZ, że „Obowiązkiem świadczeniodawcy jest realizacja świadczeń zgodnie z potrzebami zdrowotnymi danego pacjenta - o potrzebie realizacji danego świadczenia powinny decydować jedynie kryteria medyczne i potrzeby zdrowotne.” Jest o tyle kuriozalne, że MZ nie gwarantuje świadczeniodawcom zapłat za świadczenia ani – zgodnie z projektowanymi przepisami – gwarancji utrzymania się w sieci w przypadku kierowania się wyłącznie wyżej wymienionymi wytycznymi.</p>
--	--	---	--	--	---

			<p>spowoduje, że dostęp na obszarze Polski północno i południowo-wschodniej, ścianie zachodniej oraz województwie świętokrzyskim do świadczeń w ujęciu terytorialnym będzie ograniczony w porównaniu do reszty kraju. W przypadku województwa świętokrzyskiego na 12 istniejących porodówek ma zostać zlikwidowanych 7, z pozostałych 5 aż trzy działają w mieście Kielce, nie będzie porodówki w Ostrowcu Świętokrzyskim (miasto liczące przeszło 60 tys. mieszkańców, siedziba 100-tysięcznego powiatu). Nie uwzględniono przypadków gdy po wprowadzeniu minimalnej liczby porodów, zostaną zlikwidowane oddziały w</p>		
--	--	--	---	--	--

			sąsiadujących obok siebie powiatach, bez możliwości „przejęcia” przez jeden z nich potencjalnych pacjentów.		
8.	Art. 1 pkt 7 lit c w zakresie art. 95n ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Zmienić termin 7 dni na 14 dni.	W naszej ocenie należy wydłużyć ten termin do 14 dni, aby w sposób realny zapewnić możliwość ochrony praw wnoszącego protest.	Uwaga niezasadna Termin 7-dniowy na złożenie protestu znajduje się od początku w przepisach regulujących kwalifikację do PSZ i nie było sygnałów, aby termin ten był niewystarczający. Postępowania w sprawie protestów oraz postępowania odwoławcze od decyzji w sprawie nieuznania protestów muszą się zakończyć przed data obowiązywania wykazów.	
9.	Art. 2 uwaga ogólna	Proponujemy wprowadzić regulację, która w odniesieniu do JST jednoznacznie przesądzi, który organ (stanowiący czy wykonawczy) jest odpowiedzialny za realizację poszczególnych zadań określonych w ustawie.	Obecnie takie regulacje w ustawie o działalności leczniczej wprowadzone są w zakresie szczytkowym (np. w art. 75). W przypadku samorządów gminnych domniemywa się kompetencje rady gminy, w przypadku powiatu w przepisach	Uwaga nieuwzględniona Uwaga wykracza poza zakres projektowanej regulacji. Ew. wprowadzenie przepisów dotyczących domniemanych kompetencji powinno zostać określone na poziomie ustaw samorządowych.	Podtrzymanie uwagi. Ustawy samorządowe niemal w ogóle nie odnoszą się do podziału kompetencji wynikających z przepisów szczególnych pomiędzy organami JST. Nie ma powodu, aby w odniesieniu do ustawy o działalności leczniczej było inaczej. Zresztą podobny problem występuje w odniesieniu do ustawy o świadczeniach.

			<p>ustrojowych nie ma przepisu określającego domniemanie kompetencji, w samorządzie województwa domniemywa się kompetencje zarządu. W innych ustawach (np. w Prawie oświatowym) takie jednoznaczne uregulowanie kompetencji uporządkowało praktykę działania organów. Ponadto w obiegu prawnym pojawiają się kontrowersyjne akty nadzoru wojewodów oraz orzeczenia sądów administracyjnych, które nie sprzyjają racjonalnemu sprawowaniu nadzoru i kontroli nad SP ZOZ-ami. Przykładem jest wyrok WSA w Olsztynie IISA/OI 604/23, gdzie Sąd uznał, że organem właściwym w sprawie przeprowadzania</p>		<p>Ustawy z obszaru zdrowia są jednymi z nielicznych, które nie regulują zasad podziału kompetencji organów, co w praktyce prowadzi do wątpliwości interpretacyjnych, rozbieżności w praktyce organów nadzoru czy orzecznictwie sądów administracyjnych. W kontekście proponowanych zmian legislacyjnych jednoznaczne uregulowanie zasad sprawowania bieżącej kontroli nad podmiotem leczniczym czy zatwierdzania programów naprawczych, jest konieczne.</p>
--	--	--	---	--	--

			kontroli w SP ZOZ jest rada gminy. Nie trzeba chyba szerzej wyjaśniać jakie problemy praktyczne może wywołać taki kierunek wykładni. Również wydaje się, że w sprawie zatwierdzania programów naprawczych decydujący głos powinien mieć organ wykonawczy.		
10.	Art. 2 pkt 1	<p>Po pierwsze w projekcie ustawy brakuje zachęt do tworzenia związków dedykowanych wspólnemu prowadzeniu szpitala/szpitali (jeden z projektowanych przepisów wręcz zniechęca do wchodzenia w tego rodzaju współpracę). Wnosimy zatem o wprowadzenie mechanizmów (np. umorzenie zobowiązań publicznoprawnych, instrumenty wspierające restrukturyzację zobowiązań wobec dostawców), który zachęcałby samorządy do tworzenia związków. Jest to szczególnie istotne w przypadku łączenia potencjału szpitali, z których np. jeden jest w wyjątkowo złej kondycji finansowej.</p> <p>Ponadto zwracamy uwagę, że do związków JST nie mogą przystępować samorządy województw. Biorąc pod uwagę fakt, że duża część szpitali jest prowadzona przez samorządy województw i często konkurują one o pacjentów ze szpitalami powiatowymi czy miejskimi, wydaje się, że ustawa o działalności leczniczej powinna w drodze</p>		<p>Uwaga niezasadna</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Instrumenty wsparcia finansowego zostaną określone odrębnie 2. Możliwość tworzenia związków jednostek samorządu terytorialnego wynika z ustaw samorządowych; w projektowanej regulacji zaproponowano rozszerzenie katalogu podmiotów tworzących o ww. związki (te, które na podstawie odrębnych przepisów mogą być tworzone). Nie wydaje się zasadne, żeby w ustawie o działalności leczniczej ustanawiać wyjątki wobec zasad wynikających z 	<p>Podtrzymanie uwagi w zakresie wprowadzenia procedury przejmowania szpitali przez związki samorządowe. Zgodnie z art. 66 i 67 ustawy o samorządzie powiatowym już na etapie tworzenia związku powinna być przesądzona kwestia jakie zadania, mienie i na jakich zasadach są przejmowane przez Związek. Podstawą przejścia zadań przez związek są uchwały poszczególnych rad. Przejęcie szpitali powinno następować z dniem ogłoszenia statutu związku (z tym</p>

		<p>wyjątku dopuszczać udział samorządu województw w związkach JST prowadzących szpital/szpitala (w zakresie przystąpienia samorządu województw do takiego związku odpowiednio zastosowanie mogłyby mieć przepisy ustawy o samorządzie powiatowym).</p> <p>Wreszcie zwracamy uwagę, że w ustawie o działalności leczniczej po art. 67a powinna zostać wprowadzona odrębna jednostka redakcyjna odnosząca się do trybu przejścia funkcji podmiotu tworzącego z JST na związek JST. Należy założyć, że jeżeli samorządy zdecydują się na prowadzenie szpitali przez związek decyzja w tej sprawie będzie podejmowana na etapie tworzenia związku (jest to istotne z punktu widzenia ustalenia w statucie chociażby zasad partycypacji w kosztach czy rozliczeń majątkowych). Zatem procedura przewidziana w art. 67a ustawy o działalności leczniczej jest niewystarczająca, bo żeby móc zawrzeć porozumienie podmiot przejmujący musi istnieć w dniu zawarcia porozumienia.</p> <p>Dodatkowo zgłaszamy uwagę redakcyjną – po słowie samorządu należy dodać terytorialnego.</p>		<p>(ogólnych) ustaw samorządowych. Wykroczenie poza materię ustawy o działalności leczniczej.</p> <p>3. Art. 67a dotyczy wszystkich sytuacji (i wszystkich podmiotów tworzących, w tym związków jednostek samorządu terytorialnego)</p> <p>Koncepcja „konsolidacyjna” z udziałem związków jednostek samorządu terytorialnego polegałaby na:</p> <p>1) utworzeniu przez jednostki samorządu terytorialnego związku;</p> <p>2) przekazaniu przez nie związkowi uprawnień i obowiązków podmiotu tworzącego – na podstawie art. 67a udl;</p> <p>3) połączeniu tych SPZO-ów przez związek (jako jedyny podmiot tworzący) na podstawie art. 66 i 67 udl.</p> <p>4. Uwaga (redakcyjna) - uwzględniona</p>	<p>dniem związek nabywa osobowość prawną). Art. 67a ustawy o działalności leczniczej stanowi tutaj przeszkodę.</p>
11.	Art. 2 pkt 3 lit. a	Zwrot „członek zarządu związku jednostek samorządu terytorialnego” zmienić na	Z obecnego brzmienia przepisu wynika, że każdy		Podtrzymanie uwagi. W przypadku samorządu województwa i powiatu,

		„przewodniczący zarządu związku jednostek samorządu terytorialnego”.	członek zarządu związku (organ kolegialny) będzie zasiadał w radzie społecznej lub wyznaczał swojego przedstawiciela. Wydaje się, że nie taka była intencja projektodawcy.	Wykładnia językowa z uwzględnieniem części wspólnej do wyliczenia jednoznacznie wskazuje liczbę pojedynczą co przesądza, że chodzi o jednego (a nie każdego) członka	w przypadku organów kolegialnych wprost wskazano, że prawo do zasiadania w radzie społecznej lub wyznaczenia przedstawiciela ma jego przewodniczący. Nie ma powodu, aby w odniesieniu do związku wprowadzić wyłom od tej zasady.
12.	Art. 2 pkt 5 lit. a w zakresie zmiany art. 59 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej	<p>Proponujemy wydłużenie terminu z 3 do 6 miesięcy na sporządzenie programu.</p> <p>Ponadto wnosimy o rozważenie wprowadzenia zapisu, aby obowiązek sporządzania programu naprawczego dotyczył sytuacji, w których strata netto szpitala przewyższyła np. 5% wartości umów zawartych z NFZ.</p>	<p>Przepisy dotyczące programów naprawczych podlegają znacznej rozbudowie. Przygotowanie tak ważnego dokumentu nie powinno odbywać się w pośpiechu. Wskazuje na to również praktyka stosowania dotychczasowych przepisów.</p> <p>W naszej ocenie zapis wprowadzający 5% wartości straty netto w stosunku do umów zawartych z NFZ, ma na celu wyeliminowanie konieczności prowadzenia postępowania naprawczego w</p>	<p>Uwaga niezasadna</p> <p>W aktualnym stanie prawnym SPZOZ-y mają 3 miesiące na sporządzenie planu naprawczego. Do Ministerstwa Zdrowia nie wpływał sygnały dotyczące problemów z dotrzymaniem tego terminu.</p> <p>Uwaga uwzględniona w zakresie określenia pułapu od którego istniał będzie obowiązek przygotowania programu naprawczego, po przekroczeniu progu ustanowionego jako stosunek procentowy straty netto do sumy przychodów.</p>	<p>Uwagę dotyczącą wydłużenia terminu sygnalizowały podmioty lecznicze w ramach uwag do projektu zbieranych przez ZPP. Jako uzasadnienie wskazywano znaczne rozbudowanie programów w tym, o elementy związane z nawiązaniem współpracy z innymi podmiotami leczniczymi.</p>

			podmiotach, które notują minimalne straty. W naszej opinii, niezbyt racjonalne jest wprowadzanie rozbudowanego planu naprawczego w sytuacji, gdy wartość z umów z NZF wynosi 100 mln zł, podczas gdy zanotowana strata netto wyniosłaby 100 tys. zł.		
13.	Art. 2 pkt 5 lit. b w zakresie dodawanego ust. 6 w art. 59 ustawy o działalności leczniczej	Proponowany przepis w dużej mierze stanowi powtórzenie przepisu jaki był przewidziany w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa i który budził wątpliwości odnośnie jego praktycznego zastosowania.	Obecnie jakość wojewódzkich planów transformacji budzi wątpliwości odnośnie ich praktycznej przydatności do planowania czegokolwiek na obszarze województwa. Kierownik SP ZOZ ma ograniczone kompetencje, aby uzgadniać zasady współpracy z innymi podmiotami w zakresie koncentracji zasobów ludzkich, infrastruktury, realizacji świadczeń czy połączenia podmiotu	Uwaga niezasadna Wojewódzkie programy transformacji pomimo swoich niedoskonałości są cały czas źródłem informacji. Ewentualne działania powinny iść w kierunku podnoszenia jakości planów transformacji a nie rezygnacji z oceny programu naprawczego pod kątem tych planów.	Nie kwestionujemy się posiłkowania wojewódzkimi planami transformacji, tylko zwracamy uwagę, na potrzebę dogłębnej reformy zasad ich sporządzania oraz zawartości merytorycznej. W odpowiedziach na uwagi MZ nie odniósł się do innych zastrzeżeń dotyczących zawartości planów naprawczych.

			<p>leczniczego z innymi podmiotami. Ponadto, program jest dokumentem jednostronnym. Nawet jeżeli postanowienia tego rodzaju znajdują się w planie naprawczym, nie oznacza to że inny podmiot będzie zobowiązany jego postanowieniami. Proponujemy wykreślić zapis dotyczący planowanych działań mających na celu podniesienie jakości – zła kondycja finansowa podmiotu leczniczego nie jest równoznaczna ze spadkiem jakości udzielanych świadczeń ponadto kwestie związane z jakością są uwzględniane w wewnętrznym systemie zarządzania jakością i bezpieczeństwem.</p>		
14.	Art. 2 pkt 6 w zakresie dodawanego art. 59a ust. 7	Praktycznym problemem może być zdefiniowanie pojęcia istotności w odniesieniu do zmiany programu naprawczego.	Rozumiemy potrzebę wprowadzenia pewnej elastyczności w dokonywaniu	Uwaga niezasadna Określenie zamkniętego katalogu istotnych zmian albo ich	Podtrzymanie uwagi. Taki próby doprecyzowania pojęć ustawowych są

	ustawy o działalności leczniczej		zmian w zatwierdzonym programie, niemniej jednak powinien się pojawić przepis, który wskazywałby na to, które zmiany zawsze uważa się za istotne (albo za nieistotne). Ponadto o zmianach w programie naprawczym, które przez kierownika podmiotu leczniczego zostały uznane za nieistotne i tak powinien poinformować podmiot tworzący.	zdefiniowanie byłoby trudne i niecelowe. W systemie prawa istnieją określenia „niezwłocznie”, „bez zbędnej zwłoki” „rażące naruszenie prawa”. Podmiot tworzący sprawuje nadzór nad samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej i może wystąpić do kierownika o informacje w sprawie aktualizacji planu naprawczego, celem (m.in.) ustalenia czy naniesione, w ramach cokwartalnej aktualizacji, zmiany miały charakter istotny.	powszechnie stosowane. Przykładem jest art. 454 ust. 2 PZP w zakresie zdefiniowania istotnych zmian umowy. Ponadto zwracamy uwagę, że organ tworzący nie ma żadnych kompetencji do oceny czy zmiany planu miały charakter istotny czy nieistotny.
15.	Art. 2 pkt 6 w zakresie dodawanego art. 59a ust. 8 ustawy o działalności leczniczej	<p>Po pierwsze wątpliwości budzi czy aktualizacja jest czym innym niż zmianą programu naprawczego o charakterze nieistotnym.</p> <p>Po drugie wnosimy o to aby obowiązek aktualizacji był dokonywany nie rzadziej niż raz na pół roku.</p>	Poważne zastrzeżenia budzi projektowany przepis, który w istocie marginalizuje rolę podmiotu tworzącego. Aktualizacja programu może mieć dowolny kierunek, na który podmiot tworzący nie ma żadnego wpływu. Ponadto nie wiadomo jaka jest relacja ust. 8 do ust. 7.	<p>Uwaga niezasadna</p> <p>Celem omawianego przepisu jest systematyczny monitoring planu naprawczego. Kierownik SPZOZ raz na 3 miesiące przegląda plan naprawczy weryfikując czy w zmieniającej się rzeczywistości jest nadal aktualny. Jeśli tak, to do planu nie są wprowadzane żadne zmiany. Jeśli nie – wprowadza zmiany. Jeśli te zmiany są istotne (w ocenie kierownika) uruchamiana jest procedura „opiniodawczo-zatwierdzeniowa” Jeśli zmiany są nieistotne (w ocenie kierownika) nie informuję podmiotu</p>	<p>j.w.</p> <p>Ponadto zwracamy uwagę, że literalne brzmienie proponowanego przepisu – art. 59a ust. 8 - rozmija się z wyjaśnieniem.</p>

			Aktualizacja raz na kwartał spowoduje, że SPZOZ może być w permanentnej aktualizacji programu naprawczego.	tworzącego. Podmiot tworzący może to zweryfikować – vide wyjaśnienia do uwagi w pkt 14.	
16.	Art. 2 pkt 6 w zakresie dodawanego art. 59b ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej	Termin 14-dniowy proponujemy zamienić na 45-dniowy albo zostawić termin 14 dniowy ale liczony do dnia sporządzenia sprawozdania finansowego za rok obrotowy.	Zaproponowany przez projektodawcę termin 14 dni jest zbyt krótki, biorąc pod uwagę fakt jak wygląda zamknięcie roku obrotowego i jakie czynniki mogą mieć wpływ na jego ostateczny kształt.	Uwaga uwzględniona	
17.	Art. 2 pkt 7	Proponowany przepis w zakresie odpowiedzialności solidarnej samorządów tworzących związek za zobowiązania likwidowanego SP ZOZ skutecznie zniechęca do łączenia potencjału szpitali, z których część jest obecnie w złej kondycji finansowej. Należy zauważyć, że zgodnie z przepisami samorządowym (np. art. 67 ust. 2 pkt 6) to statut związku określa zasady pokrywania strat związku.		Uwaga uwzględniona	
18.	OSR pkt 4	Odnosnie szacowania liczby związków – zwracamy uwagę, że obecnie istniejące związki JST raczej nie będą zainteresowane prowadzeniem szpitali (związki realizujące zadania geodezyjne, zaopatrzenia w wodę, promujące samorządy itp.). Raczej powinna zostać oszacowana potencjalna liczba związków JST, które po wejściu w życie przepisów będą prowadziły podmioty lecznicze.		Uwaga nieuwzględniona – w OSR określone został potencjalnie możliwy zakres podmiotów na który może mieć wpływ ta regulacja.	

19.	OSR pkt 6	<p>Nie da się naprawić systemu ochrony zdrowia bez nakładów finansowych (w tym zmiany wyceny świadczeń). Z rozczarowaniem przyjmujemy fakt, że na wdrożenie ustawy przewidziano 0 zł.</p>		<p>Uwaga niezasadna Projektowane rozwiązania nie dotyczą finansowania świadczeń ani dofinansowywania inwestycji w podmiotach leczniczych, lecz jedynie kwestii organizacyjnych i proceduralnych.</p>	
20.	<p>Dodatkowe uwagi zgłaszane po dodatkowych konsultacjach z samorządami</p>	<p>Wnosimy o możliwość prowadzenia przez związku JST szpitali również w formie spółki prawa handlowego.</p> <p>Ponadto wnosimy o zniesienie zmian wprowadzonych ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw w zakresie w jakim wprowadzała minimalną liczbą udziałów/akcji jakim musi dysponować JST w spółce prowadzącej działalność leczniczą. Udział sektora prywatnego w przypadku wielu szpitali pozwolił na pozyskanie środków na remonty i unowocześnienie szpitali. Jednocześnie z oczywistych względów potencjalni inwestorzy nie są zainteresowani, jeżeli nie mają decydującego wpływu na funkcjonowanie spółki. Interes pacjentów i samorządu można zabezpieczyć również w innych sposób niż tylko poprzez posiadanie określonej w ustawie minimalnej wartości nominalnej akcji lub udziałów.</p> <p>Ponadto przy działaniach restrukturyzacyjnych prowadzonych z wykorzystaniem środków BGK wnosimy o wyłączenie wymogu zabezpieczenia na majątku JST.</p>			