

## **RAPORT Z KONSULTACJI PUBLICZNYCH I OPINIOWANIA**

### **projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa (UD321)**

Zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.) oraz z art. 7 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

Celem opiniowania i konsultacji publicznych było zapewnienie zainteresowanym podmiotom i organizacjom, możliwości wyrażenia opinii na temat rozwiązań zawartych w projekcie ww. ustawy oraz możliwości zgłoszenia uwag i wniosków dotyczących tego projektu.

Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa został przekazany do konsultacji publicznych i opiniowania podmiotom wskazanym w pkt 5 Oceny Skutków Regulacji.

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

Poniżej zestawienie uwag przesłanych w ramach konsultacji publicznych i opiniowania do projektu ustawy (zachowano pisownię oryginalną):

L.p.	Obszar	Jednostka redakcyjna projektu ustawy	Podmiot zgłaszający	Treść uwagi	Stanowisko Ministerstwa Zdrowia
1.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy	<p>Zarząd Krajowy OZZL negatywnie ocenia projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, przedstawiony przez Ministerstwo Zdrowia.</p> <p>Zasadniczą wadą ustawy jest przyjęcie założenia, że główną przyczyną złej sytuacji finansowej szpitali w Polsce jest złe nimi zarządzanie przez złą (niewykwalifikowaną) kadrę zarządzającą. Z tego powodu, w ocenie autorów projektu ustawy, szpitale nie będą w stanie samodzielnie poprawić swojej sytuacji finansowej i swojej efektywności, co uniemożliwi ich rozwój. Stąd – zawarta w ustawie – propozycja, aby stworzyć stały, rządowy nadzór nad szpitalami w postaci Agencji Rozwoju Szpitali oraz zmienić (przynajmniej w części) kadrę zarządzającą szpitalami wg zasad zawartych w ustawie.</p> <p>W ocenie OZZL, przyjęte założenie jest błędne i – konsekwentnie - błędne są również zaproponowane w ustawie działania. Główną przyczyną złej sytuacji finansowej szpitali są bowiem złe warunki zewnętrzne, w jakich szpitale muszą funkcjonować, a zwłaszcza zaniżona i często nieracjonalna wycena świadczeń udzielanych przez szpitale. To uniemożliwia zbilansowanie szpitali, jeżeli chcą one zachować odpowiednią jakość świadczeń, właściwy poziom zatrudnienia (bezpieczny dla chorych i personelu) oraz odpowiedni poziom płac. Nierzadko zmusza też szpitale do podejmowania nieracjonalnych działań (np. wydłużanie hospitalizacji, stosowanie niekoniecznych badań itp.). Także inne warunki uniemożliwiają rozsądne - zwłaszcza w dłuższej perspektywie - działania. Należą do nich np. zmieniające się warunki rozliczania świadczeń udzielanych przez szpitale czy nieplanowane wcześniej obciążanie szpitali nowymi zadaniami.</p> <p>W ocenie OZZL, drogą do poprawy sytuacji finansowej szpitali, która umożliwi im także efektywne i racjonalne działanie, poprawę jakości świadczonych usług, modernizację i rozwój jest przede wszystkim właściwa wycena świadczeń medycznych, udzielanych przez szpitale. Musi ona uwzględniać (przeciętne) koszty, jakie trzeba ponieść przy ich wykonaniu, uwzględniając także odpowiednią wycenę pracy personelu medycznego. Przeciwnie niż autorzy ustawy, OZZL uważa, że koniecznym uzupełnieniem właściwej wyceny świadczeń jest konkurencja między szpitalami – o pacjentów, a przez to o środki z NFZ (zgodnie z zasadą, że „pieniądze idą za pacjentem”). Konkurencja ta wymusi poprawę jakości świadczeń, lepszą odpowiedź na potrzeby pacjentów (np. kompleksowość świadczeń), a przy tym efektywność ich funkcjonowania. Konieczna jest też konkurencja o personel medyczny, bo jakość świadczeń zdrowotnych związana jest przede wszystkim z odpowiednimi ludźmi, którzy te świadczenia udzielają. Autorzy ustawy popełniają, w ocenie OZZL, błąd uznając, że możliwa jest poprawa jakości usług oferowanych przez szpitale i konkurowanie tą jakością</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Należy podkreślić, iż prace nad niniejszą reformą zostały zapoczątkowane pod koniec 2020 r. Założenia reformy zostały opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia w dniu 31 maja 2021 r. W założeniach tych wskazano trzy warianty rozwiązań, spośród których wybrano najbardziej optymalny Wariant III „Agencja Rozwoju Szpitali i ewaluacja szpitali” – obecnie realizowany w formalnym procesie legislacyjnym. Wariant I „Ograniczenie liczby podmiotów nadzorujących szpitale”, który budził największe kontrowersje i obawy jednostek samorządu terytorialnego nie uzyskał akceptacji i rekomendacji.</p> <p>Projekt ustawy opracowany został m.in. przez specjalistów zewnętrznych wchodzących w skład powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu do spraw przygotowania projektu przepisów w zakresie postępowań naprawczych podmiotów szpitalnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 45, z późn. zm.).</p> <p>Projekt zakłada utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji (Agencji Rozwoju Szpitali), która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów. Postępowanie naprawczo-rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B).</p> <p>Ministerstwo Zdrowia dokonało na podstawie danych za 2020 r. (aktualnie brak jeszcze danych za 2021 r.) symulacji procesu kategoryzacji szpitali publicznych przewidywanego przepisami projektu ustawy. W efekcie symulacji przeprowadzonej w oparciu o wskaźniki ekonomiczno-finansowe wskazane w projektowanej ustawie, tylko co trzeci szpital (33%) zakwalifikowany został do kategorii C lub D, z którymi</p>

				<p>(konkurowanie o kogo?) w sytuacji, gdy – jednocześnie – zniesie się (jak to przewiduje ustawa) konkurowanie o pacjentów, o środki z NFZ i o personel medyczny. Dla prawidłowego funkcjonowania szpitali konieczna jest też likwidacja innych, pozamerytorycznych wpływów na szpitale i na kadre zarządzającą (np. przez lokalnych lub centralnych polityków). Jest też oczywiste, że niektóre szpitale – ze względu na ich „naturalnie” monopolistyczną pozycję – nie będą poddane presji konkurencji. W tych szpitalach mogą się okazać konieczne administracyjne, centralne uregulowania.</p> <p>W ocenie OZZL należy zrezygnować z uchwalenia projektowanej ustawy i zastanowić się na nowo nad działaniami zmierzającymi do naprawy szpitalnictwa w Polsce, z uwzględnieniem uwag, przedstawionych w niniejszym stanowisku.</p>	<p>wiąże się konieczność podjęcia działań naprawczo-rozwojowych. Pozostałe 67% szpitali znalazłoby się w kategoriach A i B, co oznacza brak problemów w zakresie sytuacji finansowej. Jak wynika z powyższych danych, w przypadku jednostek funkcjonujących w podobnych warunkach ekonomiczno-finansowych duże znaczenie ma sposób zarządzania jednostką i kompetencje osób odpowiedzialnych za kierowanie poszczególnymi szpitalami.</p> <p>W zakresie wyceny świadczeń projekt ustawy zmienia koncepcje funkcjonowania tzw. Sieci Szpitali. W pozostałej części uwaga poza zakresem regulacji.</p> <p>Projekt nie ma na celu zlikwidowanie konkurencji w całości, ale tego rodzaju „negatywnej” konkurencji, która została opisana w uzasadnieniu.</p> <p>Reforma stanowi kamień milowy w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności z terminem wejścia w życie uzgodnionym z Komisją Europejską na III kwartał 2022 r.</p>
2.	Uwaga ogólna	-	<p>Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Gorzycach</p>	<p>Ustawa nie powinna być dalej procedowana w obecnej treści. W przypadku dalszego procedowania należy uwzględnić uwagi w wierszach poniżej.</p> <p>Ustawa nie rozwiąże pogarszającej się sytuacji finansowej i rosnącego zadłużenia szpitali bez zapewnienia zwiększenia wycen świadczeń zdrowotnych gwarantowanych ze środków publicznych. Proponowane utworzenie Agencji Rozwoju Szpitali doprowadzi do powstania podmiotu na szczeblu Centralnym, który z pozycji „pionowej”, przy pomocy kadry bez doświadczeń w ochronie zdrowia, ma wykonywać zadania, które już dziś mogą być realizowane z pozycji „poziomej” przez Ministerstwo Zdrowia (dysponujących odpowiednią kadra), za pośrednictwem Wojewodów (dysponujących odpowiednią kadra), podejmujących bezpośrednią „poziomą” współpracę z samorządami i innymi podmiotami tworzącymi (dysponującymi odpowiednią kadra). Nie potrzeba ustawy, by Ministerstwo Zdrowia (bez drogi „ustawowej”), określiło sprawy podane w obecnym art. 1 projektu ustawy tj. warunki oceny i kategoryzacji oraz warunki tworzenia planów rozwojowych lub naprawczo-rozwojowych, a także ustaliło model procedur zarządzania procesowego wynikający z art. 5 ust. 2 oraz powołało na szczeblu Wojewodów wysokiej klasy ekspertów dla udzielenia wsparcie merytorycznego i doradztwa dla szpitali, podmiotów tworzących i</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Do uwag szczegółowych odniesiono się w kolejnych pozycjach niniejszego raportu.</p> <p>Prace nad niniejszą reformą zostały zapoczątkowane pod koniec 2020 r. Założenia reformy zostały opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia w dniu 31 maja 2021 r. Z 3 wariantów reformy został wybrany wariant najbardziej optymalny.</p> <p>Projekt zakłada utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji (Agencji Rozwoju Szpitali), która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów. Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D</p>

			<p>Wojewodów, o których mowa w art. 109 pkt. 12, zorganizowało i koordynowało wspólne zakupy dla szpitali, o których mowa w art. 109 pkt. 14. Pozostałe obowiązki i cele podane w art. 3 – 5 projektu ustawy mogą być realizowane w ramach „poziomej” współpracy Wojewodów z podmiotami tworzącymi i szpitalami – do obowiązków tych i celów w tej „poziomej” współpracy należałyby: dostosowanie działalności do regionalnych potrzeb zdrowotnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich, równego dostępu do świadczeń, mapy potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń, koncentracja zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacja funkcji medycznych, modernizacja i poprawa efektywności działalności szpitali, wprowadzanie lub ulepszenie procesowego modelu zarządzania szpitalem, a w razie potrzeby, naprawa jego działalności. Do uregulowań ustawowych pozostałyby wtedy ustalenie: w ustawie o działalności leczniczej: wymagań dla stanowiska kierownika szpitala, zasad restrukturyzacji zadłużenia, zasad dla pożyczek i ich częściowego umarzania, zasad finansowania bezzwrotnego, zasad stosowania instrumentów poręczeniowych, zasad dla podmiotów tworzących dot. emisji obligacji oraz w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej gwarantowanej ze środków publicznych: zasad wzrostu wyceny świadczeń zdrowotnych gwarantowanych ze środków publicznych do poziomu faktycznie ponoszonych kosztów. Utworzenie Agencji Rozwoju Szpitali z osobami bez znaczącego doświadczenia w ochronie zdrowia (85 nadzorców, pracowników Agencji, z co najmniej rocznym doświadczeniem zawodowym w obszarze ochrony zdrowia oraz 100 nadzorców z listy nadzorców prowadzonej przez Prezesa Agencji, z licencją doradcy restrukturyzacyjnego, ale bez żadnego doświadczenia zawodowego w obszarze ochrony zdrowia), wydaje się być zupełnym nieporozumieniem – nie są to osoby, które stworzą dla szpitali „korpus” ekspertów i doradców merytorycznych. Można też mieć uwagi do kompetencji zarządcy ustanowionego przez Prezesa Agencji, którego kwalifikacje i doświadczenie są zaplanowane jako równorzędne z nowymi wymaganymi od kierowników podmiotów leczniczych, a powinny być od nich „wyższe”. Ponadto zaplanowane w projekcie ustawy działania „pionowe” nie uwzględniają skutków reformy administracyjnej Państwa z 1999r. Funkcjonujące od tamtego czasu organy właścicielskie szpitali w projekcie ustawy są „niby odciążane” od swoich obowiązków, ale de facto „są odsuwane” z uwagi na „wielowładztwo” szpitali i projektowana próba centralizacji decyzji restrukturyzacyjnych pomija ich kompetencje właścicielskie oraz pomija udział w restrukturyzacji szpitali, których właścicielami (lub większościowymi współwłaścicielami) są inne podmioty niż jednostki samorządu terytorialnego, Skarb Państwa lub uczelnie medyczne.</p> <p>Zakończenie prac legislacyjnych w obecnym kształcie.</p>	<p>(ewentualnie na wniosek B) i jest ono ograniczone czasowo.</p> <p>W zakresie wyceny świadczeń projekt ustawy zmienia koncepcje funkcjonowania tzw. Sieci Szpitali. W pozostałej części uwaga poza zakresem regulacji.</p> <p>Reforma stanowi kamień milowy w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności z terminem wejścia w życie uzgodnionym z Komisją Europejską na III kwartał 2022 r.</p>	
3.	Uwaga ogólna	-	Sąd Najwyższy	Dyskusyjność koncepcji ustawy	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>

			<p>Zgodnie z art. 1, projektowana ustawa ma określić m.in. zasady oraz warunki oceny i kategoryzacji podmiotu szpitalnego, przypisanie tym podmiotom kategorii (od A do D), a także tworzyć i regulować zadania i sposób funkcjonowania Agencji Rozwoju Szpitali (ARS). Ustawa bardzo głęboko ingerowałaby w cały system organizacji oraz finansowania świadczeń zdrowotnych w Polsce.</p> <p>Wątpliwości budzi przede wszystkim wykreowanie nowej instytucji – państwowej osoby prawnej, w postaci Agencji, która będzie wpływać na poziom finansowania szpitali bez ponoszenia prawnej odpowiedzialności za ich finansowanie. Dokonuje się istotnej zmiany podstaw funkcjonowania szpitali bez jednoczesnego, generalnego uporządkowania prawnej infrastruktury rynku medycznego. ARS miałaby przejąć pewne zadania właścicielskie, nie będąc podmiotem tworzącym szpitale, co może godzić w samodzielność realizacji zadań jednostek samorządu terytorialnego, będących najważniejszym elementem zbioru organów założycielskich podmiotów leczniczych w Polsce.</p> <p>Ustawa pogłębi niebezpieczne zjawisko prawnej nadregulacji systemu ochrony zdrowia. Z kolei brak powiązań pomiędzy ARS a NFZ może uniemożliwić osiągnięcie zakładanych celów w postaci oddłużenia szpitalnictwa oraz usprawnienia zarządzania podmiotami szpitalnymi (można zresztą obawiać się istotnego niedoszacowania poziomu finansowania ARS ze środków publicznych w OSR).</p> <p>Proponowane rozwiązanie: Ograniczenie zakresu zamierzonej regulacji przede wszystkim do tego, co najpilniejsze i najważniejsze: zmian w ustawie z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne</p>	<p>Prace nad niniejszą reformą zostały zapoczątkowane pod koniec 2020 r. Założenia reformy zostały opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia w dniu 31 maja 2021 r. W założeniach tych wskazano trzy warianty rozwiązań, spośród których wybrano najbardziej optymalny Wariant III „Agencja Rozwoju Szpitali i ewaluacja szpitali” – obecnie realizowany w formalnym procesie legislacyjnym. Wariant I „Ograniczenie liczby podmiotów nadzorujących szpitale”, który budził największe kontrowersje i obawy jednostek samorządu terytorialnego nie uzyskał akceptacji i rekomendacji.</p> <p>Projekt zakłada utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji (Agencji Rozwoju Szpitali), która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów. Postępowanie naprawczo-rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B) i jest ono ograniczone czasowo.</p> <p>Zmiany zaproponowane w Prawie restrukturyzacyjnym są ściśle powiązane z innymi projektowanymi rozwiązaniami i muszą być procedowane łącznie i jednocześnie.</p>
4.	Uwaga ogólna	-	<p>Mając na uwadze treść proponowanej ustawy pragnę wskazać, że na dzień sporządzania powyższych uwag w strukturze sądów powszechnych w Polsce sprawy dotyczące postępowania restrukturyzacyjnego umiejscowione są na poziomie Sądów Rejonowych. Przedstawiony projekt stanowi wyłom – umiejscawiając postępowanie restrukturyzacyjne szpitali na poziomie Sądu Okręgowego. Łamie to istniejącą strukturę. Wskazać przy tym należy, że sprawy restrukturyzacyjne są obecnie poza kognicją Sądów Apelacyjnych.</p> <p>Sąd Okręgowy w Warszawie liczy obecnie XXVIII Wydziałów. Jego struktura organizacyjna jest bardzo złożona, a warunki kadrowe oraz lokalowe niedostosowane do stawianych zadań. Autorzy ustawy nie wskazali, ani sąd Sąd Okręgowy ma wziąć kolejnych pracowników (w tym sędziów, mając na uwadze, że w samym pionie gospodarczym Sądu Okręgowego w Warszawie nieobsadzonych jest obecnie 20 etatów orzeczniczych), pomieszczenia na Wydział (warunki lokalowe pionu gospodarczego Sądu Okręgowego w Warszawie są daleko niewystarczające) oraz odpowiedni sprzęt, mając na uwadze fakt pełnej komputeryzacji pracy Wydziału. Tylko zapewnienie</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Doprecyzowano wzajemną relację postępowania naprawczo-rozwojowego a postępowania restrukturyzacyjnego (to drugie jest zasadniczo elementem tego pierwszego) – nie jest uzasadnione, aby powierzać je różnym szczeblom sądownictwa.</p> <p>Projekt ma na celu stworzenia sądownictwa wyspecjalizowanego, które będzie dedykowane tylko do tej, stosunkowo wąskiej i jednorodnej kategorii spraw, a przez to zdoła wypracować najwyższe standardy orzecznicze gwarantując sprawne i jednolite rozpoznawanie spraw. Dla przykładu w uzasadnieniu projektu ustawy UD 472(Prawo zamówień publicznych) Projektodawca (MPiT)</p>

				odpowiedniej kadry oraz infrastruktury technicznej pozwoli na prawidłowe funkcjonowanie Sądu restrukturyzacyjnego w sposób przewidziany projektem. Przekazanie zaś kolejnych zadań Sądowi Okręgowemu w Warszawie bez odpowiedniego wsparcia mija się z celem jaki stawia Ministerstwo Zdrowia (sprawność i szybkość postępowania).	wskazał, że jeden sąd wyspecjalizowany i powołany do rozpoznawania skarg z zakresu zamówień publicznych ma przyczynić się do skrócenia czasu rozpoznawania spraw oraz zapewnienia jakości orzeczeń sądowych na najwyższym poziomie.
5.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	<p>Działając w imieniu Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie, w związku z przekazaniem do konsultacji publicznych projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa (nr w wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów UD321) informuję, że Związek <b>NEGATYWNIE OPINIUJE</b> przedstawiony projekt ww. ustawy.</p> <p>Nasza ocena negatywna wynika przede wszystkim z tego, że projekt ustawy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nie przewiduje zwiększenia finansowania szpitali,</li> <li>- nie opisuje skutków ustawy dla personelu szpitali, a jedynym „pozytywnym” jej wpływem na rynek pracy ma być zatrudnienie biurokratów w Agencji Rozwoju Szpitali,</li> <li>- pominięto rolę związków zawodowych w procesach likwidacji i przekształcania szpitali - nie przewidziano udziału związków zawodowych w konsultacjach i procedurach restrukturyzacyjnych itp.</li> <li>- ustawa nie przewiduje żadnej procedury przekazywania pracowników tracących miejsca pracy w wyniku restrukturyzacji szpitali do nowego podmiotu leczniczego z zastosowaniem ciągłości ich pracy gwarantowanej przez art. 23<sup>1</sup> k.p.</li> <li>- brak osłon socjalnych dla pracowników likwidowanych i przekształcanych szpitali.</li> </ul> <p>Ponadto wyjątkowo niefortunnie został wybrany przez Ministerstwo Zdrowia czas konsultowania tak fundamentalnych zmian w systemie szpitali w okresie największej fali zakażeń pandemii COVID-19.</p> <p>Bezsprzeczna dla nas jest konieczność podjęcia działań naprawczych w ochronie zdrowia, jednak wdrożenie przedstawionego projektu ustawy w takim brzmieniu może wywołać skutki podobne jak ustawy podatkowe „Polski Ład”. To kolejna, po ustawie o sieci szpitali, reforma bez płatnika i odwrotna do założeń poprzedniej ustawy.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Projekt przewiduje indywidualne podejście do każdego podmiotu szpitalnego, a sama reforma stanowi kamień milowy w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności z terminem wejścia w życie uzgodnionym z Komisją Europejską na III kwartał 2022 r.</p>
6.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	1/ Ustawa powyższa ma według deklaracji publicznych Pana Ministra stanowić fundamentalną podstawę do uzdrowienia funkcjonowania lecznictwa szpitalnego w Polsce i ma wprowadzić skuteczne mechanizmy restrukturyzacyjne poprawiające rentowność szpitali i ich stabilność finansową, w tym również restrukturyzację zobowiązań tych jednostek. Tymczasem osoba odpowiedzialna od kilku miesięcy za tak ważny projekt - Pan Sławomir Gadomski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia -	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				<p>zrezygnował z pracy w Ministerstwie Zdrowia. Oczekujemy w trybie pilnym wyznaczenia osoby odpowiedzialnej za prowadzenie konsultacji i osoby odpowiedzialnej za wdrożenie tej ustawy w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu. Już pierwsze próby komunikacji z Ministerstwem Zdrowia w zakresie konsultacji tego projektu, jakie miały miejsce w dniu 24-01-2022r. podczas pracy Zespołu Doraźnego ds. Ochrony Zdrowia nie miały ze strony MZ właściwej reprezentacji.</p>	
7.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	<p>2/ We wprowadzeniu do ustawy podano, że na koniec 2020 r. w Polsce funkcjonowało 575 szpitali publicznych jako podmioty lecznicze udzielające świadczeń szpitalnych. Ustawa docelowo zakłada ograniczenie zakresu świadczeń wykonywanych przez szpitale publiczne, a także wprost restrukturyzującą część szpitali publicznych polegającą na całkowitej zmianie ich funkcji tj. zastąpienie lecznictwa szpitalnego zupełnie innymi rodzajami świadczeń opieki zdrowotnej. Informację w tym zakresie przedstawił już Pan Minister Sławomir Gadomski na Trójstronnym Zespole ds. Ochrony Zdrowia w dniu 20-07-2021r. Ministerstwo Zdrowia wskazało wówczas, że jest zdania iż w Polsce funkcjonuje zdecydowanie za duża liczba podmiotów leczniczych, które wykonują świadczenia zdrowotne z zakresu lecznictwa szpitalnego. MZ deklarowało w zdecydowany sposób ograniczyć tę liczbę, wykorzystując zmiany legislacyjne w zakresie reformy lecznictwa szpitalnego w Polsce. Podmioty lecznicze, które zostaną zaliczone do kategorii C lub D będą obejmowane restrukturyzacją, a część z nich docelowym wygaszeniem działalności w zakresie lecznictwa szpitalnego. MZ wskazywało, że szczególnie w obszarze Polski powiatowej konieczne jest doprowadzenie do wygaszenia części szpitali i powołania w te miejsca dużych podmiotów zajmujących się świadczeniem usług z zakresu opieki specjalistycznej, być może w części z lecznictwem szpitalnym w trybie jednego dnia, pracujących w systemie jednozmianowym od poniedziałku do piątku. Jednocześnie podmioty te powinny zająć się prowadzeniem całodobowo jedynie Zakładów Opiekuńczo-Leczniczych. Z przekazanej wówczas na Zespole informacji wynikało, że taka reorganizacja wprawdzie wpłynie na stabilność zatrudnienia pracowników, ale pracownicy medyczni wysoko wykwalifikowani powinni według Ministerstwa Zdrowia znaleźć bez problemu pracę w większych ośrodkach, natomiast pozostały personel niżej wykwalifikowany znajdzie swoje zatrudnienie w tych nowych podmiotach. Na Zespole Doraźnym ds. Ochrony Zdrowia w dniu 24-01-2022r. te informacje częściowo potwierdził przedstawiciel MZ Pan Rafał Głowczyński, Zastępca Dyrektora Departamentu Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia. Tak docelowo część podmiotów leczniczych przestanie pełnić funkcje szpitali, a zaczną świadczyć inne zakresy świadczeń medycznych w zupełnie innym systemie pracy i w ograniczonym zakresie zatrudnienia. W takim razie wnosimy o przedstawienie wprost przez Ministerstwo Zdrowia własnych symulacji jaka docelowo ma pozostać w Polsce liczba szpitali publicznych?</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Projekt przewiduje indywidualne podejście do każdego podmiotu szpitalnego, zmianę profilu i dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, map potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz sieci szpitali.</p> <p>Ministerstwo Zdrowia dokonało na podstawie danych za 2020 r. (aktualnie brak jeszcze danych za 2021 r.) symulacji procesu kategoryzacji szpitali publicznych przewidywanego przepisami projektu ustawy. W efekcie symulacji przeprowadzonej w oparciu o wskaźniki ekonomiczno-finansowe wskazane w projektowanej ustawie, tylko co trzeci szpital (33%) zakwalifikowany został do kategorii C lub D, z którymi wiąże się konieczność podjęcia działań naprawczo-rozwojowych.</p>

8.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	<p>3/ Oczekujemy konkretnej odpowiedzi czy Ministerstwo Zdrowia wycofało się z pierwotnych założeń upaństwowienia publicznego lecznictwa szpitalnego w Polsce i jednoczesnego ograniczenia liczby organów tworzących z obecnie siedmiu do dwóch lub trzech. Takie zapowiedzi Ministerstwo Zdrowia podnosiło jeszcze na początku 2021r. wskazując, że rozdrobnienie organów tworzących powoduje nadmierna biurokrację, ale także sprawia że podmioty lecznicze konkurują ze sobą o personel medyczny. Ministerstwo Zdrowia wprost wskazywało, że na poziomie powiatów, a tym bardziej miast i gmin nie da się prowadzić profesjonalnego nadzoru nad szpitalami. Szpitale powiatowych w Polsce jest 255 jednostek, szpitale miejskich – 46, a szpitale gminnych -13.</p> <p>Czy ustawa ma docelowo poprzez procesy restrukturyzacyjne wyeliminować powiatowe, miejskie i gminne podmioty lecznicze z rynku publicznych szpitali? Czy mieszkańcy powiatów zostaną pozbawieni możliwości leczenia szpitalnego blisko swoich miejsc zamieszkania i zostaną zmuszeni szukać pomocy medycznej w centrach większych miast?</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Prace nad niniejszą reformą zostały zapoczątkowane pod koniec 2020 r. Założenia reformy zostały opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia w dniu 31 maja 2021 r., a rekomendacje w nich zawarte (rezygnacja z wariantu I i II reformy) są w dalszym ciągu aktualne. Wybrano najbardziej optymalny Wariant III „Agencja Rozwoju Szpitali i ewaluacja szpitali” – obecnie realizowany w formalnym procesie legislacyjnym.</p>
9.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	<p>4/ MZ przedstawia, że zobowiązania ogółem podmiotów szpitalnych według stanu na 31 grudnia 2020 r. wyniosły 20 062 mln zł, z czego zobowiązania wymagalne wyniosły 2 112 mln zł. dane te są już nieaktualne. <b><u>Prosimy o podanie zaktualizowanych za 2021r. (przynajmniej za I, II i III kwartał 2021r.) wartości zadłużenia, w tym zobowiązań wymagalnych.</u></b> Prosimy o podanie czy i jaka jest dynamika wzrostu lub spadku tych zobowiązań. <b><u>Zgłaszamy, że projekt ustawy w ogóle nie zakłada żadnego mechanizmu oddłużenia szpitali publicznych w momencie kwalifikowania ich do kategorii A, B, C lub D. Ministerstwo Zdrowia jeszcze w 2021r. deklarowało, że szpitale publiczne same nie poradzą sobie z tak potężnymi zobowiązaniami. Odpowiedzialność za te zobowiązania miała wziąć nowo tworzona Agencja (w ustawie nazwana Agencją Rozwoju Szpitali). Tymczasem projekt ustawy pomija potrzebę oddłużenia szpitali lub ewentualnego przejęcia części ich zobowiązań.</u></b> Przeciwnie, projekt zakłada w procesie restrukturyzacji umorzenie części zobowiązań, ale nie kosztem przejęcia ich przez ARS, tylko kosztem wierzycieli szpitali czyli dostawców usług, mediów, dostawców leków i sprzętu, wykonawców remontów i modernizacji, kredytodawców itp. Zgodnie z art. 76 projektu ustawy w ramach postępowania naprawczo-rozwojowego działalność lecznicza podmiotu szpitalnego może podlegać przeprofilowaniu w całości albo w części. <b><u>Przeprofilowanie polega na zmianie rodzaju lub zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, w wyniku której podmiot szpitalny w szczególności tworzy lub likwiduje komórki organizacyjne lub jednostki organizacyjne lub zakłady lecznicze. Tylko i wyłącznie koszty związane z przeprofilowaniem, w tym koszt koniecznych do poniesienia przez podmiot szpitalny nakładów związanych z dostosowaniem infrastruktury, koszt zakupu aparatury i sprzętu, koszt</u></b></p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Dane o zobowiązaniach sp zoz publikowane są cyklicznie na stronie internetowej MZ.</p> <p>Projekt ustawy opracowany został m.in. przez specjalistów zewnętrznych wchodzących w skład powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu do spraw przygotowania projektu przepisów w zakresie postępowania naprawczych podmiotów szpitalnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 45, z późn. zm.).</p> <p>W przeszłości podejmowane były próby zreformowania sektora szpitalnictwa w Polsce z uwagi na pogarszającą się sytuację finansową szpitali przejawiającą się głównie rosnącym zadłużeniem. Istotnym doświadczeniem w tym zakresie są działania przeprowadzone na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 164). Ówczesna reforma polegała na restrukturyzacji finansowej zadłużenia szpitali z tytułu zobowiązań publiczno- i cywilnoprawnych, jak również rozszczeń pracowników wynikających z tzw. „ustawy 203” (z lat 1999-2004). Udzielone wówczas przez Bank Gospodarstwa Krajowego pożyczki, co prawda</p>



			<p><b><u>wynagrodzeń postojowych dla pracowników komórek organizacyjnych, jednostek organizacyjnych lub zakładów leczniczych podmiotu szpitalnego podlegających przeprofilowaniu, są zapewniane przez ARS</u></b> i tylko w zakresie ustalonym w zatwierdzonym planie naprawczo-rozwojowym.</p> <p><b><u>Czy zatem dobrze odczytujemy intencje ustawy, że zadłużenie podmiotów leczniczych zostanie w procesie restrukturyzacji umorzone lub częściowo umorzone kosztem wierzycieli?</u></b> Jeżeli ARS nie weźmie solidarnej odpowiedzialności za długi szpitali publicznych to wierzyciele po zapoznaniu się z zasadami działania ustawy i mając wiedzę, że restrukturyzacja ruszą w II połowie 2023r. <b><u>zaniechają dostaw i świadczenia usług na rzecz zadłużonych szpitali co jest logiczne bowiem w jakim celu mają powiększać swoje zobowiązania, które za chwilę zostaną im w całości lub częściowo umorzone, a dodatkowo zostaną zamrożone</u></b> - zgodnie z art. 70, 71 i 72 projektu ustawy - na czas trwania postępowania naprawczo – rozwojowego.</p> <p><b><u>Uważamy, że ARS musi przejąć solidarną odpowiedzialność za spłatę zobowiązań szpitali publicznych, bowiem twierdzimy że długi te powstały nie w wyniku błędnego zarządzania tylko wobec niedostatecznego finansowania podmiotów leczniczych przez NFZ. OZZPiP wielokrotnie podnosił, że Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji powinna na bieżąco prowadzić pełną i kompleksową wycenę wszystkich świadczeń medycznych, w tym w rodzaju lecznictwa szpitalne, a Narodowy Fundusz Zdrowia powinien być ustawowo zobowiązany do niezwłocznego podnoszenia podmiotom leczniczym wycen kontraktów do poziomów nie niższych niż wyceny wykonane przez AOTMiT.</u></b> Jeżeli plan finansowy NFZ nie pozwala na realizację tych wydatków to budżet państwa powinien pokrywać na bieżąco te braki. <b><u>W ocenie OZZPiP narodowy płatnik za świadczenia opieki zdrowotnej jakim jest NFZ od lat płacił szpitalom za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej tylko w takim zakresie w jakim pozwalał na to plan finansowy, a nie za rzeczywiste koszty szpitali, ograniczał wydatki na nadwykonania i tym spowodował powstanie długu.</u></b></p>	<p>spowodowały spadek zobowiązań wymagalnych w wyniku konwersji na zobowiązania długoterminowe, jednak nie poprawiły realnie sytuacji finansowej szpitali.</p>
10.	Uwaga ogólna	-	<p>Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych</p> <p><b><u>5/ MZ na posiedzeniu Zespołu Doradczego ds. Ochrony Zdrowia wskazywało, że ustawa nie zadziała w sposób szybki, bowiem jest odroczone w czasie wejście w życie procesów restrukturyzacyjnych aż do II półrocza 2023r.</u></b> OZZPiP podnosi, że rzeczywistość wejścia w życie tej ustawy będzie zupełnie inna i niestety w okresie trwającej epidemii wywoła ogromne napięcia społeczne wśród pracowników zatrudnionych w szpitalach publicznych. Ustawa zakłada, że podstawą do kategoryzacji szpitali publicznych na podmioty A, B, C i D będą <b><u>bilanse za 2022r.</u></b> Jednocześnie umieszczenie podmiotu leczniczego w kategorii C lub D stanowi realne <b><u>zagrożenie dla utraty stanowiska pracy kierownika podmiotu leczniczego.</u></b> W tych warunkach, przy braku decyzji o oddłużeniu szpitali</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Należy podkreślić, iż prace nad niniejszą reformą zostały zapoczątkowane pod koniec 2020 r. Założenia reformy zostały opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia w dniu 31 maja 2021 r. W założeniach tych wskazano trzy warianty rozwiązań, spośród których wybrano najbardziej optymalny Wariant III „Agencja Rozwoju Szpitali i ewaluacja szpitali” – obecnie realizowany w formalnym procesie legislacyjnym. Wariant I „Ograniczenie liczby</p>

				<p>publicznych, przy braku skokowego zwiększenia finansowania podmiotów leczniczych w 2022r., <b><u>przy nadal trwającej epidemii mogą być podejmowane drastyczne decyzje oszczędnościowe dla poprawy bieżącego bilansu za 2022r.</u></b> Ministerstwo Zdrowia wie, że podmioty lecznicze nie mają już żadnych możliwości oszczędzania na kosztach stałych. Pozostaje zatem dalsza likwidacja poszczególnych jednostek organizacyjnych szpitali, próby zmniejszenia wynagrodzeń oraz ewentualne zwolnienia pracowników, w tym głównie działalności podstawowej, obsługi, działów płac, kadr, funduszy unijnych etc. tj. tych grup zawodowych dla których nie obowiązują minimalne normy kontraktowania świadczeń.</p> <p><b><u>Czy Ministerstwo Zdrowia jest gotowe na tego typu niepokoje społeczne jakie mogą powstać już w 2022r.?</u></b></p>	<p>podmiotów nadzorujących szpitale”, który budził największe kontrowersje i obawy jednostek samorządu terytorialnego nie uzyskał akceptacji i rekomendacji.</p> <p>Zaproponowane rozwiązania mają charakter ewolucyjny i zakładają indywidualne podejście do każdego podmiotu.</p>
11.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	<p><b><u>6/ MZ podaje, że jednym z powodów konieczności przeprowadzenia ustawy jest bardzo wysoki poziom kosztów wynagrodzeń pracowników wraz z kosztami ubezpieczeń społecznych oraz kontraktów lekarskich i pielęgniarskich oraz brak mechanizmów w publicznych szpitalach regulujących kwestie zatrudnienia i brak kontroli wysokości płac.</u></b> MZ podaje, że te koszty płac stanowią prawie 60% przychodów szpitali publicznych prowadzonych w formie SP ZOZ i należy to zmienić.</p> <p><b><u>Czy zatem MZ chce wprowadzić ustawowe mechanizmy regulujące maksymalne wynagrodzenia pracowników na danych stanowiskach i maksymalne koszty kontraktów?</u></b> Nie znajdujemy nigdzie takich zapisów w treści projektu. Jeżeli nie ma takich zapisów to w jaki sposób MZ chce ten deklarowany cel osiągnąć? Jednocześnie jak MZ wytłumaczy te założenia do projektu ustawy ze zobowiązaniem jakie podpisało 05-11-2021r. na Zespole Trójstronnym dotyczącym zwiększania najniższych wynagrodzeń pracowników w podmiotach leczniczych (w tym w szpitalach publicznych) od 01-07-2022r. z zachowaniem zasady, że corocznie 50% wzrostu nakładów na ochronę zdrowia będzie przekazywane wprost na wzrosty wynagrodzeń. W ten sposób nie zmieni się w żaden sposób proporcja wielkości kosztów wynagrodzeń do ogółu przychodu w szpitalach publicznych. <b><u>Która deklaracja MZ jest prawdziwa ta z 05-11-2021r. czy ta obecnie wskazana w uzasadnieniu projektu ustawy, bowiem są one rozbieżne?</u></b></p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W uzasadnieniu w tym zakresie stwierdzono jedynie o bardzo wysokim poziomie kosztów wynagrodzeń z ubezpieczeniami społecznymi oraz kontraktami lekarskimi i pielęgniarskimi w kosztach ogółem podmiotów szpitalnych (w szpitalach publicznych i instytutach badawczych średnio na poziomie prawie 60%). Ta okoliczność niewątpliwie wpływa na ograniczenie możliwości inwestycyjnych podmiotów szpitalnych. Dlatego też tak istotne jest zintensyfikowanie modernizacji i wsparcia efektywności szpitalnictwa.</p>
12.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	<p><b><u>7/ Projekt ustawy nie zawiera żadnych gwarancji skokowego zwiększenia finansowania podmiotów leczniczych oraz nie wymusza na płatniku NFZ ponoszenia rzeczywistych kosztów wykonywania danych świadczeń opieki zdrowotnej (NFZ płaci stawki zaniżone i dostosowuje je do swojego planu finansowego, a nie do rzeczywistego kosztu wykonania świadczenia); zmiana wyceny jest powolna i nie nadąża za rosnącymi kosztami bieżącymi. OZZPiP uważa, że <b><u>ARS powinna być wyposażona w kompetencje, które pozwolą wymusić jej na NFZ zapłatę za wykonane świadczenia medyczne na poziomie realnym do ponoszonych kosztów. ARS powinna również ponosić pełną odpowiedzialność za błędne zarządzanie podmiotem leczniczym i odpowiadać za wywołane szkody.</u></b></u></b></p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W zakresie wyceny świadczeń projekt ustawy zmienia koncepcje funkcjonowania tzw. Sieci Szpitali. W pozostałej części uwaga poza zakresem regulacji.</p>

				Aby szkody minimalizować, powinna mieć jednak wpływ na wymuszenie na NFZ zapłaty za wykonane świadczenia według rzeczywistych kosztów.	
13.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	<b>8/</b> Ustawa używa pojęcia restrukturyzacji, ale kompletnie nic w sposób kategoriyczny nie wskazuje co w sytuacji, gdy restrukturyzacja podmiotów kategorii C lub D się nie uda nawet przy pomocy specjalistów powołanych przez ARS. <b><u>Czy nastąpić ma wówczas likwidacja podmiotu leczniczego prowadzonego w formie SP ZOZ lub może upadłość?</u></b>	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Projekt przewiduje indywidualne podejście do każdego podmiotu szpitalnego, zmianę profilu i dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, map potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz sieci szpitali.
14.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	<b>9/</b> Ustawa przewiduje w okresie restrukturyzacji przyjmowanie planów restrukturyzacyjnych, ale nic nie wskazuje na czym one mają polegać. <b><u>OZZPiP podnosi, że te plany restrukturyzacyjne będą powodować :</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b><u>albo natychmiastowe ścięcie działalności deficytowej (zwolnienie pracowników z tych deficytowych jednostek i sprzedaż majątku),</u></b></li> <li>- <b><u>albo ograniczenie zatrudnienia (co w ocenie OZZPiP wydaje się już niemożliwe),</u></b></li> <li>- <b><u>albo wymuszenie zmniejszenia wynagrodzeń (nierealne),</u></b></li> <li>- <b><u>albo wymuszenie na NFZ podniesienia wartości kontraktów i zapłaty za procedury według kosztów adekwatnych rynkowo (niestety takie powiązanie wymuszenia przez ARS na NFZ płatności uczciwie za wykonane świadczenia nie jest przewidziane w ustawie).</u></b></li> </ul> <p>Realnie wydaje się, że <b><u>głównym działaniem restrukturyzacji będzie likwidacja działalności deficytowej, z czym wiąże się redukcja zatrudnienia i wyprzedaż zbędnego majątku. Jeżeli następować będzie przeprofilowanie działalności to będzie ono nakierowane na wypchnięcie jednostki poza lecnicstwo szpitalne i oczywiście znaczne okrojenie zakresu jej działania.</u></b> W tym miejscu dochodzimy do podstawowego problemu społecznego tj. <b><u>brak jakichkolwiek zapisów w ustawie chroniących pracowników szpitali publicznych przed utratą pracy, braku systemu osłon socjalnych dla zwalnianych pracowników oraz wykluczenie przez ustawę zakładowych i międzyzakładowych organizacji związkowych z uzgadniania zasad wpływu prowadzonej restrukturyzacji na warunki pracy, płacy, przekwalifikowania pracowników oraz na proces ewentualnych zwolnień.</u></b></p> <p>MZ zakłada uwolnienie w procesie restrukturyzacji zasobów kadrowych – przecież to jest zwolnienie pracowników, bowiem <b><u>ustawa nie przewiduje żadnej procedury przekazywania pracowników do nowego podmiotu leczniczego z zastosowaniem ciągłości ich pracy gwarantowanej przez art. 23<sup>1</sup> k.p. Również żadnych gwarancji nie mają też zleceniobiorcy i osoby na kontraktach.</u></b></p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Projekt przewiduje indywidualne podejście do każdego podmiotu szpitalnego, a sama reforma stanowi kamień milowy w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności z terminem wejścia w życie uzgodnionym z Komisją Europejską na III kwartał 2022 r.

**Związek kategorycznie się temu sprzeciwia!**

Plan naprawczo rozwojowy ma zawierać informację o zasobach podmiotu szpitalnego, w szczególności o ich wykorzystaniu i redukcji; określenie ogólnych skutków w zakresie zatrudnienia, w tym :

- planowane zwolnienia lub
- organizację pracy w zmniejszonym wymiarze czasu oraz
- propozycje oraz zakres współpracy z innymi podmiotami szpitalnymi, w tym w przedmiocie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych (art. 56 ust. 1 pkt 8, pkt. 13 i pkt. 15 projektu ustawy).

Z kolei art. 56 ust. 2 i 3 projektu ustawy stanowią, że jeżeli w postępowaniu naprawczo-rozwojowym przewiduje się redukcję zatrudnienia z wykorzystaniem uprawnień nadzorcy, w planie naprawczo-rozwojowym dodatkowo wskazuje się **zasady zwalniania pracowników, w szczególności liczbę pracowników objętych zamiarem zwolnienia, okres, w którym nastąpi takie zwolnienie, oraz proponowane kryteria zwalniania pracowników,** mienie podlegające zbyciu oraz umowy, od których nadzorca zamierza odstąpić.

Projekt ustawy zakłada, że wskazane w projekcie planu naprawczo-rozwojowego zasady zwalniania pracowników podlegają zatwierdzeniu przez sąd na wniosek nadzorcy. Wniosek kieruje się do sądu przed przekazaniem uzgodnionego planu Prezesowi Funduszu.

OZZPiP podnosi, że te **zapisy wyeliminują związki zawodowe z udziału w procesie ewentualnych zwolnień pracowników. Skoro związki zawodowe nie uczestniczą w procesie tworzenia i zatwierdzania planu naprawczo – rozwojowego to w trakcie jego realizacji nie będą miały żadnego wpływu na negocjowanie regulaminu obejmującego zasady zwalniania pracowników, w szczególności liczbę pracowników objętych zamiarem zwolnienia, okres, w którym nastąpi takie zwolnienie, oraz proponowane kryteria doboru pracowników do zwolnienia. Czy proces naprawczo rozwojowy eliminuje stosowanie w podmiotach restrukturyzowanych ustawy o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników w tym wypłaty odpraw?**

OZZPiP oczekuje **wprowadzenia do ustawy osłon socjalnych dla pracowników publicznych szpitali, którzy zostaną w ramach restrukturyzacji podmiotu objęci zwolnieniem.** W naszej historii były już prowadzone ogólnopolskie programy restrukturyzacyjne poszczególnych branż, jak chociażby restrukturyzacja górnictwa kamiennego. Oczekujemy wprowadzenia do ustawy analogicznych rozwiązań jakie znajdują się w ustawie o funkcjonowaniu górnictwa kamiennego tj. wprowadzenia dla zwalnianych pracowników szpitali publicznych **płatnych urlopów**

				<p><u>pozwalających doczekać świadczenia emerytalnego oraz gwarantowanych odpraw</u> (szczegółowe zasady do wynegocjowania ze stroną społeczną). Przypominamy, że pod koniec 2021r. wprowadzono do w/w ustawy zapisy o wypłacie odprawy dla zwalnianego pracownika po przepracowaniu przynajmniej jednego roku w restrukturyzowanej kopalni w wysokości 120.000,-zł. Środki na te świadczenia muszą być pokrywane z budżetu państwa. Można również skorzystać z zawartej w tej ustawie ścieżki wykorzystania środków z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych. Jednocześnie na ARS nałożyć trzeba w ustawie obowiązek prowadzenia rejestru zmian w stanie zatrudnienia podmiotów leczniczych podlegających restrukturyzacji oraz rejestr pracowników, którzy skorzystają z uprawnień i świadczeń przyznanych ustawą.</p> <p><u>W takiej konstrukcji prawnej ustawa w naszej ocenie jest nie do przyjęcia zważywszy na potrzebę zmian w ochronie zdrowia, dlatego wnioskujemy o uwzględnienie przedstawionych uwag.</u></p>	
15.	Uwaga ogólna	-	Polska Federacja Szpitali	<p><u>Ocena ogólna projektu ustawy o MiPESz przez PFSz jest niestety negatywna - z uwagi na znaczną rozbieżność pomiędzy celami projektu, a zapisanymi w projekcie propozycjami.</u></p> <p><u>UZASADNIENIE</u></p> <p><b>Modernizacja i poprawa efektywności szpitalnictwa</b></p> <p>Pierwszym tematem projektu przedmiotowej ustawy jest <b>modernizacja szpitalnictwa</b>. W zapisach projektu nie znaleźliśmy rozwiązań w sposób istotny przyczyniających się do modernizacji, która polskim szpitalom jest bardzo potrzebna. W szczególności projekt nie zawiera zapisów o wsparciu transformacji energetycznej, cyfryzacji oraz automatyzacji, wprowadzania rozwiązań z obszaru rozszerzonej i sztucznej inteligencji, robotyki medycznej, innowacyjnych metod diagnostyki i terapii, nowoczesnych rozwiązań w obszarze zarządzania kapitałem ludzkim i organizacji szpitali, tworzenia ośrodków zarządzania ruchem pacjentów, opieki koordynowanej i opartej na wyniku leczenia – czyli kluczowych aspektów <b>modernizacji</b>.</p> <p>Drugim tematem przedmiotowej ustawy jest poprawa <b>efektywności szpitalnictwa</b>. W zapisach projektu obszar ten traktowany jest instrumentalnie poprzez nacisk na sprawozdawczość, kontrolę i egzaminowanie dyrektorów szpitali, wybiórcze traktowanie uczelni prowadzących studia podyplomowe w obszarze zarządzania przydatne dla dyrektorów szpitali, mikrozarządzanie przez nową Agencją Rozwoju Szpitali (notabene w nazwie mającą wyłącznie rozwój), marginesowe traktowanie opieki koordynowanej oraz opartej o wartość dla pacjenta, kategoryzację szpitali na podstawie arbitralnie</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Należy podkreślić, iż prace nad niniejszą reformą zostały zapoczątkowane pod koniec 2020 r. Założenia reformy zostały opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia w dniu 31 maja 2021 r. W założeniach tych wskazano trzy warianty rozwiązań, spośród których wybrano najbardziej optymalny Wariant III „Agencja Rozwoju Szpitali i ewaluacja szpitali” – obecnie realizowany w formalnym procesie legislacyjnym. Wariant I „Ograniczenie liczby podmiotów nadzorujących szpitale”, który budził największe kontrowersje i obawy jednostek samorządu terytorialnego nie uzyskał akceptacji i rekomendacji.</p> <p>Reforma stanowi kamień milowy w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności z terminem wejścia w życie uzgodnionym z Komisją Europejską na III kwartał 2022 r.</p> <p>Modernizacja będzie przejawiała się w tym, że ARS skoordynuje procesy inwestycyjne zachodzące w podmiotach szpitalnych.</p>

				wybranych wskaźników o charakterze stricte finansowym, nacisk na redukcję kosztów, propozycje dotyczące kwalifikacji osób nadzorujących szpitale będące w znacznej dysproporcji do wymagań wobec zarządzających szpitalami wraz z zapisami o braku odpowiedzialności tych osób za swoje działania, dewaluacja organów nadzoru i właścicielskich szpitali – czyli zapisów nieprowadzących do poprawy <b>efektywności</b> .	
16.	Uwaga ogólna	-	Polska Federacja Szpitali	<b>Pozytywnie oceniamy zadanie Agencji Rozwoju Szpitali dotyczące wsparcia placówek w pozyskiwaniu pieniędzy unijnych.</b> Analizując dokument, z żadnego jego przepisu, ani też z Oceny Skutków Regulacji nie wynika, by nakłady na szpitalnictwo miały znacząco wzrosnąć. Brak zwiększenia nakładów przy przedłużającej się pandemii i wobec gwałtownego wzrostu kosztów m.in. energii, gazu, leków i wynagrodzeń, pogorszy kondycję finansową szpitali. Przedłużanie zaniżonej wyceny świadczeń opieki zdrowotnej uniemożliwi szpitalom zakwalifikowanym do kategorii A, B, C utrzymanie danej kategorii, prowadząc w dalszym etapie do obniżenia kategorii, a w konsekwencji przejęcia przez Agencję Rozwoju Szpitali zarządzania większością polskich szpitali.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga poza zakresem regulacji.
17.	Uwaga ogólna	-	Polska Federacja Szpitali	Projekt ustawy nie uwzględnia wskaźników jakości i efektów leczenia. Bazuje wyłącznie na wskaźnikach ekonomicznych, co stawia szpitale w roli przedsiębiorstw nastawionych na zysk. Sytuacja taka może skutkować unikaniem przez szpitale wykonywania procedur „nieopłacalnych” generujących najwyższy deficyt i obniżeniem jakości opieki nad pacjentami oraz sprzyjać tzw. kreatywnej księgowości.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Brak propozycji konkretnych rozwiązań. Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny.
18.	Uwaga ogólna	-	Polska Federacja Szpitali	Za niekorzystne, a często wręcz destrukcyjne, należy wskazać m.in. zapisy projektu dotyczące <b>minimalizowania roli organów założycielskich</b> , określonych w projekcie „podmiotami nadzorującymi”. Projekt odbiera samorządom większość kompetencji, a w szczególności: zarządzanie własnym majątkiem, współdecydowanie w tworzeniu planów rozwojowych i rozwojowo–naprawczych, współdecydowanie o powoływaniu i odwoływaniu czy zmianie kierownika podmiotu, nieuzasadnionej wymiany kierowników podmiotów szpitalnych, błędnego założenia, dotyczącego dofinansowania wyłącznie zadłużonych podmiotów, stosunkowo niskich kompetencji nadzorców i zarządców, braku odpowiedzialności finansowej nadzorców i zarządców za podejmowanie niewłaściwych decyzji, nierównego traktowania podmiotów ministerialnych i samorządowych. Dodatkowo, <b>projekt podważa zaufanie do uczelni wyższych</b> , kształcących w naszym kraju menedżerów	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Zmieniono wymagania dla kierownika podmiotu szpitalnego. Projekt zakłada utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji (Agencji Rozwoju Szpitali), która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów. Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B) i jest ono ograniczone czasowo.

				szpitali oraz nie bierze pod uwagę studiów menedżerskich innych, niż MBA (np. DBA, doktoranckie) w tym także studiów za granicą Polski, nawet w najbardziej renomowanych uczelniach.	
19.	Uwaga ogólna	-	Polska Federacja Szpitali	Wątpliwości budzą również terminy kategoryzacji szpitali (co 3 lata) i kwalifikacji do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń (co 4 lata) oraz dat obowiązywania regionalnych map potrzeb zdrowotnych (co 5 lat) w kontekście tworzenia i konsekwentnej realizacji planów rozwojowych i naprawczo – rozwojowych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> W ocenie projektodawcy termin 3-letni jest optymalny dla kategoryzacji podmiotów szpitalnych. W szerszym zakresie odniesiono się do zagadnienia przy rozpatrywaniu uwag szczegółowych.
20.	Uwaga ogólna	-	Polska Federacja Szpitali	Za niezrozumiałe i niesprawiedliwe uważamy udzielanie bezzwrotnego wsparcia finansowego wyłącznie podmiotom zadłużonym, które – z różnych przyczyn - nie podejmowały lub nie mogły podejmować skutecznych działań poprawiających kondycję finansową szpitala. Przy tym założeniu szpitale, które stabilną sytuację finansową posiadają dzięki wsparciu samorządów, w wyniku wieloletnich wyrzeczeń lub braku inwestycji z własnych środków itp. zostaną „ukarane” brakiem wsparcia finansowego za dbałość o własny majątek.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Powyższe nie wynika z projektu ustawy.
21.	Uwaga ogólna	-	Polska Federacja Szpitali	Przy akceptacji krytycznej oceny systemu ochrony zdrowia, w szczególności wielości podmiotów właścicielskich szpitali, zapisy dotyczące Agencji Rozwoju Szpitali nie dają gwarancji na znaczącą poprawę sytuacji. Podstawą reformy powinno być wprowadzenie mechanizmów sprzyjających powstawaniu organizacji koordynowanej ochrony zdrowia konkurujących o wartość dla pacjenta. Takie organizacje, dzięki określonym zachętom ze strony płatnika mogą działać np. w formie konsorcjów, co w efekcie odsunie kwestie własnościowe na drugi plan oraz pozwoli zrealizować cel, jakim powinna być opieka koordynowana obejmująca nie tylko szpitale, ale także innych świadczeniodawców. W ustawie na próżno jednak szukać zapisów dot. koordynowanej ochrony zdrowia, nie określa ona także zasad współpracy szpitali z POZ i AOS, ZOL i innymi elementami systemu ochrony zdrowia. Nie można wycinkowo reformować szpitalnictwa. System ochrony zdrowia to system naczyń połączonych. Ustawa mogła być szansą na rozwój koordynowanej ochrony zdrowia, To jest szansa i jedyna droga na poprawę – nawigatorzy pacjenta, koordynatorzy opieki, ośrodki zarządzania, ciągłość opieki, konsolidacja i efektywna alokacja zasobów, o czym pisaliśmy w uwagach PFSz i Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Ochrony Zdrowia do projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. <b>Modernizacja i poprawa efektywności SZPITALNICTWA w naszym kraju nie może odbywać się bez współpracy ze szpitalami nienależącymi do systemu podstawowego zabezpieczenia, najczęściej o prywatnym modelu własnościowym, choć w wielu przypadkach świadczących usługi finansowane przez płatnika publicznego. Koncepcja organizacji</b>	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Brak propozycji konkretnych rozwiązań.

				<p>koordynowanej ochrony zdrowia, którą proponujemy pozwala na skorzystanie z potencjału tych podmiotów leczniczych oraz dostarczeniu konkretnych wartości dla pacjentów.</p> <p><b>Projekt ustawy traktujemy jako kolejny etap debaty o reformie systemu ochrony zdrowia w naszym kraju po Ogólnopolskiej Debacie Wspólnie dla Zdrowia. Proponujemy powrót do trybu projektowania reform opierającym się o współpracę z kluczowymi uczestnikami na wszystkich etapach.</b></p>	
22.	Uwaga ogólna	-	Związek Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur	<p>Związek Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur negatywnie opiniuje projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa. Sytuacja finansowa szpitali rokrocznie ulega pogorszeniu, a problemy finansowe szpitali nie wynikają z nieprawidłowego zarządzania podmiotami leczniczymi przez dyrektorów. Jest to spowodowane przede wszystkim brakiem wzrostu wycen świadczeń medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz wzrostem kosztów związanych z bieżącą działalnością szpitali np. wzrostem cen energii elektrycznej, wzrostem kosztów osobowych, kosztów usług prania, sprzątnia czy żywienia pacjentów. Ustawodawca nie wziął pod uwagę kosztów jakie trzeba ponieść przy wykonaniu procedur, uwzględniając także odpowiednią wycenę pracy personelu medycznego.</p> <p>Wspomniany na wstępie projekt ustawy nie odnosi się do faktycznych, wymienionych powyżej powodów pogarszającej się sytuacji podmiotów leczniczych. Wprowadza natomiast uznaniowość, centralizację nadzoru, ogranicza prawa organów tworzących oraz zmienia drastycznie formy zarządzania podmiotów leczniczych. Na szczególnie negatywne opinie zasługują zapisy dotyczące nadzorców podmiotów leczniczych, którzy będą opracowywać plany naprawczo-rozwojowe, tak istotny w opinii ustawodawcy dokument decydujący o dalszym funkcjonowaniu podmiotów leczniczych. Zgodnie z projektem ustawy nadzorcą może być osoba bez doświadczenia w procesach restrukturyzacyjnych, bez wykształcenia kierunkowego w opiece zdrowotnej, bez doświadczenia w zarządzaniu podmiotami leczniczymi. Ustawodawca wprost wskazuje, że dyrektorów będą mogli nadzorować ludzie o niższych od samych dyrektorów kwalifikacjach. Natomiast opracowany plan naprawczo-rozwojowy ma być realizowany przez dyrektorów pod rygorem rozwiązania umowy. Pozbawia się kierowników podmiotów szpitalnych decyzyjności co do planu, którego przygotowanie ma być podstawą poprawy sytuacji ekonomiczno – finansowej i dalszego funkcjonowania podmiotu. Zatem, aby dyrektor utrzymał obecny status musi zaakceptować i wykonać plan sporządzony przez osobę bez odpowiedniego przygotowania i wiedzy merytorycznej, przez osobę, która nie zna problemów z jakimi na co dzień borykają się dyrektorzy szpitali, co jest absurdalne i nie poprawi funkcjonowania podmiotu.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Do uwag szczegółowych odniesiono się w kolejnych pozycjach niniejszego raportu.</p>



23.	Uwaga ogólna	-	Związek Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur	Podsumowując, wskazujemy że potrzebna jest przede wszystkim racjonalizacja zasad finansowania, dostosowana do aktualnej sytuacji rynku, m.in. cen mediów, wzrostu inflacji, kosztów leków, wynagrodzeń personelu oraz reforma na wszystkich szczeblach systemu ochrony zdrowia, nie tylko szpitalnictwa ale również podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Podejmowanie decyzji o dalszym funkcjonowaniu podmiotów leczniczych przez organ centralny, w tym przypadku Agencję Rozwoju Szpitali, bez znajomości lokalnych uwarunkowań i potrzeb nie przyniesie szpitalom żadnych wymiernych korzyści.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Projekt przewiduje indywidualne podejście do każdego podmiotu szpitalnego, zmianę profilu i dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, map potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz sieci szpitali. Jednocześnie wprowadzono konieczność uzyskania stanowiska wojewody do planu rozwojowego i planu naprawczo-rozwojowego.
24.	Uwaga ogólna	-	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Brak w ustawie wyodrębnienia szpitali ze względu na charakter udzielanych świadczeń (szpitale kliniczne, wojewódzkie, powiatowe) oraz poziom zabezpieczenia w tzw. sieci szpitali.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Założenia projektu ustawy i sam projekt bazują na tym, żeby w części normatywnej nie rozróżniać podmiotów szpitalnych ze względu na ich profil działalności.
25.	Uwaga ogólna	-	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Wyłączenie z ustawy szpitali klinicznych, które już są nadzorowane przez podmioty tworzące tj. rektorów uczelni medycznych	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Założenia projektu ustawy i sam projekt bazują na tym, żeby w części normatywnej nie rozróżniać podmiotów szpitalnych ze względu na ich profil działalności.
26.	Uwaga ogólna	-	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Nastąpi centralizacja zarządzania szpitalami.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Projekt zakłada utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji (Agencji Rozwoju Szpitali), która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów. Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B).
27.	Uwaga ogólna	-	Polska Unia Szpitali Klinicznych	W postępowaniu naprawczo-rozwojowym została pominięta rola i funkcja podmiotu tworzącego. Brak odniesienia do Rady Społecznej Szpitala	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Podmiot nadzorujący, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki – rada nadzorcza albo komisja rewizyjna będzie opiniował plan naprawczo-rozwojowy. Ponadto na postanowienie Prezesa Agencji o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego podmiotowi

					szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu służyć będzie zażalenie do sądu w zakresie, w jakim plan naprawczo-rozwojowy przewiduje przeprofilowanie lub zmienia zakres lub liczbę świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmiot szpitalny.
28.	Uwaga ogólna	-	Polska Unia Szpitali Klinicznych	W projektowanych zapisach nie ma żadnego odniesienia do zasad funkcjonowania szpitali klinicznych, w których udzielanie świadczeń zdrowotnych musi być ściśle powiązane z realizacją zadań dydaktycznych i naukowych	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Założenia projektu ustawy i sam projekt bazują na tym, żeby w części normatywnej nie rozróżniać podmiotów szpitalnych ze względu na ich profil działalności. Projekt przewiduje indywidualne podejście do każdego podmiotu szpitalnego.
29.	Uwaga ogólna	-	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Zmniejszenie skali finansowania ryczałtowego. Nastąpi rezygnacja z wyodrębnienia poziomów PSZ na rzecz kwalifikowania wszystkich świadczeniodawców mających przynajmniej jeden tzw. profil kwalifikujący realizowany na podstawie umowy z NFZ, której okres trwania wynosi co najmniej dwa ostatnie pełne lata kalendarzowe .	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga w rzeczywistości stanowi komentarz do zaproponowanych rozwiązań.
30.	Uwaga ogólna	-	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Bez nowej wyceny świadczeń zdrowotnych nie ma szans, aby po wejściu w życie ustawy szpitale zafunkcjonowały lepiej. Mogą być najlepsze programy naprawcze (wiele szpitali je opracowywała zgodnie z postanowieniami odnosi się do ustawy o działalności leczniczej), ale musi być zmieniony system wyceny świadczeń. Ustawodawca nie dotyka zupełnie przyczyn powstawania zobowiązań szpitali. W wielu zakresach świadczeń wycena obowiązuje od kilku lat, a wzrost cen usług i dóbr, które nabywa standardowy szpital, na przestrzeni tego czasu jest kilkudziesięcioprocentowa. W skutek tego szpitale się zadłużają.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga poza zakresem regulacji.
31.	Uwaga ogólna	-	Polska Unia Szpitali Klinicznych	1. Ustawodawca nie uwzględnia w ramach projektowanych regulacji kwestii stopnia referencyjności podmiotów szpitalnych. Kluczową kwestią w przypadku szpitali uniwersyteckich o najwyższym stopniu referencyjności jest to, że udziela świadczeń zdrowotnych pacjentom prezentującym najtrudniejsze przypadki, co wiąże się z generowaniem ogromnych kosztów. Poza tym, w szpitalach, dla których podmiotem tworzącym jest uczelnia wyższa, ważna jest kwestia kształcenia osób wykonujących zawody medyczne. Działalność szpitala w zakresie kształcenia studentów oraz kształcenia przed i podyplomowego personelu medycznego wymaga zatrudnienia wysoko wykwalifikowanej kadry (posiadającej stopnie naukowe) co powoduje znaczne zwiększenie kosztów pracy oraz kosztów świadczonych usług. Zasadnym jest ustalenie oprócz wyższego poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych realizowanych przez szpitale uniwersyteckie również odrębnych zasad ich oceny.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Założenia projektu ustawy i sam projekt bazują na tym, żeby w części normatywnej nie rozróżniać podmiotów szpitalnych ze względu na ich profil działalności.
32.	Uwaga ogólna	-	Polska Unia Szpitali Klinicznych	2. Dokonując ewaluacji szpitala poza oceną sytuacji ekonomiczno-finansowej należy wziąć pod uwagę także kwestie wynikające ze specyfiki placówki (także wskazane w pkt.1), jakość świadczonych usług czy realne przyczyny	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Brak propozycji konkretnych rozwiązań.

				sytuacji finansowej jednostki wynikające m.in. zarówno z niskiej wyceny świadczeń zdrowotnych jak również kosztów niemedycechnych szpitala.	Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny.
33.	Uwaga ogólna	-	Polska Unia Szpitali Klinicznych	3. Likwidacja nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wpłynie na znaczny napływ chorych do Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych co przełoży się na zwiększenie kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych w SOR (konieczność zwiększenia obsady, koszty diagnostyki). Dotychczasowe ryczałty SOR ustalone przez NFZ już w chwili obecnej nie pokrywają faktycznych kosztów funkcjonowania oddziału.	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Proponuje się pozostawienie art. 132b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w następującym zmodyfikowanym brzmieniu:  Art. 132b  1. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1, przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego.  2. W przypadku konieczności zabezpieczenia dodatkowych świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, na danym obszarze terytorialnym określonym w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, świadczenia te mogą być udzielane również przez świadczeniodawcę zakwalifikowanego do systemu zabezpieczenia, innego niż wymieniony w ust. 1, na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1, po złożeniu wniosku o umożliwienie ich udzielania do Prezesa Funduszu i uwzględnieniu ich w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1.  3. W przypadku braku zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 1 i 2, stosuje się przepisy dotyczące konkursu ofert i rokowań.</p>
34.	Uwaga ogólna	-	Polska Unia Szpitali Klinicznych	4. Dodatkowo, dokonanie pierwszej kategoryzacji szpitali nastąpi z dniem 1 stycznia 2023 r. na podstawie danych finansowych za rok 2022 r. Będzie to rok konsekwencji finansowych wynikających z walki z inflacją oraz cały czas trwającej pandemii co wywołuje uprzywilejowaną pozycję szpitali leczących wyłącznie Covid-19, a w dużo gorszej sytuacji stawia szpitale, które obok walki z Covid-19 realizują pełen zakres świadczeń.	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W szerszym zakresie odniesiono się do zagadnienia przy rozpatrywaniu uwag szczegółowych.</p>

35.	Uwaga ogólna	-	<p>Urząd Ochrony Danych Osobowych</p> <p>Pozytywnie ocenić należy odniesienie się projektodawcy do aspektu zapewnienia bezpieczeństwa danych osobowych przetwarzanych za pomocą rozwiązań technicznych umożliwiających indywidualne porozumiewanie się na odległość przy wykorzystaniu transmisji danych między systemami teleinformatycznymi<sup>3</sup>, w szczególności pocztę elektroniczną. Niemniej jednak, z projektowanych przepisów nie wynika wprost w jaki sposób oraz w jakich sytuacjach (kiedy) należy dokonać oceny stosowanych środków technicznych gwarantujących odpowiedni poziom bezpieczeństwa przekazywanych za pomocą środków komunikacji elektronicznej pism, wniosków i innych dokumentów zawierających dane osobowe. W ten sposób projektodawca dopuszcza przyjmowanie rozwiązań mogących narażać osoby, których dane dotyczą na wysokie ryzyko naruszenia ich praw i wolności, godzących w bezpieczeństwo danych osobowych niezgodnie z zasadą poufności i integralności z art. 5 ust. 1 lit. f rozporządzenia 2016/679. Tymczasem administrator ma obowiązek przeprowadzenia analizy ryzyka i ustalenia jakie środki techniczne i organizacyjne powinny być zastosowane chociażby dla opracowania i wdrożenia odpowiednich zabezpieczeń spełniających wymogi, o których mowa w art. 24 i art. 32 ust. 1 rozporządzenia 2016/679<sup>4</sup>. Projektodawca nie wskazał w uzasadnieniu do będącego przedmiotem niniejszej analizy legislacyjnej projektu ustawy, jakimi kierował się przesłankami przy wprowadzaniu ww. rozwiązań i nie przeprowadził oceny skutków. Uzasadnionym jest zatem przeprowadzenie testu prywatności - projektowania ochrony danych osobowych w procesie tworzenia prawa (art. 25 ust.1 rozporządzenia<sup>5</sup>), w tym przeprowadzenia oceny skutków dla ochrony danych, o której mowa w art. 35 ust. 1<sup>6</sup> rozporządzenia 2016/679 na etapie tworzenia projektowanego aktu prawnego, zgodnie z art. 35 ust. 10<sup>7</sup> rozporządzenia 2016/679. Przeprowadzenie oceny skutków dla ochrony danych, uwzględnienie jej wyników w treści projektowanych przepisów prawa oraz zawarcie informacji o jej wynikach w ocenie skutków projektowanej regulacji lub w uzasadnieniu do projektowanej ustawy jest niezwykle pomocne, zarówno dla projektodawcy, celem stworzenia przepisów zapewniających stosowanie przepisów projektowanej ustawy i dających odpowiednie gwarancje zgodności z rozporządzeniem 2016/679 wykonawcom norm, jak i dla organu nadzorczego, celem oceny zaproponowanych uregulowań. Właściwe wyważenie aspektów przetwarzania danych osobowych, w tym zapewnienie poszanowania zasad dotyczących przetwarzania danych osobowych (art. 5 rozporządzenia 2016/679) jest istotne zarówno dla przyszłych wykonawców tych norm, jak i dla osób, których dane osobowe będą przetwarzane. Oczywiście jest, że podmioty realizujące zadania w tym zakresie (jako administratorzy przetwarzanych danych osobowych) powinny wprowadzić i stosować odpowiednie procedury bezpieczeństwa, niemniej jednak Projektodawca mógłby wskazać w przepisach prawa minimalne rozwiązania jakie powinny być</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>ARS będzie stosować odpowiednie procedury bezpieczeństwa w tym zakresie.</p>
-----	--------------	---	---	--

stosowane przez te podmioty na potrzeby ww. komunikacji. Przy wypracowywaniu nowych regulacji fundamentalne znaczenie ma zapewnienie w przepisach stosowania zasad, w tym zasady legalizmu (art. 5 ust. 1 lit. a), poufności i integralności (art. 5 ust. 1 lit f), a także cel przetwarzania musi być określony w przepisach powszechnie obowiązującego prawa, uzasadnionym jest by dla przejrzystości i zapewnienia stosowania przepisów rozporządzenia przepisy szczegółowe odnosiły się do aspektów przetwarzania (art. 6 ust. 3, art. 9 ust. 4 rozporządzenia 2016/679).

---

<sup>3</sup> Art. 2 pkt. 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 344).

<sup>4</sup> Uwzględniając stan wiedzy technicznej, koszt wdrażania oraz charakter, zakres, kontekst i cele przetwarzania oraz ryzyko naruszenia praw lub wolności osób fizycznych o różnym prawdopodobieństwie wystąpienia i wadze, administrator i podmiot przetwarzający wdrażają odpowiednie środki techniczne i organizacyjne, aby zapewnić stopień bezpieczeństwa odpowiadający temu ryzyku, w tym między innymi w stosownym przypadku: a) pseudonimizację i szyfrowanie danych osobowych; b) zdolność do ciągłego zapewnienia poufności, integralności, dostępności i odporności systemów i usług przetwarzania; c) zdolność do szybkiego przywrócenia dostępności danych osobowych i dostępu do nich w razie incydentu fizycznego lub technicznego; d) regularne testowanie, mierzenie i ocenianie skuteczności środków technicznych i organizacyjnych mających zapewnić bezpieczeństwo przetwarzania.

<sup>5</sup> Zgodnie z w art. 25 ust. 1 rozporządzenia 2016/679 uwzględniając stan wiedzy technicznej, koszt wdrażania oraz charakter, zakres, kontekst i cele przetwarzania oraz ryzyko naruszenia praw lub wolności osób fizycznych o różnym prawdopodobieństwie wystąpienia i wadze zagrożenia wynikające z przetwarzania, administrator – zarówno przy określaniu sposobów przetwarzania, jak i w czasie samego przetwarzania –wdraża odpowiednie środki techniczne i organizacyjne, takie jak pseudonimizacja, zaprojektowane w celu skutecznej realizacji zasad ochrony danych, takich jak minimalizacja danych, oraz w celu nadania przetwarzaniu niezbędnych zabezpieczeń, tak by spełnić wymogi niniejszego rozporządzenia oraz chronić prawa osób, których dane dotyczą.

<sup>6</sup> Zgodnie z w art. 35 ust. 1 rozporządzenia 2016/679 jeżeli dany rodzaj przetwarzania – w szczególności z użyciem nowych technologii – ze względu na swój charakter, zakres, kontekst i cele z dużym prawdopodobieństwem może powodować wysokie ryzyko naruszenia praw lub wolności osób fizycznych, administrator przed rozpoczęciem przetwarzania dokonuje oceny skutków planowanych operacji przetwarzania dla ochrony danych osobowych. Dla podobnych operacji przetwarzania danych wiążących się z podobnym wysokim ryzykiem można przeprowadzić pojedynczą ocenę.

				<sup>7</sup> Zgodnie z art. 35 ust. 10 rozporządzenia 2016/679 ust. 1–7 nie mają zastosowania, jeżeli przetwarzanie na mocy art. 6 ust. 1 lit. c) lub e) ma podstawę prawną w prawie Unii lub w prawie państwa członkowskiego, któremu podlega administrator, i prawo takie reguluje daną operację przetwarzania lub zestaw operacji, a oceny skutków dla ochrony danych dokonano już w ramach oceny skutków regulacji w związku z przyjęciem tej podstawy prawnej – chyba że państwa członkowskie uznają za niezbędne, by przed podjęciem czynności przetwarzania dokonać oceny skutków dla ochrony danych.	
36.	Uwaga ogólna	-	Prezydent Miasta Krakowa	Projekt zakłada daleko idące zmiany w dotychczasowej działalności podmiotów leczniczych, niezależnie od formy w której działają - samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, spółki kapitałowe oraz instytuty badawcze, a także niezależnie od kategorii podmiotu tworzącego. Jednocześnie, projektowane rozwiązania odnoszą się wyłącznie do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, pomijając rolę i znaczenie pozostałych uczestników systemu ochrony zdrowia, w tym podstawową i ambulatoryjną opiekę zdrowotną, a także podmioty prywatne, konkurujące między sobą o zasoby kadrowe, finansowe i materialne. Brak kompleksowego podejścia do systemu może w sposób istotny zagrozić powodzeniu planowanej reformy szpitalnictwa.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Brak propozycji konkretnych rozwiązań.
37.	Uwaga ogólna	-	Prezydent Miasta Krakowa	W ocenie podmiotu tworzącego, wadą proponowanej przez Ministerstwo Zdrowia regulacji jest jej projektowanie jako odrębnego aktu normatywnego od obowiązujących przepisów Prawa restrukturyzacyjnego. Projektodawca odwołując się do odpowiedniego stosowania ww. ustawy jednocześnie wprowadza odrębne instytucje prawne m.in. „specjalny” sąd restrukturyzacyjny (Sąd Okręgowy w Warszawie), czy odrębny na użytek projektowanych przepisów nadzorca restrukturyzacyjny. Może to spowodować kolejne problemy w stosowaniu i Interpretacji przepisów prawa i przyczynić się do niepotrzebnych komplikacji natury formalnej i organizacyjnej.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Projekt ustawy opracowany został m.in. przez specjalistów zewnętrznych wchodzących w skład powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu do spraw przygotowania projektu przepisów w zakresie postępowań naprawczych podmiotów szpitalnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 45, z późn. zm.).
38.	Uwaga ogólna	-	Prezydent Miasta Krakowa	Niezależnie od uwag i spostrzeżeń przedstawionych powyżej, chciałbym dodatkowo zwrócić uwagę na wybrany przez Ministerstwo Zdrowia czas na konsultacje niniejszego projektu. W obliczu wyzwań z jakim przyszło się mierzyć podmiotom leczniczym w trakcie trwania pandemii choroby COVID-19, kiedy to po niewielkich spadkach liczby zakażeń i dalej liczby hospitalizacji w tzw. czwartej fali, obserwowane są dalsze wzrosty związane z rozprzestrzenianiem się wariantu Omikron, ogłaszanie i przeprowadzanie konsultacji społecznych projektu zakładającego tak daleko idące zmiany w działalności szpitali może nie spotkać się z należytą uwagą. Analizując zakres proponowanych rozwiązań, jak również liczne zmiany w przepisach obowiązujących aktów prawnych, pozostaje mieć nadzieję, że intencją wnioskodawcy projektu jest zebranie rzetelnych i głęboko przemyślanych uwag od uczestników systemu ochrony zdrowia, których te zmiany w sposób istotny dotyczą. Mając powyższe na uwadze, zasadnym jest rozważnie	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Konsultacje zostały przeprowadzone z zachowaniem terminów wynikających z rządowego procesu legislacyjnego.

				wydłużenia konsultacji społecznych do czasu ustabilizowania się sytuacji pandemicznej wywołanej chorobą zakaźną COVID-19 oraz zaakceptowania przez Komisję Europejską Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, wskazanego jako źródło sfinansowania planowanej reformy.	
39.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Celem ustawy jest poprawa sytuacji ekonomicznej restrukturyzowanych podmiotów natomiast z żadnego przepisu nie wynika, by nakłady na szpitalnictwo miały wzrosnąć.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga poza zakresem regulacji.
40.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Środki, które będą przeznaczone na Agencję Rozwoju Szpitali winny być przeznaczone na urealnienie kosztów procedur realizowanych przez Szpitale.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Projekt zakłada utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji (Agencji Rozwoju Szpitali), która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów. Tym samym projekt musi zawierać też przepisy dotyczące jej finansowania.
41.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	„Zarządca” podejmuje decyzję o losie placówki, natomiast w projekcie ustawy brak jest przepisu, który w tej sytuacji zdejmowałby z Zarządu Szpitala odpowiedzialność finansową za wynik ekonomiczny (zgodnie z Kodeksem Spółek Handlowych zarząd ryzykuje majątkiem za decyzje, które będą podejmowane przez kogoś innego).	<b>Uwaga uwzględniona.</b> Doprecyzowano uzasadnienie.
42.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Wymiana w czasie pandemii osób zarządzających placówkami, mających doświadczenie w zarządzaniu placówką, może spowodować dodatkowy chaos już w i tak bardzo trudnej sytuacji.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Projekt ustawy nie przewiduje takich rozwiązań.
43.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Brak zapisu kto będzie ponosił koszty planowanej restrukturyzacji – podmioty tworzące (jednostki samorządu terytorialnego) przy wciąż zmniejszających się dochodach budżetowych nie będą w stanie udźwignąć tych kosztów.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> W szerszym zakresie odniesiono się do zagadnienia przy rozpatrywaniu uwag szczegółowych.
44.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Planowana reforma nie zakłada dostosowania stawek jakie płaci NFZ za świadczenia opieki zdrowotnej do rzeczywistych kosztów ich udzielania, a	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga poza zakresem regulacji.

			Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	jest to teraz najważniejszy problem funkcjonowania szpitalnictwa publicznego.	
45.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Brak szczegółowych zapisów procedur odejścia od ryczałtowego finansowania w sieci szpitali, które ma być zastąpione płaceniem za procedury.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Poruszona kwestia nie należy do zakresu projektowanej ustawy, lecz jest materią przepisów wykonawczych.
46.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Egzamin państwowy dla przyszłych menadżerów szpitali wskazuje na brak zaufania dla uczelni wyższych kształcących osoby zarządzające Szpitalami.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do projektowanych rozwiązań.
47.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Podsumowując istnieje obawa, że planowana reforma obecnie jest zbędna i może zdestabilizować i tak bardzo kruchą strukturę jaką jest organizacja i funkcjonowanie Szpitali.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do projektowanych rozwiązań.
48.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Zasadniczo, proponowane zmiany ustawowe będą miały fatalne i bardzo negatywne skutki dla systemu ochrony zdrowia.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do projektowanych rozwiązań.
49.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Przypuszczać należy, że w aktualnej sytuacji większość działających szpitali znajdzie się w kategorii C lub D co da rządzącym możliwość manipulowania podmiotami i wdrożenia procedur, polegających głównie na likwidacji podmiotów lub ich znaczącej działalności. Już aktualnie z wypowiedzi przedstawicieli resortu zdrowia wynika, że takie działania będą wdrażane. Brak jednak jakichkolwiek informacji do jakich norm i wskaźników będziemy dążyć w poszczególnych zakresach świadczeń szpitalnych. Należy pamiętać, że bieżący rok to drastycznie rosnące koszty (energii, gazu czy materiałów), podczas gdy wpływy z realizowanych świadczeń pozostają na dotychczasowym poziomie. Aktualna sytuacja szpitali była i jest nadal zależna od stopnia zaangażowania w COVID. Wszystko to będzie miało bardzo negatywny wpływ na wyniki finansowe zakładów lecznictwa	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Ministerstwo Zdrowia dokonało na podstawie danych za 2020 r. (aktualnie brak jeszcze danych za 2021 r.) symulacji procesu kategoryzacji szpitali publicznych przewidywanego przepisami projektu ustawy. W efekcie symulacji przeprowadzonej w oparciu o wskaźniki ekonomiczno-finansowe wskazane w projektowanej ustawie, tylko co trzeci szpital (33%) zakwalifikowany został do kategorii C lub D, z którymi wiąże się konieczność podjęcia działań naprawczo-rozwojowych. Pozostałe 67% szpitali znalazłoby się



				zamkniętego. Wynik finansowy to nie problem źródłowy całego systemu ochrony zdrowia to skutek błędnej struktury, dystrybucji i wyceny świadczeń.	w kategoriach A i B, co oznacza brak problemów w zakresie sytuacji finansowej. Jak wynika z powyższych danych, w przypadku jednostek funkcjonujących w podobnych warunkach ekonomiczno-finansowych duże znaczenie ma sposób zarządzania jednostką i kompetencje osób odpowiedzialnych za kierowanie poszczególnymi szpitalami.
50.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Niewątpliwie ogromnym zagrożeniem jest duża uznaniowość, brak kryteriów i możliwości wdrożenia procedur odwoławczych przy przydzielaniu przez Agencję Rozwoju Szpitalnictwa określonej kategorii szpitalom.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Mechanizm ustalania kategorii został precyzyjnie określony w przepisach projektu ustawy, zaś postanowienie Prezesa Agencji o przyznaniu kategorii podlega zaskarżeniu do sądu powszechnego.
51.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Przedłożony projekt ustawy nie jest niczym innym jak kolejną próbą przejęcia majątku i zarządzania szpitalami. Zadziwia fakt, że resort zdrowia decyduje się na tak radykalną reformę w tak szczególnym czasie. W samym szczycie pandemii chce wymieniać mającą ogromne doświadczenie kadrę zarządzającą na osoby z niewielkimi kwalifikacjami i zaledwie rocznym doświadczeniem w ochronie zdrowia.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Należy podkreślić, iż prace nad niniejszą reformą zostały zapoczątkowane pod koniec 2020 r. Założenia reformy zostały opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia w dniu 31 maja 2021 r. W założeniach tych wskazano trzy warianty rozwiązań, spośród których wybrano najbardziej optymalny Wariant III „Agencja Rozwoju Szpitali i ewaluacja szpitali” – obecnie realizowany w formalnym procesie legislacyjnym. Wariant I „Ograniczenie liczby podmiotów nadzorujących szpitale”, który budził największe kontrowersje i obawy jednostek samorządu terytorialnego nie uzyskał akceptacji i rekomendacji. Projekt ustawy opracowany został m.in. przez specjalistów zewnętrznych wchodzących w skład powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu do spraw przygotowania projektu przepisów w zakresie postępowań naprawczych podmiotów szpitalnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 45, z późn. zm.). Projekt zakłada utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji (Agencji Rozwoju Szpitali), która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów. Postępowanie naprawczo-rozwojowe

					dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B).  Ministerstwo Zdrowia dokonało na podstawie danych za 2020 r. (aktualnie brak jeszcze danych za 2021 r.) symulacji procesu kategoryzacji szpitali publicznych przewidywanego przepisami projektu ustawy. W efekcie symulacji przeprowadzonej w oparciu o wskaźniki ekonomiczno-finansowe wskazane w projektowanej ustawie, tylko co trzeci szpital (33%) zakwalifikowany został do kategorii C lub D, z którymi wiąże się konieczność podjęcia działań naprawczo-rozwojowych. Pozostałe 67% szpitali znalazłoby się w kategoriach A i B, co oznacza brak problemów w zakresie sytuacji finansowej.
52.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Bardzo wysokie koszty działalności ARS.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do projektowanych rozwiązań. Koszty są wprost proporcjonalne do przypisanych ARS zadań oraz odpowiedzialności.
53.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Projekt w tym kształcie, który opiera się wyłącznie na wskaźnikach finansowych przy kategoryzacji szpitali nie może zostać wprowadzony w życie. Rozdział 2 i 8: Podstawową wadą proponowanej przez Ministerstwo Zdrowia regulacji jest jej projektowanie jako odrębnego aktu normatywnego od obowiązujących przepisów Prawa restrukturyzacyjnego. Projektodawca odwołując się do odpowiedniego stosowania ww. ustawy jednocześnie wprowadza odrębne instytucje prawne m.in. „specjalny” sąd restrukturyzacyjny (Sąd Okręgowy w Warszawie), czy odrębny na użytek projektowanych przepisów nadzorca restrukturyzacyjny. Może to spowodować kolejne problemy w stosowaniu i interpretacji przepisów prawa i przyczynić się do niepotrzebnych komplikacji.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Brak propozycji konkretnych rozwiązań.  Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Projekt ustawy opracowany został m.in. przez specjalistów zewnętrznych wchodzących w skład powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu do spraw przygotowania projektu przepisów w zakresie postępowań naprawczych podmiotów szpitalnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 45, z późn. zm.).
54.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za	Projekt ustawy oddany do konsultacji społecznych w styczniu 2022 r. zgodnie z założeniami ma zostać wdrożony w I kwartale 2022 r., czyli w ciągu 2 mc od przekazania ewentualnych uwag do projektu tak ważnych wprowadzanych zmian. Czy projektodawca w tak krótkim czasie jest w stanie wyłonić prezesa Agencji, Radę Agencji i zatrudnić pierwszych pracowników Agencji oraz wynająć lokal będący siedzibą Agencji?	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

			pośrednictwem KWRiST)		
55.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Funkcjonowanie szpitali oceniono przez pryzmat wielowładztwa jako głównego powodu złego zarządzania.</p> <p>Jest to kolejna próba ograniczenia władzy jednostek samorządu terytorialnego, które z poziomu zarządzania i znajomości problemów społecznych wiedzą jakie potrzeby zdrowotne dotyczą ich mieszkańców. Centralizowanie władzy w zakresie ochrony zdrowia funkcjonowało już w Polsce w okresie poprzedniego ustroju politycznego, doprowadziło to do całkowitego upadku systemu ochrony zdrowia oraz patologicznych zachowań. Jak stwierdza projektodawca, samorządy ograniczają również możliwość realizacji świadczeń w sposób kompleksowy. Jest to zupełnie niezgodne z prawdą, gdyż część świadczeń medycznych wyceniana jest znacznie wyżej w przypadku gdy realizowane są kompleksowo, a wręcz ogranicza się możliwość rozliczenia świadczenia w przypadku braku zapewnienia dalszego leczenia tak jest np. w zakresie leczenia ozw, udarów mózgu, endoprotezoplastyki czy świadczeń onkologicznych. Jeżeli projektodawca stwierdza takie postępowanie, to albo nie zna zasad rozliczania z płatnikiem, albo chce by szpitale rozbudowały się i ograniczyły funkcjonowanie specjalistycznych ośrodków takich jak, centra onkologiczne, rehabilitacyjne – zajmujące się na najwyższym poziomie pacjentami w kolejnych etapach leczenia, podmioty te zatrudniają najlepszych specjalistów w tych dziedzinach. Zaznaczyć należy, iż każda jednostka udzielająca takich świadczeń, jeśli nie realizuje ich w swojej strukturze posiada odpowiednie umowy z ośrodkami specjalistycznymi.</p> <p>W związku z powyższym, argument przytoczony przez projektodawcę odbiega od prawdy.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Należy podkreślić, iż prace nad niniejszą reformą zostały zapoczątkowane pod koniec 2020 r. Założenia reformy zostały opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia w dniu 31 maja 2021 r. W założeniach tych wskazano trzy warianty rozwiązań, spośród których wybrano najbardziej optymalny Wariant III „Agencja Rozwoju Szpitali i ewaluacja szpitali” – obecnie realizowany w formalnym procesie legislacyjnym. Wariant I „Ograniczenie liczby podmiotów nadzorujących szpitale”, który budził największe kontrowersje i obawy jednostek samorządu terytorialnego nie uzyskał akceptacji i rekomendacji.</p> <p>Projekt ustawy opracowany został m.in. przez specjalistów zewnętrznych wchodzących w skład powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu do spraw przygotowania projektu przepisów w zakresie postępowań naprawczych podmiotów szpitalnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 45, z późn. zm.).</p> <p>Projekt zakłada utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji (Agencji Rozwoju Szpitali), która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów. Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B).</p>
56.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Konkurencja pomiędzy jednostkami o pacjentów, personel medyczny oraz zasoby materialne:</p> <p>Konkurencja o pacjentów - polega głównie na terminach realizacji świadczeń. Wiadomym jest, że zawsze szpital nie posiadający SOR czy IP, działający w trybie planowym, będą miały krótsze terminy, ponieważ łatwiej zaplanować realizację świadczeń, leczeni pacjenci są stabilni, trudniej o powikłania w leczeniu, tym samym krótszy jest okres ich pobytu oraz stabilniejsze ekonomicznie jest ich leczenie. Problem ten jest do rozwiązania nie na poziomie wprowadzania centralnego zarządzania łóżkami, takie działania może podjąć płatnik świadczeń przy kontraktowaniu. Podmioty szpitalne</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt nie ma na celu zlikwidowanie konkurencji w całości, ale tego rodzaju „negatywnej” konkurencji, która została opisana w uzasadnieniu.</p>

				<p>działające w formie ostro dyżurowej mniej płynnie mogą planować leczenie pacjentów, wpływa to na dłuższy czas oczekiwania pacjentów na leczenie planowe, przesuwanie tych przyjęć z uwagi na brak wolnych miejsc (przepustowość szpitala), co znowu wpływa na już niski poziom zdrowia społeczeństwa, spowodowany ograniczeniem dostępu do opieki zdrowotnej, tym bardziej po prawie 2 latach pandemii. Porównanie dotyczące uzupełniania się przez szpitale wzajemnie, a nie „działanie na zasadzie konkurencji” doprowadzi do zarządzania nieefektywnego. Brak konkurencji powoduje obniżenie jakości, brak chęci dążenia do poprawy świadczonych usług. Konkurencja jest niezbędna do dobrego zarządzania, jest mechanizmem, za pomocą którego zarządzający szpitalami odpowiednio podejmują decyzje oparte na prawidłowym gospodarowaniu zasobami, tak samo materialnymi jak i ludzkimi. Konkurencja kształtuje podmioty lecznicze, przyciąga odpowiednią kadrę medyczną, za którą idą pacjenci. Problem z konkurencją kadry medycznej nie wynika z „podkupowania” sobie personelu, jest on wypadkową wynikającą z niedoboru personelu medycznego. Projektodawca nie zdaje sobie sprawy z faktu, że personel medyczny w niewielkiej liczbie pracuje tylko w jednym podmiocie leczniczym. Sprawdzić te dane można u płatnika świadczeń, w zasobach wykazywanych przez podmioty lecznicze. Jeżeli więc projektodawca chce doprowadzić do nie podkupowania sobie pracowników, to jak ma zamiar skrócić czas oczekiwania na świadczenia, jeżeli personel ograniczy się do pracy w jednym podmiocie. Doprowadzi to do likwidacji szpitali, a tym samym wydłuży kolejki oczekujących. Natomiast, jeżeli chcemy ograniczyć leczenie szpitalne na rzecz opieki ambulatoryjnej, należy rozpocząć od zbudowania najpierw takiej opieki, określenia standardów leczenia w warunkach lecznictwa otwartego, zbudowania zaplecza dla tej dziedziny wraz z zasobami kadrowymi. Wówczas rynek sam doprowadzi do stopniowej eliminacji lecznictwa zamkniętego na korzyść lecznictwa otwartego. Obecnie przy braku jakiegokolwiek opieki geriatrycznej, wsparcia ze strony państwa opiekunów (rodzin) i pacjentów chorych przewlekle, wymagających opieki 24h/dobę przez 7 dni w tygodniu, trudno o ograniczeniu leczenia zamkniętego. Ponadto nie działa w Polsce kompleksowa opieka ambulatoryjna w porozumieniu z lekarzem POZ. Lekarze POZ, nie są zobowiązani wykonywać badania profilaktyczne swoim pacjentom, nie są z tego tytułu rozliczani/kontrolowani. Łatwiej i taniej dla lekarzy POZ wypisać skierowanie do szpitala lub AOS niż samemu przeprowadzić diagnostykę i rozpocząć leczenie pacjentów. Jak NFZ ocenia efektywność leczenia pacjentów w POZ i AOS?</p>	
57.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za	<p>Nadmierne koszty związane z utrzymywaniem nieefektywnie wykorzystywanej bazy oraz nieuzasadnione faktycznymi potrzebami utrzymywanie podwyższonej gotowości. Jak wiadomo z uwagi na deficyt określonej liczby specjalistów, szpitale wykorzystują, jeśli jest to możliwe i konieczne realizację niektórych świadczeń w formie outsourcingu. Takie zarzuty mogą dotyczyć tylko</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt przewiduje indywidualne podejście do każdego podmiotu szpitalnego, zmianę profilu i dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych z uwzględnieniem efektywnego</p>

			pośrednictwem KWRiST)	podmiotów realizujących świadczenia planowe. Części badań diagnostycznych nie można ocenić na odległość w tym np. USG. Szpital realizujący świadczenia ostrodyżurowe, z uwagi na bezpieczeństwo zdrowotne, a w efekcie odpowiedzialność prawną nie może sobie pozwolić na takie ryzyko. Utrzymywanie bazy wynika również z ogólnych wymaganych kontraktowania świadczeń.	i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, map potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz sieci szpitali.
58.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Niedoinwestowanie powodujące brak zapewnienia w miejscu udzielania świadczeń szerokiego spektrum badań diagnostycznych. Taka ocena sytuacji jest zaprzeczeniem poprzedniego sformułowania. Najpierw projektodawca uważa, że nieefektywnie utrzymywana jest baza i utrzymywanie jej w stanie gotowości, po czym stwierdza, iż podmioty nie posiadają w swojej strukturze szerokiego spektrum badań diagnostycznych, nie ponoszą wymagających nakładów inwestycyjnych. To znaczy, że wszystkie podmioty powinny posiadać TK, RM szeroko rozumiany dostęp do diagnostyki laboratoryjnej wysokospecjalistycznej, czy też nie powinny utrzymywać takiego zaplecza w gotowości?	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Projekt przewiduje indywidualne podejście do każdego podmiotu szpitalnego, zmianę profilu i dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, map potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz sieci szpitali.
59.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Koszty wynagrodzeń kadry medycznej oraz ubezpieczeń społecznych. Projektodawca porusz kwestię kosztów ubezpieczeń społecznych oraz kosztów wynagrodzeń w tym kontraktów z personelem medycznym. Zauważyć należy, że w przypadku zawierania kontraktów z personelem podmiot nie ponosi kosztów ubezpieczeń społecznych, ponieważ jest to tzw. samo zatrudnienia. Natomiast w przypadku zatrudnienia na podstawie umowy o pracę podmiot partycypuje w kosztach ubezpieczenia społecznego, którego wysokość jest całkowicie niezależna od zarządzających, tylko od ogólnie przyjętych przepisów prawa. Projektodawca nie wyjaśnia jak przełożyć się ma używany zwrot: „zintensyfikowanie rozwoju szpitalnictwa” na obniżenie kosztów wynagrodzeń oraz ubezpieczeń społecznych, czy planuje obniżenie składki ubezpieczenia zdrowotnego dla pracowników podmiotów leczniczych (która obecnie została zwiększona), czy obniżenie wynagrodzenia personelu medycznego zatrudnionego na podstawie umów o pracę? Obecnie płace personelu zatrudnianego na podstawie umowy o pracę, w dużej mierze są określane ustawowo. Określone i narzucone zostały poziomy minimalnego wynagrodzenia m.in. dla pielęgniarek, rejestratorek/sekretarek medycznych. Ustalenie sztywnych stawek wynagrodzenia cofnie nasz ustrój do czasów sprzed transformacji. Personel medyczny, stanowiący strategiczne zaplecze kraju (co jest przykładem w czasie pandemii), którego koszt wykształcenia oraz aktualizacji jego wiedzy jest bardzo wysoki, zostanie wyrównany w dół. Należy pamiętać, że koszty aktualizacji oraz pogłębiania wiedzy po uzyskaniu kwalifikacji spoczywają głównie na personelu medycznym, a nie na podmiotach leczniczych, których nie stać na ponoszenie kosztów podnoszenia kwalifikacji poza szkoleniami obowiązkowymi.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Projekt przewiduje indywidualne podejście do każdego podmiotu szpitalnego, zmianę profilu i dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, map potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz sieci szpitali.

60.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Trudność prowadzenia skoordynowanych działań zarządczych, w związku ze stanem epidemiologicznym.</p> <p>Projektodawca próbuje zrzucić odpowiedzialność na podmioty tworzące w zakresie podejmowanych działań i decyzji w związku z wystąpieniem stanu epidemiologicznego. Zupełnie nie porusza faktu, że w kraju nie zostały opracowane żadne procedury, plany działania ani instrukcje na wypadek wystąpienia takiego zagrożenia epidemiologicznego. Już wcześniejsze lata, w których występowało zagrożenie epidemiologiczne mniej zakaźnym wirusem tzw. Ptasiej grypy, czy też wysoce zjadliwym wirusem Ebola, nie opracowano żadnych racjonalnych standardów postępowania dla wszystkich podmiotów systemu ochrony zdrowia. Działania podejmowane miały charakter incydentalny, nigdy nie określony w sposób kompleksowy. W chwili zbliżającego się zagrożenia w styczniu 2020 r. GIS twierdził, że nic nam nie grozi, a Chiny znajdują się daleko, pomimo pierwszych przypadków zachorowania w Europie. Nie podjęto żadnych działań przygotowawczych, opracowania postępowań ani w przypadku leczenia, diagnozowania pacjentów, ani nawet postępowania ze zwłokami osób zmarłych na COVID-19. Podmioty lecznicze zostały postawione przed faktem przekształcenia się w jednostki do leczenia i walki z SARS-CoV-2. Niewiadomymi był sposób funkcjonowania, rozliczania, realizacji wcześniej zawartych umów i zobowiązań, przejęcia pacjentów przez inne podmioty, nie wyznaczono innych jednostek do przejęcia roli podmiotów przekształconych. Podmioty nie zostały wsparte przez decydentów oddelegowaniem dodatkowego personelu medycznego. Nie przygotowano ogólnych procedur postępowania zabezpieczającego personel medyczny. Podmioty lecznicze weszły w pandemię z większym wsparciem podmiotów prywatnych jako darczyńców niż z rezerw strategicznych. personel medyczny samodzielnie przygotował wytyczne, opracował standardy postępowania, które później zostały przekazywane jako dobra praktyka pomiędzy szpitalami. Wszystko działało się przy wsparciu i pomocy podmiotów tworzących, którym obecnie zarzuca się trudności i długotrwałość uzgodnień. Podmioty tworzące prowadząc uzgodnienia kierowały się interesem szpitali i zapewnieniem im bezpieczeństwa funkcjonowania.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga w rzeczywistości stanowi komentarz do uzasadnienia.</p>
61.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Certyfikacja kadry menadżerskiej zarządzającej szpitalami</p> <p>Założenie związane z wymogami dla kadry menadżerskiej jest jak najbardziej zasadne, kontrowersje wzbudza jednak jakość i poziom tych kwalifikacji, sposób wymiany kierowników podmiotów. Rozważyć jednak należy w jakiej perspektywie czasowej nastąpić powinna wymiana. Jeżeli zmianie ma ulec podległość, prawo własnościowe danych podmiotów, należy najpierw ustalić zasady, opracować ramy prawne dostosowane do tych wytycznych, przygotować odpowiednią kadre zarządzającą, ukierunkowaną na zarządzaniu przedsiębiorstwem non-profit (bo taka jest geneza publicznej służby zdrowia, również w krajach Europy zachodniej). Wątpliwość budzi</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p>

				również zróżnicowanie wymagania dla nadzorców zatrudnionych w Agencji i tych „z listy”. Trudno zrozumieć podstawę takiego zróżnicowania.	
62.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Konieczność przeprowadzania systemowych zmian.</p> <p>Projektodawca swoje uzasadnia swoje decyzje ponownie wymieniając przyczyny, wcześniej już omówione takie jak: pogarszającą się sytuacją finansową podmiotów szpitalnych, w tym rosnące zadłużenie, zjawisko „wielowładztwa” – jako nieskoordynowane działania dotyczące tworzenia, funkcjonowania i rozwoju podmiotów szpitalnych, brak współpracy i kooperacji, utrzymywanie nieefektywnie wykorzystywanej bazy, podwyższenie stanu gotowości, generowanie nadmiarowych kosztów działalności, wyniszczająca konkurencja: pacjent, personel, zasoby materiałowe, nieskoordynowana opieka nad pacjentem, brak odpowiedniej koordynacji działań pomiędzy poszczególnymi samorządami, służącej zapewnieniu kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych, rosnące oczekiwania społeczne, niedoinwestowanie sektora – z uwagi na skalę potrzeb nakładów inwestycyjnych, opóźnienia we wprowadzaniu nowoczesnych technologii w leczeniu chorób, niewystarczające i nieadekwatne zasoby systemu do obecnych i przyszłych potrzeb zdrowotnych ludności, „upolitycznienie” zarządzania podmiotami szpitalnymi, często przekładające się na nieadekwatny poziom kompetencji zarządczych, epidemia COVID-19, która pokazała jak trudno prowadzić skoordynowane działania zarządcze (zarządzanie kryzysowe) w sytuacji wymuszającej długotrwałe uzgodnienia pomiędzy różnymi podmiotami nadzorującymi podmioty szpitalne.</p> <p>Ponowne wyliczenie wcześniej już wymienionych kwestii, spojrzenie odbiegające od rzeczywistości oraz szczegółowej analizy. Zarzut upolitycznienia kadry zarządczej, może dopiero nastąpić przy wymianie kadry, której kompetencje i kwalifikacje zostaną ocenione przez przedstawicieli rządu. Projektodawca nie poruszył kwestii niedoszacowania wielu procedur medycznych, dotyczących najbardziej społecznie pacjentów, w tym procedury geriatryczne, opieka długoterminowa, choroby wewnętrzne (interna). Nie uwzględniono wzrostu kosztów działalności wynikających z wzrostu cen środków i wyrobów medycznych, mediów, żywności oraz ogólnego wzrostu cen rynkowych, przekładających się na koszty funkcjonowania placówek. Krytykując nieskoordynowaną opiekę nad pacjentem, projektodawca zapomniał, że wszystkie inwestycje prowadzone przez podmioty lecznicze powyżej kwoty 2.000.000 zł muszą uzyskać opinię celowości i zasadności wydatkowania pieniędzy publicznych i funduszy unijnych, wydaną przez Wojewodę w oparciu o opinię Prezesa lub Dyrektora NFZ, a w przypadku 50.000.000 zł opinię wydaje MZ.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga w rzeczywistości stanowi komentarz do uzasadnienia.</p>
63.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza	<p>Projektodawca swoje uzasadnienie opiera w oparciu o wyniki kontroli przeprowadzonej przez NIK w 2016 r. w zakresie wykorzystania środków finansowych przyznanych w ramach restrukturyzacji szpox korzystających z pomocy środków publicznych. W wyniku przeprowadzonej kontroli</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga w rzeczywistości stanowi komentarz do uzasadnienia.</p>

			(za pośrednictwem KWRiST)	<p>stwierdzono brak optymalizacji zatrudnienia i wynagrodzeń oraz zaciągane w ramach realizacji ówczesnej reformy kredyty i pożyczki długoterminowe, w nielicznych przypadkach przeznaczane na cele rozwojowe i inwestycyjne. Znacząca część tych zobowiązań związana była z utratą płynności finansowej i przeznaczeniem ich na spłatę długu wymagalnego. Projektodawca nie porusza kwestii związanej z różną wyceną świadczeń w latach 2005-2008 w poszczególnych województwach (przed wprowadzeniem JGP), brakiem pokrycia kosztów nadwykonań lub ich zapłatą na poziomie narzuconym przez płatnika świadczeń. Projektodawca ustawy, opierając się na raporcie przygotowanym przez NIK winien skupić się na ostatnich latach, dobierając realne wskaźniki do oceny stopnia zarządzania szpitalami. Dane wzięte pod uwagę - odległe 17 lat wstecz - dla strategii zarządzania mają znaczenie historyczne, nie stanowią kryteriów do oceny obecnych realiów, potrzeb i oczekiwań społecznych. Zmienił się system zawierania umów, wprowadzony po 2017 r. tzw. „Sieć szpitali” czyli system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. W założeniu wprowadzania Sieci szpitali zakładano, że usprawni ona organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez szpitale oraz przychodnie przyszpitalne i poprawi dostęp pacjentów do leczenia specjalistycznego w szpitalach. Ponadto pozwoli zoptymalizować liczbę oddziałów specjalistycznych i umożliwi lepszą koordynację świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych. O powyższym wprowadzonym założeniu, projektodawca wspomina w kolejnym punkcie. Przywołane zostały również propozycje stworzenia mechanizmów regulujących kwestie zatrudnienia kadry medycznej, kontroli płac i stwarzających możliwości budowania stałej kadry medycznej w szpitalach oraz stwarzania kadry restrukturyzacyjnej na czas przeprowadzania działań restrukturyzacyjnych szpitali publicznych. Podejście do zarządzania jak w fabryce produkcyjnej, zmieniającej linię produkcji, która nie ma wpływu na zdrowie i życie ludzkie nie ma możliwości zastosowania w szpitalu. Personelu medycznego nie da się przebranżowić. Lekarza tzw. „zabiegowca” nie przyuczy się do udzielania świadczeń zachowawczych. Proces ten wymaga predyspozycji i umiejętności oraz wielu lat nauki oraz ponoszonych kosztów kształcenia. Jednocześnie ogranicza swobodę wyboru dziedziny medycyny.</p>	
64.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Autorzy projektu w uzasadnieniu projektowanych zmian wskazują między innymi na optymalizację jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa pacjenta przez wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących jakości i efektów leczenia (koncentrację leczenia specjalistycznego) oraz zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń. Ustawa ma zapewnić prowadzenie spójnej polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń medycznych dzięki optymalnemu zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych obywateli. Celem zmian ma być również zmiana podejścia z konkurowania do współpracy pomiędzy podmiotami leczniczymi, w tym również w obszarze konkurowania o zasoby ludzkie.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga w rzeczywistości stanowi komentarz do uzasadnienia.</p>



				<p>Biorąc pod uwagę powyższe, wskazania wymaga, iż w treści projektu ustawy brak jakichkolwiek szczegółów/mechanizmów, które miałyby służyć osiągnięciu powyższych celów. Mowa jest w projekcie jedynie o postanowieniach prezesa Agencji, które będą podlegały co zasady natychmiastowemu wykonaniu oraz o uproszczeniu systemu kwalifikacji podmiotów leczniczych do systemu podstawowego zabezpieczenia świadczeń (PZS).</p> <p>Jeśli zapowiadane zmiany polegające np. na zmianie struktur organizacyjnych podmiotów leczniczych tak aby zapewnić optymalnych w regionie dostęp do świadczeń/ kompleksowość leczenia to rodzi się pytanie kto oraz w jakim trybie/terminie będzie odpowiedzialny za tego typu zmiany (NFZ/ ARS?)? Brak wskazania szczegółowych rozwiązań wpłynie negatywnie na funkcjonowanie podmiotów leczniczych, niepewność legislacyjna będzie przekładać się na ich stabilność i przewidywalność działania oraz planowanie np. w obszarze inwestycyjnym.</p> <p>Jeśli w uzasadnieniu projektu mowa o optymalizacji wykorzystania zasobów w tym ludzkich to w samej ustawie nie znajdują żadnym konkretnych rozwiązań temu dedykowanych. Jakie mają być środki zaradcze na poprawę dostępności do personelu medycznego, co w efekcie miałyby zatrzymać eskalację żądań płacowych tych grup zawodowych?</p> <p>Brak szczegółowych rozwiązań dla wskazanych efektów jakie są oczekiwane po wprowadzeniu przepisów.</p>	
65.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Podmioty tworzące zobowiązane zostają w projekcie do współpracy/nadzoru w/nad realizacją przyjętych planów rozwojowych planów naprawczo-rozwojowych, do współpracy we wszystkich obszarach jakie dotyka projekt np. w procesie optymalizacji zasobów, przy jednoczesnym ograniczeniu ich praw właścicielskich jako podmiotu tworzącego (funkcja nadzorcza podmiotu tworzącego/rola ARS/nadzorczy skierowanego przez ARS do kierowania podmiotem leczniczym).</p> <p>Brak szczegółowych regulacji określających zasady wskazanej współpracy oraz poziomu odpowiedzialności samorządu za zmianą które de facto będą wdrażane przez ARS</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
66.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Zakończenie postępowania - zakończenie postępowania naprawczo-rozwojowego następuje po wydaniu postanowienia o przyznaniu szpitalowi kategorii A. Wówczas podmiot tworzący odzyskuje prawo do powołania i odwołania kierownika tego podmiotu. W przypadku podmiotów, którym początkowo przyznano kategorię C lub D, istnieje ryzyko, że nie będzie czym zarządzać, majątek będzie rozprzedany, zmiany w zakresie udzielanych świadczeń nie dostosowane do potrzeb regionu. Należy pamiętać, że mapy potrzeb zdrowotnych opierają się na danych historycznych obecnie opracowanie dotyczy 2020 r. oparte na wynikach z 2019. Mapy potrzeb zdrowotnych nie przewidziały wystąpienia pandemii SARS-CoV-2 i niedostatecznej liczby łóżek zakaźnych. Nie przewidziano, że inne dziedziny medycyny będą zobowiązane realizować świadczenia niezgodne ze swoim</p>	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Projekt przewiduje indywidualne podejście do każdego podmiotu szpitalnego, zmianę profilu i dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, map potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz sieci szpitali.

				<p>profilem, a pacjenci nie mogą korzystać ze świadczeń specjalistycznych. W związku z powyższym, mapy potrzeb zdrowotnych są kompletnie bezwartościowe, niedostosowane do obecnej sytuacji nie tylko w regionie ale całym kraju.</p>	
67.	Uwaga ogólna	-	<p>Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Agencja Rozwoju Szpitali - zmiana kierownika szpitala kategorii C może nastąpić w drodze postanowienia Prezesa Agencji w wyniku braku współpracy kierownika z nadzorcą, braku realizacji planu naprawczo-rozwojowego.</p> <p>Zmiana kierownika w szpitalu kategorii D może nastąpić w każdym czasie – jednak przed tymi decyzjami chronione są podmioty szpitalne, dla których podmiotem nadzorującym jest minister. Czyli ustawa zakłada podmioty szpitalne uprzywilejowane.</p> <p>Podmiot tworzący zostaje zawieszony w swoich prawach powoływania i odwoływania kierownika podmiotu szpitalnego na czas postępowania naprawczo-rozwojowego – ograniczenie praw jednostek samorządowych. A powołanie nowego kierownika szpitala przez Prezesa Agencji, następuje z pominięciem przeprowadzania konkursu, o którym mowa w art. 49 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.</p> <p>Działalność ARS realizowana będzie w zakresie dokonywania oceny i kategoryzacji szpitali, inicjowania wspierania i monitorowania rozwoju i postępowań naprawczo-rozwojowych poprzez udzielanie pożyczek, bezzwrotne wsparcie finansowe, wsparcie merytoryczne, dworactwo eksperckie – czyli generować będzie również zadłużenie tych szpitali. Ponadto prowadzić będzie, nadzór nad procesami rozwojowymi i naprawczo-rozwojowymi. Organizowanie i koordynowanie wspólnych zakupów przez ARS – jak logistycznie realizowane będą te zakupy, gdzie gromadzone zostaną zakupione towary, jak będzie wyglądała dystrybucja. Zakupy będą musiały być dokonywane zgodnie z ustawą PZP, kto będzie odpowiadał za przygotowanie specyfikacji na zakup sprzętu i wyposażenie oraz za zakup sprzętu dostosowanego do aparatury medycznej. Obecnie szpitale dokonując zakupów wiedzą jaki sprzęt jest wymagany dla aparatury medycznej, którą dysponują. Czy w organizowanych zakupach uwzględnione zostaną zakupy usług np. serwisowych i naprawczych?</p> <p>Wdrażanie i nadzorowanie zarządzania procesowego (rozwijanie modeli zarządzania procesowego), monitorowanie funkcjonowania podmiotów szpitalnych i ich sytuacji ekonomiczno-finansowej.</p> <p>Zgodnie z założeniami wszystkie podmioty szpitalne i tworzące obowiązane są współpracować z ARS, nieodpłatnie udostępniać dokumenty oraz udzielać pomocy przy wykonywaniu zadań określonych w ustawie. Powyższe generować będzie koszty dla szpitali w zakresie dodatkowych zadań – koszty pracy.</p> <p>Wymagania dot. Prezesa Agencji – w wymaganiach jako jedno z kryterium określono „nieskazitelność charakteru a swym dotychczasowym</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>W szerszym zakresie odniesiono się do zagadnienia przy rozpatrywaniu uwag szczegółowych.</p>

			<p>zachowaniem daje rękojmię prawidłowego wykonywania powierzonych obowiązków” – kto i na jakiej podstawie stwierdzi to kryterium?</p> <p>Wymagania dotyczące członka Rady określone w Art. 97 ust 2 są bardzo wygórowane, z ograniczoną liczbą kandydatów spełniających wymagania art. 19 ust 1 pkt 1 lit. a – i, natomiast w zakresie spełnienia wymagań określonych w literach j-k zachodzi obawa, jaką komisję egzaminacyjną wyznaczy Prezes Rady Ministrów.</p> <p>Szczegółowe zadania Agencji</p> <p>Jednym z wymienionych zadań jest pozyskiwanie i finansowania na inwestycje, rozwój i naprawę podmiotów szpitalnych – nie określono co kryje się za tym hasłem. W jaki sposób oraz z jakich źródeł pozyskiwane będą środki finansowe. Niebezpieczeństwem jest określenie w zadaniach Agencji możliwość emisji obligacji. Finansowanie zadłużonych szpitali poprzez zaciąganie pożyczek powodować będzie spiralę zadłużenia, natomiast finansowanie bezzwrotne lub umorzenia pożyczek stanowić będą obciążenie dla finansów publicznych, a w założeniach do ustawy wcześniej projektodawca ustawy zakłada, że zmiany nie będą miały wpływu na finanse publiczne. Kto poniesie koszty umorzenia częściowego pożyczek lub finansowania bezzwrotnego oraz poręczenia?</p> <p>Art.113 Przychody Agencji ust. 1 pkt 2 jakie koszty inwestycyjne związane z Agencją autor ma na myśli, czy Agencja będzie inwestować na giełdzie? Projektodawca dopuszcza finansowanie Agencji z zapisów i darowizn, to znaczy, że w przypadku większego zapotrzebowania niż pozwala na to budżet, Agencja może otrzymać darowiznę ze spółek skarbu państwa? Jaką działalność gospodarczą ma prowadzić Agencja - , uwzględniono pochodzenie środków finansowych z takiego źródła, wymienione w art. 116 ust. 2 można poddać pod wątpliwość. Świadczenie usług eksperckich i doradczych, szkoleniowych przez instytucję, która będzie zakupywać takie usługi na zewnątrz, po to by je następnie sprzedać? Czy w prowadzonej działalności gospodarczej nie zostanie ukryta sprzedaż majątków szpitali? Projektodawca dopuszcza również możliwość nabywania przez Agencję udziałów w spółkach i akcji spółek – czyli może dojść do wykupywania przez Agencję udziałów w spółkach i akcji spółek podmiotów szpitalnych.</p> <p>Wymagania dotyczące kierownika podmiotu leczniczego – określone w art. 120 ust 1 pkt 4-5 są bardzo wysokie, z uwagi na ponoszone koszty edukacji. Jednocześnie ukończenie ww. kierunku nie nakłada obowiązku zdania egzaminu, o którym mowa w art. 121. Uzyskanie kwalifikacji dotyczy posiadanie umiejętności zarządczych ogólnych, kandydat nie będzie posiadał doświadczenia i wiedzy z zakresu specyfiki ochrony zdrowia. Kierownik szpitala wg projektodawcy, ma posiadać wyższe kwalifikacje niż nadzorca?</p>	
--	--	--	--	--

				W jakim trybie następuje rozwiązanie umowy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, czy wymagania dotyczyć będą tylko nowych kierowników zatrudnianych na te stanowiska?	
68.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>„Reforma” szpitali w takiej treści jak zaproponowana w projekcie ustawy jest niepotrzebna, a wręcz byłaby szkodliwa dla systemu ochrony zdrowia: Można z bardzo dużym prawdopodobieństwem założyć, że jeżeli taki akt stałby się prawem obowiązującym to spowoduje poważne szkody dla systemu ochrony zdrowia, a w szczególności dla pacjentów. Prawdopodobnie doprowadzi do likwidacji wielu szpitali. A kryteriom likwidacyjnym okaże się ich kondycja ekonomiczno - finansowa a nie rzeczywiste zapotrzebowanie na realizowane tam świadczenia zdrowotne i ich jakość. Wieloletnie obserwacje i doświadczenie wskazują bowiem, że największe problemy ekonomiczne mają te szpitale, które realizują najbardziej potrzebne społeczeństwu świadczenia zdrowotne lub najbardziej kosztowne procedury medyczne - ratujące życie lub zdrowie pacjentów. Projekt ustawy „kategoryzując” szpitale tego nie dostrzega. Wydaje się, że twórcy projektu ustawy po prostu całkowicie pomijają albo zapominają o dobru pacjenta.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa po wejściu w życie ma pozwolić na optymalizację jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa pacjenta poprzez wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących jakości i efektów leczenia (koncentrację leczenia specjalistycznego) oraz zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń. Celem wprowadzanych zmian legislacyjnych jest osiągnięcie korzyści dla pacjenta wynikających z dobrze działającego systemu lecznictwa szpitalnego, przede wszystkim poprzez dopasowanie tego systemu do struktury demograficznej i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności. Pacjenci skorzystają również na odpowiedniej alokacji nakładów finansowych oraz koncentracji świadczeń i profilowaniu szpitali, jak również ich usieciowieniu w zakresie realizowanych profili świadczeń. Koncentracja procedur wysokospecjalistycznych w ośrodkach kompetencji będzie miała na celu poprawę wyników leczenia, zwiększenie dostępności do nowoczesnych technologii i terapii medycznych oraz rozwój kadr medycznych. W zakresie nieuzasadnionej konkurencji pomiędzy szpitalami pacjentów należy zauważyć, iż zjawisko to w tym przypadku nacechowane jest negatywnie, gdyż podmioty szpitalne prowadzące działalność na tym samym terenie nie powinny powielać świadczonych usług, prowadząc de facto wobec siebie działalność konkurencyjną, a wzajemnie się w tym zakresie uzupełniać, co z punktu widzenia pacjenta zapewniłoby kompleksowość oferowanej opieki zdrowotnej.</p>
69.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za	<p>Problem szpitalnictwa – a przynajmniej jego zasadniczy element – tkwi w:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• błędnej konstrukcji systemu finansowania świadczeń szpitalnych, który narzuca wyceny świadczeń (czy też wysokość tzw. ryczałtu) poniżej rzeczywistych (realnych) kosztów jakie ponosić musi szpital, a także</li> </ul>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga poza zakresem regulacji. Projekt przewiduje mechanizmy redukcji zadłużenia.</p>

			pośrednictwem KWRiST)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• strukturalnych i bardzo głębokich niedoborach kadry medycznej (tzn. osób tych jest za mało) i to zarówno w systemie leczenia szpitalnego jak i generalnie w systemie ochrony zdrowia.</li> </ul> <p>Zatem, ustawodawca - poprzez zmianę prawa - przede wszystkim powinien:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) zwiększyć nakłady na świadczenia szpitalne, a co za tym idzie urealnić wyceny i kwoty ryczałtów - jednocześnie mechanizm finansowania szpitali powinien być sprawny i racjonalny, czyli nie taki jak istnieje obecnie lub jaki zaproponowano w projekcie ustawy; należy w pierwszej kolejności rozważyć zniesienie wszelkich limitów świadczeń, czy też maksymalnych kwot tzw. ryczałtu jaki otrzymują szpitale; finansowanie świadczeń powinno opierać się na rzeczywistym wykonaniu świadczeń z ewentualną możliwością określenia minimalnej (a nie maksymalnej) kwoty środków przekazywanych szpitalowi; dzięki temu najlepsze szpitale mogłyby lepiej wykorzystać swój potencjał – czyli skorzystałby na tym pacjenci;</li> <li>b) zwiększyć potencjał edukacyjny uczelni medycznych, w ten sposób stopniowo uzupełniane będą braki kadrowe,</li> <li>c) skutecznie zachęcać młodych ludzi do podjęcia kształcenia na kierunkach medycznych, z jednoczesnym stworzeniem mechanizmów pozwalających na unikanie ryzyka emigracji osób wykształconych w zawodach medycznych,</li> <li>d) znacząco oddłużyć szpitale – ich zadłużenie jest bowiem powodowane głównie ewidentnie zbyt niską wyceną świadczeń szpitalnych finansowanych ze środków publicznych przez Państwo (poprzez NFZ);</li> <li>e) istotnie zreorganizować NFZ (co zresztą jeszcze niedawno zapowiadali przedstawiciele administracji rządowej oraz przedstawiciele środowisk parlamentarnych), a także –co już podkreślono powyżej - zmienić mechanizm finansowania świadczeń szpitalnych; nie może on bowiem prowadzić do zadłużania szpitali poprzez zaniżone (absolutnie nierzeczywiste) wyceny świadczeń i musi być powiązany z rzeczywistym zapotrzebowaniem na określone zakresy świadczeń zdrowotnych,</li> <li>f) zdecydowanie usprawnić mechanizmy opieki poszpitalnej nad pacjentem – tak aby wyeliminować występującą konieczność przedłużania hospitalizacji np. z uwagi na czynnik socjalny (brak możliwości zaopiekowania pacjenta bezpośrednio po opuszczeniu szpitala), należy to też powiązać ze sprawnym mechanizmem kontynuowania poszpitalnej stacjonarnej opieki medycznej (np. w zakładach opiekuńczo – leczniczych);</li> <li>g) ograniczyć zjawisko tzw. odsyłania pacjentów do szpitala w sytuacji, gdy możliwym byłoby uzyskanie odpowiednich efektów zdrowotnych przy pomocy świadczeń ambulatoryjnych – to wymaga stworzenia m.in. odpowiednich procedur medycznych, zmniejszyć obciążenia biurokratyczne.</li> </ol>	
70.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła	Wybrano najgorszy z możliwych okres do wprowadzania tak poważnych przemian i reorganizacji w ochronie zdrowia (których nie sposób nazwać reformą):	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

			Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	W okresie obowiązującego stanu epidemii (związanego COVID-19) i konieczności konsolidowania sił do walki z epidemią nie wolno realizować przedsięwzięć (niby reform), które mogą jedynie zaburzyć funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, nie przynosząc żadnych pozytywnych efektów. Nawet jeżeli główne działania wynikające z projektu ustawy miałyby być podejmowane z odroczeniem (np. 2023 r. albo 2024 r.) to już teraz powodują niepokój i zamieszanie. Dodatkowo dla każdego praktyka wyraźnie dostrzegalna jest legislacyjna nieracjonalność projektu ustawy.	Konsultacje zostały przeprowadzone z zachowaniem terminów wynikających z rządowego procesu legislacyjnego. Zaproponowane rozwiązania mają charakter ewolucyjny i zakładają indywidualne podejście do każdego podmiotu.
71.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Projekt ustawy w wymiarze praktycznym może doprowadzić do przejęcie przez administrację rządową kontroli nad szpitalami podległymi JST – poprzez działania podejmowane przez Agencję: Wprowadzenie przez Prezesa Agencji „nadzorców”, czy „zarządców” oraz różnego typu „planów” naprawczo – rozwojowych do wielu podmiotów szpitalnych oznacza pełne albo prawie pełne przejęcie instrumentów zarządzania szpitalem. Sfera decyzyjno – zarządcza zdominowana byłaby więc przez nadzorców i zarządców, a przede wszystkim przez Agencję Rozwoju Szpitali, która wyposażona została w prawo do władczego ingerowania w podmioty szpitalne – w tym podległe JST. Agencja ta ma być państwową osobą prawną. Będzie zatem jednostką całkowicie podległą administracji rządowej (przede wszystkim ministrowi zdrowia) i prawdopodobnie stanie się narzędziem do pozbawiania JST rzeczywistego wpływu na szpitale samorządowe (nie zmieni tego fakt, iż w składzie Rady Agencji ma się znaleźć dwóch członków powoływanych spośród co najmniej czterech kandydatów wskazanych przez stronę samorządową Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, przy czym w Radzie reprezentowany powinien być samorząd wojewódzki i samorząd powiatowy). Projekt ustawy jednocześnie zakłada (art. 43), że nadzorca oraz zarządca dokonują czynności w imieniu własnym na rachunek podmiotu szpitalnego. Nadzorca oraz zarządca nie odpowiadają za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego. Zgodnie z założeniami projektu ustawy ustawodawca pozostawiłby natomiast po stronie JST odpowiedzialność za podmioty szpitalne (społeczną, ekonomiczną oraz prawną). Jest to więc próba centralizacji zarządzania szpitalami przy pozostawieniu odpowiedzialności przy JST.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Należy podkreślić, iż prace nad niniejszą reformą zostały zapoczątkowane pod koniec 2020 r. Założenia reformy zostały opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia w dniu 31 maja 2021 r. W założeniach tych wskazano trzy warianty rozwiązań, spośród których wybrano najbardziej optymalny Wariant III „Agencja Rozwoju Szpitali i ewaluacja szpitali” – obecnie realizowany w formalnym procesie legislacyjnym. Wariant I „Ograniczenie liczby podmiotów nadzorujących szpitale”, który budził największe kontrowersje i obawy jednostek samorządu terytorialnego nie uzyskał akceptacji i rekomendacji. Projekt ustawy opracowany został m.in. przez specjalistów zewnętrznych wchodzących w skład powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu do spraw przygotowania projektu przepisów w zakresie postępowań naprawczych podmiotów szpitalnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 45, z późn. zm.).
72.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Projekt ustawy bardzo poważnie rozbudowuje biurokrację w systemie ochrony zdrowia: Nowotworzona Agencja Rozwoju Szpitali (upodobniona do Agencji Rozwoju Przemysłu). Ma niby doprowadzić do zreformowania szpitali. Jeżeli jednak eksperci z Agencji Rozwoju Szpitali mieliby mieć tak zbawienny wpływ na funkcjonowanie szpitali jak sugerują zapisy projektu to już obecnie osoby te powinny być kierownikami (dyrektorami, członkami zarządów) szpitali podległych ministrom (te są zwykle najbardziej zadłużone) i tam zaprezentować pełnię swoich umiejętności. Byłoby to rozwiązaniem	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Należy podkreślić, iż prace nad niniejszą reformą zostały zapoczątkowane pod koniec 2020 r. Założenia reformy zostały opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia w dniu 31 maja 2021 r. W założeniach tych wskazano trzy warianty rozwiązań, spośród których wybrano najbardziej optymalny Wariant III „Agencja Rozwoju Szpitali i ewaluacja

				<p>prostszym. Wzrosnie też obciążenie biurokratyczne szpitali, np. związane z opracowywaniem i zbieraniem dokumentów dot. tworzenie planów rozwojowych a także koniecznych przy okazji tworzenia planów naprawczo – rozwojowych. Projekt ustawy powinien zapewnić podmiotom szpitalnym środki finansowe potrzebne na te dodatkowe zadania. Będzie to bowiem niewątpliwie kosztochłonne (np. opracowywanie sprawozdań z realizacji planu naprawczo-rozwojowego – art. 66), a obiektywnie w zasadniczej mierze zbędne.</p>	<p>szpitali” – obecnie realizowany w formalnym procesie legislacyjnym. Wariant I „Ograniczenie liczby podmiotów nadzorujących szpitale”, który budził największe kontrowersje i obawy jednostek samorządu terytorialnego nie uzyskał akceptacji i rekomendacji.</p> <p>Projekt ustawy opracowany został m.in. przez specjalistów zewnętrznych wchodzących w skład powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu do spraw przygotowania projektu przepisów w zakresie postępowań naprawczych podmiotów szpitalnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 45, z późn. zm.).</p>
73.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Pozytywnie ocenić można jedynie zamiar (częściowego) finansowania działań podmiotów szpitalnych, w tym rozwojowych inwestycyjnych, optymalizacyjnych, naprawczych i restrukturyzacyjnych, poprzez zapewnienie podmiotom szpitalnym form finansowania takich jak: pożyczka z możliwością częściowego umorzenia; finansowanie bezzwrotne; instrumenty poręczeniowe:</p> <p>Projekt ustawy zakłada jednak, że będzie to kompetencją Agencji Rozwoju Szpitali (art. 110). Nie jest to rozwiązanie optymalne. Lepszym rozwiązaniem byłoby przekazanie na ten cel dotacji JST albo bezpośrednio szpitalom przez ministerstwo zdrowia. W istocie odpowiednie mechanizmy są już znane – wcześniej normowała je ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 164) – wystarczyłoby dostosować je do obecnych realiów (np. uwzględnić szpitale funkcjonujące w formie spółek).</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Ówczesna reforma polegała na restrukturyzacji finansowej zadłużenia szpitali z tytułu zobowiązań publiczno- i cywilnoprawnych, jak również roszczeń pracowników wynikających z tzw. „ustawy 203” (z lat 1999-2004). Udzielone wówczas przez Bank Gospodarstwa Krajowego pożyczki, co prawda spowodowały spadek zobowiązań wymagalnych w wyniku konwersji na zobowiązania długoterminowe, jednak nie poprawiły realnie sytuacji finansowej szpitali.</p>
74.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Projekt ustawy należy ocenić jako sprzeczny z Konstytucją RP:</p> <p>Argument ten w istocie powinien być podniesiony jako pierwsza, niemniej wydaje się, że doskonale podsumowuje wcześniejsze uwagi.</p> <p>Projekt ustawy jest niezgodny m.in. z:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- art. 2 Konstytucji – gdyż narusza zasady demokratycznego państwa prawnego, w szczególności poprzez poważne ograniczenie (w zasadniczych obszarach wręcz pozbawianie) wpływu JST na podległe jej szpitale (w znaczącej większości przekazane JST w wyniku reformy systemu ochrony zdrowia wprowadzonej w 1999 r.) przy jednoczesnym pozostawieniu pełni odpowiedzialności za ich funkcjonowanie po stronie JST.</li> <li>- art. 15 Konstytucji - gdyż prowadzi do centralizacji władzy publicznej (sprawowanej nad szpitalami), dodatkowo w wypaczonej formie, jako że zadania JST faktycznie przejmie Agencja (osoba prawna) podległa rządowi a nie minister, który ponosiłby konstytucyjną odpowiedzialność za podejmowane działania.</li> <li>- art. 16 Konstytucji – poprzez naruszenie zasady samodzielności samorządu terytorialnego.</li> </ul>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Podmioty szpitalne są specyficznymi jednostkami niezwykle istotnymi z punktu widzenia Państwa oraz zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych pacjentów.</p> <p>W ocenie projektodawcy projekt nie jest sprzeczny z Konstytucją.</p>

				A także naruszenie art. 167 ust. 4 w związku z art. 166 ust. 2, art. 68 ust. 2 i art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej poprzez co najmniej pośrednie narzucenie na JST odpowiedzialności finansowej i kosztów za działania podmiotów trzecich – takich jak Agencja – podejmowane wobec szpitali podległych JST.	
75.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Projekt ustawy jest systemowo sprzeczny z zasadami wynikającymi z KSH (w odniesieniu do szpitali prowadzonych w formie spółek kapitałowych): Kodeks Spółek Handlowych jednoznacznie określa zasady funkcjonowania organów spółek kapitałowych, szczegółowo definiuje ich zadania i kompetencje oraz zakresy odpowiedzialności – zarówno wobec spółki, innych organów spółki, ale także podmiotów i osób trzecich. Projekt ustawy natomiast wprowadza nadzorców, zarządców, a także Prezesa Agencji, którzy będą ingerować (wręcz zasadniczo) w procesy decyzyjne i zarządcze w spółce praktycznie nie ponosząc za to żadnej odpowiedzialności. Należy podkreślić, że nie mówimy tu o spółce, która podlega mechanizmom związanym z upadłością – te rozwiązania są od dawna stosowane i akceptowane – ale o mechanizmach funkcjonujących niejako obok po to tylko aby administracja rządowa (przy pomocy Agencji) przejęła funkcje decyzyjne nad określonymi spółkami (szpitalami).	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Podmioty szpitalne są specyficznymi jednostkami niezwykle istotnymi z punktu widzenia Państwa oraz zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych pacjentów. Projektodawca uznał zatem, że najlepszym zespołem rozwiązań, który uwzględni specyfikę zarządczą podmiotów szpitalnych oraz ich układ właścicielski z istotnym czynnikiem samorządowym, będzie wyłączenie działań ochronnych oraz naprawczych dotyczących podmiotów szpitalnych poza sądowe postępowania restrukturyzacyjne (przyspieszone postępowanie układowe, postępowanie układowe oraz postępowanie sanacyjne), natomiast restrukturyzacja zadłużenia powinna odbywać się w postępowaniu o zatwierdzenie układu. Mając to na uwadze, wprowadzono do ustawy dobrze rozpoznane w praktyce, literaturze i orzecznictwie środki ochronne (zakaz egzekucji oraz zakaz wypowiedzania umów) oraz środki naprawczo-rozwojowe (odstąpienie od umów, restrukturyzacja zatrudnienia oraz zbycie egzekucyjne mienia), przy czym będą one stosowane przez nadzorcę podmiotu szpitalnego, jako organ ustanowiony przez Prezesa Agencji w nieco bardziej elastycznej procedurze, aniżeli w sądowym postępowaniu restrukturyzacyjnym.
76.	Uwaga ogólna	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Reasumując - należy postulować a wręcz apelować o zaniechanie procedowania przedmiotowego projektu ustawy. Jest on bowiem kolejnym pomysłem reformy „od ściany do ściany” – szkodliwym dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, a także pozbawiającym JST ich kompetencji w zakresie decyzyjnym (przy pozostawieniu dotychczasowego zakresu odpowiedzialności). Postulować należy jedynie (z katalogu rozwiązań wynikających z projektu ustawy) wprowadzenie mechanizmów służących oddłużeniu podmiotów szpitalnych i zapewnieniu im wsparcia finansowego przez Skarb Państwa. Obecnie problemy ekonomiczne szpitali są bowiem konsekwencją wieloletniej polityki administracji państwowej (i NFZ) polegającej na rażącym niedofinansowaniu szpitalnictwa i przerzucaniu znaczącej części kosztów ich	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Reforma stanowi kamień milowy w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności z terminem wejścia w życie uzgodnionym z Komisją Europejską na III kwartał 2022 r.



				funkcjonowania na JST. Zauważył to także Trybunał Konstytucyjny – np. wyrok TK z dnia 20 listopada 2019 r., sygn.. akt K 4/17, w którym orzekł o niezgodności z Konstytucją art. 59 ust. 2 UDL.	
77.	Uwaga ogólna	-	Wielkopolski Związek Szpitali	Intencją ustawodawcy jest „modernizacja i poprawa efektywności działalności oraz poprawa sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów szpitalnych, a także wsparcie ich rozwoju, optymalizacja ich działalności, dostosowanie działalności poszczególnych podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych, wprowadzanie lub ulepszanie procesowego modelu zarządzania podmiotami szpitalnymi, a w razie potrzeby naprawa ich działalności oraz restrukturyzacja ich zadłużenia” oraz „wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących jakości i efektów leczenia”. Analizując dokument, z żadnego jego przepisu, ani też z Oceny Skutków Regulacji nie wynika, by nakłady na szpitalnictwo (a główny przychód szpitali, to środki z NFZ) miały wzrosnąć. Brak zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia przy przedłużającej się pandemii i wobec gwałtownego wzrostu kosztów m.in. energii, gazu, leków i wynagrodzeń, pogorszy kondycję finansową szpitali. Przedłużanie zaniżonej wyceny świadczeń opieki zdrowotnej uniemożliwi szpitalom zakwalifikowanym do kategorii A, B, C utrzymanie danej kategorii, prowadząc w dalszym etapie do obniżenia kategorii, a w konsekwencji przejęcia przez rządową Agencję zarządzania większością polskich szpitali.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Uwaga poza zakresem regulacji.
78.	Uwaga ogólna	-	Wielkopolski Związek Szpitali	Projekt ustawy nie uwzględnia elementów dotyczących jakości i efektów leczenia. Bazuje wyłącznie na wskaźnikach ekonomicznych, co stawia szpitale w roli przedsiębiorstw nastawionych na zysk. Sytuacja taka może skutkować unikaniem przez szpitale wykonywania procedur „nieopłacalnych” generujących najwyższy deficyt i obniżeniem jakości opieki nad pacjentami. Dla uzyskania „dobrze funkcjonującego systemu leczenia szpitalnego” i podniesienia jakości i efektów leczenia, niezbędne jest również wdrożenie mechanizmów, które wspomagałyby i rozwijały współpracę szpitali z instytucją lekarza/pielęgniarki/położnej podstawowej opieki medycznej oraz AOS, a takich elementów projekt nie przewiduje.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Brak propozycji konkretnych rozwiązań.  Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny.
79.	Uwaga ogólna	-	Wielkopolski Związek Szpitali	Za niekorzystne, a często wręcz destrukcyjne, należy wskazać m.in. zapisy projektu dotyczące: - minimalizowania roli organów założycielskich, określonych w projekcie „podmiotami nadzorującymi”. Projekt odbiera samorządom większość kompetencji, a w szczególności: zarządzanie własnym majątkiem, współdecydowanie w tworzeniu planów rozwojowych i rozwojowo–naprawczych, współdecydowanie o powoływaniu i odwoływaniu czy zmianie kierownika podmiotu, - nieuzasadnionej wymiany kierowników podmiotów szpitalnych, - błędnego założenia, dotyczącego dofinansowania wyłącznie zadłużonych podmiotów, - porażająco niskich kompetencji nadzorców i zarządców,	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Ministerstwo Zdrowia dokonało na podstawie danych za 2020 r. (aktualnie brak jeszcze danych za 2021 r.) symulacji procesu kategoryzacji szpitali publicznych przewidywanego przepisami projektu ustawy. W efekcie symulacji przeprowadzonej w oparciu o wskaźniki ekonomiczno-finansowe wskazane w projektowanej ustawie, tylko co trzeci szpital (33%) zakwalifikowany został do kategorii C lub D, z którymi wiąże się konieczność podjęcia działań naprawczo-rozwojowych. Pozostałe 67% szpitali znalazłoby się

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- braku odpowiedzialności finansowej nadzorców i zarządców za podejmowanie niewłaściwych decyzji,</li> <li>- nierównego traktowania podmiotów ministerialnych i samorządowych,</li> <li>- podważania zaufania do uczelni wyższych, kształcących w naszym kraju menedżerów szpitali.</li> </ul>	<p>w kategoriach A i B, co oznacza brak problemów w zakresie sytuacji finansowej. Jak wynika z powyższych danych, w przypadku jednostek funkcjonujących w podobnych warunkach ekonomiczno-finansowych duże znaczenie ma sposób zarządzania jednostką i kompetencje osób odpowiedzialnych za kierowanie poszczególnymi szpitalami.</p>
80.	Uwaga ogólna	-	Wielkopolski Związek Szpitali	<p>Należy szczególnie podkreślić, że utrzymywanie zaniżonej wyceny świadczeń opieki zdrowotnej i gwałtownie rosnące ceny (gazu, energii elektrycznej, leków, koszty pracy kadry medycznej), uniemożliwią szpitalom zakwalifikowanym do kategorii A, B, C utrzymanie danej kategorii. Ministerstwo Zdrowia wraz z NFZ poprzez coraz gorsze finansowanie szpitali doprowadzą do obniżenia ich kategorii, co może doprowadzić do przejścia przez rządową Agencję zarządzania większością lub nawet całości polskich szpitali.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Ministerstwo Zdrowia dokonało na podstawie danych za 2020 r. (aktualnie brak jeszcze danych za 2021 r.) symulacji procesu kategoryzacji szpitali publicznych przewidywanego przepisami projektu ustawy. W efekcie symulacji przeprowadzonej w oparciu o wskaźniki ekonomiczno-finansowe wskazane w projektowanej ustawie, tylko co trzeci szpital (33%) zakwalifikowany został do kategorii C lub D, z którymi wiąże się konieczność podjęcia działań naprawczo-rozwojowych. Projekt przewiduje indywidualne podejście do każdego podmiotu szpitalnego.</p>
81.	Uwaga ogólna	-	Wielkopolski Związek Szpitali	<p>Wątpliwości budzą również terminy kategoryzacji szpitali (co 3 lata) i kwalifikacji do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń (co 4 lata) oraz dat obowiązywania regionalnych map potrzeb zdrowotnych (co 5 lat) w kontekście tworzenia i konsekwentnej realizacji planów rozwojowych i naprawczo – rozwojowych. Czy dla przykładu, zmiany w mapach potrzeb, będą wymagały dokonania zmiany planów naprawczo – rozwojowych w celu sprostania założeniom ustawy o dostosowaniu działalności podmiotów szpitalnych do regionalnych potrzeb zdrowotnych?</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W szerszym zakresie odniesiono się do zagadnienia przy rozpatrywaniu uwag szczegółowych.</p>
82.	Uwaga ogólna	-	Wielkopolski Związek Szpitali	<p>Obawy budzi również, że Agencja jako instytucja państwowa, mająca decydujący głos w sprawie oddłużania szpitali, będzie preferowała udzielenie wsparcia finansowego głównie najbardziej zadłużonym szpitalom klinicznym i jednostkom podlegającą ministrowi. Szpitale powiatowe, których jest najwięcej w systemie ochrony zdrowia mogą być pomijane.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga w rzeczywistości stanowi komentarz do zaproponowanych rozwiązań.</p>
83.	Uwaga ogólna	-	Wielkopolski Związek Szpitali	<p>Absolutnie niezrozumiałe i niesprawiedliwe będzie udzielanie bezzwrotnego wsparcia finansowego wyłącznie podmiotom zadłużonym, które – z różnych przyczyn - nie podejmowały lub nie mogły podejmować skutecznych działań poprawiających kondycję finansową szpitala. Przy tym założeniu szpitale, które stabilną sytuację finansową posiadają dzięki wsparciu samorządów, w wyniku wieloletnich wyrzeczeń lub braku inwestycji z własnych środków itp. zostaną „ukarane” brakiem wsparcia finansowego za dbałość o własny majątek. Należy zastosować taką formę pomocy finansowej szpitalom, aby</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Powyższe nie wynika z projektu ustawy.</p>

				nie pomijać tych, które znajdują się w najwyższych kategoriach. To pozwoli im utrzymać pozycję.	
84.	Uwaga ogólna		Związek Województw RP - Województwo Mazowieckie (za pośrednictwem KWRiST)	Konieczność dokonania rzeczywistej wyceny przez publicznego płatnika świadczeń opieki zdrowotnej uwzględniającej rosnące koszty związane z prowadzeniem działalności leczniczej. Uzasadnienie: Celem regulacji powinno być wprowadzenie mechanizmów waloryzujących wartości kontraktów szpitali publicznych o realne wzrosty kosztów takich jak: wzrost wynagrodzenia, rosnące koszty usług obcych, koszty energii, wody, materiałów medycznych itp. Mimo podejmowanych prób, przedstawiane przez publicznego płatnika propozycje zmiany wyceny udzielanych świadczeń zdrowotnych nie stanowią realnej odpowiedzi na rosnące koszty funkcjonowania podmiotów szpitalnych i występującą inflację.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga poza zakresem regulacji.
85.	Uwaga ogólna		Związek Województw RP - Województwo Mazowieckie (za pośrednictwem KWRiST)	Zaproponowane rozwiązanie przewiduje, że wszystkie podmioty szpitalne począwszy od 2023 r. będą równocześnie, co trzy lata, podlegać z urzędu obowiązkowej ocenie i przyznaniu jednej z kategorii (kategoryzacja obowiązkowa). Wnioskuje się o rezygnację z proponowanej zmiany lub wskazanie źródeł finansowania procesów restrukturyzacyjnych, a także gwarancji, iż po zatwierdzeniu przez Agencję planu rozwojowo-naprawczego, szpital otrzyma środki na realizację zaplanowanych działań naprawczych. Nadto, koniecznym jest zabezpieczenie w budżecie NFZ środków finansowych na realizację procesów restrukturyzacji lub zapewnienie gwarancji otrzymania kontraktów (np. w formie promesy) dla szpitali w związku z przeprofilowaniem i zmianą rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych. Uzasadnienie: Na rok 2023 projekt przewiduje wysokość dotacji celowej dla Agencji Restrukturyzacji Szpitali (ARS) w wysokości 100 mln zł. wobec zobowiązań wymagalnych szpitali wynoszących prawie 3 mld zł. Konieczność uwzględnienia środków niezbędnych do realizacji przyjmowanych planów rozwojowo-naprawczych.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
86.	Uwaga ogólna	-	Związek Województw RP - Województwo Mazowieckie (za pośrednictwem KWRiST)	Dostosowanie innych przepisów niezbędnych do realizacji przedstawionych uwag. Uzasadnienie: Niezbędne jest dostosowanie innych przepisów projektu ustawy, niezbędnych -uwzględniających zgłaszane uwagi, celem zachowania spójności przepisów. Celem zgłaszającego uwagi jest zasygnalizowanie konieczności wprowadzenia niezbędnych zmian, nie zaś tworzenie projektu ustawy na nowo.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
87.	Uwaga ogólna	-	Związek Województw RP - Województwo Świętokrzyskie (za	W ustawie nie ma żadnego powiązania między procesem naprawczo-rozwojowym a finansowaniem podmiotów szpitalnych przez NFZ. Zalecenia Agencji mogą nie zostać uwzględnione w kontrakcie z Funduszem.  Zadaniem NFZ jest zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

			pośrednictwem KWRiST)	Propozycja: Koszty wprowadzenia działań naprawczych, winny być ściśle powiązane z zabezpieczeniem finansowym przez NFZ.	
88.	Uwaga ogólna	-	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Nie zakłada się zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia. brak przepisów nakazujących Narodowemu Funduszowi Zdrowia sfinansowanie działań naprawczych w danej placówce. Nie ma żadnego powiązania między procesem naprawczo-rozwojowym, a finansowaniem z NFZ a zalecenia agencji mogą nie zostać uwzględnione w kontrakcie z Funduszem. Z żadnego jej przepisu nie wynika, by nakłady na szpitalnictwo miały wzrosnąć. Nakłady na stworzenie nowej agencji powinny zostać przeznaczone na oddłużanie szpitali. Ustawa zakłada wprowadzenie do szpitala ministerialnego zarządcy, który miałby podejmować decyzje o losach placówki, w projekcie nie ma przepisu, który w takiej sytuacji zdejmowałby z zarządu szpitala odpowiedzialność finansową za wynik.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga poza zakresem regulacji.
89.	Uwaga ogólna	-	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Wobec osób, które będą nadzorcami nad postępowaniem naprawczym są bardzo niskie wymagania, to jest wyższe wykształcenie i rok pracy w ochronie zdrowia. Wysokie wymagania są stawiane wobec osób, które mają być dyrektorami szpitali np. wymóg ukończenia 3-semestralnych studiów MBA na wydziale, który ma określoną kategorię B przydzieloną za działania naukowe (niewiele uczelni je prowadzi).	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
90.	Uwaga ogólna	-	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Rok 2022 będzie decydujący o wynikach szpitali - z tego roku będą brane pod uwagę przy ocenie czy szpital jest w kategorii A czy też w kategorii D w warunkach pandemii jest nie do przyjęcia.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> W szerszym zakresie odniesiono się do zagadnienia przy rozpatrywaniu uwag szczegółowych.
91.	Uwaga ogólna	-	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Ustawa narusza podstawowe zasady konstytucyjne, to jest: zasadę wolności gospodarczej (art.20 Konstytucji RP), zasadę ochrony własności (art.21 i 64 Konstytucji RP) i zasadę samodzielności samorządu terytorialnego (art.165 Konstytucji RP)	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Podmioty szpitalne są specyficznymi jednostkami niezwykle istotnymi z punktu widzenia Państwa oraz zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych pacjentów. W ocenie projektodawcy projekt nie jest sprzeczny z Konstytucją.
92.	Uwaga ogólna	-	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za	Ustawa przyznając Agencji Rozwoju Szpitali (dalej Agencja) szerokie kompetencje w zakresie zarządzania szpitalami zaliczonymi do kategorii B, C i D, z drugiej strony - nie określa konkretnie obowiązków ciążyących na Agencji w zakresie finansowania wdrożonego w wyniku działania Agencji poprzez ustanowionego nadzorcę planu naprawczo-rozwojowego. Z przepisu art. 86 ust.3 wynika tylko, że Agencja może zapewnić podmiotom szpitalny formy finansowania określone w art.110 ust.1 ustawy. (a więc	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Agencja będzie posiadać środki na restrukturyzację ale sam szpital również musi być włączony w proces naprawczo-rozwojowy, biorąc pod uwagę jego możliwości finansowe.

			pośrednictwem KWRiST)	<p>Agencja nie musi zapewnić takich środków w ogóle, lub też zapewnić je może tylko w niewielkiej części.). Powyższy wniosek jest tym bardziej uzasadniony , gdy weźmie się pod uwagę limity wydatków Agencji określone w art.139 ustawy. Są to bowiem wydatki rządu 400 mln. zł rocznie ( poza rokiem 2024 i 2025, ale tu limit wydatków w stosunku do ogólnego wskaźnika zadłużenia szpitali jest też niewielki -około 1 mld,300 mln. zł). Powyższe oznacza, że Agencja , która zadecyduje o podjęciu i sposobie przeprowadzenia restrukturyzacji szpitali de facto obciąży kosztami tej restrukturyzacji ich podmioty tworzące, jak również wierzycieli tych szpitali.</p> <p>Nałożenie na podmiot szpitalny obowiązków powinno łączyć się z równoczesnym zapewnieniem finansowania.</p> <p>Nałożenie na Agencję konkretnie obowiązków w zakresie finansowania wdrożonego w wyniku działania Agencji poprzez ustanowionego nadzorcę, planu naprawczo-rozwojowego.</p>	
93.	Uwaga ogólna	-	<p>Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Ustawa nie określa sposobu ustanawiania nadzorcy w konkretnym szpitalu. Można domniemywać, że czyni to Prezes Agencji. Należałoby jednak w tym zakresie ustawę uzupełnić. Przy czym organem powołującym nadzorcę mógłby być np. podmiot tworzący. W przypadku powoływania nadzorcy przez prezesa Agencji, szpitalowi i organowi tworzącemu powinno przysługiwać na postanowienie Prezesa zażalenie.</p> <p>Nieprecyzyjne zapisy Ustawy</p> <p>Propozycja: Doprecyzowanie i uzupełnienie zapisów</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zgodnie z art. 29 nadzorcę ustanawia Prezes Agencji. Na postanowienie przysługuje zażalenie.</p>
94.	Uwaga ogólna	-	<p>Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Brak w ustawie wstępnej oceny, np. na podstawie danych z 2020-2021, jaką liczbę podmiotów możemy zaliczyć do odpowiednich kategorii A-D.</p> <p>Brak zapisu w Ustawie</p> <p>Propozycja: Uzupełnienie zapisów</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>
95.	Uwaga ogólna	-	<p>Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Brak w ustawie zapisów informujących czy i jakie postępowanie powinien wdrożyć podmiot leczniczy w przypadku spadku podmiotu do niższej kategorii w trakcie trwania okresu 3 lat, od ostatniej oceny.</p> <p>Brak zapisu w Ustawie</p> <p>Propozycja: Uzupełnienie zapisów</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przewidziano możliwość przeprowadzenia przez Prezesa ARS dodatkowej kategoryzacji na wniosek podmiotu szpitalnego albo podmiotu nadzorującego.</p>
96.	Uwaga ogólna	-	Konferencja Rektorów	<p>Ustawa nie wskazuje na szczególną rolę jaką pełnią w systemie ochrony zdrowia szpitale kliniczne jako jednostki realizujące świadczenia</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p>

			Akademickich Uczelni Medycznych	wysokospecjalistyczne oraz kształcące kadry medyczne i niezbędne dla całego systemu ochrony zdrowia.	Założenia projektu ustawy i sam projekt bazują na tym, żeby w części normatywnej nie rozróżniać podmiotów szpitalnych ze względu na ich profil działalności.
97.	Uwaga ogólna	-	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Zauważamy znaczną uznaniowość podejmowanych decyzji z uwagi na brak sztywnych kryteriów, a przede wszystkim brak możliwości drogi odwoławczej przy przydzieleniu do danej kategorii szpitali; zgodnie z projektem pierwsza ocena i kategoryzacja nastąpi w 2023 r. na podstawie danych za 2022 rok, a w konsekwencji do wyceny będzie brany okres pandemii, zaś wyniki finansowe w tym czasie są mocno zaburzone przez realizację lub nie usług covidowych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Istnieje możliwość złożenia zażalenia do sądu na postanowienie Prezesa Agencji przyznające kategorię. Jeśli chodzi o dokonywanie kategoryzacji w oparciu o dane za 2022 r. to w szerszym zakresie odniesiono się do zagadnienia przy rozpatrywaniu uwag szczegółowych.
98.	Uwaga ogólna	-	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Brak wskazania, z jakiego źródła miałyby wzrosnąć nakłady na szpitale, a w konsekwencji wymuszona konieczność ograniczenia działalności deficytowej albo ograniczenie wydatków (ale których?).	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Projekt przewiduje indywidualne podejście do każdego podmiotu szpitalnego, zmianę profilu i dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, map potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz sieci szpitali.
99.	Uwaga ogólna	-	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Rezygnacja z finansowania budżetowego i przywrócenie kontraktowania świadczeń przez szpitale publiczne; bez nowej wyceny świadczeń zdrowotnych nie ma szans, żeby szpital zaczął funkcjonować lepiej; ustawodawca nie wskazał przyczyn powstania zobowiązań szpitalnych, a są one zbieżne z obowiązującą wyceną. W wielu zakresach świadczeń wycena obowiązuje od kilku lat, a wzrost cen usług i dóbr, które nabywa szpital, na przestrzeni tego czasu jest znaczna; w ocenie skutków regulacji nie zakłada się zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia i mimo dodatkowych obowiązków nie przewiduje zwiększenia przychodów dla jednostek samorządu terytorialnego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga poza zakresem regulacji.
100.	Uwaga ogólna	-	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Brak jest przepisów nakazujących NFZ sfinansowania działań naprawczych w szpitalu.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
101.	Uwaga ogólna	-	Konferencja Rektorów Akademickich	Brak w projekcie ustawy przepisu, który zdejmowałby z zarządu szpitala odpowiedzialność finansową za wynik w przypadku wprowadzenia do szpitala ministerialnego zarządcy.	<b>Uwaga uwzględniona.</b> Doprecyzowano uzasadnienie.

			Uczelni Medycznych		
102.	Uwaga ogólna	-	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Projekt ustawy traktuje ustawodawca jako odrębny akt normatywny w oderwaniu od obowiązujących przepisów Prawa restrukturyzacyjnego. Wprowadza odrębne instytucje prawne, m.in. „specjalny” sąd restrukturyzacyjny (Sąd Okręgowy w Warszawie), czy odrębny na użytek projektowanych przepisów nadzorca restrukturyzacyjny. Z pewnością spowoduje to znaczne problemy w stosowaniu i interpretacji przepisów prawa i przyczyni się do niepotrzebnych komplikacji.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Projekt ustawy opracowany został m.in. przez specjalistów zewnętrznych wchodzących w skład powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu do spraw przygotowania projektu przepisów w zakresie postępowań naprawczych podmiotów szpitalnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 45, z późn. zm.).
103.	Uwaga ogólna	-	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Ustawa powołuje Agencję Rozwoju Szpitali (ARS), która ma prowadzić nadzór właścicielski nad szpitalami. ARS będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie procesów naprawczych w szpitalach oraz zapewnienie rozwoju szpitalnictwa. Na jej czele będzie stał prezes powoływany przez ministra na sześcioletnią kadencję. Działalność ARS opisano w art.88 ustawy. ARS ma m.in. organizować i koordynować wspólne zakupy, wspierać szpitale finansowo, merytorycznie i ekspercko. Zgodnie z projektem, ARS przeprowadzała będzie obowiązkową ocenę wszystkich placówek. Ocena dokonywana ma być co trzy lata, począwszy od 2023r. W jej rezultacie szpitalom zostanie przyznana jedna z czterech kategorii (A, B, C, D), od której będzie zależeć, jakie procesy rozwojowe i naprawcze zajdą w danym szpitalu. Kategorie będą przyznawane na podstawie wskaźników: rentowności, płynności finansowej oraz poziomu zobowiązań, w tym zobowiązań wymagalnych, czyli takich, dla których termin płatności upłynął. Oceny mają być dokonywane głównie na podstawie sprawozdań finansowych szpitali. W projekcie ustawy zapisano zasady oraz warunki tworzenia planu rozwojowego szpitali kategorii A albo B, a także reguluje się postępowanie naprawczo-rozwojowe dla szpitali kategorii B, C albo D, które w każdym przypadku będzie toczyło się z udziałem nadzorca podmiotu szpitalnego wyznaczonego przez prezesa ARS. Projekt zmienia rozwiązania związane z restrukturyzacją zadłużenia szpitali. Zgodnie z nimi, podmiot szpitalny będzie mógł dokonać restrukturyzacji zadłużenia w ramach nowoprojektowanego postępowania o zatwierdzenie układu. Brak jest zapisów nakazujących NFZ sfinansowania działań naprawczych w danej placówce. W konsekwencji, w ustawie nie ma żadnego powiązania między procesem naprawczo-rozwojowym, a finansowaniem z NFZ. Zalecenia ARS mogą nie zostać uwzględnione w kontrakcie z NFZ. Mimo, że celem ustawy ma być poprawa sytuacji ekonomicznej restrukturyzowanych podmiotów medycznych, to z żadnego jej przepisu nie wynika, by nakłady na szpitalnictwo miały wzrosnąć. Restrukturyzacja w ramach obecnego finansowania szpitala, gdyby do tego doszło, musiałaby polegać przypuszczalnie albo na ograniczeniu działalności deficytowej (czyli znacznej części wykonywanych świadczeń zdrowotnych), albo ograniczeniu wydatków.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> W szerszym zakresie odniesiono się do zagadnienia przy rozpatrywaniu uwag szczegółowych.

104.	Uwaga ogólna	-	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Mimo, że ustawa zakłada wprowadzenie do szpitala ministerialnego zarządcy (nie nakłada na niego tak samo wysokich kwalifikacji, jak na kierownika podmiotu leczniczego!), który miałby podejmować decyzje o losach podmiotu, to w projekcie nie ma przepisu, który w takiej sytuacji zdejmowałby z zarządu szpitala odpowiedzialność finansową za wynik. Pozostaje to niespójne z zapisami kodeksu spółek handlowych. Przy przyjęciu ustawy w treści, jaki wynika z projektu, członkowie zarządu Szpitala (spółki z o.o.) ryzykowałiby majątkiem za decyzje podejmowane przez kogoś innego (?). Nadzorcą może zostać pracownik ARS, który m.in.: posiada obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym (Norwegii, Islandii i Lichtensteinu) oraz zna język polski w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności nadzorcy.	<b>Uwaga uwzględniona.</b> Doprecyzowano uzasadnienie.
105.	Uwaga ogólna	-	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Brak w ustawie wyodrębnienia szpitali ze względu na charakter udzielanych świadczeń (szpitale kliniczne, wojewódzkie, powiatowe) oraz poziom zabezpieczenia w tzw. sieci szpitali.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Założenia projektu ustawy i sam projekt bazują na tym, żeby w części normatywnej nie rozróżniać podmiotów szpitalnych ze względu na ich profil działalności.
106.	Uwaga ogólna	-	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Wyłączenie z ustawy szpitali klinicznych, które już są nadzorowane przez podmioty tworzące tj. rektorów uczelni medycznych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Założenia projektu ustawy i sam projekt bazują na tym, żeby w części normatywnej nie rozróżniać podmiotów szpitalnych ze względu na ich profil działalności.
107.	Uwaga ogólna	-	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Nastąpi centralizacja zarządzania szpitalami.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Projekt zakłada utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji (Agencji Rozwoju Szpitali), która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów. Postępowanie naprawczo-rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B).
108.	Uwaga ogólna	-	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	W postępowaniu naprawczo-rozwojowym została pominięta rola i funkcja podmiotu tworzącego. Brak odniesienia do Rady Społecznej Szpitala.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Podmiot nadzorujący, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki – rada nadzorcza albo komisja rewizyjna będzie opiniował plan naprawczo-rozwojowy. Ponadto na postanowienie Prezesa Agencji o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego podmiotowi



					szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu służyć będzie zażalenie do sądu w zakresie, w jakim plan naprawczo-rozwojowy przewiduje przeprofilowanie lub zmienia zakres lub liczbę świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmiot szpitalny.
109.	Uwaga ogólna	-	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	W projektowanych zapisach nie ma żadnego odniesienia do zasad funkcjonowania szpitali klinicznych, w których udzielanie świadczeń zdrowotnych musi być ściśle powiązane z realizacją zadań dydaktycznych i naukowych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Założenia projektu ustawy i sam projekt bazują na tym, żeby w części normatywnej nie rozróżniać podmiotów szpitalnych ze względu na ich profil działalności. Projekt przewiduje indywidualne podejście do każdego podmiotu szpitalnego.
110.	Uwaga ogólna	-	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Zmniejszenie skali finansowania ryczałtowego. Nastąpi rezygnacja z wyodrębnienia poziomów PSZ na rzecz kwalifikowania wszystkich świadczeniodawców mających przynajmniej jeden tzw. profil kwalifikujący realizowany na podstawie umowy z NFZ, której okres trwania wynosi co najmniej dwa ostatnie pełne lata kalendarzowe .	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga w rzeczywistości stanowi komentarz do zaproponowanych rozwiązań.
111.	Uwaga ogólna	-	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Bez nowej wyceny świadczeń zdrowotnych nie ma szans, aby po wejściu w życie ustawy szpitale zafunkcjonowały lepiej. Mogą być najlepsze programy naprawcze (wiele szpitali je opracowywała zgodnie z postanowieniami odnosi się do ustawy o działalności leczniczej), ale musi być zmieniony system wyceny świadczeń. Ustawodawca nie dotyka zupełnie przyczyn powstawania zobowiązań szpitali. W wielu zakresach świadczeń wycena obowiązuje od kilku lat, a wzrost cen usług i dóbr, które nabywa standardowy szpital, na przestrzeni tego czasu jest kilkudziesięcioprocentowa. W skutek tego szpitale się zadłużają.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga poza zakresem regulacji.
112.	Uwaga ogólna	-	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Założenia konsultowanego projektu ustawy zbyt mocno ingerują w nadzór nad podmiotami leczniczymi, dla których Uczelnia pełni rolę podmiotu tworzącego. Pozbawiają możliwości wpływu podmiotu tworzącego na wybór kierownika podmiotu leczniczego, a także prowadzą do rzeczywistej utraty nadzoru nad posiadaniem przez Uczelnię majątkiem, w który ta wyposażyla swoje podmioty lecznicze. Pod uwagę należy wziąć specyfikę nadzorowanych podmiotów leczniczych, które oprócz udzielania świadczeń zdrowotnych, w swej działalności muszą uwzględniać konieczność zapewnienia właściwego procesu dydaktycznego kadr medycznych, prowadzenie badań naukowych, a także testowanie i wdrażanie innowacyjnych technologii medycznych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Założenia projektu ustawy i sam projekt bazują na tym, żeby w części normatywnej nie rozróżniać podmiotów szpitalnych ze względu na ich profil działalności. Należy podkreślić, iż prace nad niniejszą reformą zostały zapoczątkowane pod koniec 2020 r. Założenia reformy zostały opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia w dniu 31 maja 2021 r. W założeniach tych wskazano trzy warianty rozwiązań, spośród których wybrano najbardziej optymalny Wariant III „Agencja Rozwoju Szpitali i ewaluacja szpitali” – obecnie realizowany w formalnym procesie legislacyjnym. Wariant I „Ograniczenie liczby podmiotów nadzorujących szpitale”, który budził największe kontrowersje i obawy jednostek

					samorządu terytorialnego nie uzyskał akceptacji i rekomendacji.
113.	Uwaga ogólna	-	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Zaproponowany projekt ustawy wprowadza model scentralizowanego na szczeblu rządowym sposobu zarządzania podmiotami leczniczymi w Polsce. Prowadzić to będzie do sytuacji, w której właścicielem wszystkich decyzji zarządczych jest Minister Zdrowia, który już teraz sprawuje nadzór nad Narodowym Funduszem Zdrowia (finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej), Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (wycena świadczeń). Proponowany model scentralizowanego zarządzania tak specyficznymi jednostkami jak podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych szpitalnych budzi obawy za równo co do jego celowości i skuteczności, a w przypadku takich podmiotów leczniczych dla których podmiotem tworzącym jest uczelnia medyczna powoduje daleko idące wątpliwości co do uwzględnienia w zarządzaniu ich specyfiki z uwagi na realizowanie w nich także kształcenia przed i podyplomowego personelu medycznego, prowadzenie badań naukowych itp. Co więcej proponowany model zarządzania podmiotami leczniczymi prowadzącymi działalność szpitalną prowadzi do rzeczywistej utraty nadzoru nad posiadany przez uczelnię medyczną majątkiem w który wyposażył podmiot leczniczy, co w konsekwencji może mieć również wpływ na utratę jego wartości. Najdalej idącą konsekwencją proponowanego rozwiązania jest utrata przez podmiot tworzący, w przypadku szpitali klinicznych – uczelnię medyczna- możliwości powoływania kierownika podmiotu leczniczego na rzecz Agencji. Biorąc także pod uwagę zaprezentowane w omawianym projekcie liczne ograniczenia w zakresie możliwości odwołania się od podjętych przez Prezesa Agencji decyzji. proponowane rozwiązania w rzeczywistości pozbawiają podmioty tworzące, a także same podmioty lecznicze objęte regulacją realnego wpływu na ich funkcjonowanie, przy jednoczesnym zachowaniu zasady odpowiedzialności za ich zobowiązania przez kierownika podmiotu leczniczego, nawet w odniesieniu do skutków powstałych w wyniku decyzji nadzorcy.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Ministerstwo Zdrowia dokonało na podstawie danych za 2020 r. (aktualnie brak jeszcze danych za 2021 r.) symulacji procesu kategoryzacji szpitali publicznych przewidywanego przepisami projektu ustawy. W efekcie symulacji przeprowadzonej w oparciu o wskaźniki ekonomiczno-finansowe wskazane w projektowanej ustawie, tylko co trzeci szpital (33%) zakwalifikowany został do kategorii C lub D, z którymi wiąże się konieczność podjęcia działań naprawczo-rozwojowych. Pozostałe 67% szpitali znalazłoby się w kategoriach A i B, co oznacza brak problemów w zakresie sytuacji finansowej.</p>
114.	Uwaga ogólna	-	Powiat Stargardzki	<p>Brak przepisu przejściowego dotyczącego osób, które ukończyły studia podyplomowe MBA w ochronie zdrowia przed wejściem w życie ustawy lub które ukończą je najpóźniej rok po wejściu w życie ustawy.</p> <p>Zgodnie z zasadą ochrony praw nabytych, osoby które ukończyły określone formy kształcenia uprawniające do uzyskania dyplomu ukończenia studiów MBA w ochronie zdrowia, powinny zachować uzyskane kwalifikacje, bez konieczności ich potwierdzania czy uzupełniania w dodatkowej formie.</p> <p>Wprowadzić przepis</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Należy zauważyć, iż przepis dotyczy wymagań stawianych na przyszłość, które zaczną obowiązywać, z zachowaniem odpowiednio długiego vacatio legis. W związku z tym odwoływanie się do zasady ochrony praw nabytych należy uznać za niezasadne.</p>

115.	Uwaga ogólna	-	Powiat Stargardzki	<p>Konieczność dokonania rzeczywistej wyceny przez publicznego płatnika świadczeń opieki zdrowotnej uwzględniającej rosnące koszty związane z prowadzeniem działalności leczniczej.</p> <p>Celem regulacji powinno być wprowadzenie mechanizmów waloryzujących wartości kontraktów szpitali publicznych o realne wzrosty kosztów takich jak: wzrost wynagrodzenia, rosnące koszty usług obcych, koszty energii, wody, materiałów medycznych itp. Mimo podejmowanych prób, przedstawiane przez publicznego płatnika propozycje zmiany wyceny udzielanych świadczeń zdrowotnych nie stanowią realnej odpowiedzi na rosnące koszty funkcjonowania podmiotów szpitalnych i występującą inflację.</p> <p>Spowodować zmianę wycen procedur medycznych. Takie działanie w wielu przypadkach pozwoli na poprawę rentowości funkcjonujących szpitali.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga poza zakresem regulacji</p>
116.	Uwaga ogólna	-	POLMED – Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych	<p>Ochrona przed egzekucją – w praktyce wykluczy z rynku szpitalnego mniejszego polskiego przedsiębiorcę</p> <p>Pierwszą ze zmian, która w ocenie Izby jest niezbędna do zapewnienia efektywnej współpracy pomiędzy Szpitalami oraz ich kontrahentami jest usunięcie art. 71 Projektu i mechanizmu „ochrony przed egzekucją” w nim wprowadzonego. Jeżeli ochrona szpitali przed egzekucją zostanie wprowadzona w zaproponowanej formie, to wpłynie ona niezwykle negatywnie na płynność finansową kontrahentów Szpitali i w konsekwencji ich możliwość do zaopatrywania szpitali w niezbędne wyroby medyczne. Kontrahenci realizujący zamówienia do szpitali, wobec których prowadzone jest postępowanie naprawczo-rozwojowe, w praktyce nie będą mieli żadnej pewności kiedy i czy w ogóle otrzymają wynagrodzenie za dostarczone towary. Zaproponowana regulacja może spowodować, że kontrahent dostarczający sprzęt medyczny do szpitala nie będzie miał możliwości dochodzenia swoich roszczeń z tytułu zrealizowanych dostaw nawet przez kilka lat! W praktyce może to spowodować sytuację, w której firmy medyczne nie będą mogły współpracować ze szpitalami, wobec których toczy się takie postępowanie lub wobec których może się ono rozpocząć (przede wszystkim szpitale kategorii C i D), gdyż nie będą miały żadnej pewności, czy do momentu zakończenia postępowania uzyskają jakiegokolwiek środki pieniężne za dostarczony sprzęt.</p> <p>Co więcej doprowadzi to do sytuacji, w której z rynku szpitalnego wykluczeni zostaną średni i mali polscy przedsiębiorcy, którzy nie mogą sobie pozwolić na taką niepewność dotyczącą płatności za zrealizowaną usługę (i tak długie oczekiwanie na płatność). W ocenie firm członkowskich przepis zamiast pomóc szpitalom z problemami finansowymi, to jeszcze te problemy pogłębi, gdyż współpraca z takimi szpitalami będzie obciążona gigantycznym ryzykiem, a mali i średni polscy przedsiębiorcy zostaną z niej w praktyce wykluczeni.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>W szerszym zakresie odniesiono się do zagadnienia przy rozpatrywaniu uwag szczegółowych.</p>

				Taka regulacja stoi w sprzeczności z podstawowymi założeniami pozostałej części polskiego systemu prawnego. Prawo przedsiębiorców w szczególności jest ukierunkowane na wspieranie małych i średnich przedsiębiorstw. Natomiast projektowany art. 71 pozwala na tworzenie się nierówności polegających m.in. na konieczności wycofania się z kontraktowania ze Szpitalami mniejszych firm, które w obawie przed brakiem jakiegokolwiek możliwości dochodzenia swoich należności (brak płatności) będą musiały zrezygnować z współpracy ze Szpitalami.	
117.	Uwaga ogólna	-	POLMED – Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych	<p>Możliwość odstąpienia od umowy – w praktyce bardzo negatywnie wpłynie na realizację przetargów publicznych</p> <p>Firmy członkowskie sygnalizują, że koniecznie należy doprecyzować przepisy dotyczące możliwości odstąpienia przez Szpital od umowy wzajemnej. Artykuł 73 Projektu przewiduje obecnie rozwiązania powodujące niekorzystne skutki dla dostawców Szpitali, którzy – aby zrealizować umowę zawartą ze szpitalem na podstawie Prawa zamówień publicznych – zamówili towar np. od dostawcy zagranicznego. Takiego towaru często firmy nie mogą zwrócić i nie są go w stanie w odpowiednim czasie sprzedać do innego kontrahenta, gdyż zwykle są to duże ilości produktów. To w konsekwencji może doprowadzić do przeterminowania produktów i konieczności ich utylizacji, co będzie wiązać się z gigantycznymi stratami dla firm medycznych. Izba POLMED proponuje doprecyzować przepis w taki sposób, żeby możliwość odstąpienia od umowy nie dotyczyła umów zawartych na podstawie Prawa zamówień publicznych. Dodatkowo w przepisie doprecyzowania wymaga sposób dochodzenia wierzytelności w przypadku świadczeń spełnionych po wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego.</p> <p>Jeżeli projektowane przepisy nie zostaną zmienione to złamana zostanie podstawowa zasada pewności obrotu prawnego i w konsekwencji ucierpi nie tylko polski rynek medyczny, ale także szpitale i pacjenci. Projekt tym samym, zamiast spełniać swój cel i zadbać o zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń, zmniejszy jakość ochrony zdrowia oraz wyeliminuje niektóre polskie firmy, których umowy zostaną rozwiązane mimo rzetelnego ich wykonywania.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W szerszym zakresie odniesiono się do zagadnienia przy rozpatrywaniu uwag szczegółowych.</p>
118.	Uwaga ogólna	-	POLMED – Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych	<p>Wspólne zakupy – zamiast obniżyć koszty ograniczy dostępność najnowszych technologii w szpitalu i może wpłynąć na bezpieczeństwo wyrobów Polskie podczas pandemii COVID – 19</p> <p>Bardzo istotną kwestią jest także nieprecyzyjna regulacja dot. zakupów wspólnych dla podmiotów szpitalnych. Projekt ustawy powinien w wyczerpujący sposób przedstawić model przygotowania i wdrożenia takiego rozwiązania, ponieważ jego wprowadzenie w ogromnym stopniu zmieni dotychczasową praktykę. Zgodnie z OSR wspólne zakupy organizowane przez Agencję pozwoli ograniczyć koszty po stronie szpitali, natomiast doświadczenie rynkowe firm członkowskich (zarówno z Polski jak i rynków zagranicznych) wskazuje na to, że rozwiązanie to będzie miało zupełnie odwrotny skutek!</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Wspólne zakupy dla podmiotów szpitalnych organizowane przez ARS nie będą miały charakteru obligatoryjnego i nie będą obejmowały wszystkich postępowań zakupowych podmiotów szpitalnych. Działalność Agencji w tym zakresie będzie miała charakter fakultatywny i adresowana będzie tylko do zainteresowanych podmiotów.</p>

				<p>Odgórnie zakontraktowanie dostawy danego wyrobu medycznego na kilka lat ograniczy szpitalom możliwość negocjacji cen i wyboru wyrobu dopasowanego do potrzeb konkretnego szpitala. Warto zaznaczyć, że zmiany w modelach wyrobów medycznych zachodzą w szybkim tempie, z tego powodu wobec odgórnego kontraktowania zostanie ograniczony dostęp do najnowszych modeli wyrobów medycznych. Wejście na rynek nowego modelu wyrobu medycznego, zwykle powoduje obniżenie ceny poprzedniej wersji, a w proponowanych schemacie szpitale nie będą miały możliwości skorzystania z możliwości obniżki ceny. Dodatkowo w Projekcie nie stworzono możliwości samoregulacji systemu zakupów dla Szpitali, które same najlepiej znają swoje aktualne potrzeby i mogą na nie odpowiednio reagować.</p> <p>To rozwiązanie jest zdecydowanie nietrafione w momencie, kiedy globalnie występują problemy z dostawami wyrobów medycznych z powodu pandemii COVID. Dotyczy to również polskich podmiotów szpitalnych. Brak dywersyfikacji dostawców naraża szpitale na paraliż w sytuacji, jeśli dany dostawca będzie niewydolny np. produkcyjnie lub gdy zajdą inne okoliczności, których nie można było przewidzieć. Z powyższych powodów Izba POLMED postuluje za rezygnacją z wprowadzenia mechanizmu „wspólnych zakupów”.</p> <p>Firmy członkowskie zwracają również uwagę na konieczność doprecyzowania projektowanych postanowień dotyczących restrukturyzacji. Aktualne brzmienie przepisów może powodować praktyczne problemy w ich stosowaniu.</p>	
119.	Uwaga ogólna	-	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Ogranicza swobodę działalności poprzez wykluczenie ustawy KPA, w zakresie (KPA t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 735 ze zm.):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• trybu odwołania od decyzji (Art. 10 KPA),</li> <li>• zaskarżenia jej (art. 15 i 16 KPA) stanowi ??? trudno jest nazwać.</li> <li>• powyższe wykluczenie dotyczy również organizacji społecznych (Rad Społecznych stanowiących ciało doradcze i opiniotwórcze podmiotów tworzących art. 31 KPA),</li> <li>• art. 37 KPA – to wykluczenie wydaje się zbędne, jeżeli wykonalność decyzji Prezesa ARS ma nastąpić natychmiastowo,</li> <li>• art. 371 KPA -to wykluczenie jest sprzeczne z Art. 6 opiniowanego projektu,</li> <li>• art. 48 i 49 KPA – stronami jest podmiot szpitalny oraz podmiot tworzący, co autor ma na myśli wykluczając zapis dotyczący kierowania pism do adresatów o nieznanym miejscu pobytu?</li> <li>• art.59-61 KPA – całkowicie pozbawienie podmiotów tworzących oraz podmiotów szpitalnych wpływu na jakiegokolwiek decyzje,</li> <li>• art. 66a KPA – wykluczenie zapisu prowadzenia postępowania administracyjnego mającego strategiczne znaczenie dla społeczeństwa w danym regionie, z zatajeniem osób biorących w tym udział uniemożliwi wyciągnięcie jakichkolwiek odpowiedzialności przy nieprawidłowym postępowaniu ARS.</li> </ul>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W szerszym zakresie odniesiono się do zagadnienia przy rozpatrywaniu uwag szczegółowych.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• art. 73 -§ 1a-2 KPA– ograniczenie wglądu do akt postępowania administracyjnego przez strony czyli podmiot tworzący oraz szpital – ograniczenie swobody działalności, brak kopii, notatek???</li> <li>• art. 75-96 KPA – nie dopuszcza się do włączania dowodów do prowadzonego postępowania mogących wyjaśnić sprawę – czyli jeżeli ktoś podejmie decyzję o przejęciu jakiegoś podmiotu szpitalnego, to bez względu na wszystko decyzja będzie w mocy.</li> <li>• art. 106-106a KPA – ograniczenie zajęcia stanowiska w sprawie, złożenia stanowiska itp.</li> <li>• art. 127-163 a – brak możliwości składania odwołania w sprawie decyzji oraz zażalenia, nie dopuszcza się również wznowienia postępowania. Wykluczono również możliwość wznowienia postępowania przy orzeczeniu przez TK niezgodności aktu z Konstytucją.</li> </ul>	
120.	Uwaga ogólna	-	<p>Autorzy projektu w uzasadnieniu projektowanych zmian wskazują między innymi na optymalizację jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa pacjenta przez wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących jakości i efektów leczenia (koncentrację leczenia specjalistycznego) oraz zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń. Ustawa ma zapewnić prowadzenie spójnej polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń medycznych dzięki optymalnemu zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych obywateli. Celem zmian ma być również zmiana podejścia z konkurencji do współpracy pomiędzy podmiotami leczniczymi, w tym również w obszarze konkurencji o zasoby ludzkie.</p> <p>Biorąc pod uwagę powyższe, wskazania wymaga, iż w treści projektu ustawy brak jakichkolwiek szczegółów/mechanizmów, które miałyby służyć osiągnięciu powyższych celów. Mowa jest w projekcie jedynie o postanowieniach prezesa Agencji, które będą podlegały co zasady natychmiastowemu wykonaniu oraz o uproszczeniu systemu kwalifikacji podmiotów leczniczych do systemu podstawowego zabezpieczenia świadczeń (PZS).</p> <p>Jeśli zapowiadane zmiany polegające np. na zmianie struktur organizacyjnych podmiotów leczniczych tak aby zapewnić optymalnych w regionie dostęp do świadczeń/ kompleksowość leczenia to rodzi się pytanie kto oraz w jakim trybie/terminie będzie odpowiedzialny za tego typu zmiany (NFZ/ ARS?)? Brak wskazania szczegółowych rozwiązań wpłynie negatywnie na funkcjonowanie podmiotów leczniczych, niepewność legislacyjna będzie przekładać się na ich stabilność i przewidywalność działania oraz planowanie np. w obszarze inwestycyjnym.</p> <p>Jeśli w uzasadnieniu projektu mowa o optymalizacji wykorzystania zasobów w tym ludzkich to w samej ustawie nie znajdują żadnym konkretnych rozwiązań temu dedykowanych. Jakie mają być środki zaradcze na poprawę dostępności do personelu medycznego, co w efekcie miałyby zatrzymać eskalację żądań płacowych tych grup zawodowych?</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga w rzeczywistości stanowi komentarz do uzasadnienia.</p>

				Brak szczegółowych rozwiązań dla wskazanych efektów jakie są oczekiwane po wprowadzeniu przepisów	
121.	Uwaga ogólna	-	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Podmioty tworzące zobowiązane zostają w projekcie do współpracy/nadzoru w/nad realizacją przyjętych planów rozwojowych planów naprawczo-rozwojowych, do współpracy we wszystkich obszarach jakie dotyka projekt np. w procesie optymalizacji zasobów, przy jednoczesnym ograniczeniu ich praw właścicielskich jako podmiotu tworzącego (funkcja nadzorcza podmiotu tworzącego/rola ARS/nadzorczy skierowanego przez ARS do kierowania podmiotem leczniczym).</p> <p>Brak szczegółowych regulacji określających zasady wskazanej współpracy oraz poziomu odpowiedzialności samorządu za zmianę które de facto będą wdrażane przez ARS</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
122.	Uwaga ogólna	-	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Zakończenie postępowania</p> <p>Zakończenie postępowania naprawczo-rozwojowego następuje po wydaniu postanowienia o przyznaniu szpitalowi kategorii A. Wówczas podmiot tworzący odzyskuje prawo do powołania i odwołania kierownika tego podmiotu. W przypadku podmiotów, którym początkowo przyznano kategorię C lub D, istnieje ryzyko, że nie będzie czym zarządzać, majątek będzie rozprzedany, zmiany w zakresie udzielanych świadczeń nie dostosowane do potrzeb regionu. Należy pamiętać, że mapy potrzeb zdrowotnych opierają się na danych historycznych obecnie opracowanie dotyczy 2020 r. oparte na wynikach z 2019. Mapy potrzeb zdrowotnych nie przewidziały wystąpienia pandemii SARS-CoV-2 i niedostatecznej liczby łóżek zakaźnych. Nie przewidziano, że inne dziedziny medycyny będą zobowiązane realizować świadczenia niezgodne ze swoim profilem, a pacjenci nie mogą korzystać ze świadczeń specjalistycznych. W związku z powyższym, mapy potrzeb zdrowotnych są kompletnie bezwartościowe, niedostosowane do obecnej sytuacji nie tylko w regionie ale całym kraju.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt przewiduje indywidualne podejście do każdego podmiotu szpitalnego, zmianę profilu i dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, map potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz sieci szpitali.</p>
123.	Uwaga ogólna	-	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Agencja Rozwoju Szpitali</p> <p>Zmiana kierownika szpitala kategorii C może nastąpić w drodze postanowienia Prezesa Agencji w wyniku braku współpracy kierownika z nadzorcą, braku realizacji planu naprawczo-rozwojowego.</p> <p>Zmiana kierownika w szpitalu kategorii D może nastąpić w każdym czasie – jednak przed tymi decyzjami chronione są podmioty szpitalne, dla których podmiotem nadzorującym jest minister. Czyli ustawa zakłada podmioty szpitalne uprzywilejowane.</p> <p>Podmiot tworzący zostaje zawieszony w swoich prawach powoływania i odwoływania kierownika podmiotu szpitalnego na czas postępowania naprawczo-rozwojowego – ograniczenie praw jednostek samorządowych. A powołanie nowego kierownika szpitala przez Prezesa Agencji, następuje z</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>W szerszym zakresie odniesiono się do zagadnienia przy rozpatrywaniu uwag szczegółowych.</p>

			<p>pominięciem przeprowadzania konkursu, o którym mowa w art. 49 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.</p> <p>Działalność ARS realizowana będzie w zakresie dokonywania oceny i kategoryzacji szpitali, inicjowania wspierania i monitorowania rozwoju i postępowań naprawczo-rozwojowych poprzez udzielanie pożyczek, bezzwrotne wsparcie finansowe, wsparcie merytoryczne, dworactwo eksperckie – czyli generować będzie również zadłużenie tych szpitali. Ponadto prowadzić będzie, nadzór nad procesami rozwojowymi i naprawczo-rozwojowymi. Organizowanie i koordynowanie wspólnych zakupów przez ARS – jak logistycznie realizowane będą te zakupy, gdzie gromadzone zostaną zakupione towary, jak będzie wyglądała dystrybucja. Zakupy będą musiały być dokonywane zgodnie z ustawą PZP, kto będzie odpowiadał za przygotowanie specyfikacji na zakup sprzętu i wyposażenie oraz za zakup sprzętu dostosowanego do aparatury medycznej. Obecnie szpitale dokonując zakupów wiedzą jaki sprzęt jest wymagany dla aparatury medycznej, którą dysponują. Czy w organizowanych zakupach uwzględnione zostaną zakupy usług np. serwisowych i naprawczych?</p> <p>Wdrażanie i nadzorowanie zarządzania procesowego (rozwijanie modeli zarządzania procesowego), monitorowanie funkcjonowania podmiotów szpitalnych i ich sytuacji ekonomiczno-finansowej.</p> <p>Zgodnie z założeniami wszystkie podmioty szpitalne i tworzące obowiązane są współpracować z ARS, nieodpłatnie udostępniać dokumenty oraz udzielać pomocy przy wykonywaniu zadań określonych w ustawie. Powyższe generować będzie koszty dla szpitali w zakresie dodatkowych zadań – koszty pracy.</p> <p>Wymagania dot. Prezesa Agencji – w wymaganiach jako jedno z kryterium określono „nieskazitelność charakteru a swym dotychczasowym zachowaniem daje rękojmię prawidłowego wykonywania powierzonych obowiązków” – kto i na jakiej podstawie stwierdzi to kryterium?</p> <p>Wymagania dotyczące członka Rady określone w Art. 97 ust 2 są bardzo wygórowane, z ograniczoną liczbą kandydatów spełniających wymagania art. 19 ust 1 pkt 1 lit. a – i, natomiast w zakresie spełnienia wymagań określonych w literach j-k zachodzi obawa, jaką komisję egzaminacyjną wyznaczy Prezes Rady Ministrów.</p> <p>Szczegółowe zadania Agencji</p> <p>Jednym z wymienionych zadań jest pozyskiwanie i finansowania na inwestycje, rozwój i naprawę podmiotów szpitalnych – nie określono co kryje się za tym hasłem. W jaki sposób oraz z jakich źródeł pozyskiwane będą środki finansowe. Niebezpieczeństwem jest określenie w zadaniach Agencji możliwość emisji obligacji. Finansowanie zadłużonych szpitali poprzez zaciąganie pożyczek powodować będzie spiralę zadłużenia, natomiast finansowanie bezzwrotne lub umorzenia pożyczek stanowiąc będą obciążenie</p>	
--	--	--	---	--



				<p>dla finansów publicznych, a w założeniach do ustawy wcześniej projektodawca ustawy zakłada, że zmiany nie będą miały wpływu na finanse publiczne. Kto poniesie koszty umorzenia częściowego pożyczek lub finansowania bezzwrotnego oraz poręczenia?</p> <p>Art.113 Przychody Agencji ust. 1 pkt 2 jakie koszty inwestycyjne związane z Agencją autor ma na myśli, czy Agencja będzie inwestować na giełdzie? Projektodawca dopuszcza finansowanie Agencji z zapisów i darowizn, to znaczy, że w przypadku większego zapotrzebowania niż pozwala na to budżet, Agencja może otrzymać darowiznę ze spółek skarbu państwa? Jaką działalność gospodarczą ma prowadzić Agencja - , uwzględniono pochodzenie środków finansowych z takiego źródła, wymienione w art. 116 ust. 2 można poddać pod wątpliwość. Świadczenie usług eksperckich i doradczych, szkoleniowych przez instytucję, która będzie zakupywać takie usługi na zewnątrz, po to by je następnie sprzedać? Czy w prowadzonej działalności gospodarczej nie zostanie ukryta sprzedaż majątków szpitali? Projektodawca dopuszcza również możliwość nabywania przez Agencję udziałów w spółkach i akcji spółek – czyli może dojść do wykupywania przez Agencję udziałów w spółkach i akcji spółek podmiotów szpitalnych.</p> <p>Wymagania dotyczące kierownika podmiotu leczniczego – określone w art. 120 ust 1 pkt 4-5 są bardzo wysokie, z uwagi na ponoszone koszty edukacji. Jednocześnie ukończenie ww. kierunku nie nakłada obowiązku zdania egzaminu, o którym mowa w art. 121. Uzyskanie kwalifikacji dotyczy posiadanie umiejętności zarządczych ogólnych, kandydat nie będzie posiadał doświadczenia i wiedzy z zakresu specyfiki ochrony zdrowia. Kierownik szpitala wg projektodawcy, ma posiadać wyższe kwalifikacje niż nadzorca?</p> <p>W jakim trybie następuje rozwiązanie umowy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, czy wymagania dotyczyć będą tylko nowych kierowników zatrudnianych na te stanowiska?</p>	
124.	Uwaga ogólna	-	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Projekt ustawy oddany do konsultacji społecznych w styczniu 2022 r. zgodnie z założeniami ma zostać wdrożony w I kwartale 2022 r., czyli w ciągu 2 mc od przekazania ewentualnych uwag do projektu tak ważnych wprowadzanych zmian. Czy projektodawca w tak krótkim czasie jest w stanie wyłonić prezesa Agencji, Radę Agencji i zatrudnić pierwszych pracowników Agencji oraz wynająć lokal będący siedzibą Agencji?</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
125.	Uwaga ogólna	-	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Funkcjonowanie szpitali oceniono przez pryzmat wielowładztwa jako głównego powodu złego zarządzania.</p> <p>Jest to kolejna próba ograniczenia władzy jednostek samorządu terytorialnego, które z poziomu zarządzania i znajomości problemów społecznych wiedzą jakie potrzeby zdrowotne dotyczą ich mieszkańców. Centralizowanie władzy w zakresie ochrony zdrowia funkcjonowało już w Polsce w okresie poprzedniego ustroju politycznego, doprowadziło to do całkowitego upadku systemu ochrony zdrowia oraz patologicznych zachowań. Jak stwierdza projektodawca, samorządy ograniczają również</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Należy podkreślić, iż prace nad niniejszą reformą zostały zapoczątkowane pod koniec 2020 r. Założenia reformy zostały opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia w dniu 31 maja 2021 r. W założeniach tych wskazano trzy warianty rozwiązań, spośród których wybrano najbardziej optymalny Wariant III „Agencja Rozwoju Szpitali i ewaluacja</p>

				<p>możliwość realizacji świadczeń w sposób kompleksowy. Jest to zupełnie niezgodne z prawdą, gdyż część świadczeń medycznych wyceniana jest znacznie wyżej w przypadku gdy realizowane są kompleksowo, a wręcz ogranicza się możliwość rozliczenia świadczenia w przypadku braku zapewnienia dalszego leczenia tak jest np. w zakresie leczenia ozw, udarów mózgu, endoprotezoplastyki czy świadczeń onkologicznych. Jeżeli projektodawca stwierdza takie postępowanie, to albo nie zna zasad rozliczania z płatnikiem, albo chce by szpitale rozbudowały się i ograniczyły funkcjonowanie specjalistycznych ośrodków takich jak, centra onkologiczne, rehabilitacyjne – zajmujące się na najwyższym poziomie pacjentami w kolejnych etapach leczenia, podmioty te zatrudniają najlepszych specjalistów w tych dziedzinach. Zaznaczyć należy, iż każda jednostka udzielająca takich świadczeń, jeśli nie realizuje ich w swojej strukturze posiada odpowiednie umowy z ośrodkami specjalistycznymi.</p> <p>W związku z powyższym, argument przytoczony przez projektodawcę odbiega od prawdy.</p>	<p>szpitali” – obecnie realizowany w formalnym procesie legislacyjnym. Wariant I „Ograniczenie liczby podmiotów nadzorujących szpitale”, który budził największe kontrowersje i obawy jednostek samorządu terytorialnego nie uzyskał akceptacji i rekomendacji.</p> <p>Projekt ustawy opracowany został m.in. przez specjalistów zewnętrznych wchodzących w skład powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu do spraw przygotowania projektu przepisów w zakresie postępowań naprawczych podmiotów szpitalnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 45, z późn. zm.).</p> <p>Projekt zakłada utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji (Agencji Rozwoju Szpitali), która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów. Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B).</p>
126.	Uwaga ogólna	-	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Konkurencja pomiędzy jednostkami o pacjentów, personel medyczny oraz zasoby materialne:</p> <p>Konkurencja o pacjentów - polega głównie na terminach realizacji świadczeń. Wiadomym jest, że zawsze szpital nie posiadający SOR czy IP, działający w trybie planowym, będą miały krótsze terminy, ponieważ łatwiej zaplanować realizację świadczeń, leczeni pacjenci są stabilni, trudniej o powikłania w leczeniu, tym samym krótszy jest okres ich pobytu oraz stabilniejsze ekonomicznie jest ich leczenie. Problem ten jest do rozwiązania nie na poziomie wprowadzania centralnego zarządzania łózkami, takie działania może podjąć płatnik świadczeń przy kontraktowaniu. Podmioty szpitalne działające w formie ostro dyżurowej mniej płynnie mogą planować leczenie pacjentów, wpływa to na dłuższy czas oczekiwania pacjentów na leczenie planowe, przesuwanie tych przyjęć z uwagi na brak wolnych miejsc (przepustowość szpitala), co znowu wpływa na już niski poziom zdrowia społeczeństwa, spowodowany ograniczeniem dostępu do opieki zdrowotnej, tym bardziej po prawie 2 latach pandemii. Porównanie dotyczące uzupełniania się przez szpitale wzajemnie, a nie „działanie na zasadzie konkurencji” doprowadzi do zarządzania nieefektywnego. Brak konkurencji powoduje obniżenie jakości, brak chęci dążenia do poprawy świadczonych usług. Konkurencja jest niezbędna do dobrego zarządzania, jest mechanizmem, za pomocą którego zarządzający szpitalami odpowiednio</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt nie ma na celu zlikwidowanie konkurencji w całości, ale tego rodzaju „negatywnej” konkurencji, która została opisana w uzasadnieniu.</p>

				<p>podejmują decyzje oparte na prawidłowym gospodarowaniu zasobami, tak samo materialnymi jak i ludzkimi. Konkurencja kształtuje podmioty lecznicze, przyciąga odpowiednią kadre medyczną, za którą idą pacjenci. Problem z konkurencją kadry medycznej nie wynika z „podkupywania” sobie personelu, jest on wypadkową wynikającą z niedoboru personelu medycznego. Projektodawca nie zdaje sobie sprawy z faktu, że personel medyczny w niewielkiej liczbie pracuje tylko w jednym podmiocie leczniczym. Sprawdzić te dane można u płatnika świadczeń, w zasobach wykazywanych przez podmioty lecznicze. Jeżeli więc projektodawca chce doprowadzić do nie podkupywania sobie pracowników, to jak ma zamiar skrócić czas oczekiwania na świadczenia, jeżeli personel ograniczy się do pracy w jednym podmiocie. Doprowadzi to do likwidacji szpitali, a tym samym wydłuży kolejki oczekujących. Natomiast, jeżeli chcemy ograniczyć leczenie szpitalne na rzecz opieki ambulatoryjnej, należy rozpocząć od zbudowania najpierw takiej opieki, określenia standardów leczenia w warunkach lecznictwa otwartego, zbudowania zaplecza dla tej dziedziny wraz z zasobami kadrowymi. Wówczas rynek sam doprowadzi do stopniowej eliminacji lecznictwa zamkniętego na korzyść lecznictwa otwartego. Obecnie przy braku jakiegokolwiek opieki geriatrycznej, wsparcia ze strony państwa opiekunów (rodzin) i pacjentów chorych przewlekle, wymagających opieki 24h/dobę przez 7 dni w tygodniu, trudno o ograniczeniu leczenia zamkniętego. Ponadto nie działa w Polsce kompleksowa opieka ambulatoryjna w porozumieniu z lekarzem POZ. Lekarze POZ, nie są zobowiązani wykonywać badania profilaktyczne swoim pacjentom, nie są z tego tytułu rozliczani/kontrolowani. Łatwiej i taniej dla lekarzy POZ wypisać skierowanie do szpitala lub AOS niż samemu przeprowadzić diagnostykę i rozpocząć leczenie pacjentów. Jak NFZ ocenia efektywność leczenia pacjentów w POZ i AOS?</p>	
127.	Uwaga ogólna	-	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Nadmierne koszty związane z utrzymywaniem nieefektywnie wykorzystywanej bazy oraz nieuzasadnione faktycznymi potrzebami utrzymywanie podwyższonej gotowości. Jak wiadomo z uwagi na deficyt określonej liczby specjalistów, szpitale wykorzystują jeśli jest to możliwe i konieczne realizację niektórych świadczeń w formie outsourcingu. Takie zarzuty mogą dotyczyć tylko podmiotów realizujących świadczenia planowe. Części badań diagnostycznych nie można ocenić na odległość w tym np. USG. Szpital realizujący świadczenia ostrodyżurowe, z uwagi na bezpieczeństwo zdrowotne, a w efekcie odpowiedzialność prawną nie może sobie pozwolić na takie ryzyko. Utrzymywanie bazy wynika również z ogólnych wymaganych kontraktowania świadczeń.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt przewiduje indywidualne podejście do każdego podmiotu szpitalnego, zmianę profilu i dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, map potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz sieci szpitali.</p>
128.	Uwaga ogólna	-	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Niedoinwestowanie powodujące brak zapewnienia w miejscu udzielania świadczeń szerokiego spektrum badań diagnostycznych. Taka ocena sytuacji jest zaprzeczeniem poprzedniego sformułowania. Najpierw projektodawca uważa, że nieefektywnie utrzymywana jest baza i utrzymywanie jej w stanie gotowości, po czym stwierdza, iż podmioty nie</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt przewiduje indywidualne podejście do każdego podmiotu szpitalnego, zmianę profilu i dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do</p>

				posiadają w swojej strukturze szerokiego spektrum badań diagnostycznych, nie ponoszą wymagających nakładów inwestycyjnych. To znaczy, że wszystkie podmioty powinny posiadać TK, RM szeroko rozumiany dostęp do diagnostyki laboratoryjnej wysokospecjalistycznej, czy też nie powinny utrzymywać takiego zaplecza w gotowości?	potrzeb regionalnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, map potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz sieci szpitali.
129.	Uwaga ogólna	-	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Koszty wynagrodzeń kadry medycznej oraz ubezpieczeń społecznych. Projektodawca porusz kwestę kosztów ubezpieczeń społecznych oraz kosztów wynagrodzeń w tym kontraktów z personelem medycznym. Zauważyć należy, że w przypadku zawierania kontraktów z personelem podmiot nie ponosi kosztów ubezpieczeń społecznych, ponieważ jest to tzw. samo zatrudnienia. Natomiast w przypadku zatrudnienia na podstawie umowy o pracę podmiot partycypuje w kosztach ubezpieczenia społecznego, którego wysokość jest całkowicie niezależna od zarządzających, tylko od ogólnie przyjętych przepisów prawa. Projektodawca nie wyjaśnia jak przełożyć się ma używany zwrot: „zintensyfikowanie rozwoju szpitalnictwa” na obniżenie kosztów wynagrodzeń oraz ubezpieczeń społecznych, czy planuje obniżenie składki ubezpieczenia zdrowotnego dla pracowników podmiotów leczniczych (która obecnie została zwiększona), czy obniżenie wynagrodzenia personelu medycznego zatrudnionego na podstawie umów o pracę? Obecnie płace personelu zatrudnianego na podstawie umowy o pracę, w dużej mierze są określane ustawowo. Określone i narzucone zostały poziomy minimalnego wynagrodzenia m.in. dla pielęgniarek, rejestratorek/sekretarek medycznych. Ustalenie sztywnych stawek wynagrodzenia cofnie nasz ustrój do czasów sprzed transformacji. Personel medyczny, stanowiący strategiczne zaplecze kraju (co jest przykładem w czasie pandemii), którego koszt wykształcenia oraz aktualizacji jego wiedzy jest bardzo wysoki, zostanie wyrównany w dół. Należy pamiętać, że koszty aktualizacji oraz pogłębiania wiedzy po uzyskaniu kwalifikacji spoczywają głównie na personelu medycznym, a nie na podmiotach leczniczych, których nie stać na ponoszenie kosztów podnoszenia kwalifikacji poza szkoleniami obowiązkowymi.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt przewiduje indywidualne podejście do każdego podmiotu szpitalnego, zmianę profilu i dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, map potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz sieci szpitali.</p>
130.	Uwaga ogólna	-	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Trudność prowadzenia skoordynowanych działań zarządczych, w związku ze stanem epidemiologicznym. Projektodawca próbuje zrzucić odpowiedzialność na podmioty tworzące w zakresie podejmowanych działań i decyzji w związku z wystąpieniem stanu epidemiologicznego. Zupełnie nie porusza faktu, że w kraju nie zostały opracowane żadne procedury, plany działania ani instrukcje na wypadek wystąpienia takiego zagrożenia epidemiologicznego. Już wcześniejsze lata, w których występowało zagrożenie epidemiologiczne mniej zakaźnym wirusem tzw. Ptasiej grypy, czy też wysoce zjadliwym wirusem Ebola, nie opracowano żadnych racjonalnych standardów postępowania dla wszystkich podmiotów systemu ochrony zdrowia. Działania podejmowane miały charakter incydentalny, nigdy nie określony w sposób kompleksowy. W chwili</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga w rzeczywistości stanowi komentarz do uzasadnienia.</p>

				<p>zbliżającego się zagrożenia w styczniu 2020 r. GIS twierdził, że nic nam nie grozi, a Chiny znajdują się daleko, pomimo pierwszych przypadków zachorowania w Europie. Nie podjęto żadnych działań przygotowawczych, opracowania postępowań ani w przypadku leczenia, diagnozowania pacjentów, ani nawet postępowania ze zwłokami osób zmarłych na COVID-19. Podmioty lecznicze zostały postawione przed faktem przekształcenia się w jednostki do leczenia i walki z SARS-CoV-2. Niewiadomymi był sposób funkcjonowania, rozliczania, realizacji wcześniej zawartych umów i zobowiązań, przejęcia pacjentów przez inne podmioty, nie wyznaczono innych jednostek do przejęcia roli podmiotów przekształconych. Podmioty nie zostały wsparte przez decydentów oddelegowaniem dodatkowego personelu medycznego. Nie przygotowano ogólnych procedur postępowania zabezpieczającego personel medyczny. Podmioty lecznicze weszły w pandemię z większym wsparciem podmiotów prywatnych jako darczyńców niż z rezerw strategicznych. Personel medyczny samodzielnie przygotował wytyczne, opracował standardy postępowania, które później zostały przekazywane jako dobra praktyka pomiędzy szpitalami. Wszystko działo się przy wsparciu i pomocy podmiotów tworzących, którym obecnie zarzuca się trudności i długotrwałość uzgodnień. Podmioty tworzące prowadząc uzgodnienia kierowały się interesem szpitali i zapewnieniem im bezpieczeństwa funkcjonowania.</p>	
131.	Uwaga ogólna	-	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Certyfikacja kadry menadżerskiej zarządzającej szpitalami          Założenie związane z wymogami dla kadry menadżerskiej jest jak najbardziej zasadne, kontrowersje wzbudza jednak jakość i poziom tych kwalifikacji, sposób wymiany kierowników podmiotów. Rozważyć jednak należy w jakiej perspektywie czasowej nastąpić powinna wymiana. Jeżeli zmiana ma ulec podległość, prawo własnościowe danych podmiotów, należy najpierw ustalić zasady, opracować ramy prawne dostosowane do tych wytycznych, przygotować odpowiednią kadrę zarządzającą, ukierunkowaną na zarządzaniu przedsiębiorstwem non-profit (bo taka jest geneza publicznej służby zdrowia, również w krajach Europy zachodniej). Wątpliwość budzi również zróżnicowanie wymagania dla nadzorców zatrudnionych w Agencji i tych „z listy”. Trudno zrozumieć podstawę takiego zróżnicowania.</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
132.	Uwaga ogólna	-	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Konieczność przeprowadzania systemowych zmian.          Projektodawca zmian uzasadnia swoje decyzje ponownie wymieniając przyczyny, wcześniej już omówione takie jak: pogarszającą się sytuacją finansową podmiotów szpitalnych, w tym rosnące zadłużenie, zjawisko „wielowładztwa” – jako nieskoordynowane działania dotyczące tworzenia, funkcjonowania i rozwoju podmiotów szpitalnych, brak współpracy i kooperacji, utrzymywanie nieefektywnie wykorzystywanej bazy, podwyższenie stanu gotowości, generowanie nadmiarowych kosztów działalności, wyniszczająca konkurencja: pacjent, personel, zasoby materiałowe, nieskoordynowana opieka nad pacjentem, brak odpowiedniej koordynacji działań pomiędzy poszczególnymi samorządami, służącej</p>	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Uwaga w rzeczywistości stanowi komentarz do uzasadnienia.

				<p>zapewnieniu kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych, rosnące oczekiwania społeczne, niedoinwestowanie sektora – z uwagi na skalę potrzeb nakładów inwestycyjnych, opóźnienia we wprowadzaniu nowoczesnych technologii w leczeniu chorób, niewystarczające i nieadekwatne zasoby systemu do obecnych i przyszłych potrzeb zdrowotnych ludności, „upolitycznienie” zarządzania podmiotami szpitalnymi, często przekładające się na nieadekwatny poziom kompetencji zarządczych, epidemia COVID-19, która pokazała jak trudno prowadzić skoordynowane działania zarządcze (zarządzanie kryzysowe) w sytuacji wymuszającej długotrwałe uzgodnienia pomiędzy różnymi podmiotami nadzorującymi podmioty szpitalne.</p> <p>Ponowne wyliczenie wcześniej już wymienionych kwestii, spojrzenie odbiegające od rzeczywistości oraz szczegółowej analizy. Zarzut upolitycznienia kadry zarządczej, może dopiero nastąpić przy wymianie kadry, której kompetencje i kwalifikacje zostaną ocenione przez przedstawicieli rządu. Projektodawca nie poruszył kwestii niedoszacowania wielu procedur medycznych, dotyczących najbardziej społecznie pacjentów, w tym procedury geriatryczne, opieka długoterminowa, choroby wewnętrzne (interna). Nie uwzględniono wzrostu kosztów działalności wynikających z wzrostu cen środków i wyrobów medycznych, mediów, żywności oraz ogólnego wzrostu cen rynkowych, przekładających się na koszty funkcjonowania placówek. Krytykując nieskoordynowaną opiekę nad pacjentem, projektodawca zapomniał, że wszystkie inwestycje prowadzone przez podmioty lecznicze powyżej kwoty 2.000.000 zł muszą uzyskać opinię celowości i zasadności wydatkowania pieniędzy publicznych i funduszy unijnych, wydaną przez Wojewodę w oparciu o opinię Prezesa lub Dyrektora NFZ, a w przypadku 50.000.000 zł opinię wydaje MZ.</p>	
133.	Uwaga ogólna	-	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Projektodawca swoje uzasadnienie opiera w oparciu o wyniki kontroli przeprowadzonej przez NIK w 2016 r. w zakresie wykorzystania środków finansowych przyznanych w ramach restrukturyzacji szpitali korzystających z pomocy środków publicznych. W wyniku przeprowadzonej kontroli stwierdzono brak optymalizacji zatrudnienia i wynagrodzeń oraz zaciągane w ramach realizacji ówczesnej reformy kredyty i pożyczki długoterminowe, w nielicznych przypadkach przeznaczone na cele rozwojowe i inwestycyjne. Znacząca część tych zobowiązań związana była z utratą płynności finansowej i przeznaczeniem ich na spłatę długu wymagalnego. Projektodawca nie porusza kwestii związanej z różną wyceną świadczeń w latach 2005-2008 w poszczególnych województwach (przed wprowadzeniem JGP), brakiem pokrycia kosztów nadwykonań lub ich zapłatą na poziomie narzuconym przez płatnika świadczeń. Projektodawca ustawy, opierając się na raporcie przygotowanym przez NIK winien skupić się na ostatnich latach, dobierając realne wskaźniki do oceny stopnia zarządzania szpitalami. Dane wzięte pod uwagę - odległe 17 lat wstecz - dla strategii zarządzania mają znaczenie historyczne, nie stanowią kryteriów do oceny obecnych realiów,</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga w rzeczywistości stanowi komentarz do uzasadnienia.</p>

				<p>potrzeb i oczekiwań społecznych. Zmienił się system zawierania umów, wprowadzony po 2017 r. tzw. „Sieć szpitali” czyli system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. W założeniu wprowadzania Sieci szpitali zakładano, że usprawni ona organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez szpitale oraz przychodnie przyszpitalne i poprawi dostęp pacjentów do leczenia specjalistycznego w szpitalach. Ponadto pozwoli zoptymalizować liczbę oddziałów specjalistycznych i umożliwi lepszą koordynację świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych. O powyższym wprowadzonym założeniu, projektodawca wspomina w kolejnym punkcie. Przywołane zostały również propozycje stworzenia mechanizmów regulujących kwestie zatrudnienia kadry medycznej, kontroli płac i stwarzających możliwości budowania stałej kadry medycznej w szpitalach oraz stwarzania kadry restrukturyzacyjnej na czas przeprowadzania działań restrukturyzacyjnych szpitali publicznych. Podejście do zarządzania jak w fabryce produkcyjnej, zmieniającej linię produkcji, która nie ma wpływu na zdrowie i życie ludzkie nie ma możliwości zastosowania w szpitalu. Personelu medycznego nie da się przebranżowić. Lekarza tzw. „zabiegowca” nie przyuczy się do udzielania świadczeń zachowawczych. Proces ten wymaga predyspozycji i umiejętności oraz wielu lat nauki oraz ponoszonych kosztów kształcenia. Jednocześnie ogranicza swobodę wyboru dziedziny medycyny.</p>	
134.	Uwaga ogólna	-	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Ocena wprowadzonej w 2017 r. Sieci szpitali. Ogólnie dokonano ocenę reformy jako nie przynoszącą istotnej poprawy. Stwierdzono, że założenia nie przyniosły oczekiwanych rezultatów, a przyjęte poziomy zabezpieczenia szpitalnego oparte były na skomplikowanych i mało przejrzystych kryteriach. W związku z powyższym Rządzący planują wprowadzić kolejną reformę, której efekty odczuje ponownie społeczeństwo.</p> <p>1) Poziom dostępności do świadczeń - oceniono na podstawie analizy czasu oczekiwania na świadczenie w AOS w roku 2017 i 2019, wskaźnik uległ poprawie o 0,03 – stwierdzono poprawę jednak w zbyt małym stopniu.</p> <p>2) Racjonalna piramida świadczeń – oceniono, że w przedziale 3 lat wzrost świadczeń w AOS wynosi tylko 3%.</p> <p>3) Koncentracja świadczeń – pod uwagę przyjęto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• liczbę odebranych porodów, na którą wpływu bezpośredniego nie mają placówki medyczne, spadek urodzeń wynika z różnych czynników wyboru obywateli, ograniczonego dostępu do świadczeń związanych udowodnionych naukowo leczenia niepłodności,</li> <li>• zabiegi chirurgii ogólnej – oceniono pod względem liczby wykonanych operacji, nie zważając, że część procedur leczenia chirurgicznego nakierowana jest również na leczenie zachowawcze. Jeżeli projektodawca uważa za zasadne prowadzenie leczenia jednostek chorobowych chirurgicznych przez lekarzy zachowawczych należy dodać do katalogu świadczeń, jednocześnie wziąć pod uwagę, że są to często procesy</li> </ul>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga w rzeczywistości stanowi komentarz do zaproponowanych rozwiązań.</p>

				<p>długotrwałe, wymagające pobytu na już przepelnionych oddziałach internistycznych z powodu braku opieki geriatrycznej.</p> <p>4) Kompleksowość opieki – oceniono kompleksowość leczenia po ozw, leczenia udaru mózgu, endoprotezoplastyki i operacji kręgosłupa. W jednym przypadku nie nastąpiła poprawa a sytuacja uległa pogorszeniu. W związku z powyższym stwierdzono, że nie uzyskano pożądanego efektu.</p> <p>Reasumując, wprowadzona reforma w 2017 r. zostaje oceniona negatywnie (nie przynosząca efektu w 2022 r. tj. po 5 latach funkcjonowania), ponownie próbuje się wprowadzić kolejną reformę, bez przygotowania, jaka jest pewność jej skuteczności oprócz założeń utworzenia kolejnej instytucji Agencji Rozwoju Szpitalnictwa ARS z określonym budżetem, która w założeniach nie ma określonych ram efektywności działania oraz określonej opłacalności (rentowności) swojej działalności. Jaki efekt i w jakim czasie powinna osiągnąć, wskazanie skutków wymiernych ARS.</p>	
135.	Uwaga ogólna	-	Śląski Związek Gmin i Powiatów	<p>Projekt ustawy z dnia 29 grudnia 2021 r. o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa zawiera szereg elementów, budzących uzasadniony niepokój jednostek samorządu terytorialnego, które są organami założycielskimi szpitali działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz właścicielami spółek kapitałowych. Dokument ten stanowi ujęcie w formie projektu aktu prawnego, przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia w maju 2021 r. „Założeń reformy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne”, które zostały krytycznie ocenione przez środowiska samorządowe, w tym m.in. przez Zgromadzenie Ogólne Śląskiego Związku Gmin i Powiatów w stanowisku z dnia 2 września 2021 r. W związku z tym, iż w przedstawionym aktualnie przez Ministerstwo Zdrowia do konsultacji projekcie ustawy znajdują odzwierciedlenie pomysły i rozwiązania prezentowane na etapie przygotowywania w/w Założeń, podtrzymujemy swoje zdecydowanie negatywne stanowisko wobec tego projektu, w tym w szczególności w odniesieniu do:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) uzależnienia możliwości rozwoju szpitali wyłącznie od kondycji finansowej - kategoryzacja szpitali do jednej z czterech grup A, B, C, D;</li> <li>2) powołania dodatkowego organu nadzorującego szpitale w formie Agencji Rozwoju Szpitali (ARS) oraz uprawnień nowopowołanego organu do ingerencji w działania zarządcze szpitali bez przypisanej odpowiedzialności za skutki tych działań;</li> <li>3) certyfikacji kadry menedżerskiej i nadzorczej w szpitalu w zaproponowanym w projekcie kształcie;</li> <li>4) braku uwzględnienia w proponowanej reformie podstawowego czynnika determinującego aktualną sytuację szpitali, tj. zmiany wyceny usług medycznych od lat mocno niedoszacowanych.</li> </ol> <p>Należy zdecydowanie podkreślić, iż identyfikacja problemów stanowiących podstawę do opracowania projektu ustawy, której zakładanym efektem ma</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>W szerszym zakresie odniesiono się do zagadnienia przy rozpatrywaniu uwag szczegółowych.</p>



			<p>być optymalizacja jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa pacjenta, efektów leczenia, zwiększenie dostępności świadczeń oraz poprawa sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych, od chwili przygotowania założeń do tej ustawy nie jest prawidłowa. W świetle uzasadnienia do projektu ustawy podstawowe czynniki powodujące pogarszanie się sytuacji finansowej szpitali, ograniczające ich rozwój i prawidłowe funkcjonowanie, a skutkujące głównie rosnącym zadłużeniem szpitali to m.in.: Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 r., zdaniem projektodawcy powodujący ograniczenie katalogu źródeł finansowania szpitali działających w formie SP ZOZ; brak lub nieprawidłowy nadzór podmiotów tworzących nad działalnością podległych im podmiotów leczniczych i niewystarczające współdziałanie na linii szpital – podmiot tworzący; brak jasnych wymogów określających kwalifikacje osób mogących zarządzać podmiotami leczniczymi, co powoduje sytuacje, że poziom kompetencji menedżerskich jest niewystarczający; „wielowładztwo”, tj. występowanie wielu organów założycielskich, głównie samorządu terytorialnego; „upolitycznienie” zarządzania podmiotami leczniczymi; nieuzasadnione faktycznymi potrzebami utrzymywanie przez szpitale podwyższonej gotowości (zarzut ten należy naszym zdaniem odnieść do wymagań NFZ oraz oczekiwań wojewodów odpowiedzialnych za system ratownictwa medycznego); wysoki poziom kosztów wynikający z wynagrodzeń lekarzy i pielęgniarek, mający wpływ na ograniczenie możliwości inwestycyjnych szpitali, które mogłyby zapewnić szerokie spektrum badań diagnostycznych i wysoki poziom leczenia (przy czym wymagania kadrowe oraz poziom wynagrodzeń lekarzy i pielęgniarek był i jest regulowany w obowiązujących przepisach prawa); czy wreszcie „wyniszczająca” konkurencja i nieskoordynowana opieka nad pacjentem, tj. brak odpowiedniej koordynacji działań między poszczególnymi samorządami powiatowymi i wojewódzkimi.</p> <p>Jak wynika z powyższego, w efekcie dokonanej przez Ministerstwo Zdrowia diagnozy – która jest naszym zdaniem nietrafiona - istota występujących problemów zdaniem Ministerstwa nie jest rezultatem wieloletniego niedofinansowania systemu ochrony zdrowia oraz wprowadzanych przepisów prawa nakładających na podmioty lecznicze kolejne wymagania kadrowe, sprzętowe i lokalowe bez adekwatnej wyceny świadczeń w kontekście stawianych wymagań. Projekt ustawy nie zakłada wobec tego urealnienia wyceny realizowanych przez szpitale świadczeń, adekwatnie do faktycznie ponoszonych kosztów wynikających z nakładanych na szpitale wymagań (ustawami, rozporządzeniami oraz zarządzeniami i umowami z NFZ), inflacji, rosnących kosztów pracy, nośników energii, sprzętu i aparatury, leków itd. Projektodawca nie dostrzega również w żadnym stopniu wpływu braku koordynacji działań pomiędzy Ministerstwem Zdrowia, NFZ i Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dokonującej wyceny świadczeń na podstawie historycznych danych i zaniżanej w katalogach wyceny NFZ) na problemy finansowe szpitali. Tymczasem Trybunał</p>	
--	--	--	---	--

Konstytucyjny wprost stwierdził, iż zadłużenie publicznych szpitali wynika z wadliwego systemu finansowania opieki zdrowotnej, w tym niedoszacowania, bądź obniżania lub braku refundacji nadwykonań. To powoduje, że ciężar udzielanych świadczeń jest przerzucany na SP ZOZ-y, a następnie na podstawie art. 59 ustawy o działalności leczniczej – na podmioty je tworzące. W ocenie Trybunału Konstytucyjnego zadłużenie szpitali jest ekonomicznym skutkiem stosowania przepisów powszechnie obowiązujących, wywołujących obligatoryjne skutki finansowe w zakresie kosztu świadczeń opieki zdrowotnej – bez zapewnienia adekwatnego finansowania – co jest niezgodne z art. 167 ust. 4 w związku z art. 166 ust. 2 Konstytucji. TK wskazał też, iż finansowanie tych świadczeń w sposób jednoznaczny ustawy przypisują władzom centralnym.

Według projektodawcy celem wprowadzenia ustawy jest między innymi zapewnienie w miejscu udzielania świadczeń szerokiego spektrum badań diagnostycznych i wysoki poziom leczenia, adekwatny do obecnych i przyszłych potrzeb. Jednak przepisy obecnie obowiązujące pozwoliłyby uzyskać również i ten cel pod warunkiem dokonania odpowiednich zapisów w obowiązujących już ustawach i rozporządzeniach. Podkreślamy, iż to NFZ, a nie dyrektor szpitala ani też podmiot tworzący, ogłasza konkursy i kontraktuje określony zakres świadczeń w podmiotach leczniczych. Natomiast nawet w sytuacji dokonania inwestycji za zgodą właściwych organów (wojewoda, NFZ) nie można uzyskać gwarancji finansowania świadczeń z NFZ ze względu na brak środków w Funduszu. Oczekiwanie dotyczące zapewnienia kompleksowości udzielania świadczeń przy wcześniej i obecnie limitowanych przez NFZ świadczeniach (rehabilitacja i inne) również potwierdza brak właściwej oceny sytuacji przez twórców projektu. To nie samorząd powinien kształtować podaż świadczeń zdrowotnych tylko NFZ, kontraktując odpowiednie świadczenia (uwzględniając mapy potrzeb). Rolą NFZ powinno być dostosowywanie struktury i miejsca udzielania świadczeń do potrzeb występujących na danym terenie w społecznościach lokalnych.

Planowany kierunek zmniejszania bazy łóżek szpitalnych lub jej przekształcenie w łóżka opieki długoterminowej nie zapewni pacjentom właściwego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Ograniczona i niewystarczająca opieka lekarska i diagnostyka na poziomie już podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz braki specjalistów, a tym samym ograniczony dostęp (kolejki) do poradni specjalistycznych i lekarzy w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) obecnie powoduje, że zadania te kompleksowo (często zbyt późno ze względu na stan zdrowia pacjenta) wykonuje szpital w ramach hospitalizacji. Zatem reformowanie szpitalnictwa bez kompleksowego podejścia do całego systemu ochrony zdrowia tj. bez uwzględnia POZ, AOS, rehabilitacji, nie spełni deklarowanego celu reformy, jakim jest optymalizacja jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa pacjenta, efektów leczenia, zwiększenie dostępności świadczeń oraz poprawa sytuacji

			<p>finansowej podmiotów szpitalnych. Co więcej - chociaż w projekcie ustawy wprost nie mówi się już o tym - samorządy lokalne podtrzymują swoje obawy, iż pod pozorem wsparcia organizacyjnego, finansowego, merytorycznego i eksperckiego – rzeczywistym celem tych działań jest stopniowa centralizacja szpitali. Do takiego wniosku prowadzi analiza zawartych w projekcie zapisów. Pośrednio projekt wprowadza również dodatkowe koszty po stronie podmiotu tworzącego, tj. jst – w świetle zapisów projektu podmiot nadzorujący „może” bowiem zapewnić podmiotowi szpitalnemu środki finansowe na wsparcie realizacji układu albo planu spłaty.</p> <p>Po analizie przedstawionego przez Ministerstwo Zdrowia projektu ustawy należy bowiem zauważyć, iż proponowane rozwiązania stanowią bardzo daleko idącą ingerencję w sposób zarządzania podmiotami szpitalnymi przez jednostki samorządu terytorialnego.</p> <p>Wprowadzanie kolejnego decydenta i nadzorcy nad działalnością szpitali, ich dyrektorów oraz podmiotów tworzących, w formie następnej bardzo kosztownej instytucji - Agencji Rozwoju Szpitali (ARS), decydującej m.in. o kategoryzacji szpitali na podstawie wyników finansowych (A, B, C, D), decydującej o przyznaniu dodatkowych środków na inwestycje i rozwój z budżetu Państwa, funduszy unijnych czy Ministra Zdrowia, prowadzącej listy menedżerów spełniających kryteria do zarządzania szpitalami i ich okresowe weryfikowanie, przypomina bowiem rozwiązania znane z poprzedniego systemu.</p> <p>W tym kontekście uważamy powoływanie zupełnie nowej jednostki - agencji zajmującej się szpitalnictwem, której koszty funkcjonowania będą niebagatelne, za pomysł nietrafiony. Środki te powinny – bez najmniejszych wątpliwości – zostać przeznaczone na oddłużanie szpitali. Warto też powierzyć samorządom i nadzorowi wojewódzkiemu koordynację działań z zakresu optymalizacji wykonywanych procedur i udzielanych świadczeń przy znaczącym udziale NFZ.</p> <p>Równie kontrowersyjne naszym zdaniem jest wprowadzenie do szpitala zarządcy, który miałby podejmować decyzje o losach placówki. Sytuacja prawna w podmiocie prowadzącym działalność leczniczą stałaby się dość absurdalna, tj. decyzje będą podejmowane przez wyznaczoną przez centralny organ osobę, jednak w projekcie ustawy nie znajdujemy przepisu, który w takiej sytuacji zdejmowałby z zarządu szpitala odpowiedzialność finansową za wynik placówki. Pozostaje uzasadnione pytanie, kto zatem poniesie odpowiedzialność za ewentualne niepowodzenie działań naprawczych (choćby w kontekście art. 43., który stanowi:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Nadzorca oraz zarządca dokonują czynności w imieniu własnym na rachunek podmiotu szpitalnego.</li><li>2. Nadzorca oraz zarządca nie odpowiadają za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego).</li></ol> <p>Na marginesie, w projekcie znaleźć można szereg innych regulacji, które wprowadzają chaos kompetencyjny oraz niejasności w</p>	
--	--	--	--	--

			<p>zakresie obowiązków i odpowiedzialności za podejmowane decyzje i ich efekty.</p> <p>Niezrozumiałe są zmiany w zakresie kwalifikacji wymaganych od osób zajmujących stanowisko kierownika podmiotu szpitalnego (w tym istotne ograniczenia w zakresie studiów MBA, kwalifikujących do wpisu na listę menedżerów prowadzoną przez Prezesa ARS). MBA to studia zawodowe o wymiarze praktycznym, zatem wykluczenie z rynku uczelni zawodowych nie jest zgodne z deklarowaną intencją - doskonaleniem praktyki zarządzania szpitalami. Proponowane rozwiązanie nie jest przejawem standaryzacji, nie znajduje odzwierciedlenia w aktach prawnych dotyczących innych sektorów i nie wpływa na merytoryczną wartość studiów. Wbrew założeniom nie będziemy mieli do czynienia z poprawą jakości, a z wprowadzeniem nieuprawnionych i nieopartych przekonującymi argumentami ograniczeń w działalności szkół wyższych.</p> <p>Nie do zaakceptowania jest też pomysł oceniania konkretnego szpitala jedynie przez pryzmat sytuacji ekonomiczno-finansowej. Bez uwzględnienia m.in. specyfiki lecznicy, sytuacji społecznej w regionie, w którym placówka się znajduje, taka ocena będzie niezwykle wybiórcza i pozbawiona merytorycznych podstaw. Szczególny niepokój budzi propozycja zapisu dotycząca pierwszej oceny i przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii A–D w 2023 roku na podstawie danych za rok 2022. Warto przypomnieć, że mowa jest o okresie, w którym panuje pandemia, a także odczuwane będą następstwa wysokich podwyżek nie tylko cen gazu i prądu, ale także rosnącej inflacji i innych niepokojących zjawisk społeczno-ekonomicznych.</p> <p>Mając przy tym na uwadze fakt, że w ostatnich latach odnawiano jedynie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, bez uwzględnienia rosnących w niespotykanie szybkim tempie kosztów funkcjonowania szpitali – planowane w ramach reformy działania nie mają szans pełnego powodzenia, podobnie jak w sytuacji braku realnego wzmocnienia w systemie pozycji POZ i AOS. Jeszcze raz podkreślamy, iż projektowane ustawą rozwiązania bez kompleksowego podejścia do tematyki udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym urealnienia koszyka świadczeń gwarantowanych, bez uwzględnienia w niej innych podmiotów działających w sektorze ochrony zdrowia od POZ przez AOS, szpital i rehabilitację, nie mogą zostać uznane za podyktowane troską o bezpieczeństwo pacjenta, dostęp do udzielanych świadczeń i prowadzenie efektywnego leczenia wysokiej jakości.</p> <p>Podsumowując, założenia reformy w proponowanym kształcie nie stanowią panaceum na największą bolączkę szpitali, czyli od lat zbyt niską wycenę świadczeń zdrowotnych, niedoszacowanie procedur, zbyt małe nakłady na ochronę zdrowia oraz braki personelu medycznego i rosnące w związku z tym oczekiwania płacowe – co podnoszą od lat samorządowcy i co przyznają w ostatnim czasie w publicznych wypowiedziach również politycy różnych opcji, odpowiadających za służbę zdrowia na przestrzeni ostatnich lat.</p>	
--	--	--	---	--

				Ponadto, w OSR do projektu planowane wykonanie przepisów aktu prawnego zostało określone na I kwartał 2022 r. W naszej opinii wprowadzanie rewolucyjnych zmian w systemie ochrony zdrowia w trakcie ciągle nieustępującej pandemii nie jest odpowiednim momentem. Gruntowne i pośpieszne reformowanie systemu szpitalnictwa zmagającego się aktualnie z tak dramatycznymi problemami, gdy każdego dnia rejestrowanych jest kilkadziesiąt tysięcy nowych zakażeń SARS-CoV-2, rozwija się piąta fala pandemii, a liczba zgonów z powodu COVID-19 przekroczyła w Polsce 100 tysięcy, jest skrajnie nieodpowiedzialne.	
136.	Uwaga ogólna	-	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Bez zmiany nakładów na ochronę zdrowia i wyceny świadczeń zdrowotnych, restrukturyzacja w ramach obecnego finansowania szpitali musiałaby polegać albo na ograniczeniu działalności deficytowej (np. w zakresie izb przyjęć, oddziałów chirurgii ogólnej czy oddziałów dziecięcych), albo ograniczeniu wydatków (np. na wynagrodzenia), co w praktyce przełoży się na paraliż jednostek ochrony zdrowia z racji dramatycznych braków kadrowych nie tylko jeśli chodzi o lekarzy i pielęgniarki, ale także diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów, specjalistów z zakresu aparatury medycznej itd. Redukcje wynagrodzeń skutkować będą zatem przerwaniem ciągłości udzielania świadczeń medycznych, a więc zamykaniem oddziałów i ograniczaniem do minimum możliwości pomocy pacjentom.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga poza zakresem regulacji.
137.	Uwaga ogólna	-	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Na podstawie treści projektu ustawy należy wywnioskować, że wprowadzone mechanizmy i funkcjonowanie Agencji ma charakter stały. Zakłada się w uzasadnieniu i OSR, że rozwiązania tejże ustawy mają uzdrowić sytuację w szpitalnictwie. Przez kolejne lata szpitale będą generowały sprawozdania, Agencja będzie tworzyła wytyczne, zbierała dane etc. Sedno problemu pozostanie jednak bez zmian – tj. planowane rozwiązania powinny iść co najmniej w parze ze zwiększeniem finansowania na szpitalnictwo, regulacjami dot. zapewnienia odpowiedniej ilości kadry medycznej, urealnieniem wyceny świadczeń etc.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga poza zakresem regulacji.
138.	Uwaga ogólna	-	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Nawiązując do treści stanowiska, nie jest właściwe przyjęcie, że jedynym kryterium kwalifikującym szpital jako dobry lub zły są kryteria finansowe. Naczelnym zadaniem stojącym przed szpitalem jest leczenie pacjentów, a nie generowanie zysku. Pod uwagę powinny być brane inne kryteria oceniające jakość opieki zdrowotnej: czas przebywania pacjenta na oddziale, wskaźniki operatywy, liczba zakażeń szpitalnych, liczba ponownych hospitalizacji etc. Premiowanie szpitali w dobrej kondycji finansowej może prowadzić do wyróżniania miernych podmiotów, które nie leczą pacjentów na miejscu a przesyłają ich do innych podmiotów.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Brak propozycji konkretnych rozwiązań. Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny.
139.	Uwaga ogólna	-	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Tworzenie dodatkowych podmiotów nadzorczych w sektorze zdrowia jedynie pozornie poprawi sytuację ekonomiczną szpitali. Powołanie Agencji Rozwoju Szpitali - oprócz uwag opisanych w części głównej stanowiska - wprowadzi zamęt organizacyjny oraz dublowanie gromadzonych i przetwarzanych danych. Ponadto w dalszej perspektywie dąży się do zmniejszenia liczby	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Projekt zakłada utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji (Agencji

				szpitali (utrzymujących się w kat. D a nawet C), ich konsolidację lub zmianę profilu działania.	Rozwoju Szpitali), która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów. Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B).
140.	Uwaga ogólna	-	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Brak jest informacji, dotyczącej podziału środków na poszczególne zakresy - zmniejszone ryczałty na rzecz świadczeń odrębnie finansowanych. Likwidacja nocnej i świątecznej opieki przy szpitalach sieciowych grozi paraliżem Izb Przyjęć oraz SOR-ów.	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Proponuje się pozostawienie art. 132b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w następującym zmodyfikowanym brzmieniu:</p> <p>Art. 132b</p> <p>1. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1, przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego.</p> <p>2. W przypadku konieczności zabezpieczenia dodatkowych świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, na danym obszarze terytorialnym określonym w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, świadczenia te mogą być udzielane również przez świadczeniodawcę zakwalifikowanego do systemu zabezpieczenia, innego niż wymieniony w ust. 1, na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1, po złożeniu wniosku o umożliwienie ich udzielania do Prezesa Funduszu i uwzględnieniu ich w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1.</p> <p>3. W przypadku braku zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 1 i 2, stosuje się przepisy dotyczące konkursu ofert i rokowań.</p> <p>W pozostałej części uwaga wykracza poza zakres projektowanej ustawy (Poruszona kwestia jest materia do uregulowania w przepisach wykonawczych).</p>
141.	Uwaga ogólna	-	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Bardzo krótkie terminy na realizację obowiązków opiniodawczych, sprawozdawczych czy odwoławczych. Rada nadzorcza ma, np. jedynie 14 dni na zaopiniowanie planu naprawczo-rozwojowego; termin na pozyskanie uprawnień przez kierowników podmiotów szpitalnych krótki w stosunku do wymogów.	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W szerszym zakresie odniesiono się do zagadnienia przy rozpatrywaniu uwag szczegółowych.</p>

142.	Uwaga ogólna	-	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Występuje wiele ogólnych stwierdzeń, nieostrych pojęć, np. sytuacja operacyjna, procesowy model zarządzania, „sytuacja innych podmiotów”, co czyni akt niejasnym w zakresie sposobu realizacji nałożonych na podmioty szpitalne zadań.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W szerszym zakresie odniesiono się do zagadnienia przy rozpatrywaniu uwag szczegółowych.
143.	Uwaga ogólna	-	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Przyjęcie planu naprawczo-rozwojowego może istotnie wpłynąć na strukturę podmiotu szpitalnego, rodzaj i zakres realizowanych świadczeń (w przypadku powołania zarządcy dla podmiotu właściciel (jst) nie będzie miał żadnego wpływu na zapisy w planie).	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Uwaga w rzeczywistości stanowi komentarz do zaproponowanych rozwiązań.
144.	Uwaga ogólna	-	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Wprowadzone środki ochronne mogą wpłynąć negatywnie na ciągłość usług świadczonych na rzecz podmiotu szpitalnego przez usługodawców ze względu na zawieszenie.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Uwaga w rzeczywistości stanowi komentarz do zaproponowanych rozwiązań.
145.	Uwaga ogólna	-	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Proponowane rozwiązania stanowią daleko idącą ingerencję w sposób zarządzania przez jednostki samorządu terytorialnego podmiotami szpitalnymi. Ingerencja ta, w odniesieniu do podmiotów szpitalnych działających w formie spółek kapitałowych z większościowym udziałem jst, nastąpi wg projektu przy jednoczesnym braku nadania jst, jako właścicielom tych podmiotów, jakichkolwiek uprawnień w ramach przewidzianych w projekcie procedur działania w sprawach modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa, w tym przede wszystkim tworzenia planów rozwojowych oraz prowadzenia postępowań naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Podmiot tworzący będzie mógł zgłaszać zastrzeżenia czy propozycje za pośrednictwem kierownika. Podmiot nadzorujący, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki – rada nadzorcza albo komisja rewizyjna będzie opiniował plan naprawczo-rozwojowy, który będzie zawierał informacje o przeprofilowaniu. Ponadto na postanowienie Prezesa Agencji o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu służyć będzie zażalenie do sądu w zakresie, w jakim plan naprawczo-rozwojowy przewiduje przeprofilowanie lub zmienia zakres lub liczbę świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmiot szpitalny.
146.	Uwaga ogólna	-	Osoba fizyczna	Z uwagi na obszerność Projektu Ustawy, oraz brak aktów wykonawczych przy jednoczesnym krótkim czasie na ocenę Projektu w ramach konsultacji społecznych, nie jest możliwe sporządzenie przez autora pełnej listy uwag. Ma na to wpływ również ilość zauważonych błędów i sprzeczności, a także nieprecyzyjnych założeń Projektu, oraz ich waga. Biorąc jednak pod uwagę to, co udało się zauważyć, należy jednoznacznie stwierdzić, że Projekt jest niedopracowany zarówno pod względem merytorycznym, jak również formalnym, nie spełniając założeń, ogólnie przedstawionych przez Ministra Zdrowia, w mediach. Niektóre z zauważonych błędów są wręcz niedopuszczalne, zwłaszcza, jeśli zapisy Projektu nie uwzględniają zasad techniki prawodawczej, tworzą	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  W szerszym zakresie odniesiono się do zagadnienia przy rozpatrywaniu uwag szczegółowych.  Szczególnie niezrozumiałą jest komentarz dotyczący krótkiego czasu konsultacji, w sytuacji gdy uwaga została zgłoszona na 2 tygodnie przed upływem tego terminu.

				<p>niespójności, neologizmy, lub są wewnętrznie sprzeczne, zaś ilość tych błędów jest zbyt duża, aby ich poprawa nie wpłynęła na cały kształt Projektu Ustawy. Dodatkowo zauważone zostały liczne błędy interpunkcyjne w samym tekście, których nie objęto uwagami.</p> <p>Pod względem merytorycznym założenia Projektu sugerują, że metody poprawy sytuacji podmiotów szpitalnych, opierać się będą o rozwiązania organizacyjnie i formalnie przestarzałe, z wyraźnym podkreśleniem nadzorczej roli nowej instytucji państwowej.</p> <p>Rola ta nie została precyzyjnie opisana. Brak aktów wykonawczych uniemożliwia ocenę narzędzi, które będą zastosowane. Brak również precyzyjnego opisu funkcji i kompetencji Prezesa ARS.</p> <p>Kryteria doboru na stanowiska i funkcje „nadzorcy” oraz „zarządcy” nie spełniają minimalnych norm kwalifikacji, zaś proponowana w Projekcie struktura zarządcza w ramach przygotowania i realizacji planów naprawczych nie spełnia kryteriów potrzebnych do efektywnych działań w tym zakresie, zgodnie z przyjętą praktyką.</p>	
147.	Uwaga ogólna	-	Osoba fizyczna	<p>Proszę w ustawie o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa zamieścić zapisy pozwalające Prezesowi Agencji Rozwoju Szpitali rekomendować jednostkom samorządu terytorialnego zmianę organu prowadzącego szpitala. Rekomendacja powinna zostać również wysłana do wskazanej odpowiedniej jednostki samorządu terytorialnego, ministra ds. zdrowia, wojewody lub państwowej uczelni medycznej. Zapisy powinny określić w jakim czasie organ prowadzący jak i ewentualny przejmujący powinien się odnieść do wskazanej rekomendacji. Rekomendacja powinna uwzględniać możliwą kwotę dokapitalizowania podmiotu leczniczego po procesie przejęcia jak i ewentualny plan naprawczy. Prezes Agencji Rozwoju Szpitali powinien mieć możliwość wystosowania rekomendacji dla podmiotów szpitalnych kategorii A, B, C, D.</p> <p>Możliwość wspólnych zakupów, wzajemnego zabezpieczania systemów teleinformatycznych, stosowania jednakowych procedur i standardów dostępu do danych medycznych jak i obsługi pacjenta. Większe możliwości dokapitalizowania jednostek podległych jednemu właścicielowi. Usprawnienie zarządzania, prowadzenia dokumentacji. Lepsza koordynacja (patrz COVID19). Wiele innych.</p> <p>Propozycja: Dołożenie kilku § do proponowanej ustawy umożliwiających wydawanie rekomendacji.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak propozycji konkretnych rozwiązań.</p>
148.	Uwaga ogólna	-	Związek Województw RP - Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej	<p>Dysonans w kwestii wymagań jakich oczekuje się od nadzorcy jako pracownika Agencji oraz Kierownika Podmiotu Szpitalnego a nawet samego Prezesa Agencji.</p> <p>Kierownikiem podmiotu szpitalnego może być wyłącznie osoba wpisana na listę menedżerów (warunkiem zdanie egzaminu państwowego lub ukończone studia podyplomowe MBA w ochronie zdrowia). Niższe wymagania dla</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona częściowo.</b></p>



			<p>nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Prezesa Agencji i nadzorcy, którzy mają sprawować funkcję kontrolującą Kierownika. W przypadku szpitala kategorii D podejmują decyzję o jego zwolnieniu.</p> <p>Prezes Agencji jak i nadzorca muszą mieć co najmniej kwalifikacje Kierownika Podmiotu Szpitalnego.</p>	
149.	Uwaga ogólna	-	<p>Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy (za pośrednictwem Rady Głównej Instytutów Badawczych)</p>	<p>Jak wynika z treści projektu, rozwiązaniami prawnymi objęte są wszystkie podmioty szpitalne, czyli - innymi słowy - podmioty lecznicze działające w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, spółki kapitałowej albo instytutu badawczego, które wykonują działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne z określonymi w projekcie wyłączeniami. Każdy z wymienionych powyżej podmiotów działa w oparciu o właściwe sobie przepisy prawa, które statuują jego byt prawny. Trudne czy wręcz niemożliwe do pogodzenia wydaje się ukształtowanie wspólnych zasad modernizacji czy poprawy efektywności działań dla podmiotu szpitalnego działającego z jednej strony w formie spółki prawa handlowego i instytutu badawczego z drugiej strony, który wykonuje działalność naukową oraz leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. To dwa nieprzystające do siebie podmioty, które realizują działalność leczniczą, z ustawowo odmiennie określonymi celami, o odmiennych konstrukcjach, zasadach działania. Inne są cele spółki kapitałowej, do której znajdują zastosowanie przepisy k.s.h., inne zaś cele zostały określone dla funkcjonowania instytutów badawczych w ustawie o instytutach badawczych.</p> <p>Ze względu na specyfikę działalności oraz strukturę instytutów badawczych, nie wpisują się w ramy funkcjonowania oraz zarządzania dedykowane szpitalom. Zgodnie z aktualnym brzmieniem art. 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1383 t.j.) do podstawowej działalności instytutu należy: prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych, przystosowywanie wyników badań naukowych i prac rozwojowych do potrzeb praktyki oraz wdrażanie wyników badań naukowych i prac rozwojowych. Natomiast zgodnie z art. 3 ww. ustawy instytut prowadzący badania naukowe i prace rozwojowe w zakresie nauk medycznych uczestniczy w systemie ochrony zdrowia.</p> <p>Zaproponowane zmiany do ww. przepisów, dotyczące przedłożenia działalności leczniczej nad badania naukowe i prace rozwojowe sugerują, że instytuty badawcze zostaną przekształcone w podmioty lecznicze i ta działalność w znacznym stopniu „przytłoczy” działalność naukowo-badawczą, co z kolei spowoduje brak badań naukowych i prac rozwojowych, czyli brak postępu w danych dziedzinach. Z pewnością wpłynie to negatywnie na pracę kadry naukowo-badawczej, część z tej grupy pracowniczej może zechcieć zmienić prace, a tym samym w instytutach badawczych mogą zacząć występować znaczne braki kadrowe.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt przewiduje indywidualne podejście do każdego podmiotu szpitalnego. Założenia projektu ustawy i sam projekt bazują na tym, żeby w części normatywnej nie rozróżniać podmiotów szpitalnych ze względu na ich profil działalności.</p>
150.	Uwaga ogólna	-	<p>Narodowy Instytut Onkologii im.</p>	<p>Instytuty badawcze prowadzą działalność w dziedzinach/zakresach dla których zostały powołane w związku z czym większość z nich jest jednostkami monoprofilowymi, w ww. projekcie ustawy nie uwzględniono</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p>

			<p>Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy (za pośrednictwem Rady Głównej Instytutów Badawczych)</p>	<p>takich jednostek. Wskazano za to, że projekt ma umożliwić i wspierać modernizację oraz poprawę efektywności szpitalnictwa m. in. przez „zmianę profilu i dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych 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 sieci szpitali”, w odniesieniu do instytutów badawczych taka forma „modernizacji” nie znajduje uzasadnienia. Projekt ustawy nie stanowi kto finansować będzie realizację procesu naprawczego w podmiotach szpitalnych. Nie wiadomo zatem czy zajdzie zbieżność realizacji programu naprawczo-rozwojowego (rozwojowego) z finansowaniem realizowanym przez publicznego płatnika.</p>	<p>Szpitalne monoprofilowe również mogą znajdować się w trudnej sytuacji finansowej i wymagać realizacji procesów naprawczo-rozwojowych. Projekt przewiduje indywidualne podejście do każdego podmiotu szpitalnego. Założenia projektu ustawy i sam projekt bazują na tym, żeby w części normatywnej nie rozróżniać podmiotów szpitalnych ze względu na ich profil działalności.</p>
151.	Uwaga ogólna	-	<p>Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy (za pośrednictwem Rady Głównej Instytutów Badawczych)</p>	<p>Kolejna zaproponowana zmiana „art. 22n ust. 1 Instytut może połączyć się z samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw zdrowia albo uczelnia medyczna w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.” stanowi możliwość przekształcenia, likwidacji czy przejęcia mienia instytutu. Dodatkowo w projekcie zapowiedziano dokonanie oceny i przypisanie do odpowiedniej kategorii podmiotów szpitalnych, która będzie warunkowała działania rozwojowe i naprawcze jakie zostaną podjęte w poszczególnych podmiotach, między innymi restrukturyzację ich zadłużenia, nie określono natomiast wskaźników dla prowadzonej działalności leczniczej, będących miernikiem pracy każdego podmiotu, brakuje również wskaźników jakości opartych o międzynarodowe standardy jakości, akredytacji czy certyfikacji. Powyższe pozwala przypuszczać, że wdrożenie zaproponowanych zmian spowoduje możliwość szybkiego przekształcenia instytutów badawczych w szpitale „pod szyldami instytutów badawczych”, w których głównym wskaźnikiem poprawy efektywności będzie zysk, a nie rozwój naukowy czy dobro pacjenta. Jak wynika z treści projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa podstawowym źródłem danych finansowych do przeprowadzenia kategoryzacji podmiotów szpitalnych będą sprawozdania finansowe tych jednostek. Wydaje się, że ocena podmiotu szpitalnego przez pryzmat wyłącznie jego sytuacji ekonomicznej trudna jest do zaakceptowania. W tym kontekście wydaje się, że należy wziąć pod uwagę różnice podmiotów szpitalnych utworzonych na różnych prawnych podstawach. Nie bez znaczenia są tu także uwarunkowania społeczne charakteryzujące dany region na terenie którego działa określony podmiot szpitalny. Bez powyższych istotnych parametrów, które mógłby zostać określone w formie choćby określonych współczynników trudno o przyjęcie, iż ocena działania podmiotów szpitalnych będzie oddawała pełny obraz sytuacji, w jakim podmiot ten się znajduje.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Brak propozycji konkretnych rozwiązań.</p>
152.	Uwaga ogólna	-	<p>Narodowy Instytut Onkologii im.</p>	<p>Projekt nie przynosi wprost odpowiedzi na pytanie czy podmiot leczniczy działający z formie spółki kapitałowej z oddziałami czy też instytut badawczy funkcjonujący z uwzględnieniem oddziałów traktować należy łącznie jako</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p>

			<p>Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy (za pośrednictwem Rady Głównej Instytutów Badawczych)</p>	<p>całość czy też rozłącznie, gdzie ocenie poddana zostałaby kondycja każdego z ośrodków niezależnie. Uzasadniona wydaje się w pełni ocena kondycji każdego z ośrodków niezależnie, jako faktycznie realizujących swoje zadania dostosowane do regionalnych potrzeb zdrowotnych. W wyniku oceny dokonanej z uwzględnieniem właściwych wskaźników potencjalnie może się bowiem okazać, że jeden z oddziałów zostanie zakwalifikowany do kategorii B, podczas, gdy inny oddział czy siedziba spółki (instytutu badawczego) do kategorii podmiotów C albo D. Jak zaprezentowano w treści projektu ustawy kwalifikacja do poszczególnych kategorii A, B, C albo D miałyby rodzić określone opisane ustawowo skutki. Dodatkowo w tym kontekście zwrócić uwagę należy na konieczność weryfikacji jednego ze wskaźników mających określać kategorię podmiotów szpitalnych, tj. wskaźnika rentowności działalności operacyjnej poprzez jego modyfikację uwzględniającą wartość amortyzacji, która jak wiadomo nie jest wydatkiem, co oznacza, że nie stanowi obciążenia finansowego dla podmiotu szpitalnego w danym roku. Zastosowanie EBITDA (= przychody – koszty operacyjne bez amortyzacji), tj. miary przedstawiającej zysk osiągnięty przez podmiot szpitalny, która pozwala na określenie rzeczywistego potencjału do generowania przychodu. Jest to szczególnie istotne dla dużych podmiotów szpitalnych posiadających znaczne środki trwale obciążające wynik.</p>	<p>Projekt ustawy odnosi się do podmiotu szpitalnego rozumianego jako podmiot leczniczy w całości.</p>
153.	Uwaga ogólna	-	<p>Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy (za pośrednictwem Rady Głównej Instytutów Badawczych)</p>	<p>W projekcie brakuje zapisów wskazujących jednoznacznie zakres odpowiedzialności oraz obowiązki Prezesa i samej Agencji. Przepisy dotyczące procedowania spraw przez Agencję i z Agencją powinny znajdować się w rozdziale dotyczącym Agencji i jej kompetencji. Brak zakresu odpowiedzialności dotyczy również zarządcy i nadzorca podmiotu szpitalnego, który działa na rachunek szpitala, w przypadku gdy mają prawo sformułować plan naprawczy bez zgody kierownika szpitala (wbrew zarządowi szpitala) zasadnym jest wskazanie zakresów odpowiedzialności. Inna uwaga dotycząca nadzorca (pomijając bardzo niefortunna nazwę, budzącą niemiłe skojarzenia) - wydaje się, że wymóg „co najmniej rocznego doświadczenia zawodowego w obszarze ochrony zdrowia” jest zbyt minimalistycznym podejściem do doświadczenia osób, którym będą powierzane ogromne uprawnienia.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>W szerszym zakresie odniesiono się do zagadnienia przy rozpatrywaniu uwag szczegółowych.</p>
154.	Uwaga ogólna	-	<p>Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy (za pośrednictwem Rady Głównej</p>	<p>Ustawa w sposób nieuporządkowany przedstawia cele i zasady jakie przyświecają jej wprowadzeniu i nawet zapoznanie się z założeniami ustawy nie pozwala na ocenę, jaki jest zamiar ustawodawcy. Przykładowo w art. 1 jest wskazany zakres ustawy, a w art. 5 cel działań określonych ustawą. Nie ma korelacji pomiędzy tymi przepisami. Wydaje się, że dla przejrzystości ustawa powinna określać najpierw cel jakiemu ma służyć, a następnie środki i metody zmierzające do osiągnięcia tego celu. Zaproponować należałoby też nieco inną systematykę: przepisy dotyczące komunikacji, Sądu powinny znaleźć się w dalszej części ustawy podobnie jak art. 3, który w istocie jest chyba celem głównym wprowadzenia omawianej regulacji. Zdecydowanie należy zmieniać zapis art. 148 projektu, na uwzględniający realny czas</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p>

			Instytutów Badawczych)	potrzebny na wdrożenie (ewentualny okres przejściowy), ustawa wprowadzająca ogromne zmiany w ochronie zdrowia wymaga znacznie dłuższego okresu przygotowawczego niż 14 dni.	
155.	Uwaga ogólna	-	Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy (za pośrednictwem Rady Głównej Instytutów Badawczych)	Podsumowując projekt ustawy w żadnym przepisie nie odnosi się do specyfiki instytutów, które prowadzą badania naukowe i prace rozwojowe uczestniczą w systemie ochrony zdrowia. Tej działalności nie da się rozdzielić, ale z projektu nie wynika, aby brano pod uwagę ryzyka związane z prowadzeniem badań naukowych podporządkowując zasady zarządzania prawom ekonomii. Trudno dopatrzeć się uzasadnienia merytorycznego do włączania instytutów do powszechnego systemu szpitalnictwa, poza zwiększonym nadzorem i ograniczeniem autonomii. Projekt ustawy niesie za sobą poważne zagrożenia dla działalności instytutów badawczych, sprowadzając je do roli (wieloprofilowych) szpitali, likwidując możliwość prowadzenia badań naukowych i prac rozwojowych, ze szkodą dla pacjentów oraz rozwoju medycyny. Z tych powodów uzasadnionym wydaje się wyłączenie instytutów badawczych spod rozwiązań wspólnych dla podmiotów działających w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej czy też spółki kapitałowej.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Projekt przewiduje indywidualne podejście do każdego podmiotu szpitalnego. Założenia projektu ustawy i sam projekt bazują na tym, żeby w części normatywnej nie rozróżniać podmiotów szpitalnych ze względu na ich profil działalności.
156.	Uwaga ogólna	-	Związek Województw RP - Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu (za pośrednictwem KWRiST)	Ograniczenie wpisu na listę menedżerów do osób, które ukończyły studia podyplomowe MBA w ochronie zdrowia. Studia MBA przeznaczone są dla kadry kierowniczej wyższego szczebla, członków organów statutowych spółek prawa handlowego i skarbu państwa, dyrektorów spółek handlowych, menedżerów lub tych, którzy chcą zajmować stanowiska kierownicze, w celu jak najlepszego wykorzystania ich wiedzy oraz umiejętności w różnych dziedzinach biznesu. Wyodrębnianie podzbiorów w zakresie studiów MBA jest ograniczaniem wiedzy kadry Kierowniczej dotyczącej działania rynku. Szpitale nie działają na zasadach wyłączonych z rynku.  Wpisanie na listę menedżerów osób, które ukończyły studia podyplomowe MBA. MBA w ochronie zdrowia jest podzbiorem studiów MBA.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
157.	Uwaga ogólna	-	Związek Województw RP - Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu (za pośrednictwem KWRiST)	Nie ma w Polsce możliwości utrzymania Szpitala w kategorii A przy zaniżonej wycenie świadczeń, przy rosnących cenach gazu, prądu, kosztów pracy kadry medycznej oraz ceny leków. Nie ma możliwości stworzenia takiego planu naprawczego – rozwojowego, który byłby w stanie przekształcić Szpital z kategorii B do A w dłuższej perspektywie czasu przy obecnych w/w cenach.  Zaniżona wycena świadczeń. Wzrost cen gazu i prądu. Rosnące koszty pracy kadry medycznej. Wzrost cen leków, artykułów pierwszej potrzeby, żywności.  Urealnienie wyceny świadczeń medycznych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Projekt ustawy zmienia koncepcje funkcjonowania tzw. Sieci Szpitali. W pozostałej części uwaga poza zakresem regulacji.
158.	Uwaga ogólna	-	Związek Województw RP -	Koncentracja zasobów ludzkich, dostosowanie działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych. Przeprofilowanie	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

			<p>Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>działalności w sytuacji braków kadry medycznej bardzo często w podstawowej działalności jest niewykonalne.</p> <p>Można zmienić profil działalności poprzez zmiany wpisów w rejestrach, zakup niezbędnego sprzętu, remont pomieszczeń. Nie można „sprzedawać” i „kupować” kadry medycznej w szeroko rozumianym tego słowa znaczeniu, zważywszy na brak kadry na rynku.</p> <p>Zwiększyć dostępność do studiów medycznych, wprowadzić zachęty dla młodych lekarzy, tak aby chcieli zostać w naszym kraju. Propozycja alokacji zasobów ludzkich w podmiotach szpitalnych ze względu na mapy potrzeb zdrowotnych raczej ich nie zatrzyma.</p>	<p>Uwaga poza zakresem regulacji (propozycje z niniejszej uwagi realizowane są poprzez inne inicjatywy Ministerstwa Zdrowia).</p>
159.	Uwaga ogólna	-	<p>Związek Województw RP - Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Opracowanie planu rozwojowego /naprawczo rozwojowego poprzedzają analizy efektywności, funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Kto pokryje koszty zatrudnienia pracowników, którzy będą odpowiedzialni za przygotowywanie w/w analiz kwartalnie i na każde żądanie Agencji.</p> <p>Nie ma możliwości nałożenia dodatkowych obowiązków na pracowników administracji, których zatrudnienie zostało ograniczone do niezbędnego minimum.</p> <p>Przekazanie środków na zatrudnienie pracowników, którzy będą odpowiedzialni za przygotowanie w/w analiz kwartalnie oraz na każde żądanie Agencji.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W przypadku podmiotu szpitalnego kategorii C i D plan naprawczo-rozwojowy oraz poprzedzające go analizy będzie opracowywał nadzorca, którego wynagrodzenie będzie finansowała Agencja.</p> <p>Jeśli zaś chodzi o podmioty szpitalne kategorii A i B to należy zauważyć, iż są to podmioty w dobrej sytuacji finansowej.</p>
160.	Uwaga ogólna	-	<p>Związek Województw RP - Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Za realizację planu naprawczo-rozwojowego odpowiedzialny jest podmiot szpitalny, plan naprawczo-rozwojowy przygotowywany jest przez nadzorcę w porozumieniu z Kierownikiem, ale uwagi Kierownika mogą zostać odrzucone bez możliwości dalszego odwołania.</p> <p>Podmiot szpitalny nie ma możliwości realizacji planu naprawczo-rozwojowego, o czym Kierownik informuje nadzorcę, który nie uwzględnia uwag Kierownika. Odpowiedzialność za niepowodzenie ponosi Kierownik.</p> <p>Kierownik powinien mieć możliwość odwołania się od decyzji nadzorca co najmniej do Prezesa Agencji. Powinien mieć możliwość wystąpienia o zmianę planu naprawczo – rozwojowego.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>
161.	Uwaga ogólna	-	<p>Związek Województw RP - Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w</p>	<p>Jednym z uprawnień Prezesa Agencji jest możliwość zmiany kierownika podmiotu szpitalnego kategorii C lub D jeśli nie wywiązuje się z swoich zadań przy tworzeniu i realizacji planu naprawczo-rozwojowego oraz jeśli kierownik nie dba o swoje doskonalenie zawodowe w formie kształcenia ustawicznego. W powyższych sytuacjach zawieszane zostają uprawnienia podmiotu tworzącego do powoływania i odwoływania kierownika podmiotu szpitalnego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projektodawca decyzje w tym zakresie powierzył Prezesowi Agencji, który ma mieć możliwość egzekwowania realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego przez kierowników podmiotów szpitalnych.</p>

			Poznaniu (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Działanie to ma znamiona zarządzania scentralizowanego z pomniejszeniem udziału jednostek samorządu terytorialnego.</p> <p>Prezes Agencji powinien wystąpić z wnioskiem o odwołanie Kierownika do podmiotu tworzącego, który wniosek przyjmie albo odrzuci. Zarówno przyjęcie wniosku jak i odrzucenie powinno być umotywowane.</p>	
162.	Uwaga ogólna	-	Związek Województw RP - Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Ustawowym zadaniem Agencji jest finansowanie planów naprawczo – rozwojowych podmiotów szpitalnych, wsparciu płynnościowym podmiotów oraz udzielaniu poręczeń i gwarancji podmiotom szpitalnym bez określenia klucza do podziału środków.</p> <p>Środki pieniężne Agencji są ograniczone, jaki za tym będzie klucz podziału środków zważywszy na skalę problemów szpitali w Polsce.</p> <p>Ustalenie zasad podziału środków.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Decyzję co do podziału środków finansowych podejmował będzie Prezes Agencji w zależności od potrzeb wynikających z przygotowanych planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych.</p>
163.	Uwaga ogólna	-	Związek Województw RP - Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Projekt ustawy w rozdziale o zmianach w przepisach obowiązujących wykreśla w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zapis zapewnienia w ramach podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej usługi nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.</p> <p>Przepis niespójny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego który wskazuje, że szpitalny oddział ratunkowy działa w podmiotach szpitalnych udzielających świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.</p> <p>Ujednoczenie zapisów.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Proponuje się pozostawienie art. 132b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w następującym zmodyfikowanym brzmieniu:</p> <p>Art. 132b</p> <p>1. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1, przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego.</p> <p>2. W przypadku konieczności zabezpieczenia dodatkowych świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, na danym obszarze terytorialnym określonym w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, świadczenia te mogą być udzielane również przez świadczeniodawcę zakwalifikowanego do systemu zabezpieczenia, innego niż wymieniony w ust. 1, na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1, po złożeniu wniosku o umożliwienie ich udzielania do Prezesa Funduszu i uwzględnieniu ich w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1.</p> <p>3. W przypadku braku zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 1 i 2,</p>

					stosuje się przepisy dotyczące konkursu ofert i rokowań.
164.	Uwaga ogólna	-	Związek Województw RP - Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Przygotowywane plany rozwojowe i naprawczo – rozwojowego mają opierać się o analizy za rok 2022 r.</p> <p>Rok 2022 podobnie jak i 2021 oraz 2020 są okresami związanymi z szalejącą pandemią COVID-19 oraz wpływu jego skutków na poziom realizacji świadczeń zwłaszcza w podmiotach wyłączonych całkowicie lub częściowo z normalnego funkcjonowania i przekształcone na rzecz leczenia pacjentów covidowych.</p> <p>Jeżeli muszą być brane pod uwagę do analiz dane za rok 2022, to winny uwzględniać okoliczności pandemii oraz realne i obiektywne kryteria.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Ministerstwo Zdrowia dokonało na podstawie danych za 2020 r. (aktualnie brak jeszcze danych za 2021 r.) symulacji procesu kategoryzacji szpitali publicznych przewidywanego przepisami projektu ustawy. W efekcie symulacji przeprowadzonej w oparciu o wskaźniki ekonomiczno-finansowe wskazane w projektowanej ustawie, tylko co trzeci szpital (33%) zakwalifikowany został do kategorii C lub D, z którymi wiąże się konieczność podjęcia działań naprawczo-rozwojowych. Pozostałe 67% szpitali znalazłoby się w kategoriach A i B, co oznacza brak problemów w zakresie sytuacji finansowej. W szerszym zakresie odniesiono się do zagadnienia przy rozpatrywaniu uwag szczegółowych.</p>
165.	Uwaga ogólna	-	Związek Województw RP - Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Podmiot szpitalny kategorii A opracowuje plan rozwojowy podmiotu szpitalnego uwzględniając w nim obowiązek dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych.</p> <p>Skoro podmiot otrzymał kategorię A to jego kondycja finansowa nie budzi zastrzeżeń to dlatego ma opracowywać plan rozwojowy podmiotu uwzględniając w nim obowiązek dostosowania działalności do regionalnych potrzeb zdrowotnych może w tym przypadku wystarczy tylko zintensyfikować jego działalności dla utrzymania kategorii A.</p> <p>Zmiana zapisu.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W założeniu każdy podmiot szpitalny powinien prowadzić działalność dostosowaną do Mapy Potrzeb Zdrowotnych. Dobra sytuacja finansowa podmiotu szpitalnego nie wyłącza takiej konieczności. Niezależnie od powyższego, każdy podmiot powinien dążyć do rozwoju pozwalającego na nieustanne podnoszenie jakości świadczonych usług i kompetencji.</p>
166.	Uwaga ogólna		Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>W uzasadnieniu projektodawcy sformułowano twierdzenie: „prawidłowe funkcjonowanie publicznych podmiotów szpitalnych w Rzeczypospolitej Polskiej ograniczone jest przez szereg czynników” „Podstawowym zjawiskiem utrudniającym rozwój podmiotów szpitalnych jest ich pogarszająca się sytuacja finansowa, przejawiająca się głównie rosnącym zadłużeniem” Sytuacja związana z niedofinansowaniem świadczeń zdrowotnych ogranicza pacjentom swobodny dostęp do kompleksowej, profesjonalnej opieki medycznej. Przyczynia się to z kolei do wzrostu ryzyka pogorszenia stanu zdrowia mieszkańców regionu. Z punktu widzenia pacjenta zmniejsza zaś poczucie jego bezpieczeństwa i wzbudza wątpliwość co do kwestii otrzymania fachowej pomocy, bez konieczności długiego oczekiwania. Poprawa sytuacji związanej z dostępnością do świadczeń wymaga adekwatnego poziomu finansowania ze środków publicznego płatnika, jakim w chwili obecnej jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Istotną</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga poza zakresem regulacji.</p>

				<p>kwestią w tym przypadku jest również fakt ciągłego wzrostu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Ustawa nie rozwiązuje podstawowego problemu występującego w ochronie zdrowia, tj. niewłaściwej (zbyt niskiej) wyceny świadczeń zdrowotnych. Niestety, na ten temat ustawa milczy, tymczasem to właśnie ten obszar od wielu lat czeka na odpowiednie regulacje oraz zmiany;</p>	
167.	Uwaga ogólna		<p>Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Powszechnie odczuwalnym i zauważalnym problemem jest stan szeroko rozumianej ochrony zdrowia, której istotnym elementem jest leczenie szpitalne, jako największa i najbardziej kosztowna, a zarazem najbardziej złożona forma udzielania świadczeń zdrowotnych.</p> <p>Niezaprzeczalnym faktem jest pogarszająca się kondycja finansowa większości podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego, w rozumieniu art.2 ust.1 pkt.11 ustawy o działalności leczniczej i konieczność poszukiwania systemowych rozwiązań w celu rozwiązania tego problemu. Co istotne, sytuacja ta jest niezależna od rodzaju podmiotu tworzącego, nadzorującego działalność poszczególnych podmiotów leczniczych. W równym stopniu z trudnościami mierzą się podmioty nadzorowane przez ministrów (MZ, MON, MSWiA), podmioty kliniczne nadzorowane przez uczelnie, czy wreszcie podmioty nadzorowane przez jednostki samorządu terytorialnego (województwa, powiaty, miasta na prawach powiatu). Dodatkowo w niektórych rozwiązaniach ustawa wprowadza nierówność w traktowaniu podmiotów nadzorujących, ingerując swoimi rozwiązaniami znacznie mocniej w przypadkach podmiotów szpitalnych, dla których podmiotami nadzorującymi są podmioty inne niż ministrowie.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga w rzeczywistości stanowi komentarz do zaproponowanych rozwiązań. Przesłanki dla wyłączenia stosowania art. 77 i art. 78 w przypadku podmiotów nadzorowanych przez ministra zostały wskazane w uzasadnieniu.</p>
168.	Uwaga ogólna		<p>Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Projektowana ustawa, stanowiąca w myśl założeń lex specialis względem ustawy o działalności leczniczej, w sposób nadmierny ingeruje w uprawnienia i kompetencje podmiotów tworzących, pozbawiając je w wielu przypadkach kluczowych uprawnień nadzorczych i decyzyjnych zarówno w sferze kreującej decyzje o charakterze personalnym, jak i przede wszystkim majątkowym. Ustawa marginalizuje rolę samorządów (powiatów, województw), w zakresie realizacji i prowadzenia polityki zdrowotnej, bez jakichkolwiek zmian w zakresie takich aktów prawnych jak ustawa o samorządzie powiatowym, ustawa o samorządzie województwa, czy też np. Kodeks spółek handlowych. W ten sposób, zostaje ograniczona w sposób istotny samodzielność/samorządność powiatów oraz województw (jako samorządów).</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Należy podkreślić, iż prace nad niniejszą reformą zostały zapoczątkowane pod koniec 2020 r. Założenia reformy zostały opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia w dniu 31 maja 2021 r. W założeniach tych wskazano trzy warianty rozwiązań, spośród których wybrano najbardziej optymalny Wariant III „Agencja Rozwoju Szpitali i ewaluacja szpitali” – obecnie realizowany w formalnym procesie legislacyjnym. Wariant I „Ograniczenie liczby podmiotów nadzorujących szpitale”, który budził największe kontrowersje i obawy jednostek samorządu terytorialnego nie uzyskał akceptacji i rekomendacji. Projekt zakłada utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji (Agencji</p>



					Rozwoju Szpitali), która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów. Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B) i jest ono ograniczone czasowo.
169.	Uwaga ogólna		Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Ustawa przewiduje ograniczony zakres możliwości korzystania ze środków zaskarżenia wprost przez Samorządy (powiaty oraz województwa). Ustawa powinna przewidywać w tym zakresie na rzecz powiatów oraz województw prawa strony, na każdym etapie prowadzonych zgodnie z projektowaną Ustawą postępowań, wraz z jednoczesną możliwością poddania zaskarżeniu wszystkich działań oraz zaniechań ze strony ministerialnych nadzorców oraz zarządców.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  W szerszym zakresie odniesiono się do zagadnienia przy rozpatrywaniu uwag szczegółowych.
170.	Uwaga ogólna		Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Niejasne pozostają mechanizmy związane z wpływem realizacji programów naprawczo-rozwojowych w zakresie przeprofilowania podmiotów szpitalnych na realizację umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, w szczególności brak gwarancji w zakresie finansowania nowych zakresów świadczeń, ogłaszania postępowań konkursowych, zgód na cesje itd.  Konieczność podjęcia systemowych działań jest bezsprzeczna, jednak nie może odbywać się ona z pominięciem lub marginalizowaniem istotnej roli podmiotów tworzących.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
171.	Uwaga ogólna		Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Ustawa przewiduje, iż po raz pierwszy certyfikacja Szpitali i podział na kategorie A, B, C i D, ma zostać dokonana w roku 2023, na podstawie danych finansowych Szpitali z roku 2022. Przyjęcie w tym zakresie roku 2022, jako roku bazowego, jest całkowicie niemiarodajne i wymaga pilnej korekty zapisów projektu ustawy. W tym zakresie, nie może bowiem budzić wątpliwości, iż zarówno aktualnie, jak również w najbliższym półroczu roku 2022, Szpitale w dalszym ciągu będą borykały się z oczywistymi i mającymi charakter powszechny problemami związanymi z pandemią COVID-19.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej. W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.
172.	Uwaga ogólna		Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za	Brak przepisów nakazujących Narodowemu Funduszowi Zdrowia sfinansowanie działań naprawczych w danej placówce. W efekcie, może to doprowadzić do sytuacji, w której przyjęte w planach rozwojowo-naprawczych działania, inwestycje, restrukturyzacje, nie znajdują źródeł finansowania i tak jak do tej pory, będą musiały zostać sfinansowane przez samorządy (powiaty oraz województwa).	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

			pośrednictwem KWRiST)		
173.	Uwaga ogólna		Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Ustawa zakłada de facto, ograniczenie lub rezygnację z działalności deficytowej Szpitali, obciążającej wynik finansowy podmiotów leczniczych. Pomija się jednak w tym zakresie okoliczność, iż działalność podmiotów leczniczych nie jest działalnością stricte biznesową. Wręcz przeciwnie, wpisuje się ona w realizację zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego (powiatów oraz województw), które powinny zapewnić właściwą opiekę zdrowotną na terenie danej JST, niezależnie od tego, czy przynosi ona spodziewane korzyści finansowe, czy też nie. W rezultacie, realizacja założeń ustawowych, może doprowadzić do częściowej poprawy finansowej poszczególnych Szpitali (przy zgodnej współpracy ARS, NFZ oraz podmiotów właścicielskich), z jednoczesnym ograniczeniem świadczeń udzielanych na rzecz społeczeństwa, zarówno w zakresie przedmiotowym, ilościowym jak i terytorialnym. W tym zakresie, po raz kolejny powraca problem zbyt nisko wycenianych świadczeń zdrowotnych, który pozostaje poza sferą zainteresowania projektowanej Ustawy.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Projekt przewiduje indywidualne podejście do każdego podmiotu szpitalnego, zmianę profilu i dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, map potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz sieci szpitali
174.	Uwaga ogólna		Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Ustawa nie wypowiada się na temat udziału czynnika społecznego (pracowników, w tym zwłaszcza związków zawodowych), w zakresie wprowadzanych w podmiotach leczniczych rozwiązań restrukturyzacyjnych. W szczególności, nie jest jasne, czy zadania realizowane przez ministerialnego nadzorcę, zarządcę, powoływanego na podstawie projektowanej Ustawy, zwłaszcza w obszarze dotyczącym warunków pracy i płacy, będą wymagały dokonywania uzgodnień (konsultacji) ze związkami zawodowymi, reprezentującymi personel danego podmiotu leczniczego. Brak ustawowych rozwiązań w tym zakresie, wymaga zasygnalizowania w jaki sposób te kwestie widzi ustawodawca. Zwłaszcza, iż brak konsultacji z czynnikiem społecznym, może rodzić istotny opór oraz sprzeciw personelu medycznego w danej jednostce, w związku z wdrażaniem rozwiązań ustawowych.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
175.	Uwaga ogólna		Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Ustawa kładzie akcent na konieczność zapewnienia wysokich kwalifikacji kadry zarządczej Szpitali, którzy w tym zakresie powinni legitymować się zdanym egzaminem państwowym lub ukończonymi studiami MBA. Przyjmując logikę oraz powody wprowadzenia takich rozwiązań przez ustawodawcę, analogiczne wymogi, a być może jeszcze wyższe, powinny zostać postawione ministerialnym nadzorcom oraz zarządcom. W tym zakresie, nie ma bowiem jakiegokolwiek uzasadnienia, aby ministerialny nadzorca lub zarządca, legitymował się niższymi kwalifikacjami zarządczymi niż Dyrekcja, czy też Zarządy Szpitali.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> W szerszym zakresie odniesiono się do zagadnienia przy rozpatrywaniu uwag szczegółowych.
176.	Uwaga ogólna		Związek Województw RP -	Gigantyczne nakłady na Agencję Rozwoju Szpitalnictwa, powinny zostać przeznaczone na realne podwyższenie finansowania w zakresie ochrony zdrowia. Zatrudnienie Prezesa ARS, dwóch wiceprezesów, 12 członków	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

			Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Rady ARS oraz dodatkowych 400 pracowników z pensją 15.000 zł miesięcznie, nie rozwiąże problemów, z którymi boryka się w dniu dzisiejszym służba zdrowia. Zamiast tego, powstają nowe (atrakcyjne finansowo) miejsca pracy, które będą obsadzone przez organy administracji rządowej, powiększając w sposób istotny stronę kosztową funkcjonowania aparatu administracji rządowej.</p> <p>Proponowany podmiot – Agencja Rozwoju Szpitali – ma być z jednej strony instytucją finansującą podmioty lecznicze, a z drugiej podmiotem przejmującym zarządzanie tymi podmiotami w ramach restrukturyzacji. To połączenie generuje konflikt ról społecznych w państwie.</p>	<p>Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do projektowanych rozwiązań.</p> <p>Projekt zakłada utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji (Agencji Rozwoju Szpitali), która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów. Koszty funkcjonowania Agencji są wprost proporcjonalne do przypisanych ARS zadań oraz odpowiedzialności.</p>
177.	Uwaga ogólna		Grupa Nowy Szpital Holding S.A.	<p>Treść uwagi: Brak premiowania podmiotów, które nierealizujące planu naprawczo-rozwojowego</p> <p>Uzasadnienie: Jeśli dany podmiot, nie wywiązuje się z realizacji planu albo który go stosuje, ale po pewnym czasie znów zostaje zadłużony przez niewłaściwe zarządzenie, niepewien znów otrzymać takiej samej pomocy, gdyż nie wykorzystał pierwszego planu naprawczo-rozwojowego. Takie działanie może też mieć negatywny wpływ na inne jednostki, które nie wymagały planu naprawczo-rozwojowego.</p> <p>Proponowane rozwiązanie: Wprowadzenie rozwiązań, które nie będą pozwalały danemu podmiotowi o ubieganie się o ponowną pomoc kiedy nie zrealizuje planu naprawczo-rozwojowego (podmiot C/D) albo w przypadku kiedy po wykonaniu tego planu podmiot C/D staje się podmiotem A/B, ale przy kolejnej kwalifikacji staje się podmiotem C/D.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt już zakłada, że możliwość częściowego umorzenia pożyczki oraz wysokość tego umorzenia jest uzależniona od wysokiego poziomu realizacji przez podmiot szpitalny planu rozwojowego albo planu naprawczo-rozwojowego.</p> <p>Projekt przewiduje indywidualne podejście do każdego podmiotu szpitalnego.</p>
178.	Uwaga ogólna	-	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	<p>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;</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Ministerstwo Zdrowia dokonało na podstawie danych za 2020 r. (aktualnie brak jeszcze danych za 2021 r.) symulacji procesu kategoryzacji szpitali publicznych przewidywanego przepisami projektu ustawy. W efekcie symulacji przeprowadzonej w oparciu o wskaźniki ekonomiczno-finansowe wskazane w projektowanej ustawie, tylko co trzeci szpital (33%) zakwalifikowany został do kategorii C lub D, z którymi wiąże się konieczność podjęcia działań naprawczo-rozwojowych. Pozostałe 67% szpitali znalazłoby się w kategoriach A i B, co oznacza brak problemów w zakresie sytuacji finansowej. Jak wynika z powyższych danych, w przypadku jednostek funkcjonujących w podobnych warunkach ekonomiczno-finansowych duże znaczenie ma sposób zarządzania jednostką i kompetencje osób</p>

					odpowiedzialnych za kierowanie poszczególnymi szpitalami.
179.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	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;	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Ministerstwo Zdrowia dokonało na podstawie danych za 2020 r. (aktualnie brak jeszcze danych za 2021 r.) symulacji procesu kategoryzacji szpitali publicznych przewidywanego przepisami projektu ustawy. W efekcie symulacji przeprowadzonej w oparciu o wskaźniki ekonomiczno-finansowe wskazane w projektowanej ustawie, tylko co trzeci szpital (33%) zakwalifikowany został do kategorii C lub D, z którymi wiąże się konieczność podjęcia działań naprawczo-rozwojowych. Pozostałe 67% szpitali znalazłoby się w kategoriach A i B, co oznacza brak problemów w zakresie sytuacji finansowej. Jak wynika z powyższych danych, w przypadku jednostek funkcjonujących w podobnych warunkach ekonomiczno-finansowych duże znaczenie ma sposób zarządzania jednostką i kompetencje osób odpowiedzialnych za kierowanie poszczególnymi szpitalami.
180.	Uwaga ogólna	-	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	realizacja kolejnego eksperymentu restrukturyzacyjnego w skali całego kraju może spowodować więcej szkody, niż pożytku dla systemu. Bardziej 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;	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do projektowanych rozwiązań. Projekt zakłada utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji (Agencji Rozwoju Szpitali), która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów. Koszty funkcjonowania Agencji są wprost proporcjonalne do przypisanych ARS zadań oraz odpowiedzialności.
181.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	realizacja kolejnego eksperymentu restrukturyzacyjnego w skali całego kraju może spowodować więcej szkody, niż pożytku dla systemu. Bardziej 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;	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do projektowanych rozwiązań. Projekt zakłada utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji (Agencji Rozwoju Szpitali), która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych

					procesów. Koszty funkcjonowania Agencji są wprost proporcjonalne do przypisanych ARS zadań oraz odpowiedzialności.
182.	Uwaga ogólna	-	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	w projekcie niemal zupełnie ograniczono role NFZ (poza oceną planów rozwojowych i planów naprawczo-rozwojowych pod kątem ich zgodności z regionalnymi potrzebami zdrowotnymi);	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do projektowanych rozwiązań.
183.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	w projekcie niemal zupełnie ograniczono role NFZ (poza oceną planów rozwojowych i planów naprawczo-rozwojowych pod kątem ich zgodności z regionalnymi potrzebami zdrowotnymi);	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do projektowanych rozwiązań.
184.	Uwaga ogólna	-	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	projekt ustawy jest niespójny zarówno z procedowanym równolegle projektem ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjentów jaki i ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do projektowanych rozwiązań. Brak wskazania konkretnych rozbieżności.
185.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	projekt ustawy jest niespójny zarówno z procedowanym równolegle projektem ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjentów jaki i ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do projektowanych rozwiązań. Brak wskazania konkretnych rozbieżności.
186.	Uwaga ogólna	-	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	w projekcie brakuje rozwiązań, które rzeczywiście pozwalałyby zapewnić podmiotom leczniczym stabilność finansową w długiej perspektywie czasowej;	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do projektowanych rozwiązań. Brak wskazania konkretnych propozycji.
187.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	w projekcie brakuje rozwiązań, które rzeczywiście pozwalałyby zapewnić podmiotom leczniczym stabilność finansową w długiej perspektywie czasowej;	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do projektowanych rozwiązań. Brak wskazania konkretnych propozycji.
188.	Uwaga ogólna	-	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	w projekcie brakuje rozwiązań, które w skuteczny sposób zachęcałyby świadczeniodawców do koncentracji zasobów;	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do projektowanych rozwiązań. Brak wskazania konkretnych propozycji.
189.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	w projekcie brakuje rozwiązań, które w skuteczny sposób zachęcałyby świadczeniodawców do koncentracji zasobów;	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do projektowanych rozwiązań. Brak wskazania konkretnych propozycji.

190.	Uwaga ogólna	-	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	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.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> W szerszym zakresie odniesiono się do zagadnienia przy rozpatrywaniu uwag szczegółowych.
191.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	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.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> W szerszym zakresie odniesiono się do zagadnienia przy rozpatrywaniu uwag szczegółowych.
192.	Uwaga ogólna	-	Naczelna Izba Lekarska	Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, o którym poinformował Pan Sławomir Gadomski – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia w piśmie z dnia 29 grudnia 2021 r., znak: NKF.0210.1.2021.4.RG, wyraża zaniepokojenie proponowanymi rozwiązaniami. Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że przedstawiony projekt ustawy nie dotyczy żadnych istotnych elementów funkcjonowania szpitali, a wyłącznie sposobu zarządzania finansami oraz osób zarządzających szpitalami. Trudno nie odnieść wrażenia, że ukrytym celem ustawy jest wymiana kadry kierowniczej szpitali. Dąży się przy tym do stworzenia przekonania, że to błędy w zarządzaniu szpitalami są przyczyną ich narastającego zadłużenia, a nie ich chroniczne niedofinansowanie. Tymczasem zadłużenie Szpitali jest wynikiem stale pogarszających się warunków ich finansowania, na co samorząd lekarski zwracał wielokrotnie uwagę. Na pogarszającą się sytuację finansową szpitali bez wątpienia mają wpływ niekorzystne uwarunkowania prawne, w tym m.in. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zakłada, że wszelkie wyższe wyceny świadczeń szpitalnych będą kompensowane z wcześniej przyznanych pieniędzy na podwyżkę wynagrodzeń. Przyczynia się też do tego nieodpowiednia wycena gotowości do pracy szpitalnych oddziałów ratunkowych która jest na tym samym poziomie, co wycena z tytułu gotowości za tzw. dobokaretki. Kolejnymi przykładami negatywnych skutków dla szpitali jest brak wyceny gotowości oddziałów zakaźnych i dziecięcych, które co do zasady charakteryzują się sezonowością świadczeń, przez co są często nierentowne. Tak samo negatywnie na finanse szpitali wpływa brak wyceny całodobowej gotowości szpitali sieciowych, prowadzących SOR-y, które nie otrzymują żadnych środków za całodobową gotowość do udzielania świadczeń a ich świadczenia wyceniane są na poziomie szpitali prowadzących wyłącznie działalność planową.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Ministerstwo Zdrowia dokonało na podstawie danych za 2020 r. (aktualnie brak jeszcze danych za 2021 r.) symulacji procesu kategoryzacji szpitali publicznych przewidywanego przepisami projektu ustawy. W efekcie symulacji przeprowadzonej w oparciu o wskaźniki ekonomiczno-finansowe wskazane w projektowanej ustawie, tylko co trzeci szpital (33%) zakwalifikowany został do kategorii C lub D, z którymi wiąże się konieczność podjęcia działań naprawczo-rozwojowych. Pozostałe 67% szpitali znalazłoby się w kategoriach A i B, co oznacza brak problemów w zakresie sytuacji finansowej. Jak wynika z powyższych danych, w przypadku jednostek funkcjonujących w podobnych warunkach ekonomiczno-finansowych duże znaczenie ma sposób zarządzania jednostką i kompetencje osób odpowiedzialnych za kierowanie poszczególnymi szpitalami.
193.	Uwaga ogólna	-	Naczelna Izba Lekarska	W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie należy ocenić wynikający z projektu wymóg ukończenia 3-semestralnych studiów MBA dla dyrektorów	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>

				<p>szpitali. Tego typu studia prowadzi w Polsce zaledwie kilka uczelni. Dla porównania - wobec osób, które mają nadzorować proces restrukturyzacji szpitali wymagania są bardzo niskie, a wyższe wykształcenie, nawet kierunkowe i rok pracy w ochronie zdrowia nie gwarantują wiedzy i umiejętności niezbędnych do przeprowadzenia z sukcesem procesu naprawczego szpitala. Naczelna Rada Lekarska jest przy tym zaniepokojona zaprezentowaną w projekcie oceną potencjału absolwentów polskich uczelni. Można bowiem wywnioskować, że wszystkie dotychczasowe studia na kierunku zarządzania w ochronie zdrowia i lata praktyki osób zarządzających miałyby stracić swoje znaczenie na rzecz 3 semestrów studiów MBA. (np. dyplom Uniwersytetu Jagiellońskiego, czy innych prestiżowych uczelni z dziedziny zarządzania systemem ochrony zdrowia, a także dyplomy ukończenia studiów podyplomowych).</p> <p>NRL zwraca również uwagę na aspekt finansowy proponowanych zmian w zakresie wymogów dla dyrektorów szpitali. Biorąc bowiem pod uwagę, że koszt studiów MBA wynosi ok. 20.000 złotych, a będzie je musiało ukończyć kilkuset dyrektorów szpitali, łatwo przeliczyć ilość środków koniecznych do wydatkowania przez szpitale. Jest to nieuzasadnionym merytorycznie.</p>	
194.	Uwaga ogólna	-	Naczelna Izba Lekarska	<p>Wątpliwości Naczelnej Rady Lekarskiej budzi zaprezentowany w projekcie sposób oceny kondycji szpitali, zgodnie z którym decydujący dla oceny szpitali będzie rok 2022. Wyniki szpitali z tego roku będą brane pod uwagę przy kategoryzacji szpitali (czy szpital będzie zaliczony do kategorii A czy D), co może być niemiarodajne biorąc pod uwagę, iż jest to rok pandemiczny, uniemożliwiający działania planowe szpitali. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej może to prowadzić do nieobiektywnej i niezasadnej oceny kondycji szpitali.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.</p>
195.	Uwaga ogólna	-	Naczelna Izba Lekarska	<p>W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej nie jest do tego odpowiedni szybki proces legislacyjny w dobie piątej fali koronawirusa w Polsce, dlatego wnosimy o jego wycofanie i przystąpienie do faktycznych prac nad systemowym uregulowaniem sytuacji szpitali publicznych w Polsce, których sytuacja pogarsza się systematycznie od wprowadzenia map potrzeb zdrowotnych i sieci szpitali.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Reforma stanowi kamień milowy w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności z terminem wejścia w życie uzgodnionym z Komisją Europejską na III kwartał 2022 r.</p>

					Konsultacje zostały przeprowadzone z zachowaniem terminów wynikających z rządowego procesu legislacyjnego.
196.	Uwaga ogólna	-	Bank Gospodarstwa Krajowego	<p>Odbiór zaproponowanego rozwiązania w Ustawie w zakresie działań naprawczych.</p> <p>Projekt ustawy nie określa roli BGK w finansowaniu podmiotów leczniczych, w tym procesów restrukturyzacji. W obecnym brzemieniu <b>projekt rodzi bardzo wysokie ryzyko braku odzyskania wiarygodności przez Bank</b>, co narusza przepisy prawa bankowego, a także w sposób istotny ogranicza możliwość udzielania nowych finansowań w najbliższym czasie. Biorąc pod uwagę dynamicznie rosnące zapotrzebowanie na finansowanie ze strony podmiotów leczniczych rodzi to ryzyko paraliżu podmiotów realizujących świadczenia szpitalne oraz utraty płynności finansowej.</p> <p>Projekt ustawy oddziałuje zaproponowanym rozwiązaniem także na inne banki, pozostałe instytucje finansowe (parabanki) oraz dostawców którzy znacząco finansują ten sektor.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Należy podkreślić, iż prace nad niniejszą reformą zostały zapoczątkowane pod koniec 2020 r. Założenia reformy zostały opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia w dniu 31 maja 2021 r. W założeniach tych wskazano trzy warianty rozwiązań, spośród których wybrano najbardziej optymalny Wariant III „Agencja Rozwoju Szpitali i ewaluacja szpitali” – obecnie realizowany w formalnym procesie legislacyjnym.</p> <p>W wypracowaniu założeń uczestniczył Bank Gospodarstwa Krajowego.</p> <p>Projekt ustawy opracowany został m.in. przez specjalistów zewnętrznych wchodzących w skład powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu do spraw przygotowania projektu przepisów w zakresie postępowań naprawczych podmiotów szpitalnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 45, z późn. zm.).</p>
197.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii	<p>Z zadowoleniem należy przyjąć spostrzeżenie przez ustawodawcę potrzeby wprowadzenia zmian prowadzących do wsparcia i rozwoju szpitalnictwa w naszym kraju. Usprawiedliwionymi wydają się również argumenty wskazane w uzasadnieniu przedmiotowego projektu ustawy. Jednakże, niepokojącym jest brak jasnego określenia źródeł finansowania procesów naprawczych w podmiotach leczniczych, które finansowo radzą sobie najgorzej. Nie sposób bowiem w projekcie ustawy odnaleźć przepisów nakazujących Narodowemu Funduszowi Zdrowia finansowanie działań naprawczych w danej placówce.</p> <p>W związku z powyższym, brak zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia w projektowanej regulacji budzi obawy względem konsekwencji jej wprowadzenia do obrotu prawnego. Oznacza to, iż poprawa sytuacji ekonomicznej szpitali nie będzie możliwa bez ograniczenia działalności albo ograniczenia wydatków. Ewentualne cięcia wydatków najprawdopodobniej będą się wiązać z redukcją wynagrodzeń dla pracowników, bądź zmniejszeniem kadry na co z kolei nie może być zgody w obecnej i tak już trudnej sytuacji kadrowej szpitali i zbyt duże ryzyko przerwania ciągłości świadczeń.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
198.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Bloku	<p>Zdaniem związku, najistotniejsze z punktu widzenia interesów swoich członków ułomności projektu ustawy - należałoby poruszyć jeszcze jedną nieścisłość w jej zapisach, a mianowicie brak przepisu, który zdejmowałby z zarządu szpitala odpowiedzialność finansową za wynik w związku z wprowadzeniem do szpitala ministerialnego zarządcy, który miałby</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>



			Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii	podejmować decyzje o losach placówki. Tego typu luka w projekcie ustawy skutkowałaby bowiem, iż zarząd szpitala ryzykowałby majątkiem za decyzje podejmowane przez ministerialnego zarządcę, a więc nie za swoje decyzje lecz osoby z zewnątrz. Toteż, należałoby stwierdzić, iż takie założenia budzą niepokój względem przyszłości szpitalnictwa.	
199.	Uwaga ogólna	-	Województwo Pomorskie	Zaprezentowana w projekcie w/w ustawy koncepcja utworzenia Agencji Rozwoju Szpitali stanowi zdecydowany krok w kierunku centralizacji nadzoru nad szpitalami i odebrania części kompetencji właścicielskich samorządom, co nie znajduje naszej akceptacji. Wysoce znamienne jest przy tym fakt, że ustawa inaczej reguluje kwestię reformy szpitali, w zależności od podmiotu/organu właścicielskiego. Warto przypomnieć, że zdecydowana większość szpitali w Polsce, bo aż 85%, jest prowadzona przez samorządy terytorialne, z czego 44% prowadzą powiaty, 8% prowadzą miasta na prawach powiatu, 2% prowadzą gminy, a 31% prowadzą samorządy województw. W gestii ministrów takich jak Minister Zdrowia, Minister Obrony Narodowej i Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji pozostaje natomiast 8% ogólnej liczby podmiotów szpitalnych. Jest to niemal 50 podmiotów. Tymczasem spod przepisów dotyczących zmiany kierownika oraz dotyczących ustanowienia zarządcy wyłączono wszystkie podmioty szpitalne, dla których minister jest podmiotem nadzorującym lub wykonującym prawa z akcji czy udziałów. Jest to niezasadne zróżnicowanie zakresu interwencji ustawy, w zależności od podmiotu właścicielskiego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Przesłanki dla wyłączenia stosowania art. 77 i art. 78 w przypadku podmiotów nadzorowanych przez ministra zostały wskazane w uzasadnieniu.
200.	Uwaga ogólna	-	Województwo Pomorskie	W dodatku, co warte podkreślenia, szereg uprawnień, które planuje się przyznać Prezesowi Agencji, takich jak na przykład zmiana dyrektora szpitala będącego SPZOZ-em, który otrzyma kategorię D, czy też odebranie przez Prezesa Agencji zarządu podmiotowi szpitalnemu kategorii D będącemu spółką, nie będzie podlegało kontroli sądu restrukturyzacyjnego, nie będzie bowiem na nie przysługiwało zażalenie. Taka propozycję należy uznać za absolutnie niedopuszczalną, stwarzająca pole do potencjalnych nadużyć w zakresie stosowania kategorii D. Przy kategorii C zażalenie do wspomnianego sądu będzie bowiem przysługiwało.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
201.	Uwaga ogólna	-	Województwo Pomorskie	Niepokojący jest ponadto fakt całkowitego pominięcia przy ocenie szpitali aspektów medycznych (w tym jakościowych) ich funkcjonowania. Na zakwalifikowanie do poszczególnych kategorii nie wpływa standard jakościowy opieki wyrażony choćby posiadaniem certyfikatu CMJ, czy spełnieniem norm systemu ISO. Nie wzięto więc pod uwagę skuteczności leczenia, poszanowania praw pacjenta, braku (czy niskiego wskaźnika) zdarzeń medycznych, dostępności świadczeń, kompleksowości, kwalifikacji personelu itp. Pominięto również kwestie rosnących kosztów ogólnych działalności szpitalnych związanych ze znacznymi podwyżkami cen dostawy mediów, czy rosnącą inflacją, a także rosnących kosztów działalności medycznej, w tym płacy minimalnej dla zawodów medycznych oraz ogólnej płacy minimalnej, której wzrost podmiot leczniczy musi pokryć wykonawcom	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Brak propozycji konkretnych rozwiązań.  Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny.

				zamówień publicznych, nie mają automatycznego przełożenia na wzrost wynagrodzenia z kontraktu z NFZ, co wpływa na wynik finansowy, bez jakiegokolwiek wpływu na to kadry zarządzającej. Trudno zgodzić się z metodologią promującą szpitale jako przedsiębiorstwa, które w przypadku braku rentowności mogą zostać zlikwidowane bez względu na skutki społeczne.	
202.	Uwaga ogólna	-	Województwo Pomorskie	Zauważalny jest poza tym brak spójności z Kodeksem Spółek Handlowych w kwestii zarządzania majątkiem przez nadzorcę. W szczególności w przypadku spółek kapitałowych, w których struktura organów jest usankcjonowana ustawowo, rola nadzorcy nie jest powiązana ze strukturą kapitału. Zatem właściciel spółki traci faktyczną kontrolę nad swoim majątkiem.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Podmioty szpitalne są specyficznymi jednostkami niezwykle istotnymi z punktu widzenia Państwa oraz zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych pacjentów. Projektodawca uznał zatem, że najlepszym zespołem rozwiązań, który uwzględni specyfikę zarządczą podmiotów szpitalnych oraz ich układ właścicielski z istotnym czynnikiem samorządowym, będzie wyłączenie działań ochronnych oraz naprawczych dotyczących podmiotów szpitalnych poza sądowe postępowania restrukturyzacyjne (przyspieszone postępowanie układowe, postępowanie układowe oraz postępowanie sanacyjne), natomiast restrukturyzacja zadłużenia powinna odbywać się w postępowaniu o zatwierdzenie układu. Mając to na uwadze, wprowadzono do ustawy dobrze rozpoznane w praktyce, literaturze i orzecznictwie środki ochronne (zakaz egzekucji oraz zakaz wypowiedania umów) oraz środki naprawczo-rozwojowe (odstąpienie od umów, restrukturyzacja zatrudnienia oraz zbycie egzekucyjne mienia), przy czym będą one stosowane przez nadzorcę podmiotu szpitalnego, jako organ ustanowiony przez Prezesa Agencji w nieco bardziej elastycznej procedurze, aniżeli w sądowym postępowaniu restrukturyzacyjnym.
203.	Uwaga ogólna	-	Województwo Pomorskie	Podstawowe założenia ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa wydają się również niezgodne z procedowanym równoległe projektem ustawy o jakości w ochronie zdrowia. O ile ustawa o jakości nadaje priorytet poziomowi świadczeń i bezpieczeństwu pacjentów, o tyle komentowany projekt- jako pierwszoplanowy- wskazuje wynik finansowy (rentowność) szpitala zgodnie z art. 27 projektu ustawy, przyznając na tej podstawie jedną z kategorii A - D przewidzianych projektem ustawy.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa po wejściu w życie ma pozwolić na optymalizację jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa pacjenta poprzez wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących jakości i efektów leczenia (koncentrację leczenia specjalistycznego) oraz zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń. Celem wprowadzanych

					zmian legislacyjnych jest osiągnięcie korzyści dla pacjenta wynikających z dobrze działającego systemu lecznictwa szpitalnego, przede wszystkim poprzez dopasowanie tego systemu do struktury demograficznej i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności. Pacjenci skorzystają również na odpowiedniej alokacji nakładów finansowych oraz koncentracji świadczeń i profilowaniu szpitali, jak również ich usieciowieniu w zakresie realizowanych profili świadczeń. Koncentracja procedur wysokospecjalistycznych w ośrodkach kompetencji będzie miała na celu poprawę wyników leczenia, zwiększenie dostępności do nowoczesnych technologii i terapii medycznych oraz rozwój kadr medycznych.
204.	Uwaga ogólna	-	Województwo Pomorskie	<p>Nie można się także zgodzić z dwoma ostatnimi akapitami uzasadnienia projektu ustawy: „Projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej i nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia projektu.</p> <p>Nie istnieją alternatywne środki w stosunku do uchwalenia projektowanej ustawy umożliwiające osiągnięcie zamierzonego celu.”</p> <p>Projekt zaprzecza podstawowym zasadom Unii, takim jak: tworzenie rynku wewnętrznego i wspieranie wysoce konkurencyjnej gospodarki rynkowej umożliwiającej pełne zatrudnienie i postęp społeczny. Nie można także w żadnym wypadku uznać, iż przedstawiona regulacja, będąca w zasadzie wprowadzeniem scentralizowanej formy restrukturyzacji szpitali, jest jedynym środkiem osiągnięcia założonych celów ustawy.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do uzasadnienia i nie zawiera propozycji alternatywnych rozwiązań.</p>
205.	Uwaga ogólna	-	Województwo Pomorskie	<p>Podsumowując, należy skonstatować, iż bez odważnego zasilenia systemu ochrony zdrowia kadra medyczną, czyli przede wszystkim bez kształcenia znacznie większej liczby lekarzy specjalistów, pielęgniarek, ratowników medycznych, a także bez zasilenia systemu adekwatnymi do potrzeb społeczeństwa środkami finansowymi, prawdziwe, trwałe i odczuwalne dla pacjentów zmiany na korzyść nie będą miały szansy się dokonać.</p> <p>Niezwykle istotne jest przy tym stworzenie takich mechanizmów opieki nad pacjentem, żeby odbywała się ona w sposób skoordynowany, szybki oraz w takim zakresie jak to możliwe i zasadne - zdeinstytucjonalizowany, w trybie poza szpitalnym, czyli przede wszystkim w ramach wsparcia udzielanego przez podstawową opiekę zdrowotną i poradnie specjalistyczne.</p> <p>Tworzenie reformy fragmentarycznej, czyli dotyczącej jedynie szpitalnictwa, bez poprawienia koordynacji i efektywności całości systemu, czyli w szczególności bez zwiększenia skuteczności pracy POZ-ów i opieki</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga poza zakresem regulacji.</p>

				ambulatoryjnej, nie da oczekiwanych rezultatów, ponieważ system ochrony zdrowia to system naczyń połączonych. Obciążenie SOR-ów i Izb Przyjęć szpitali świadczy o tym, że ten system jest mocno zachwiany i w konsekwencji niewydolny, a dostępność do pomocy medycznej- w sytuacjach niewymagających ratowania życia- jest niewystarczająca.	
206.	Uwaga ogólna	-	Województwo Podlaskie	Z treści ustawy nie wynika, czy Agencja Rozwoju Szpitali będzie miała swoje oddziały wojewódzkie, przy przedstawionym budżecie i liczbie osób zaplanowanych do zatrudnienia wydaje się, że tak. Brak określonych zadań i zasad oddziałów.  uwzględnić w poprawkach do ustawy, poprzez opisanie zadań oddziałów wojewódzkich	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Projekt tego nie przewiduje.
207.	Uwaga ogólna	-	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ "Solidarność"	Projekt ww Ustawy może stać się w istocie kluczową zmianą w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej. Czas trwania pandemii coronavirusa boleśnie obnażył słabości i zaniedbania nie tylko finansowe, ale przede wszystkim organizacyjne. NSZZ Solidarność wielokrotnie wskazywał na brak koordynacji działania podmiotów działalności leczniczej, zarówno regionalnie, jak i na szczeblu centralnym. Kosztochłonność nieudolnego zarządzania jak i nieefektywność wykorzystania kadry medycznej budziły od wielu lat nasz sprzeciw. Z ostrożnym optymizmem więc oceniamy przedłożony projekt, mając jednakże wiele zastrzeżeń i uwag, zwłaszcza w zakresie praw pracowniczych. Z zainteresowaniem należy przyjąć przedstawienie określonej w Ocenie Skutków Regulacji m.in. pomocy publicznej pozwalającej „rozwiązać problem występowania zobowiązań wymagalnych w podmiotach szpitalnych”. W naszej ocenie proponowana w projekcie kwota powinna zostać zwaloryzowana przynajmniej na dzień 31 grudnia 2021 r. Należy oszacować jej wzrost na lata do 2025r.uwzględniając w szczególności wzrost inflacji towarów i usług. Równocześnie przedstawiony podział podmiotów leczniczych na zaproponowane grupy wg wybranych wskaźników sytuacji ekonomicznej wydaje się stosunkowo prosty, jednak w naszej ocenie za konieczne uznajemy wzięcie pod uwagę dominujących przychodów i kosztów a w konsekwencji zysków z nich i perspektyw ich utrzymania, Dotyczyć to powinno zarówno podmiotów udzielających świadczeń w jednym zakresie jak i tych w których dany zakres czy kilka zakresów posiada dominującą wagę.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
208.	Uwaga ogólna	-	Instytut Strategie 2050	Projekt ustawy wskazuje, że jego podstawowymi celami są centralizacja zarządzania szpitalnictwem i utrzymanie rygoru finansowego. To kolejny po Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) i Inspekcji Sanitarnej przykład centralizowania przez Zjednoczoną Prawicę wszystkiego, co w ochronie zdrowia zcentralizować się da. W tym celu ma zostać powołana Agencja Rozwoju Szpitali (ARS) ze swoim prezesem i jego zastępcami, 400	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do zaproponowanych rozwiązań.

				<p>zatrudnionymi osobami, która w latach 2022-2032, na wszystkie swoje zadania otrzyma 5,8 mld zł. Aż 22% z wymienionych środków zostanie przeznaczonych na wynagrodzenia pracowników Agencji. Prezes ARS wspólnie z prezesem NFZ mają decydować o wszystkim w narodowym szpitalnictwie. Ta propozycja jest szkodliwa, a zaplanowane na jej realizację środki finansowe powinny zostać wykorzystane na likwidację zobowiązań wymagalnych szpitali, retaryfikację świadczeń medycznych wykonywanych w podmiotach szpitalnych w trybie jednodniowym, dofinansowanie POZ albo inne działania naprawiające system ochrony zdrowia. Prezentowane w projekcie podstawowe zadania ARS na rzecz rozwoju szpitali w zakresie finansowania, pozyskiwania kredytów i wsparcia szpitali w aplikowaniu o różnego rodzaju fundusze, w tym o środki europejskie może być z powodzeniem realizowane przez podmioty podległe Ministerstwu Zdrowia, ze wsparciem na poziomie samorządu wojewódzkiego. Można byłoby wzorować się tutaj na rozwiązaniach zaproponowanych w dokumencie „Co po pandemii. Plan dla Zdrowia ” Instytutu Strategii 2050, który zakłada powierzenie odpowiedzialności za organizację systemu ochrony zdrowia, w tym również szpitali, jednostkom samorządu terytorialnego (JST). Samorząd wojewódzki, opierając się na regionalnych mapach potrzeb zdrowotnych, zna potrzeby zdrowotne województwa i regionu znacznie lepiej niż minister zdrowia, prezes ARS i prezes NFZ.</p>	
209.	Uwaga ogólna	-	Instytut Strategii 2050	<p>Według ustawodawcy prawidłowe funkcjonowanie publicznych podmiotów szpitalnych w Rzeczypospolitej Polskiej ograniczone jest przez: (-) pogarszającą się sytuację finansową i rosnące zadłużenie; (-) zjawisko tzw. „wielowładztwa”; (-) konkurencję między podmiotami szpitalnymi; (-) utrzymywanie nieefektywnie wykorzystywanej bazy; (-) nieskoordynowanej opieki nad pacjentem na danym terenie; (-) niedoinwestowanie sektora szpitalnictwa; (-) niewystarczające lub nieadekwatne do potrzeb zdrowotnych ludności zasoby systemu; (-) brak skoordynowania działań zarządczych w ramach zarządzania kryzysowego; (-) utrzymywanie nieefektywnie wykorzystywanej podwyższonej gotowości jednostek. O ile z tymi tezami się zgadzamy, to zupełnie inaczej je interpretujemy. Za większość z nich nie odpowiadają poszczególne podmioty lecznicze, a organizator systemu, który nie stworzył warunków dla skutecznego działania wszystkich składowych tego systemu. Trudno podmioty lecznicze obarczać odpowiedzialnością za brak skoordynowania działań zarządczych w ramach zarządzania kryzysowego w pandemii COVID-19, skoro władza centralna żadnego zarządzania kryzysowego w żadnej* z kolejnych fal pandemii nie uruchomiła. Trudno też podmioty lecznicze obarczać odpowiedzialnością za rosnące zadłużenie, skoro większość świadczeń medycznych realizowanych na poziomie szpitali powiatowych: chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, pediatria są wycenione znacznie poniżej kosztów ich realizacji. Dla rozwiązania problemu wielowładztwa, czy konkurencji między sąsiednimi szpitalami powiatowymi o te same kontrakty i tych samych specjalistów</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Ministerstwo Zdrowia dokonało na podstawie danych za 2020 r. (aktualnie brak jeszcze danych za 2021 r.) symulacji procesu kategoryzacji szpitali publicznych przewidywanego przepisami projektu ustawy. W efekcie symulacji przeprowadzonej w oparciu o wskaźniki ekonomiczno-finansowe wskazane w projektowanej ustawie, tylko co trzeci szpital (33%) zakwalifikowany został do kategorii C lub D, z którymi wiąże się konieczność podjęcia działań naprawczo-rozwojowych. Pozostałe 67% szpitali znalazłoby się w kategoriach A i B, co oznacza brak problemów w zakresie sytuacji finansowej. Jak wynika z powyższych danych, w przypadku jednostek funkcjonujących w podobnych warunkach ekonomiczno-finansowych duże znaczenie ma sposób zarządzania jednostką i kompetencje osób odpowiedzialnych za kierowanie poszczególnymi szpitalami.</p>

				wykonujących określone świadczenia nie musimy powoływać specjalnej, bardzo drogiej na etapie tworzenia i potem utrzymania agencji. Wystarczy wymienione zadania powierzyć wraz ze środkami na ten cel JST i to na nie przenieść odpowiedzialność za organizację całego systemu ochrony zdrowia w regionie, w tym również szpitali.	
210.	Uwaga ogólna	-	Institut Strategie 2050	W części II uzasadnienia ustawodawca przekonuje, że za całe „zło” związane z funkcjonowaniem podmiotów szpitalnych, a także za powtarzające się po raz kolejny zadłużenie całkowite i za zobowiązania wymagalne odpowiadają źle zarządzane szpitale powiatowe i szpitale nadzorowane przez samorządy województw. Według ustawodawcy 301 szpitali utworzonych i nadzorowanych przez powiaty i miasta na prawach powiatu (52% wszystkich szpitali publicznych w Polsce) odpowiada za 35% całości zobowiązań ogólnych i wymagalnych, a 175 szpitali nadzorowanych przez samorządy województw (31% wszystkich szpitali publicznych w Polsce) odpowiada również za po około 35% całości zobowiązań ogólnych i wymagalnych. Nie wiadomo dlaczego w tej wyliczance zostało pominiętych 50 szpitali podległych resortowi zdrowia (12 instytutów i 38 szpitali klinicznych (tylko 9% wszystkich szpitali publicznych w Polsce), które odpowiadają za 24% zobowiązań ogólnych i 29% zobowiązań wymagalnych wszystkich szpitali publicznych w Polsce. Więcej, zobowiązania wymagalne samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych i nadzorowanych przez Ministerstwo Zdrowia (instytuty i szpitale kliniczne) w okresie od grudnia 2020 roku do czerwca 2021 roku wzrosły o 30% (z 470 do 611 mln zł). Stało się tak pomimo uruchomienia we wszystkich jednostkach tego wymagających programów naprawczo-rozwojowych. Brak pozytywnego wyniku w przypadku prowadzenia procesów naprawczych w szpitalach podległych bezpośrednio resortowi zdrowia sprawia, że narracja ustawodawcy, jakoby to źle zarządzanie przez JST i/lub spółki było przyczyną zadłużenia polskich szpitali, przestaje być wiarygodną. Proponowane w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa działania naprawczo-rozwojowe pozostają nieskuteczne dla większości instytutów i niemal połowy szpitali klinicznych, pomimo sprawowania nad nimi bezpośredniego nadzoru przez resort zdrowia.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do uzasadnienia.
211.	Uwaga ogólna	-	Institut Strategie 2050	Prezentowany projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa nie tylko nie daje żadnej gwarancji, że reforma szpitalnictwa się powiedzie. Żeby jakiegokolwiek zmiany reformatorskie na poziomie lecznictwa zamkniętego miały sens, wszelkie działania powinny zostać poprzedzone usprawnieniem pracy POZ i AOS, opracowaniem aktualnych i rzeczywistych map potrzeb zdrowotnych, retaryfikacją świadczeń medycznych oraz odnowieniem jedynie aneksowanych przez ostatnie lata umów z NFZ, które w końcu uwzględniłyby koszt pracy personelu medycznego i wzrastające koszty niemedyczne szpitali. Inaczej to wszystko zmiany na chwilę.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga poza zakresem regulacji.

212.	Uwaga ogólna	-	Institut Strategie 2050	Prezentowany projekt pokazuje, że hasła resortu zdrowia o zamiarze oparcia naprawy systemu ochrony zdrowia na odwróceniu piramidy świadczeń pozostają tylko hasłami. Świadczy o tym brak wyraźnego wzrostu finansowania POZ i AOS w roku 2022 oraz brak zasadniczych zmian w organizacji tych pięter piramidy świadczeń. Pisząc ustawę o restrukturyzacji szpitali z utworzeniem nowej specjalnej agencji tylko dla szpitali resort zdrowia daje jasny sygnał, że realizację świadczeń zdrowotnych zamierza w dalszym ciągu opierać na łóżkach szpitalnych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga poza zakresem regulacji.
213.	Uwaga ogólna	-	Institut Strategie 2050	W żadnym miejscu w projekcie ustawy nie pojawia się przepis o poprawie koordynacji leczenia, nie ma także postanowień dotyczących zasad i mechanizmów zalecanej współpracy podmiotów szpitalnych z poradniami POZ, punktami AOS i innymi podmiotami leczniczymi wykonującymi pozostałe zakresy świadczeń w systemie ochrony zdrowia. Żadna reforma szpitalnictwa nie będzie skuteczna, jeżeli nie zostanie wsparta zasadą koordynacji opieki nad chorym od poziomu POZ i AOS aż do najwyższego poziomu podmiotów szpitalnych. Bez uporządkowania współpracy pomiędzy sektorami systemu usprawnienie pracy szpitali jest utopią.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga poza zakresem regulacji.
214.	Uwaga ogólna	-	Institut Strategie 2050	W projekcie ustawy brak przepisów, które wskazywałyby, że w związku z wprowadzeniem ustawy nastąpi wzrost nakładów na szpitalnictwo, a przecież poprawa sytuacji ekonomicznej restrukturyzowanych podmiotów medycznych jest podstawowym celem omawianej ustawy. W projekcie nie ma też przepisów o zwiększeniu finansowania przez NFZ każdego podmiotu szpitalnego, wobec którego zostanie powzięta decyzja o wdrożeniu procesu naprawczo- rozwojowego. Konieczności zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia (w jakiegokolwiek formie) i/lub przychodów jednostek samorządu terytorialnego (JST) nie uwzględniono również w uzasadnieniu do projektu ustawy. W związku z powyższym prezentowany projekt określany jest przez komentatorów jako „kolejna, po ustawie o sieci szpitali, reforma bez wskazania płatnika”.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga poza zakresem regulacji.
215.	Uwaga ogólna	-	Institut Strategie 2050	Istnieją uzasadnione są obawy, że nowa ustawa stanowi pierwszy krok do przeprofilowania mniejszych placówek i wymuszenia konsolidacji z jednostkami dominującymi. Kilka miesięcy temu, razem z założeniami do projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, Ministerstwo Zdrowia przedstawiło opartą na dominującej roli szpitali klinicznych koncepcję reformowania szpitalnictwa na poziomie wojewódzkim.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Projekt przewiduje indywidualne podejście do każdego podmiotu szpitalnego, zmianę profilu i dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, map potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz sieci szpitali.
216.	Uwaga ogólna	-	Institut Strategie 2050	W lipcu 2021 roku wiceminister Sławomir Gadomski oświadczył, że ARS będzie mogła przejąć w zarządzanie maksymalnie 50 podmiotów szpitalnych. Według danych na koniec 2020 roku, 80% sumy zobowiązań wymagalnych szpitali publicznych generowane było przez zaledwie 14% szpitali (78	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do zaproponowanych rozwiązań.

				szpitali), natomiast za generowanie połowy zobowiązań wymagalnych odpowiedzialnych było zaledwie 4% szpitali (23 szpitale). Zobowiązania ogółem szpitali publicznych na koniec 2020 roku wynosiły 20 mld zł, a zobowiązania wymagalne 2,1 mld zł. W dalszym ciągu one rosną. Jeżeli przyjąć, że jednym z głównych celów ustawy ma być likwidacja tzw. Toksycznych długów, to przeznaczenie na ten cel 3 mld zł, z planem ich wydatkowania przez następnych 5 lat dla maksymalnie 50 podmiotów szpitalnych, to nie daje nadziei na powodzenie projektu.	
217.	Uwaga ogólna	-	Instytut Strategie 2050	Podsumowując, zwracamy uwagę, że w dokumencie brakuje odniesienia do realnej oceny potrzeb zdrowotnych społeczeństwa w danym regionie kraju i dostępności do odpowiednich świadczeń szpitalnych. Brak odpowiedzi na pytanie kto i na jakiej podstawie ma decydować o tym, jaki profil i ile łóżek szpitalnych należy utrzymać w danym regionie kraju. W artykule 59 punkt 1 projekt czyni NFZ odpowiedzialnym za dostosowanie działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych. Brak uwzględnienia wskaźników HNA (Health Needs Assessment) czyni założenia projektu bezwartościowymi i obarczonymi ogromnym błędem. Nie należy nic robić „na oko” ani „po uważaniu”, ani pod wpływem nacisków grup interesów, czy jak to powiedział sam minister zdrowia „opierając się na intuicji”. Wszelkie decyzje należy opierać na podstawie wymiernych wskaźników służących potem do monitorowania efektów wprowadzanych zmian.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
218.	Uwaga ogólna	-	Ośrodek Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych	Projekt reformy winien w każdym zakresie obejmować również podmioty lecznicze wymienione w art. 2 ust. 1 pkt 12 oraz art. 8 pkt 1 lit. b ustawy o działalności leczniczej. Tj. podmioty realizujące stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne w tym świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzależnień, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach.  Pominięcie wymienionych powyżej, bardzo licznych podmiotów leczniczych, przyczyni się jedynie do dalszego rozdrobnienia systemu, co, skutkować będzie stworzeniem w naszym kraju ochrony zdrowia dwóch prędkości. Pierwsza grupa podmiotów, objęta działaniami restrukturyzacyjnymi, a następnie wsparta możliwością absorpcji dodatkowych środków z różnych strumieni finansowych w tym min. z budżetu państwa, funduszy unijnych (włączając w to również środki z KPO), czy funduszy celowych zarządzanych przez Ministra Zdrowia. , będzie beneficjentem reformy. Niestety, na drugim biegunie tych perspektyw znajdują się takie podmioty jak Ośrodek Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych i ogromna rzesza innych jednostek systemu ochrony zdrowia, które zostały w tym dokumencie całkowicie pominięte.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Uwaga poza zakresem regulacji.



219.	Uwaga ogólna	-	Polskie Stowarzyszenie Niezależnych Lekarzy i Naukowców	<p>Jeśli, tak jak zakłada projekt, szpitale mają odnosić się do regionalnych potrzeb zdrowotnych, ich działania powinny być zintegrowane z wszystkimi innymi działaniami prozdrowotnymi, które na te potrzeby odpowiadają, w tym: edukacją zdrowotną, profilaktyką, działalnością POZ, działalnością gabinetów specjalistycznych działających na danym terenie. Na przykład: jeśli pacjent z cukrzycą po operacji nowotworu, nie dostanie wsparcia edukacyjnego i pielęgniarskiego z POZ i nie zachowa odpowiedniej diety cukrzycowej, jego rana będzie się z trudem goiła i będzie wielokrotnie powracał na oddział szpitala, podkopując jego skuteczność i obniżając także wskaźniki ekonomiczne. Bez zintegrowania wszystkich służb w jeden system, nie możemy liczyć na zmianę obecnej sytuacji.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Brak propozycji konkretnych rozwiązań.</p>
220.	Uwaga ogólna	-	Polskie Stowarzyszenie Niezależnych Lekarzy i Naukowców	<p>Konflikt interesów szpitala z pacjentami - im więcej chorują tym więcej szpital zarabia.</p> <p>Narodowy Fundusz Zdrowia, który przekazuje szpitalom pieniądze zależne od ilości wykonanych świadczeń lekarskich sprawia, że szpital jest w konflikcie interesów ze swoimi pacjentami. Im więcej chorują pacjenci - tym więcej zarabia szpital. Innymi słowy między potrzebami zdrowotnymi obywateli, a kondycją finansową szpitali jest w obecnym systemie sprzeczność, którą można byłoby zlikwidować jedynie wprowadzając twarde kryteria zdrowotne w ocenie szpitali. Obecnie funkcjonujące i nadal proponowane w nowej ustawie podejście nie zachęca szpitali do prowadzenie działań profilaktycznych w walce z chorobami cywilizacyjnymi, które stanowią największe obciążenie dla budżetu państwa.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Brak propozycji konkretnych rozwiązań.</p>
221.	Uwaga ogólna	-	Polskie Stowarzyszenie Niezależnych Lekarzy i Naukowców	<p>Centralizacja, złamanie zasady pomocniczości.</p> <p>Stworzenie jednej Agencji Rozwoju Szpitali jest niezgodne z obowiązującą nawet w biznesie zasadą dywersyfikacji ryzyka. To znaczy błędna decyzja w tak dużej instytucji przenosi się na cały system. Założenie, że brak centralnego nadzoru nad procesami zachodzącymi w podmiotach powoduje nieoptymalne dysponowanie rosnącymi środkami finansowymi, które znajdujemy w komentarzu do projektu ustawy, wywodzi się chyba z innych czasów. Poza tym centralizm niszczy zasadę pomocniczości, zgodnie z którą najwięcej informacji potrzebnych do podejmowania decyzji jest na możliwie najniższych szczeblach zarządzania. Dotyczy to także wyznaczenia, zgodnie z zaleceniami Banku Światowego, jedynie jednego Sądu Okręgowego w Warszawie do kontrolowania działań Agencji. Projektodawcy tak o tym piszą: Bank Światowy podkreślił, że kluczowe dla powodzenia reformy prawa upadłościowego i restrukturyzacyjnego jest efektywne zarządzanie kadrami wymiaru sprawiedliwości, w ten sposób aby zwiększać ilość specjalistycznych szkoleń i zatrzymać niepożądaną rotację kadry sędziowskiej w wydziałach upadłościowych. Bank Światowy wprost wskazał na potrzebę przekazania rozpoznawania spraw restrukturyzacyjnych i upadłościowych wykwalifikowanym sędziom, sądom wyższych instancji. (...) Przekazanie spraw restrukturyzacyjnych podmiotów szpitalnych do</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do zaproponowanych rozwiązań.</p>

				właściwości jednego sądu okręgowego, tj. Sądu Okręgowego w Warszawie jest uzasadnione wyjątkową specjalizacją tego sądu w zakresie spraw o szczególnym charakterze. Sąd ten prowadzi sprawy z zakresu: zamówień publicznych, ochrony konkurencji i konsumentów, własności intelektualnej oraz pracy i ubezpieczeń społecznych.	
222.	Uwaga ogólna	-	Polskie Stowarzyszenie Niezależnych Lekarzy i Naukowców	Sposób wprowadzania ustawy  Przeznaczenie praktycznie jednego miesiąca na konsultacje społeczne ustawy jest de facto wyrażeniem przekonania, że konsultacje te nie wniosą żadnej wartości i nie mają większego znaczenia. O nowym kształcie służby zdrowia powinna odbyć się ogólnonarodowa debata, wszystkich zainteresowanych, zakończona referendum nad wyborem właściwej opcji. W ustawie w ramach jakościowych analiz efektywności działalności leczniczej powinna bezwarunkowo znaleźć się niezależna ocena zadowolenia pacjentów oraz opinie pracowników o podmiocie szpitalnym. W obecnym kształcie ustawy- brak takiego elementu ludzkiego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Konsultacje zostały przeprowadzone z zachowaniem terminów wynikających z rządowego procesu legislacyjnego.
223.	Uwaga ogólna	-	Dyrektorzy szpitali powiatowych województwa podlaskiego	Zaproponowane wskaźniki ekonomiczno-finansowe, pozostawione w formule przewidzianej w projekcie przedmiotowej ustawy, spowodują, że prawie wszystkie szpitale będą poddane procesowi modernizacji i poprawy efektywności, natomiast podmioty tworzące, które do tej pory prezentowały zachowania w poczuciu odpowiedzialności za zdrowie danej wspólnoty terytorialnej inwestując w infrastrukturę, dbając w ten sposób o bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców danego obszaru, zostaną pozbawione jakiegokolwiek wpływu na efekt przeprowadzanych postępowań naprawczo-rozwojowych. Wydaje się być zasadnym pozostawienie w gestii podmiotów tworzących decyzję o przystąpieniu danego podmiotu leczniczego do procesu uzyskania kategoryzacji i wdrożenia postępowania naprawczo-rozwojowego na warunkach przewidzianych w projekcie ustawy. Decyzja o przystąpieniu do realizacji restrukturyzacji powinna być dobrowolna, ale obligatoryjna w przypadku chęci pozyskania środków zewnętrznych na realizację zadań inwestycyjnych (np. analogicznie do obecnie obowiązujących przepisów dot. IOWISZ).	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Należy podkreślić, iż prace nad niniejszą reformą zostały zapoczątkowane pod koniec 2020 r. Założenia reformy zostały opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia w dniu 31 maja 2021 r. W założeniach tych wskazano trzy warianty rozwiązań, spośród których wybrano najbardziej optymalny Wariant III „Agencja Rozwoju Szpitali i ewaluacja szpitali” – obecnie realizowany w formalnym procesie legislacyjnym.
224.	Uwaga ogólna	-	Dyrektorzy szpitali powiatowych województwa podlaskiego	Głównym założeniem projektu ustawy jest poprawa efektywności szpitalnictwa. Jest to bardzo słuszne założenie albowiem to efektywność działania jest najważniejszym bieżącym i strategicznym celem każdego podmiotu leczniczego. Jednak na efektywność podmiotu leczniczego nie mają wpływu wyłącznie wskaźniki ekonomiczno-finansowe, ale również wskaźniki oceniające jakość (np. posiadane certyfikaty, liczba skarg/ odszkodowań na rzecz pacjentów, średni czas oczekiwania na dane świadczenie, poziom satysfakcji pacjentów), wskaźniki dotyczące wykorzystania zasobów (np. wskaźniki: obłożenia łóżka, wskaźnik przelotowości, zabiegowości, średniego czasu pobytu oraz stosunek liczby pacjentów do liczby personelu medycznego), oraz te stosowane w wymiarze	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Brak propozycji konkretnych rozwiązań.  Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Ministerstwo Zdrowia dokonało na podstawie danych za 2020 r. (aktualnie brak jeszcze danych za 2021 r.)

				<p>behawioralnym i rozwojowym, co nie zostało ujęte w przedmiotowym projekcie ustawy.</p> <p>Na funkcjonowanie szpitala mają również wpływ inne czynniki. Wartość wyceny świadczeń medycznych niejednokrotnie nie pozwala szpitalom na pokrycie kosztów funkcjonowania. Niski poziom finansowania nie zwiększa się wraz ze wzrostem poziomu inflacji, która powoduje wzrost cen m.in. paliwa i mediów. Warty uwagi jest fakt, że podmioty lecznicze nie mają realnego wpływu na stronę kosztową w zakresie rozwiązań ustawowych regulujących płace minimalne, minimalne wynagrodzenia w zawodach medycznych (nie uwzględniające umów cywilno-prawnych). Wycena świadczeń opieki zdrowotnej nie nadąża za bardzo dynamicznie rosnącą stroną kosztową działalności medycznej, co w efekcie prowadzi do pogłębiania się niekorzystnej sytuacji finansowej szpitali i może wpłynąć na ich destabilizację.</p>	<p>symulacji procesu kategoryzacji szpitali publicznych przewidywanego przepisami projektu ustawy. W efekcie symulacji przeprowadzonej w oparciu o wskaźniki ekonomiczno-finansowe wskazane w projektowanej ustawie, tylko co trzeci szpital (33%) zakwalifikowany został do kategorii C lub D, z którymi wiąże się konieczność podjęcia działań naprawczo-rozwojowych. Pozostałe 67% szpitali znalazłoby się w kategoriach A i B, co oznacza brak problemów w zakresie sytuacji finansowej. Jak wynika z powyższych danych, w przypadku jednostek funkcjonujących w podobnych warunkach ekonomiczno-finansowych duże znaczenie ma sposób zarządzania jednostką i kompetencje osób odpowiedzialnych za kierowanie poszczególnymi szpitalami.</p>
225.	Uwaga ogólna	-	<p>Dyrektorzy szpitali powiatowych województwa podlaskiego</p>	<p>Zaprezentowany projekt ustawy nie obejmuje całego systemu ochrony zdrowia. Dotyczy jedynie szpitalnictwa. Modernizacja i poprawa efektywności powinna dotyczyć wszystkich uczestników systemu opieki zdrowotnej, a mianowicie podmiotów udzielających świadczeń szpitalnych, stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż świadczenia szpitalne - świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrawiskowego, ambulatoryjna opieka zdrowotna, podstawowa opieka zdrowotna, opieka długoterminowa, rehabilitacja lecznicza, co wpłynie na zapewnienie ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń. Pozostawienie powyższych zapisów może doprowadzić do sytuacji drastycznego ograniczenia dostępności świadczeń mieszkańcom danego obszaru/ regionu, o ile nie zostaną powiązane koncentracja zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacja funkcji medycznych z obiektywną i rzetelną analizą zapotrzebowania mieszkańców na świadczenia opieki zdrowotnej we wszystkich rodzajach świadczeń. Należy w tym miejscu podkreślić, że np. likwidacja danego oddziału szpitalnego w szpitalu powiatowym może spowodować zamknięcie również jednoimiennej poradni.</p> <p>Przewidziane w projekcie ustawy plany rozwojowe w swoim założeniu zawierać będą ocenę podmiotu szpitalnego w zakresie dostosowania jego działalności do regionalnych potrzeb zdrowotnych oraz propozycje i zakres współpracy z innymi podmiotami leczniczymi, w tym koncentrację zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidację funkcji medycznych. Konsekwencją powyższego może stać się ograniczenie dostępności świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ze względu na pogłębienie się już i tak występującego deficytu kadry medycznej.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zaproponowane rozwiązania mają charakter ewolucyjny i zakładają indywidualne podejście do każdego podmiotu.</p>

				Doprowadzić to może do likwidacji poradni specjalistycznych w mniejszych miejscowościach, co z kolei może wywołać bezpośrednie ograniczenie dostępności do świadczeń dla mieszkańców małych miejscowości, którzy będą musieli korzystać ze świadczeń w miejscowościach znacznie oddalonych od ich miejsca zamieszkania, a to będzie miało pośredni wpływ na dostęp dla mieszkańców dużych aglomeracji przez wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.	
226.	Uwaga ogólna	-	Pracodawcy RP	<p>Pracodawcy RP mieli nadzieję, że doświadczenia wyniesione z pandemii przyczynią się do wdrożenia poważnych zmian w polskim systemie ochrony zdrowia, ponieważ wciąż brakuje skutecznych instrumentów zapewniających dostępność, jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń. Przy zbyt małych funduszach dystrybuowanych na opiekę zdrowotną, przy braku kadr medycznych – dzisiaj głównym celem podmiotów leczniczych jest walka o przetrwanie. Mamy olbrzymi problem z organizacją opieki zdrowotnej tak, aby była ona dostępna na każdym poziomie, aby nakierowana była na utrzymanie społeczeństwa w zdrowiu, a nie w chorobie, aby gwarantowała jakość i innowacyjność. System opieki zdrowotnej wymaga od lat, a zwłaszcza dzisiaj, nadzwyczajnego potraktowania. Celem przygotowanych rozwiązań powinna być poprawa sytuacji ekonomicznej i zarządczej szpitali, a tym samym zapewnienie bezpieczeństwa ich funkcjonowania.</p> <p>Natomiast z przykrością należy stwierdzić, iż projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa całkowicie rozminął się z wcześniejszymi założeniami i oczekiwaniami. To kolejne przepisy, które komplikują funkcjonowanie podmiotów leczniczych i w kolejnej ustawie regulują kwestie ich organizacji, a co gorsze – utrwalają (z pominięciem zasady dobrowolności) istniejącą organizację szpitali, ograniczając się do kontrowersyjnych zmian w zarządzaniu sytuacją finansową podmiotów leczniczych realizujących leczenie szpitalne.</p> <p>Warto w tym miejscu przypomnieć, że podstawową ustawą regulującą funkcjonowanie podmiotów leczniczych w Polsce jest ustawa o działalności leczniczej. Kolejną ustawą, która reguluje funkcjonowanie szpitali jest ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (regulacje dotyczące tzw. sieci szpitali, które omawianym projektem ustawy zostają również zmienione). Do tego dochodzi projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, którego celem jest również poprawa efektywności funkcjonowania podmiotów leczniczych. Te projekty nakładają na szpitale kolejno – obowiązkowy proces autoryzacji (co 5 lat), a do tego w omawianym projekcie obowiązkową ocenę (co 3 lata) i przyznanie określonej kategorii szpitali. Ponadto ustawy te i projekty ustaw definiują organizację szpitali w każdej ustawie niestety inaczej, wprowadzając totalny chaos.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Należy podkreślić, iż prace nad niniejszą reformą zostały zapoczątkowane pod koniec 2020 r. Założenia reformy zostały opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia w dniu 31 maja 2021 r. W założeniach tych wskazano trzy warianty rozwiązań, spośród których wybrano najbardziej optymalny wariant III „Agencja Rozwoju Szpitali i ewaluacja szpitali” – obecnie realizowany w formalnym procesie legislacyjnym. Wariant I „Ograniczenie liczby podmiotów nadzorujących szpitale”, który budził największe kontrowersje i obawy jednostek samorządu terytorialnego nie uzyskał akceptacji i rekomendacji.</p> <p>Ponadto należy wskazać, iż uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do zaproponowanych rozwiązań.</p>
227.	Uwaga ogólna	-	Pracodawcy RP	Biorąc pod uwagę liczbę aktów prawnych regulujących leczenie szpitalne w Polsce, można pokusić się o stwierdzenie, że proponowany jest niezwykle	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>

			<p>skomplikowany system regulacji. Ilość wprowadzanych przepisów i wielość nowelizacji odnoszących się do tych samych zakresów niewątpliwie nie buduje ani po stronie pacjentów, ani podmiotów leczniczych poczucia stabilności i przejrzystości prawa. Tworzący regulacje prawne zapominają niestety, że za każdymi nowymi przepisami idą wewnętrzne procesy organizacyjne, które mają na celu dostosowanie się do nadchodzących zmian.</p> <p>Oczywiście niekwestionowaną potrzebą jest poprawa efektywności szpitali, ich modernizacji oraz sanacji ich sytuacji finansowej. Restrukturyzacja powinna być prowadzona w sposób pozwalający na dostosowanie do istniejących i przewidywanych potrzeb zdrowotnych odpowiedniej populacji, co oznacza konieczność ich wszechstronnego określenia (mapy potrzeb) oraz zsynchronizowania z działalnością innych placówek działających na określonym obszarze. Poza tym działania takie wymagają przeprowadzenia pilotażu – powinny być kształtowane stopniowo, w miarę nabywania doświadczeń i zapewne proces ten nie powinien być obligatoryjny.</p> <p>Natomiast zaproponowane w przedmiotowej ustawie rozwiązania są nie do przyjęcia. Przepisy nakazujące Narodowemu Funduszowi Zdrowia sfinansowanie działań naprawczych w danym podmiocie są nie do zrealizowania, ponieważ w projekcie nie zawarto żadnych mechanizmów łączących proces naprawczo-rozwojowy z finansowaniem przez NFZ świadczeń, a to byłoby rzeczywistym mechanizmem motywującym do zmian i rozwoju (a nie obowiązkiem o charakterze stricte administracyjnym). Natomiast zalecenia Agencji w tym zakresie mogą nie zostać uwzględnione w zawieranej kontrakcie z NFZ. Ponadto z żadnych przepisów nie wynika, by nakłady na szpitalnictwo miały wzrosnąć, zatem restrukturyzacja w ramach obecnego finansowania szpitali musiałaby polegać na ograniczeniu działalności i wydatków, co skutkowałoby zmniejszeniem liczby personelu, a to przy obecnych brakach kadrowych nie wydaje się być możliwe z uwagi na ryzyko przerwania ciągłości udzielania świadczeń. Niewyobrażalne jest też przy dzisiejszej presji płacowej obniżanie wynagrodzeń.</p> <p>W ocenie Pracodawców RP warto rozważyć, aby nakłady finansowe dedykowane na stworzenie nowej Agencji mogły zostać przeznaczone na oddłużanie szpitali.</p>	
228.	Uwaga ogólna	-	<p>Pracodawcy RP</p> <p>Projekt ustawy zakłada również wprowadzenie do szpitali ministerialnego zarządcy, który miałby podejmować decyzje o losach danego podmiotu. Niestety w projekcie nie ma przepisu, który w takiej sytuacji zdejmowałby z zarządu szpitala odpowiedzialność finansową, a zgodnie z Kodeksem spółek handlowych, jakimi jest część szpitali, zarząd danego szpitala w tej sytuacji ryzykowałby majątkiem za decyzje podejmowane przez kogoś innego. W mniejszym stopniu dotyczy to SPZOZ, ale i tutaj kierownik takiego podmiotu ponosi odpowiedzialność w zakresie naruszenia dyscypliny finansów publicznych – czego autorzy projektu omawianej ustawy zdają się nie zauważać.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

229.	Uwaga ogólna	-	Pracodawcy Pomorza	<p>Niepokojący jest fakt całkowitego pominięcia aspektów medycznych (w tym jakościowych) funkcjonowania szpitali. Na zakwalifikowanie do poszczególnych kategorii nie wpływa standard jakościowy opieki wyrażony choćby posiadaniem certyfikatu CMJ czy spełnieniem norm systemu ISO. Nie wzięto więc pod uwagę skuteczności leczenia, poszanowania praw pacjenta, braku zdarzeń medycznych, dostępności świadczeń, kompleksowości, kwalifikacji personelu itp. Trudno zgodzić się z metodologią promującą szpitale jako przedsiębiorstwa, które w przypadku braku rentowności mogą zostać zlikwidowane bez istotnych następstw społecznych. Pewnie w sukurs przyszłaby zapowiadana od wielu lat ustawa o jakości w ochronie zdrowia ale ów akt prawny w dalszym ciągu nie jest skutecznie procedowany.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak propozycji konkretnych rozwiązań.</p> <p>Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny.</p>
230.	Uwaga ogólna	-	Pracodawcy Pomorza	<p>Brak spójności z ksh w kwestii zarządzania majątkiem przez nadzorcę. W szczególności w przypadku spółek kapitałowych, w których struktura organów jest usankcjonowana ustawowo, rola nadzorcy nie jest powiązana ze strukturą kapitału. Zatem właściciel spółki traci faktyczną kontrolę nad swoim majątkiem.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Podmioty szpitalne są specyficznymi jednostkami niezwykle istotnymi z punktu widzenia Państwa oraz zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych pacjentów. Projektodawca uznał zatem, że najlepszym zespołem rozwiązań, który uwzględni specyfikę zarządczą podmiotów szpitalnych oraz ich układ właścicielski z istotnym czynnikiem samorządowym, będzie wyłączenie działań ochronnych oraz naprawczych dotyczących podmiotów szpitalnych poza sądowe postępowania restrukturyzacyjne (przyspieszone postępowanie układowe, postępowanie układowe oraz postępowanie sanacyjne), natomiast restrukturyzacja zadłużenia powinna odbywać się w postępowaniu o zatwierdzenie układu. Mając to na uwadze, wprowadzono do ustawy dobrze rozpoznane w praktyce, literaturze i orzecznictwie środki ochronne (zakaz egzekucji oraz zakaz wypowiedzania umów) oraz środki naprawczo-rozwojowe (odstąpienie od umów, restrukturyzacja zatrudnienia oraz zbycie egzekucyjne mienia), przy czym będą one stosowane przez nadzorcę podmiotu szpitalnego, jako organ ustanowiony przez Prezesa Agencji w nieco bardziej elastycznej procedurze, aniżeli w sądowym postępowaniu restrukturyzacyjnym.</p>
231.	Uwaga ogólna	-	Związek Województw RP - Województwo Podkarpackie	<p>Słusznym i celowym zdają się wszelkie próby poprawy efektywności, jakości i sytuacji ekonomicznej publicznych jednostek ochrony zdrowia, w szczególności w typie lecznictwa szpitalnego. Skądinąd jednak proponowany projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa może spowodować co najmniej kilka negatywnych skutków, np.: szpitale, którym</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Poszczególne kategorie będą warunkowały działania rozwojowe i naprawcze jakie zostaną podjęte w poszczególnych podmiotach.</p>

			(za pośrednictwem KWRiST)	<p>zostaną przyznane kategorii „C” i „D” mogą ponieść negatywne następstwa tego stanu rzeczy:</p> <p>a) w odbiorze społecznym będą to jednostki gorszego sortu, tj. pacjenci będą przez pryzmat kategorii niejako finansowej postrzegać jakość udzielania świadczeń zdrowotnych, a przez to kierować będą się do szpitali w kategorią „A” i „B”. Siłą rzeczy spowoduje to straty finansowe dla szpitali kategorii „C” i „D”</p> <p>b) Szpitale kategorii „C” i „D” będą traktowane przez dostawców (wykonawców zamówień publicznych), ale także i przez personel jako kontrahent niepewny, przez co może to po pierwsze wpływać na dostępność pewnego zakresu wykonawców działających na rynku medycznym (przepisy sanacyjne, ingerencje przez nadzorcę w trwające stosunki umowne), a co za tym idzie podniesienie jakości świadczeń w w/w szpitalach, a po drugie „odpływ” personelu medycznego, w tym lekarskiego; lekarze nie będą chcieli wiązać się ze szpitalami o najniższych kategoriach.</p> <p>Wyżej wymienione okoliczności mogą dotknąć zwłaszcza jednostki małe oraz te spoza wielkich ośrodków miejskich (gdzie nie ma bazy akademickiej, oraz dużych zasobów biznesowo – finansowych).</p>	
232.	Uwaga ogólna	-	Związek Banków Polskich	<p>Proponowane w projekcie ustawy rozwiązania są w ocenie ZBP krzywdzące dla wierzycieli szpitali, a działania naprawczo-rozwojowe szpitali będą realizowane w znacznej mierze ich kosztem. Ryzyko objęcia szpitali postępowaniem naprawczo-rozwojowym najpewniej przyczyni się do wykluczenia takich podmiotów z finansowania bankowego albo do oferowania takiego finansowania na warunkach, jak dla podmiotów wysokiego ryzyka kredytowego. Ponadto, nawet gotowość do udzielenia szpitalom finansowania bankowego będzie się wiązać znacznie częściej niż dotychczas z uzależnieniem udzielenia finansowania od ustanowienia zabezpieczeń przez podmioty trzecie, w formie przykładowo poręczeń czy zabezpieczeń rzeczowych.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Instrumenty, które są dostępne w ramach postępowania naprawczo-rozwojowego są obecnie dostępne dla podmiotów szpitalnych, w tym sp zoz, w ramach postępowania sanacyjnego np. art. 256 w zw. z 297, art. 298, art. 300 oraz art. 312 Prawa restrukturyzacyjnego. Sytuacja wierzycieli wobec tego nie ulega zmianie, natomiast przyjęta procedura jest bardziej dostosowana do potrzeb podmiotów szpitalnych.</p>
233.	Uwaga ogólna	-	Związek Banków Polskich	<p>Wprowadzenie ustawy w proponowanym kształcie może spowodować, że Banki będą skłonne do wypowiedzania umów kredytu, w tym kredytów płynnościowych. Banki mogą ograniczyć możliwość udzielania kredytów inwestycyjnych przy już rozpoczętych, jak i planowanych inwestycjach w służbie zdrowia. Instytucje finansowe utracą dotąd ustawowe zaufanie co do możliwości zwrotu długu przez podmioty szpitalne. Dołączenie podmiotów szpitalnych prowadzonych w formie SPZOZ do prawa restrukturyzacyjnego umożliwi przerzucenie odpowiedzialności za długi szpitali na wierzycieli, w tym Banki. Proponowane zapisy procedury postępowania restrukturyzacyjnego wobec podmiotów szpitalnych wprowadzają możliwość prowadzenia procesów naprawczych bez określenia końca ich zakończenia wraz z nieograniczoną przepisami możliwością umorzeń wierzytelności. Sytuacja ta naraża instytucje finansowe zaangażowane dotąd w finansowania podmiotów szpitalnych, szczególnie w tak trudnym okresie pandemii, na duże straty finansowe (w tym na naliczenie rezerw od całości</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Niezasadna jest uwaga, z której można interpretować, że sp zoz nie mają zdolności restrukturyzacyjnej, gdyż takową posiadają, co zostało szczegółowo wskazano w uzasadnieniu. Niezasadna jest również uwaga do nieograniczonej przepisami możliwości umorzeń wierzytelności, gdyż do postępowania restrukturyzacyjnego dotyczącego podmiotu szpitalnego w ramach którego dochodzi do umorzenia zobowiązań stosuje się art. 152 i art. 191 Prawa restrukturyzacyjnego.</p>

				zaangażowania). Banki są już zaangażowane w procesy oddłużeniowe szpitali poprzez konwersje zadłużenia krótkoterminowego w tańsze i bezpieczniejsze zadłużenie długoterminowe. Dlatego ZBP postuluje wykluczenie możliwości prowadzenia wobec podmiotów szpitalnych postępowań restrukturyzacyjnych albo zastosowanie wobec Banków w ramach takich postępowań standardowych przepisów restrukturyzacyjnych.	
234.	Uwaga ogólna	-	Związek Banków Polskich	Projekt ustawy przewiduje wstrzymanie toczących się i uniemożliwia wszczęcie nowych postępowań egzekucyjnych wskutek zainicjowania postępowania naprawczo-rozwojowego, co do którego ustawa nie daje wierzycielom żadnych uprawnień kwestionowania zasadności wszczęcia takiego postępowania. W warunkach, jakie miałyby stworzyć ustawa trudno będzie Bankom dokonać realnej oceny zdolności kredytowej szpitali, zwłaszcza, że realność dochodzenia zaspokojenia od szpitali w sytuacji niespłacania udzielonych kredytów może okazać się iluzoryczna.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
235.	Uwaga ogólna	-	Związek Banków Polskich	ZBP postuluje wyłączenie z zakresu zastosowania ustawy umów finansowania szpitali zawartych przed datą jej wejścia w życie.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Umowy finansowania szpitali, w tym sp zoz, przed wejściem w życie ustawy mogły podlegać regulacjom art. 298 Prawa restrukturyzacyjnego, którego treść jest tożsama z projektowanym art. 72. Ograniczenia egzekucji roszczeń wynikających z tych umów były przewidziane w art. 226e oraz art. 312 Prawa restrukturyzacyjnego. Projektowana zmiana stanu prawnego w tym zakresie utrzymuje dotychczasowe rozwiązania umożliwiając jedynie skorzystanie z nich również tym podmiotom szpitalnym, które nie zamierzają zredukować swoich zobowiązań wobec wierzycieli.
236.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cel ustawy i sposób realizacji</li> </ul> <p>W ocenie OPZZ założenia ustawy, wskazujące na nierozwiązane od lat mankamenty w obszarze szpitalnictwa są trafnie określone. Celnie zdefiniowano negatywne czynniki ryzyka charakteryzujące działalność podmiotów szpitalnych, z których najistotniejszymi są: zjawisko tzw. „wielowładztwa” czyli występowania różnych podmiotów tworzących i nadzorujących podmioty szpitalne na określonym obszarze, niezasadniona konkurencja między szpitalami, utrzymywanie nieefektywnie wykorzystywanej bazy szpitalnej czy podwyższonej gotowości, nieskoordynowana opieka nad pacjentem na danym terenie, niedoinwestowanie szpitalnictwa, niewystarczające lub nieadekwatne do potrzeb zdrowotnych zasoby systemu czy brak koordynacji zarządzania. Dobrym założeniem jest także to, że ustawa ma umożliwić optymalizację jakości leczenia pacjentów przez cyt. „(...) wdrożenie systemowych</p>	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do zaproponowanych rozwiązań.



				rozwiązań dotyczących jakości i efektów leczenia (koncentrację leczenia specjalistycznego) oraz zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń”. Wskazane założenia nie idą jednak w parze z zaproponowanymi zmianami. W ocenie OPZZ, dla rozwiązania obecnych problemów szpitalnictwa w Polsce nie jest potrzebna nowa ustawa, stanowiąca lex specialis wobec innych systemowych aktów prawnych w ochronie zdrowia. Już w dzisiejszym ustawodawstwie, zarówno podmioty tworzące, jak i kierownicy podmiotów leczniczych dysponują wystarczającymi narzędziami ekonomicznymi i decyzyjnością, aby zorganizować leczenie pacjentów w swoim regionie, zgodne zarówno z obowiązującą mapą potrzeb zdrowotnych, jak i profilem pożądaných świadczeń zdrowotnych.	
237.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niefortunny czas wdrażania zmian ustawowych</li> </ul> <p>Systemowa reforma szpitalnictwa w czasie kolejnej fali pandemii oraz funkcjonowania szpitali w specyficznych warunkach jest wysoce niefortunnym czasem. Wiele podmiotów leczniczych, w tym szpitalnych, zostało z konieczności przeprofilowanych na jednostki covidowe i funkcjonują one w innych warunkach niż przed pandemią. Także niewłaściwym jest przyjęte założenie ustawowe, by w procesie kategoryzacji szpitali podstawą do ich oceny były dane ekonomiczne z roku 2021.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Podstawą kategoryzacji będą dane za rok 2022.</p>
238.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych	<ul style="list-style-type: none"> <li>Marginalizowanie zagadnień pracowniczych</li> </ul> <p>Projekt zakłada wprost, zarówno w Uzasadnieniu, jak i Ocenie Skutków Regulacji, że przepisy pozwolą na eliminację konieczności utrzymywania w części podmiotów szpitalnych wykwalifikowanego personelu medycznego, jak i efektywniejsze wykorzystanie dostępnych zasobów kadrowych podmiotów szpitalnych.</p> <p>Restrukturyzacja szpitali oznacza wprost restrukturyzację zatrudnienia, co w czasie deficytu kadr w sektorze ochrony zdrowia nie jest akceptowalne. Jeśli celem ustawy ma być rozwój i modernizacja szpitalnictwa, rozwój ten powinien być także inwestycją w kadry, a nie ich redukcją i zwolnieniami pracowników.</p> <p>Nie do przyjęcia jest brak uwzględnienia i wskazania wprost w projekcie ustawowej roli zakładowych organizacji związkowych w procesie konsultowania i uzgadniania wszelkich spraw związanych z obszarem pracowniczym. Na każdym z etapów planu rozwojowego czy naprawczego - rozwojowego ustawowa rola organizacji związkowych została zastąpiona bardzo szerokimi uprawnieniami nadzorczy, co jest niezrozumiałe i łamie ustawę o związkach zawodowych.</p> <p>Uprawnienia zakładowych organizacji związkowych do konsultacji i uzgadniania wszystkich kwestii związanych z obszarem spraw pracowniczych (ustawa określa je „zasobami ludzkimi” !) powinny zostać przywrócone i wprost wskazane w projekcie ustawy.</p> <p>Przykładowo, dotyczy to m.in. następujących sytuacji:</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Restrukturyzacja zatrudnienia jest możliwością a nie obowiązkiem i nie będzie miała miejsca we wszystkich podmiotach szpitalnych.</p> <p>Projekt przewiduje indywidualne podejście do każdego podmiotu szpitalnego, zmianę profilu i dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, map potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz sieci szpitali.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- gdy plan naprawczo - rozwojowy skutkuje w zakresie zatrudnienia, w tym planowanych zwolnień lub organizacji pracy w zmniejszonym wymiarze czasu (art. 56 ust. 2: „Jeżeli w postępowaniu naprawczo-rozwojowym przewiduje się redukcję zatrudnienia z wykorzystaniem uprawnień nadzorcy oraz podjęcie czynności określonych w art. 73 lub art. 75, w planie naprawczo - rozwojowym dodatkowo wskazuje się zasady zwalniania pracowników, w szczególności liczbę pracowników objętych zamiarem zwolnienia, okres, w którym nastąpi takie zwolnienie, oraz proponowane kryteria zwalniania pracowników, mienie podlegające zbyciu oraz umowy, od których nadzorca zamierza odstąpić”);</li> <li>- procesu opiniowania planu, przewidującego redukcję zatrudnienia przed przekazaniem Prezesowi Funduszu. Ustawa wskazuje wyłącznie na nadzorcę, który będzie musiał wystąpić do sądu z wnioskiem o zatwierdzenie określonych w planie zasad zwalniania pracowników, a nie uwzględnia zakładowych organizacji związkowych (art. 73 - 75);</li> <li>- określania zasad oraz warunków tworzenia planu rozwojowego podmiotu szpitalnego kategorii A albo B (art. 31 ust. 3) czy planu naprawczo - rozwojowego dla kategorii B, C lub D (art. 51 i nast.) uwzględniających planowane przez podmiot leczniczy działania związane z utrzymaniem zatrudnienia i rozwojem kadr medycznych;</li> <li>- opiniowania składowych planu naprawczo - rozwojowego odnoszącego się do zagadnień pracowniczych (art. 56 ust. 1) w zakresie: „informacji o zasobach podmiotu szpitalnego, w szczególności o ich wykorzystaniu i redukcji”(pkt 8), „określenie ogólnych skutków w zakresie zatrudnienia, w tym planowane zwolnienia lub organizację pracy w zmniejszonym wymiarze czasu” (pkt 13), „propozycji oraz zakresu współpracy z innymi podmiotami szpitalnymi, w tym, w przedmiocie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych” (pkt 15 w zakresie przeniesienia pracownika do innego miejsca zatrudnienia);</li> <li>- trybu uzgodnień w zakresie przekazania przez nadzorcę projektu planu naprawczo - rozwojowego kierownikowi podmiotu szpitalnego - w obszarze wpływu na sytuację pracowników (art. 57 i nast.). Ustawa powinna także regulować tryb postępowania w przypadku zastrzeżeń zakładowych organizacji związkowych do planu naprawczo - rozwojowego w zakresie kwestii pracowniczych.</li> <li>- zgłaszania uwag czy zmian do planu naprawczo - rozwojowego, zwłaszcza w zakresie spraw pracowniczych powinno także przysługiwać zakładowym organizacjom związkowym, a nie wyłącznie prezesowi Agencji Rozwoju szpitali (art. 62 ust. 1 i art. 68 ust. 1):</li> <li>- zasad udzielania tzw. „postojowego” dla pracowników komórek organizacyjnych, jednostek organizacyjnych lub zakładów leczniczych podmiotu szpitalnego podlegających przeprofilowaniu (art. 76 ust. 3).</li> </ul>	
--	--	--	---	--

				<p>Ustawa nie przewiduje jakichkolwiek gwarancji pracowniczych, przykładowo programów osłon socjalnych czy adaptacji zawodowej dla odchodzących pracowników podmiotów szpitalnych.</p> <p>Jako OPZZ domagamy się wprost wpisania w projekt ustawy gwarancji osłonowych z określeniem zasad ich przyznawania, wynegocjowanych w uzgodnieniu z organizacjami związkowymi.</p>	
239.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pomniejszenie znaczenia i roli organów tworzących</li> </ul> <p>„Wielowładztwo”, tj. pełnienie wobec podmiotów szpitalnych funkcji nadzorczych przez wiele różnych jednostek, głównie samorządu terytorialnego z pewnością nie służy zapewnieniu kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych.</p> <p>Pomimo słusznie zdefiniowanego problemu, projekt ustawy jednak nie gwarantuje eliminacji tego zjawiska.</p> <p>Dodatkowo, regulacja znacząco zmniejsza kompetencje i decyzyjność organów tworzących szpitale, jak i ich kierowników tj. dyrektorów szpitali. Ważne dla przyszłości szpitali decyzje, związane zarówno z procesem restrukturyzacji, jak i dalszym rozwojem podmiotu szpitalnego, należeć mają w szczególności do nadzorcy - osoby o znacznie mniejszych kompetencjach wskazanych w projekcie niż kierownicy podmiotów leczniczych. Nadzorca ma także zastąpić organ tworzący, jak i kierownika podmiotu szpitalnego w decyzjach o zmianie profilu działalności tej jednostki.</p> <p>Z punktu widzenia skutków takich decyzji, zwłaszcza zagrożenia dostępności do świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom na danym terenie, jest to niedopuszczalne, podobnie jak deprecjonowanie wiedzy, doświadczenia i kompetencji kierowników szpitali i podmiotów tworzących.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Należy podkreślić, iż prace nad niniejszą reformą zostały zapoczątkowane pod koniec 2020 r. Założenia reformy zostały opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia w dniu 31 maja 2021 r. W założeniach tych wskazano trzy warianty rozwiązań, spośród których wybrano najbardziej optymalny Wariant III „Agencja Rozwoju Szpitali i ewaluacja szpitali” – obecnie realizowany w formalnym procesie legislacyjnym. Wariant I „Ograniczenie liczby podmiotów nadzorujących szpitale”, który budził największe kontrowersje i obawy jednostek samorządu terytorialnego nie uzyskał akceptacji i rekomendacji.</p> <p>Projekt ustawy opracowany został m.in. przez specjalistów zewnętrznych wchodzących w skład powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu do spraw przygotowania projektu przepisów w zakresie postępowań naprawczych podmiotów szpitalnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 45, z późn. zm.). Projekt zakłada utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji (Agencji Rozwoju Szpitali), która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów. Postępowanie naprawczo-rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B).</p> <p>Ministerstwo Zdrowia dokonało na podstawie danych za 2020 r. (aktualnie brak jeszcze danych za 2021 r.) symulacji procesu kategoryzacji szpitali publicznych przewidywanego przepisami projektu ustawy. W efekcie symulacji przeprowadzonej w oparciu o wskaźniki ekonomiczno-finansowe wskazane w projektowanej ustawie, tylko co trzeci szpital (33%) zakwalifikowany został do kategorii C lub D, z którymi wiąże się konieczność podjęcia działań naprawczo-</p>

					rozwojowych. Pozostałe 67% szpitali znalazłoby się w kategoriach A i B, co oznacza brak problemów w zakresie sytuacji finansowej. Jak wynika z powyższych danych, w przypadku jednostek funkcjonujących w podobnych warunkach ekonomiczno-finansowych duże znaczenie ma sposób zarządzania jednostką i kompetencje osób odpowiedzialnych za kierowanie poszczególnymi szpitalami.
240.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zadłużenie szpitali a ich rozwój</li> </ul> <p>Obecne zobowiązania ogółem szpitali publicznych (lata 2017-2020) są faktem - systematycznie zwiększają swoją wartość z poziomu 14,1 mld zł do 20 mld zł, w tym w szczególności w zakresie zobowiązań wymagalnych wynoszących obecnie 2,1 mld zł. Największy udział w generowaniu zobowiązań zarówno ogółem, jak i wymagalnych szpitali publicznych mają jednostki utworzone i nadzorowane przez powiaty i miasta na prawach powiatu (łącznie około 35 proc. całości zobowiązań). Dlatego ustawa powinna się skupiać na pomocy tym jednostkom, a nie reformować cały system szpitalnictwa, bez koordynacji z innymi obszarami systemu ochrony zdrowia.</p> <p>Dziś szpitale niezadłużone potrzebują modernizacji i rozwoju - w dobie nowych wyzwań związanych z robotyzacją, cyfryzacją, koniecznością tworzenia nowych oddziałów wieloprofilowych i wysokospecjalistycznych, ale projektowana ustawa nie jest ustawą o rozwoju, tylko o restrukturyzacji podmiotów szpitalnych. Jej celem nie jest rozwój tylko wynik ekonomiczny szpitali. Takie podejście do reformowania szpitalnictwa jest trudne do zaakceptowania.</p> <p>Istnieją poważne obawy, że zaproponowana reforma się nie uda - poza rozpoczęciem procesu przeprofilowania jednostek szpitalnych i chaosem decyzyjnym, brak jest realizacji rzeczywistych potrzeb pacjentów, jakimi są choćby systematyczne wdrażanie i rozwijanie opieki koordynowanej nad pacjentem czy współpraca wszystkich poziomów opieki (nie tylko szpitalnej, ale także podstawowej i specjalistycznej).</p> <p>Projekt nie odnosi się w żadnym zakresie do tych wyzwań.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa po wejściu w życie ma pozwolić na optymalizację jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa pacjenta poprzez wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących jakości i efektów leczenia (koncentrację leczenia specjalistycznego) oraz zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń. Celem wprowadzanych zmian legislacyjnych jest osiągnięcie korzyści dla pacjenta wynikających z dobrze działającego systemu lecznictwa szpitalnego, przede wszystkim poprzez dopasowanie tego systemu do struktury demograficznej i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności. Pacjenci skorzystają również na odpowiedniej alokacji nakładów finansowych oraz koncentracji świadczeń i profilowaniu szpitali, jak również ich usieciowieniu w zakresie realizowanych profili świadczeń. Koncentracja procedur wysokospecjalistycznych w ośrodkach kompetencji będzie miała na celu poprawę wyników leczenia, zwiększenie dostępności do nowoczesnych technologii i terapii medycznych oraz rozwój kadr medycznych.</p>
241.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych	<ul style="list-style-type: none"> <li>Restrukturyzacja zadłużenia szpitali</li> </ul> <p>Proces restrukturyzacji ma odbywać się na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 maja 2015 r. - Prawo restrukturyzacyjne.</p> <p>W naszej ocenie restrukturyzacja powinna dotyczyć tylko zadłużonych podmiotów szpitalnych, które radzą sobie najgorzej. Do nich powinna zostać skierowana pomoc finansowa na każdym etapie procesu naprawczego, wraz z pokryciem całości środków finansowych na realizację tego procesu. Zwracają uwagę fakultatywne a nie obligatoryjne formy pomocy i</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak propozycji konkretnych rozwiązań.</p>

				<p>finansowania działań podmiotów szpitalnych, w tym rozwojowych, inwestycyjnych, optymalizacyjnych, naprawczych i restrukturyzacyjnych (art. 110 ust. 1).</p> <p>Deficyt środków finansowych niezbędnych do efektywnego funkcjonowania szpitali publicznych wynosił na koniec I półrocza 2021 r. ok. 9,2 mld zł.</p> <p>W każdej innej sytuacji, lepszej kondycji finansowej szpitali - powinna być do nich skierowana pomoc na ich rzeczywisty rozwój i modernizację, a zaproponowane kryteria oceny podmiotu szpitalnego powinny uwzględniać inne kryteria niż tylko ekonomiczno-finansowe, np. jakościowe w działalności leczniczej całości podmiotu, czy poszczególnych jego komórek organizacyjnych.</p>	
242.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych	<ul style="list-style-type: none"> <li>Miejsce szpitali w systemie ochrony zdrowia</li> </ul> <p>Regulacja nie wskazuje roli w systemie ochrony zdrowia innych „aktorów” systemu, współpracujących ze szpitalnictwem, choćby podstawowej opieki zdrowotnej czy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Brakuje kompleksowego spojrzenia na leczenie pacjenta czyli szeroko rozumianej opieki koordynowanej, jak też odwrócenia piramidy leczenia i przeniesienia części kosztów leczenia ze szpitali na inne segmenty systemu. Projekt nie odnosi się do tej kwestii.</p> <p>Brakuje także mechanizmów wzmacniających wzrost nakładów na szpitalnictwo, pomimo, że celem ustawy ma być poprawa sytuacji ekonomicznej restrukturyzowanych podmiotów leczniczych.</p> <p>Wątpliwości budzi także brak gwarancji dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych na każdym z etapów postępowania naprawczo - rozwojowego. Jest to realne zagrożenie, zwłaszcza, że projekt wprost wskazuje, że w ramach postępowania naprawczo-rozwojowego działalność lecznicza podmiotu szpitalnego może podlegać przeprofilowaniu w całości albo w części. Przeprofilowanie zaś polega na zmianie rodzaju lub zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, w wyniku której podmiot szpitalny w szczególności tworzy lub likwiduje komórki organizacyjne lub jednostki organizacyjne lub zakłady lecznicze (nast. 76 ust.1). Taka regulacja skutkuje wprost zagrożeniem dostępności do świadczeń zdrowotnych - a żaden kolejny zapis ustawy takiej gwarancji nie zapewnia.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa po wejściu w życie ma pozwolić na optymalizację jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa pacjenta poprzez wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących jakości i efektów leczenia (koncentrację leczenia specjalistycznego) oraz zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń. Celem wprowadzanych zmian legislacyjnych jest osiągnięcie korzyści dla pacjenta wynikających z dobrze działającego systemu leczenia szpitalnego, przede wszystkim poprzez dopasowanie tego systemu do struktury demograficznej i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności. Pacjenci skorzystają również na odpowiedniej alokacji nakładów finansowych oraz koncentracji świadczeń i profilowaniu szpitali, jak również ich usieciowieniu w zakresie realizowanych profili świadczeń. Koncentracja procedur wysokospecjalistycznych w ośrodkach kompetencji będzie miała na celu poprawę wyników leczenia, zwiększenie dostępności do nowoczesnych technologii i terapii medycznych oraz rozwój kadr medycznych.</p>
243.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kierownik a nadzorca podmiotu szpitalnego</li> </ul> <p>Projektodawca bardzo mocno zaznaczył rolę i uprawnienia nadzorca podmiotu szpitalnego. To osoba ważniejsza od kierownika podmiotu leczniczego i podmiotu tworzącego, a jest to osoba z zewnątrz, często - zgodnie z wymaganiami kwalifikacyjnymi wskazanymi w projekcie ustawy - o niższych kompetencjach niż kierownik podmiotu szpitalnego (dyrektor). Poza tym będzie to osoba zdalnie podejmująca decyzje i współpracująca z</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>W szerszym zakresie odniesiono się do zagadnienia przy rozpatrywaniu uwag szczegółowych.</p>

				<p>kierownikiem podmiotu szpitalnego, jednocześnie nie biorąca odpowiedzialności za te decyzje.</p> <p>W ustawie nie został także określony tryb odwoławczy od decyzji nadzorcy. Skutkiem zbyt wysokich uprawnień nadzorcy (także zarządcy) może być odejście z systemu bardzo dobrze wykwalifikowanej kadry zarządzającej, zwłaszcza, że zostały zmienione wymagania dla kierownika podmiotu szpitalnego, wskazujące wprost na konieczność ukończenia jednego rodzaju studiów podyplomowych (nast. 120 ust.1 pkt 4), bez brania pod uwagę wiedzy zarządczej i doświadczenia praktycznego kierowników podmiotów leczniczych.</p>	
244.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agencja Rozwoju Szpitali (ARS)</li> </ul> <p>Zwracają uwagę bardzo szerokie kompetencje i uprawnienia Agencji Rozwoju Szpitali (ARS), będącej nową instytucją nadzoru nad procesami naprawczo - rozwojowymi szpitali (nast. 88, nast. 109 i nast.). Przykładowo prezes Agencji będzie mógł zmienić profil działalności podmiotu leczniczego czy koordynować wspólne zakupy dla szpitali (świadczeń zdrowotnych?). Agencja jest także uprawniona, za zgodą Prezesa Rady Ministrów oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, do tworzenia spółek, obejmowania lub nabywania udziałów w spółkach i akcji spółek mających siedzibę na terytorium Polski.</p> <p>Działalność ARS jest zbyt szeroka, a jej prezes w wielu zakresach zastępuje kreatora polityki zdrowotnej, jakim powinien być minister właściwy do spraw zdrowia.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do zaproponowanych rozwiązań.</p>
245.	Uwaga ogólna	-	Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych	<p>W kontekście przedstawionej opinii do projektu ustawy, zarówno deprecjonowania znaczenia obszaru spraw pracowniczych, jak i zastrzeżeń systemowych związanych z rozwojem i przyszłością szpitali w Polsce, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych wnioskuje o korektę głównych obszarów projektu oraz odłożenie reformowania tej części ochrony zdrowia na czas po pandemii.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p>
246.	Uwaga ogólna	-	Związek Pracodawców Polska Miedź	<p>Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa wychodzi naprzeciw oczekiwaniom przedsiębiorców i pracodawców, ponieważ stwarza podstawy do stworzenia systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych. Niezwykle istotny jest fakt, iż projekt ustawy wprowadza mechanizmy restrukturyzacyjne poprawiające rentowność szpitali i ich stabilność finansową, w tym również restrukturyzację zobowiązań tych jednostek. Proponowane rozwiązania legislacyjne mają pozwolić także na koordynację i optymalizację wykorzystania bazy materialnej systemu, uporządkowanie struktury świadczeniodawców oraz wprowadzenie mechanizmów stymulujących integrację i koordynację świadczeń szpitalnych, a co za tym idzie brak dublowania oferowanych świadczeń i eliminację konieczności utrzymywania w części szpitali wykwalifikowanego personelu medycznego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do zaproponowanych rozwiązań.</p>

				Ponadto zaprojektowane przepisy doprowadzą do efektywniejszego wykorzystania dostępnych zasobów kadrowych podmiotów szpitalnych i nowoczesnej infrastruktury medycznej, a także do wzmocnienia kadry zarządzającej i popularyzacji nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w ochronie zdrowia, jak również certyfikacji umiejętności kadry zarządzającej.	
247.	Uwaga ogólna	-	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Tytuł ustawy „o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa” vs. cele wskazane w art.5 ust.1 oraz zakres przedmiotowy ustawy, określony w art.1</p> <p>Niespójność regulacji.</p> <p>Brak ustawowej definicji „szpitalnictwa”, zwłaszcza w kontekście definicji „podmiotu szpitalnego”.</p> <p>Ponadto zakres przedmiotowy określony w art.1 nie odnosi się w żadnym stopniu do celu, jakim jest poprawa sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu szpitalnego. W ustawie nie zdefiniowano pojęcia „modernizacji” oraz „efektywności”. Są to pojęcia wymagające ustawowego dookreślenia. Na czym ma polegać „modernizacja”, jakie ma przynieść efekty końcowe, podobnie w kwestii „efektywności” nie wskazano, co ustawodawca pod tym pojęciem rozumie.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Należy podkreślić, iż prace nad niniejszą reformą zostały zapoczątkowane pod koniec 2020 r. Założenia reformy zostały opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia w dniu 31 maja 2021 r. W założeniach tych wskazano trzy warianty rozwiązań, spośród których wybrano najbardziej optymalny Wariant III „Agencja Rozwoju Szpitali i ewaluacja szpitali” – obecnie realizowany w formalnym procesie legislacyjnym.</p> <p>Modernizacja będzie przejawiała się w tym, że ARS skoordynuje procesy inwestycyjne zachodzące w podmiotach szpitalnych.</p>
248.	Rozdział 1	-	Śląski Związek Gmin i Powiatów	<p>Szereg wskazanych poniżej przepisów projektu przewiduje zasady współpracy w ramach procedur pomiędzy takimi podmiotami, jak: podmiot nadzorujący, podmiot szpitalny, Agencja Rozwoju Szpitali (dalej Agencja) bądź jej Prezes, nadzorca podmiotu szpitalnego, zarządca podmiotu szpitalnego.</p> <p>Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 pkt 14 projektu, podmiotem nadzorującym jest podmiot tworzący w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej (art. 2 pkt 16 projektu), tj. podmiot albo organ, który utworzył podmiot leczniczy działający w formie innej niż spółka kapitałowa (SPZOZ, jednostka budżetowa, lub jednostka wojskowa). Z przytoczonej definicji wynika, iż żaden ze wskazanych powyżej podmiotów nie dotyczy jest jako większościowego współnika bądź akcjonariusza w podmiocie szpitalnym działającym w formie spółki kapitałowej.</p> <p>W związku z powyższym należy stwierdzić, że projekt ustawy nie przewiduje żadnych uprawnień dla jst, będących właścicielami podmiotów szpitalnych działających w formie spółek kapitałowych, których dotyczą określone w projekcie procedury!</p> <p>Wspomniane powyżej zasady współdziałania w ramach wprowadzanych projektem procedur określa przykładowo:</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Należy podkreślić, iż w przypadku podmiotów szpitalnych działających w formie spółki kapitałowej jst na ogół jedynym udziałowcem/akcjonariuszem, a więc działa w ramach organu spółki (podmiotu szpitalnego) jakim jest zgromadzenie wspólników/walne zgromadzenie i w ten sposób oddziałuje (np. przez powołanie rady nadzorczej) na działalność danego podmiotu i bierze udział i współdziała w zaprojektowanych ustawą procesach.</p>

				<p>- art. 3, który stanowi, że podmiot nadzorujący, podmiot szpitalny oraz Agencja są obowiązane dostosować działalność podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych z uwzględnieniem szeregu aspektów wskazanych w tym przepisie,</p> <p>- art. 4 stanowiący, iż podmioty nadzorujące oraz podmioty szpitalne są zobowiązane do współpracy we wszystkich aspektach działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty szpitalne,</p> <p>- art. 6 określający, iż komunikacja między Prezesem Agencji, podmiotem szpitalnym, podmiotem nadzorującym, nadzorcą oraz zarządcą odbywa się za pomocą środków komunikacji elektronicznej.</p> <p>Wszystkie te przykładowo wskazane przepisy pomijają udział i jakąkolwiek rolę w omawianych procesach jest, jako właścicieli spółek kapitałowych będących podmiotami szpitalnymi.</p>	
249.	Rozdział 1	-	<p>Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Modyfikacja przepisów</p> <p>Prawdopodobną ideą projektodawców było powielenie konstrukcji postępowań regulacyjnych, w których najpierw toczy się postępowanie administracyjne, a potem pojawia się pierwszoinstancyjne postępowanie sądowe, ale wówczas musi to być konstrukcja czysta, polegająca na pełnym stosowaniu KPA na etapie postępowania przed Prezesem Agencji, a KPC na drugim etapie postępowania cywilnego. W konsekwencji należałoby zastosować wzorce wypracowane już w tych postępowaniach, np. w zakresie ochrony konkurencji i konsumentów, jedynie z uwzględnieniem aspektów społecznych działalności podmiotów szpitalnych.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Stosowanie przepisów kpc do postępowania dowodowego przed Prezesem ARS wzorowane jest na ustawie z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (art. 84).</p>
250.	Rozdział 1, Rozdział 4	art. 1 pkt 1, art. 24, art. 27	<p>Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Zasady oraz warunki oceny i kategoryzacji podmiotu szpitalnego – kategoria A, B, C, D.</p> <p>Kategoryzacja (kategoria A,B,C,D) podmiotów szpitalnych w zaproponowanym kształcie jest obiektywnie zbędna, a wręcz irracjonalna. Powoduje, że szpitale traktowane będą jak przedsiębiorstwa produkcyjne funkcjonujące w warunkach wolnorynkowych (np. zajmujące się produkcją urządzeń, na które jest niewystarczający popyt), a nie jak podmioty lecznicze świadczące usługi zdrowotne w warunkach publicznego systemu ochrony zdrowia, w którym wciąż istnieją liczne niezaspokojone potrzeby zdrowotne Obywateli. Podmioty szpitalne podlegać będą co trzy lata obowiązkowej ocenie i przyznaniu jednej z kategorii określonych w ustawie wg kryteriów „sytuacji ekonomiczno-finansowej” a nie ze względu na realizację zadań związanych z zapewnieniem odpowiedniego dostępu do świadczeń zdrowotnych i ich jakością. Niewątpliwie powinno być odwrotnie – najlepsze podmioty szpitalne pod względem medycznym powinny uzyskiwać dodatkowe finansowanie. Weryfikacji – w zakresie funkcjonalności i jakości</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Kryteria kwalifikujące szpitale do określonych kategorii będą opierały się na obiektywnych wskaźnikach ekonomiczno-finansowych, które uwidaczniają całościowy obraz sytuacji danego podmiotu.</p> <p>Kategoryzacja ma na celu wskazanie w jakiej sytuacji ekonomiczno-finansowej jest dany podmiot, a w konsekwencji zaproponowanie mu adekwatnych do tej sytuacji, zaprojektowanych w ustawie działań rozwojowych albo naprawczo-rozwojowych.</p>



				<p>świadczeń – powinny podlegać te podmioty szpitalne, które nie realizują swoich zadań i roli w systemie ochrony zdrowia. Tam ewentualnie można byłoby podejmować działania nadzorcze ze strony np. ministra zdrowia albo wojewody – już obecnie rozwiązania takie istnieją. Niemniej i w tym zakresie nie wolno pozwolić na dowolność decyzyjną np. ministra czy Agencji.</p>	
251.	Rozdział 1, Rozdział 6	art. 1 pkt 2, art. 31 i n.	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Zasady oraz warunki tworzenia przez podmiot szpitalny kategorii A albo B planu rozwojowego.</p> <p>Plany rozwojowe szpitali prawdopodobnie okażą się kolejną fikcją prawną, gdyż np. w żaden sposób nie będą mogły oddziaływać na NFZ i jego politykę. Sam fakt, iż NFZ będzie opiniował pewne plany szpitali w istocie do niczego go nie obliguje.</p> <p>Plany rozwojowe jeżeli miałyby być efektywne to powinny mieć przełożenie na późniejsze finansowanie świadczeń zdrowotnych, które tam przewidziano do rozwoju albo ograniczania.</p> <p>Obecnie rzeczywistą politykę zdrowotną przeniesiono (w pewien sposób nieformalnie) do kompetencji NFZ, a jedynie częściowo pozostawiono w kompetencji ministra zdrowia. Projekt ustawy tego nie zmienia. Nadal zachowuje niespójność systemu ochrony zdrowia w zakresie planowania (plany transformacji, mapy potrzeb, priorytety) oraz wprowadzania zmian adekwatnych do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga stanowi de facto komentarz i polemikę z przyjętymi w projekcie ogólnymi założeniami.</p> <p>Każdy podmiot powinien prowadzić działalność na podstawie planu, w tym podmiot kategorii A i B. Każdy podmiot powinien dążyć do optymalizacji swojej działalności. Podmioty z kategorii A mogą dążyć do stania się podmiotami wiodącymi, wzorcowymi dla podmiotów z niższych kategorii. Podmioty z kategorii B powinny dążyć do przejścia do kategorii A. Dodatkowo podmioty w kategorii A i B są podmiotami w dobrej sytuacji.</p>
252.	Rozdział 1, Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 1 pkt 3, art. 38 i n.	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Tryb postępowania naprawczo-rozwojowego podmiotu szpitalnego kategorii B, C albo D, w tym zasady oraz warunki tworzenia przez ten podmiot planu naprawczo-rozwojowego.</p> <p>Ponadto z treści projektu ustawy wynika intencja twórców tego projektu – pomimo próby jej zawołowania doprowadzenia do likwidacji podmiotów szpitalnych kategorii C albo D (np. z treści art. 56 ust. 1 pkt 15 projektu ustawy).</p> <p>Twórca projektu zakłada także redukcje zatrudnienia (art. 56 ust. 1 pkt 13) – co sugeruje brak znajomości obecnej sytuacji na rynku pracy, szczególnie w zakresie kadr szpitalnych.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga stanowi de facto komentarz i polemikę z przyjętymi w projekcie ogólnymi założeniami.</p> <p>W projekcie nie ma mowy o likwidacji podmiotów leczniczych, a redukcja zatrudnienia jest jednym ze środków naprawczo-rozwojowych, który nie musi być wykorzystywany w każdym przypadku, jednakże aby można było skorzystać z niego nawet w pojedynczych, uzasadnionych przypadkach, konieczne było uwzględnienie go w przepisach ustawy.</p>
253.	Rozdział 1, Rozdział 12	art. 1 pkt 4, art. 135	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Zasady funkcjonowania, organizacja i zadania Agencji Rozwoju Szpitali</p> <p>Powołanie Agencji Rozwoju Szpitali jest rozwiązaniem całkowicie zbędnym. Będzie to twór o kompetencjach władczych a jednocześnie nie będzie ponosił praktycznie żadnej odpowiedzialności za swoje działania.</p> <p>W treści projektu ustawy nie sposób doszukać się jakiegokolwiek potencjalnie pozytywnego wpływu Agencji Rozwoju Szpitali na dostępność do szpitalnych świadczeń zdrowotnych, gdyż będzie to twór o cechach tzw. maszyny biurokratycznej a nie merytorycznej instytucji o roli konsultacyjno-doradczej.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga stanowi de facto komentarz i polemikę z przyjętymi w projekcie ogólnymi założeniami.</p>
254.	Rozdział 1, Rozdział 10	art. 1 pkt 5, art. 120 i n.	Unia Metropolii Polskich im.	Wymagania związane ze stanowiskiem kierownika podmiotu szpitalnego.	<b>Uwaga częściowo uwzględniana.</b>

			<p>Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Niewątpliwie wymagania pod adresem kierownika podmiotu szpitalnego powinny być wysokie. Projekt ustawy zawiera jednak rozwiązanie polegające na konieczności zdania państwowego egzaminu uprawniającego do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego, który to egzamin będzie organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo ukończenia studiów podyplomowych Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia. Jest bardzo wątpliwym aby mogło to (przynajmniej egzamin ministerialny) podnieść standard zarządzania. Niewątpliwie natomiast poważnie ograniczy liczbę osób spełniających potencjalnie ten warunek formalny.</p> <p>Kolejny wątpliwy wymóg dot. znajdowania się na liście menedżerów prowadzonej przez Prezesa Agencji. Jest to przejaw centralizacji i niezrozumiałego „reglamentowania” kadr menadżerskich. Tworzenie swego rodzaju centralnego zasobu „menadżerów” jest wręcz naiwnością.</p> <p>Menadżera nie tworzy formalny wpis w rejestrze albo zdany egzamin państwowy. Wymaga to połączenia często unikatowych umiejętności takich jak zdolności przywódcze, doświadczenie zawodowe, odpowiednie wykształcenie, umiejętność równoważenia aspektów ekonomicznych i misji publicznej oraz zaufania publicznego (w systemie ochrony zdrowia te aspekty są szczególnie doniosłe). Egzaminy tzw. państwowe czy też korporacyjne sprawdzić mogą się natomiast w zawodach związanych z wykonywaniem funkcji merytorycznych w wąskich dziedzinach np. księgowości. Warto dodać, że organy tworzące odpowiadają za szpitale, ich kondycję finansową, ale również za jakość świadczeń medycznych. Trudno doszukać się choćby jednego argumentu merytorycznego za proponowanym rozwiązaniem. Jeżeli zdaniem projektodawcy zarządzanie szpitalem winno się powierzyć menadżerowi zdrowia z listy prowadzonej przez Prezesa Agencji to należy zadać sobie pytanie, czy tym samym wymogiem objęte zostaną wszystkie placówki niepubliczne, wykonujące zadania ochrony zdrowia finansowanej ze środków publicznych, poprzez kontrakty z NFZ?</p>	
255.	Rozdział 1 i nn.	<p>Art. 1 pkt 5), art. 2 pkt 3), art. 25 pkt 4), art. 26 ust. 1 i 4, art. 31. ust. 3 pkt 7), art. 55 ust. 1 i ust. 2, art. 56 ust. 1 pkt 17), art. 57 ust. 1, ust. 2, ust. 4, art. 58, art. 60 ust. 2, art. 68 ust.2, art. 77</p>	<p>Ośrodek Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych</p>	<p>Proponuje się by każdej z wymienionych jednostek redakcyjnych zamienić określenie „kierownik podmiotu szpitalnego” na: kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe</p> <p>Różnicowanie wymagań dotyczących posiadanych kwalifikacji, nakładanie konieczności doszkalania w odniesieniu do kierowników podmiotów leczniczych będących szpitalami, z pominięciem tych które szpitalami nie są jest bezzasadne. Przepisami tymi tworzy się kolejne dysproporcje w podmiotach należących do całościowego systemu ochrony zdrowia. Przepisy te winny kompleksowo dotyczyć kierujących podmiotami leczniczymi niezależnie od tego czy jest to szpital, przychodnia czy ośrodek uzależnień. Dlaczego podmiotami będącymi jednostkami innymi niż szpitalne mają zarządzać osoby o niższych kwalifikacjach. Stanowi to nadto dodatkowe</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt ustawy dotyczy wyłącznie podmiotów szpitalnych.</p>

		ust. 1 pkt 1) i pkt 2), art. 78 ust. 1, art. 80, art. 81, art. 83 pkt 3), art. 120, ust. 1 i ust. 2, art. 121 ust. 1, art. 124 ust. 1 i ust. 3, art. 125 ust. 1, art. 141 ust. 1, ust. 2 i ust. 3.		zróżnicowanie dla podmiotów tworzących, które inne normy przeprowadzania konkursów będą tworzyć w odniesieniu do części podmiotów leczniczych (szpitale) a inne w odniesieniu do całej reszty tychże podmiotów.	
256.	Rozdział 1 i nn.	art. 1 pkt 15, art. 24	Pracodawcy Pomorza	Definicja podmiotu szpitalnego, zakres zastosowania ustawy Propozycja: Wprowadzenie wyłączeń podmiotowo – przedmiotowych w przypadku podmiotów leczniczych, które mają zróżnicowane źródła przychodów z uwagi na prowadzenie działalności leczniczej pozaszpitalnej Uzasadnienie: Przedmiotem ustawy jest poprawa efektywności w zakresie udzielania świadczeń szpitalnych przez podmiot leczniczy. W ustawie brak wyłączenia zastosowania ustawy do podmiotów, które obok szpitalnych prowadzą także innego rodzaju działalność w formie odrębnych zakładów leczniczych, a która z uwagi na wymogi ustawy także podlegać będzie ocenie, kategoryzacji i pośrednio restrukturyzacji, co nie było zamiarem ustawodawcy z uwagi na wyłączenie pozostałych podmiotów leczniczych z obowiązku jej zastosowania	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zakresem projektowanej regulacji objęta jest działalność podmiotu szpitalnego jako całości nie zaś poszczególnych zakładów leczniczych.
257.	Rozdział 1	art. 2	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	W art. 2 projekt ustawy wprowadza utrudnienia definicyjne poprzez brak konkretnego przepisu innej ustawy do której się odwołuje, np. - art. 2 pkt 15 stanowi o podmiocie szpitalnym – należy przez to rozumieć podmioty lecznicze działające w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, spółki kapitałowej, o której mowa w art. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (...). - art. 2 pkt 17 stanowi o potrzebach zdrowotnych – należy przez to rozumieć potrzeby zdrowotne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Aktualne brzmienie przepisów zgodne jest z zasadami techniki prawodawczej.

				<p>- art. 2 pkt 22 stanowi o uczelni medycznej – należy przez to rozumieć uczelnię medyczną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;</p> <p>Powinien być wskazany ustęp oraz punkt art. 6 UDL – gdyż przepis ten dotyczy także innych podmiotów leczniczych.</p> <p>Należałoby wskazać, że chodzi o art. 5 pkt 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.</p> <p>Czy chodzi o art. 2 ust. 1 pkt 13 UDL czy także należy brać pod uwagę art. 92a UDL (co byłoby niewątpliwie mylącym)?</p>	
258.	Rozdział 1	art. 2	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu	<p>Propozycja ujednoczenia zwrotów z innymi aktami prawnymi tj. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz o działalności leczniczej</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Nie wskazano o jakie konkretnie zwroty chodzi.</p>
259.	Rozdział 1	art. 2	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Włączenie klinicznego podmiotu szpitalnego.</p> <p>Propozycja: Dodanie punktu z definicją: kliniczny podmiot szpitalny – należy przez to rozumieć podmiot szpitalny utworzony lub prowadzony przez uczelnię medyczną wykonujący działalność leczniczą, zgodnie z art. 89 ustawy o działalności leczniczej.</p> <p>Szpitalne kliniczne prowadzą działalność leczniczą o szczególnym charakterze, bowiem obejmującej realizację zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Z punktu widzenia projektowanej regulacji szpitale kliniczne mieszczą się w pojęciu podmiotu szpitalnego.</p>
260.	Rozdział 1	art. 2	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	<p>Włączenie klinicznego podmiotu leczniczego</p> <p>Uzasadnienie: Szpitale kliniczne prowadzą działalność leczniczą o szczególnym charakterze, bowiem obejmującej realizację zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.</p> <p>Propozycja: Dodanie punktu z definicją: kliniczny podmiot szpitalny – należy przez to rozumieć podmiot szpitalny utworzony lub prowadzony przez uczelnię medyczną wykonujący działalność leczniczą, zgodnie z art. 89 ustawy o działalności leczniczej.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Z punktu widzenia projektowanej regulacji szpitale kliniczne mieszczą się w pojęciu podmiotu szpitalnego.</p>
261.	Rozdział 1	art. 2 pkt 11	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: ministże - należy przez to rozumieć ministra będącego podmiotem tworzącym podmiotu szpitalnego formie samodzielnego publicznego Zakładu opieki Zdrowotnej ministra sprawującego nadzór nad podmiotem szpitalnym formie instytutu badawczego oraz ministra wykonującego prawa z akcji lub udziałów podmiotu szpitalnego w formie spółki</p> <p>Proponowane brzmienie: ministże - należy przez to rozumieć ministra właściwego do spraw zdrowia</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>

				aktualne brzmienie projektowanego przepisu jest niezrozumiałe, sugeruje zmiany właścicielskie w podmiotach szpitalnych w wyniku których to jakiś minister będzie wykonywał uprawnienia podmiotu tworzącego lub współnika, co jest niespójne z obowiązującymi przepisami i definicjami oraz dalszymi definicjami w samej ustawie	
262.	Rozdział 1	art. 2 pkt 11	Pracodawcy RP	Projekt nie jest skorelowany z przepisami innych ustaw, np.: 1) autorzy projektu (art. 2 pkt. 11 i nast.) nie uwzględniają tego, że prawa z akcji i udziałów w spółkach Skarbu Państwa (SP) wykonuje przede wszystkim Prezes Rady Ministrów, a minister tylko wtedy gdy Prezes Rady Ministrów wyda stosowane rozporządzenie;	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
263.	Rozdział 1	art. 2 pkt 12	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	wskazuje pojęcie nadzorcy – należy przez to rozumieć nadzorcę podmiotu szpitalnego; Jest to definicja niezrozumiała (nieznane przez nieznane), niewiadomym jest bowiem jak rozumieć termin „nadzorca podmiotu szpitalnego”.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W art. 2 wprowadzono skrót, którym projektodawca posługuje się w dalszej części projektu ustawy. Status nadzorcy podmiotu szpitalnego regulowany jest w przepisach Rozdziału 7 (Oddział 1) projektu ustawy.
264.	Rozdział 1	art. 2 pkt 12 i pkt 24	Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Gorzycach	Nowe zdefiniowanie definicji nadzorcy i zarządcy. Dodanie dookreślenia przy słowach nadzorca i zarządca doprowadzi do jednoznacznego ustalenia, że są to podmioty w rozumieniu ustawy o modernizacji /.../, a nie podmioty wynikające z Prawa restrukturyzacyjnego.  Proponuje się nową definicję nadzorcy i zarządcy: „12) nadzorcy podmiotu szpitalnego – należy przez to rozumieć nadzorcę podmiotu szpitalnego, ustanowionego przez Prezesa Agencji; 14) zarządcy podmiotu szpitalnego – należy przez to rozumieć zarządcę podmiotu szpitalnego w formie spółki, ustanowionego przez Prezesa Agencji;”	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Obecne brzmienie przepisu nie budzi wątpliwości przy uwzględnieniu dalszych przepisów projektu ustawy.
265.	Rozdział 1	art. 2 pkt 12 i pkt 24	Uniwersytet Opolski	Proponuje się wykreślenie art. 2 pkt 12 i pkt 24) z projektowanej ustawy  Z uwagi na wykreślenie art. 38-49 z projektowanej ustawy, uzasadnionym jest dokonanie korekty słownika pojęć	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zasadnym jest pozostawienie w art. 2 definicji zarządcy oraz nadzorcy z uwagi na posługiwanie się tymi pojęciami w dalszej części projektu ustawy.
266.	Rozdział 1	art. 2 pkt 14	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Aktualne brzmienie: podmiot nadzorujący - przez to rozumieć podmiot tworzący i ministra sprawującego nadzór nad instytutem badawczym Proponowane brzmienie: podmiot nadzorujący - przez to rozumieć podmiot tworzący w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, ministra sprawującego nadzór nad instytutem badawczym lub jednostkę samorządu terytorialnego albo uczelnię wyższą, posiadającą większościowy udział w spółce z o.o. lub akcyjnej będącej podmiotem szpitalnym skoro ustawa ma zakładać współpracę różnych podmiotów w zakresie restrukturyzacji lub alokacji kapitałów osobowych i sprzętowych musi umożliwiać działanie wszystkim rodzajom podmiotów, w tym z uwzględnieniem spółek	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Należy podkreślić, iż w przypadku podmiotów szpitalnych działających w formie spółki kapitałowej jest na ogół jedynym udziałowcem/akcjonariuszem, a więc działa w ramach organu spółki (podmiotu szpitalnego) jakim jest zgromadzenie wspólników/walne zgromadzenie i w ten sposób oddziałuje (np. przez powołanie rady nadzorczej) na działalność danego podmiotu i bierze udział i współdziała w zaprojektowanych ustawą procesach.

267.	Rozdział 1	art. 2 pkt 14	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	W proponowanym zapisie po słowach „podmiot tworzący” wyraz „i” należy zastąpić wyrazem „oraz”.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Zmieniono na „albo”.
268.	Rozdział 1	art. 2 pkt 14	Województwo Pomorskie	Definicja podmiotu nadzorującego Zgodnie z projektem, podmiot nadzorujący na potrzeby ustawy będzie definiowany jako podmiot tworzący i ministra sprawującego nadzór nad instytutem badawczym. Spójnik „i” sugeruje według zasad logiki prawniczej, że podmiotem nadzorującym są oni łącznie. Propozycja zmiany spójnika z „i” na „lub”	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Zmieniono na „albo”.
269.	Rozdział 1	art. 2 pkt 15	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	definiuje „podmiot szpitalny”. Zawiera jednocześnie wyłączenie podmiotów wykonujących wyłącznie świadczenia opieki zdrowotnej udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w czasie nieprzekraczającym 24 godzin. UDL w art. 2 pkt 11 definiuje „świadczenia szpitalne” i wskazuje, że świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin. Nie wiadomo po co wprowadzono taką odmienną semantyczną - w projekcie ustawy wskazano „udzielania w czasie” a w UDL mamy „udzielania w okresie”.	<b>Uwaga uwzględniona.</b> Zmieniono „udzielania w czasie” na „udzielania w okresie”.
270.	Rozdział 1	art. 2 pkt 15	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	Projekt ustawy przypisuje definicję podmiotu szpitalnego dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie świadczenia szpitalne tylko w odniesieniu do podmiotów leczniczych działających w formie SPZOZ oraz spółki prawa handlowego, o której mowa w art. 6. uodl – co oznacza, że podmiotów publicznych spółek prawa handlowego bez większościowego udziałowca w postaci Skarbu Państwa, uczelni medycznej czy jednostki samorządu terytorialnego ustawa nie będzie dotyczyć. Przepisy określające wymagania w zakresie kierownika podmiotu szpitalnego powinny dotyczyć podmiotów, niezależnie od formy prowadzenia i rodzaju podmiotu tworzącego, jeżeli podmiot korzysta ze środków publicznych. Aby definicja podmiotu szpitalnego dotyczyła wszystkich podmiotów należy powołać się na art. 4 uodl.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Projekt dotyczy wyłącznie podmiotów szpitalnych (podmiotów publicznych), a nie ingeruje w działalność podmiotów prywatnych (za wyjątkiem zmian w tzw. Sieci Szpitali).
271.	Rozdział 1	art. 2 pkt 15	Grupa Nowy Szpital Holding S.A.	Treść uwagi: Naruszenie zasady przejrzystości i przyzwoitej legislacji poprzez nieprecyzyjną definicję legalną Uzasadnienie: Zgodnie z OSR pkt 4 (Podmioty na które oddziałuje projekt) wskazano m.in. podmioty lecznicze udzielające świadczeń szpitalnych,	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Projekt dotyczy wyłącznie podmiotów szpitalnych (podmiotów publicznych), a nie ingeruje w

				<p>funkcjonujące w formie (...) spółek kapitałowych, w których wartość nominalna udziałów albo akcji należących do SP, JST lub UM stanowi co najmniej 51% kapitału zakładowego. Projektowany przepis odwołuje się do całego art. 6 ustawy o działalności leczniczej, który odnosi się do spółek kapitałowych w szerszym zakresie, aniżeli wynika to z OSR i uzasadnienia do ustawy.</p> <p>Pojęcie „świadczeń szpitalnych” nie jest precyzyjne, stąd należałoby je dookreślić poprzez odwołanie do jednoznacznego pojęcia „świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego”</p> <p>Proponowane rozwiązanie: Doprecyzowanie odwołania do art. 6 ustawy o działalności leczniczej poprzez wskazanie, że odwołanie to dotyczy: „spółki kapitałowej, o której mowa w art. 6 ust. 7 i 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 i 1773)”, alternatywnie: „spółki kapitałowej, w których wartość nominalna udziałów albo akcji należących do SP, JST lub UM stanowi co najmniej 51% kapitału zakładowego”.</p> <p>Doprecyzowanie treści definicji poprzez wskazanie w miejsce: „wykonują działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne” postanowienia o treści: „świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego w rozumieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (tj. Dz. U. z 2021 poz. 290 ze zm.)”.</p>	<p>działalność podmiotów prywatnych (za wyjątkiem zmian w tzw. Sieci Szpitali).</p> <p>Doprecyzowano w definicji, że chodzi o świadczenia szpitalne w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej.</p>
272.	Rozdział 1	art. 2 pkt 15	<p>Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Fromborku</p>	<p>Ustawa nie różnicuje i nie bierze pod uwagę specyfiki pracy szpitali monoprofilowych. Należy zastanowić się nad ich wyłączeniem.</p> <p>Ustawa nie wyodrębnia specyfiki pracy jednostek psychiatrycznych, pediatrycznych, rehabilitacyjnych, etc., stawiając warunki ich funkcjonowania na równi ze szpitalami wieloprofilowymi (klinicznymi, wojewódzkimi, powiatowymi).</p> <p>„podmiocie szpitalnym – należy przez to rozumieć podmioty lecznicze działające w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, spółki kapitałowej, o której mowa w art. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 i 1773) albo instytutu badawczego, które wykonują działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, z wyłączeniem szpitali monoprofilowych (psychiatria, pediatria, rehabilitacja) oraz podmiotów wykonujących wyłącznie świadczenia opieki zdrowotnej udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w czasie nieprzekraczającym 24 godzin lub podmiotów wykonujących wyłącznie świadczenia w szpitalu uzdrowiskowym”</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak uzasadnienia dla odmiennego traktowania podmiotów monoprofilowych.</p>
273.	Rozdział 1	art. 2 pkt 15	<p>Związek Województw RP - Województwo Małopolskie (za</p>	<p>Należy uściślić czy przepisy projektowanej ustawy dotyczą także podmiotów leczniczych udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń psychiatrycznych i leczenia uzależnień.</p> <p>Lecznictwo stacjonarne psychiatryczne zgodnie z definicją ustawową nie jest uznawane za lecznictwo szpitalne w konsekwencji czego wątpliwości budzi stosowanie ustawy w zakresie tych jednostek. Ustawa o działalności</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Tzw. szpitale psychiatryczne są objęte zakresem niniejszej ustawy, a świadczenia udzielane w szpitalnych oddziałach psychiatrycznych wpisują się w definicję świadczenia szpitalnego w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, a także w</p>

			pośrednictwem KWRiST)	<p>lecniczej rozróżnia stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne oraz inne niż szpitalne (art. 8). Wśród świadczeń innych niż szpitalne ww. ustawa wymienia m.in. świadczenia leczenia uzależnień i psychiatrycznej opieki zdrowotnej (art.2 ust. 1 pkt 12).</p> <p>W myśl art. 15 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych stacjonarne i całodobowe świadczenia psychiatryczne i leczenia uzależnień nie są zaliczane do leczenia szpitalnego.</p>	<p>kontekście zapisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.</p> <p>Należy jednak podkreślić, iż w tym zakresie doprecyzowano uzasadnienie.</p>
274.	Rozdział 1, Rozdział 7 (Oddział 4), Rozdział 8, Rozdział 9 (Oddział 4), Rozdział 9 (Oddział 5)	art. 2 pkt 15, art. 71, art. 86 ust. 3 i 4, art. 110, art. 111, art. 113	Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów	<p>Jak wynika z art. 113 projektu ustawy, podstawowymi przychodami Agencji Rozwoju Szpitali, obok dotacji podmiotowej, będą dotacje celowe. Z dotacji celowych będą realizowane i finansowane ustawowe zadania Agencji polegające m.in. na: finansowaniu inwestycji i rozwoju podmiotów szpitalnych, finansowaniu planów naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych, wsparciu płynnościowym podmiotów szpitalnych oraz udzielaniu poręczeń i gwarancji podmiotom szpitalnym.</p> <p>Wskazane dotacje udzielane będą Agencji z budżetu państwa, z części której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Wsparcie podmiotów szpitalnych będzie zatem pochodzić ze środków publicznych.</p> <p>Mając na uwadze powyższe, należy zauważyć, że w projekcie ustawy przewidziano interwencje ze środków publicznych, które mogą stanowić selektywną (dotyczącą określonych podmiotów - podmiotów szpitalnych) korzyść, przykładowo:</p> <p>-Zgodnie z art. 86 ust. 3 i 4 projektu ustawy, Prezes Agencji lub podmiot nadzorujący (definicja podmiotu nadzorującego w art. 2 pkt 14 - m.in. minister sprawujący nadzór nad instytutem badawczym) może zapewnić podmiotowi szpitalnemu środki finansowania na wsparcie realizacji układu lub planu spłaty. Brak jest jednak wskazania na jakich warunkach takie udostępnianie środków finansowych ma następować, czy będzie to miało miejsce za wynagrodzeniem. Wszelkie udostępnienie przedsiębiorcy środków finansowych niewiążące się z uzyskaniem odpowiedniego zwrotu dla podmiotu inwestującego z zainwestowanych środków, wiąże się z przyznaniem temu przedsiębiorcy korzyści, której nie byłby on w stanie uzyskać na warunkach rynkowych.</p> <p>- W myśl art. 110 projektu ustawy, Agencja może zapewnić podmiotom szpitalnym finansowanie ich działań, w tym rozwojowych, inwestycyjnych, optymalizacyjnych, naprawczych i restrukturyzacyjnych. Przewiduje się, że takie finansowanie mogłoby nastąpić w formie pożyczki z możliwością częściowego umorzenia, finansowania bezzwrotnego lub instrumentów poręczeniowych. Przepisy projektu nie określają jednak na jakich warunkach finansowanie takie miałyby być udzielane, w szczególności w zakresie wynagrodzenia należnego Agencji z tytułu udostępnienia takiego finansowania. Brak jest zatem podstaw do uznania, że takie finansowanie będzie udzielane podmiotom szpitalnym na warunkach rynkowych. Należy</p>	<p><b>Uwaga o charakterze sygnalizacyjnym.</b></p>



			<p>zatem uznać, że może ono stanowić korzyść, której podmiot szpitalny nie uzyskałby na warunkach rynkowych.</p> <p>- Zgodnie z art. 111 projektu ustawy, Agencja może udzielać podmiotom szpitalnym pożyczek, poręczeń lub gwarancji w celu zapewnienia ich płynności finansowej.</p> <p>- W myśl art. 71 projektu ustawy, od dnia obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego do dnia obwieszczenia o jego zakończeniu egzekucja z majątku podmiotu szpitalnego nie może być prowadzona, zaś wszelkie postępowania egzekucyjne wszczęte przed dniem obwieszczenia ulegają zawieszeniu z mocy prawa. Z uzasadnienia projektu wynika, że rozwiązanie to jest analogiczne do rozwiązania funkcjonującego w przypadku postępowania sanacyjnego. Jednocześnie należy wskazać, iż przesłanki wszczęcia postępowania naprawczo-rozwojowego nie są tożsame z przesłankami wszczęcia postępowania sanacyjnego. Nie jest zatem wykluczone, że zakaz egzekucji przewidziany w postępowaniu naprawczo-rozwojowym zapewnia szerszy zakres ochrony niż zakaz egzekucji przewidziany w postępowaniu sanacyjnym. Z uwagi na fakt, iż zakres podmiotowy postępowania naprawczo-rozwojowego jest ograniczony, rozszerzenie zakresu ochrony miałyby charakter selektywny. Jednocześnie, niepodejmowanie przez wierzycieli działań egzekucyjnych skutkuje dla podmiotu korzyścią, bowiem nie musi on regulować swoich zobowiązań w terminie i nie ponosi wszystkich negatywnych konsekwencji z tym związanych. Korzyść ta może być również finansowana ze środków państwowych, w przypadku gdyby wierzycielami były podmioty dysponującymi środkami publicznymi.</p> <p>Podmioty szpitalne w art. 2 pkt 15 projektu ustawy zostały zdefiniowane następująco: „podmioty lecznicze działające w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, spółki kapitałowej, o której mowa w art. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 i 1773) albo instytutu badawczego, które wykonują działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, z wyłączeniem podmiotów wykonujących wyłącznie świadczenia opieki zdrowotnej udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w czasie nieprzekraczającym 24 godzin lub podmiotów wykonujących wyłącznie świadczenia w szpitalu uzdrowiskowym”.</p> <p>Mając to na uwadze, należy wskazać, że zgodnie z pkt 24 Zawiadomienia Komisji w sprawie pojęcia pomocy państwa w rozumieniu art. 107 ust. 1 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, „w niektórych państwach członkowskich szpitale publiczne są nieodłączną częścią krajowej służby zdrowia i są prawie w całości oparte na zasadzie solidarności. Szpitale takie są bezpośrednio finansowane ze składek na ubezpieczenie społeczne i z innych zasobów państwowych oraz świadczą usługi nieodpłatnie na zasadzie powszechnego objęcia ubezpieczeniem. Sądy unijne potwierdziły, że w przypadku istnienia takiej struktury, odnośne podmioty nie działają jako</p>	
--	--	--	--	--

			<p>przedsiębiorstwa.” Powyższe wskazuje, że nie zawsze usługi medyczne mają charakter działalności gospodarczej. Natomiast orzecznictwo sądów unijnych pozostaje spójne w zakresie usług medycznych świadczonych komercyjnie – wynika z niego jednoznacznie, że usługi te zawsze mają charakter działalności gospodarczej.</p> <p>Charakterystyka organizacji publicznej opieki zdrowotnej w Polsce wskazuje, że system ten działa w oparciu o zasadę solidarności. Oznacza to, że podmioty lecznicze, wykonując usługi medyczne finansowane ze środków publicznych na rzecz obywateli objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, a zatem w ramach publicznego systemu, nie działają jak przedsiębiorcy. Z tego względu należałoby uznać, że wsparcie udzielane w związku ze świadczeniem usług medycznych w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej nie podlega przepisom o pomocy publicznej.</p> <p>Świadczenie usług medycznych poza kontraktem z NFZ nie podlega natomiast ograniczeniu co do ich adresatów ani zasad odpłatności. Usługi te są oferowane na zasadach komercyjnych (za pełną odpłatnością) na rynku otwartym na konkurencję w wymiarze międzynarodowym. Zatem wsparcie związane z realizacją tych usług może grozić zakłóceniem konkurencji i mieć wpływ na unijną wymianę handlową.</p> <p>Należy jednak zastrzec, że w tym kontekście istotny jest również zakres prowadzonej przez podmiot leczniczy działalności komercyjnej. W sytuacji bowiem, gdy jej udział procentowy w całości prowadzonej działalności leczniczej jest niewielki, można uznać, że ma ona charakter jedynie marginalny i nie wpływa na unijną wymianę handlową.</p> <p>Biorąc pod uwagę szeroki zakres projektowanej definicji podmiotów szpitalnych nie można z całą pewnością wykluczyć, że ww. działanie Agencji byłoby realizowane na rzecz podmiotów prowadzących działalność gospodarczą (w rozumieniu prawa unijnego), działających w sektorach otwartych na konkurencję i wymianę handlową w wymiarze unijnym - wówczas mogłoby ono stanowić dla tych podmiotów pomoc publiczną w rozumieniu art. 107 ust. 1 TFUE.</p> <p>Zgodnie z art. 107 ust. 1 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (dalej: TFUE), wsparcie dla przedsiębiorcy podlega przepisom o pomocy publicznej, o ile jednocześnie spełnia następujące przesłanki: udzielane jest przez państwo lub ze środków państwowych, ma charakter selektywny (uprzywilejowuje określonego przedsiębiorcę lub określonych przedsiębiorców albo produkcję określonych towarów), przedsiębiorca uzyskuje przysporzenie na warunkach korzystniejszych od oferowanych na rynku, grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między państwami członkowskimi UE.</p> <p>Należy zauważyć, że przedmiotowa uwaga UOKiK ma charakter sygnalizacyjny.</p>	
--	--	--	---	--

				W związku z powyższym projekt ustawy nie wymaga uzupełnienia o przepisy dotyczące pomocy publicznej, gdyż warunki projektowanego wsparcia nie są wystarczająco skonkretyzowane. Niemniej jednak przed jego udzieleniem na rzecz konkretnych podmiotów szpitalnych, Agencja powinna sprawdzić, czy nie spełnia ono przesłanek pomocy publicznej z art. 107 ust. 1 TFUE.	
275.	Rozdział 1, Rozdział 4	art. 2 pkt 15, art. 24	Województwo Pomorskie	<p>Definicja podmiotu szpitalnego, zakres zastosowania ustawy</p> <p>Przedmiotem ustawy jest poprawa efektywności w zakresie udzielania świadczeń szpitalnych przez podmiot leczniczy.</p> <p>W ustawie brak wyłączenia zastosowania ustawy do podmiotów, które obok szpitalnych prowadzą także innego rodzaju działalność w formie odrębnych zakładów leczniczych, a która z uwagi na wymogi ustawy także podlegać będzie ocenie, kategoryzacji i pośrednio restrukturyzacji, co nie było zamiarem ustawodawcy z uwagi na wyłączenie pozostałych podmiotów leczniczych z obowiązku jej zastosowania.</p> <p>Propozycja: Wprowadzenie włączeń podmiotowo – przedmiotowych w przypadku podmiotów leczniczych, które mają zróżnicowane źródła przychodów z uwagi na prowadzenie działalności leczniczej poza szpitalnej.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zakresem projektowanej regulacji objęta jest działalność podmiotu szpitalnego jako całości nie zaś poszczególnych zakładów leczniczych.</p>
276.	Rozdział 1	art. 2 pkt 20	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>stanowi o:</p> <p>„regionalnych potrzebach zdrowotnych – należy przez to rozumieć potrzeby zdrowotne na poziomie ogólnokrajowym, wojewódzkim i powiatowym;”</p> <p>Taka definicja jest nielogiczna. Skoro mowa jest o „regionalnych potrzebach zdrowotnych” to w definicji tego pojęcia z zasady nie można odwoływać się do poziomu ogólnokrajowego – gdyż jest to poziom ponadregionalny, ani powiatowego, gdyż jest to poziom poniżej regionalnego.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
277.	Rozdział 1	art. 2 pkt 20	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	<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>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
278.	Rozdział 1	art. 2 pkt 20	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	<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>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				W ustawie o świadczeniach (w kontekście chociażby wojewódzkiego planu transformacji) mowa jest o potrzebach zdrowotnych na poziomie wojewódzkim.	
279.	Rozdział 1	art. 2 pkt 24	Stowarzyszenie IFIC Polska	Dot. art. 2 pkt 24 – nie wszystkie podmioty szpitalne mają zarządcę podmiotu szpitalnego w formie spółki	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W art. 2 wprowadzono skrót, którym projektodawca posługuje się w dalszej części projektu ustawy. Z brzmienia przepisu nie wynika, iż wszystkie podmioty szpitalne mają zarządcę.
280.	Rozdział 1	art. 2 pkt 25	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Aktualne brzmienie: Zobowiązania, które nie zostały przedawnione. Proponowane brzmienie: Zobowiązania, które nie uległy przedawnieniu. Zobowiązanie nie zostaje przedawnione, a ulega przedawnieniu z upływem określonego okresu. Doprecyzowanie redakcyjne, zgodne z cywilistyczną koncepcją instytucji przedawnienia.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>  Zmieniono brzmieniu art. 2 pkt 25
281.	Rozdział 1	art. 2 pkt 25	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Aktualne brzmienie: Po upływie terminu płatności wskazanego w dokumencie zapłaty Proponowane brzmienie: Po upływie terminu płatności prawidłowo wskazanego w dokumencie zapłaty Są przypadki, gdy wierzyciel nieprawidłowo oznacza termin płatności. Dostosowanie regulacji do występujących w praktyce sytuacji.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>  Wykreślenie z art. 2 pkt 25 wyrazów „wskazanego w dokumencie zapłaty lub określonego zapisanego w umowie”
282.	Rozdział 1	art. 2 pkt 25	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	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).	<b>Uwaga uwzględniona.</b>  Wykreślenie z art. 2 pkt 25 wyrazów „wskazanego w dokumencie zapłaty lub określonego zapisanego w umowie”
283.	Rozdział 1	art. 2 pkt 25	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	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).	<b>Uwaga uwzględniona.</b>  Wykreślenie z art. 2 pkt 25 wyrazów „wskazanego w dokumencie zapłaty lub określonego zapisanego w umowie”
284.	Rozdział 1	art. 2 pkt 25	Województwo Pomorskie	Definicja zobowiązań wymagalnych na potrzeby ustawy  Kompletnie nieuzasadnione jest zawężenie zobowiązań wymagalnych na potrzeby rozwiązań ustawowych wyłącznie do bezspornych. Takie podejście mogłoby być uzasadnione w przypadku podmiotów sektora finansów	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Brak uzasadnienia rozróżniania spółek i sp zoz w tym zakresie, gdyż w procesie kategoryzacji byłoby to na niekorzyść spółek.

				publicznych. Przypomnieć należy, że spółki prawa handlowego nie są do tego sektora zaliczane.  Propozycja: Korekta definicja uwzględniająca także specyfikę szpitalnych spółek prawa handlowego.	
285.	Rozdział 1, Rozdział 4, Rozdział 7 (Oddział 1), Rozdział 7 (Oddział 4), Rozdział 8, Rozdział 9 (Oddział 2), Rozdział 9 (Oddział 5), Rozdział 9 (Oddział 6), Rozdział 10	art. 2 ust. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 15, art. 5 ust. 2, art. 6 ust. 1, 4, 5, art. 26 ust. 1, 3, art. 39 ust. 1 pkt g, art. 40 ust. 3 pkt 7, art. 41 ust. 2, art. 75 ust. 6, art. 87 ust. 1, art. 94 ust. 3, art. 97 ust. 2 pkt 8, art. 113 ust. 1 pkt 4, art. 119 ust. 2 pkt 1, art. 121 ust. 5, art. 125 pkt 3	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Przy odsyłaniu do treści innych aktów normatywnych zastosowano zapisy wraz z podaniem dzienników ustaw i ich zmianami. Należy wykreślić dzienniki ustaw i ich zmiany, pozostawiając tytuł aktu prawnego oraz datę. Z uwagi na duże prawdopodobieństwo wprowadzenia zmian w dziennikach ustaw przywoływanych aktów prawnych, proponuje się pozostawienie tytułu oraz daty aktu normatywnego. Powyższe przyczyni się do zachowania jednolitego układu zapisów dotyczących przywoływanych aktów prawnych. W projekcie brak konsekwencji zapisów (w niektórych przypadkach wpisywany jest tylko tytuł oraz data, w innych dzienniki ustaw wraz z ich zmianami).	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Aktualne brzmienie przepisów zgodne jest z zasadami techniki prawodawczej.
286.	Rozdział 1	art. 3	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Podmiot nadzorujący, podmiot szpitalny, Fundusz 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. 1. Realizacja obowiązku wskazanego w art. 3 nie będzie możliwa bez zapewnienia adekwatnego finansowania świadczeń zdrowotnych za strony płatnika publicznego – Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponadto, zgodnie z art. 32 oraz 59 Prezes Funduszu uzyska kompetencje do zajmowania stanowiska w zakresie dostosowywania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych map potrzeb zdrowotnych, określonych w planach rozwojowych lub naprawczo - rozwojowego podmiotu szpitalnego. 2. Dostosowanie do regionalnych potrzeb zdrowotnych nie powinno spoczywać na podmiotach szpitalnych, a na płatniku świadczeń medycznych, który winien zawierać umowy zgodnie z regionalnym zapotrzebowaniem zdrowotnym. Podmiot leczniczy bez zapewnienia finansowania ze strony	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Uwaga nie zawiera propozycji zmiany przepisu.

				<p>NFZ nie utworzy nowej komórki organizacyjnej. Dostosowanie do potrzeb regionalnych podmiotów szpitalnych nie rozwiąże problemu, jeżeli nie będzie zagwarantowane ich finansowanie przez płatnika.</p> <p>3. Efektywne i bezpieczne wykorzystanie zasobów ludzkich – czy oznacza to przymusowe oddelegowanie do pracy, we wskazanym podmiocie leczniczym? Jak rozumie to ustawodawca wobec deficytu pielęgniarek i lekarzy, luce pokoleniowej, starzeniu się grupy zawodowej, obniżeniu wieku emerytalnego?</p> <p>4. Równy dostęp do świadczeń - grupy uprzywilejowane mające przywilej oraz pierwszeństwo w dostępie do świadczeń medycznych, są to m.in.: kombatancki i inwalidzi wojenni i wojskowi, osoby represjonowane, ze znacznym stopniem niepełnosprawności, kobiety w ciąży i poronieniu, zasłużeni honorowi dawcy krwi i przeszczepu itd. Nie daje to gwarancji równego dostępu do świadczeń.</p> <p>5. Brak udziału koordynacji płatnika ew innego podmiotu w tego</p>	
287.	Rozdział 1	art. 3	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu	<p>Proponuje się dookreślenie trybu przeprowadzenia konsultacji oraz enumeratywnie wymienić dokumenty do których ma się dostosować podmiot.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>W art. 3 doprecyzowano, że chodzi o dostosowanie do potrzeb lokalnych, regionalnych i krajowych, zaś dokumentami które należy uwzględnić są w szczególności mapa potrzeb zdrowotnych oraz plany transformacji (krajowy i wojewódzki).</p>
288.	Rozdział 1	art. 3	Polska Federacja Szpitali	<p>Artykuł nie precyzuje jednostki która jest zobowiązana ponieść koszt dostosowania podmiotu szpitalnego</p> <p>Dostosowanie działalności do regionalnych potrzeb zdrowotnych będzie generowało koszty wynikające z dostosowania działalności oraz koszty z tytułu prowadzenia działalności medycznej, w związku z powyższym należy jednoznacznie wskazać iż Agencja będzie stroną finansującą realizowane dostosowanie</p> <p>Skąd będą środki na tego typu koszty?</p> <p>Proponujemy dodanie art 3.1. Koszt dostosowania podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych ponosi Agencja.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W ramach prowadzonego postępowania naprawczo-rozwojowego dostępny jest środek naprawczo-rozwojowy w postaci przeprofilowania, który finansowany będzie przez Agencję (art. 76 projektu ustawy).</p>
289.	Rozdział 1	art. 3	Prokuratura Generalna RP	<p>Projektowany art. 3 nakłada na wszystkie podmioty szpitalne obowiązek dostosowania działalności szpitala m.in. do regionalnych potrzeb zdrowotnych. Dotyczy to nie tylko podmiotów, które funkcjonują w publicznym systemie, ale także szpitali wyłącznie komercyjnych. Obecnie te mapy potrzeb zdrowotnych, i wydawane na ich podstawie opinie o celowości inwestycji, jakkolwiek obowiązkowe, nie były warunkiem prowadzenia działalności leczniczej (opinia pozytywna), a co najwyżej zawarcia kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Projektowany art. 3 zdaje się jednak jeszcze bardziej ograniczać wolność działalności gospodarczej w ochronie zdrowia, ponieważ nakłada obowiązek dostosowania się do regionalnych potrzeb i map potrzeb zdrowotnych także przez szpitale działające wyłącznie komercyjnie (poza kontraktami z NFZ-em).</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Ustawa swoim zakresem regulacji obejmuje jedynie podmioty szpitalne. Definicja podmiotu szpitalnego znajduje się w art. 2 projektu ustawy.</p>

				Wymaga szerszego uzasadnienia konieczność wprowadzenia tak znaczącej reglamentacji, tym bardziej, że art. 31 i następne projektu wskazują, że nawet podmioty szpitalne z kategorii A (czyli (podmioty w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej, o których mowa w art. 25 pkt 1 projektu) mają obowiązek dostosowywać działalność szpitala do regionalnych potrzeb zdrowotnych.	
290.	Rozdział 1	art. 3	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Artykuł nie precyzuje jednostki która jest zobowiązana ponieść koszt dostosowania podmiotu szpitalnego. Dostosowanie działalności do regionalnych potrzeb zdrowotnych będzie generowało koszty wynikające z dostosowania działalności oraz koszty z tytułu prowadzenia działalności medycznej, w związku z powyższym należy jednoznacznie wskazać iż Agencja będzie stroną finansującą realizowane dostosowanie. Należy dodać art. 3.1.: Koszt dostosowania podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych ponosi Agencja.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W ramach prowadzonego postępowania naprawczo-rozwojowego dostępny jest środek naprawczo-rozwojowy w postaci przeprofilowania, który finansowany będzie przez Agencję (art. 76 projektu ustawy).
291.	Rozdział 1	art. 3	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Konieczność uzupełnienia w projekcie przepisów wskazujących tryb i podmiot rozstrzygający rozbieżne plany podmiotów szpitalnych w zakresie koncentracji zasobów.  Propozycja: Uzupełnienie w zapisach ustawy przepisu wskazującego tryb i podmiot (np. Prezes NFZ lub Prezes Agencji) podejmowania ostatecznej decyzji o koncentracji zasobów przez określone podmioty szpitalne i zmiany rodzaju świadczeń w pozostałych szpitalach w regionach. Uzupełnienie np. w art. 31 ust. 6 (dodatkowy) i art. 59 ust. 1 pkt. 2.  Obowiązek dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych i warunków wskazanych w art.3 nie jest doprecyzowany w zapisach projektu ustawy. Jest to oczywiście podstawowy warunek przygotowania planu rozwojowego lub planu naprawczo-rozwojowego, ale nie ma żadnego wskazania, kto ostatecznie rozstrzyga spory w zakresie koncentracji zasobów. Obowiązek nałożony jest na podmiot szpitalny, ale brak jest określonego postępowania w przypadku rozbieżnych założeń planów różnych podmiotów szpitalnych. Należy wskazać instytucję, która podejmuje w tym zakresie decyzje.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
292.	Rozdział 1	art. 3	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	Konieczność uzupełnienia w projekcie przepisów wskazujących tryb i podmiot rozstrzygający rozbieżne plany podmiotów szpitalnych w zakresie koncentracji zasobów.  Propozycja: Uzupełnienie w zapisach ustawy przepisu wskazującego tryb i podmiot (np. Prezes NFZ lub Prezes Agencji) podejmowania ostatecznej decyzji o koncentracji zasobów przez określone podmioty szpitalne i zmiany rodzaju świadczeń w pozostałych szpitalach w regionach. Uzupełnienie np. w art. 31 ust. 6 (dodatkowy) i art. 59 ust. 1 pkt. 2.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				<p>Obowiązek dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych i warunków wskazanych w art.3 nie jest doprecyzowany w zapisach projektu ustawy. Jest to oczywiście podstawowy warunek przygotowania planu rozwojowego lub planu naprawczo-rozwojowego, ale nie ma żadnego wskazania, kto ostatecznie rozstrzyga spory w zakresie koncentracji zasobów. Obowiązek nałożony jest na podmiot szpitalny, ale brak jest określonego postępowania w przypadku rozbieżnych założeń planów różnych podmiotów szpitalnych. Należy wskazać instytucję, która podejmuje w tym zakresie decyzje.</p>	
293.	Rozdział 1	art. 3	<p>Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych</p>	<p>Konieczność zaznaczenia dodatkowych funkcji szpitali klinicznych</p> <p>Propozycja: Dodanie ustępu w art. 3 ust. 2 o treści:2. Kliniczny podmiot szpitalny obowiązany jest przede wszystkim do zabezpieczenia realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.</p> <p>Obowiązek dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych i warunków wskazanych w art.3, powinien w przypadku klinicznych podmiotów szpitalnych uwzględniać ich ustawowy obowiązek do realizacji zadań polegających na kształceniu przed- i podyplomowym w zawodach medycznych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Założenia projektu ustawy i sam projekt bazują na tym, żeby w części normatywnej nie rozróżniać podmiotów szpitalnych ze względu na ich profil działalności, gdyż elementy te będą każdorazowo uwzględniane w planie rozwojowym albo planie naprawczo-rozwojowym danego podmiotu. Z tego punktu widzenia w procesie modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa w przypadku szpitali klinicznych z oczywistych przyczyn uwzględnione będą musiały zostać zadania związane z zabezpieczeniem realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.</p>
294.	Rozdział 1	art. 3	<p>SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia</p>	<p>Konieczność zaznaczenia dodatkowych funkcji szpitali klinicznych</p> <p>Propozycja: Dodanie ustępu w art. 3 ust. 2 o treści:2. Kliniczny podmiot szpitalny obowiązany jest przede wszystkim do zabezpieczenia realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.</p> <p>Obowiązek dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych i warunków wskazanych w art.3, powinien w przypadku klinicznych podmiotów szpitalnych uwzględniać ich ustawowy obowiązek do realizacji zadań polegających na kształceniu przed- i podyplomowym w zawodach medycznych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Założenia projektu ustawy i sam projekt bazują na tym, żeby w części normatywnej nie rozróżniać podmiotów szpitalnych ze względu na ich profil działalności, gdyż elementy te będą każdorazowo uwzględniane w planie rozwojowym albo planie naprawczo-rozwojowym danego podmiotu. Z tego punktu widzenia w procesie modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa w przypadku szpitali klinicznych z oczywistych przyczyn uwzględnione będą musiały zostać zadania związane z zabezpieczeniem realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.</p>
295.	Rozdział 1	art. 3	<p>Grupa Nowy Szpital Holding S.A.</p>	<p>Treść uwagi: Poszanowanie praw osób trzecich</p> <p>Uzasadnienie: Zgodnie z projektem wskazane tam podmioty są obowiązane dostosować</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W zakresie ochrony praw osób trzecich obowiązujące pozostają przepisy ogólne, w tym Kodeksu cywilnego.</p>



				<p>działalność podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych z uwzględnieniem wskazanych tam czynników, wśród których nie wymieniono praw osób trzecich.</p> <p>Proponowane rozwiązanie: Uzupełnienie treści przepisu o postulat: „...równego traktowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą i poszanowania praw osób trzecich...”</p>	
296.	Rozdział 1	art. 3	<p>Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Dyspozycja przepisu jest niezrozumiała. Przepis jest niespójny z innymi aktami prawnymi określającymi zasady funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.</p> <p>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.</p> <p>Tymczasem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- regionalne potrzeby zdrowotne nie są zdefiniowane (patrz: uwaga do art. 1 pkt 20);</li> <li>- 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;</li> <li>- podmioty lecznicze mogą prowadzić działalność poza systemem podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.</li> </ul>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
297.	Rozdział 1	art. 3	<p>Rzecznik Praw Pacjenta</p>	<p>Przepis wprowadza obowiązek dla podmiotu szpitalnego do realizowania niedookreślonego zadania, na realizację którego podmiot szpitalny ma bardzo ograniczony wpływ.</p> <p>Ustawa nakłada na podmiot szpitalny oraz podmiot nadzorujący obowiązek dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych, przy czym ustawa nie określa kiedy zadanie jest prawidłowo zrealizowane w przypadku danego podmiotu szpitalnego lub podmiotu nadzorującego. Ustawa wskazuje na odniesienie do mapy potrzeb zdrowotnych oraz planów transformacji, jednakże dokumenty te mają charakter generalny.</p> <p>Jednocześnie brak możliwości realizacji tego obowiązku może być niezależny od podmiotu leczniczego, choćby z uwagi na brak zawarcia w ustawie rozwiązań służących koordynacji działań różnych podmiotów</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				<p>lecniczych oraz brak wpływu na działania Funduszu w zakresie kontraktowania świadczeń.</p> <p>Należy rozważyć, czy ustawa nie powinna zapewniać kierownikowi podmiotu szpitalnego oraz podmiotowi nadzorującemu narzędzia do realizacji zadania oraz dookreślić, co oznacza dostosowanie się do regionalnych potrzeb zdrowotnych. Narzędzia mogą obejmować, np. uzyskanie zobowiązania Prezesa Funduszu do zawarcia kontraktu zgodnego z planem rozwojowym albo planem rozwojowo-naprawczym.</p>	
298.	Rozdział 1	art. 3	Rzecznik Praw Pacjenta	<p>Należy rozważyć doprecyzowanie przepisu w zakresie obowiązku efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia.</p> <p>Sformułowanie „efektywne i bezpieczne wykorzystanie zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia” – to wyrażenie nieostre, a jednocześnie ten i inne przepisy ustawy posługują się nim, nakładając na podmiot szpitalny określone obowiązki.</p> <p>Biorąc pod uwagę przepisy dotyczące planu rozwojowego i naprawczo-rozwojowego podmiotów brak wyjaśnienia, co oznacza efektywne i bezpieczne wykorzystanie zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, w rozumieniu przepisów ustawy, może skutkować różnicami w sposobie i zakresie wdrażania zmian pomiędzy poszczególnymi podmiotami szpitalnymi.</p> <p>Należy rozważyć doprecyzowanie przepisu poprzez wprowadzenie katalogu działań, które w kontekście przepisów ustawy będą oznaczały efektywne i bezpieczne wykorzystanie zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia.</p> <p>Także uzasadnienie do projektu ustawy nie wyjaśnia ww. kwestii.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Doprecyzowano uzasadnienie.</p>
299.	Rozdział 1	art. 3	Województwo Pomorskie	<p>Zobowiązanie do dostosowania działalności podmiotu do regionalnych potrzeb zdrowotnych</p> <p>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.</p> <p>Zapis ten narusza wolność prowadzenia działalności gospodarczej przez podmiot leczniczy, będący także przedsiębiorcą, który nie ma wpływu na kształt regionalnych potrzeb zdrowotnych, map, planów itd. Przepis ten nie</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Ustawa dotyczy jedynie podmiotów szpitalnych, które można określić mianem publicznych, a skuteczne działania naprawczo-rozwojowe są możliwe tylko wtedy, gdy obejmują swoim zakresem cały podmiot.</p>

				<p>wskazuje, czy podmiot ma całą swoją działalność ma dostosować i co to konkretnie ma oznaczać?</p> <p>Propozycja: Zmiana zapisu, z wyłączeniem spod tych rygorów działalności nieobjętej umowami z NFZ</p>	
300.	Rozdział 1	art. 3	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Określenie obowiązku spełnienia kryteriów: dostosowania do regionalnych potrzeb zdrowotnych, efektywne i bezpieczne wykorzystanie zasobów ludzkich, równy dostęp do świadczeń, mapy potrzeb zdrowotnych i planów transformacji oraz PSZ - spełnienie wszystkich kryteriów jest wręcz nie możliwe.</p> <p>Nie uwzględniono płatnika.</p> <p>1. Dostosowanie do regionalnych potrzeb zdrowotnych nie powinno spoczywać na podmiotach szpitalnych, a na płatniku świadczeń medycznych, który winien zawierać umowy zgodnie z regionalnym zapotrzebowaniem zdrowotnym. Podmiot leczniczy bez zapewnienia finansowania ze strony NFZ nie utworzy nowej komórki organizacyjnej. Dostosowanie do potrzeb regionalnych podmiotów szpitalnych nie rozwiąże problemu, jeżeli nie będzie zagwarantowane ich finansowanie przez płatnika.</p> <p>2. Efektywne i bezpieczne wykorzystanie zasobów ludzkich – czy oznacza to przymusowe oddelegowanie do pracy, we wskazanym podmiocie leczniczym? Jak rozumie to ustawodawca wobec deficytu pielęgniarek i lekarzy, luce pokoleniowej, starzeniu się grupy zawodowej, obniżeniu wieku emerytalnego?</p> <p>3. Równy dostęp do świadczeń - grupy uprzywilejowane mające przywilej oraz pierwszeństwo w dostępie do świadczeń medycznych, są to m.in.: kombatanci i inwalidzi wojenni i wojskowi, osoby represjonowane, ze znacznym stopniem niepełnosprawności, kobiety w ciąży i połogu, zasłużeni honorowi dawcy krwi i przeszczepu itd. Nie daje to gwarancji równego dostępu do świadczeń.</p> <p>4. Brak udziału koordynacji płatnika ew innego podmiotu w te wo</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
301.	Rozdział 1	art. 3	Śląski Związek Gmin i Powiatów	<p>Art. 3 - podmiot nadzorujący, podmiot szpitalny oraz Agencja są obowiązane dostosować działalność podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych. Podmiotami nadzorującym w tym przypadku są w szczególności jst. To nie samorząd powinien kształtować podaż świadczeń zdrowotnych tylko NFZ kontraktując odpowiednie świadczenia (uwzględniając mapy potrzeb). Ponadto w art. 32 ustawodawca wyraźnie wskazuje, że plany rozwoju mają zostać przekazane do NFZ celem uzyskania stanowiska w zakresie dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
302.	Rozdział 1	art. 3	Pracodawcy RP	<p>Poza tym rodzą się kolejne pytania na kogo jest nałożony obowiązek z art. 3 projektu? Przecież wizja dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do dokumentów wymienionych w tym przepisie może być różna u podmiotu nadzorującego, podmiotu szpitalnego oraz Agencji.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

303.	Rozdział 1	art. 3	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Rozszerzenie listy podmiotów odpowiedzialnych za dostosowanie zakresu działalności podmiotu szpitalnego o NFZ.</p> <p>Ze względu na monopsonistyczny charakter rynku, podmiotem mającym największy wpływ na dostęp do świadczeń medycznych i optymalne wykorzystanie zasobów ludzkich jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Podmioty szpitalne od lat sygnalizują problemy z pozyskaniem nowego finansowania na rozwijaną przez nie działalność, a także niedostosowanie wysokości kontraktów do możliwości wynikających z posiadanej infrastruktury i kadry medycznej.</p> <p>Ponadto, zastąpienie „szpitala” nazwą „podmiot szpitalny” sugeruje że dalej będą podmioty ambulatoryjne, podstawowe itd. ?!</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
304.	Rozdział 1	art. 3 i 4	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>stanowi o zasadach i celach współpracy oraz obowiązkach m.in. dot. podmiotu tworzącego</p> <p>Projekt ustawy w tym zakresie nie dotyczy więc obowiązków współników spółek będących podmiotami szpitalnymi, gdyż zgodnie z definicją „podmiotu tworzącego” – z art. 2 pkt 16 projektu ustawy należy przez to rozumieć podmiot tworzący w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej; czyli zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 6 „podmiot tworzący - podmiot albo organ, który utworzył podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej albo jednostki wojskowej;”</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona</b></p> <p>Należy podkreślić, iż w przypadku podmiotów szpitalnych działających w formie spółki kapitałowej jst na ogół jest jedynym udziałowcem/akcjonariuszem, a więc działa w ramach organu spółki (podmiotu szpitalnego) jakim jest zgromadzenie współników/walne zgromadzenie i w ten sposób oddziałuje (np. przez powołanie rady nadzorczej) na działalność danego podmiotu i bierze udział i współdziała w zaprojektowanych ustawą procesach.</p>
305.	Rozdział 1	art. 3 i 4	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Opracowanie i odesłanie do rozporządzeń, których analiza pozwoli na realną ocenę, czy przyjęty sposób poprawy systemowego funkcjonowania podmiotów leczniczych może być skuteczny. Akty wykonawcze powinny także uwzględniać analizę lokalnych potrzeb zdrowotnych konkretnych województw.</p> <p>Projekt nie uwzględnia odesłania do aktów wykonawczych, które powinny wskazywać zasady oraz mierniki dopasowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych. Podobnie, wskazana w art. 4 koncentracja zasobów ludzkich (w tym konsolidacja funkcji medycznych) oraz świadczeń opieki zdrowotnej, są pojęciami zbyt ogólnymi bez doprecyzowujących takie założenia rozporządzeń.</p> <p>Sprawowany obecnie nadzór nad podmiotami leczniczymi oparty jest także na zasadach wskazanych w art. 3 projektu. Zgodnie z art. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm.), do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez samorząd województwa należy w szczególności:</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>

				<p>1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa - po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami;</p> <p>2) (uchylony);</p> <p>3) opracowywanie i wdrażanie programów innych niż określone w pkt 1 służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia;</p> <p>4) inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia;</p> <p>5) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.</p> <p>Mając na uwadze powyższą regulację wskazać należy, że projekt częściowo powtarza założenia wg. których realizowana jest lokalna ochrona zdrowia bez podania sposobu ich zmiany. Użyte w projekcie pojęcia są niedookreślone i brak jest odesłania do rozporządzeń doprecyzowujących zasady zastąpienia obecnie realizowanej polityki zdrowotnej poszczególnych regionów.</p> <p>Ponadto brak jednolitych kryteriów i sposobów zakładanej projektem poprawy efektywności podmiotów leczniczych, koncentracji zasobów, czy konsolidacji funkcji medycznych może oznaczać likwidację części oddziałów lub całych podmiotów. Skutkiem tego mogłoby być (wbrew założeniom projektu oraz zasady równego dostępu do świadczeń wynikającej z art. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) systemowe ograniczenie dostępu do opieki zdrowotnej dla objętych zmianami województw.</p> <p>Skutkiem powyższego może być także naruszenie art. 6 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849 ze zm.)- prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, poprzez ograniczenie liczby oddziałów/jednostek zapewniających określone świadczenia. Ograniczenie takie w szczególności może mieć miejsce w przypadku pacjentów onkologicznych, wymagających stałej wysokospecjalistycznej opieki.</p>	
306.	Rozdział 1	art. 4	Rada Główna Instytutów Badawczych	<p>jak należy rozumieć te zapisy? Co może nieść za sobą np. przenoszenie personelu? Może ograniczenie działalności jednego podmiotu na rzecz drugiego? konieczne wydaje się doprecyzowanie tych zapisów, aby nie budziły wątpliwości i były jednoznacznym drogowskazem</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepisy mają charakter ogólny. Przepis art. 4 należy czytać w powiązaniu z art. 3. Obowiązek ten będzie realizowany podczas procesów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych, które będą zachodziły w podmiotach szpitalnych, a także zostanie odzwierciedlony w treści samych planów rozwojowych i planów naprawczo-rozwojowych.</p>

307.	Rozdział 1	art. 4	Polska Federacja Szpitali	<p>Podmioty nadzorujące oraz podmioty szpitalne są obowiązane do współpracy we wszystkich aspektach działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty szpitalne, w tym w zakresie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych – ale brak w ustawie propozycji konkretnych w tym zakresie rozwiązań.</p> <p>Brak mechanizmów określających zasady współpracy podmiotów leczniczych, (w tym AOS i POZ) zbyt ogólne zapisy w projekcie ustawy, obawa o ich indywidualne interpretowanie przez poszczególne podmioty, a co za tym idzie próba narzucania jednostronnego stanowiska przez podmiot monopolistyczny w regionie.</p> <p>Wprowadzenie zapisów uszczegóławiających zasady współpracy w treści ustawy.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
308.	Rozdział 1	art. 4	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	<p>jak należy rozumieć te zapisy? Co może nieść za sobą np. przenoszenie personelu? Może ograniczenie działalności jednego podmiotu na rzecz drugiego? konieczne wydaje się doprecyzowanie tych zapisów, aby nie budziły wątpliwości i były jednoznacznym drogowskazem</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepisy mają charakter ogólny. Przepis art. 4 należy czytać w powiązaniu z art. 3. Obowiązek ten będzie realizowany podczas procesów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych, które będą zachodziły w podmiotach szpitalnych, a także zostanie odzwierciedlony w treści samych planów rozwojowych i planów naprawczo-rozwojowych.</p>
309.	Rozdział 1	art. 4	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Współpraca podmiotów szpitalnych oraz podmiotów tworzących we wszystkich aspektach działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty szpitalne, „koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych”.</p> <p>Zapis artykułu nakłada obowiązek na podmiot tworzący w zakresie dość szerokim i nie zgodnym merytorycznie. Czy podmiot tworzący ma organizować lub uczestniczyć w organizacji świadczeń medycznych lub zatrudnianiu personelu? Brakuje katalogu cyt.: „aspekt działalności leczniczej” – co autor ma na myśli, w zakresie którego współpracować ma podmiot tworzący.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
310.	Rozdział 1	art. 4	Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Szpitali Specjalistycznych w Olsztynie	<p>Zapis o charakterze ogólnym. Brak wskazania w projekcie konkretnych form tej współpracy, zakresu oraz określenia zasad i warunków jej realizacji.</p> <p>Bez wskazania katalogu narzędzi współpracy na poszczególnych polach, przy wielu organach tworzących, to założenie wydaje się wątpliwe w realizacji.</p> <p>Należy doprecyzować zakres i formy współpracy i konsolidacji funkcji medycznych.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
311.	Rozdział 1	art. 4	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu	<p>Prośba przeprowadzenia konsultacji akty prawnego z podmiotami nadzorującymi niebędącymi uczelniami medycznymi. Organum nadzorujące przygotowują i zatwierdzają strategii rozwoju danego podmiotu (np. w zakresie realizacji zadań naukowych i dydaktycznych).</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt ustawy został poddany konsultacjom publicznym w ramach których każdy podmiot mógł zgłosić uwagi.</p>

312.	Rozdział 1	art. 4	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	<p>Ogólny charakter zapisu. Brak wskazania w projekcie konkretnych form tej współpracy, zakresu oraz określenia zasad i warunków jej realizacji.</p> <p>Bez wskazania katalogu narzędzi współpracy na poszczególnych obszarach, przy wielu organach tworzących, to założenie wydaje się wątpliwe w realizacji.</p> <p>Należy doprecyzować zakres i formy współpracy i konsolidacji funkcji medycznych.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
313.	Rozdział 1	art. 4	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Podstawa i narzędzia współpracy pomiędzy podmiotami szpitalnymi</p> <p>Propozycja: Uzupelnienie zapisu w projekcie ustawy co do dostępu do danych innych podmiotów szpitalnych. Można to usprawnić także poprzez utworzenie nowej funkcjonalności w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych – umieszczanie zatwierdzonych danych finansowych zgodnych z zaleceniami dotyczącymi standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców. Dostęp do tej funkcjonalności powinien być limitowany - hasłowo dostępny dla podmiotów leczniczych w układzie regionalnym i podmiotów o podobnym profilu, np. szpitale onkologiczne, pediatryczne, kliniczne. Wskazana powinna zostać jednoznacznie instytucja, która będzie podejmować decyzje o koncentracji świadczeń (zwiększenie potencjału we wskazanym podmiocie szpitalnym przy jednoczesnym wygaszeniu realizacji danego świadczenia w innym). Jednocześnie, biorąc pod uwagę koncentrację i efektywność zasobów, należy po słowach „funkcji medycznych”, dodać zapis: „ , w tym także w zakresie zabezpieczenia warunków kształcenia kadry medycznej na bazie nieklinicznych podmiotów szpitalnych. ”W art. 89 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej wyrazy „mogą udostępnić” zastępuje się zapisem „mają obowiązek udostępnić”.</p> <p>Obowiązek współpracy pomiędzy podmiotami szpitalnymi, zwłaszcza w zakresie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń musi być poparty określonymi mechanizmami współpracy. Aktualne zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych usytuowały szpitale w trwałej konkurencji dostępu do środków dystrybuowanych zgodnie z warunkami wynikającymi z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Samodzielność podmiotów szpitalnych, każe kierownikom podmiotów dbać przede wszystkim o jak najlepszą kondycję podmiotu, i jak najlepsze, wysokopłatne świadczenia. Stąd ogólny zapis i obowiązeku współpracy, bez określonego trybu i warunków jest zapisem bezprzedmiotowym. Ponadto nie została wskazana instytucja, która będzie podejmować decyzje o koncentracji świadczeń (zwiększenie potencjału we wskazanym podmiocie szpitalnym przy jednoczesnym wygaszeniu realizacji danego świadczenia w innym). Ponadto , biorąc pod uwagę zasady efektywności i gospodarności w</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>

				wykorzystaniu środków publicznych, trzeba mieć na uwadze szpitalną bazę do kształcenia klinicznego przed i podyplomowego kadry medycznej.	
314.	Rozdział 1	art. 4	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	<p>Podstawa i narzędzia współpracy pomiędzy podmiotami szpitalnymi</p> <p>Propozycja: Uzupełnienie zapisu w projekcie ustawy co do dostępu do danych innych podmiotów szpitalnych. Można to usprawnić także poprzez utworzenie nowej funkcjonalności w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych – umieszczanie zatwierdzonych danych finansowych zgodnych z zaleceniami dotyczącymi standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców. Dostęp do tej funkcjonalności powinien być limitowany - hasłowo dostępny dla podmiotów leczniczych w układzie regionalnym i podmiotów o podobnym profilu, np. szpitale onkologiczne, pediatryczne, kliniczne.</p> <p>Wskazana powinna zostać jednoznacznie instytucja, która będzie podejmować decyzje o koncentracji świadczeń (zwiększenie potencjału we wskazanym podmiocie szpitalnym przy jednoczesnym wygaszeniu realizacji danego świadczenia w innym).</p> <p>Uzasadnienie: Obowiązek współpracy pomiędzy podmiotami szpitalnymi, zwłaszcza w zakresie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń musi być poparty określonymi mechanizmami współpracy. Aktualne zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych usytuowały szpitale w trwałej konkurencji dostępu do środków dystrybuowanych zgodnie z warunkami wynikającymi z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Samodzielność podmiotów szpitalnych, każe kierownikom podmiotów dbać przede wszystkim o jak najlepszą kondycję podmiotu, i jak najlepsze, wysokopłatne świadczenia. Stąd ogólny zapis i obowiązku współpracy, bez określonego trybu i warunków jest zapisem bezprzedmiotowym. Ponadto nie została wskazana instytucja, która będzie podejmować decyzje o koncentracji świadczeń (zwiększenie potencjału we wskazanym podmiocie szpitalnym przy jednoczesnym wygaszeniu realizacji danego świadczenia w innym).</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
315.	Rozdział 1	art. 4	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	<p>Dyspozycja przepisu jest niezrozumiała. Przepis jest niespójny z innymi aktami prawnymi określającymi zasady funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.</p> <p>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.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>



				<p>Tymczasem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- regionalne potrzeby zdrowotne nie są zdefiniowane (patrz: uwaga do art. 1 pkt 20);</li> <li>- 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;</li> <li>- podmioty lecznicze mogą prowadzić działalność poza systemem podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.</li> </ul>	
316.	Rozdział 1	art. 4	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Dyspozycja przepisu nie jest jasna. Nie wiadomo w jaki sposób ma przejawiać się realizacja obowiązku współpracy.</p> <p>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.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Niecelowym jest wymuszanie współpracy w oparciu o konkretne mechanizmy, gdyż każdorazowo powinna być ona oparta na indywidualnych porozumieniach pomiędzy konkretnymi podmiotami szpitalnymi i znaleźć odzwierciedlenie w planach.</p>
317.	Rozdział 1	art. 4	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	<p>Dyspozycja przepisu nie jest jasna. Nie wiadomo w jaki sposób ma przejawiać się realizacja obowiązku współpracy.</p> <p>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.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Niecelowym jest wymuszanie współpracy w oparciu o konkretne mechanizmy, gdyż każdorazowo powinna być ona oparta na indywidualnych porozumieniach pomiędzy konkretnymi podmiotami szpitalnymi i znaleźć odzwierciedlenie w planach.</p>
318.	Rozdział 1	art. 4	Rzecznik Praw Pacjenta	<p>Należy rozważyć doprecyzowanie przepisu w zakresie trybu i formy współpracy podmiotów szpitalnych i podmiotów nadzorujących.</p> <p>Ustawa nie definiuje i nie precyzuje, co należy rozumieć przez obowiązek współpracy podmiotów szpitalnych, mimo nałożenia takiego obowiązku na podmioty nadzorujące oraz podmioty szpitalne we wszystkich aspektach działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty szpitalne. Konstrukcja przepisu nie wskazuje również, które podmioty mają ze sobą współpracować. Ustawa nie wskazuje, kiedy ten obowiązek będzie prawidłowo zrealizowany.</p> <p>Należy rozważyć doprecyzowanie przepisu przez wskazanie sposobu realizacji tego obowiązku oraz utworzenie w projekcie instrumentów koordynacji i współpracy podmiotów, np. określenie roli Agencji w organizacji takiej współpracy.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p>
319.	Rozdział 1	art. 4	Województwo Pomorskie	<p>Współpraca między podmiotami szpitalnymi i nadzorującymi</p> <p>Podmioty nadzorujące oraz podmioty szpitalne są obowiązane do współpracy we wszystkich aspektach działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty szpitalne, w tym w zakresie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>

				<p>Niezrozumiałe jest, w jaki sposób podmiot nadzorujący oraz szpitalny mają współpracować ze sobą, czy też jeden podmiot szpitalny zobowiązany jest też do współpracy z innym podmiotem szpitalnym? Jeżeli tak, to w oparciu o jakie narzędzia mają one współpracować? I jak wyegzekwować „koncentrację zasobów ludzkich oraz świadczeń (...) i konsolidacji funkcji medycznych”? Czy celem ustawy jest stworzenie jednego podmiotu szpitalnego z wielu podmiotów szpitalnych?</p> <p>Propozycja: Sprecyzowanie zapisów w sposób odpowiadający woli projektodawcy.</p>	
320.	Rozdział 1	art. 4	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Współpraca podmiotów szpitalnych oraz podmiotów tworzących we wszystkich aspektach działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty szpitalne, „koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych”.</p> <p>Zapis artykułu nakłada obowiązek na podmiot tworzący w zakresie dość szerokim i nie zgodnym merytorycznie. Czy podmiot tworzący ma organizować lub uczestniczyć w organizacji świadczeń medycznych lub zatrudnianiu personelu? Brakuje katalogu cyt.: „aspekt działalności leczniczej” – co autor ma na myśli, w zakresie którego współpracować ma podmiot tworzący.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
321.	Rozdział 1	art. 4	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Usunięcie lub modyfikacja przepisu.</p> <p>W obecnym kształcie zaproponowany zapis nie ma jakiegokolwiek mocy sprawczej. Brak wskazania, na czym miałyby polegać „współpraca”, nie przewidziano również sankcji w związku z niewywiązywaniem się z powyższego obowiązku. Nie doprecyzowano również, na czym polegać miałyby współpraca w zakresie koncentracji zasobów ludzkich w kontekście m.in. obowiązującego prawa pracy.</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Niecelowym jest wymuszanie współpracy w oparciu o konkretne mechanizmy, gdyż każdorazowo powinna być ona oparta na indywidualnych porozumieniach pomiędzy konkretnymi podmiotami szpitalnymi i znaleźć odzwierciedlenie w planach.
322.	Rozdział 1	art. 4	Federacja Przedsiębiorców w Polskich	<p>FPP jest zdecydowanie zwolennikiem wynagradzania za zachowanie požądane przez ustawodawcę a nie zapisom nakazowym</p> <p>Interes podmiotów nadzorujących często jest sprzeczny, każdy ma na celu maksymalizację zysków/minimalizację straty swojego podmiotu leczniczego, a wysyp niektórych oddziałów wynika z faktu, iż procedury na nich wykonywane są bardziej opłacalne, nikt nie podejmie decyzji o likwidacji „opłacalnego” oddziału na rzecz źle wycenionego wiedząc, że będzie się to wiązało z koniecznością poniesienia straty nadzorowanego podmiotu</p> <p>Proponujemy przeprowadzenie rozwiązań oddolnych, wynagradzać organy nadzorujące i szpitale które współpracują i lepiej zarządzają kadrami i dostosowują się do planów transformacji – np. poprzez współczynnik korygujący.</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>

323.	Rozdział 1	art. 4	Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów	<p>Zgodnie z art. 4: „Podmioty nadzorujące oraz podmioty szpitalne są obowiązane do współpracy we wszystkich aspektach działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty szpitalne, w tym w zakresie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych.”</p> <p>Tak szerokie zobowiązanie podmiotów szpitalnych do wzajemnej współpracy, w czym jak się wydaje zawiera się również wymiana informacji, ustalanie, które podmioty będą realizować dane usługi, może prowadzić do wyeliminowania konkurencji, jak również powodować możliwość potencjalnego naruszenia art. 6 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.</p> <p>Stworzenie istotnego ryzyka naruszenia art. 6 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, brak informacji mogących potwierdzać, iż koncentracja świadczeń i zasobów wywrze pozytywny wpływ na funkcjonowanie podmiotów szpitalnych.</p> <p>Wątpliwości budzi potencjalnie szeroki zakres współpracy pomiędzy podmiotami szpitalnymi, w czym zawiera się również wymiana informacji (w tym wrażliwych informacji handlowych).</p> <p>Propozycja: Zmiana lub doprecyzowanie projektowanych przepisów w celu wyeliminowania wskazanych zagrożeń.</p> <p>Precyzyjne określenie zakresu współpracy pomiędzy podmiotami szpitalnymi, w szczególności doprecyzowanie zakresu wymienianych pomiędzy nimi informacji, w celu wyeliminowania ryzyka naruszenia przepisów ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa po wejściu w życie ma pozwolić na optymalizację jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa pacjenta poprzez wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących jakości i efektów leczenia (koncentrację leczenia specjalistycznego) oraz zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń. Celem wprowadzanych zmian legislacyjnych jest osiągnięcie korzyści dla pacjenta wynikających z dobrze działającego systemu leczenia szpitalnego, przede wszystkim poprzez dopasowanie tego systemu do struktury demograficznej i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności. Pacjenci skorzystają również na odpowiedniej alokacji nakładów finansowych oraz koncentracji świadczeń i profilowaniu szpitali, jak również ich usieciowieniu w zakresie realizowanych profili świadczeń. Koncentracja procedur wysokospecjalistycznych w ośrodkach kompetencji będzie miała na celu poprawę wyników leczenia, zwiększenie dostępności do nowoczesnych technologii i terapii medycznych oraz rozwój kadr medycznych. W zakresie nieuzasadnionej konkurencji pomiędzy szpitalami pacjentów należy zauważyć, iż zjawisko to w tym przypadku nacechowane jest negatywnie, gdyż podmioty szpitalne prowadzące działalność na tym samym terenie nie powinny powielać świadczonych usług, prowadząc de facto wobec siebie działalność konkurencyjną, a wzajemnie się w tym zakresie uzupełniać, co z punktu widzenia pacjenta zapewniłoby kompleksowość oferowanej opieki zdrowotnej.</p>
324.	Rozdział 1	art. 4	Związek Województw RP - Województwo Warmińsko-Mazurskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Zapis o charakterze ogólnym. Brak wskazania w projekcie konkretnych form tej współpracy, zakresu oraz określenia zasad i warunków jej realizacji</p> <p>Bez wskazania katalogu narzędzi współpracy na poszczególnych polach, przy wielu organach tworzących, to założenie wydaje się wątpliwe w realizacji.</p> <p>Należy doprecyzować zakres i formy współpracy i konsolidacji funkcji medycznych</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Niecelowym jest wymuszanie współpracy w oparciu o konkretne mechanizmy, gdyż każdorazowo powinna być ona oparta na indywidualnych porozumieniach pomiędzy konkretnymi podmiotami szpitalnymi i znaleźć odzwierciedlenie w planach.</p>

325.	Rozdział 1	art. 4	Osoba fizyczna	<p>(...)”Art. 4. Podmioty nadzorujące oraz podmioty szpitalne są obowiązane do współpracy we wszystkich aspektach działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty szpitalne, w tym w zakresie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych.”(...)</p> <p>W powyższym artykule występuje bezzasadne zastosowanie stwierdzenia sugerującego możliwe, lecz nie obligatoryjne, zastosowanie konkretnych rozwiązań, mających, w domniemaniu, wpływ na polepszenie efektywności funkcjonowania placówek szpitalnych, poprzez koncentrację zasobów ludzkich, oraz świadczeń opieki zdrowotnej, a także konsolidację funkcji medycznych.</p> <p>Założenie to, z punktu widzenia ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jest niespójne choćby z art. 9a. przywołanej ustawy, a także art. 3 Projektu Ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, bowiem warunkiem koniecznym do wprowadzenia rozwiązań szczegółowych w tym potencjalnej „koncentracji” czy „konsolidacji” jest zobowiązanie do dostosowania działalności 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.</p> <p>Stąd prosty wniosek, że nie można utożsamiać „dostosowania do regionalnych potrzeb zdrowotnych”, z domniemaną „koncentracją” lub „konsolidacją”, bez wcześniejszego opracowania mapy potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.</p> <p>Może, bowiem, okazać się, że na podstawie ww. informacji, wynikających z przywołanych źródeł, konieczna będzie „dekoncentracja” personelu i świadczeń, lub podział funkcji medycznych, a nie ich konsolidacja, gdyż taka właśnie zasadność działań naprawczych będzie wynikała z potrzeb zdrowotnych danego regionu, uwzględniających dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej, realizowanej przez podmioty szpitalne.</p> <p>Stąd wniosek, że zwrot „(...) w tym w zakresie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych.” powinien zostać z projektu ustawy usunięty, jako niezgodny z rzeczywistą intencją ustawodawcy, w myśl ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz jako zapis bezpodstawnie sugerujący, że zwłaszcza takie, wyróżnione przez autorów projektu Ustawy, rozwiązanie może poprawić efektywność działania systemu opieki zdrowotnej w zakresie szpitalnictwa.</p> <p>Poza tym zapis ten jest również bezzasadny, jeśli weźmie się pod uwagę kolejne artykuły projektu ustawy z dn. 29 grudnia 2021, z których jasno wynika, że przygotowanie planów naprawczych leży w gestii kierowników</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepisy mają charakter ogólny. Przepis art. 4 należy czytać w powiązaniu z art. 3. Obowiązek ten będzie realizowany podczas procesów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych, które będą zachodziły w podmiotach szpitalnych, a także zostanie odzwierciedlony w treści samych planów rozwojowych i planów naprawczo-rozwojowych.</p>
------	------------	--------	----------------	---	--

				placówek szpitalnych i/lub nadzorców, a ich ocena i zatwierdzenie leży w kompetencji prezesa ARS. Nie można, zatem, zanim szczegółowy plan zostanie opracowany i zatwierdzony, sugerować, że takie lub inne szczegółowe rozwiązanie jest korzystne dla działalności szpitala, lub szpitali działających na konkretnym terenie i realizujących świadczenia zdrowotne.	
326.	Rozdział 1, Rozdział 4	art. 4, art. 25	Związek Województw RP - Województwo Podkarpackie (za pośrednictwem KWRiST)	Brak wskaźników dotyczących kwestii jakościowych.  Propozycja zmiany: Zastosowanie większej liczby wskaźników, także jakościowych  Szpital posiadający akredytację, spełniający normy ISO, stawiający na jakość może znaleźć się w kategorii C	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Brak propozycji konkretnych kryteriów jakościowych.
327.	Rozdział 1, Rozdział 4	art. 4, art. 27	Związek Województw RP - Województwo Podkarpackie (za pośrednictwem KWRiST)	Wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów jest nadrzędny wobec pozostałych wskaźników.  Propozycja zmiany: Zmiana wskaźników / zastosowanie innych proporcji / inne zestawienie wskaźników  Brak znaczenia wartości pozostałych wskaźników (1,2,4) w przypadku kategorii C, wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów jest decydujący. Uzyskanie należytych wartości we wszystkich trzech wskaźnikach nie zmienia przypisania szpitala do kategorii C.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W opinii projektodawcy, posiadanie zobowiązań wymagalnych stanowiących powyżej 5% wartości przychodów ogółem wskazuje na konieczność przeprowadzenia procesów naprawczo-rozwojowych.
328.	Rozdział 1	art. 5	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	W projekcie brakuje regulacji wskazujących dalsze postępowanie w przypadku, gdy działania restrukturyzacyjne nie przyniosą oczekiwanych rezultatów a podmiot leczniczy z uwagi na jego znaczenie w systemie ochrony zdrowia powinien nadal funkcjonować.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Projekt przewiduje regulacje dotyczące kontynuowania działań naprawczo-rozwojowych w przypadku ponownego przyznania kategorii C lub D. Tym samym postępowanie naprawczo-rozwojowe może trwać dłużej niż 3 lata.
329.	Rozdział 1	art. 5	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	W projekcie brakuje regulacji wskazujących dalsze postępowanie w przypadku, gdy działania restrukturyzacyjne nie przyniosą oczekiwanych rezultatów a podmiot leczniczy z uwagi na jego znaczenie w systemie ochrony zdrowia powinien nadal funkcjonować.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Projekt przewiduje regulacje dotyczące kontynuowania działań naprawczo-rozwojowych w przypadku ponownego przyznania kategorii C lub D. Tym samym postępowanie naprawczo-rozwojowe może trwać dłużej niż 3 lata.

330.	Rozdział 1	art. 5	Województwo Pomorskie	<p>Cele ustawy</p> <p>Ustawa nie wskazuje, co należy rozumieć przez efektywność działalności (wynik finansowy? lepsza opieka nad pacjentem? poprawa dostępności do diagnostyki? jakość świadczeń?) – zwiększenie jakości wymaga wysokich nakładów finansowych, kadrowych i sprzętowych.</p> <p>Ustawa nie wskazuje, jakie przewiduje się środki na ten cel? Istnieje obawa, że jak zwykle szpitale mają osiągnąć cele ustawy bez zwiększania środków finansowych otrzymywanych ze środków publicznych. Bez zwiększenia nakładów na cele zdrowotne/ realne wyceny świadczeń – a co za tym idzie zwiększenia przekazywanych szpitalom środków niewiele da się zmienić, ponownie jest mowa o regionalnych potrzebach zdrowotnych, kto i czym będzie się kierował je ustalając.</p> <p>Propozycja: Sprecyzowanie zapisu</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepis ma w sposób szczególny i literalny wskazać cele ustawy, które wynikają z późniejszych przepisów szczegółowych.</p>
331.	Rozdział 1	art. 5	Prokuratura Generalna RP	<p>Projektowany art. 5 określający cele, które mają być zrealizowane przez ustawę, nie ma, jak się wydaje, charakteru normatywnego (§ 11 Zasad techniki prawodawczej), co uzasadnia jego usunięcie.</p> <p>Usunięcie art. 5 z projektu ustawy.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepis ma w sposób szczególny i literalny wskazać cele ustawy, które wynikają z późniejszych przepisów szczegółowych. W tym zakresie brak jest zastrzeżeń RCL.</p>
332.	Rozdział 1	art. 5	Polskie Stowarzyszenie Niezależnych Lekarzy i Naukowców	<p>Odhumanizowanie relacji z lekarzem kosztem efektywności</p> <p>Kolejnym niebezpiecznym określeniem w art 5. jest „efektywność” szpitala. W Encyklopedii zarządzania efektywność definiuje się jako “rezultat podjętych działań, opisany relacją uzyskanych efektów do poniesionych nakładów. Oznacza najlepsze efekty produkcji, dystrybucji, sprzedaży czy promocji, uzyskane po najniższych kosztach.” Takie przeniesienie pojęcia efektywności z biznesu na teren służby zdrowia skutkuje obserwowaną na świecie i coraz bardziej również w Polsce mechanizacją, automatyzacją i robotyzacją opieki medycznej. Zastosowanie ekonomii skali w służbie zdrowia powoduje przeakcentowanie diagnostyki kosztem kontaktu z lekarzem, rezygnowanie z badań podmiotowych i przedmiotowych na rzecz badań dodatkowych, które wykonywane są poza gabinetem lekarskim. Oczywiście pomysłodawca ustawy może pod efektywnością mieć coś innego na myśli, ale wśród 25 pojęć zdefiniowanych na początku ustawy, definicja efektywności szpitala nie pojawiła się.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Słowo „efektywność” należy rozpatrywać w kontekście wszelkiej działalności danego podmiotu szpitalnego i wszystkich procesów w nim zachodzących. Użycie słowa „odhumanizowanie” należy uznać za nieuprawnione.</p>
333.	Rozdział 1	art. 5	Federacja Przedsiębiorców Polskich	<p>Intencje są zgodne z oczekiwaniami niestety projekt ustawy nie zawiera instrumentów umożliwiających jego realizację</p> <p>Kluczem rozwiązanie wielu problemów szpitali jest przeprowadzenie adekwatnej wyceny świadczeń medycznych i ich waloryzacja uwzględniająca</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga poza zakresem regulacji.</p>

				kluczowe zmienne – jak koszty energii, koszty pracy, inflacja w obszarze leków i wyrobów medycznych	
334.	Rozdział 1	art. 5 ust. 1	Osoba fizyczna	<p>Właściwy cel projektu ustawy zawiera się w art. 5.1. w którym napisano że: „(...) Celem działań określonych ustawą jest modernizacja i poprawa efektywności działalności oraz poprawa sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu szpitalnego.</p> <p>2. Celem działań określonych ustawą jest również wsparcie rozwoju podmiotu szpitalnego, optymalizacja jego działalności, dostosowanie działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych, wprowadzanie lub ulepszanie procesowego modelu zarządzania podmiotem szpitalnym, a w razie potrzeby, naprawa działalności podmiotu szpitalnego oraz restrukturyzacja jego zadłużenia na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1588 i 2140).”</p> <p>Jednak, pomimo wyartykułowania ogólnego celu, artykuł ten wykazuje niespójność logiczną. Nie może być „celem działań” określonych ustawą restrukturyzacja zadłużenia, bowiem sama restrukturyzacja zadłużenia jest już konkretnym działaniem, mającym na celu poprawę sytuacji ekonomicznej szpitala. Podobnie wątpliwe jest stwierdzenie, że celem działań ma być naprawa działalności systemu, gdyż celem ostatecznym ma być poprawnie działający system.</p> <p>Propozycja treści Art.5.ust 1 , która uwzględniałaby te niespójności powinna brzmieć np. tak.:</p> <p>„ Celem działań określonych ustawą jest modernizacja i poprawa efektywności działalności, oraz poprawa sytuacji ekonomiczno- finansowej podmiotu szpitalnego, wymienionego w art. 2 pkt 15 niniejszej ustawy, poprzez wsparcie jego rozwoju, dostosowanie do regionalnych potrzeb zdrowotnych, wprowadzanie lub ulepszanie procesowego modelu zarządzania podmiotem szpitalnym, a w razie potrzeby, naprawę działalności podmiotu szpitalnego oraz restrukturyzację jego zadłużenia na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1588 i 2140).</p> <p>Słowo „poprzez” wyraźnie dookreśla przedmiot działań związanych z modernizacją i poprawą efektywności, poprzez wskazanie rozwiązań w znaczeniu bardziej szczegółowym i podporządkowanym zasadniczej roli/celu, jaka ma spełniać Ustawa, jednak bez podania skonkretyzowanych form takich rozwiązań, których opracowanie leży w gestii opracowującego i realizującego zadania wynikające z Ustawy.</p> <p>Taki zapis jest zgodny z zachowaniem hierarchizacji zadań, ale także zgodny z założeniem tego samego projektu, że wszelkie działania związane z zarządzaniem powinny posiadać charakter modelu procesowego, w domyśle uwzględniającego hierarchiczność zadań, zasadę „od ogółu do szczegółu”, planowanie, a także harmonogram ich realizacji.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Przepis ma w sposób szczególny i literalny wskazać cele ustawy, które wynikają z późniejszych przepisów szczegółowych.</p>

335.	Rozdział 1	art. 5 ust. 2	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	odwołuje się do sformułowania „ulepszanie procesowego modelu zarządzania podmiotem szpitalnym” Jest to sformułowanie dalece nieostre. W istocie jest to typ tzw. nowomowy.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
336.	Rozdział 1	art. 5 ust. 2	Instytut Strategie 2050	O ile argument o konieczności dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, map potrzeb zdrowotnych, planów transformacji jest ze wszech miar słuszny (art. 5.2), to narzucanie obowiązku współpracy różnych podmiotów szpitalnych w zakresie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych (art. 4), z wykorzystaniem ARS i wyznaczonych przez agencję nadzorcy i zarządcę w celu opracowywania i realizowania planów rozwojowych i planów naprawczo-rozwojowych (art. 5.2) nie jest akceptowalne.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Uwaga stanowi komentarz do zaproponowanych rozwiązań. Brak propozycji alternatywnego rozwiązania.
337.	Rozdział 1	art. 6	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Komunikacja między Prezesem Agencji za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej jest obciążona zagrożeniem. System stanowi duże ograniczenie w zakresie możliwości przesłania dokumentów stanowiących załączniki (ograniczona wielkość plików).	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
338.	Rozdział 1	art. 6	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	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.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
339.	Rozdział 1	art. 6	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	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.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
340.	Rozdział 1	art. 6	Urząd Ochrony Danych Osobowych	Art. 6 ust. 1 i ust. 2 pkt 1 projektu ustawy przewiduje, że „Komunikacja między Prezesem Agencji, podmiotem szpitalnym, podmiotem nadzorującym, nadzorcą oraz zarządcą, w tym w szczególności przesyłanie pism, planów i sprawozdań, odbywa się za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W ramach komunikacji nie będzie przesyłana dokumentacja medyczna ani inne dane pacjentów.



drogą elektroniczną (Dz. U. z 2020 r. poz. 344). 2. Przepisów ust. 1 nie stosuje się w przypadku, gdy: 1) z uwagi na potrzebę ochrony danych osobowych komunikacja za pomocą środków komunikacji elektronicznej nie gwarantuje w sposób dostateczny bezpieczeństwa przetwarzania danych; wystąpiła awaria systemów teleinformatycznych, która uniemożliwia podmiotom wskazanym w ust. 1 przesyłanie dokumentów za pomocą środków komunikacji elektronicznej.”.

Wątpliwość budzi czy w wykonywaniu projektowanych przepisów dochodzić będzie do przetwarzania danych osobowych<sup>1</sup> pacjentów, w tym w dotyczącej ich dokumentacji medycznej. O ile ma to mieć miejsce, to po pierwsze istotne jest czy projektodawca wykonał w tym zakresie test prywatności, ocenę skutków i wpływu przyjmowanego rozwiązania na ochronę danych osobowych i prywatność podmiotów danych. Komentowany przepis – poprzez swe ogólne sformułowanie - dopuszcza bowiem stosowanie komunikacji pomiędzy podmiotami za pomocą środków komunikacji elektronicznej, której potencjalnie mogłoby podlegać również przetwarzanie danych osobowych pacjentów, w tym zawartych w dokumentacji medycznej. Po drugie, przyjmowanie rozwiązań, które takie działania dopuszczają niesie za sobą konieczność oceny zgodności z przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz konieczność zapewnienia stosowania przepisów rozporządzenia 2016/679, w tym w zakresie celów przetwarzania danych, zakresu przetwarzanych o pacjencie informacji, zakresie przetwarzanej dokumentacji, dostępu do niej, jej retencji tak pozyskanych danych/dokumentacji, etc.

Podsumowując tę uwagę ogólną wskazać trzeba, że kwestie te wymagają wyjaśnienia przez projektodawcę, jak również, że uzasadnionym wydaje się rozważenie wprowadzenie w przepisach ustawy ograniczeń co do przekazywania tą drogą dokumentacji medycznej pacjenta, w tym szczególnych kategorii z art. 9 ust. 1 rozporządzenia 2016/679 dotyczących zdrowia<sup>2</sup>. Danym takim przepisy rozporządzenia 2016/679 nadają bowiem szczególne znaczenie i reżim wykonywania na nich operacji przetwarzania.

---

<sup>1</sup> Dane osobowe oznaczają wszelkie informacje o zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osobie fizycznej ("osobie, której dane dotyczą"); możliwa do zidentyfikowania osoba fizyczna to osoba, którą można bezpośrednio lub pośrednio zidentyfikować, w szczególności na podstawie identyfikatora takiego jak imię i nazwisko, numer identyfikacyjny, dane o lokalizacji, identyfikator internetowy lub jeden bądź kilka szczególnych czynników określających fizyczną, fizjologiczną, genetyczną, psychiczną, ekonomiczną, kulturową lub społeczną tożsamość osoby fizycznej

<sup>2</sup> Do danych osobowych dotyczących zdrowia należy zaliczyć wszystkie dane o stanie zdrowia osoby, której dane dotyczą, ujawniające informacje o przeszłym, obecnym lub przyszłym stanie fizycznego lub psychicznego zdrowia osoby, której dane dotyczą. Do danych takich należą informacje o

				<p>danej osobie fizycznej zbierane podczas jej rejestracji do usług opieki zdrowotnej lub podczas świadczenia jej usług opieki zdrowotnej, jak to określa dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE 9 ; numer, symbol lub oznaczenie przypisane danej osobie fizycznej w celu jednoznacznego zidentyfikowania tej osoby fizycznej do celów zdrowotnych; informacje pochodzące z badań laboratoryjnych lub lekarskich części ciała lub płynów ustrojowych, w tym danych genetycznych i próbek biologicznych; oraz wszelkie informacje, na przykład o chorobie, niepełnosprawności, ryzyku choroby, historii medycznej, leczeniu klinicznym lub stanie fizjologicznym lub biomedycznym osoby, której dane dotyczą, niezależnie od ich źródła, którym może być na przykład lekarz lub inny pracownik służby zdrowia, szpital, urządzenie medyczne lub badanie diagnostyczne in vitro.</p>	
341.	Rozdział 1	art. 6	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Komunikacja między Prezesem Agencji za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej jest obciążona zagrożeniem.</p> <p>System stanowi duże ograniczenie w zakresie możliwości przesłania dokumentów stanowiących załączniki (ograniczona wielkość plików).</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
342.	Rozdział 1	art. 6	Osoba fizyczna	<p>W przypadku harmonogramu realizacji zadań wynikających z projektu Ustawy, autorzy projektu zupełnie pominięli ten aspekt modelu procesowego, wyróżniając np. w Art. 6.1. projektu Ustawy, dokumenty, które określili jako „szczególne” cyt :</p> <p>„(...)Art. 6. 1. Komunikacja między Prezesem Agencji, podmiotem szpitalnym, podmiotem nadzorującym, nadzorcą oraz zarządcą, w tym w szczególności przesyłanie pism, planów i sprawozdań, odbywa się za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2020 r. poz. 344).”(...)</p> <p>Również w tym przypadku, nawet ta lista jest niespójna z dalszą częścią zapisów projektu Ustawy, w której autorzy do wymienionych w Art.6.1 dokumentów dodają inne cyt :</p> <p>„Art. 6.3. 3. Pisma, wnioski, plany, sprawozdania i inne dokumenty podmioty, o których mowa w ust. 1, sporządzają w formie dokumentu elektronicznego, opatrując je kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo podpisem zaufanym.”</p> <p>Literalnie, pomimo przywołania ustępu 1, treść ust. 3 w zakresie listy wymienionych dokumentów jest, po prostu, niezgodna i zawiera rozszerzenie w postaci „wniosków” oraz „innych dokumentów”.</p> <p>Ponieważ projekt Ustawy nie zawiera odpowiedniego aktu wykonawczego, który precyzowałby listę dokumentów, wraz z ich wzorami, opiniowanie tej kwestii w ramach konsultacji społecznych jest niemożliwe. Należy jednak zwrócić uwagę, że wszelka dokumentacja związana z celami projektu Ustawy, powinna również być oparta o model procesowy, oraz umożliwiać swobodne przetwarzanie i analizę zawartych w niej danych w sposób</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Zmieniono brzmienie projektowanego przepisu. Wprowadzanie aktów wykonawczych w tym zakresie jest nieuzasadnione.

				<p>maksymalnie optymalny i dostosowany do współczesnych możliwości analitycznych i informatycznych.</p> <p>Brak aktu wykonawczego uniemożliwia również ocenę, czy dokumentacja taka będzie ujednolicona dla wszystkich podmiotów, co z punktu widzenia praktyki zarządczej, w odniesieniu do instytucji mającej charakter państwowy, ma generalne znaczenie w zakresie jednolitej metody oceny podmiotów na podstawie takich samych kryteriów. Brak jednolitości dokumentacji, również w postaci elektronicznej, w wielu przypadkach może znacząco utrudnić analizę porównawczą (tym samym jest to sprzeczne z zasadą racjonalności) lub wręcz ją uniemożliwić.</p> <p>Zasadnym wydaje się również, aby już w tym miejscu ustawy znalazło się odniesienie do odpowiedniego aktu wykonawczego, w którym znajdą się odpowiednie zapisy normujące problematykę dokumentacji w sposób szczegółowy.</p> <p>Sama zaś treść Art. 6 powinna, zgodnie z praktyką ustawodawczą odwoływać się do sformułowań ogólnych np. „dokumentacji” z pominięciem wymieniania nawet fragmentarycznej ich listy.</p> <p>Należy również wziąć pod rozwagę, czy cały Art. 6 zbytnio nie formalizuje obiegu dokumentacji już na poziomie Ustawy, ponieważ proces obiegu dokumentacji jest zwykle przedmiotem np. instrukcji kancelaryjnej, do której powinien odnosić się przepis ogólny wymieniony w Ustawie.</p> <p>Celowość takiego rozwiązania jest oczywista, zważywszy, że dokonywanie ew. zmian ustawowych wymaga nowelizacji Ustawy, natomiast, jeśli przedmiot zmian będzie opisany w akcie wykonawczym, jego potencjalna zmiana będzie znacznie prostsza.</p> <p>Brak odpowiednich aktów wykonawczych w projekcie ustawy narusza zapisy Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej” a w szczególności § 13. „Jednocześnie z projektem ustawy przygotowuje się projekty rozporządzeń o znaczeniu podstawowym dla jej funkcjonowania.”</p>	
343.	Rozdział 1, Rozdział 6	art. 6, art. 31	<p>Związek Województw RP - Województwo Podkarpackie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Brak informacji o finansowaniu działań naprawczych.</p> <p>Propozycja zmian: Określenie źródła finansowania działań naprawczych (inwestycji / modernizacji)</p> <p>Projekt ustawy nie zawiera informacji na temat sposobu finansowania działań naprawczych dokonywanych przez dany podmiot leczniczy</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie naprawcze dotyczyć będzie wyłącznie podmiotów z kategorii C i D (ewentualnie B). Źródła finansowania podane są w OSR.</p>
344.	Rozdział 1	art. 6 ust. 1 i n.	<p>Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za</p>	<p>Art. 6. 1. Komunikacja między Prezesem Agencji, podmiotem szpitalnym, podmiotem nadzorującym, nadzorcą oraz zarządcą, w tym w szczególności przesyłanie pism, planów i sprawozdań, odbywa się za pomocą środków komunikacji elektronicznej.</p> <p>podmiot szpitalny, podmiot nadzorujący,</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Zmieniono brzmienie art. 6. Nadzorca jako podmiot kierowany do podmiotu szpitalnego na mocy przepisów prawa w celu zdiagnozowania sytuacji ogólnej podmiotu i sporządzenia planu naprawczo-</p>

			pośrednictwem KWRiST)	<p>Dalej nadzorca oraz zarządca wnosi na elektroniczną skrzynkę podawczą Agencji, utworzoną na podstawie ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 2070), ze skrzynki podmiotu szpitalnego.</p> <p>6. Prezes Agencji doręcza dokumenty podmiotowi szpitalnemu, podmiotowi nadzorującemu, nadzorcy oraz zarządcy na elektroniczną skrzynkę podawczą podmiotu szpitalnego.</p> <p>Następnie, podmiot szpitalny jest obowiązany do nadania nadzorcy dostępu do elektronicznej Skrzynki.</p> <p>Szpital z uwagi na specyfikę swojego działania w korespondencji otrzymuje różne dane, nie tylko o charakterze finansowym ale również dane medyczne. Nie ma uzasadnienia dla posiadania przez nadzorcę dostępu do pełnej skrzynki elektronicznej szpitala. W zakresie przetwarzania danych osobowych, szczególnie tak wrażliwych jak informacje medyczne, ilość osób posiadających do nich dostęp powinna być ograniczona do niezbędnego minimum.</p>	rozwojowego w współpracy z jego kierownikiem musi mieć dostęp do wszelkich danych, które temu posłużą.
345.	Rozdział 1	art. 6 ust. 1 i 3	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	Przepis należy ujednoczyć pod względem redakcyjnym (różne nazwy przykładowych typów dokumentów).	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
346.	Rozdział 1	art. 6 ust. 1 i 3	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	Przepis należy ujednoczyć pod względem redakcyjnym (różne nazwy przykładowych typów dokumentów).	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
347.	Rozdział 1	art. 6 ust. 1 i 3	Województwo Podlaskie	<p>W art. 6 ust.1 po słowie pism, dodać słowo „wniosków”</p> <p>Doprowadzenie do zgodności z treścią art.6 ust.3</p> <p>Proponowane brzmienie art.6 ust.1:  Art. 6. 1. Komunikacja między Prezesem Agencji, podmiotem szpitalnym, podmiotem nadzorującym, nadzorcą oraz zarządcą, w tym w szczególności przesyłanie pism, wniosków, planów i sprawozdań, odbywa się za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2020 r. poz. 344).</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
348.	Rozdział 1	art. 6 ust. 5-6	Związek Województw RP -	Korespondencja pomiędzy Agencją Rozwoju Szpitali (dalej: Agencja) a podmiotem nadzorującym powinna się odbywać bezpośrednio a nie za pośrednictwem skrzynki podmiotu szpitalnego.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

			Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	Podmiot nadzorujący będący jednostką samorządu terytorialnego posiada własną skrzynkę elektroniczną na którą powinna być wysyłana korespondencja biorąc pod uwagę skutki prawne jej dostarczenia i bieg terminów. Podmiot nadzorujący nie ma dostępu do skrzynki podmiotu szpitalnego.	
349.	Rozdział 1	art. 6 ust. 5-7	Powiat Stargardzki	<p>Korespondencja pomiędzy Agencją, podmiotem szpitalnym, podmiotem nadzorującym, nadzorcą lub zarządcą powinna odbywać się bezpośrednio, a nie za pośrednictwem skrzynki podmiotu szpitalnego. W przeciwnym razie w art. 6 ust. 7 należy zobowiązać podmiot szpitalny do nadania dostępu do elektronicznej skrzynki również podmiotowi nadzorującemu</p> <p>Podmiot nadzorujący będący jednostką samorządu terytorialnego posiada własną skrzynkę elektroniczną, którą wykorzystuje do prowadzenia korespondencji</p> <p>Propozycja: Zmiana zapisu</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
350.	Rozdział 1	art. 6 ust. 6	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Wprowadzone uregulowanie w zakresie doręczania dokumentów na elektroniczną skrzynkę podawczą podmiotu szpitalnego.</p> <p>Proponowane rozwiązanie wprowadza precedens przekazywania korespondencji skierowanej do kilku adresatów.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
351.	Rozdział 1	art. 6 ust. 6-7	Województwo Pomorskie	<p>Tryb przekazywania dokumentacji i postanowień przez Agencję</p> <p>Określenie trybu przekazywania dokumentów podmiotowi szpitalnemu, nadzorcy oraz zarządcy – na elektroniczną skrzynkę podawczą podmiotu szpitalnego oraz zobowiązanie podmiotu szpitalnego do nadania nadzorcy dostępu do elektronicznej skrzynki podawczej</p> <p>Zapis dotyczący doręczeń dokumentów, w tym postanowień od Prezesa Agencji w trybie elektronicznym w tej formie narusza wprost prawa podmiotów, którym dokumentacja miałaby być w ten sposób doręczana. Szczególnie bezprawnym na poziomie wielu odrębnych aktów prawnych, w tym wyższego rzędu wydaje się być zapis zobowiązujący podmiot szpitalny do nadania nadzorcy dostępu do elektronicznej skrzynki podawczej podmiotu (w szczególności w kontekście podmiotów działających w formie spółek prawa handlowego).</p> <p>Zapis w proponowanym brzmieniu uniemożliwi w praktyce skuteczne i terminowe działania podmiotów uprawnionych do realizacji środków o których mowa w art.13, dla których terminy wyznaczane są w odniesieniu do daty doręczenia.</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Zmieniono brzmienie art. 6. Nadzorca jako podmiot kierowany do podmiotu szpitalnego na mocy przepisów prawa w celu zdiagnozowania sytuacji ogólnej podmiotu i sporządzenia planu naprawczo-rozwojowego w współpracy z jego kierownikiem musi mieć dostęp do wszelkich danych, które temu posłużą.

				Zmiana zapisów na chroniące interesy stron, w szczególności w zakresie prawidłowości doręczeń, co determinować będzie możliwość podjęcia skutecznych środków przysługujących stronom w postępowaniu przed Prezesem Agencji.	
352.	Rozdział 1	art. 6 ust. 6-7	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	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.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Zmieniono brzmienie art. 6. Nadzorca jako podmiot kierowany do podmiotu szpitalnego na mocy przepisów prawa w celu zdiagnozowania sytuacji ogólnej podmiotu i sporządzenia planu naprawczo-rozwojowego w współpracy z jego kierownikiem musi mieć dostęp do wszelkich danych, które temu posłużą.
353.	Rozdział 1	art. 6 ust. 6-7	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	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.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Zmieniono brzmienie art. 6. Nadzorca jako podmiot kierowany do podmiotu szpitalnego na mocy przepisów prawa w celu zdiagnozowania sytuacji ogólnej podmiotu i sporządzenia planu naprawczo-rozwojowego w współpracy z jego kierownikiem musi mieć dostęp do wszelkich danych, które temu posłużą.
354.	Rozdział 1	art. 6 ust. 7	Województwo Podlaskie	W art.6 ust.7 proponujemy wymienić również podmiot nadzorujący i zarządcę  Wobec treści sformułowanych w art.6 ust.5 i 6, z których wynika, że nie tylko nadzorca ale również podmiot nadzorujący i zarządca mają korzystać ze skrzynki podmiotu szpitalnego, uczynienie dla nich dostępu do tej skrzynki wydaje się konieczne  Proponowane brzmienie art.6 ust.7: 7. Podmiot szpitalny jest obowiązany do nadania podmiotowi nadzorującemu, nadzorcy, zarządcy dostępu do elektronicznej skrzynki, o której mowa w ust. 5-6.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
355.	Rozdział 1	art. 6 ust. 7	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Art. 6 ust. 7 - dostęp do elektronicznej skrzynki podawczej – jest to zdecydowanie zbyt szeroki zakres uprawnień nadzorcy.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Zmieniono brzmienie art. 6. Nadzorca jako podmiot kierowany do podmiotu szpitalnego na mocy przepisów prawa w celu zdiagnozowania sytuacji ogólnej podmiotu i sporządzenia planu naprawczo-rozwojowego w współpracy z jego kierownikiem musi mieć dostęp do wszelkich danych, które temu posłużą.
356.	Rozdział 2	Uwaga ogólna	Związek Województw	Sąd restrukturyzacyjny: jest Sąd Okręgowy w Warszawie	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

			RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Wyznaczenie jednego sądu okręgowego w skali kraju do prowadzenia spraw w zakresie wskazanym w art.7 ust.2 spowoduje paraliż prowadzonych przez ten sąd postępowań.</p> <p>Analogicznie do zapisów ustawy o przepisach ogólnych o postępowaniach restrukturyzacyjnych i ich skutkach, sprawy w postępowaniu restrukturyzacyjnym powinien rozpoznawać sąd rejonowy – sąd gospodarczy.</p> <p>Takich postępowań w skali całego kraju będzie z pewnością bardzo wiele. Jak wskazano w uzasadnieniu, na koniec 2020 roku w Polsce funkcjonowało 575 szpitali publicznych (podmiotów szpitalnych w rozumieniu ustawy), które mogą potencjalnie uczestnikami spraw prowadzonych przed sądem.</p> <p>Pożądanym jest rozważenie wyznaczenia przynajmniej kilku sądów w kraju do prowadzenia spraw z zakresu wskazanego w art.7. Ponadto sąd gospodarczy działający na miejscu będzie miał lepsze rozeznanie w sytuacji lokalnej</p>	Projekt ma na celu stworzenia sądownictwa wyspecjalizowanego, które będzie dedykowane tylko do tej, stosunkowo wąskiej i jednorodnej kategorii spraw, a przez to zdoła wypracować najwyższe standardy orzecznicze gwarantując sprawne i jednolite rozpoznawanie spraw. Dla przykładu w uzasadnieniu projektu ustawy UD 472(Prawo zamówień publicznych) Projektodawca (MPiT) wskazał, że jeden sąd wyspecjalizowany i powołany do rozpoznawania skarg z zakresu zamówień publicznych ma przyczynić się do skrócenia czasu rozpoznawania spraw oraz zapewniania jakości orzeczeń sądowych na najwyższym poziomie.
357.	Rozdział 2	art. 7	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Sąd restrukturyzacyjny</p> <p>Projekt ustawy przewiduje, że sądem restrukturyzacyjnym jest Sąd Okręgowy w Warszawie. Nie określa jednak czy ma to być sąd gospodarczy, czy też inny jego tzw. pion. Prawdopodobnie będzie to prowadziło do zamieszania kompetencyjnego – co wpłynie na sprawność (a w zasadzie spowoduje niesprawność) np. rozpatrywania zażaleń na postanowienia Prezesa Agencji.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Analogiczne rozwiązanie jest w art. 580 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych.</p>
358.	Rozdział 2	art. 7	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Właściwość SO dla siedziby danego podmiotu szpitalnego. Takie rozwiązanie ułatwia z jednej strony komunikację z SO, z drugiej, w sprawie orzeka SO, który ma rozeznanie o sytuacji, w jakiej działa na rynku udzielania świadczeń zdrowotnych dany podmiot szpitalny (np. sprawy o zapłaty p-ko NFZ).</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt ma na celu stworzenia sądownictwa wyspecjalizowanego, które będzie dedykowane tylko do tej, stosunkowo wąskiej i jednorodnej kategorii spraw, a przez to zdoła wypracować najwyższe standardy orzecznicze gwarantując sprawne i jednolite rozpoznawanie spraw. Dla przykładu w uzasadnieniu projektu ustawy UD 472(Prawo zamówień publicznych) Projektodawca (MPiT) wskazał, że jeden sąd wyspecjalizowany i powołany do rozpoznawania skarg z zakresu zamówień publicznych ma przyczynić się do skrócenia czasu rozpoznawania spraw oraz zapewniania jakości orzeczeń sądowych na najwyższym poziomie.</p>
359.	Rozdział 2	art. 7	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Rozszerzyć możliwość rozpoznawania spraw na inne sądy okręgowe.</p> <p>Jak wskazano w uzasadnieniu, na koniec 2020 roku w Polsce funkcjonowało 575 szpitali publicznych (podmiotów szpitalnych w rozumieniu ustawy), które mogą potencjalnie być uczestnikami spraw prowadzonych przed sądem. Pożądanym jest rozważenie wyznaczenia przynajmniej kilku sądów w kraju do prowadzenia spraw z zakresu wskazanego w art. 7. Kwestie logistyczne: utrudnione uczestnictwo dla podmiotów szpitalnych oddalonych</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt ma na celu stworzenia sądownictwa wyspecjalizowanego, które będzie dedykowane tylko do tej, stosunkowo wąskiej i jednorodnej kategorii spraw, a przez to zdoła wypracować najwyższe standardy orzecznicze gwarantując sprawne i</p>

				od Warszawy, dodatkowe koszty podróży służbowych. Ograniczenie rozpoznawania spraw tylko do Sądu Okręgowego w Warszawie powodować będzie przewlekłość postępowań.	jednolite rozpoznawanie spraw. Dla przykładu w uzasadnieniu projektu ustawy UD 472(Prawo zamówień publicznych) Projektodawca (MPiT) wskazał, że jeden sąd wyspecjalizowany i powołany do rozpoznawania skarg z zakresu zamówień publicznych ma przyczynić się do skrócenia czasu rozpoznawania spraw oraz zapewniania jakości orzeczeń sądowych na najwyższym poziomie.
360.	Rozdział 2	art. 7	Bank Gospodarstwa Krajowego	<p>Sąd restrukturyzacyjny Art. 7. 1. Sądem jest Sąd Okręgowy w Warszawie. W prawie restrukturyzacyjnym sądem restrukturyzacyjnym jest sąd rejonowy – sąd gospodarczy (art.14), W projekcie ustawy zakłada się, że to będzie Sąd Okręgowy w Warszawie, bez dookreślenia czy wydział cywilny czy sąd gospodarczy. W ocenie BGK brak jest uzasadnienia dla wskazywania innego sądu niż sąd rejonowy jeżeli zakłada się, że postępowanie restrukturyzacyjne ma być prowadzone zgodnie ze znowelizowanym niniejszą ustawą Prawem restrukturyzacyjnym. Może to prowadzić do dualizmu postępowań restrukturyzacyjnych i niejednolitej praktyki orzeczniczej. Ponadto powstaje pytanie, czy sąd okręgowy ma niezbędne doświadczenie w takich sprawach do działania jako sąd I instancji. Obecnie SO nie działają jako sąd restrukturyzacyjny. Z art. 131 wynika, że ta ustawa zmieni art. 14 pr restr i zostanie wskazany inny sąd dla podmiotów szpitalnych - SO w Warszawie</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Projekt ma na celu stworzenia sądownictwa wyspecjalizowanego, które będzie dedykowane tylko do tej, stosunkowo wąskiej i jednorodnej kategorii spraw, a przez to zdoła wypracować najwyższe standardy orzecznicze gwarantując sprawne i jednolite rozpoznawanie spraw. Dla przykładu w uzasadnieniu projektu ustawy UD 472(Prawo zamówień publicznych) Projektodawca (MPiT) wskazał, że jeden sąd wyspecjalizowany i powołany do rozpoznawania skarg z zakresu zamówień publicznych ma przyczynić się do skrócenia czasu rozpoznawania spraw oraz zapewniania jakości orzeczeń sądowych na najwyższym poziomie. Nieuzasadnione jest powierzenie Sądowi Okręgowemu w Warszawie tylko spraw dotyczących postępowania naprawczo-rozwojowego, a sądom rejonowym spraw dotyczących nowego postępowania restrukturyzacyjnego. Takie rozwiązanie mogłoby prowadzić do rozbieżnych decyzji w ramach jednego postępowania naprawczo-rozwojowego, np. co do planu naprawczo-rozwojowego, który w postępowaniu o zatwierdzenie układu jest bazą dla planu restrukturyzacyjnego.</p>
361.	Rozdział 2	art. 7	Sąd Okręgowy w Warszawie	<p>Do właściwości Sądu Okręgowego w Warszawie przekazywane są wszelkie specjalistyczne sprawy z obszaru całej Polski bez zapewnienia temu Sądowi odpowiednich warunków lokalowych, sprzętowych oraz zasobów ludzkich. Sąd Okręgowy w Warszawie liczy obecnie XXVIII Wydziałów boryka się z trudnościami lokalowymi, sprzętowymi oraz brakami etatowymi na wszystkich stanowiskach pracy poczynając od sędziów, poprzez referendarzy i asystentów po szczególnie ważny odcinek pracowników sekretariatów. Dlatego też obciążanie Sądu kolejnym zadaniem bez zapewnienia odpowiedniego wsparcia kadrowego, lokalowego i sprzętowego może spowodować opóźnienia w rozpoznawaniu spraw.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Projekt ma na celu stworzenia sądownictwa wyspecjalizowanego, które będzie dedykowane tylko do tej, stosunkowo wąskiej i jednorodnej kategorii spraw, a przez to zdoła wypracować najwyższe standardy orzecznicze gwarantując sprawne i jednolite rozpoznawanie spraw. Dla przykładu w uzasadnieniu projektu ustawy UD 472(Prawo zamówień publicznych) Projektodawca (MPiT)</p>



				Zapewnienie niezbędnego wyposażenia oraz kadr dla Sądu. albo Wskazanie Sądu właściwego jako Sądu Okręgowego dla Warszawy Pragi w Warszawie.	wskazał, że jeden sąd wyspecjalizowany i powołany do rozpoznawania skarg z zakresu zamówień publicznych ma przyczynić się do skrócenia czasu rozpoznawania spraw oraz zapewnienia jakości orzeczeń sądowych na najwyższym poziomie.
362.	Rozdział 2	art. 7	Sąd Okręgowy w Warszawie	Projektowana zmiana struktury organizacyjnej sądów powszechnych. Prowadzone są prace nad zmianą struktury sądów powszechnych, należy przy pracach ustawowych mieć na uwadze planowane zmiany. W przypadku zmiany struktury planowany Wydział należy umiejscowić jako sekcję Wydziału Upadłościowego Sądu Okręgowego dla m. st. Warszawy, natomiast jako sąd odwoławczy wskazać odpowiedni Sąd Regionalny.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W przypadku zmiany struktury sądów powszechnych zaistnieje konieczność dostosowania innych ustaw do tych zmian.
363.	Rozdział 2	art. 7	Powiat Stargardzki	Rozszerzyć możliwość rozpoznawania spraw w skali apelacji  Sądy Restrukturyzacyjne powinny być powołane po jednym w skali apelacji, a nie jeden na teren całego kraju. Zbyt duże obciążenie tego sądu może doprowadzić do spowolnienia procesów objętych przedmiotową ustawą.  Zwiększenie ilości sądów	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Projekt ma na celu stworzenia sądownictwa wyspecjalizowanego, które będzie dedykowane tylko do tej, stosunkowo wąskiej i jednorodnej kategorii spraw, a przez to zdoła wypracować najwyższe standardy orzecznicze gwarantując sprawne i jednolite rozpoznawanie spraw. Dla przykładu w uzasadnieniu projektu ustawy UD 472(Prawo zamówień publicznych) Projektodawca (MPiT) wskazał, że jeden sąd wyspecjalizowany i powołany do rozpoznawania skarg z zakresu zamówień publicznych ma przyczynić się do skrócenia czasu rozpoznawania spraw oraz zapewnienia jakości orzeczeń sądowych na najwyższym poziomie.
364.	Rozdział 2	art. 7	Pracodawcy RP	Projekt nie jest skorelowany z przepisami innych ustaw, np.: 3) czy w sprawach przed sądem restrukturyzacyjnym będą miały zastosowanie przepisy ustawy covidowej z dnia 2 marca 2020 r.?, szczególnie art. 15zszs (1) ust. 1 pkt. 4 oraz ust. 2-4;	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Projekt ustawy jest skorelowany z przepisami Prawa restrukturyzacyjnego.
365.	Rozdział 2	art. 7 ust. 1	Sąd Najwyższy	Brak rzeczywistego uzasadnienia wyłącznej właściwości rzeczowej i miejscowej Sądu Okręgowego w Warszawie Uzasadnienie projektu właściwie nie naświetla powodów, dla których projektodawca rządowy uważa za konieczne przypisanie SO w Warszawie funkcji jedyne w kraju sądu restrukturyzacyjnego dla podmiotów szpitalnych. O ile można zgodzić się z argumentem, że czynnik specjalizacji sędziów może odegrać pozytywną rolę, o tyle przecież, jak odnotowano, sprawy restrukturyzacyjne nie należą do właściwości sądów okręgowych, lecz rejonowych, i to w różnych miejscowościach. Specjalizacja SO w Warszawie nie jest wcale tak oczywista, jak zdaje się uważać projektodawca. Nawet gdyby wysunąć inne jeszcze argumenty, niż dostrzeżone przez samego projektodawcę, ocena omawianego przepisu nie wygląda zasadniczo inaczej. Nie przekonywałoby np. twierdzenie, że koncentracja właściwości jest uzasadniona koniecznością ułatwienia uczestnikom dostępu	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Projekt ma na celu stworzenia sądownictwa wyspecjalizowanego, które będzie dedykowane tylko do tej, stosunkowo wąskiej i jednorodnej kategorii spraw, a przez to zdoła wypracować najwyższe standardy orzecznicze gwarantując sprawne i jednolite rozpoznawanie spraw. Dla przykładu w uzasadnieniu projektu ustawy UD 472(Prawo zamówień publicznych) Projektodawca (MPiT) wskazał, że jeden sąd wyspecjalizowany i powołany do rozpoznawania skarg z zakresu zamówień publicznych ma przyczynić się do skrócenia czasu

				<p>do sądu. Zwłaszcza bowiem w takiej sytuacji, gdy dostęp do dokumentów i akt sprawy będzie zapewniany w systemie elektronicznego zarządzania sprawami, nie wystąpi problem przesyłania akt i pism procesowych, który rzeczywiście mógłby przekonywać do wyłącznej właściwości miejscowej sądów warszawskich.</p> <p>W Polsce działa obecnie 46 sądów okręgowych i 11 sądów apelacyjnych. Zakładając rzetelną rachubę spraw, których rozstrzygnięcie byłoby konieczne w sprawach restrukturyzacji podmiotów szpitalnych (zgodnie z OSR), nie da się wykluczyć braku potrzeby tworzenia specjalnej jednostki SO w Warszawie, który i tak jest obecnie największym i najbardziej przeciążonym sądem w kraju. Obniżyłoby to koszt reformy postępowania restrukturyzacyjnego podmiotów szpitalnych oraz nie prowadziłoby do niepotrzebnej centralizacji kolejnej sfery życia publicznego.</p> <p>Proponowane rozwiązanie: Zachowanie dotychczas przewidzianej właściwości rzeczowej i miejscowej sądów restrukturyzacyjnych (art. 14 ust. 1 pr. restr.) lub powierzenie spraw uregulowanych w ustawie sądom okręgowym właściwym według głównego ośrodka podstawowej działalności (siedziby) podmiotu szpitalnego.</p>	<p>rozpoznawania spraw oraz zapewniania jakości orzeczeń sądowych na najwyższym poziomie.</p> <p>Nieuzasadnione jest powierzenie Sądowi Okręgowemu w Warszawie tylko spraw dotyczących postępowania naprawczo-rozwojowego, a sądom rejonowym spraw dotyczących nowego postępowania restrukturyzacyjnego.</p> <p>Takie rozwiązanie mogłoby prowadzić do rozbieżnych decyzji w ramach jednego postępowania naprawczo-rozwojowego, np. co do planu naprawczo-rozwojowego, który w postępowaniu o zatwierdzenie układu jest bazą dla planu restrukturyzacyjnego.</p>
366.	Rozdział 2	art. 7 ust. 1	Institut Strategie 2050	<p>Szczególne uprawnienia przyznano w projekcie ustawy prezesowi ARS, przewidując prawo do złożenia zażalenia do Sądu Okręgowego w Warszawie na podjęte przez Prezesa ARS postanowienia z zakresu modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa (art. 7.1), tyle, że zaskarżone postanowienia mają podlegać natychmiastowemu wykonaniu (art. 8.1 i 2), co jest rozwiązaniem typowym dla tzw. ustaw i rozporządzeń covidowych. Rozpoczętą realizację postanowienia będzie można wstrzymać dopiero po rozpatrzeniu zażalenia złożonego przez podmiot szpitalny. Konieczne jest zwiększenie liczby sądów okręgowych i apelacyjnych, tak żeby skarżący mógł składać zażalenie zgodnie z miejscem rejestracji podmiotu szpitalnego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt ma na celu stworzenia sądownictwa wyspecjalizowanego, które będzie dedykowane tylko do tej, stosunkowo wąskiej i jednorodnej kategorii spraw, a przez to zdoła wypracować najwyższe standardy orzecznicze gwarantując sprawne i jednolite rozpoznawanie spraw. Dla przykładu w uzasadnieniu projektu ustawy UD 472(Prawo zamówień publicznych) Projektodawca (MPiT) wskazał, że jeden sąd wyspecjalizowany i powołany do rozpoznawania skarg z zakresu zamówień publicznych ma przyczynić się do skrócenia czasu rozpoznawania spraw oraz zapewniania jakości orzeczeń sądowych na najwyższym poziomie.</p>
367.	Rozdział 2	art. 7 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Zmiana treści na: „Przez sąd rozumieć należy sąd okręgowy właściwy miejscowo dla siedziby podmiotu szpitalnego, którego dotyczy postępowanie.”</p> <p>Zaproponowane rozwiązanie w zakresie ograniczenia postępowań do Sądu Okręgowego w Warszawie jest niewłaściwe zarówno ze względu na prawdopodobne wydłużenie czasu orzekania (skumulowanie spraw dotyczących podmiotów szpitalnych z całej Polski w jednym miejscu), jak również brak racjonalności z perspektywy interesu podmiotów leczniczych – rozstrzygnięcie spraw dotyczących jednostek zlokalizowanych np. w Szczecinie w oddalonej o 500 km Warszawie nie ma uzasadnienia.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt ma na celu stworzenia sądownictwa wyspecjalizowanego, które będzie dedykowane tylko do tej, stosunkowo wąskiej i jednorodnej kategorii spraw, a przez to zdoła wypracować najwyższe standardy orzecznicze gwarantując sprawne i jednolite rozpoznawanie spraw. Dla przykładu w uzasadnieniu projektu ustawy UD 472(Prawo zamówień publicznych) Projektodawca (MPiT) wskazał, że jeden sąd wyspecjalizowany i powołany</p>

					do rozpoznawania skarg z zakresu zamówień publicznych ma przyczynić się do skrócenia czasu rozpoznawania spraw oraz zapewnienia jakości orzeczeń sądowych na najwyższym poziomie.
368.	Rozdział 2, Rozdział 3, Rozdział 7, Rozdział 10	art. 7 ust. 2, art. 13 ust. 1, art. 40 ust. 7-9, art. 123 ust. 6-8	Sąd Najwyższy	<p>Brak dostatecznie precyzyjnej regulacji przedmiotu oraz trybu orzekania przez sądy restrukturyzacyjne dla podmiotów szpitalnych</p> <p>Zgodnie z ustawą SO w Warszawie miałby być właściwy w trzech kategoriach spraw w różnym stopniu związanych z szeroko pojętą restrukturyzacją szpitalnictwa: 1) zażaleń na postanowienia Prezesa Agencji; 2) wyrażania zgody na zastosowanie w stosunku do podmiotu szpitalnego środków i działań naruszających interesy podmiotów trzecich, w przypadkach wskazanych w ustawie; 3) restrukturyzacji zadłużenia podmiotu szpitalnego na podstawie ustawy – Prawo restrukturyzacyjne.</p> <p>W przypadku postanowień Prezesa ARS, ustawa wprowadza rodzaj postępowania „hybrydowego” (administracyjnego w fazie przedsądowej, cywilnego w fazie sądowej), jednak nie do końca wiadomo, w jakich sprawach tego rodzaju ma orzekać sąd powszechny. Ogólną zasadą, wynikającą z art. 45 ust. 1 Konstytucji, powinna być dopuszczalność co najmniej sądowej kontroli legalności każdego aktu organu administracji publicznej, jakim byłby Prezes Agencji; dlatego też zastrzeżenie w art. 13 ust. 1, że zażalenie przysługuje w przypadkach wskazanych w ustawie, nie wydaje się prawidłowe (chyba że chodzi o zaznaczenie, że taki środek prawny jest wnoszony do sądu powszechnego jedynie wówczas, gdy ustawa tak stanowi).</p> <p>Należy w związku z tym zwrócić uwagę na przypadki postanowień Prezesa Agencji w sprawach indywidualnych, w których przewidziano tryb odwoławczy do Rady ARS (art. 40 ust. 7–9; art. 123 ust. 6–8); w tych sprawach wystąpi dość oczywisty problem kognicji sądów administracyjnych, które – jak się wydaje – powinny sprawować sądową kontrolę ostatecznych uchwał Rady, jednakże art. 7 ust. 2 pkt 1 może skutkować powstaniem wątpliwości w tym zakresie.</p> <p>Ustawa nie przewiduje środka prawnego w razie bezczynności Prezesa Agencji. Trudno zakładać, że było to zamierzone, jednak z uwagi na władczy tryb ingerencji organu w działalność podmiotów szpitalnych powstaje pytanie, czy sprawy o ustalenie obowiązku wydania postanowienia są sprawami cywilnymi? Tak raczej nie jest, powinny to być sprawy sądowno-administracyjne przynależne do kategorii bezczynności organu (art. 3 § 2 pkt 8 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi). Z tego punktu widzenia rozgraniczenie zakresu jurysdykcji sądów powszechnych i administracyjnych staje się jeszcze bardziej złożone, co negatywnie rzutuje na ocenę przypisania spraw zażaleń na postanowienia Prezesa ARS sądowi restrukturyzacyjnemu.</p> <p>Pojęcie „środków i działań naruszających interesy podmiotów trzecich” nie zostało zdefiniowane w projekcie. Nie wskazano również zakresu spraw z</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>O dopuszczalności bądź niedopuszczalności drogi sądowej nie decyduje obiektywne istnienie albo nieistnienie roszczenia podlegającego ochronie na drodze sądowej, lecz przesądzają twierdzenia (powoda) o istnieniu stosunku prawnego z zakresu objętego pojęciem sprawy cywilnej w rozumieniu art. 1 i art. 2 § 1 i 3 k.p.c. "Sprawa cywilna" to abstrakcyjny stosunek prawny z zakresu prawa cywilnego i dopiero proces ma na celu wiążące ustalenie istnienia albo nieistnienia konkretnego stosunku cywilnoprawnego (rozstrzygana przez jej przedmiot zgodnie z art. 1 k.p.c.). Przedmiot ma charakter cywilny sensu largo, bo o ile występuje organ, to reguluje (generuje skutki) w stosunkach cywilnych - np. zmiana zasad regulowania zobowiązań. Jednocześnie uznać należy że, jeżeli dochodzi do wszczęcia sprawy w rozumieniu art. 45 Konstytucji RP, a więc sprawy cywilnej, sądowno-administracyjnej, ale także sprawy, która nie może być przypisana do którejkolwiek z tych kategorii musi ona być - w związku z bezwzględny charakterem konstytucyjnego prawa do sądu - rozpoznana przez sąd powszechny, zgodnie z art. 177 Konstytucji RP.</p>

				<p>art. 7 ust. 2 pkt 2 rozpoznawanych przez sądy restrukturyzacyjne.  Proponowane rozwiązanie: Doprecyzowanie w art. 7 ust. 2 pkt 1 lub w art. 13 ust. 1, w jakich konkretnie przypadkach przysługuje zażalenie do sądu restrukturyzacyjnego.  Doprecyzowanie zakresu ochrony prawnej w przypadkach, o których mowa w art. 7 ust. 2 pkt 2.  Określenie aktów administracyjnych Prezesa Agencji w sprawach indywidualnych, o których mowa w art. 40 ust. 7 i art. 123 ust. 6, mianem decyzji, a nie postanowienia, skutkiem czego powinno być przewidzenie, że uchwały Rady w przedmiocie odwołania (a nie sprzeciwu) stronie przysługuje skarga do sądu administracyjnego na zasadach ogólnych.</p>	
369.	Rozdział 2	art. 7 ust. 2 pkt 1 w zw. z art. 7 ust. 1 i art. 8	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>-proponowane w ustawie uprawnienia Agencji Rozwoju Szpitali wskazują, że jej działania mają mieć charakter wykonywania władzy publicznej. Zatem brak jest uzasadnienia do pozbawienia kognicji sądów administracyjnych do kontroli Prezesa Agencji w tym zakresie;  - zachowania trybu dwuinstancyjności w postępowaniu administracyjnym zgodnie z ustawą kodeks postępowania administracyjnego (KPA). Od postanowienia Prezesa Agencji powinno przysługiwać zażalenie do Ministra Zdrowia  - odejście od zasady dwuinstancyjności stanowi wyjątek i powinien być on obwarowany gwarancji kontroli przez sąd administracyjny.  - możliwość złożenie skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie  - przewidziana kontrola przez Sąd Okręgowy w Warszawie orzekający w składzie jednoosobowym jest niewystarczająca. W tym postępowaniu ma być kontrolowana legalność i zasadność decyzji wydanej w trybie administracyjnym, przez sędziego, który na co dzień nie ma do czynienia z tą procedurą;</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  O dopuszczalności bądź niedopuszczalności drogi sądowej nie decyduje obiektywne istnienie albo nieistnienie roszczenia podlegającego ochronie na drodze sądowej, lecz przesądzają twierdzenia (powoda) o istnieniu stosunku prawnego z zakresu objętego pojęciem sprawy cywilnej w rozumieniu art. 1 i art. 2 § 1 i 3 k.p.c. "Sprawa cywilna" to abstrakcyjny stosunek prawny z zakresu prawa cywilnego i dopiero proces ma na celu wiążące ustalenie istnienia albo nieistnienia konkretnego stosunku cywilnoprawnego (rozstrzygnięta przez jej przedmiot zgodnie z art. 1 k.p.c.). Przedmiot ma charakter cywilny sensu largo, bo o ile występuje organ, to reguluje (generuje skutki) w stosunkach cywilnych - np. zmiana zasad regulowania zobowiązań. Jednocześnie należy zdać, że, jeżeli dochodzi do wszczęcia sprawy w rozumieniu art. 45 Konstytucji RP, a więc sprawy cywilnej, sądowno-administracyjnej, ale także sprawy, która nie może być przypisana do którejkolwiek z tych kategorii musi ona być - w związku z bezwzględny charakterem konstytucyjnego prawa do sądu - rozpoznana przez sąd powszechny, zgodnie z art. 177 Konstytucji RP.</p>
370.	Rozdział 2	art. 7 ust. 2 pkt 1 w zw. z art. 7 ust. 1 i art. 8	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Proponowane w ustawie uprawnienia Agencji Rozwoju Szpitali wskazują, że jej działania mają mieć charakter wykonywania władzy publicznej. Zatem brak jest uzasadnienia do pozbawienia kognicji sądów administracyjnych do kontroli Prezesa Agencji w tym zakresie. Odejście od zasady dwuinstancyjności stanowi wyjątek i powinien być on obwarowany gwarancją kontroli przez sąd administracyjny. Przewidziana kontrola przez Sąd Okręgowy w Warszawie orzekający w składzie jednoosobowym jest niewystarczająca. W tym postępowaniu ma być kontrolowana legalność i</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  O dopuszczalności bądź niedopuszczalności drogi sądowej nie decyduje obiektywne istnienie albo nieistnienie roszczenia podlegającego ochronie na drodze sądowej, lecz przesądzają twierdzenia (powoda) o istnieniu stosunku prawnego z zakresu objętego pojęciem sprawy cywilnej w rozumieniu art.</p>

				<p>zasadność decyzji wydanej w trybie administracyjnym przez sędziego, który na co dzień nie ma do czynienia z tą procedurą.</p> <p>"Zachowanie trybu dwuinstancyjności w postępowaniu administracyjnym zgodnie z ustawą kodeks postępowania administracyjnego (KPA). Od postanowienia Prezesa Agencji powinno przysługiwać zażalenie do Ministra Zdrowia oraz możliwość złożenia skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie.</p> <p>Brak dostatecznych przesłanek, aby postanowienia Prezesa Agencji z mocy prawa miały rygor natychmiastowej wykonalności, rygor taki możliwy byłby do nadania zgodnie z KPA."</p>	<p>1 i art. 2 § 1 i 3 k.p.c. "Sprawa cywilna" to abstrakcyjny stosunek prawny z zakresu prawa cywilnego i dopiero proces ma na celu wiążące ustalenie istnienia albo nieistnienia konkretnego stosunku cywilnoprawnego (rozstrzygana przez jej przedmiot zgodnie z art. 1 k.p.c.). Przedmiot ma charakter cywilny sensu largo, bo o ile występuje organ, to reguluje (generuje skutki) w stosunkach cywilnych - np. zmiana zasad regulowania zobowiązań. Jednocześnie uznać należy że, jeżeli dochodzi do wszczęcia sprawy w rozumieniu art. 45 Konstytucji RP, a więc sprawy cywilnej, sądowno-administracyjnej, ale także sprawy, która nie może być przypisana do którejkolwiek z tych kategorii musi ona być - w związku z bezwzględny charakterem konstytucyjnego prawa do sądu - rozpoznana przez sąd powszechny, zgodnie z art. 177 Konstytucji RP.</p>
371.	Rozdział 2	art. 7 ust.3	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Sąd orzeka w składzie jednego sędziego – Propozycja dodania ust. 4 „sąd rozpatrując zażalenie, o którym mowa w ust. 2 pkt1, zasięga stanowiska Zespołu ds. rozpatrywania zażaleń, którego szczegółowy skład, sposób i tryb pracy określa regulamin”</p> <p>Powołany Sąd jest właściwy do rozpatrywania zażaleń na postanowienia Prezesa Agencji jednakże orzeka w składzie jednego sędziego, co stanowi zagrożenie braku bezstronności ze strony sędziego. Proponuje się powołanie zespołu ds. rozpatrywania zażaleń, która znacząco zwiększa szanse na bardziej wszechstronne rozważenie sprawy i bardziej sprawiedliwy wyrok.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W przypadku sądu pierwszej instancji regułą jest orzekanie w sprawie jednego sędziego.</p>
372.	Rozdział 2	art. 7 ust. 3	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Rozszerzenie składu sędziowskiego</p> <p>Zbyt obszerny zakres orzekania dla jednego sędziego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W przypadku sądu pierwszej instancji regułą jest orzekanie w sprawie jednego sędziego.</p>
373.	Rozdział 2	art. 7 ust. 3	Śląski Związek Gmin i Powiatów	<p>Art. 7 ust. 3 - wątpliwości budzi orzekanie sądu restrukturyzacyjnego w składzie jednego sędziego. Uprawnienia w rękach jednej osoby nie są właściwe wobec podmiotów jakimi są szpitale, które dysponują dużym majątkiem (sprzęt medyczny) oraz są znaczącymi pracodawcami w regionie. Naszym zdaniem ustalenie, że wyłącznie sąd w Warszawie jest właściwy dla spraw z zakresu Ustawy stanowi ograniczenie w dostępie do sprawiedliwego „procesu”, wpłynie także na wzrost kosztów prowadzenia takich postępowań.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W przypadku sądu pierwszej instancji regułą jest orzekanie w sprawie jednego sędziego.</p>
374.	Rozdział 3	art. 8	Unia Metropolii Polskich im.	<p>Sposób wydawania postanowień.</p> <p>W trybie natychmiastowego wykonania, czy taki tryb nie powinien być</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p>

			Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	zastrzeżony do sytuacji kryzysowych?	Zgodnie z art. 19 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy.
375.	Rozdział 3	art. 8	Rada Główna Instytutów Badawczych	Stwierdza się, że w sprawach z zakresu modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa prezes wydaje postanowienia, a dopiero w art. 28 mowa jest o przyznaniu kategorii szpitalowi w formie postanowienia – czy to mieści się w pojęciu modernizacji? Czym jest więc modernizacja podmiotów szpitalnych? wprowadzenie chronologii zapisów projektu	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Modernizacja i poprawa efektywności szpitalnictwa jest celem ustawy i będzie przewidywanym efektem zastosowania narzędzi przewidzianych ustawą.
376.	Rozdział 3	art. 8	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	Stwierdza się, że w sprawach z zakresu modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa prezes wydaje postanowienia, a dopiero w art. 28 mowa jest o przyznaniu kategorii szpitalowi w formie postanowienia – czy to mieści się w pojęciu modernizacji? Czym jest więc modernizacja podmiotów szpitalnych? wprowadzenie chronologii zapisów projektu	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Modernizacja i poprawa efektywności szpitalnictwa jest celem ustawy i będzie przewidywanym efektem zastosowania narzędzi przewidzianych ustawą.
377.	Rozdział 3	art. 8	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	W trybie natychmiastowego wykonania, czy taki tryb nie powinien być zastrzeżony do sytuacji kryzysowych?	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Zgodnie z art. 19 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy.
378.	Rozdział 3	art. 8	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	Modyfikacja przepisu  Niezależnie od tego, co twierdzą projektodawcy na temat natury prawnej postępowania przed Prezesem Agencji, niezrozumiałą konstrukcją jest stosowanie postanowienia jako podstawowej formy rozstrzygnięć Prezesa Agencji. Powinna to być decyzja, a w konsekwencji odwołanie a nie zażalenie do sądu, tak jak jest to w innych postępowaniach przedsądowych powiązanych z postępowaniem cywilnym. Jedną z podstawowych różnic między decyzją a postanowieniem jest ich odmienny charakter prawny. Podstawą prawną decyzji są przepisy prawa materialnego, natomiast postanowienie wydawane jest na podstawie KPA. Decyzja rozstrzyga sprawę co do istoty, postanowienie dotyczy co do zasady kwestii o charakterze proceduralnym. Tymczasem rozstrzygnięcie np. na podstawie art. 28 projektowanej ustawy jest rozstrzygnięciem co do istoty sprawy. W tej sytuacji również ust. 2 staje się problematyczny, ponieważ stosowanie rygoru natychmiastowej wykonalności dotyczy co do zasady decyzji, a tu pojawia się konstrukcja odnosząca się do postanowień. Wątpliwości te niweluje jedynie art. 19, który pozwala na wstrzymanie natychmiastowej wykonalności, ale to nie usuwa wątpliwości co do tego, że projektodawcy wprowadzają rozwiązania wbrew powszechnie przyjętym regułom.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Projekt ustawy został opracowany przy udziale ekspertów zewnętrznych, w tym z zakresu prawa restrukturyzacyjnego.
379.	Rozdział 3	art. 8	Osoba fizyczna	Art. 8. definiuje sposób działania Prezesa ARS w sposób następujący :	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

				<p>(...) 1. W sprawach z zakresu modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa Prezes Agencji wydaje postanowienia. 2. Postanowienia Prezesa Agencji podlegają natychmiastowemu wykonaniu. (...) Artykuł ten wykazuje znaczny stopień ogólności, wbiegający poza zasadę (wynikającą z §5 Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej”) i nie precyzuje jasno, o jakie „sprawy” chodzi, oraz błędnie zakłada, że, w domniemaniu, każde postanowienie Prezesa powinno być wykonane „natychmiastowo”, nie dając marginesu czasowego na wykonanie czynności wynikającej z postanowienia. Pojawia się, zatem, pytanie o listę „spraw” objętych formą postanowienia, oraz odniesienie do konkretnego akty prawnego, który reguluje czas reakcji na postanowienie, z uwzględnieniem realnych możliwości jego realizacji, a także konsekwencji, które powinny wynikać w przypadku, jeśli podmiot, który otrzymał postanowienie, nie wykona go w terminie wskazanym przez odpowiedni akt prawny. Brak takiego uszczegółowienia zapisów art. 8 z jednoczesnym odesłaniem do innych aktów prawnych, w tym wykonawczych, regulujących kwestie związane z przedmiotem postanowienia, czasem jego realizacji i restrykcjami prawnymi, wynikającymi z niewykonania postanowienia, nienależytego wykonania, lub przekroczenia czasu realizacji postanowienia stwarza pole do dowolnej interpretacji Art.8, co nie powinno mieć miejsca, bowiem zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej” § 6 (...) „Przepisy ustawy redaguje się tak, aby dokładnie i w sposób zrozumiały dla adresatów zawartych w nich norm wyrażały intencje prawodawcy.”, oraz zgodnie z § 25.2.1: „Przepis prawa materialnego powinien możliwie bezpośrednio i wyraźnie wskazywać kto, w jakich okolicznościach i jak powinien się zachować (przepis podstawowy). Par 25.2.2 „Przepis podstawowy może wyjątkowo wskazywać tylko zachowanie nakazywane albo zakazywane jego adresatowi, jeżeli: 1) adresat lub okoliczności tego nakazu albo zakazu są wskazane w sposób niewątpliwy w innej ustawie;(…) W myśl przywołanych zapisów, art. 6 Projektu Ustawy nie spełnia wymaganych norm wynikających z ww. Rozporządzenia, bowiem następujący po art.8 Projektu Ustawy, art. 9 precyzuje za pomocą odwołania do innych aktów prawnych jedynie formalne zasady wydawania postanowień, bez uwzględnienia ich przedmiotu, oraz odnosi się jedynie do art. 8 ust. 1, z pominięciem art. 8 ust.2.</p>	Projekt ustawy został opracowany przy udziale ekspertów zewnętrznych, w tym z zakresu prawa restrukturyzacyjnego.
380.	Rozdział 3	art. 8-22	Unia Metropolii Polskich im. Pawła	ogólnikowo reguluje kwestie postępowania w sprawach modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa. Regulacje proceduralne wskazane w projekcie ustawy są niezwykle	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

			Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	skomplikowane i nieprecyzyjne. Tzw. przeciętny ale także i nieprzeciętny odbiorca raczej nie ma szans zrozumienia i efektywnego zastosowania tych mechanizmów. Wynika to z chaotycznego formułowania treści przepisów przez twórców fprojektu ustawy. Wątpliwości budzi wynikające z art. 9 wyłączenie zasady czynnego udziału strony w postępowaniu przed Prezesem Agencji. Przedmiotowe wyłączenie – art. 10 k.p.a. nie znajduje żadnego uzasadnienia. Przepis ten bowiem stanowi jedną z podstawowych gwarancji stron w postępowaniu administracyjnym i jego wyłączenie będzie za sobą niosło istotne, ujemne skutki dla adresatów postanowień Prezesa Agencji. Wyłączenie art. 16 – zwłaszcza jego § 2 budzi daleko idące wątpliwości co do realizacji gwarantowanego Konstytucją RP prawa do sądu (patrz uwaga ogólna nr VI). Również wyłączenie zastosowania przepisu art. 37 k.p.a. odbiera podmiotom leczniczym kolejną gwarancję rzetelnego postępowania – załatwienia sprawy w odpowiednim terminie.	Postępowanie prowadzone przed Prezesem Agencji nie jest postępowaniem administracyjnym zaś przepisy KPA stosuje się odpowiednio jedynie w organicznym zakresie. Podobne rozwiązanie jest w art. 11 ust. 5 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o Bankowym Funduszu Gwarancyjnym, systemie gwarantowania depozytów oraz przymusowej restrukturyzacji.
381.	Rozdział 3	art. 8 ust. 1	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Aktualne brzmienie: W sprawach z zakresu modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa Prezes Agencji wydaje postanowienia Proponowane brzmienie: Zmiana trybu administracyjnego na wynikający z k.p.c. Rygoryzm zastosowania trybu administracyjnego przez Prezesa Agencji w sprawach wrażliwych społecznie - a taką jest sfera ochrony zdrowia stwarza komplikacje natury organizacyjnej, szczególnie gdy wydane Postanowienie nie jest racjonalne i zbyt trudne do realizacji (szczególnie z natychmiastowym skutkiem). Zastosowanie trybu administracyjnego przez Prezesa Agencji - ze skutkiem natychmiastowej wykonalności (w momencie jego wydania) wywołuje trudności - pomimo możliwości złożenia zażalenia do Sądu Okręgowego w Warszawie i ustalenia terminu tego zażalenia - związane z "odwróceniem " postanowienia w przypadku uznania przez Sąd zasadności tego zażalenia.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Postępowanie prowadzone przed Prezesem Agencji nie jest postępowaniem administracyjnym zaś przepisy KPA stosuje się odpowiednio jedynie w organicznym zakresie. Zgodnie z art. 19 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy.
382.	Rozdział 3	art. 8 ust. 1	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Aktualne brzmienie: W sprawach z zakresu modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa Prezes Agencji wydaje postanowienia Proponowane brzmienie: W sprawach z zakresu modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa Prezes Agencji wydaje decyzje Postanowienie zasadniczo zarówno w procedurze administracyjnej, jak i cywilnej służy do rozstrzygnięcia kwestii pobocznych, formalnych i wпадkowych nie zaś do merytorycznego rozstrzygnięcia spraw, w szczególności o ciężarze gatunkowym przewidzianym ustawą. Wydaje się że w części dotyczącej decyzji Prezesa Agencji właściwą formą wykonania kompetencji winna być decyzja, która może następnie podlegać zaskarżeniu zgodnie z projektem ustawy w trybie cywilnoprawnym a nie administracyjnym, ale gwarantuje ona w lepszy sposób prawa uczestników postępowania.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Postępowanie prowadzone przed Prezesem Agencji nie jest postępowaniem administracyjnym zaś przepisy KPA stosuje się odpowiednio jedynie w organicznym zakresie. Projekt ustawy został opracowany przy udziale ekspertów zewnętrznych, w tym z zakresu prawa restrukturyzacyjnego.
383.	Rozdział 3	art. 8 ust. 1	Unia Metropolii Polskich im.	przewiduje, że w sprawach z zakresu modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa Prezes Agencji wydaje postanowienia	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>



			Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Projekt ustawy z niewiadomych przyczyn wskazuje na uproszoną formę aktu administracyjnego – tj. postanowienia – wydawanego przez Prezesa Agencji przy zastosowaniu niektórych tylko zasad KPA (wskazano je w art. 9). Tymczasem Prezes Agencji działać ma w sposób władczy typowy dla zastosowania decyzji administracyjnej – z którą wiążą się też liczne obowiązki organu ją wydającego. Nie wiadomo więc czemu projekt ustawy przewiduje zamiast wydawania decyzji administracyjnych jedynie postanowienia.</p> <p>Oczywistym jest zatem, że intencją twórców projektu ustawy jest ograniczenie obowiązków Prezes Agencji i jednoczesna rażąca redukcja praw podmiotów szpitalnych w postępowaniu ich dotyczącym. To podważa zasady państwa prawa.</p> <p>Można nawet wywnioskować, że twórcy projektu niejako specjalnie ograniczają możliwości jakiegokolwiek niezgadzenia się czy polemizowania z „dyktatem” Agencji.</p>	<p>Postępowanie prowadzone przed Prezesem Agencji nie jest postępowaniem administracyjnym, zaś przepisy KPA stosuje się odpowiednio jedynie w organicznym zakresie. Jednocześnie rozstrzygnięcia Prezesa Agencji poddane zostały kontroli sądu powszechnego.</p> <p>Projekt ustawy został opracowany przy udziale ekspertów zewnętrznych, w tym z zakresu prawa restrukturyzacyjnego.</p>
384.	Rozdział 3	art. 8 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Nieprecyzyjny zakres regulacji.</p> <p>Brak ustawowego zdefiniowania pojęcia „spraw z zakresu modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa”.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Są to sprawy określone w ustawie, w których Prezes Agencji wydaje postanowienia.</p>
385.	Rozdział 3	art. 8 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Nieprecyzyjny zakres regulacji.</p> <p>Brak ustawowego zdefiniowania pojęcia „spraw z zakresu modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa”.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Są to sprawy określone w ustawie, w których Prezes Agencji wydaje postanowienia.</p>
386.	Rozdział 3	art. 8 ust. 1	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>W sprawach z zakresu modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa Prezes Agencji wydaje postanowienia.</p> <p>Propozycja: W sprawach z zakresu modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa Prezes Agencji wydaje decyzje.</p> <p>Postanowienie zasadniczo zarówno w procedurze administracyjnej, jak i cywilnej służy do rozstrzygnięcia kwestii pobocznych, formalnych i wпадkowych nie zaś do merytorycznego rozstrzygnięcia spraw, w szczególności o ciężarze gatunkowym przewidzianym ustawą. Wydaje się że w części dotyczącej decyzji Prezesa Agencji właściwą formą wykonania kompetencji winna być decyzja, która może następnie podlegać zaskarżeniu zgodnie z projektem ustawy w trybie cywilnoprawnym a nie administracyjnym, ale gwarantuje ona w lepszy sposób prawa uczestników</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie prowadzone przed Prezesem Agencji nie jest postępowaniem administracyjnym zaś przepisy KPA stosuje się odpowiednio jedynie w organicznym zakresie.</p> <p>Projekt ustawy został opracowany przy udziale ekspertów zewnętrznych, w tym z zakresu prawa restrukturyzacyjnego.</p>

				postępowania.	
387.	Rozdział 3	art. 8 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Małopolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Brak przesłanek dla natychmiastowej wykonalności decyzji  Trudno uzasadnić natychmiastową wykonalność decyzji, decyzje dotyczące sfery finansowej mają inny charakter od rozstrzygnięć dotyczących zwalczania epidemii czy tymczasowych aresztowań.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zgodnie z art. 19 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy.
388.	Rozdział 3	art. 8 ust. 1, art. 8 ust. 2, art. 9	Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Szpitali Specjalistycznych w Olsztynie	Postanowienia jako jednoosobowe decyzje dla kilkuset szpitali, skutkujące natychmiastowym wykonaniem, , przewidziana możliwość wdrożenia postępowania odwoławczego (zażalenie do Sądu) może spowodować nieodwracalne skutki prawne. Hybrydowa procedura rozpoznania zażalenia przewidująca łączenie przepisów Kodeksu postępowania cywilnego i Kodeksu postępowania administracyjnego. Natychmiastowa wykonalność postanowień Prezesa (art. 8.2) oraz wyłączenie (art. 9) możliwości stosowania art. 60 i 130§2 K.p.a.- przewidujących wstrzymanie wykonania postanowienia/decyzji grozi szpitalowi niepowetowaną szkodą. Postanowienia Prezesa ARS dotyczą planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych. Plan naprawczo-rozwojowy zgodnie z projektem opracowywany jest przez zarządcę/nadzorcę ((nadzorca/zarządca zgodnie z projektem nie musi mieć doświadczenia ani wiedzy w zakresie mechanizmu finansowania świadczeń medycznych, kształtowania się kosztów tych świadczeń i miejsc w których te koszty powstają, nie musi mieć wiedzy na temat mechanizmów działania szpitala, racjonalizacji wykorzystania kadry medycznej, aparatury itp.) Plan ten nie musi on być akceptowany przez dyrektora, może być bez akceptacji NFZ i podmiotu nadzorującego. Plan ten może nie być trafiony, może być błędny, a postanowienie Prezesa ARS o jego wdrożeniu jest z klauzulą natychmiastowej wykonalności. Straty dla szpitala i systemu ochrony zdrowia nie tylko finansowe ale i zdrowotne mogą być na tym etapie duże i nieprzewidywalne, gdyż proces ten będzie przebiegał we wszystkich szpitalach jednocześnie. Skutki mogą doprowadzić do zmniejszenia przychodów szpitala, odejścia z pracy personelu, specjalistów itp. Art. 8.2 powinien brzmieć: „Postanowienia Prezesa Agencji podlegają wykonaniu po prawomocnym zakończeniu postępowania odwoławczego”. Wprowadzenie mechanizmu jak w art. 60 i 130§2 K.p.a. – zaskarżenie postanowienia Prezesa automatycznie wstrzymuje wykonanie postanowienia, a w sytuacji przekroczenia terminu 7 dniowego – istnieje możliwość wstrzymania wykonania postanowienia.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zgodnie z art. 19 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy. Projekt ustawy został opracowany przy udziale ekspertów zewnętrznych, w tym z zakresu prawa restrukturyzacyjnego.
389.	Rozdział 3	art. 8 ust. 1, art. 8 ust. 2, art. 9	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	Postanowienia jako jednoosobowe decyzje dla kilkuset szpitali, skutkujące natychmiastowym wykonaniem, przewidziana możliwość wdrożenia postępowania odwoławczego (zażalenie do Sądu) może spowodować nieodwracalne skutki prawne. Hybrydowa procedura rozpoznania zażalenia	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zgodnie z art. 19 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł

			<p>przewidująca łączenie przepisów Kodeksu postępowania cywilnego i Kodeksu postępowania administracyjnego. Natychmiastowa wykonalność postanowień Prezesa (art. 8 ust. 2) oraz wyłączenie (art. 9) możliwości stosowania art. 60 i 130 §2 K.p.a. - przewidujących wstrzymanie wykonania postanowienia/decyzji grozi szpitalowi niepowetowaną szkodą.</p> <p>Postanowienia Prezesa ARS dotyczą planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych. Plan naprawczo-rozwojowy zgodnie z projektem opracowywany jest przez zarządcę/nadzorcę (nadzorca/zarządca zgodnie z projektem nie musi mieć doświadczenia ani wiedzy w zakresie mechanizmu finansowania świadczeń medycznych, kształtowania się kosztów tych świadczeń i miejsc, w których te koszty powstają, nie musi mieć wiedzy na temat mechanizmów działania szpitala, racjonalizacji wykorzystania kadry medycznej, aparatury itp.) Plan ten nie musi on być akceptowany przez dyrektora, może być bez akceptacji NFZ i podmiotu nadzorującego. Plan ten może nie być trafiony, może być błędny, a postanowienie Prezesa ARS o jego wdrożeniu jest z klauzulą natychmiastowej wykonalności. Straty dla szpitala i systemu ochrony zdrowia nie tylko finansowe ale i zdrowotne mogą być na tym etapie duże i nieprzewidywalne, gdyż proces ten będzie przebiegał we wszystkich szpitalach jednocześnie. Skutki mogą doprowadzić do zmniejszenia przychodów szpitala, odejścia z pracy personelu, specjalistów itp.</p> <p>W art. 8 ust. 2 należy dopisać: po zakończonej i uprawomocnionej sędownie ścieżce odwoławczej. Wprowadzenie mechanizmu jak w art. 60 i 130 §2 K.p.a. – zaskarżenie postanowienia Prezesa automatycznie wstrzymuje wykonanie postanowienia, a w sytuacji przekroczenia terminu 7 dniowego – istnieje możliwość wstrzymania wykonania postanowienia.</p>	<p>zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy. Projekt ustawy został opracowany przy udziale ekspertów zewnętrznych, w tym z zakresu prawa restrukturyzacyjnego.</p>
390.	Rozdział 3	art. 8 ust. 1, art. 8 ust. 2, art. 9	<p>Związek Województw RP - Województwo Warmińsko-Mazurskie (za pośrednictwem KWRiST)</p> <p>Postanowienia jako jednoosobowe decyzje dla kilkuset szpitali, skutkujące natychmiastowym wykonaniem, , przewidziana możliwość wdrożenia postępowania odwoławczego (zażalenie do Sądu) może spowodować nieodwracalne skutki prawne. Hybrydowa procedura rozpoznania zażalenia przewidująca łączenie przepisów Kodeksu postępowania cywilnego i Kodeksu postępowania administracyjnego. Natychmiastowa wykonalność postanowień Prezesa (art. 8.2) oraz wyłączenie (art. 9) możliwości stosowania art. 60 i 130§2 K.p.a.- przewidujących wstrzymanie wykonania postanowienia/decyzji grozi szpitalowi niepowetowaną szkodą</p> <p>Postanowienia Prezesa ARS dotyczą planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych. Plan naprawczo-rozwojowy zgodnie z projektem opracowywany jest przez zarządcę/nadzorcę ((nadzorca/zarządca zgodnie z projektem nie musi mieć doświadczenia ani wiedzy w zakresie mechanizmu finansowania świadczeń medycznych, kształtowania się kosztów tych świadczeń i miejsc w których te koszty powstają, nie musi mieć wiedzy na</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zgodnie z art. 19 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy. Projekt ustawy został opracowany przy udziale ekspertów zewnętrznych, w tym z zakresu prawa restrukturyzacyjnego.</p>

				<p>temat mechanizmów działania szpitala, racjonalizacji wykorzystania kadry medycznej, aparatury itp.) Plan ten nie musi on być akceptowany przez dyrektora, może być bez akceptacji NFZ i podmiotu nadzorującego. Plan ten może nie być trafiony, może być błędny, a postanowienie Prezesa ARS o jego wdrożeniu jest z klauzulą natychmiastowej wykonalności. Straty dla szpitala i systemu ochrony zdrowia nie tylko finansowe ale i zdrowotne mogą być na tym etapie duże i nieprzewidywalne, gdyż proces ten będzie przebiegał we wszystkich szpitalach jednocześnie. Skutki mogą doprowadzić do zmniejszenia przychodów szpitala, odejścia z pracy personelu, specjalistów itp.</p> <p>Propozycja: Art. 8.2 należy dopisać: po zakończonej i uprawomocnionej sędownie ścieżce odwoławczej. Wprowadzenie mechanizmu jak w art. 60 i 130§2 K.p.a. – zaskarżenie postanowienia Prezesa automatycznie wstrzymuje wykonanie postanowienia, a w sytuacji przekroczenia terminu 7 dniowego – istnieje możliwość wstrzymania wykonania postanowienia</p>	
391.	Rozdział 3	art. 8 ust. 2	<p>Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Wykreślenie zapisu w art. 8 ust. 2, że postanowienia Prezesa Agencji podlegają natychmiastowemu wykonaniu. Z uwagi na znaczenie prawne postanowień Prezesa Agencji dla podmiotów szpitalnych, nie powinny one podlegać wykonaniu do chwili ich uprawomocnienia.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zgodnie z art. 19 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy. Projekt ustawy został opracowany przy udziale ekspertów zewnętrznych, w tym z zakresu prawa restrukturyzacyjnego.</p>
392.	Rozdział 3	art. 8 ust. 2	<p>Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Usunięcie przepisu lub wprowadzenie okresu karencji dla wejścia w życie postanowienia Prezesa Agencji.</p> <p>Tryb natychmiastowej wykonalności nie przewiduje możliwości przeciwdziałania niektórym skutkom realizacji postanowień Prezesa Agencji przez podmioty lecznicze oraz podmioty tworzące. Przedmiotowy przepis jest również niespójny z Art. 19 – nawet w przypadku wniesienia zażalenia, część wprowadzonych zmian może mieć charakter nieodwracalny. Rozwiązanie takie jest niedopuszczalne z perspektywy podmiotów leczniczych i podmiotów tworzących i niezbędne jest wprowadzenie okresu karencji, który pozwoli na wstrzymanie wykonania decyzji niekorzystnych w ocenie pozostałych stron sporu.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Procedura przewiduje sprawność działań i niezbędność ich pilnej realizacji.</p>
393.	Rozdział 3	art. 8 ust. 2	<p>Polska Federacja Szpitali</p>	<p>Nadanie rygoru natychmiastowej wykonalności wszystkim postanowieniom Prezesa Agencji może stanowić potencjalne zagrożenie dla stabilności działania podmiotów szpitalnych.</p> <p>Natychmiastowa realizacja postanowień Prezesa Agencji, rodzi potencjalne ryzyko wyrządzenia szkody podmiotowi szpitalnemu w przypadku gdyby doszło do omyłki lub błędu w toku postępowania prowadzonego przez Prezesa Agencji.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zgodnie z art. 19 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy.</p>

				<p>Proponujemy odstąpienie od nadania rygoru natychmiastowej wykonalności postanowieniom Prezesa Agencji i umożliwienie przeprowadzenia procedury odwoławczej przed przystąpieniem do realizacji postanowień Prezesa Agencji.</p>	<p>Projekt ustawy został opracowany przy udziale ekspertów zewnętrznych, w tym z zakresu prawa restrukturyzacyjnego.</p>
394.	Rozdział 3	art. 8 ust. 2	<p>Polska Federacja Szpitali</p>	<p>Postanowienia Prezesa Agencji nie powinny podlegać natychmiastowemu wykonaniu. W przypadku postanowienia z którym nie zgadza się podmiot szpitalny lub podmiot tworzący przysługuje droga odwoławcza, natomiast postanowienie wchodzi w życie w trybie natychmiastowym</p> <p>Wykonanie postanowień może wymagać szeroko zakrojonych działań, wymagających zaangażowania podmiotów zewnętrznych a powodujących także skutki finansowe, na które podmiot szpitalny może nie być gotowy.</p> <p>Proponowana treść zapisu: art. 8 pkt 2. Postanowienia Prezesa Agencji podlegają wykonaniu, po 7 dniach od momentu ich podjęcia, chyba że wpłynęło zażalenie, to dopiero po skutecznym rozpatrzeniu zażalenia.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zgodnie z art. 19 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy. Projekt ustawy został opracowany przy udziale ekspertów zewnętrznych, w tym z zakresu prawa restrukturyzacyjnego.</p>
395.	Rozdział 3	art. 8 ust. 2	<p>Polska Unia Szpitali Klinicznych</p>	<p>Art. 8 pkt 2. Postanowienia Prezesa Agencji podlegają natychmiastowemu wykonaniu.</p> <p>W przypadku postanowienia z którym nie zgadza się podmiot szpitalny lub podmiot tworzący przysługuje droga odwoławcza, natomiast postanowienie wchodzi w życie w trybie natychmiastowym</p> <p>Wejście w życie natychmiast po podjęciu przez Prezesa Agencji może wywoływać negatywne skutki w przypadku wadliwego podjęcia postanowienia przez Prezesa Agencji. Podmiot szpitalny lub podmiot tworzący może korzystać z trybu odwoławczego i dopiero w oparciu o ten tryb może dochodzić swoich praw.</p> <p>Art. 8 pkt 2. Postanowienia Prezesa Agencji podlegają wykonaniu, po 7 dniach od momentu ich podjęcia, chyba że wpłynęło zażalenie, to dopiero po skutecznym rozpatrzeniu zażalenia.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zgodnie z art. 19 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy. Projekt ustawy został opracowany przy udziale ekspertów zewnętrznych, w tym z zakresu prawa restrukturyzacyjnego.</p>
396.	Rozdział 3	art. 8 ust. 2	<p>Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych</p>	<p>Natychmiastowa wykonalność postanowień Prezesa Agencji – od postanowień Prezesa Agencji przysługuje zażalenie do SO w Warszawie, natychmiastowa wykonalność postanowień może spowodować powstanie nieodwracalnych skutków, wstrzymanie wykonania następuje wyłącznie na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie.</p> <p>Ustawa zasadniczo ogranicza możliwość/dopuszczalność odwołania się czy zaskarżenia postanowień Prezesa Agencji przez organ tworzący podmiotu leczniczego czy sam podmiot leczniczy. Postanowienie art. 8 ust. 2 o natychmiastowej wykonalności postanowień Prezesa Agencji dodatkowo powoduje ograniczenie zarządzania podmiotem leczniczym oraz wpływu kierownika na funkcjonowanie szpitala. Mimo wniesienia odwołania/zażalenia i jego późniejszego uwzględnienia przez sąd</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zgodnie z art. 19 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy. Projekt ustawy został opracowany przy udziale ekspertów zewnętrznych, w tym z zakresu prawa restrukturyzacyjnego.</p>

				konieczność wykonywania nieprawomocnego postanowienia może spowodować nieodwracalne skutki dla podmiotu leczniczego w aspekcie tak formalno-prawnym jak i ekonomicznym.  Propozycja skreślenia.	
397.	Rozdział 3	art. 8 ust. 2	Związek Województw RP – Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Wątpliwości budzi regulacja art. 8 ust. 2 ustawy nadająca postanowieniom Prezesa Agencji wydanym w stosunku do podmiotów szpitalnych przymiot natychmiastowej wykonalności.  Taki sposób działania może narazić podmiot szpitalny na straty  Propozycja: Wyłączenie rygoru natychmiastowej wykonalności.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zgodnie z art. 19 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy. Projekt ustawy został opracowany przy udziale ekspertów zewnętrznych, w tym z zakresu prawa restrukturyzacyjnego.
398.	Rozdział 3	art. 8 ust. 2	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	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.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zgodnie z art. 19 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy. Projekt ustawy został opracowany przy udziale ekspertów zewnętrznych, w tym z zakresu prawa restrukturyzacyjnego.
399.	Rozdział 3	art. 8 ust. 2	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	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.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zgodnie z art. 19 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy. Projekt ustawy został opracowany przy udziale ekspertów zewnętrznych, w tym z zakresu prawa restrukturyzacyjnego.
400.	Rozdział 3	art. 8 ust. 2	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Postanowienia Prezesa Agencji podlegają natychmiastowemu wykonaniu. Niedopuszczalnym jest aby postanowienia Prezesa Agencji podlegały natychmiastowemu wykonaniu, gdyż to faktycznie uniemożliwia jakkolwiek skuteczną i szybką kontrolę nad działaniami Prezesa Agencji. Co prawda w art. 19 projektu ustawy wskazano, że w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy, niemniej jak pokazuje praktyka od daty złożenia do sądu wniosku o zabezpieczenie do rozstrzygnięcia mija nawet kilka miesięcy. Do tego czasu mogą powstać poważne skutki dla szpitala.  Niektóre postanowienia z założenia są też niezaskarżalne co może	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Procedura przewiduje sprawność działań i niezbędność ich pilnej realizacji.

				prowadzić do faktycznej samowoli działań Prezesa Agencji.	
401.	Rozdział 3	art. 8 ust. 2	Związek Województw RP – Województwo Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Postanowienia Prezesa Agencji podlegają natychmiastowemu wykonaniu</p> <p>Brak możliwości wdrożenia trybu odwoławczego, celem art. wyeliminowania błędnych Postanowień, niewykonalnych lub sprzecznych z przepisami prawa. Zasadnym jest rozważenie wdrożenia możliwości odwołania art. w terminie 7 dni przy rozpatrzeniu w terminie 14 dni.</p> <p>Propozycja: Od Postanowień Prezesa Agencji przysługuje odwołanie do Sądu, złożone w terminie 14 dni od dnia doręczenia Postanowienia.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 3 projektu na postanowienie Prezesa Agencji, w przypadkach wskazanych w ustawie, przysługuje zażalenie do sądu, które wnosi się w terminie 7 dni od dnia doręczenia postanowienia.</p>
402.	Rozdział 3	art. 8 ust. 2	Związek Województw RP – Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Postanowienia Prezesa Agencji podlegają natychmiastowemu wykonaniu. Brak uzasadnienia dlaczego został nadany rygor natychmiastowej wykonalności do postanowienia Prezesa Agencji. Jeśli wprowadza się 167względni złożenia zażalenia należy 167względni czas wykonalności postanowienia do czasu rozpatrzenia zażalenia.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Doprecyzowano uzasadnienie.</p>
403.	Rozdział 3	art. 8 ust. 2	Województwo Pomorskie	<p>Natychmiastowa wykonalność postanowień Prezesa Agencji</p> <p>Zapis przewiduje, iż postanowienia Prezesa Agencji podlegają natychmiastowemu wykonaniu. Charakter wydawanych postanowień, na które przysługuje zażalenie, nie uzasadnia ich natychmiastowej wykonalności, w szczególności dotyczy to postanowienia o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego (w zakresie przeprofilowania , zakresu lub liczby świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot szpitalny) , o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego oraz o odebraniu zarządu majątkiem podmiotowi szpitalnemu.</p> <p>Wykonanie tych postanowień, a następnie ich uchylenie lub zmiana na skutek rozpoznania zażalenia, będzie rodzić duże komplikacje oraz konsekwencje organizacyjne, prawne, ekonomiczne itp.</p> <p>Jest to zapis całkowicie nieuzasadniony i naruszający wolność niezależnych podmiotów leczniczych. Zwrócić także należy uwagę na ewentualne skutki postanowień, które zostaną uchylone lub zmienione a zostaną wykonane, w zakresie np. infrastruktury, czy w odniesieniu do personelu medycznego.</p> <p>Propozycja: Rezygnacja z zapisu o natychmiastowej wykonalności postanowień Prezesa Agencji.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zgodnie z art. 19 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy. Projekt ustawy został opracowany przy udziale ekspertów zewnętrznych, w tym z zakresu prawa restrukturyzacyjnego.</p>
404.	Rozdział 3	art. 8 ust. 2	Pracodawcy Pomorza	<p>Zapis przewiduje, iż postanowienia Prezesa Agencji podlegają natychmiastowemu wykonaniu. Charakter wydawanych postanowień, na które przysługuje zażalenie, nie uzasadnia ich natychmiastowej wykonalności, w szczególności dotyczy to postanowienia o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego (w zakresie przeprofilowania , zakresu lub</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zgodnie z art. 19 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł</p>

				<p>liczby świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot szpitalny) , o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego oraz o odebraniu zarządu majątkiem podmiotowi szpitalnemu.  Propozycja: Wykreślić  Uzasadnienie: Wykonanie tych postanowień, a następnie ich uchylenie lub zmiana na skutek rozpoznania zażalenia, będzie rodzić duże komplikacje organizacyjne, prawne , ekonomiczne itp.</p>	<p>zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy.  Projekt ustawy został opracowany przy udziale ekspertów zewnętrznych, w tym z zakresu prawa restrukturyzacyjnego.</p>
405.	Rozdział 3	art. 8 ust. 2, art. 19	Sąd Najwyższy	<p>Niesuspensywny charakter zażalenia na postanowienia Prezesa Agencji  Jako mało fortunne należy ocenić nazwanie środka zaskarżenia postanowień Prezesa ARS mianem „zażalenia”. Można uznać, że w istocie zastępuje on wnioszek o wszczęcie postępowania nieprocesowego, w którym sąd przejmuje do własnego rozpoznania sprawę poprzednio rozstrzyganą przez organ administrujący. W takim razie dla uniknięcia nieporozumień być może lepsze byłoby wprowadzenie innej nazwy, jak choćby „odwołanie” lub „skarga”.  Zakładając jednak, że intencją autorów projektu było nadanie postępowaniu charakteru postępowania stricte odwoławczego od orzeczenia pozasądowego organu postępowania restrukturyzacyjnego, wypada uznać, że zażalenie powinno odpowiadać ogólnemu modelowi przyjętemu w postępowaniu cywilnym, jako środek zaskarżenia o charakterze zasadniczo suspensywnym (zawieszającym wykonanie zaskarżonego orzeczenia). Również w tzw. postępowaniach hybrydowych, kiedy sąd przejmuje do własnego rozpoznania sprawę rozpoznawaną na wcześniejszym etapie przez organ pozasądowy i w ten sposób zyskuje możliwość ukształtowania spornego stosunku (a nie jedynie sprawuje kontrolę zaskarżonego aktu), zasadą powinno być raczej zawieszenie wykonania postanowienia stanowiącego substrat zaskarżenia. Fakt, że w sprawach restrukturyzacyjnych może chodzić o czynności wymagające pośpiechu, nie ma decydującego znaczenia, skoro projekt przewiduje dość krótkie terminy na złożenie środka zaskarżenia (art. 13 ust. 3), przekazanie sprawy do sądu (art. 15 ust. 1) oraz rozpoznanie jej przez sąd (art. 20).  Suspensywność zażalenia ma istotne znaczenie w aspekcie gwarancji praw zainteresowanych uczestników postępowania, zaś konieczność ubiegania się każdorazowo o wstrzymanie wykonania postanowienia przez sąd godzi w sprawność postępowania (należy podejrzewać, że będzie to dość częste żądanie).  Proponowane rozwiązanie: Przewidzenie, że wniesienie zażalenia wstrzymuje wykonanie zaskarżonego postanowienia</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zgodnie z art. 19 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy.  Projekt ustawy został opracowany przy udziale ekspertów zewnętrznych, w tym z zakresu prawa restrukturyzacyjnego.  Według projektodawcy zażalenie ma naturę środka odwoławczego.  Postępowanie związane z wnoszeniem zażalenia zostało uregulowane na wzór postępowań prowadzonych w Sądzie Ochrony Konkurencji i Konsumentów.  Sprawy antymonopolowe są sprawami cywilnymi tylko w znaczeniu formalnym (art. 1 in fine), rozpoznawanymi w pierwszej fazie przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (zob. uzasadnienie postanowienia SN z 11.08.1999 r., I CKN 351/99, OSNC 2000/3, poz. 47). Przebiegają dwuetapowo; etap pierwszy stanowi postępowanie przed Prezesem UOKiK, a etap drugi – postępowanie sądowe w trybie odrębnego postępowania procesowego.</p>
406.	Rozdział 3, Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 8 ust. 2, art. 63 ust. 3	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>- Brak dostatecznych przesłane, aby postanowienia Prezesa Agencji z mocy prawa miały rygor natychmiastowej wykonalności, rygor taki możliwy byłby do nadani zgodnie z KPA  - skreślić</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zgodnie z art. 19 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy.</p>



					Projekt ustawy został opracowany przy udziale ekspertów zewnętrznych, w tym z zakresu prawa restrukturyzacyjnego.
407.	Rozdział 3	art. 8 ust. 2	Związek Województw RP - Województwo Mazowieckie (za pośrednictwem KWRiST)	Wnioskuje się o nie nadawanie postanowieniom Prezesa Agencji rygoru natychmiastowej wykonalności. Ewentualnie wprowadzenie konieczności odpowiedniego stosowania art. 130 KPA w zw. z art. 144 KPA. Uzasadnienie: Nadanie postanowieniom Prezesa Agencji z zakresu modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa rygoru natychmiastowej wykonalności może wywołać dla szpitali negatywne skutki w przypadku, gdy wykonane postanowienie w związku z jego zaskarżeniem będzie uznane za wadliwe i zostanie zmienione lub uchylone. Skutki wynikające z realizacji postanowienia nie będą mogły zostać cofnięte. Wnioskuje się o nie nadawanie postanowieniom Prezesa Agencji rygoru natychmiastowej wykonalności.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zgodnie z art. 19 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy. Projekt ustawy został opracowany przy udziale ekspertów zewnętrznych, w tym z zakresu prawa restrukturyzacyjnego.
408.	Rozdział 3	art. 8 ust. 2	Prokuratura Generalna RP	Wątpliwości budzi nadanie w art. 8 ust. 2 projektu natychmiastowej wykonalności postanowień Prezesa Agencji, co może rodzić nieodwracalne skutki dla podmiotu szpitalnego. W szczególności wątpliwości te dotyczą postanowienia Prezesa Agencji wydanego w sprawie przyznania kategorii C i D podmiotom wymagającym wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes Agencji wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe. Skutkiem wydania takiego postanowienia jest automatyczne wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego i ustanowienie zarządcy lub nadzorcy, w czasie trwania którego nie można rozwiązać „umów o podstawnym znaczeniu dla działalności leczniczej”, których stroną jest podmiot szpitalny (art. 72 ust. 2 projektu).	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zgodnie z art. 19 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy. Projekt ustawy został opracowany przy udziale ekspertów zewnętrznych, w tym z zakresu prawa restrukturyzacyjnego. Jednocześnie należy zauważyć, iż projekt ustawy nie przewiduje możliwości automatycznego ustanowienia zarządcy, a ponadto proces ten został poddany kontroli sądowej.
409.	Rozdział 3, Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 8-12 w zw. z art 60	Polska Federacja Szpitali	Przepisy projektowanej ustawy nie zawierają procedury postępowania dowodowego przed Prezesem Agencji, co może prowadzić do uniemożliwienia przeprowadzenia rzetelnego postępowania dowodowego celem wykazania zasadności zastrzeżeń zgłoszonych do projektu planu naprawczo-rozwojowego przez kierownika podmiotu szpitalnego. Przepisy art. od 8 do 12 projektowanej ustawy nie określają co najmniej zarysu procedury postępowania dowodowego przed Prezesem Agencji. Nie określają ogólnych zasad przeprowadzania posiedzeń, na których możliwe byłoby przeprowadzenie dowodów z zeznań świadków, opinii biegłych lub wysłuchania uczestników. Brak jest też procedury zgłaszania stanowisk i dowodów z dokumentów przez podmioty szpitalne, na wypadek gdyby zaszła konieczność wykazania zasadności zgłoszonych przez kierownika zastrzeżeń do projektu planu naprawczo-rozwojowego. Zgodnie z art. 60 projektowanej ustawy, zastrzeżenia kierownika podmiotu szpitalnego zgłoszone do projektu programu naprawczo-rozwojowego przekazywane są Prezesowi Agencji, jednak brak jest procedury umożliwiającej zgłoszenie autonomicznego stanowiska lub wniosków dowodowych przez podmiot	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Przepisy ustawy regulują w sposób szczegółowy zasady tworzenia planu naprawczo-rozwojowego, w tym jego opiniowania, a także składania zażalenia na postanowienie Prezesa Agencji o jego zatwierdzeniu. Należy jednocześnie zauważyć, iż postępowanie prowadzone przed Prezesem Agencji nie jest postępowaniem administracyjnym, zaś przepisy KPA stosuje się odpowiednio jedynie w organicznym zakresie. Jednocześnie w sprawach dotyczących dowodów w postępowaniu przed Prezesem Agencji w zakresie nieuregulowanym w ustawie stosuje się odpowiednio art. 227–277 oraz 292-315 Kodeksu postępowania cywilnego. Należy zauważyć, iż

			<p>szpitalny. Na mocy projektowanego art. 9 ustawy wyłączono możliwość odpowiedniego stosowania przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego, regulujących możliwość przeprowadzenia i przebieg rozprawy administracyjnej. Natomiast wiele z dowodów wskazanych w przepisach Kodeksu postępowania cywilnego, które mogą być odpowiednio stosowane na mocy projektowanej ustawy, nie jest możliwych do przeprowadzenia bez posiedzenia z udziałem uczestników postępowania lub bez umożliwienia zgłoszenia stanowisk uczestników na piśmie.</p> <p>Proponujemy:</p> <p>a) rezygnację z wyłączenia odpowiedniego stosowania art. 89 Kodeksu postępowania administracyjnego do postanowień wydawanych przez Prezesa Agencji w sprawach z zakresu modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa, lub</p> <p>b) wprowadzenie do ustawy ram proceduralnych, umożliwiających czynny udział uczestników w postępowaniu w sprawach z zakresu modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa oraz pozwalający na przeprowadzenie dowodów wskazanych w art. 227–315 Kodeksu postępowania cywilnego, np. poprzez rozbudowanie art. 60 o przepis zezwalający na złożenie stanowiska oraz wniosków dowodowych przez podmiot szpitalny celem wykazania zasadności zgłoszonych przez kierownika zastrzeżeń do projektu planu naprawczo-rozwojowego.</p>	<p>podobne rozwiązanie przewiduje art. 84 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.</p>
410.	Rozdział 3	art. 9	<p>Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)</p> <p>Ograniczenie swobody działalności Ogranicza swobodę działalności poprzez wykluczenie ustawy KPA, w zakresie (KPA t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 735 ze zm.):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• trybu odwołania od decyzji (Art. 10 KPA),</li> <li>• zaskarżania jej (art. 15 i 16 KPA) stanowi ??? trudno jest nazwać.</li> <li>• powyższe wykluczenie dotyczy również organizacji społecznych (Rad Społecznych stanowiących ciało doradcze i opiniotwórcze podmiotów tworzących art. 31 KPA),</li> <li>• art. 37 KPA – to wykluczenie wydaje się zbędne, jeżeli wykonalność decyzji Prezesa ARS ma nastąpić natychmiastowo,</li> <li>• art. 371 KPA -to wykluczenie jest sprzeczne z Art. 6 opiniowanego projektu,</li> <li>• art. 48 i 49 KPA – stronami jest podmiot szpitalny oraz podmiot tworzący, co autor ma na myśli wykluczając zapis dotyczący kierowania pism do adresatów o nieznanym miejscu pobytu?</li> <li>• art.59-61 KPA – całkowicie pozbawienie podmiotów tworzących oraz podmiotów szpitalnych wpływu na jakiegokolwiek decyzje,</li> <li>• art. 66a KPA – wykluczenie zapisu prowadzenia postępowania administracyjnego mającego strategiczne znaczenie dla społeczeństwa w danym regionie, z zatajeniem osób biorących w tym udział uniemożliwi wyciągnięcie jakichkolwiek odpowiedzialności przy nieprawidłowym postępowaniu ARS.</li> </ul>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Należy zauważyć, iż postępowanie prowadzone przed Prezesem Agencji nie jest postępowaniem administracyjnym, zaś przepisy KPA stosuje się odpowiednio jedynie w organicznym zakresie – nieregulowanym przepisami ustawy. Jeżeli chodzi o zakres zastosowanych włączeń w jest on podobny do rozwiązania przewidzianego w art. 11 ust. 5 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o Bankowym Funduszu Gwarancyjnym, systemie gwarantowania depozytów oraz przymusowej restrukturyzacji. Należy jednocześnie zauważyć, iż wyłączenie części przepisów KPA jest następstwem poddania postanowień Prezesa Agencji kontroli sądów powszechnych.</p> <p>Ponadto w sprawach dotyczących dowodów w postępowaniu przed Prezesem Agencji w zakresie nieregulowanym w ustawie stosuje się odpowiednio art. 227–277 oraz 292-315 Kodeksu postępowania cywilnego. Należy zauważyć, iż podobne</p>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• art. 73 -§ 1a-2 KPA– ograniczenie wglądu do akt postępowania administracyjnego przez strony czyli podmiot tworzący oraz szpital – ograniczenie swobody działalności, brak kopii, notatek???</li> <li>• art. 75-96 KPA – nie dopuszcza się do włączania dowodów do prowadzonego postępowania mogących wyjaśnić sprawę – czyli jeżeli ktoś podejmie decyzję o przejęciu jakiegoś podmiotu szpitalnego, to bez względu na wszystko decyzja będzie w mocy.</li> <li>• art. 106-106a KPA – ograniczenie zajęcia stanowiska w sprawie, złożenia stanowiska itp.</li> <li>• art. 127-163 a – brak możliwości składania odwołania w sprawie decyzji oraz zażalenia, nie dopuszcza się również wznowienia postępowania. Wykluczono również możliwość wznowienia postępowania przy orzeczeniu przez TK niezgodności aktu z Konstytucją.</li> </ul>	rozwiązanie przewiduje art. 84 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.
411.	Rozdział 3	art. 9	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>"Pozbawienie strony czynnego udziału w postępowaniu przed Prezesem Agencji, co w praktyce utrudni lub uniemożliwi wniesienie uwag do planu naprawczo-rozwojowego oraz skuteczne zaskarżenie postanowienia Prezesa Agencji; wyłączenie zasady dwuinstancyjności; wyłączenie prawa kontroli postanowienia przez sąd administracyjny; niezasadne wyłączenie możliwości ponaglenia przez stronę Prezesa Agencji, na niezatawienie sprawy w terminie niezasadne wyłączenie prawa strony do otrzymania odpisów lub kopii z akt sprawy, co w praktyce utrudni lub uniemożliwi skutecznie zaskarżenie postanowienia Prezesa Agencji wyłączenie przepisów o postępowaniu dowodowym, z KPA i zastąpienie ich przepisami kodeksu postępowania cywilnego (KPC) jest niezasadne na etapie postępowania przed Prezesem Agencji, który nie jest sądem; wyłączenie zasady współdziałania Prezesa Agencji z innymi organami przy wydaniu postanowienia jest sprzeczne np. z art. 34 ustawy o działalności leczniczej przyznającej wojewodzie prawo odmowy zgody ograniczenie działalności leczniczej przez podmiot leczniczy (vide art. 56 ust. 1 plan naprawczo-rozwojowy, art. 76 przeprofilowania działalności leczniczej w części lub całości). "</p> <p>Propozycja skreślenia art. 9 wyłączenia stosowania przepisów KPA art. 10, art. 15, art. 16, art. 37, art. 73 § 2, art. 75-96, art. 106, art. 127-163a.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Należy zauważyć, iż postępowanie prowadzone przed Prezesem Agencji nie jest postępowaniem administracyjnym, zaś przepisy KPA stosuje się odpowiednio jedynie w organicznym zakresie – nieuregulowanym przepisami ustawy. Jeżeli chodzi o zakres zastosowanych włączeń w jest on podobny do rozwiązania przewidzianego w art. 11 ust. 5 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o Bankowym Funduszu Gwarancyjnym, systemie gwarantowania depozytów oraz przymusowej restrukturyzacji. Należy jednocześnie zauważyć, iż wyłączenie części przepisów KPA jest następstwem poddania postanowień Prezesa Agencji kontroli sądów powszechnych. Ponadto w sprawach dotyczących dowodów w postępowaniu przed Prezesem Agencji w zakresie nieuregulowanym w ustawie stosuje się odpowiednio art. 227–277 oraz 292-315 Kodeksu postępowania cywilnego. Należy zauważyć, iż podobne rozwiązanie przewiduje art. 84 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.</p>
412.	Rozdział 3	art. 9	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za	<p>W art. 9 projektu ustawy postanowiono o wyłączeniu w postępowaniu Prezesa Agencji stosowania szeregu przepisów kpa. Związane jest to głównie z faktem uregulowania w odmienny sposób postępowania dowodowego oraz postępowania odwoławczego poprzez przeniesienie tego postępowania na drogę sądownictwa powszechnego.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Takie rozwiązania przewiduje projekt ustawy.</p>

			pośrednictwem KWRiST)		
413.	Rozdział 3	art. 9	Prokuratura Generalna RP	Wyłączenia stosowania przepisów k.p.a. do postanowień wydawanych przez Prezesa Agencji wymagają ponownej weryfikacji, gdyż wydają się niespójne. Tytułem przykładu należy wskazać, że wyłącza się art. 59 k.p.a. (właściwość organu w sprawie przywrócenia terminu), podczas gdy ma znaleźć zastosowanie art. 58 k.p.a. (tryb przywracania terminu). Podobnie wyłącza się art. 61 k.p.a. (wszczenie postępowania administracyjnego), a miałyby być stosowany art. 61a k.p.a. (odmowa wszczęcia postępowania).	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
414.	Rozdział 3	art. 9	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	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.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona</b>  Należy zauważyć, iż postępowanie prowadzone przed Prezesem Agencji nie jest postępowaniem administracyjnym, zaś przepisy KPA stosuje się odpowiednio jedynie w organicznym zakresie – niuregulowanym przepisami ustawy. Jeżeli chodzi o zakres zastosowanych włączeń w jest on podobny do rozwiązania przewidzianego w art. 11 ust. 5 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o Bankowym Funduszu Gwarancyjnym, systemie gwarantowania depozytów oraz przymusowej restrukturyzacji. Należy jednocześnie zauważyć, iż wyłączenie części przepisów KPA jest następstwem poddania postanowień Prezesa Agencji kontroli sądów powszechnych.
415.	Rozdział 3	art. 9	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	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.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona</b>  Należy zauważyć, iż postępowanie prowadzone przed Prezesem Agencji nie jest postępowaniem administracyjnym, zaś przepisy KPA stosuje się odpowiednio jedynie w organicznym zakresie – niuregulowanym przepisami ustawy. Jeżeli chodzi o zakres zastosowanych włączeń w jest on podobny do rozwiązania przewidzianego w art. 11 ust. 5 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o Bankowym Funduszu Gwarancyjnym, systemie gwarantowania depozytów oraz przymusowej restrukturyzacji. Należy jednocześnie zauważyć, iż wyłączenie części przepisów KPA jest następstwem poddania postanowień Prezesa Agencji kontroli sądów powszechnych.
416.	Rozdział 3	art. 9	Związek Województw	Modyfikacja przepisu	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

			RP - Województwo Zachodniopom orskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>W uzasadnieniu projektu pojawia się stwierdzenie, że postępowanie przed Prezesem Agencji nie będzie postępowaniem administracyjnym, co stawia pytanie o charakter prawny tego postępowania. Tworzenie jakichkolwiek hybryd zawsze osłabia ich efektywność i przejrzystość. Jednocześnie należy zauważyć, że przepis ten nakazuje niestosowanie w postępowaniu przed Prezesem Agencji fundamentalnych konstrukcji KPA, takich jak przykładowo:</p> <p>Art. 10 KPA – zasada czynnego udziału strony w postępowaniu (usunięcie tym bardziej jest nieuzasadnione, skoro można go wyłączać in casu na podstawie § 2 tego przepisu - Organy administracji publicznej mogą odstąpić od zasady określonej w § 1 tylko w przypadkach, gdy załatwienie sprawy nie cierpi zwłoki ze względu na niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia ludzkiego albo ze względu na grożącą niepowetowaną szkodę materialną.) Automatyzm działania w tym trybie pozbawia podmioty szpitalne jakiegokolwiek możliwości realnego wpływu na rzetelne przeprowadzenie postępowania i możliwość przedstawienia swoich twierdzeń i dowodów na ich poparcie na właściwym etapie postępowania;</p> <p>Art. 31 KPA – udział organizacji pozarządowych w postępowaniu administracyjnym – uniemożliwia aktywną ochronę zbiorowych i grupowych interesów pacjentów w postępowaniach prowadzonych przed Prezesem Agencji; w przypadku podmiotów szpitalnych aspekt społeczny prowadzonych postępowań ma podstawowy charakter;</p> <p>Art. 37 KPA - Ponaglenie na niezałatwienie sprawy administracyjnej w terminie – uniemożliwia stronie postępowania reagowanie w sytuacji przedłużającego się postępowania, wprowadzając brak możliwości przeciwdziałania stanowi niepewności prawnej;</p>	<p>Należy zauważyć, iż postępowanie prowadzone przed Prezesem Agencji nie jest postępowaniem administracyjnym, zaś przepisy KPA stosuje się odpowiednio jedynie w organicznym zakresie – nieuregulowanym przepisami ustawy. Jeżeli chodzi o zakres zastosowanych włączeń w jest on podobny do rozwiązania przewidzianego w art. 11 ust. 5 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o Bankowym Funduszu Gwarancyjnym, systemie gwarantowania depozytów oraz przymusowej restrukturyzacji. Należy jednocześnie zauważyć, iż wyłączenie części przepisów KPA jest następstwem poddania postanowień Prezesa Agencji kontroli sądów powszechnych.</p> <p>Ponadto w sprawach dotyczących dowodów w postępowaniu przed Prezesem Agencji w zakresie nieuregulowanym w ustawie stosuje się odpowiednio art. 227–277 oraz 292-315 Kodeksu postępowania cywilnego. Należy zauważyć, iż podobne rozwiązanie przewiduje art. 84 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.</p>
417.	Rozdział 3	art. 9, art. 10	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pozbawienie stronie czynnego udziału w postępowaniu przez Prezesem Agencji, co w praktyce utrudni lub uniemożliwi wniesienie uwag do planu naprawczo-rozwojowego oraz skuteczne zaskarżenie postanowienia Prezesa Agencji;</li> <li>- skreślić a art. 9 wyłączenia stosowania przepisów KPA art. 10, art. 15, art. 16, art. 37, art. 73 § 2, art. 75-96, art. 106, art. 127-163a</li> <li>- wyłączenie zasady dwuinstancyjności;</li> <li>- wyłączenie prawa kontroli postanowienia przez sąd administracyjny;</li> <li>- niezasadne wyłącznie możliwości ponaglenia przez stronę Prezesa Agencji, na niezałatwienie sprawy w terminie;</li> <li>- niezasadne wyłącznie prawa strony do otrzymania odpisów lub kopii z akt sprawy, co w praktyce utrudni lub uniemożliwi skutecznie zaskarżenie postanowienia Prezesa Agencji;</li> <li>- wyłącznie przepisów o postępowaniu dowodowym, z KPA i zastąpienie ich przepisami kodeksu postępowania cywilnego (KPC) jest niezasadne na etapie postępowania przez Prezesem Agencji, który nie jest sądem;</li> <li>- wyłącznie zasady współdziałania Prezesa Agencji z innymi organami przy wydaniu postanowienie jest sprzeczna np. z art. 34 ustawy o działalności</li> </ul>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Należy zauważyć, iż postępowanie prowadzone przed Prezesem Agencji nie jest postępowaniem administracyjnym, zaś przepisy KPA stosuje się odpowiednio jedynie w organicznym zakresie – nieuregulowanym przepisami ustawy. Jeżeli chodzi o zakres zastosowanych włączeń w jest on podobny do rozwiązania przewidzianego w art. 11 ust. 5 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o Bankowym Funduszu Gwarancyjnym, systemie gwarantowania depozytów oraz przymusowej restrukturyzacji. Należy jednocześnie zauważyć, iż wyłączenie części przepisów KPA jest następstwem poddania postanowień Prezesa Agencji kontroli sądów powszechnych.</p> <p>Ponadto w sprawach dotyczących dowodów w postępowaniu przed Prezesem Agencji w zakresie nieuregulowanym w ustawie stosuje się odpowiednio</p>

				<p>lecniczej przyznającej wojewodzie prawo odmowy zgody na ograniczenie działalności leczniczej przez podmiot leczniczej (vide art. 56 ust. 1 plan naprawczo rozwojowy, art. 76 przeprofilowania działalności leczniczej w części lub całości)</p> <p>- zmienić art. 10 stosowanie przepisów KPC powinno być ograniczony wyłącznie do postępowania zażaleniowego przed sądem restrukturyzacyjnym.</p>	<p>art. 227–277 oraz 292-315 Kodeksu postępowania cywilnego. Należy zauważyć, iż podobne rozwiązanie przewiduje art. 84 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.</p>
418.	Rozdział 3	art. 9, art. 10	<p>Związek Województw RP - Województwo Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>W zakresie nieuregulowanym w ustawie do postanowień, o których mowa art. 8 ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, z wyłączeniem art. 10, art. 15 i 16, art. 31, art. 37, art. 391, art. 48 i 49, art. 59–61, art. 66a, art. 73 § 1a–2, art. 75–96, art. 106–106a i art. 127–163a</p> <p>W sprawach dotyczących dowodów w postępowaniu przed Prezesem Agencji w zakresie nieuregulowanym w ustawie stosuje się odpowiednio art. 227–315 Kodeksu postępowania cywilnego.</p> <p>Wprowadzenie trzech różnego rodzaju procedur – administracyjnej, cywilnej, upadłościowej – spowoduje istotne problemy w jej zastosowaniu. Nadto charakter prawny wprowadzenia nadzorca oraz zarządcy skłania ku wskazaniu, iż jest to realizacja władczych funkcji Państwa, co z kolei skłania ku zastosowania procedury administracyjnej i w konsekwencji możliwości oceny postanowień przez sądy administracyjne, a nie jeden sąd powszechny.</p> <p>Propozycja: Rozważenie zmian proponowanych zapisów.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Należy zauważyć, iż postępowanie prowadzone przed Prezesem Agencji nie jest postępowaniem administracyjnym, zaś przepisy KPA stosuje się odpowiednio jedynie w organicznym zakresie – nieuregulowanym przepisami ustawy.</p> <p>Projekt ustawy został opracowany przy udziale ekspertów zewnętrznych, w tym z zakresu prawa restrukturyzacyjnego.</p>
419.	Rozdział 3	art. 9, art. 10	<p>Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Nieuzasadnione odwołanie w zakresie w zakresie „dowodów” do odpowiedniego stosowania KPC, podczas gdy w pozostałym zakresie w sprawach nieuregulowanych zastosowanie znajdują odpowiednie przepisy KPA.</p> <p>Należałoby rozważyć, czy nie byłoby zasadne odwołanie w zakresie sprawach nie regulowanych przez ustawę do jednej regulacji kodeksowej ?</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Należy zauważyć, iż postanowienia Prezesa Agencji poddane zostały kontroli sądów powszechnych. Konsekwencją powyższego jest, iż w sprawach dotyczących dowodów w postępowaniu przed Prezesem Agencji w zakresie nieuregulowanym w ustawie stosuje się odpowiednio art. 227–277 oraz 292-315 Kodeksu postępowania cywilnego. Należy zauważyć, iż podobne rozwiązanie przewiduje art. 84 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.</p>
420.	Rozdział 3	art. 9, art. 10	<p>Województwo Pomorskie</p>	<p>Niespójność w zakresie trybów postępowania kpa i kpc</p> <p>Nieuzasadnione połączenie dwóch normatywnych podstaw prowadzenia postępowania przed Agencją (przepisów KPA oraz przepisów KPC).</p> <p>Przywołanie instytucji stricte procesowych jak wezwanie na rozprawę, odebranie przyrzeczenia przez sąd, zabezpieczenie dowodów przez sąd jest kompletnie nieuzasadnione.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie prowadzone przed Prezesem Agencji nie jest postępowaniem administracyjnym, zaś przepisy KPA stosuje się odpowiednio jedynie w organicznym zakresie – nieuregulowanym przepisami projektu ustawy.</p>

				<p>Przemieszczenie elementów administracyjnoprawnych i cywilnoprawnych a także bardzo szczególny tryb wnoszenia zażaleń (za pośrednictwem Sądu Restrukturyzacyjnego) niewątpliwie mogą skutkować brakiem rzeczywistej możliwości skorzystania przez podmiot szpitalny z procedur odwoławczych. Co więcej w sprawach nieuregulowanych w ustawie do postępowania przed sądem i przed sądem odwoławczym stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne.</p> <p>Konieczne jest jednoznaczne określenie jednej procedury według której prowadzone będzie postępowanie.</p> <p>Wskazuje się także na potrzebę bardziej starannego odesłania do przepisów KPC, w przypadku zachowania dotychczasowej konwencji zapisu.</p>	<p>Należy zauważyć, iż postanowienia Prezesa Agencji poddane zostały kontroli sądów powszechnych. Konsekwencją powyższego jest, iż w sprawach dotyczących dowodów w postępowaniu przed Prezesem Agencji w zakresie nieuregulowanym w ustawie stosuje się odpowiednio art. 227–277 oraz 292-315 Kodeksu postępowania cywilnego. Należy zauważyć, iż podobne rozwiązanie przewiduje art. 84 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.</p>
421.	Rozdział 3	art. 9, art. 10	Prokuratoria Generalna RP	<p>Projektowane art. 9 i 10 ustawy tworzą rozwiązania hybrydowe w postępowaniu przed Prezesem Agencji, w którym będą stosowane odpowiednio regulacje prawne k.p.a., ale z wyłączeniem przepisów o dowodach (art. 75-96 k.p.a.), gdyż dowody będą prowadzone zgodnie z przepisami k.p.c. Wprowadzenie takiego rozwiązania wymaga szerszego uzasadnienia.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie prowadzone przed Prezesem Agencji nie jest postępowaniem administracyjnym, zaś przepisy KPA stosuje się odpowiednio jedynie w organicznym zakresie – nieuregulowanym przepisami projektu ustawy.</p> <p>Należy zauważyć, iż postanowienia Prezesa Agencji poddane zostały kontroli sądów powszechnych. Konsekwencją powyższego jest, iż w sprawach dotyczących dowodów w postępowaniu przed Prezesem Agencji w zakresie nieuregulowanym w ustawie stosuje się odpowiednio art. 227–277 oraz 292-315 Kodeksu postępowania cywilnego. Należy zauważyć, iż podobne rozwiązanie przewiduje art. 84 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.</p>
422.	Rozdział 3	art. 9, art. 10	Pracodawcy Pomorza	<p>Niespójność w zakresie trybów postępowania kpa i kpc</p> <p>Propozycja: Bardziej staranne odesłanie do przepisów kpc,</p> <p>Uzasadnienie: Przywołanie instytucji stricte procesowych jak wezwanie na rozprawę, odebanie przyrzeczenia przez sąd, zabezpieczenie dowodów przez sąd</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie prowadzone przed Prezesem Agencji nie jest postępowaniem administracyjnym, zaś przepisy KPA stosuje się odpowiednio jedynie w organicznym zakresie – nieuregulowanym przepisami projektu ustawy.</p> <p>Należy zauważyć, iż postanowienia Prezesa Agencji poddane zostały kontroli sądów powszechnych. Konsekwencją powyższego jest, iż w sprawach dotyczących dowodów w postępowaniu przed Prezesem Agencji w zakresie nieuregulowanym</p>

					w ustawie stosuje się odpowiednio art. 227–277 oraz 292-315 Kodeksu postępowania cywilnego. Należy zauważyć, iż podobne rozwiązanie przewiduje art. 84 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.
423.	Rozdział 3	art. 9, art. 10, art. 13 ust. 4	Związek Województw RP Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Wydawanie przez Prezesa Agencji Postanowień, odpowiednie wybiórcze stosowanie wybranych przepisów KPA oraz KPC,</p> <p>Wskazana w projekcie ustawy procedura postępowania prowadzonego przez Prezesa Agencji przewiduje częściowe odesłanie do przepisów procedury cywilnej (art. 10, art. 13 ust. 4 projektu) oraz procedury administracyjnej (art. 9), nie dając tym samym pełnej gwarancji prawidłowości prowadzonego postępowania jakie zapewnia całościowo stosowany Kodeks postępowania cywilnego albo Kodeks postępowania administracyjnego. Prowadzenie postępowania wg dwóch trybów nie daje pełnej gwarancji systemowej zapewnionej przez każdy z wymienionych kodeksów. Opisana ścieżka postępowania powoduje dualizm stosowania obydwu procedur przy jednoczesnym przypisaniu funkcji kontrolnych zapadłej decyzji (postanowienia) sądowi powszechnemu (art. 7 ust. 2 projektu) nie tylko w zakresie procedury cywilnej, ale i administracyjnej (systemowo przypisanej sądom administracyjnym).</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie prowadzone przed Prezesem Agencji nie jest postępowaniem administracyjnym, zaś przepisy KPA stosuje się odpowiednio jedynie w organicznym zakresie – nieuregulowanym przepisami projektu ustawy.</p> <p>Należy zauważyć, iż postanowienia Prezesa Agencji poddane zostały kontroli sądów powszechnych. Konsekwencją powyższego jest, iż w sprawach dotyczących dowodów w postępowaniu przed Prezesem Agencji w zakresie nieuregulowanym w ustawie stosuje się odpowiednio art. 227–277 oraz 292-315 Kodeksu postępowania cywilnego. Należy zauważyć, iż podobne rozwiązanie przewiduje art. 84 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.</p>
424.	Rozdział 3	art. 9 oraz art. 23	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Uchylenie art. 9 i zmiana art. 23 polegająca na dodaniu zapisu: (...) <i>oraz przepisy Kodeksu postępowania cywilnego” po słowach Prawo restrukturyzacyjne.</i></p> <p>Odesłanie w art. 9 do przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego nie znajduje racjonalnego uzasadnienia. Kwestie uregulowane w przepisach wskazanych w art. 9 regulują przepisy art. 10-23 ustawy. Ponadto przepisy Prawa restrukturyzacyjnego, do stosowania których odsyła przepis art. 23, w zakresie nieuregulowanym odsyłają do przepisów Kodeksu postępowania cywilnego. Postępowanie w sprawie modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa powinno być prowadzone według jednej procedury.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Odpowiednie stosowania przepisów KPA dotyczy postępowania przed Prezesem Agencji, a odpowiednie stosowanie Prawa restrukturyzacyjnego, a w konsekwencji KPC postępowania przed sądem.</p>
425.	Rozdział 3	art. 10	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Kompetencja Prezesa Agencji</p> <p>Zapis artykułu stawia Prezesa Agencji w roli sądu stosując art. 227-315 KPC.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Należy zauważyć, iż podobne rozwiązanie przewiduje art. 84 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.</p>



426.	Rozdział 3	art. 10	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Propozycja zmiany art. 10; stosowanie przepisów KPC powinno być ograniczone wyłącznie do postępowania zażaleniowego przed sądem restrukturyzacyjnym.	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Należy zauważyć, iż postanowienia Prezesa Agencji poddane zostały kontroli sądów powszechnych. Konsekwencją powyższego jest, iż w sprawach dotyczących dowodów w postępowaniu przed Prezesem Agencji w zakresie nieuregulowanym w ustawie stosuje się odpowiednio art. 227–277 oraz 292-315 Kodeksu postępowania cywilnego. Należy zauważyć, iż podobne rozwiązanie przewiduje art. 84 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.</p>
427.	Rozdział 3	art. 10	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Kompetencja Prezesa Agencji</p> <p>Zapis artykułu stawia Prezesa Agencji w roli sądu stosując art. 227-315 KPC.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Należy zauważyć, iż podobne rozwiązanie przewiduje art. 84 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.</p>
428.	Rozdział 3	art. 10 w zw. z art. 9	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	Wątpliwości budzi równoczesne stosowanie w postępowaniu prowadzonym przez Prezesa Agencji dwóch procedur – administracyjnej i cywilnej.	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie prowadzone przed Prezesem Agencji nie jest postępowaniem administracyjnym, zaś przepisy KPA stosuje się odpowiednio jedynie w organicznym zakresie – nieuregulowanym przepisami projektu ustawy.</p> <p>Należy zauważyć, iż postanowienia Prezesa Agencji poddane zostały kontroli sądów powszechnych. Konsekwencją powyższego jest, iż w sprawach dotyczących dowodów w postępowaniu przed Prezesem Agencji w zakresie nieuregulowanym w ustawie stosuje się odpowiednio art. 227–277 oraz 292-315 Kodeksu postępowania cywilnego.</p>
429.	Rozdział 3	art. 10 w zw. z art. 9	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	Wątpliwości budzi równoczesne stosowanie w postępowaniu prowadzonym przez Prezesa Agencji dwóch procedur – administracyjnej i cywilnej.	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie prowadzone przed Prezesem Agencji nie jest postępowaniem administracyjnym, zaś przepisy KPA stosuje się odpowiednio jedynie w organicznym zakresie – nieuregulowanym przepisami projektu ustawy.</p> <p>Należy zauważyć, iż postanowienia Prezesa Agencji poddane zostały kontroli sądów powszechnych. Konsekwencją powyższego jest, iż w sprawach dotyczących dowodów w postępowaniu przed</p>

					Prezesem Agencji w zakresie nieuregulowanym w ustawie stosuje się odpowiednio art. 227–277 oraz 292-315 Kodeksu postępowania cywilnego.
430.	Rozdział 3	art. 11	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Propozycja zmiany art. 11; zakres podmiotowy strony do: podmiotu szpitalnego, podmiotu nadzorującego, wojewody właściwego miejscowo dla siedziby podmiotu szpitalnego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Brak uzasadnienia dla takiej modyfikacji przepisu. Projekt ustawy przewiduje możliwość złożenia przez podmiot tworzący zażalenia do sądu na wybrane postanowienia Prezesa Agencji.
431.	Rozdział 3	art. 11	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Stroną postępowania przed Prezesem Agencji jest podmiot szpitalny. Zatem projekt ustawy pozbawia prawa do uczestniczenia w tym postępowaniu np. podmioty tworzące – w tym m.st. Warszawa. Ta konstrukcja ingeruje w prawo JST do decydowania o podległych jednostkach organizacyjnych (szpitalach), znosi uprawnienia JST do wypowiedzania się, czy też ochrony interesu prawnego i faktycznego swoich mieszkańców.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Projekt ustawy przewiduje możliwość złożenia przez podmiot tworzący zażalenia do sądu na wybrane postanowienia Prezesa Agencji. Ponadto podmiot tworzący będzie zaangażowany w tworzenie planu rozwojowego oraz będzie opiniował plan naprawczo-rozwojowy.
432.	Rozdział 3	art. 11	Związek Województw RP - Województwo Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)	Stroną postępowania przed Prezesem Agencji jest podmiot szpitalny. Stroną postępowania przed Prezesem Agencji winien być również nadzorca i zarządca, którzy poprzez podejmowane działania mają wpływ na gospodarkę finansową podmiotu szpitalnego. Propozycja: Stroną postępowania przed Prezesem Agencji jest podmiot szpitalny oraz nadzorca i zarządca podmiotu szpitalnego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Zarządca reprezentuje podmiot szpitalny będący spółką, jeżeli Prezes wydał postanowienie w tym przedmiocie. Nadzorca jest organem postępowania, a nie stroną.
433.	Rozdział 3	art. 11	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	Stroną postępowania powinien być również podmiot tworzący oraz podmiot, o którym mowa w art. 6 ust. 9 ustawy o działalności leczniczej.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Brak uzasadnienia dla takiej modyfikacji przepisu. Projekt ustawy przewiduje możliwość złożenia przez podmiot tworzący zażalenia do sądu na wybrane postanowienia Prezesa Agencji.
434.	Rozdział 3	art. 11	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	Stroną postępowania powinien być również podmiot tworzący oraz podmiot, o którym mowa w art. 6 ust. 9 ustawy o działalności leczniczej.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Brak uzasadnienia dla takiej modyfikacji przepisu. Projekt ustawy przewiduje możliwość złożenia przez podmiot tworzący zażalenia do sądu na wybrane postanowienia Prezesa Agencji.
435.	Rozdział 3	art. 11	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za	Modyfikacja przepisu Przepis nie dopuszcza w charakterze strony podmiotu tworzącego, pozbawiając go jakiegokolwiek wpływu na przebieg postępowania, które dotyczy bezpośrednio jego praw i obowiązków. Nie przewiduje się również udziału tego podmiotu w postępowaniu na innych zasadach, np. zainteresowanego. To uderza bezpośrednio w interesy podmiotu	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Projekt ustawy przewiduje możliwość złożenia przez podmiot tworzący zażalenia do sądu na wybrane postanowienia Prezesa Agencji. Ponadto podmiot tworzący będzie zaangażowany w tworzenie planu

			pośrednictwem KWRiST)	tworzącego, które powinny być chronione prawem. Podmiot ten pojawia się dopiero na etapie postępowania odwoławczego.	rozwojowego oraz będzie opiniował plan naprawczo-rozwojowy.
436.	Rozdział 3, Rozdział 7 (Oddział 3),	art. 11, art. 56, art. 59 ust. 1 pkt 1, art. 63	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>- Ograniczenie strony wyłącznie do podmiotu szpitalnego (kierownika SPZOZ), narusza rażąco uprawnienia podmiotu nadzorczego jako właściciela jest sprzeczne z ustawą o działalności leczniczej.</p> <p>- zmienić art. 11 zakres podmiotowy strony do: podmiot szpitalnego, podmiotu nadzorującego, wojewody właściwego miejscowo dla siedziby podmiotu szpitalnego;</p> <p>- projektowana ustawa nie wyłącza uprawnień podmiotu nadzorczego (podmiotu tworzącego wg. UDL) do podejmowania decyzji, które uniemożliwią w praktyce realizację planu naprawczo-rozwojowego ustalonego w postanowienie Prezesa Agencji np. odebranie składnika majątkowego, połączenie SPZOZ, zmiana statutu SPZOZ zmianą zakresu działalności leczniczej SPZOZ;</p> <p>- w art. 56 ust.1, ust. 2 należy uwzględnić także obowiązki realizacji zadań dydaktycznych i badawczych wynikające z art. 89-92a UDL</p> <p>- Tworzenie planu naprawczo-rozwojowego (art. 59) nie uwzględnia konieczności zapewnienia przez podmiot szpitalny bazy klinicznej do prowadzenia działalności dydaktycznej, do której podmiot szpitalny jest ustawowo zobowiązany</p> <p>- zmienić art. 59 ust. 1 pkt 1) poprzez przyznanie podmiotowi nadzorującemu prawa wniesienia zastrzeżeń do planu naprawczo -rozwojowego</p> <p>- zgodnie z art. 3 projektu ustawy działalność podmiotu szpitalnego ma być dostosowana do regionalnych potrzeb zdrowotnych, ale wojewoda jako organa administracji rządowej został pominięty w projekcie ustawy</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt ustawy przewiduje możliwość złożenia przez podmiot tworzący zażalenia do sądu na wybrane postanowienia Prezesa Agencji. Ponadto podmiot tworzący będzie zaangażowany w tworzenie planu rozwojowego oraz będzie opiniował plan naprawczo-rozwojowy, a ponadto będzie mógł zaskarżyć postanowienie Prezesa Agencji o jego zatwierdzeniu w zakresie, w jakim plan naprawczo-rozwojowy przewiduje przeprofilowanie lub zmienia zakres lub liczbę świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmiot szpitalny.</p> <p>W uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych. Dla przykładu można wskazać art. 54 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej czy regulacje dotyczące podziału i reorganizacji instytutu badawczego będącego podmiotem szpitalnym, które nie będą mogły być stosowane w trakcie trwania postępowania naprawczo-rozwojowego.</p>
437.	Rozdział 3	art. 12	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Dopuszcza składanie zażaleń przez strony</p> <p>Artykuł jest sprzeczny z Art. 9.</p> <p>Dodatkowo (jeżeli nie) brak podmiotu nadzorującego.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Art. 11 stanowi kto jest stroną w postępowaniu. Art. 12 stanowi komu doręcza się postanowienia Prezesa Agencji.</p>
438.	Rozdział 3	art. 12	Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Postanowienia Prezesa Agencji powinny być doręczane w każdym przypadku również podmiotowi nadzorującemu.</p> <p>W celu skutecznego sprawowania nadzoru nad podległymi podmiotami leczniczymi, w tym szpitalnymi przez podmiot nadzorujący konieczne jest rozszerzenie zapisu.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>

439.	Rozdział 3	art. 12	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Wprowadzić zapis obligujący do dostarczania podmiotowi nadzorującemu (tak jak podmiotowi szpitalnemu, nadzorcy oraz zarządcy) postanowienia Prezesa Agencji w każdym przypadku.</p> <p>Podmiot nadzorujący powinien mieć zagwarantowaną pełną informację o wszelkich rozstrzygnięciach podejmowanych przez Agencję.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
440.	Rozdział 3	art. 12	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: Postanowienia Prezesa Agencji doręcza się podmiotom, którym przysługuje zażalenie, a w każdym przypadku podmiotowi szpitalnemu, nadzorcy oraz zarządcy.</p> <p>Proponowane brzmienie: Postanowienia Prezesa Agencji doręcza się podmiotom, którym przysługuje zażalenie, a w każdym przypadku podmiotowi szpitalnemu, podmiotowi nadzorującemu, nadzorcy oraz zarządcy.</p> <p>Powinien być w art. 12 dopisany "podmiot nadzorujący" - jako równość w dostępie do informacji - analogicznie jak w art.16. Jest to istotne tym bardziej, że ustawa w swoim przesłaniu stawia na szeroką i ścisłą współpracę pomiędzy podmiotami nadzorującymi a podmiotami szpitalnymi - patrz zapis art.4 "podmioty nadzorujące oraz podmioty szpitalne są obowiązane do współpracy we wszystkich aspektach działalności leczniczej (... )".</p> <p>Wyłącza się w zapisie tego artykułu podmiot nadzorujący co koliduje z zapisem art. 16, gdzie Prezes Agencji po zmianie Postanowienia (gdy zażalenie na to Postanowienie uzna za zasadne), powiadamia niezwłocznie "podmiot szpitalny", podmiot nadzorujący, nadzorcę oraz zarządcę.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
441.	Rozdział 3	art. 12	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Postanowienia Prezesa Agencji doręcza się podmiotom, którym przysługuje zażalenie, a w każdym przypadku podmiotowi szpitalnemu, nadzorcy oraz zarządcy.</p> <p>Powinien być w art. 12 dopisany "podmiot nadzorujący" - jako równość w dostępie do informacji - analogicznie jak w art.16. Jest to istotne tym bardziej, że ustawa w swoim przesłaniu stawia na szeroką i ścisłą współpracę pomiędzy podmiotami nadzorującymi a podmiotami szpitalnymi - patrz zapis art.4 "podmioty nadzorujące oraz podmioty szpitalne są obowiązane do współpracy we wszystkich aspektach działalności leczniczej (...)"</p> <p>Wyłącza się w zapisie tego artykułu podmiot nadzorujący co koliduje z zapisem art. 16, gdzie Prezes Agencji po zmianie postanowienia (gdy zażalenie na to postanowienie uzna za zasadne), powiadamia niezwłocznie "podmiot szpitalny", podmiot nadzorujący, nadzorcę oraz zarządcę.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
442.	Rozdział 3	art. 12	Wielkopolski Związek Szpitali	<p>Art. 12. Postanowienia Prezesa Agencji doręcza się podmiotom, którym przysługuje zażalenie, a w każdym przypadku podmiotowi szpitalnemu, nadzorcy oraz zarządcy.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				<p>Zapis pomija podmiot nadzorujący.</p> <p>Zaproponowany zapis umniejsza rolę podmiotu nadzorującego. W kolejnych zapisach projektowanej ustawy konsekwentnie dąży się do zminimalizowania rangi organów założycielskich, prowadząc w dalszej kolejności do przejęcie nadzoru właścicielskiego nad podmiotami szpitalnymi, szczególnie powiatowymi.</p> <p>Wyszczególnienie w zapisach również podmiotu nadzorującego.</p>	
443.	Rozdział 3	art. 12	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>W każdym przypadku postanowienie Prezesa Agencji powinno być dostarczane podmiotowi nadzorującemu (tak jak podmiotowi szpitalnemu, nadzorcy oraz zarządcy).</p> <p>Podmiot nadzorujący powinien mieć zagwarantowaną pełną informację o wszelkich rozstrzygnięciach podejmowanych przez Agencję.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
444.	Rozdział 3	art. 12	Powiat Stargardzki	<p>Brak informacji dla podmiotu nadzorującego podmiot szpitalny o wydanym postanowieniu</p> <p>Podmiot nadzorujący powinien mieć zagwarantowaną pełną informację o wszelkich rozstrzygnięciach podejmowanych przez Agencję.</p> <p>Wprowadzić zapis obligujący do dostarczania podmiotowi nadzorującemu (tak jak podmiotowi szpitalnemu, nadzorcy oraz zarządcy) postanowienia Prezesa Agencji tak jak jest to ujęte w art. 16</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
445.	Rozdział 3	art. 12	Województwo Podlaskie	<p>W art. 12 nie sformułowano jakie podmioty są podmiotami, którym przysługuje zażalenie poza podmiotem szpitalnym, nadzorcą i zarządcą</p> <p>Doprecyzowanie</p> <p>Proponowane brzmienie art. 12: Art. 12. Postanowienia Prezesa Agencji doręcza się podmiotom, którym we wskazanych w ustawie przypadkach, przysługuje zażalenie, a w każdym przypadku podmiotowi szpitalnemu, nadzorcy oraz zarządcy.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zaproponowane doprecyzowanie jest zbędne.</p>
446.	Rozdział 3	art. 12	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Dopuszcza składanie zażaleń przez strony</p> <p>Artykuł jest sprzeczny z Art. 9.</p> <p>Dodatkowo (jeżeli nie) brak podmiotu nadzorującego.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Art. 11 stanowi kto jest stroną w postępowaniu. Art. 12 stanowi komu doręcza się postanowienia Prezesa Agencji.</p>
447.	Rozdział 3	art. 12	Śląski Związek Gmin i Powiatów	<p>Art. 12 - stanowiący, iż „Postanowienia Prezesa Agencji doręcza się podmiotom, którym przysługuje zażalenie, a w każdym przypadku podmiotowi szpitalnemu, nadzorcy oraz zarządcy.”, nie określa jakim podmiotom przysługuje zażalenie.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Kwestia ta uregulowana jest w dalszych przepisach ustawy – osobno dla każdego z wydawanych przez Prezesa Agencji postanowień.</p>

448.	Rozdział 3	art. 13	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Dopuszczenie złożenia zażalenia (wcześniej a art. 9 projektu nie dopuszcza się trybu odwoławczego) do sądu restrukturyzacyjnego. Zażalenie wnosi się za pośrednictwem Prezesa Agencji przez system teleinformatyczny obsługujący postępowanie sądowe, o którym mowa w art. 196a ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, z wykorzystaniem udostępnianych w tym systemie formularzy. Takie rozwiązanie utrudnia proces wnoszenia zażaleń, gdyż wprowadza dodatkowe ograniczenia techniczne. Przyjęty przez projekt zaledwie 7-dniowy termin na kwestionowanie postanowień Prezesa Agencji, które mogą mieć skomplikowany charakter, uznać trzeba za istotne ograniczenie prawa do sądu. Termin ten powinien zostać wydłużony do okresu umożliwiającego realne i rzetelne odniesienie się w odwołaniu do skarżonego nim postanowienia.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Regulacja wzorowana na przepisach Prawa restrukturyzacyjnego. Wprowadzono przepis przejściowy. W ocenie projektodawcy termin 7-dniowy jest optymalny.
449.	Rozdział 3	art. 13	Województwo Pomorskie	Wyznaczony termin 7 dni na wniesienie zażalenia na postanowienie Prezesa Agencji jest zbyt krótki, w szczególności w kontekście treści art. 6 ust 6 i 7 projektu ustawy  Na każde postanowienie sądu restrukturyzacyjnego przysługuje zażalenie do sądu apelacyjnego (art. 21) – kontrola II instancyjny  Na każde postanowienie Prezesa Agencji powinno przysługiwać zażalenie do sądu z uwagi na dużą doniosłość decyzji podejmowanych przez Agencję w zakresie wkraczania w uprawnienia zarządzających osobami prawnymi, bez kontroli i nadzoru sądu - proponowany termin wniesienia zażalenia - 14 dni	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Zażalenie nie będzie przysługiwało wyłącznie na postanowienie, o którym mowa w art. 51 (dobrowolne objęcie postępowaniem naprawczo-rozwojowym). W ocenie projektodawcy termin 7-dniowy jest optymalny.
450.	Rozdział 3	art. 13	Prokuratura Generalna RP	Ze względu na szczególny charakter zażaleń wnoszonych na postanowienia Prezesa Agencji, które nie są wydawane w postępowaniu sądowym, nie mogą one być rozpoznawane w trybie procesowym. Konieczne wydaje się zatem uregulowanie w ustawie procedury zażaleniowej przed sądem powszechnym analogicznie, jak to zostało uregulowane w odniesieniu do postępowania restrukturyzacyjnego w Prawie restrukturyzacyjnym. Nie jest zarazem jasne w świetle przepisów projektowanej ustawy, czy sądem restrukturyzacyjnym rozpoznającym zażalenia jest Sąd Okręgowy w Warszawie, czy też sąd rejonowy - wydział gospodarczy.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Zgodnie z art. 2 pkt 21 ilekroć w przepisach ustawy jest mowa o sądzie należy przez to rozumieć sąd restrukturyzacyjny dla podmiotów szpitalnych. Zgodnie zaś z brzmieniem art. 7 ust. 1 sądem jest Sąd Okręgowy w Warszawie.
451.	Rozdział 3	art. 13	Prokuratura Generalna RP	Ze względu na szczególny status Agencji, która będzie państwową osobą prawną, wątpliwości praktyczne mogą wiązać się z zaskarżalnością postanowień wydawanych przez Prezesa tej Agencji. Nie jest jasne czy w postępowaniu sądowym stroną będzie Prezes Agencji czy też Agencja. W przypadku uznania Prezesa Agencji za stronę postępowania sądowego należałoby w ustawie zamieścić przepis przyznający mu szczególną zdolność procesową.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
452.	Rozdział 3	art. 13	Stowarzyszenie Gmin i	Dopuszczenie złożenia zażalenia (wcześniej a art. 9 projektu nie dopuszcza się trybu odwoławczego) do sądu restrukturyzacyjnego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

			Powiatów Wielkopolski		Art. 9 dot. postępowania przed Prezesem Agencji, a nie przed sądem.
453.	Rozdział 3	art. 13	Pracodawcy Pomorza	Zbyt wąski katalog możliwości wniesienia zażalenia wyznaczony termin 7 dni na wniesienie zażalenia na postanowienie Prezesa Agencji jest zbyt krótki Propozycja: Na każde postanowienie Prezesa Agencji powinno przysługiwać zażalenie do sądu z uwagi na dużą doniosłość decyzji podejmowanych przez Agencję w zakresie wkraczania w uprawnienia zarządzających osobami prawnymi, bez kontroli i nadzoru sądu proponowany termin wniesienia zażalenia - 14 dni Uzasadnienie: Na każde postanowienie sądu restrukturyzacyjnego przysługuje zażalenie do sądu apelacyjnego (art. 21) – kontrola II instancyjna	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Zażalenie nie będzie przysługiwało wyłącznie na postanowienie, o którym mowa w art. 51 (dobrowolne objęcie postępowaniem naprawczo-rozwojowym). W ocenie projektodawcy termin 7-dniowy jest optymalny.
454.	Rozdział 3	art. 13 i n.	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	Przeniesienie przepisów do KPC  Przepisy dotyczące postępowania sądowego przed sądem cywilnym powinny znaleźć się w Kodeksie postępowania cywilnego, czego najlepszym przykładem są tzw. postępowania regulacyjne, pozostające na styku postępowania administracyjnego i postępowania cywilnego	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W literaturze i orzecznictwie wielokrotnie zwracano uwagę na to, że zbyt duża liczba postępowań odrębnych zbędnie komplikuje procedurę cywilną. W opinii z dnia 24 kwietnia 2020 r. Rada Legislacyjna wskazała, że „Celem prawa procesowego cywilnego jest stworzenie ram dla działań podmiotów postępowania cywilnego, które ostatecznie mają doprowadzić do rozwiązania sporu powstałego na gruncie sprawy cywilnej. Regulacje proceduralne powinny być więc maksymalnie proste, spójne i przyjazne dla obywatela, który nawet bez pomocy fachowego pełnomocnika powinien móc samodzielnie przeprowadzić stosunkowo nieskomplikowane postępowanie. Należy pamiętać, że procedura pełni rolę służebną wobec rozstrzygnięcia sprawy, a regulacje proceduralne nie są wartością samą w sobie. Mają znaczenie o tyle o ile zmierzają do ochrony praw podmiotów postępowania, do zapewnienia prawidłowego, sprawnego przebiegu tego postępowania albo do urzeczywistnienia innych istotnych wartości. Oznacza to, że nie jest pożądanym tworzenie skomplikowanych regulacji dotyczących wymogów formalnych pism procesowych, środków odwoławczych, przebiegu posiedzenia przygotowawczego, przebiegu postępowania dowodowego, o ile przyjęcie określonych regulacji nie jest niezbędnie konieczne dla zapewnienia prawidłowego toku postępowania. Należy

					postulować maksymalne uproszczenie i odformalizowanie postępowania cywilnego. W tym kontekście szczególnego rozważenia wymaga analiza celowości utrzymania w Kodeksie postępowania cywilnego znacznej liczby postępowań odrębnych." Zgodnie z opinią z 26 listopada 2021 r. o projekcie ustawy o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw (UD 156). Dodatkowo umiejscowienie postępowań odrębnych, regulacyjnych w KPC powoduje, że do samego postępowania stosuje się przepisy KPC i ustaw szczególnych. Dla przykładu postępowanie przed Sądem Zamówień Publicznych nie jest regulowane w KPC.
455.	Rozdział 3	art. 13 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	Zażalenie powinno przysługiwać na wszystkie postanowienia Prezesa Agencji, a nie tylko w przypadkach wskazanych w ustawie.  Z uwagi na znaczenie prawne postanowień Prezesa Agencji dla podmiotów szpitalnych, nie powinny one podlegać wykonaniu do chwili ich uprawomocnienia.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Zażalenie nie będzie przysługiwało wyłącznie na postanowienie, o którym mowa w art. 51 (dobrowolne objęcie postępowaniem naprawczo-rozwojowym). Zgodnie z art. 19 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy.
456.	Rozdział 3	art. 13 ust. 1	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	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.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>  Zażalenie nie będzie przysługiwało wyłącznie na postanowienie, o którym mowa w art. 51 (dobrowolne objęcie postępowaniem naprawczo-rozwojowym).
457.	Rozdział 3	art. 13 ust. 1	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	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.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>  Zażalenie nie będzie przysługiwało wyłącznie na postanowienie, o którym mowa w art. 51 (dobrowolne objęcie postępowaniem naprawczo-rozwojowym).
458.	Rozdział 3	art. 13 ust. 3	Sąd Okręgowy w Warszawie	Odpowiednie instrumenty teleinformatyczne powinny być odpowiednio wcześniej przygotowane i przetestowane, a Sąd odpowiednio wyposażony w sprzęt pozwalający na prawidłowe wykonanie nałożonych na niego zadań.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
459.	Rozdział 3	art. 13 ust. 3	Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców	7 dniowy okres jest za krótkim okresem na wniesienie zażalenia. Projekt marginalizuje rolę podmiotu szpitalnego ograniczając tylko do 7 dni na przygotowanie zażalenia zgodnie z wymogami art. 14 projektu. Zważywszy na skomplikowany charakter spraw oraz ich wagę dla pacjentów	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>



			Szpitali Specjalistycznych w Olsztynie	i szpitala, za ledwie 7-dniowy termin nie pozwala na należyte przygotowanie środka odwoławczego. Często konieczne może być skorzystanie z pomocy podmiotów zewnętrznych, np. biegłych w zakresie ekonomii czy wyspecjalizowanych kancelarii prawnych, a w tak krótkim czasie będzie to niemożliwe. Art. 13.3 Powinno być zamiast 7 dni – 14 dni.	W ocenie projektodawcy termin 7-dniowy jest optymalny.
460.	Rozdział 3	art. 13 ust. 3	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Zażalenie wnosi się w terminie 7 dni od dnia doręczenia postanowienia zmienić na: „Zażalenie wnosi się w terminie 14 dni od dnia doręczenia postanowienia”	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> W ocenie projektodawcy termin 7-dniowy jest optymalny.
461.	Rozdział 3	art. 13 ust. 3	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Bardzo krótki termin na wniesienie zażalenia (7 dni od dnia doręczenia postanowienia), zwłaszcza biorąc pod uwagę wymogi formalne określone w art. 14, w tym konieczność wskazania uzasadnienia zarzutów.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> W ocenie projektodawcy termin 7-dniowy jest optymalny.
462.	Rozdział 3	art. 13 ust. 3	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	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 zażalenia powinien zostać wydłużony. W projektowanych przepisach zainteresowany ma mniej czasu na złożenie zażalenia, niż Prezes Agencji na przekazanie go do sądu.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> W ocenie projektodawcy termin 7-dniowy jest optymalny.
463.	Rozdział 3	art. 13 ust. 3	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	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 zażalenia powinien zostać wydłużony. W projektowanych przepisach zainteresowany ma mniej czasu na złożenie zażalenia, niż Prezes Agencji na przekazanie go do sądu.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> W ocenie projektodawcy termin 7-dniowy jest optymalny.
464.	Rozdział 3	art. 13 ust. 3	Powiat Stargardzki	Czas przewidziany na złożenie zażalenia winien być wydłużony do 14 dni – jest to czas jaki ma Prezes Agencji na jego przesłanie do Sądu zgodnie z art. 15 Przy złożonych zakresach rozstrzygnięć czas 7 dni może być niewystarczający. Propozycja: Zmiana zapisu	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> W ocenie projektodawcy termin 7-dniowy jest optymalny.

465.	Rozdział 3	art. 13 ust. 3	Polska Federacja Szpitali	<p>Siedmiodniowy termin na wniesienie zażalenia na postanowienie Prezesa Agencji jest zbyt krótki i może uniemożliwić skuteczne złożenie zaskarżenia. Siedmiodniowy termin na wniesienie zażalenia, szczególnie w sprawach skomplikowanych lub wymagających zbadania znacznej ilości dokumentów może okazać się niewystarczający dla skutecznej obrony praw przez uczestników postępowania. Szczególnie podmioty szpitalne, realizujące na co dzień dużą ilość zadań administracyjnych i leczniczych, w których obieg dokumentacji oraz zgromadzenie danych niejednokrotnie wymaga zaangażowania wielu osób, mogą nie być w stanie skutecznie złożyć zażalenia w terminie 7 dni. W tym kontekście istotne znaczenie ma również fakt, że pionierzy administracyjne podmiotów szpitalnych w pierwszej kolejności realizują zadania bezpośrednio związane z zapewnieniem wykonywania procedur medycznych, ratujących zdrowie i życie pacjentów.</p> <p>Proponujemy wprowadzenie co najmniej 14-dniowego terminu na wniesienie zażalenia na postanowienie Prezesa Agencji.</p> <p>W przypadku uwzględnienia propozycji art. 13 ust. 3 projektowanej ustawy mógłby brzmieć następująco: „3. Zażalenie wnosi się w terminie 14 dni od dnia doręczenia postanowienia.”</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W ocenie projektodawcy termin 7-dniowy jest optymalny.</p>
466.	Rozdział 3	art. 13 ust. 3	Związek Województw RP - Województwo Warmińsko-Mazurskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>7 dniowy okres jest za krótkim okresem na wniesienie zażalenia</p> <p>Projekt marginalizuje rolę podmiotu szpitalnego ograniczając tylko do 7 dni na przygotowanie zażalenia zgodnie z wymogami art. 14 projektu. Zważywszy na skomplikowany charakter spraw oraz ich wagę dla pacjentów i szpitala, zaledwie 7-dniowy termin nie pozwala na należyte przygotowanie środka odwoławczego. Często konieczne może być skorzystanie z pomocy podmiotów zewnętrznych, np. biegłych w zakresie ekonomii czy wyspecjalizowanych kancelarii prawnych, a w tak krótkim czasie będzie to niemożliwe.</p> <p>Propozycja: Art. 13.3 Powinno być zamiast 7 dni – 14 dni.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W ocenie projektodawcy termin 7-dniowy jest optymalny.</p>
467.	Rozdział 3	art. 13 ust. 3, art. 21	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	<p>7 dniowy okres jest za krótkim okresem na wniesienie zażalenia.</p> <p>Brak wskazania terminu na wniesienie zażalenia na postanowienie sądu. Termin tygodniowy przewidziany w ustawie Prawo restrukturyzacyjne jest zbyt krótki.</p> <p>Projekt marginalizuje rolę podmiotu szpitalnego ograniczając tylko do 7 dni na przygotowanie zażalenia zgodnie z wymogami art. 14 projektu. Zważywszy na skomplikowany charakter spraw oraz ich wagę dla pacjentów i szpitala, zaledwie 7-dniowy termin nie pozwala na należyte przygotowanie środka odwoławczego. Często konieczne może być skorzystanie z pomocy podmiotów zewnętrznych, np. biegłych w zakresie ekonomii czy wyspecjalizowanych kancelarii prawnych, a w tak krótkim czasie będzie to niemożliwe.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W ocenie projektodawcy termin 7-dniowy jest optymalny.</p> <p>Termin na wniesienie zażalenia na postanowienie sądu wynika z przepisów Prawa restrukturyzacyjnego.</p>

				<p>Projekt nie określa terminu na wniesienie zażalenia na postanowienie sądu. Nawet, gdyby przyjąć, że należy stosować termin tygodniowy wskazany w art. 201 ustawy Prawo restrukturyzacyjne, termin ten byłby terminem zbyt krótkim z przyczyn wskazanych powyżej.</p> <p>Art. 13 ust. 3 nowa treść: zażalenie wnosi się w terminie 14 dni od dnia doręczenia postanowienia.</p> <p>Art. 21 ust. 1 – dodać zdanie drugie „Zażalenie wnosi się w terminie 14 dni od dnia doręczenia postanowienia.”</p>	
468.	Rozdział 3	art. 14	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Określenie złożenia zażalenia do sądu z przytoczeniem zarzutów i wskazaniem dowodów</p> <p>W jaki sposób, jeśli w art. 9 projektu ogranicza się jakkolwiek wgląd do akt sprawy, dokonywanie kopii odpisów itd. (wykluczenie art. 75-96 KPA).</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie prowadzone przed Prezesem Agencji nie jest postępowaniem administracyjnym, zaś przepisy KPA stosuje się odpowiednio jedynie w organicznym zakresie – nieuregulowanym przepisami projektu ustawy. Przed sądem zastosowanie będzie miała procedura cywilna.</p>
469.	Rozdział 3	art. 14	Sąd Okręgowy w Warszawie	<p>Z przepisu jasno nie wynika, co Sąd ma zrobić z zażaleniami nie spełniającymi wymogów formalnych.</p> <p>Przepis powinien zawierać jednoznaczne odniesienie do treści 130 – 1305 k.p.c.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W takim przypadku sąd wzywa do uzupełnienia braków formalnych, a w przypadku ich nieuzupełnienia odrzuca zażalenie (art. 17 ust. 1).</p>
470.	Rozdział 3	art. 14	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Określenie złożenia zażalenia do sądu z przytoczeniem zarzutów i wskazaniem dowodów</p> <p>W jaki sposób, jeśli w art. 9 projektu ogranicza się jakkolwiek wgląd do akt sprawy, dokonywanie kopii odpisów itd. (wykluczenie art. 75-96 KPA).</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie prowadzone przed Prezesem Agencji nie jest postępowaniem administracyjnym, zaś przepisy KPA stosuje się odpowiednio jedynie w organicznym zakresie – nieuregulowanym przepisami projektu ustawy. Przed sądem zastosowanie będzie miała procedura cywilna.</p>
471.	Rozdział 3	art. 14, art. 19	Sąd Najwyższy	<p>Brak sprecyzowania, czy wniosek o wstrzymanie wykonania zaskarżonego postanowienia Prezesa Agencji musi być zawarty w zażaleniu, czy też może być skutecznie złożony również później</p> <p>Zakładając, że przyjęty w projekcie model niesuspensywnego zażalenia na postanowienia Prezesa Agencji prowadzi do wszczęcia postępowania o charakterze stricte odwoławczym (co budzi wątpliwości z przyczyn wyjaśnionych wyżej), należałoby wyjaśnić dokładniej sposób składania wniosku o wstrzymanie wykonania zaskarżonego postanowienia. Zważywszy na krótkie terminy w postępowaniu sądowym z proponowanej regulacji nie wynika dość jasno, czy legitymowany podmiot mógłby złożyć wniosek jedynie w zażaleniu, czy też ewentualnie nawet później — przed rozpoznaniem sprawy przez sąd. Wykładnia językowa skłaniałaby do przyjęcia tej drugiej opcji, jednak przeczy temu wykładnia funkcjonalna.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>

				Proponowane rozwiązanie: Celowe byłoby przewidzenie w art. 14, że w przypadku, o którym mowa w art. 19, zażalenie powinno zawierać wniosek o wstrzymanie wykonania postanowienia wraz z uzasadnieniem. Wniosek złożony po upływie terminu do wniesienia zażalenia podlegałby odrzuceniu jako niedopuszczalny.	
472.	Rozdział 3	art. 15	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Zażalenie składa się na decyzje Prezesa ARS za jego pośrednictwem do Sądu, a Prezes na którego złożono zażalenia podejmuje sam decyzje czy przesłać zażalenie do sądu czy nie.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Przepis art. 15 należy czytać łącznie z art. 16, który przewiduje powszechnie znany tryb samokontroli.
473.	Rozdział 3	art. 15	Województwo Podlaskie	W art. 15 proponujemy dodać zapis, że odpowiedź Prezesa Agencji na zażalenie, kierowana do sądu przekazywana jest do wiadomości podmiotu szpitalnego, nadzorcy, zarządcy.  Sama nazwa dokumentu „odpowiedź na zażalenie” wskazuje że jest odpowiedzią na czyjeś zażalenie, zatem powinna być dostarczona również autorowi zażalenia.  Proponujemy dodać drugie zdanie w art.15 ust.1 w brzmieniu: Kopia odpowiedzi na zażalenie przekazywana jest do wiadomości podmiotu szpitalnego, podmiotu nadzorującego, nadzorcy, zarządcy.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Przedmiotowe działanie jest w kompetencji sądu – doręczenie odpowiedzi na zażalenie.
474.	Rozdział 3	art. 15	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	Zażalenie składa się na decyzje Prezesa ARS za jego pośrednictwem do Sądu, a Prezes na którego złożono zażalenia podejmuje sam decyzje czy przesłać zażalenie do sądu czy nie.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Przepis art. 15 należy czytać łącznie z art. 16, który przewiduje powszechnie znany tryb samokontroli.
475.	Rozdział 3	art. 15 ust. 1, art. 16	Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Szpitali Specjalistycznych w Olsztynie	Zażalenie na postanowienie Prezesa ARS, uznaje bądź nie uznaje ten sam organ czyli Prezes ARS. Jest to konflikt interesów w sporze dwóch stron. Zażalenie podmiotu szpitalnego na postanowienie Prezesa uznaje za zasadne lub nie uznaje ten sam organ czyli Prezes ARS. Art. 15.1 i art. 16 – zamiast stwierżeń „Prezes ARS” powinno być „Minister Zdrowia” lub od razu z pominięciem do Sądu – to skróciłoby i tak długą i skomplikowaną ścieżkę administracyjną.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Przepis art. 15 należy czytać łącznie z art. 16, który przewiduje powszechnie znany tryb samokontroli.
476.	Rozdział 3	art. 15 ust. 1, art. 16	Polska Federacja Szpitali	Zażalenie na postanowienie Prezesa ARS, uznaje bądź nie uznaje ten sam organ czyli Prezes ARS. Jest to konflikt interesów w sporze dwóch stron. Zażalenie podmiotu szpitalnego na postanowienie Prezesa uznaje za zasadne lub nie uznaje ten sam organ czyli Prezes ARS. Art. 15.1 i art. 16 – zamiast stwierżeń „Prezes ARS” powinno być „Minister Zdrowia” lub od razu z pominięciem do Sądu – to skróciłoby i tak długą i skomplikowaną ścieżkę administracyjną.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Przepis art. 15 należy czytać łącznie z art. 16, który przewiduje powszechnie znany tryb samokontroli.

477.	Rozdział 3	art. 15 ust. 1, art. 16	Związek Województw RP - Województwo Warmińsko- Mazurskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Zażalenie na postanowienie Prezesa ARS, uznaje bądź nie uznaje ten sam organ czyli Prezes ARS.</p> <p>Jest to konflikt interesów w sporze dwóch stron. Zażalenie podmiotu szpitalnego na postanowienie Prezesa uznaje za zasadne lub nie uznaje ten sam organ czyli Prezes ARS.</p> <p>Propozycja: Art. 15.1 i art. 16 – zamiast stwierdzeń „Prezes ARS” powinno być „Minister Zdrowia” lub od razu z pominięciem do Sądu – to skróciłoby i tak długa i skomplikowaną ścieżkę administracyjną.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepis art. 15 należy czytać łącznie z art. 16, który przewiduje powszechnie znany tryb samokontroli.</p>
478.	Rozdział 3	art. 16	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Procedura odwoławcza</p> <p>Jeżeli Prezes ARS uznaje sam, co dalej zrobić, nie przekazuje sądowi akt, czyli stawia się ponad prawem, nikt nie ma wglądu w błędnie podejmowane i wydawane decyzje. Prezes jest bezkarny, jaki jest więc sens składania zażalenia do sądu (restrukturyzacyjnego) za pośrednictwem Prezesa?</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepis art. 15 należy czytać łącznie z art. 16, który przewiduje powszechnie znany tryb samokontroli.</p>
479.	Rozdział 3	art. 16	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: Na które przysługuje zażalenie na zasadach ogólnych.</p> <p>Proponowane brzmienie: Na które przysługuje zażalenie na zasadach ogólnych, z pominięciem przepisów Ustawy.</p> <p>Przy obecnym zapisie powstaje wątpliwość jak rozumieć "zasady ogólne": zasady ogólne z Ustawy czy zasady ogólne z pominięciem Ustawy.</p> <p>Wydaje się, że intencją było, by ponowne rozpoznanie zażalenia miało miejsce już na zasadach z pominięciem Ustawy.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>
480.	Rozdział 3	art. 16	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Na które przysługuje zażalenie na zasadach ogólnych</p> <p>Propozycja: Na które przysługuje zażalenie na zasadach ogólnych, z pominięciem przepisów Ustawy.</p> <p>Przy obecnym zapisie powstaje wątpliwość jak rozumieć "zasady ogólne": zasady ogólne z Ustawy czy zasady ogólne z pominięciem Ustawy.</p> <p>Wydaje się, że intencją było, by ponowne rozpoznanie zażalenia miało miejsce już na zasadach z pominięciem Ustawy.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>
481.	Rozdział 3	art. 16	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Skreślić „na zasadach ogólnych”.</p> <p>Zażalenie będzie przysługiwało na zasadach określonych w ustawie. Użycie zwrotu „na zasadach ogólnych” sugeruje, że chodzi o inne zasady niż określone w tej ustawie.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>
482.	Rozdział 3	art. 16	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	<p>Skreślić „na zasadach ogólnych”.</p> <p>Zażalenie będzie przysługiwało na zasadach określonych w ustawie. Użycie zwrotu „na zasadach ogólnych” sugeruje, że chodzi o inne zasady niż określone w tej ustawie.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>

483.	Rozdział 3	art. 16	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Procedura odwoławcza</p> <p>Jeżeli Prezes ARS uznaje sam, co dalej zrobić, nie przekazuje sądowi akt, czyli stawia się ponad prawem, nikt nie ma wglądu w błędnie podejmowane i wydawane decyzje. Prezes jest bezkarny, jaki jest więc sens składania zażalenia do sądu (restrukturyzacyjnego) za pośrednictwem Prezesa?</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepis art. 15 należy czytać łącznie z art. 16, który przewiduje powszechnie znany tryb samokontroli.</p>
484.	Rozdział 3	art. 17	Sąd Najwyższy	<p>W przypadku przyjęcia stanowiska, że zażalenie na postanowienie Prezesa Agencji nie jest środkiem odwoławczym, lecz zastępuje wniosek o rozpoznanie sprawy przez sąd — do takiego „zażalenia” (odwołania, skargi itp.) stosować należy ogólne przepisy k.p.c. dotyczące pisma wszczynającego postępowanie w sprawie.</p> <p>Pisma wszczynającego postępowanie, jeśli nie można nadać mu biegu, nie odrzuca się, ale zwraca.</p> <p>Przejmując sprawę do własnego rozpoznania sąd powinien orzekać merytorycznie, a nie kasatoryjnie. Nie wydaje się, aby istniały dobre powody do kreowania podstaw ponownego rozpoznania sprawy przez Prezesa Agencji.</p> <p>Proponowane rozwiązanie: Skreślić przepis w całości, względnie odesłać do stosowania art. 130 k.p.c. i przewidzieć wymaganie orzekania merytorycznego przez sąd.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Według projektodawcy zażalenie ma naturę środka odwoławczego.</p> <p>Postępowanie związane z wnoszeniem zażalenia zostało uregulowane na wzór postępowań prowadzonych w Sądzie Ochrony Konkurencji i Konsumentów.</p> <p>Sprawy antymonopolowe są sprawami cywilnymi tylko w znaczeniu formalnym (art. 1 in fine), rozpoznawanymi w pierwszej fazie przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (zob. uzasadnienie postanowienia SN z 11.08.1999 r., I CKN 351/99, OSNC 2000/3, poz. 47). Przebiegają dwuetapowo; etap pierwszy stanowi postępowanie przed Prezesem UOKiK, a etap drugi – postępowanie sądowe w trybie odrębnego postępowania procesowego.</p> <p>Z uwagi na specyfikę projektowanego postępowania, w tym kluczową dla jego przebiegu rolę planów naprawczo-rozwojowych, sąd nie w każdym przypadku będzie mógł orzekać merytorycznie np. gdy zaistnieje konieczność zmiany planu.</p>
485.	Rozdział 3	art. 17 ust. 1	Polska Federacja Szpitali	<p>Podmiot Szpitalny zobowiązany jest wnieść poprzez Agencję, która dopiero jest zobowiązana do przekazania do Sądu zażalenia. Agencja uzyskuje więc w ten sposób możliwość nie przekazania zażalenia do Sądu co może wywoływać negatywne skutki dla podmiotu szpitalnego</p> <p>Podejmowanie decyzji o przekazaniu lub nie przekazaniu sprawy do Sądu w ocenie zgłaszającego jest wytworzeniem sytuacji Uprzywilejowania Agencji w procesie podejmowania decyzji przez Agencję oraz dodatkowo Agencja może poprzez zaniechanie wywoływać wpływ na decyzje Sądu.</p> <p>Proponujemy następujący zapis, art. 13. 1. Zażalenie wnosi się do sądu przez system teleinformatyczny obsługujący postępowanie sądowe, o którym mowa w art. 196a ustawy z dnia 15 maja 2015 r.– Prawo restrukturyzacyjne, z wykorzystaniem udostępnianych w tym systemie formularzy.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepis art. 15 należy czytać łącznie z art. 16, który przewiduje powszechnie znany tryb samokontroli.</p>
486.	Rozdział 3	art. 17 ust. 1	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: Sąd odrzuca zażalenie wniesione po upływie terminu do jego wniesienia, niedopuszczalne z innych przyczyn, nieopłacone, a także wtedy, gdy nie uzupełniono w wyznaczonym terminie braków zażalenia.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Usunięto art. 22.</p>

				<p>Proponowane brzmienie: W art.17.ust.1 winno być jasno określone, że SPZOZ nie ponoszą kosztów opłat sądowych jako podmioty zaliczane do sfery jednostek finansów publicznych.</p> <p>Podczas gdy szpitale muszą wносить opłaty sądowe to zgodnie z zapisem art.22 Prezes Agencji "nie ma obowiązku wnoszenia opłaty sądowej i zwrotu kosztów postępowania" - podczas występowania przed Sądem. Stwarza to nierówność podmiotów występujących w sferze publicznej tj. Prezes Agencji i podmiotów leczniczych, w szczególności tych występujących w formie SPZOZ, zaliczanych do jednostek sektora finansów publicznych.</p> <p>W zapisie tego artykułu występuje wyraz "nieopłacone" co oznacza, że SPZOZ - Y oraz inne podmioty lecznicze muszą wносить opłaty sądowe wnosząc zażalenia na Postanowienia Prezesa Agencji.</p>	
487.	Rozdział 3	art. 17 ust. 1	<p>Polska Unia Szpitali Klinicznych</p>	<p>Podmiot Szpitalny zobowiązany jest wnieść poprzez Agencję, która dopiero jest zobowiązana do przekazania do Sądu zażalenia. Agencja uzyskuje więc w ten sposób możliwość nie przekazania zażalenia do Sądu co może wywoływać negatywne skutki dla podmiotu szpitalnego</p> <p>Podejmowanie decyzji o przekazaniu lub nie przekazaniu sprawy do Sądu w ocenie zgłaszającego jest wytworzeniem sytuacji Uprzywilejowania Agencji w procesie podejmowania decyzji przez Agencję oraz dodatkowo Agencja może poprzez zaniechanie wywoływać wpływ na decyzje Sądu.</p> <p>Proponuje się zmienić : Art. 13. 1. Zażalenie wnosi się do sądu przez system teleinformatyczny obsługujący postępowanie sądowe, o którym mowa w art. 196a ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, z wykorzystaniem udostępnianych w tym systemie formularzy.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepis art. 15 należy czytać łącznie z art. 16, który przewiduje powszechnie znany tryb samokontroli.</p>
488.	Rozdział 3	art. 17 ust. 1	<p>Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych</p>	<p>Sąd odrzuca zażalenie wniesione po upływie terminu do jego wniesienia, niedopuszczalne z innych przyczyn, nieopłacone, a także wtedy, gdy nie uzupełniono w wyznaczonym terminie braków zażalenia.</p> <p>W art.17.ust.1 winno być jasno określone, że SPZOZ nie ponoszą kosztów opłat sądowych jako podmioty zaliczane do sfery jednostek finansów publicznych.</p> <p>Podczas gdy szpitale muszą wносить opłaty sądowe to zgodnie z zapisem art.22 Prezes Agencji "nie ma obowiązku wnoszenia opłaty sądowej i zwrotu kosztów postępowania" - podczas występowania przed Sądem. Stwarza to nierówność podmiotów występujących w sferze publicznej tj. Prezes Agencji i podmiotów leczniczych, w szczególności tych występujących w formie SPZOZ, zaliczanych do jednostek sektora finansów publicznych.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Usunięto art. 22.</p>

				W zapisie tego artykułu występuje wyraz "nieopłacone" co oznacza, że SPZOZ - Y oraz inne podmioty lecznicze muszą wносить opłaty sądowe wnosząc zażalenia na Postanowienia Prezesa Agencji.	
489.	Rozdział 3	art. 18	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Wprowadzić zapis obligujący do dostarczania podmiotowi nadzorującemu (tak jak podmiotowi szpitalnemu, nadzorcy oraz zarządcy) odpisu postanowienia kończącego postępowanie przed sądem w każdym przypadku. Podmiot nadzorujący powinien mieć zagwarantowaną pełną informację o rozstrzygnięciach podejmowanych przez sąd.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
490.	Rozdział 3	art. 18	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	W każdym przypadku odpis postanowienia kończącego postępowanie przed sądem powinno być dostarczane podmiotowi nadzorującemu (tak jak podmiotowi szpitalnemu, nadzorcy oraz zarządcy). Podmiot nadzorujący powinien mieć zagwarantowaną pełną informację o rozstrzygnięciach podejmowanych przez sąd.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
491.	Rozdział 3	art. 18	Powiat Stargardzki	Brak informacji dla podmiotu nadzorującego podmiot szpitalny o wydanym postanowieniu kończącym postępowanie przed sądem Podmiot nadzorujący powinien mieć zagwarantowaną pełną informację o rozstrzygnięciach podejmowanych przez sąd. Wprowadzić zapis obligujący do dostarczania podmiotowi nadzorującemu (tak jak podmiotowi szpitalnemu, nadzorcy oraz zarządcy) odpisu postanowienia kończącego postępowanie przed sądem w każdym przypadku.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
492.	Rozdział 3	art. 18 ust. 2	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Aktualne brzmienie: Odpis postanowienia kończącego postępowanie doręcza się również nadzorcy i zarządcy. Proponowane brzmienie: Odpis postanowienia kończącego postępowanie doręcza się również podmiotowi nadzorującemu, nadzorcy i zarządcy. Analogicznie jak u uwadze do art.12 - wina być zachowana równość w dostępie do informacji i zasada określona w Ustawie o " ścisłej współpracy pomiędzy podmiotem nadzorującym a podmiotem szpitalnym w zakresie funkcjonowania lecznictwa zamkniętego". Analogicznie jak w uwadze do art.12 powinien być dopisany "podmiot nadzorujący", który winien otrzymać obok nadzorcy i zarządcy oraz podmiotu szpitalnego "odpis postanowienia kończącego postanowienie przed Sądem".	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
493.	Rozdział 3	art. 18 ust. 2	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Odpis postanowienia kończącego postępowanie doręcza się również nadzorcy i zarządcy. Propozycja: Odpis postanowienia kończącego postępowanie doręcza się również podmiotowi nadzorującemu, nadzorcy i zarządcy.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>



				<p>Analogicznie jak u uwadze do art.12 - wina być zachowana równość w dostępie do informacji i zasada określona w Ustawie o" ścisłej współpracy pomiędzy podmiotem nadzorującym a podmiotem szpitalnym w zakresie funkcjonowania lecznictwa zamkniętego".</p> <p>Analogicznie jak u uwadze do art.12 powinien być dopisany "podmiot nadzorujący", który winien otrzymać obok nadzorcy i zarządcy oraz podmiotu szpitalnego "odpis postanowienia kończącego postępowanie przed Sądem".</p>	
494.	Rozdział 3	art. 18 ust. 2	Województwo Pomorskie	<p>Odpis postanowienia kończącego postępowanie doręcza się również nadzorcy i zarządcy.</p> <p>Nie określono procedury uzyskania uzasadnienia takiego postanowienia. Czy sporządzone będzie z urzędu i doręczane wraz z postanowieniem? Prawo restrukturyzacyjne mówi: Postanowienie wydane na posiedzeniu niejawnym uzasadnia się z urzędu, gdy przysługuje na nie środek zaskarżenia. Postanowienia te doręcza się wraz z uzasadnieniem. To samo dotyczy zarządzeń. Czy posiedzenia będą jawne, czy niejawne? Czy będzie przeprowadzana rozprawa?</p> <p>Ustalenie procedury uzyskania uzasadnienia takiego postanowienia lub wskazanie sporządzenia takowego z urzędu.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
495.	Rozdział 3	art. 18 ust. 2	Województwo Podlaskie	<p>W art. 18 ust.2 proponujemy dodać podmiot nadzorujący</p> <p>Proponujemy brzmienie art.18.ust.2: 2. Odpis postanowienia kończącego postępowanie doręcza się również podmiotowi nadzorującemu, nadzorcy i zarządcy.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
496.	Rozdział 3	art. 18, art. 23	Sąd Najwyższy	<p>Brak doprecyzowania, że postępowanie zażaleniowe toczy się według przepisów o cywilnym postępowaniu nieprocesowym</p> <p>W polskim postępowaniu cywilnym podstawowym trybem rozpoznawania spraw przez sądy powszechne jest tryb procesu (art. 13 § 1 k.p.c.). Postępowanie nieprocesowe ma charakter „szczególny”, przewidywany dla spraw, w których przewidział to ustawodawca, z uwzględnieniem kręgu uczestników takiego postępowania oraz zasad rozpoznania wniosku. Z uwagi na przewidywane w projekcie ukształtowanie fazy sądowej postępowania w przedmiocie postanowień Prezesa ARS wydaje się wskazane wyrażne przesądzenie, że do postępowania stosuje się przepisy kodeksu postępowania cywilnego o postępowaniu nieprocesowym. Niewystarczające wydaje się ogólne odesłanie w art. 23 projektu do ustawy – Prawo restrukturyzacyjne, zwłaszcza że każde zażalenie będzie inicjować odrębną sprawę przed sądem, a nie postępowanie wpadkowe w ramach postępowania restrukturyzacyjnego, które według ustawy ma mieć charakter pozasądowy.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Według projektodawcy zażalenie ma naturę środka odwoławczego. Postępowanie związane z wnoszeniem zażalenia zostało uregulowane na wzór postępowań prowadzonych w Sądzie Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Sprawy antymonopolowe są sprawami cywilnymi tylko w znaczeniu formalnym (art. 1 in fine), rozpoznawanymi w pierwszej fazie przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (zob. uzasadnienie postanowienia SN z 11.08.1999 r., I CKN 351/99, OSNC 2000/3, poz. 47). Przebiegają dwuetapowo; etap pierwszy stanowi postępowanie przed Prezesem UOKiK, a etap drugi – postępowanie sądowe w trybie odrębnego postępowania procesowego.</p>

				Proponowane rozwiązanie: Zamiast odesłania do ustawy – Prawo restrukturyzacyjne, pożądane byłoby odesłanie do przepisów k.p.c. o postępowaniu nieprocesowym.	Projektowane postępowanie nie toczy się w trybie nieprocesowym podobnie jak inne postępowania regulacyjne. Obowiązujący system prawny zna rozwiązania dotyczące kaskadowego odwołania do przepisów innych ustaw np. art. 491 <sup>38</sup> Prawa upadłościowego, a przyjęcie takiej konstrukcji jest uznawane jako rozwiązanie lepsze niż inkorporowanie do projektowanego aktu prawnego całej treści innego obszernego aktu prawnego. Celem projektodawcy było uwzględnienie specyfiki składania i rozpoznawania zażaleń określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego.
497.	Rozdział 3	art. 19	Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	Zasadna jest zmiana przepisu poprzez nadanie następującego brzmienia: „Wniesienie zażalenia wstrzymuje wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy.”.  Z uwagi na znaczenie prawne postanowień Prezesa Agencji dla podmiotów szpitalnych, nie powinny one podlegać wykonaniu do chwili uprawomocnienia. Ewentualnie wniesienie zażalenia na postanowienie Prezesa Agencji powinno z mocy prawa skutkować wstrzymaniem wykonania zaskarżonego postanowienia do chwili prawomocnego zakończenia postępowania sądowego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Procedura przewiduje sprawność działań i niezbędność ich pilnej realizacji.
498.	Rozdział 3	art. 19	Województwo Pomorskie	Wstrzymanie wykonania postanowienia Prezesa Agencji  W przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy. Brak jest podstaw do natychmiastowej wykonalności postanowień Agencji, jedynie z możliwością wstrzymania przez sąd.  Zmiana zapisu, postanowienie powinno być wykonalne po uprawomocnieniu. Należy wykreślić natychmiastową wykonalność postanowień z art. 8 ust. 2	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Procedura przewiduje sprawność działań i niezbędność ich pilnej realizacji.
499.	Rozdział 3	art. 20	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Wydłużyć termin rozpatrywania sprawy przez sąd.  Przewidziany w ustawie termin rozpatrzenia sprawy wydaje się mało realny w kontekście uwag wskazanych w pkt.3.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Projekt ustawy opracowany został m.in. przez specjalistów zewnętrznych wchodzących w skład powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu do spraw przygotowania projektu przepisów w zakresie postępowań naprawczych podmiotów szpitalnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 45, z późn. zm.). Termin jest terminem instrukcyjnym.
500.	Rozdział 3	art. 20	Związek Województw	Termin rozpatrywania sprawy przez sąd jest zbyt krótki.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

			RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Przewidziany w ustawie termin rozpatrzenia sprawy wydaje się mało realny mając na uwadze rozpatrywanie wszystkich spraw przez jeden sąd.	Projekt ustawy opracowany został m.in. przez specjalistów zewnętrznych wchodzących w skład powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu do spraw przygotowania projektu przepisów w zakresie postępowań naprawczych podmiotów szpitalnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 45, z późn. zm.). Termin jest terminem instrukcyjnym.
501.	Rozdział 3	art. 21	Sąd Okręgowy w Warszawie	Przepis powinien wskazywać skład Sądu II instancji (1 lub 3 osobowy).	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Skład Sądu II instancji wynika z KPC (art. 397 § 1).
502.	Rozdział 3	art. 21	Sąd Najwyższy	Błąd techniki legislacyjnej polegający na stworzeniu terminów homonimicznych („zażalenie” jako środek prawny wszczynający postępowanie sądowe i „zażalenie” jako środek odwoławczy od postanowienia sądu rzeczowo właściwego. Różne środki prawne nie powinny być nazywane tak samo, zwłaszcza że „zażalenie” na postanowienie Prezesa ARS stanowi w istocie wniosek o rozpoznanie sprawy przez sąd, a więc wszczynają sui generis postępowanie nieprocesowe, w którym sąd oddala zażalenie, jeżeli jest ono bezzasadne (art. 17 ust. 2), lub orzeka co do istoty sprawy (art. 17 ust. 3). Proponowane rozwiązanie: Analogicznie do uwagi zgłoszonej do art. 8 ust. 2, art. 19 - nazwać zażalenie na postanowienie Prezesa Agencji „skargą” lub „odwołaniem”. W takim wypadku nazwa „zażalenie” byłaby zarezerwowana dla środka odwoławczego od postanowienia sądu okręgowego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Przyjęta konstrukcja jest analogiczna do konstrukcji przyjętej w art. 479 <sup>32</sup> KPC. Jak wynika z orzecznictwa, na postanowienie SOKiK jako sądu pierwszej instancji przysługuje zażalenie do sądu drugiej instancji. Na postanowienie SOKiK oddalające lub uwzględniające zażalenie na – niezamieszczone w decyzji kończącej postępowanie – postanowienie Prezesa UOKiK rozstrzygające o kosztach postępowania przysługuje zażalenie do sądu drugiej instancji.
503.	Rozdział 3	art. 21	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Na postanowienie sądu przysługuje zażalenie do Sądu Apelacyjnego. Zażalenie rozpoznaje się w terminie 14 dni. Konieczne wydaje się dookreślenie trybu i terminu wniesienia zażalenia, lub odesłanie w tym zakresie do kodeksu postępowania cywilnego lub w ogóle pominięcie tego przepisu i wpisanie zażalenia do regulacji kpc jako odrębnego postępowania. Aktualna treść ustawy nie wskazuje trybu wniesienia zażalenia i jego wymogów formalnych a także uprawnionych podmiotów. Nie wiadomo czy nadzorca lub zarządca są uprawnieni do wniesienia zażalenia. Nie wiadomo czy termin 14 dni jest terminem instrukcyjnym czy wiążącym sąd oraz w jaki sposób przy obecnej niewydolności Sądu apelacyjnego spowodowanej dużą ilością spraw termin ten ma być egzekwowany. Zakres regulacji ustawy dotyczy istotnych spraw dla funkcjonowania podmiotu leczniczego, który musi mieć zapewnioną możliwość ciągłości udzielania świadczeń. zapis ustawy nie gwarantuje efektywności działania, szczególnie że nie przewiduje się utworzenia dodatkowych etatów sądowych w Sądzie Apelacyjnym w Warszawie w związku z ustawą.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Kwestie te regulują przepisy ustawy Prawo restrukturyzacyjne. Obowiązujący system prawny zna rozwiązania dot. kaskadowego odwołania do przepisów innych ustaw np. art. 491 <sup>38</sup> Prawa upadłościowego, a przyjęcie takiej konstrukcji jest uznawane jako rozwiązanie lepsze niż inkorporowanie do projektowanego aktu prawnego całej treści innego obszernego aktu prawnego. Celem projektodawcy było uwzględnienie specyfiki składania i rozpoznawania zażaleń określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego.
504.	Rozdział 3	art. 21	Konferencja Rektorów Akademickich	Na postanowienie sądu przysługuje zażalenie do Sądu Apelacyjnego. Zażalenie rozpoznaje się w terminie 14 dni.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Kwestie te regulują przepisy ustawy Prawo restrukturyzacyjne.

			Uczelni Medycznych	Konieczne wydaje się dookreślenie trybu i terminu wniesienia zażalenia, lub odesłanie w tym zakresie do kodeksu postępowania cywilnego lub w ogóle pominięcie tego przepisu i wpisanie zażalenia do regulacji kpc jako odrębnego postępowania. Aktualna treść ustawy nie wskazuje trybu wniesienia zażalenia i jego wymogów formalnych a także uprawnionych podmiotów. Nie wiadomo czy nadzorca lub zarządca są uprawnieni do wniesienia zażalenia. Nie wiadomo czy termin 14 dni jest terminem instrukcyjnym czy wiążącym sąd oraz w jaki sposób przy obecnej niewydolności Sądu apelacyjnego spowodowanej dużą ilością spraw termin ten ma być egzekwowany. Zakres regulacji ustawy dotyczy istotnych spraw dla funkcjonowania podmiotu leczniczego, który musi mieć zapewnioną możliwość ciągłości udzielania świadczeń. zapis ustawy nie gwarantuje efektywności działania, szczególnie że nie przewiduje się utworzenia dodatkowych etatów sądowych w Sądzie Apelacyjnym w Warszawie w związku z ustawą.	Obowiązujący system prawny zna rozwiązania dot. kaskadowego odwołania do przepisów innych ustaw np. art. 491 <sup>38</sup> Prawa upadłościowego, a przyjęcie takiej konstrukcji jest uznawane jako rozwiązanie lepsze niż inkorporowanie do projektowanego aktu prawnego całej treści innego obszernego aktu prawnego. Celem projektodawcy było uwzględnienie specyfiki składania i rozpoznawania zażaleń określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego.
505.	Rozdział 3	art. 21 ust. 1	Sąd Najwyższy	Brak uzasadnienia wyłącznej właściwości instancyjnej i miejscowej Sądu Apelacyjnego w Warszawie Zob. uwagi do art. 7 ust. 1. Wobec dyskusyjności powierzenia spraw regulowanych w projekcie SO w Warszawie, nie ma również istotnych powodów, aby sądem wyższej instancji był SA w Warszawie. Proponowane rozwiązanie: Właściwość instancyjna i miejscowa SA według zasad ogólnych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Projekt ma na celu stworzenia sądownictwa wyspecjalizowanego, które będzie dedykowane tylko do tej, stosunkowo wąskiej i jednorodnej kategorii spraw, a przez to zdoła wypracować najwyższe standardy orzecznicze gwarantując sprawne i jednolite rozpoznawanie spraw. Dla przykładu w uzasadnieniu projektu ustawy UD 472(Prawo zamówień publicznych) Projektodawca (MPiT) wskazał, że jeden sąd wyspecjalizowany i powołany do rozpoznawania skarg z zakresu zamówień publicznych ma przyczynić się do skrócenia czasu rozpoznawania spraw oraz zapewniania jakości orzeczeń sądowych na najwyższym poziomie.
506.	Rozdział 3	art. 22	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Procedura odwoławcza Dlaczego Prezes Agencji nie jest zobowiązany do wnoszenia opłat sądowej i zwrotu kosztów postępowania?	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
507.	Rozdział 3	art. 22	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	w postępowaniu przed sądem Prezes Agencji nie ma obowiązku wnoszenia opłaty sądowej i zwrotu kosztów postępowania.  Z jakiej przyczyny Prezes Agencji nie ma obowiązku zwrotu kosztów postępowania w przypadku jego tzw. przegranej przed sądem, skoro po stronie szpitala generowało to określone koszty?	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

508.	Rozdział 3	art. 22	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Włączyć Prezesa Agencji do obowiązku opłat sądowych i zwrotów kosztów postępowań.</p> <p>Równe traktowanie podmiotów w postępowaniu sądowym powinno mieć odzwierciedlenie również w zakresie partycypacji w kosztach postępowania sądowego przez Agencję. Koszty postępowania nie mogą spoczywać wyłącznie na drugiej stronie sporu.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
509.	Rozdział 3	art. 22	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Zwolnić z opłat i ponoszenia kosztów postępowania powinno dotyczyć obu stron, dla zapewnienia równości dostępu do sądu.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
510.	Rozdział 3	art. 22	Sąd Najwyższy	<p>Nieprecyzyjne określenie oraz niewłaściwe ulokowanie wyłączenia obowiązku uiszczenia opłat; daleko idące wątpliwości co do wyłączenia obowiązku zwrotu kosztów postępowania przez Prezesa ARS Zwolnienie Prezesa Agencji od obowiązku uiszczenia opłaty sądowej w postępowaniu przed sądem budzi wątpliwości co do relacji art. 22 projektu w stosunku do ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych. Nie jest pewne, czy intencją projektodawcy było jedynie zwolnienie od opłaty sądowej, czy też od wszystkich kosztów sądowych, obejmujących opłaty i wydatki (art. 2 ust. 1 u.k.s.c.). Dodatkowo trzeba odpowiedzieć na pytanie, od czego należna jest ta opłata (projektodawca posługuje się liczbą pojedynczą), por. art. 3 u.k.s.c. Czy Prezes Agencji jest także zwolniony od ponoszenia opłaty kancelaryjnej od wniosku o wydanie odpisów, wypisów, wyciągów lub zaświadczeń na podstawie akt sprawy (art. 77 u.k.s.c.)? Czy ma ponosić wydatki postępowania? Ulokowanie zwolnienia w ustawie szczególnej rozbija systemową spójność regulacji kosztów sądowych. Listę zwolnionych podmiotowo obejmuje de lege lata art. 96 u.k.s.c. Zakładając, że postępowanie wywołane wniesieniem zażalenia na postanowienie Prezesa Agencji jest postępowaniem nieprocesowym, regulacja wyłączająca zwrot kosztów postępowania jest zasadniczo zbędna. W postępowaniu nieprocesowym obowiązuje bowiem ogólna zasada, zgodnie z którą każdy uczestnik ponosi koszty postępowania związane ze swym udziałem w sprawie (art. 520 § 1 k.p.c.). Zwrot kosztów innym uczestnikom postępowania jest zatem wyjątkiem od reguły. W przypadku sprzeczności interesów (co prawdopodobnie będzie dość częste w przypadku zaskarżania postanowień Prezesa Agencji), powstaje pytanie o relację art. 22 projektu do art. 520 § 2 k.p.c. Zakładając, że intencją projektodawcy jest ustanowienie legis specialis, poprzez całkowite wyłączenie zwrotu kosztów postępowania w każdych okolicznościach, art. 22 projektu podważa zasadę równości wobec prawa (art. 32 ust. 1 Konstytucji) i ma charakter bezpośrednio dyskryminujący innych uczestników niż Prezes Agencji. Nie ma on żadnego merytorycznego uzasadnienia.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				<p>Proponowane rozwiązanie: Rozważyć dodanie Prezesa Agencji do listy zwolnionych podmiotowo od obowiązku uiszczania kosztów sądowych; zob. art. 96 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych. Ostatecznie może okazać się konieczne wykreślenie art. 22 projektu w zakresie zwolnienia od opłaty sądowej.</p> <p>W art. 22 projektu skreślić słowa „i zwrotu kosztów postępowania”.</p>	
511.	Rozdział 3	art. 22	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Kto będzie ponosił koszty postępowań prowadzonych przed sądem ?</p> <p>Równe traktowanie podmiotów w postępowaniu sądowym powinno mieć odzwierciedlenie również w zakresie partycypacji w kosztach postępowania sądowego przez Agencję. Koszty postępowania nie mogą spoczywać wyłącznie na drugiej stronie sporu.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
512.	Rozdział 3	art. 22	Powiat Stargardzki	<p>Nierówne traktowanie podmiotów postępowaniu sądowym</p> <p>Równe traktowanie podmiotów postępowaniu sądowym powinno mieć odzwierciedlenie również w zakresie partycypacji w kosztach postępowania sądowego przez Agencję. Koszty postępowania nie mogą spoczywać wyłącznie na jednej stronie sporu.</p> <p>Włączyć Prezesa Agencji do obowiązku opłat sądowych i zwrotów kosztów postępowań lub zwolnić pozostałych uczestników postępowania.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
513.	Rozdział 3	art. 22	Województwo Pomorskie	<p>Nierówność stron postępowania przed sądem w zakresie obowiązku ponoszenia kosztów.</p> <p>Zapis przewiduje, że Prezes Agencji nie będzie miał obowiązku wnoszenia opłaty sądowej i zwrotu kosztów postępowania. W uzasadnieniu wskazano, iż jest to rozwiązanie analogiczne do przewidzianego w art. 479 (43) KPC.</p> <p>Centralizacja kontroli sądowej (Sąd Okręgowy w Warszawie) oraz decyzja Sądu o uchyleniu czy zmianie postanowienia Prezesa Agencji powinna skutkować obowiązkiem zwrotu kosztów postępowania stronie, której środek zaskarżenia został uwzględniony.</p> <p>Proponowany zapis w zakresie braku obowiązku zwrotu przez Prezesa kosztów postępowania jest niezgodny z Konstytucją zgodnie z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12.06.2002 r. (Dz.U. Nr 84, poz. 764). Art 479 (31) KPC jest niezgodny z art. 32 ust. 1 Konstytucji RP w zakresie, w jakim wyłącza możliwość żądania zwrotu kosztów postępowania przez stronę wygrywającą postępowanie przed Sądem Antymonopolowym oraz art. 2 Konstytucji RP. Utrata mocy w tym zakresie nastąpiła 25.06.2002 r.</p> <p>Propozycja: Wykreślić słowa: „i zwrotu kosztów postępowania”</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
514.	Rozdział 3	art. 22	Stowarzyszenie Gmin i	Procedura odwoławcza	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

			Powiatów Wielkopolski	Dlaczego Prezes Agencji nie jest zobowiązany do wnoszenia opłat sądowej i zwrotu kosztów postępowania?	
515.	Rozdział 3	art. 22	Praco-dawcy Pomo-rza	<p>nierówność stron postępowania przed sądem w zakresie obowiązku ponoszenia kosztów</p> <p>Zapis przewiduje, że Prezes Agencji nie będzie miał obowiązku wnoszenia opłaty sądowej i zwrotu kosztów postępowania. W uzasadnieniu wskazano, iż jest to rozwiązanie analogiczne do przewidzianego w art. 479(43) Kpc.</p> <p>Propozycja: Wykreślić słowa: „i zwrotu kosztów postępowania”</p> <p>Uzasadnienie: Centralizacja kontroli sądowej (Sąd Okręgowy w Warszawie) oraz decyzja Sądu o uchyleniu czy zmianie postanowienia Prezesa Agencji powinna skutkować obowiązkiem zwrotu kosztów postępowania stronie, której środek zaskarżenia został uwzględniony.</p> <p>Proponowany zapis w zakresie braku obowiązku zwrotu przez Prezesa kosztów postępowania jest niezgodny z Konstytucją zgodnie z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12.06.2002 r. (Dz.U. Nr 84, poz. 764) art 47934 jest niezgodny z art. 32 ust. 1 Konstytucji RP w zakresie, w jakim wyłącza możliwość żądania zwrotu kosztów postępowania przez stronę wygrywającą postępowanie przed Sądem Antymonopolowym oraz art. 2 Konstytucji RP. Utrata mocy w tym zakresie nastąpiła 25.06.2002 r.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
516.	Rozdział 3	art. 22, art. 17	Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Doprecyzowanie art. 22, tak aby w postępowaniu przed sądem strony nie miały obowiązku wnoszenia opłaty sądowej i zwrotu kosztów postępowania oraz zgodnie z powyższym wykreślenie w art. 17 ust. 1 słowa „nieopłacone”.</p> <p>Podmioty szpitalne podlegające procesowi restrukturyzacji znajdują się w niekorzystnej sytuacji finansowej. W celu zapewnienia równego dostępu do właściwych środków prawnych zasadna jest zmiana przepisu.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
517.	Rozdział 3	art. 23	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>wskazuje, że w sprawach nieuregulowanych w ustawie do postępowania przed sądem i przed sądem odwoławczym stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne.</p> <p>Projekt ustawy odwołuje się do ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo Restrukturyzacyjne. Niemniej tam uregulowano jedynie kwestie postępowania restrukturyzacyjnego podmiotu szpitalnego. Natomiast procedowanie w sprawach zażaleń na postanowienia Prezesa Agencji są niezwykle enigmatyczne i w istocie nie dają odpowiedzi na to w jakim trybie procedował będzie sąd.</p> <p>Projekt ustawy powinien regulować jednoznacznie postępowanie przed sądem restrukturyzacyjnym. W obecnym brzmieniu przepisów dojść może to całkowitego tzw. paraliżu postępowań albo wręcz rzeczywistego ograniczenia prawa do sądu.</p> <p>Należy wskazać, że np. projekt nie pozwala jednoznacznie stwierdzić, czy zażalenie na niektóre postanowienia Prezesa Agencji może wnieść podmiot nadzorujący szpital (np. m.st. Warszawa) i czy może być uczestnikiem takiego postępowania.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Obowiązujący system prawny zna rozwiązania dot. kaskadowego odwołania do przepisów innych ustaw np. art. 491<sup>38</sup> Prawa upadłościowego, a przyjęcie takiej konstrukcji jest uznawane jako rozwiązanie lepsze niż inkorporowanie do projektowanego aktu prawnego całej treści innego obszernego aktu prawnego. Celem projektodawcy było uwzględnienie specyfiki składania i rozpoznawania zażaleń określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego.</p>

518.	Rozdział 3	art. 23	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Modyfikacja przepisów</p> <p>Regulacja postępowania sądowego, zarówno pierwszoinstancyjnego, jak i odwoławczego ma charakter cywilnoprosesowy i nie powinno w tym przypadku być odwołania do Prawa restrukturyzacyjnego, które reguluje kwestie czysto procesowe w szacunkowym zakresie, a do KPC. Wystarczy przytoczyć art. 209 ust. 1 PrRestr, zgodnie z którym w sprawach nieuregulowanych ustawą do postępowania restrukturyzacyjnego stosuje się odpowiednio przepisy księgi pierwszej części pierwszej Kodeksu postępowania cywilnego, z wyjątkiem art. 130(1)a, art. 130(2), art. 139(1), art. 205(1), art. 205(2) i art. 205(4)-205(12) oraz przepisów o zawieszeniu i wznowieniu postępowania oraz postępowaniu w sprawach gospodarczych. De facto mamy więc do czynienia w wielu aspektach z podwójnym odesłaniem. Tym trudniejszym, że użycie jedynie pojęcia „odpowiednio” oznacza, że trzeba będzie ustalić, które przepisy się stosuje wprost, które z modyfikacjami, a których w ogóle.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Obowiązujący system prawny zna rozwiązania dot. kaskadowego odwołania do przepisów innych ustaw np. art. 491<sup>38</sup> Prawa upadłościowego, a przyjęcie takiej konstrukcji jest uznawane jako rozwiązanie lepsze niż inkorporowanie do projektowanego aktu prawnego całej treści innego obszernego aktu prawnego. Celem projektodawcy było uwzględnienie specyfiki składania i rozpoznawania zażaleń określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego.</p>
519.	Rozdział 3, Rozdział 6, Rozdział 7	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Projekt przewiduje niezwykle słabą pozycję podmiotu tworzącego. Podmiot ten ponosi w wielu przypadkach odpowiedzialność finansową np. pokrycie straty sp zoz, czy dokapitalizowanie spółek – natomiast na każdym etapie procesu postępowania naprawczo-rozwojowego, czy restrukturyzacyjnego – rola podmiotu tworzącego jest co najwyżej konsultacyjna, w sytuacji, gdy zarządca i nadzorca nie ponoszą odpowiedzialności za skutki finansowo-majątkowe swoich decyzji.</p> <p>W odniesieniu do funkcjonowania szpitali podmiot tworzący (JST) został de facto wyrugowany.</p> <p>Przykładem jest także fakt, iż postanowienia ARS podlegają natychmiastowej wykonalności, a podmiot tworzący nie jest nawet stroną w tej sprawie.</p> <p>Należy również podkreślić fakt wąskiego zakresu zażaleń do sądu na postanowienia Prezesa Agencji.</p> <p>W części przypadków albo zażalenia są w ogóle wyłączone z mocy ustawy, albo są ograniczone do wybranych aspektów, przy jednoczesnym braku istnienia jakiegokolwiek kontroli odwoławczej.</p> <p>Stanowi to poważne zagrożenie naruszenia interesów stron postępowania, dając nieproporcjonalnie dużą, arbitralną władzę Prezesowi Agencji.</p> <p>Rola nadzorcza podmiotu tworzącego praktycznie nie istnieje, zgodnie m.in. z art 24. Szpitale mają być cyklicznie oceniane i na tej podstawie agencja rządowa będzie wprowadzała w nich zmiany. Wiąże się to również z brakiem tworzenia i weryfikacji programów naprawczych.</p> <p>W ustawie powinien być wyraźnie wskazany zakres udziału podmiotów tworzących w cały procesie, ich rola sprowadza się do partycypacji w kosztach.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B). Niniejsze założenie reformy zostało upublicznione przez Ministerstwo Zdrowia już w maju 2021 r. – z 3 wariantów został wybrany najbardziej optymalny.</p>
520.	Rozdział 4	-	Związek Województw RP -	<p>Zmiana art. 53a ustawy o działalności leczniczej dot. corocznego obowiązku sporządzania raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej w stosunku</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p>



			Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>do podmiotów leczniczych objętych obowiązkową oceną w rozumieniu art. 24 niniejszego projektu ustawy.</p> <p>Podmiot oceniany przez Agencję będzie kategoryzowany (kat. A, B, C albo D) na podstawie wskaźników ekonomiczno-finansowych i w zależności od otrzymanej kategorii objęty będzie szczególnym nadzorem prawno-organizacyjno-finansowym. Pozostawanie w tym reżimie do czasu kolejnej oceny, a także objęcie szczególnym nadzorem czyni niezasadnym sporządzanie corocznych raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej w odniesieniu do podmiotów szpitalnych. Raporty te powinny być m.in. podstawą sporządzania programów naprawczych w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej. Skoro programy naprawcze mają zostać zastąpione planami naprawczo-rozwojowymi, traci rację bytu obowiązek sporządzania corocznych raportów w przypadku podmiotów szpitalnych, zwłaszcza, że podmioty te będą podlegać w procesach naprawczo-rozwojowych stałemu monitoringowi Agencji. Oczywiście obowiązek ten pozostałby utrzymany w stosunku do pozostałych podmiotów leczniczych nie będących podmiotami szpitalnymi.</p>	Raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów szpitalnych sporządzone na podstawie art. 53a ustawy o działalności leczniczej będą jednym z narzędzi służących ARS do monitorowania sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych.
521.	Rozdział 4	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Dodanie oprócz wskaźników finansowych do oceny podmiotu szpitalnego również planowanej do wdrożenia akredytacji.</p> <p>Akredytacja jako system zewnętrznej oceny jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta co do zasady powinna być istotnym czynnikiem oceny podmiotu szpitalnego. Szczególnie przy uwzględnieniu faktu, że świadczenia, które udziela szpital są z założenia nierentowne, przynoszące straty. Przykładem mogą być oddziały chorób wewnętrznych, na które trafiają pacjenci z wielochorobowością. Wskaźniki jakości stanowią niezbędne narzędzie służące określeniu poziomu i kompetencji w ochronie zdrowia.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak wskazania sposobu uwzględnienia akredytacji w procesie przyznawania kategorii podmiotom szpitalnym.</p> <p>Z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.</p>
522.	Rozdział 4	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Projekt przewiduje ocenę podmiotu wyłącznie w oparciu o funkcjonowanie szpitali w ramach ryczału podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (ryczału PSZ)</p> <p>Pomija analizę wcześniejszego funkcjonowania podmiotów leczniczych w innym systemie rozliczeniowym, pomija ewentualne występowania niedopasowania wielkości ryczału do zakresu i jakości udzielanych świadczeń oraz występowania zjawiska tzw. nadwykonań w ryczałcie PSZ.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Ocena i kategoryzacja dotyczą aktualnych uwarunkowań prawno-organizacyjnych, w jakich funkcjonują wszystkie podmioty szpitalne.</p>
523.	Rozdział 4	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Dla postępowania przed Prezesem Agencji przewiduje częściowe procedowanie według reguł KPA, a w częściowo według reguł KPC, przy czym w żadnym przypadku nie mają zastosowania przepisy o charakterze podstawowych zasad danego postępowania i elementarnych gwarancji procesowych. Szczególnie negatywnie należy ocenić wyłączenie zastosowania art. 7, 77, 80 i 106 Kpa, które stanowią podstawowe gwarancje należytego postępowania prezesa Agencji i dają podstawę formułowania ewentualnych zarzutów odwoławczych (naruszenie tych przepisów jest podstawą wielu odwołań w postępowaniu administracyjnym).</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Od postanowień Prezesa Agencji przysługuje zażalenie do sądu powszechnego a nie administracyjnego.</p>

524.	Rozdział 4	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Projekt posiada zbyt wąsko ujęty aspekt oceny podmiotów leczniczych. Ocena kategorii podmiotu leczniczego następować będzie wyłącznie w oparciu o dane finansowe i to dane za jeden rok 2022.</p> <p>Tak określony aspekt oceny jest wadliwy, gdyż nie pokazuje sytuacji finansowej podmiotu leczniczego w szerszym horyzoncie czasowym. Jest dokonywany w oparciu o sytuację finansową podmiotu leczniczego działającego w nadzwyczajnej sytuacji wywołanej epidemią.</p> <p>Nie uwzględnia jakichkolwiek aspektów medycznych, tj. zakresu i jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, tj. jakości personelu medycznego lub innych kryteriów jakościowych.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>Jednocześnie, z analizy danych za 2020 r. w stosunku do 2019 r., wynika, że w przypadku 90% podmiotów szpitalnych kategoria nie uległa pogorszeniu.</p> <p>Brak propozycji sposobu uwzględnienia w procesie przyznawania kategorii podmiotom szpitalnym kwestii oceny jakości.</p> <p>Z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.</p>
525.	Rozdział 4	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Istotna zmiana systemu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest w trakcie trwania epidemii.</p> <p>Podmioty będą dostosowywały się w trudnych warunkach trwającej epidemii.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Skutki pandemii Covid-19 mogą wpływać na sytuację finansową podmiotów szpitalnych jeszcze przez jakiś czas. Natomiast sytuacja finansowa podmiotów szpitalnych wskazuje na konieczność podjęcia działań bez zbędnej zwłoki. Jednocześnie, nie można zakładać jedynie negatywnego wpływu pandemii Covid-19 na sytuację finansową podmiotów szpitalnych. Rok 2020 będący pierwszym rokiem funkcjonowania w warunkach pandemicznych, a jednocześnie będący aktualnie ostatnim rokiem, za który Ministerstwo Zdrowia dysponuje pełnymi danymi finansowymi pokazuje, że nastąpiła poprawa sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych w stosunku do 2019 roku.</p>
526.	Rozdział 4	-	Prezydent Miasta Krakowa	<p>W niniejszej sprawie ponownie należy podkreślić, że system ochrony zdrowia nie działa w warunkach rynkowych, natomiast warunki finansowe jego funkcjonowania są narzucane odgórnie przez Ministra Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Projekt niniejszej ustawy skoncentrowany jest w dużej mierze na osobie dyrektora i finansach, natomiast całkowicie pomija aspekty jakościowe (w tym posiadane przez szpitale certyfikaty, akredytacje i innego rodzaju dokumenty potwierdzające poziom jakości wykonywanych usług zdrowotnych). W obecnej sytuacji wywołanej przez ogólnoswiatową epidemię COVID-19, gdzie szpitale przede wszystkim skoncentrowane są na leczeniu pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2, przy jednoczesnym wstrzymywaniu lub ograniczaniu innych świadczeń, branie pod uwagę przy ocenie podmiotu wyłącznie wyników finansowych, jest wysoce nieadekwatne</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.</p> <p>Skutki pandemii Covid-19 mogą wpływać na sytuację finansową podmiotów szpitalnych jeszcze przez jakiś czas. Natomiast sytuacja finansowa podmiotów szpitalnych wskazuje na konieczność podjęcia działań bez zbędnej zwłoki. Jednocześnie, nie można zakładać jedynie negatywnego wpływu pandemii Covid-19 na sytuację finansową podmiotów</p>

				do aktualnego stanu opieki zdrowotnej. Projekt ustawy nie przewiduje przeprowadzenia nowej wyceny świadczeń, u podstaw której leży przyczyna złej kondycji finansowej całego systemu. Według projektu restrukturyzacja ma polegać albo na ograniczeniu działalności deficytowej (a taką jest większość świadczeń zdrowotnych wycenionych na poziomie 2015 roku) albo na ograniczeniu wydatków. W związku ze wzrostem cen materiałów, środków medycznych, ochrony osobistej i leków oraz usług działalności bieżącej związanej z ogólnoswiatową pandemią jak i inflacją, ograniczenie ma zapewne dotyczyć wynagrodzeń. Należy jednak przypomnieć, że wynagrodzenia pracowników podmiotów szpitalnych ustalane są ustawowo i trudno sobie wyobrazić jakiegokolwiek ograniczenia w tym zakresie bez ryzyka przerwania ciągłości wykonywania zadań statutowych.	szpitalnych. Rok 2020 będący pierwszym rokiem funkcjonowania w warunkach pandemicznych, a jednocześnie będący ostatnim rokiem, za który Ministerstwo Zdrowia dysponuje pełnymi danymi finansowymi pokazuje, że nastąpiła poprawa sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych w stosunku do 2019 roku. Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.
527.	Rozdział 4	-	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Czy zasadnym jest utrzymanie art.53a) ustawy o działalności leczniczej (coroczny obowiązek sporządzania raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej) w stosunku do podmiotów leczniczych objętych obowiązkową oceną w rozumieniu art.24 ustawy o modernizacji (...)?</p> <p>Podmiot oceniany przez agencję będzie kategoryzowany (kat. A, B, C albo D) na podstawie wskaźników ekonomiczno-finansowych i w zależności od otrzymanej kategorii objęty będzie szczególnym nadzorem prawno-organizacyjno-finansowym.</p> <p>Pozostawanie w tym reżimie do czasu kolejnej oceny, a także objęcie szczególnym nadzorem czyni niezasadnym sporządzanie corocznych raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej w odniesieniu do podmiotów szpitalnych. Raporty te powinny być m.in. podstawą sporządzania programów naprawczych w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej. Skoro programy naprawcze mają zostać zastąpione planami naprawczo-rozwojowymi, traci rację bytu obowiązek sporządzania corocznych raportów w przypadku podmiotów szpitalnych, zwłaszcza, że podmioty te będą podlegać w procesach naprawczo-rozwojowych stałemu monitoringowi Agencji. Oczywiście obowiązek ten pozostałby utrzymany w stosunku do pozostałych podmiotów leczniczych nie będących podmiotami szpitalnymi.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów szpitalnych sporządzone na podstawie art. 53a ustawy o działalności leczniczej będą jednym z narzędzi służących ARS do monitorowania sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych.</p>
528.	Rozdział 4	-	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Dla prawidłowego porównania i kategoryzacji szpitali powinny być jednakowe wyceny jednostek rozliczeniowych.</p> <p>Różne stawki w poszczególnych województwach za te same świadczenia wypaczają sens porównań.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga poza regulacją projektowanej ustawy.</p>
529.	Rozdział 4	-	Uniwersytet Opolski	<p>Dążenie podmiotów szpitalnych do osiągania jak najwyższych zysków, kosztem ograniczenia dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p>

				<p>Podmioty lecznicze są podmiotami, których głównym celem jest zaspokajanie potrzeb zdrowotnych mieszkańców poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych.</p> <p>Zgodnie z art. 24 ust.1 projektowanej ustawy, podmiot szpitalny będzie podlegał co trzy lata obowiązkowej ocenie i przyznaniu jednej z kategorii określonych w ustawie (w art. 25). Dalej, od tego, jaka kategoria zostanie przyznana podmiotowi leczniczemu, będą zależały dalsze działania podmiotu szpitalnego tj. opracowanie planu rozwojowego (kategoria A lub B) lub wprowadzenie postępowania naprawczo-rozwojowego (kategoria C lub D). Wobec powyższego, aby podmiot szpitalny otrzymał kategorię A/B unikając przyporządkowania do kategorii C/D, będzie on dążył m.in. do ograniczenia udzielania tego rodzaju świadczeń, które są najmniej zyskowe dla niego, a skupi się na tych świadczeniach, które ewidentnie generują zysk.</p> <p>Również działania, o których mowa w art. 76, polegające na przeprofilowaniu całości działalności leczniczej lub jej części – z uwagi na ekonomiczne aspekty, znacząco wpłyną na ograniczenie dostępności do udzielanych świadczeń zdrowotnych.</p> <p>Podsumowując, wprowadzenie ww. ustawy w projektowanym kształcie może niekorzystnie wpłynąć na zaspokajanie bieżących potrzeb mieszkańców i ograniczyć dostępność oraz jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.</p>	<p>Plany rozwojowe i naprawczo -rozwojowe podmiotów szpitalnych przede wszystkim powinny być zgodne z Mapą Potrzeb Zdrowotnych.</p> <p>Ponadto, procesy rozwojowe i naprawczo-rozwojowe podmiotów szpitalnych mają prowadzić do zwiększenia dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych. Podmiot szpitalny w dobrej sytuacji finansowej będzie oferował lepszą dostępność i wyższą jakość świadczeń opieki zdrowotnej.</p>
530.	Rozdział 4	-	Federacja Przedsiębiorców w Polskich	<p>Podmioty lecznicze mają być oceniane wyłącznie w oparciu o kryteria ekonomiczne.</p> <p>Proponujemy uzupełnienie o kryteria jakościowe przygotowane tymczasowo w oparciu o dane NFZ np. czas hospitalizacji, rehospitalizacje, ankietą badana satysfakcja pacjenta itd. Wszystkie te czynniki winny być zebrane w jeden mnożnik nakładany na kryteria ekonomiczne – inny dla każdego poziomu szpitali (różny stan pacjentów). Nie wierzymy, że zostanie to uzupełnione wraz z ustawą o jakości – podobne zapewnienia usłyszeliśmy jak była wdrażana ustawa o sieci szpitali – za która natychmiast miała iść ustawa o jakości. Do dzisiaj jej nie uchwalono.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak propozycji konkretnych rozwiązań. Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.</p>
531.	Rozdział 4	-	Federacja Przedsiębiorców w Polskich	<p>Kategoryzacja szpitali jest wtórna wobec wyceny procedur medycznych</p> <p>Położenie szpitala, koszty utrzymania infrastruktury wraz ze strukturą oddziałów ma wprost proporcjonalne przełożenie na sytuację finansową szpitali.</p> <p>Wycena powinna być przeprowadzona jako pierwsza, a potem kategoryzacja pokazująca jak sposób zarządzania przekłada się na wynik finansowy szpitala</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.</p>

532.	Rozdział 4, Rozdział 5	-	Prezydent Miasta Krakowa	<p>W niniejszym projekcie kategoryzacja podmiotu szpitalnego została oparta wyłącznie na czterech wskaźnikach finansowych (rentowności działalności operacyjnej, płynności szybkiej, zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem, zobowiązań ogółem do przychodów ogółem), z całkowitym pominięciem wskaźników jakości i dostępności do usług zwrotnych, w tym oceny potencjału placówki (m.in. infrastruktura, sprzęt, personel i jego kwalifikacje, struktura organizacyjna) oraz wdrożonych standardów postępowania i monitorowania wyników leczenia. W ocenie podmiotu tworzącego wskaźniki jakości i dostępności usług zdrowotnych w podmiotach szpitalnych powinny zostać uwzględnione przy dokonywaniu oceny i kategoryzacji podmiotów szpitalnych. Należy podkreślić, że pojęcie jakości odnosi się do poprawności realizacji usługi medycznej w świetle aktualnej wiedzy i standardów oraz czynników istotnych z punktu widzenia pacjenta. Ocena oparta wyłącznie na zaproponowanych wskaźnikach finansowych jest oceną niepełną, odnoszącą się jedynie do finansowych aspektów działalności podmiotu. Ponadto, proponowane przeprowadzenie kategoryzacji podmiotów szpitalnych na podstawie parametrów ekonomiczno-finansowych ma zostać przeprowadzone w 2023 roku, z uwzględnieniem danych za 2022 rok. Przyznanie kategorii podmiotowi szpitalnemu odbędzie się na podstawie ww. wskaźników finansowych, dodatkowo uzyskanych w okresie trwania pandemii Covid-19 od 2020 r., która wpłynęła negatywnie na zakres prowadzonej działalności, w tym na osiągnięte wyniki finansowe. W czasie trwania pandemii podmioty szpitalne nie są w większości w stanie w pełni realizować umów zawartych z płatnikiem świadczeń. Ponadto, podmioty dostosowują swoją działalność do aktualnej sytuacji epidemicznej i realizują polecenia/decyzje wojewody w zakresie zapewnienia w podmiocie leczniczym odpowiedniej liczby łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2. W okresie pandemii nastąpił również znaczny wzrost kosztów działalności, spowodowany m.in. wzrostem kosztów: energii elektrycznej, energii cieplnej, materiałów i usług oraz wynagrodzeń, co nie znajduje adekwatnego odzwierciedlenia w poziomie kontraktu z płatnikiem publicznym. W związku z powyższym, rozważyć należy zmianę terminu dokonania pierwszej oceny do czasu ustabilizowania się sytuacji wywołanej przez czynniki niezależne od podmiotów leczniczych takich jak pandemia czy inflacja lub dokonanie analizy wskaźnikowej, uwzględniającej również wskaźniki jakościowe, w szerszej perspektywie czasowej, uwzględniającej okres także sprzed pandemii.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak propozycji konkretnych rozwiązań.</p> <p>Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.</p> <p>Jednocześnie, mimo braku uwzględnienia oceny jakości i dostępności oferowanych usług zdrowotnych w procesie przyznawania kategorii podmiotom szpitalnym, działania ukierunkowane na poprawę jakości oraz dostosowanie oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej do regionalnych potrzeb zdrowotnych będą podejmowane przez podmioty szpitalne w ramach realizowanych procesów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych, co powinno w efekcie wyeliminować ewentualne negatywne zjawiska w tych aspektach.</p> <p>Ponadto, skutki pandemii Covid-19 mogą wpływać na sytuację finansową podmiotów szpitalnych jeszcze przez jakiś czas. Natomiast sytuacja finansowa podmiotów szpitalnych wskazuje na konieczność podjęcia działań bez zbędnej zwłoki. Jednocześnie, nie można zakładać jedynie negatywnego wpływu pandemii Covid-19 na sytuację finansową podmiotów szpitalnych. Rok 2020 będący pierwszym rokiem funkcjonowania w warunkach pandemicznych, a jednocześnie będący aktualnie ostatnim rokiem, za który Ministerstwo Zdrowia dysponuje pełnymi danymi finansowymi pokazuje, że nastąpiła poprawa sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych w stosunku do 2019 roku.</p>
533.	Rozdział 4	art. 24	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: Podmiot szpitalny podlega co 3 lata obowiązkowej ocenie i przyznaniu jednej z kategorii określonych w ustawie Proponowane brzmienie: Podmiot szpitalny podlega co 4 lata obowiązkowej ocenie i przyznaniu jednej z kategorii określonych w ustawie.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Realizacja przepisów projektowanej ustawy nie zakłóci funkcjonowania sieci onkologicznej oraz</p>

				<p>Projektowana ustawa o jakości w ochronie zdrowia przewiduje 4 letnią kwalifikację i standaryzację podmiotów leczniczych, analogicznie 4 letnią kwalifikacją przewidziana jest także dla sieci onkologicznej, w tej sytuacji wydaje się zasadnym połączenie okresów tych 3 różnych kwalifikacji i umożliwienie podmiotom leczniczym realizacji zadań w spokoju przez 4 lata a nie ciągłe prowadzenie weryfikacji i kwalifikacji, które zakłóca możliwości planowania i prowadzenia działalności. Okres 4 letni lepiej też pozwala ocenić postępy realizacji planów naprawczych i reorganizacji, których wdrożenie wymaga czasu podobnie jak efekty.</p>	<p>realizacji projektowanej ustawy o jakości w ochronie zdrowia.</p> <p>Realizacja procesów naprawczo-rozwojowych w okresie trzyletnim będzie miała większą efektywność niż w okresie czteroletnim i pozwoli na szybsze dostosowywanie działań naprawczo-rozwojowych do pojawiających się problemów.</p>
534.	Rozdział 4	art. 24	<p>Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych</p>	<p>Podmiot szpitalny podlega co 3 lata obowiązkowej ocenie i przyznaniu jednej z kategorii określonych w ustawie.</p> <p>Propozycja: Podmiot szpitalny podlega co 4 lata obowiązkowej ocenie i przyznaniu jednej z kategorii określonych w ustawie.</p> <p>Projektowana ustawa o jakości w ochronie zdrowia przewiduje 4 letnią kwalifikację i standaryzację podmiotów leczniczych, analogicznie 4 letnią kwalifikacją przewidziana jest także dla sieci onkologicznej, w tej sytuacji wydaje się zasadnym połączenie okresów tych 3 różnych kwalifikacji i umożliwienie podmiotom leczniczym realizacji zadań w spokoju przez 4 lata a nie ciągłe prowadzenie weryfikacji i kwalifikacji, które zakłóca możliwości planowania i prowadzenia działalności. Okres 4 letni lepiej też pozwala ocenić postępy realizacji planów naprawczych i reorganizacji, których wdrożenie wymaga czasu podobnie jak efekty.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Realizacja przepisów projektowanej ustawy nie zakłóci funkcjonowania sieci onkologicznej oraz realizacji projektowanej ustawy o jakości w ochronie zdrowia.</p> <p>Realizacja procesów naprawczo-rozwojowych w okresie trzyletnim będzie miała większą efektywność niż w okresie czteroletnim i pozwoli na szybsze dostosowywanie działań naprawczo-rozwojowych do pojawiających się problemów.</p>
535.	Rozdział 4	art. 24	<p>Powiat Starachowicki</p>	<p>Pierwsza ocena i przyznanie podmiotowi szpitalnemu kategorii A–D nastąpi w 2023 r. na podstawie danych podmiotów szpitalnych za 2022 r. Należy mieć jednak na uwadze, iż rok 2022 będzie rokiem konsekwencji pozostających w związku z uruchomieniem programu Polski Ład, rokiem wysokich podwyżek (ceny energii, wynagrodzenia personelu działalności podstawowej, wyrobów medycznych itd.), wysokiej inflacji. Nie można zapominać że jest to rok pandemiczny i wiele szpitali w tym okresie było szpitalem przeznaczonym tylko i wyłącznie do leczenia pacjentów zakażonych Covid-19, co wpłynęło negatywnie na kondycję szpitali i ilość wykonywanych przez nich zabiegów i procedur medycznych. Ponadto jest bardzo wiele niedoszacowanych zakresów świadczeń, wiele z nich jest nierentownych. Kolejnym argumentem, że rok 2022 nie powinien być podstawą do naliczania wskaźników jest fakt, że jest to rok rosnących kosztów jak ww. podczas gdy umowy z NFZ są na dotychczasowym poziomie finansowym.</p> <p>Jako podstawę kwalifikacji wskazanym byłoby przyjąć dane za 2019 rok. Nie mniej jednak najważniejszym byłby rok po roku przekształcenia i</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Skutki pandemii Covid-19 mogą wpływać na sytuację finansową podmiotów szpitalnych jeszcze przez jakiś czas. Natomiast sytuacja finansowa podmiotów szpitalnych wskazuje na konieczność podjęcia działań bez zbędnej zwłoki. Jednocześnie, nie można zakładać jedynie negatywnego wpływu pandemii Covid-19 na sytuację finansową podmiotów szpitalnych. Rok 2020 będący pierwszym rokiem funkcjonowania w warunkach pandemicznych, a jednocześnie będący aktualnie ostatnim rokiem, za który Ministerstwo Zdrowia dysponuje pełnymi danymi finansowymi pokazuje, że nastąpiła poprawa sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych w stosunku do 2019 roku.</p> <p>Zdaniem projektodawcy, przyjmowanie w 2023 roku do oceny podmiotów szpitalnych danych finansowych historycznych, jakimi są dane za 2019 r.</p>

				funkcjonowania szpitali w podstawowej działalności (niecovidowej), kiedy szpitale zdążą odbudować kadre i operatywę po czasie pandemii.	jest niecelowe i nie odzwierciedla bieżącej sytuacji, dla której powinny być projektowane działania naprawczo-rozwojowe. Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.
536.	Rozdział 4	art. 24	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	Projekt zakłada, że każdy podmiot szpitalny będzie oceniany, co 3 lata, więc projektodawca zakłada, że działalność ARS nie zostanie nigdy zakończona.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Projekt ustawy nie przewiduje daty zakończenia działalności Agencji Rozwoju Szpitali.
537.	Rozdział 4	art. 24	Zarząd Powiatu w Wieluniu	Kategorie są przyznawane raz na 3 lata na podstawie danych za ostatni rok. Zmiana pozwoli na rzetelną ocenę kondycji szpitala Należałoby oceniać 3 lata i przyznać kategorię dla średniej wskaźników za cały okres, a nie za jeden rok.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.
538.	Rozdział 4	art. 24 ust. 1	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	W projekcie okres trzech lat, propozycja: okres na jaki został zawarty kontrakt z NFZ (okresy te powinny być zbieżne).	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Proces przyznawania kategorii podmiotom szpitalnym przebiegać ma niezależnie od procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
539.	Rozdział 4	art. 24 ust. 1	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Podmiot szpitalny podlega ocenie co 3 lata i przyznawana jest mu kategoria określona w ustawie. Podmiot szpitalny powinien być poddawany obowiązkowej ocenie corocznie, gdyż tylko taki sposób gwarantuje transparentność jego sytuacji. Podmioty corocznie podlegają badaniom biegłych rewidentów, którzy oceniają ich zdolność do dalszego funkcjonowania, kondycję finansową. Kategoryzacja powinna być również nadawana corocznie, gdyż sytuacja ekonomiczna i gospodarcza może zmienić się z roku na rok.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> ARS będzie przeprowadzała bieżący monitoring sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych, z częstotliwością nie tylko roczną, ale również kwartalną. Roczny odstęp czasowy pomiędzy kolejnymi przyznaniem podmiotom szpitalnym kategorii nie pozwoliłby na zrealizowanie w tym czasie procesów naprawczo-rozwojowych. Trzyletni odstęp pomiędzy kolejnymi kategoryzacjami pozwoli na podjęcie skutecznych działań naprawczo-rozwojowych poprawiających sytuację podmiotu szpitalnego.

540.	Rozdział 4	art. 24 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Podmiot szpitalny podlega co trzy lata obowiązkowej ocenie i przyznaniu jednej z kategorii określonych w ustawie.</p> <p>Program naprawczy podmiotu leczniczego sporządzany jest maksymalnie na okres 3 lat. Zasadnym jest zastosowanie dłuższego okresu, tak aby ewentualne działania naprawcze przeprowadzone w trybie przewidzianym w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U.2021.711 ze zm.) mogły odnieść zamierzony skutek.</p> <p>Propozycja: Podmiot szpitalny podlega co cztery lata obowiązkowej ocenie i przyznaniu jednej z kategorii określonych w ustawie.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Plan naprawczo-rozwojowy przygotowywany będzie na podstawie projektowanej ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, a nie na podstawie ustawy o działalności leczniczej.</p>
541.	Rozdział 4	art. 24 ust. 1	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Uwaga redakcyjna. Proponuje się zmienić brzmienie na: „Podmiot szpitalny podlega obowiązkowej ocenie i przyznaniu jednej z kategorii określonych w art. 27 ust 3”.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W proponowanym brzmieniu art. 24 ust. 1 pominięto trzyletni okres pomiędzy kolejnymi procesami oceny i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym, a ponadto proponowane brzmienie odsyła do przepisu określającego kryteria kwalifikujące podmioty szpitalne do kategorii A.</p>
542.	Rozdział 4	art. 24 ust. 1	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	<p>Uwaga redakcyjna. Proponuje się zmienić brzmienie na: „Podmiot szpitalny podlega obowiązkowej ocenie i przyznaniu jednej z kategorii określonych w art. 27 ust 3”.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W proponowanym brzmieniu art. 24 ust. 1 pominięto trzyletni okres pomiędzy kolejnymi procesami oceny i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym, a ponadto proponowane brzmienie odsyła do przepisu określającego kryteria kwalifikujące podmioty szpitalne do kategorii A.</p>
543.	Rozdział 4	art. 24 ust. 1	Instytut Strategie 2050	<p>Zgodnie z artykułem 24.1 wszystkie podmioty szpitalne będą podlegały co trzy lata obowiązkowej ocenie i przyznaniu jednej z 4 kategorii określonych w ustawie. Niezasadne jest prowadzenie ewaluacji szpitala WYŁĄCZNIE w oparciu o ocenę sytuacji ekonomiczno- finansowej (art.25-30), bez uwzględnienia posiadanej przez jednostkę specjalistyki, jakości świadczonych usług, czy realnych przyczyn sytuacji finansowej jednostki wynikającej z niskiej wyceny świadczeń medycznych. Wszelkie działania reformatorskie wobec szpitali powinny zostać bezwzględnie poprzedzone retaryfikacją świadczeń medycznych, odnowieniem jedynie aneksowanych przez ostatnie lata umów z NFZ, które zaczną uwzględniać pracę personelu medycznego, wzrastające koszty niemedyczne szpitali i inflację. Brak urealnienia wyceny świadczeń nie usuwa pierwotnej przyczyny zadłużenia szpitali, a bez tego wszelkie reformy nie mają sensu. W ciągu ostatniego roku doszło do wyraźnego i dla funduszy szpitali znaczącego wzrostu cen środków zabezpieczenia osobistego. „Polski Ład”, zaraz po tym jak zaczął obowiązywać, przyniósł ogromne podwyżki opłat za gaz, prąd i kosztów pracowniczych: Szpital w Bochni wzrost przewidywanego rachunku z 0,6 do</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy. Skutki pandemii Covid-19 mogą wpływać na sytuację finansową podmiotów szpitalnych jeszcze przez jakiś czas. Natomiast sytuacja finansowa podmiotów szpitalnych wskazuje na konieczność podjęcia działań bez zbędnej zwłoki. Jednocześnie, nie można zakładać jedynie negatywnego wpływu pandemii Covid-19 na sytuację finansową podmiotów szpitalnych. Rok 2020 będący pierwszym rokiem funkcjonowania w warunkach pandemicznych, a jednocześnie będący aktualnie ostatnim rokiem, za który Ministerstwo Zdrowia dysponuje pełnymi</p>



				<p>5,3 mln zł, w Gorzowie z 3,3 do 9,7 mln zł, w Tarnowie z 3 do 8 mln zł, a to tylko 3 przykłady. Zgodnie z projektem (art. 140) pierwsza ocena i kategoryzacja podmiotów szpitalnych ma nastąpić w 2023 roku na podstawie danych za 2022 rok, a kwoty ryczałtowe przyznane szpitalom przez NFZ na rok 2022 nie uwzględniają nawet poprzednich podwyżek cen gazu i prądu. Kategoryzacja szpitali będzie szczególnie niesprawiedliwym narzędziem w przypadku tzw. szpitali covidowych. Powszechna w trzeciej i czwartej fali praktyka przekształcania całych szpitali (głównie powiatowych, ale nie tylko) w jednostki covidowe, sprowadziła te podmioty na skraj niewypłacalności i bankructwa. Nadawany przez wojewodów z dnia na dzień status szpitala covidowego oznacza odebranie tym szpitalom możliwości realizowania świadczeń medycznych zgodnie z kompetencjami kadry medycznej i podpisanymi kontraktami. Skutkiem tych działań jest odchodzenie z podmiotów szpitalnych kadry specjalistycznej, która po „odmrożeniu” łóżek szpitalnych do szpitali już nie powraca. W efekcie trudna lub niemożliwa staje się realizacja świadczeń medycznych zakontraktowanych przez NFZ, co skutkuje pogorszeniem wszystkich wskaźników definiujących szpital. Dodatkowym czynnikiem pogarszającym sytuację ekonomiczną podmiotów szpitalnych jest niezrealizowanie ryczałtów oraz innych świadczeń odrębnie zakontraktowanych z powodu zbyt małej liczby pacjentów z chorobami innymi niż Covid-19. Trzeba podkreślić, że w 2020 roku, zapewne z powodu pandemii COVID-19, w szpitalach hospitalizowano 5.735.000 pacjentów, to jest o 23,2% (1,7 mln) osób mniej niż w roku poprzednim, jeszcze przed pandemią<sup>4</sup>. Warto przypomnieć, że zgodnie z projektem pierwsza ocena i kategoryzacja podmiotów szpitalnych ma nastąpić w 2023 roku na podstawie danych za 2022 rok, gdy wciąż trwa pandemia, a kolejne działania resortu zdrowia ograniczą się do zablokowania 36% łóżek w szpitalach. Jest prawdopodobne, że szpitale powiatowe po takich przejściach, będą spełniały warunki, na podstawie których nadzorcy ARS będą kwalifikowali je wyłącznie do kategorii D.</p>	<p>danymi finansowymi pokazuje, że nastąpiła poprawa sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych w stosunku do 2019 roku.</p>
544.	Rozdział 4	art. 24 ust. 1	Osoba fizyczna	<p>„Art. 24. 1. Podmiot szpitalny podlega co trzy lata obowiązkowej ocenie i przyznaniu jednej z kategorii określonych w ustawie.”</p> <p>Z punktu widzenia zasadności oceny kategorii podmiotu szpitalnego, wg wymienionych w dalszej części rozdziału 4 kryteriów, wydaje się, że 3-letni okres jest zbyt długi. W modelu procesowym badania efektywności działania podmiotów wszelkie dane dotyczące procesów zachodzących w podmiocie, w tym procesów związanych z gospodarką finansową powinny być analizowane w możliwie jak najkrótszym okresie, aby na bieżąco wprowadzać odpowiednie korekty.</p> <p>Przedłużenie tego okresu do 3 lat jest całkowicie nieracjonalne i archaiczne, bowiem istnieją skuteczne narzędzia bieżącego raportowania, które uniezależniają możliwość takiej oceny od długookresowych, rocznych, sprawozdań finansowych.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>ARS będzie przeprowadzała bieżący monitoring sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych, z częstotliwością nie tylko roczną, ale również kwartalną oraz ewentualnie na każde żądanie Agencji.</p> <p>Roczny odstęp czasowy pomiędzy kolejnymi przyznaniem podmiotom szpitalnym kategorii nie pozwoliłby na zrealizowanie w tym czasie procesów naprawczo-rozwojowych.</p> <p>Trzyletni odstęp pomiędzy kolejnymi kategoryzacjami pozwoli na podjęcie skutecznych</p>

				<p>To założenie, wnikające wprost z Projektu Ustawy jest po prostu błędne, bo w czasie 3 lat od kolejnych ocen, podmiot szpitalny może poprawić znacząco swoją sytuację finansową. Brak obserwacji procesu działań naprawczych i zmian, które po nich na bieżąco następują nie tylko uniemożliwia stwierdzenie przez Prezesa Agencji, czy wdrożenie konkretnego planu naprawczego jest skuteczne, ale przede wszystkim pozbawia organ nadzorujący bieżących danych, na podstawie których można reagować na nieprawidłowości, lub korygować działania naprawcze, niezależnie od reakcji samego podmiotu szpitalnego.</p> <p>Można odnieść wrażenie, że intencją ustawodawcy w tym zakresie nie jest cel wyartykułowany w art. 5 ust. 1 Projektu Ustawy, lecz jedynie kontrola „wykonawcza” oparta o sformalizowane zasady opisane ustawą. Taka „filozofia” kłóci się również z art. 3 Projektu Ustawy, gdzie napisano, iż: „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.”</p> <p>Należy wyraźnie podkreślić, że w trybie kontroli kondycji finansowej podmiotu szpitalnego, przeprowadzanej co 3 lata, niemożliwa jest realizacja zadań, wymienionych w ww. artykule, bez stałej obserwacji, kontroli i korekt procesu „dostosowania” podmiotu szpitalnego do przedmiotu jego działań, w trybie ciągłym, uwzględniającym zarówno zmiany zachodzące w podmiocie szpitalnym, jak również w przedmiocie jego działalności (potrzeby zdrowotne, równy dostęp do świadczeń), oraz do bieżących zmian „środowiska”, w którym podmiot ten działa, z uwzględnieniem nagłych niezależnych zmian o charakterze związanym bezpośrednio z potencjałem działalności podmiotu (vide : epidemie, klęski żywiołowe na masową skalę), lub potencjałem jego funkcjonowania ( zmiany gospodarcze, finansowe, polityczne etc.).</p>	działań naprawczo-rozwojowych poprawiających sytuację podmiotu szpitalnego.
545.	Rozdział 4	art. 24 ust. 1, art. 27 ust. 1	Wielkopolski Związek Szpitali	<p>Art. 24. 1. Podmiot szpitalny podlega co trzy lata obowiązkowej ocenie i przyznaniu jednej z kategorii określonych w ustawie.</p> <p>Art. 27. 1. Na podstawie danych, o których mowa w art. 26, za rok poprzedni, dokonuje się oceny podmiotu szpitalnego i przyznania mu jednej z kategorii, o których mowa w art. 25.</p> <p>Brak spójności zapisów.</p> <p>Konstrukcja zapisu art. 27.1 prowadzi do wniosku, że kategoryzacja szpitali następuje corocznie, gdyż zgodnie z art. 26. 1 roczne sprawozdania finansowe szpitali winny być składane do Agencji każdego roku.</p> <p>Natomiast Art. 24.1 mówi o ocenie co trzy lata.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				Korekta zapisu art. 27.1 wskazująca w sposób jednoznaczny w jakich odstępach czasowych prowadzona jest kategoryzacja szpitali.	
546.	Rozdział 4	art. 24 ust. 2	Województwo Podlaskie	W art.24 ust.2 proponujemy dodać słowo „obowiązkowej”  Doprecyzowanie  Proponowane brzmienie art.24 ust. 2: 2. Ocenie obowiązkowej i przyznaniu kategorii w terminie, o którym mowa w ust. 1, podlegają równocześnie wszystkie podmioty szpitalne, niezależnie od tego czy został złożony wniosek, o którym mowa w art. 30.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Użyte w projekcie ustawy sformułowanie „ocenie podlegają” oznacza podleganie obowiązkowi oceny.
547.	Rozdział 4	art. 24, art. 27	Stowarzyszenie IFIC Polska	Dot. art. 24 i 27. Podmiot szpitalny jest oceniany i przyznawana jest kategoria co 3 lata, ale do przyznania danej kategorii brany jest tylko 1 rok funkcjonowania w oparciu o roczne sprawozdanie finansowe z badania odpisu uchwały lub postanowienia organu o zatw. Rocznych sprawozd. Fin. I podziale zysku lub pokryciu straty  Branie pod uwagę tylko jednego rocznego sprawozdania finansowego może spowodować zniekształcenie obrazu sytuacji danego podmiotu szpitalnego.  Właściwa jest ocena na przestrzeni 3 lat, aby zweryfikować progres lub regres. Wówczas korekcie podlega ust. 2 w art. 27, gdzie jest wskazana metoda obliczeń, ale wyłącznie dla rocznych dokumentów finansowych	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.
548.	Rozdział 4	art. 25	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Opisy poszczególnych kategorii podmiotów są niezrozumiałe. Kategoryzacja powinna odbywać się w sposób rzeczowy i oparty wyłącznie na danych ekonomicznych. Kategoryzacja powinna odbywać się w sposób rzeczowy i oparty wyłącznie na danych ekonomicznych. Proponuje się podział jednostek w oparciu o wyniki finansowe.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  O przyznaniu kategorii podmiotom szpitalnym decydują osiągnięte wartości wskaźników ekonomiczno-finansowych uwzględniające między innymi wyniki finansowe.
549.	Rozdział 4	art. 25	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Fromborku	Ustawa nie różnicuje i nie bierze pod uwagę specyfiki pracy szpitali monoprofilowych. Ustawa nie wyodrębnia specyfiki pracy jednostek psychiatrycznych, pediatrycznych, rehabilitacyjnych, etc., stawiając warunki ich funkcjonowania na równi ze szpitalami wieloprofilowymi (klinicznymi, wojewódzkimi, powiatowymi). W szczególności ich systemu zasilania finansowego oraz braku możliwości modyfikacji oraz rozwijania swojej oferty zdrowotnej.  Art. 25. Wyróżnia się następujące kategorie podmiotów szpitalnych: 1) ..... 5) szpitale monoprofilowe (psychiatria, pediatria, rehabilitacja) będą wyłączone z powyższej kategoryzacji.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Szpitale monoprofilowe również mogą znajdować się w trudnej sytuacji finansowej i wymagać realizacji procesów naprawczo-rozwojowych.
550.	Rozdział 4	art. 25	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Przyjęcie nomenklatury ekonomicznej do oceny szpitali oraz dokonywanie wszystkich szpitali bez względu na ich rolę i funkcję w systemie może prowadzić do niekorzystnych zmian ekonomicznych i organizacyjnych w wyniku czego szpitale będą ograniczały swoją działalność tylko i wyłącznie do dochodowej części procedur medycznych. Dodatkowo pominięto funkcję	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Z dokonanych analiz na podstawie najbardziej dostępnych danych za 2020 r. wynika, że większość szpitali klinicznych znajduje się w sytuacji finansowej,

				<p>szpitali klinicznych które oprócz działalności leczniczej wykonują działalność dydaktyczną i badawczą co wpływa na zwiększone koszty działalności szpitala.</p> <p>Pomijanie odrębności poszczególnych podmiotów a zwłaszcza szpitali klinicznych doprowadzi likwidacji wielu oddziałów szpitalnych, konsolidacji szpitali oraz przesunięcia niedochodowych procedur medycznych do szpitali klinicznych w efekcie czego szpitale kliniczne mając obowiązek realizacji zadań dodatkowych będą miały ogromny problem z bilansowaniem działalności leczniczej.</p> <p>Utworzenie osobnych kategorii dla podmiotów szpitalnych utworzonych przez uczelnie medyczne.</p>	<p>która nie wymaga realizacji działań naprawczo-rozwojowej.</p> <p>Ewentualne zmiany w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej związane będą z dostosowaniem podmiotu szpitalnego do Mapy Potrzeb Zdrowotnych.</p>
551.	Rozdział 4	art. 25, art. 27	<p>Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Wskaźniki finansowe nie mogą być jedynymi elementami oceny szpitala.</p> <p>Ocena szpitala według wskaźników ekonomicznych nie daje możliwości prawidłowej oceny funkcjonowania szpitala.</p> <p>Ocena funkcjonowania szpitala powinna być dokonana w oparciu o min. zakres udzielanych świadczeń, ilość przyjmowanych pacjentów, potencjał szpitala.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak propozycji konkretnych rozwiązań.</p> <p>Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.</p>
552.	Rozdział 4	art. 25, art. 27	<p>Stowarzyszenie Szpitali Małopolski</p>	<p>Negatywnie należy ocenić plan kwalifikacji podmiotów do poszczególnych kategorii wyłącznie na podstawie wskaźników ekonomiczno-finansowych.</p> <p>Wprowadzenie do oceny działalności podmiotu leczniczego jedynie wskaźników ekonomiczno-finansowych zrównuje je z innymi podmiotami działalności gospodarczej nastawionej na zysk. Prowadzi ponadto do konkurowania ze sobą podmiotów leczniczych w obszarze popytu i podaży. Tymczasem podstawową funkcją podmiotów leczniczych jest zapewnienie leczenia realizowanego ze środków publicznych.</p> <p>Należy również wskazać, iż epidemia Covid-19 powoduje, że Wojewoda może wyznaczyć szpital jako szpital covidowy na trudny do przewidzenia okres.</p> <p>W tym czasie szpital nie realizuje lub w ograniczonym stopniu realizuje kontrakt z NFZ, co z przyczyn od niego niezależnych zaburza faktyczny obraz sytuacji finansowej szpitala.</p> <p>Uwzględnienie w ocenie innych wskaźników np. określających jakość opieki.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak propozycji konkretnych rozwiązań.</p> <p>Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.</p>

553.	Rozdział 4, Rozdział 6	art. 25, art. 37	Wielkopolski Związek Szpitali	<p>Art. 25 Wyróżnia się następujące kategorie podmiotów szpitalnych:</p> <p>1) kategoria A – podmiot szpitalny w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej, który tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii A;</p> <p>2) kategoria B – podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań optymalizacyjnych, który tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii B albo w stosunku do którego Prezes Agencji wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe, na jego wniosek;</p> <p>3) kategoria C – podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes Agencji wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe;</p> <p>4) kategoria D – podmiot szpitalny wymagający pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes Agencji wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe oraz uzyskuje uprawnienie do powoływania i odwoływania kierownika tego podmiotu szpitalnego.</p> <p>Art. 37 Plan rozwojowy obowiązuje:</p> <p>1) w podmiocie szpitalnym, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji, dokonanej w terminie wynikającym z art. 24, przyznano kategorię A albo B – do dnia przekazania Prezesowi Agencji kolejnego planu rozwojowego, z zastrzeżeniem ust. 2;</p> <p>2) w podmiocie szpitalnym, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji, dokonanej w terminie wynikającym z art. 24, przyznano kategorię C albo D – do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o przyznaniu kategorii;</p> <p>3) do dnia przekazania Prezesowi Agencji zmienionego planu rozwojowego w przypadku, o którym mowa w art. 36.</p> <p>Proponowane zapisy art. 25 i 37 wprowadzają wątpliwość, które podmioty szpitalne winny utworzyć plany rozwojowe (czy tylko kategorii A i B?), a które zobligowane są do utworzenia planów naprawczo – rozwojowych (tylko C i D?).</p> <p>Zapisy wymagają doprecyzowania.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 37 wskazuje do kiedy obowiązuje plan rozwojowy we wskazanych podmiotach szpitalnych, a nie jakie podmioty szpitalne zobowiązane są do jego przygotowania, co z kolei określają art. 31 i 38 projektowanej ustawy.</p>
554.	Rozdział 4	art. 25 pkt 2	Rada Główna Instytutów Badawczych	powinno być odwołanie do art. 51.1	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
555.	Rozdział 4	art. 25 pkt 2	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	powinno być odwołanie do art. 51.1	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
556.	Rozdział 4	art. 25 pkt 3 i 4	Rada Główna Instytutów Badawczych	odwołanie do art. 38.1 i 2	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Błędne odesłanie.

557.	Rozdział 4	art. 25 pkt 3 i 4	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	odwołanie do art. 38.1 i 2	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Błędne odesłanie.
558.	Rozdział 4	art. 25 pkt 4	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>kategoria D – podmiot szpitalny wymagający pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych w stosunku do którego Prezes Agencji wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe oraz uzyskuje uprawnienie do powoływania i odwoływania kierownika tego podmiotu szpitalnego.</p> <p>Uzyskanie przez Prezesa Agencji uprawnienia do powoływania i odwoływania kierownika tego podmiotu szpitalnego powoduje, że osoba ta będzie całkowicie niezależna od podmiotu któremu formalnie podlega szpital (np. JST). Osoba ta będzie też odpowiedzialna za udzielanie świadczeń zdrowotnych w tym podmiocie.</p> <p>Jeżeli rola kierownika z tego typu nadania ma sprowadzać się jedynie do uzyskania odpowiednich wskaźników ekonomicznych to raczej należy poważnie zastanowić się nad pytaniem, czy pacjenci będą mieli dostęp do odpowiednich świadczeń zdrowotnych i leków.</p> <p>Ponownie należy podkreślić, że zgodnie z regułami Kodeksu Spółek Handlowych w przypadku szpitali działających w formule spółek prawa handlowego zarządu spółki nie powołuje prezes Agencji lecz rada nadzorcza, a tę powołuje zgromadzenie wspólników (walne zgromadzenie). Zatem kierownik ustanowiony przez Prezesa Agencji nie będzie posiadał żadnego umocowania w przepisach KSH, a jego działania mogą być sprzeczne z przepisami innych ustaw.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Według danych za 2020 r. do kategorii D zakwalifikowanych zostałyby tylko 30 podmiotów szpitalnych w najtrudniejszej sytuacji, a więc zaproponowane rozwiązania są jak najbardziej uzasadnione w przedmiotowym kontekście.</p> <p>Prezes Agencji nie będzie uprawniony do powoływania i odwoływania zarządu w podmiocie szpitalnym działającym w formie spółki kapitałowej.</p>
559.	Rozdział 4	art. 25 pkt 4	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>W art. 25 pkt.4 przyznano prezesowi Agencji prawo odwoływania i powoływania kierownika podmiotu leczniczego zaliczonego do kategorii D.</p> <p>Przyznanie takiego prawa Prezesowi w stosunku do szpitali samorządowych i uczelni medycznych powinno zostać z ustawy wyeliminowane, co najwyżej Prezes Agencji mógłby wystąpić do organu tworzącego / nadzorczego z wnioskiem o odwołanie kierownika takiego szpitala.</p> <p>Propozycja: Wyeliminowanie z ustawy tego uprawnienia w stosunku do szpitali samorządowych i uczelni medycznych</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak uzasadnienia dla proponowanego wyłączenia.</p>
560.	Rozdział 4	art. 25 pkt 4 w zw. z art. 67 pkt.3 oraz art. 77-81	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Nieuzasadnione nadanie Prezesowi Agencji uprawnienia do powoływania i odwoływania kierownika podmiotu szpitalnego, który w ocenie agencji uzyskał kategorię C albo D. Projektowane rozwiązanie narusza ustawowe uprawnienia podmiotów tworzących do nadzorowania podmiotów leczniczych, w tym uprawnienia do powoływania (w drodze konkursowej) oraz odwoływania kierowników tych podmiotów. Naruszono również zasadę równego traktowania podmiotów tworzących, bowiem z regulacji tej wyłączono w istocie wszystkie podmioty szpitalne, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Zdrowia, Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji czy też Minister Obrony Narodowej.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Jak wskazano w uzasadnieniu do projektowanej ustawy, zarówno na postanowienie Prezesa Agencji o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego kategorii C jak i na postanowienie o ustanowieniu zarządcy podmiotu szpitalnego kategorii C będącego spółką służyć będzie, odpowiednio podmiotowi tworzącemu i podmiotowi szpitalnemu w przypadku spółki, zażalenie do sądu. Natomiast w przypadku</p>

				<p>Regulacja w sposób nieuprawniony wkracza w autonomiczne władztwo podmiotów tworzących, będących jednostkami samorządu terytorialnego, zagwarantowane ustawą o działalności leczniczej. Bezasadne zróżnicowanie traktowania uprawnień podmiotów tworzących zależności od tego czy jest to minister czy nie (JST, uczelnia) – art.79. Bezpodstawną rezygnacją z trybu konkursowego przy obsadzie stanowiska kierownika przez Prezesa Agencji (art. 81). W przypadku tak daleko idącej ingerencji w uprawnienia podmiotów tworzących powinny mieć one ustawowo zagwarantowane uprawnienia (co najmniej na poziomie „wyrażenia zgody”) w procesie zmiany kierownika podmiotu szpitalnego, który nadzorują jako podmiot nadzorujący. Nieostre kryteria wskazane w art.77 ust.1 oraz 78 ust.1 mogą stanowić pole do nadinterpretacji i nadużywania przez Prezesa Agencji uprawnień w zakresie zmian kadrowych na stanowisku kierownika podmiotu szpitalnego.</p>	<p>podmiotów w kategorii D, z uwagi na ich trudną sytuację finansową, może zachodzić konieczność podejmowania działań natychmiastowych. Projektodawca przewidział, iż zarówno zmiana kierownika jak i ustanowienie zarządcy nie będzie mogło mieć miejsca w podmiotach szpitalnych, dla których podmiotem nadzorującym lub wykonującym prawa z akcji lub udziałów jest minister. Powyższe wyłączenie uzasadnione jest tym, iż minister właściwy do spraw zdrowia, który jest podmiotem nadzorującym albo wykonującym prawa z akcji w niektórych podmiotach szpitalnych, będzie jednocześnie podmiotem nadzorującym działalność Agencji. Tym samym w ocenie projektodawcy należy wykluczyć sytuację, w której podmiot nadzorowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia będzie miał prawo zmiany kierownika lub ustanowienia zarządcy w innym podmiocie nadzorowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Z uwagi na powyższe, w celu zachowania jednolitości, zaproponowano by wyłączenie to dotyczyło także podmiotów szpitalnych nadzorowanych przez pozostałych ministrów. Jednocześnie aby zapewnić trwałość decyzji Prezesa Agencji o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego, projektodawca przyjął, iż od dnia doręczenia podmiotowi tworzącemu postanowienia Prezesa Agencji o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego, na czas trwania postępowania naprawczo-rozwojowego, zawieszono zostaną uprawnienia podmiotu tworzącego do powoływania i odwoływania kierownika podmiotu szpitalnego.</p>
561.	Rozdział 4	art. 26	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>termin na złożenie do Agencji sprawozdania finansowego to 15 dni od jego zatwierdzenia. proponuje się wydłużenie terminu zgodnie z regulacjami ksh tj. w terminie 14 dni od daty jego zatwierdzenia nie później niż do 30 czerwca kolejnego roku obrachunkowego</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga niezrozumiała. Zgodnie z brzmieniem projektu ustawy termin złożenia sprawozdania finansowego określono na 15 dni od dnia zatwierdzenia rocznego sprawozdania finansowego, czyli najpóźniej do 15 lipca.</p>
562.	Rozdział 4	art. 26	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Ustawa stanowi o rozwoju i dostosowaniu podmiotów szpitalnych do potrzeb zdrowotnych, a jednocześnie kategoryzacja podmiotów sprowadza się jedynie do czterech wskaźników ekonomiczno-finansowych. Nie uwzględnia się innych obszarów funkcjonowania jednostek – działalności medycznej, jakości, otoczenia środowiskowego, przede wszystkim akredytacji i</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak propozycji konkretnych rozwiązań.</p>

				<p>certyfikacji. W naszej ocenie wskaźniki powinny być powiązane ściśle z tymi stawianymi przez rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej</p>	<p>Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.</p>
563.	Rozdział 4	art. 26	Centrum e-Zdrowia	<p>Mając na uwadze, że zgodnie z art. 26 projektu ustawy: Agencja jest upoważniona do gromadzenia i przetwarzania 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 2021 r. poz. 666 i 1292), oraz danych dotyczących funkcjonowania podmiotów szpitalnych, ich sytuacji operacyjnej i ekonomiczno-finansowej, a także planów rozwojowych i planów naprawczo-rozwojowych oraz sprawozdań z ich realizacji, może pojawić się wątpliwość, czy dotyczy to również danych jednostkowych identyfikowalnych objętych tajemnicą statystyczną<sup>1</sup>, gdyż w świetle art. 23 ust. 3 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia Dane zawarte w Systemie Statystyki w Ochronie Zdrowia są danymi jawnymi, powszechnie dostępnymi w systemie teleinformatycznym, chyba że ich jawność jest wyłączona bądź ograniczona na podstawie przepisów o ochronie informacji niejawnych lub o ochronie innych tajemnic ustawowo chronionych. Jeżeli zatem dostęp do danych finansowych przez Agencję nie będzie ograniczony przez tajemnicę statystyczną (wydaje się, że taki jest zamiar projektodawcy), to wydaje się zasadne uwzględnienie tego w projektowanym przepisie, w przeciwnym wypadku mogą powstać wątpliwości interpretacyjne co do stosowania tajemnicy statystycznej w stosunku do Agencji<sup>2</sup>.</p> <p>Ponadto, zważywszy, że przyszła Agencja będzie korzystała z danych przetwarzanych w administrowanym przez Centrum e-Zdrowia Systemie Statystyki w Ochronie Zdrowia, zwracam się z prośbą o przekazanie informacji, jaki tryb dostępu do tych danych przewiduje projektodawca, czy będzie do tego dochodziło za pośrednictwem Ministra Zdrowia, czy jednak Agencja będzie bezpośrednio występowała do Centrum e-Zdrowia, a następnie czy będzie to tryb wnioskowy czy dostęp za pośrednictwem teletransmisji danych z SSOZ?</p> <p>---</p> <p><sup>1</sup> Art. 10. [Tajemnica statystyczna] Dane jednostkowe identyfikowalne zebrane w badaniach statystycznych podlegają bezwzględnej ochronie. Dane te mogą być wykorzystywane wyłącznie do opracowań, zestawień i analiz statystycznych oraz do tworzenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego operatu do badań statystycznych; udostępnianie lub wykorzystywanie tych danych dla innych niż podane w ustawie celów jest zabronione (tajemnica statystyczna).</p> <p><sup>2</sup> Art. 38. [Zakaz publikowania i udostępniania danych identyfikowalnych]</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zakłada się, że ARS nie będzie miała dostępu do danych objętych tajemnicą statystyczną. Projektodawca zakłada, że ARS będzie miała stały dostęp do danych SSOZ, a nie wyłącznie w trybie wnioskowym.</p>



				<p>1. Nie mogą być publikowane ani udostępniane uzyskane w badaniach statystycznych dane jednostkowe identyfikowalne.</p> <p>2. Nie mogą być publikowane ani udostępniane uzyskane w badaniach statystycznych dane statystyczne możliwe do powiązania i zidentyfikowania z konkretną osobą fizyczną oraz informacje i dane statystyczne charakteryzujące wyniki ekonomiczno-finansowe podmiotów gospodarki narodowej prowadzących działalność gospodarczą, jeżeli na daną agregację składa się mniej niż trzy podmioty lub udział jednego podmiotu w określonym zestawieniu jest większy niż trzy czwarte całości.</p> <p>3. W przypadku podmiotów gospodarki narodowej informacje i dane statystyczne, o których mowa w ust. 2, mogą być publikowane, jeżeli osoba upoważniona do reprezentowania danego podmiotu wyraziła zgodę na opublikowanie określonych danych charakteryzujących wyniki ekonomiczno-finansowe tego podmiotu.</p>	
564.	Rozdział 4	art. 26	Śląski Związek Gmin i Powiatów	<p>Projekt przewiduje liczne obowiązki sprawozdawcze nakładające dodatkowe obowiązki administracyjne z jednoczesnym postulatem, dot. ograniczania kosztów, w tym m.in. związanych z wynagrodzeniami.</p> <p>Art. 26 - podmiot leczniczy powinien składać sprawozdanie finansowe do KRS. Należy rozważyć, czy Agencja nie mogłaby tych danych zaciągać z KRS. Agencja jest upoważniona do gromadzenia i przetwarzania danych dotyczących funkcjonowania podmiotów szpitalnych, ich sytuacji operacyjnej i ekonomiczno-finansowej, a także planów rozwojowych i planów naprawczo-rozwojowych oraz sprawozdań z ich realizacji. Wejście w życie projektu ustawy spowoduje powstanie dodatkowych obowiązków informacyjnych po stronie podmiotów szpitalnych, które będą zobowiązane przekazywać do ARS informacje.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przekazanie sprawozdania finansowego w formacie .xml do ARS to jednorazowa czynność w ciągu roku wymagająca kilkuminutowego nakładu pracy. Natomiast pozostałe informacje i dane będą generować większy nakład pracy, ale będą niezbędne z punktu widzenia sprawowania nadzoru ARS nad podmiotami szpitalnymi.</p>
565.	Rozdział 4	art. 26 ust. 1	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Kierownik podmiotu szpitalnego składa do Agencji roczne sprawozdanie finansowe, sprawozdanie z badania, jeżeli podlegało ono badaniu, odpis uchwały lub postanowienie organu zatwierdzającego 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 2021 r. poz. 217 i 2106) – w terminie 15 dni od dnia zatwierdzenia rocznego sprawozdania finansowego.</p> <p>W przypadku spoz istnieje podział kompetencji organów w zakresie: zatwierdzenia sprawozdania finansowego i możliwości pokrycia straty netto podmiotu zgodnie z art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, którym jest podmiot tworzący, oraz w zakresie podziału zysku, gdzie organem uprawnionym jest kierownik jednostki w uzgodnieniu z radą społeczną podmiotu leczniczego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepis art. 26 ust. 1 jest analogiczny do przepisu art. 69 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości. W przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej podmiot tworzący nie ma obowiązku zatwierdzania sposobu podziału zysku netto lub pokrycia straty dlatego też taki dokument nie jest wymagany, a pozostawienie przepisu w obecnym brzmieniu wynika z faktu, że projektowana ustawa nie dotyczy tylko samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.</p>
566.	Rozdział 4	art. 26 ust. 2	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Pominięcie stanowiska organu zatwierdzającego o przyczynie niezatwierdzenia sprawozdania finansowego.</p> <p>Przepis nie daje możliwości przedstawienia Agencji stanowiska organu zatwierdzającego w zakresie powodu niezatwierdzenia sprawozdania finansowego przez organ zatwierdzający, co może powodować brak rzetelnych informacji o działalności podmiotu w danym roku sprawozdawczym.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>
567.	Rozdział 4	art. 26 ust. 2	Województwo Podlaskie	<p>W art. 26 ust. 2 w zdaniu pierwszym należałoby doprecyzować termin złożenia do Agencji</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p>

				<p>Doprecyzowanie</p> <p>Proponowane brzmienie pierwszego zdania w art.26 ust.2: 2. Jeżeli roczne sprawozdanie finansowe nie zostało zatwierdzone w terminie określonym w art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości należy je złożyć do Agencji w terminie 15 dni po terminie wskazanym w tej ustawie do zatwierdzenia rocznego sprawozdania finansowego.</p>	<p>W brzmieniu art. 26 ust. 2 termin został wskazany jednoznacznie i nie wymaga doprecyzowania.</p>
568.	Rozdział 4	art. 26 ust. 3	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: Kierownik podmiotu szpitalnego jest zobowiązany do przekazania informacji w trybie, formie i terminach określonych przez Agencję.</p> <p>Proponowane brzmienie: Kierownik podmiotu szpitalnego jest zobowiązany do przekazania informacji w trybie, formie i terminach określonych przez Agencję, przy czym terminy nie mogą być krótsze niż 14 dni.</p> <p>Na przygotowanie informacji niezbędny jest czas, a pozostawienie dowolności w tym zakresie Agencji może spowodować żądanie informacji w terminie niemożliwym do dotrzymania, tym bardziej, iż Agencja może zażądać informacji w formie, która nie jest na bieżąco prowadzona w podmiocie szpitalnym.</p> <p>Dostawanie przepisu do realiów funkcjonowania podmiotu szpitalnego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Termin wyznaczany pomiotowi szpitalnemu przez Agencję powinien być realny, dostosowany do nakładów pracy potrzebnych do przygotowania określonego rodzaju danych. Natomiast termin 14-dniowy byłby zbyt długi w przypadku informacji, które podmiot szpitalny jest w stanie przygotować w krótszym terminie.</p>
569.	Rozdział 4	art. 26 ust. 3	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Kierownik podmiotu szpitalnego jest zobowiązany do przekazania informacji w trybie, formie i terminach określonych przez Agencję</p> <p>Propozycja: Kierownik podmiotu szpitalnego jest zobowiązany do przekazania informacji w trybie, formie i terminach określonych przez Agencję, przy czym terminy nie mogą być krótsze niż 14 dni</p> <p>Na przygotowanie informacji niezbędny jest czas, a pozostawienie dowolności w tym zakresie Agencji może spowodować żądanie informacji w terminie niemożliwym do dotrzymania, tym bardziej, iż Agencja może zażądać informacji w formie, która nie jest na bieżąco prowadzona w podmiocie szpitalnym.</p> <p>Dostosowanie przepisu do realiów funkcjonowania podmiotu szpitalnego</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Termin wyznaczany pomiotowi szpitalnemu przez Agencję powinien być realny, dostosowany do nakładów pracy potrzebnych do przygotowania określonego rodzaju danych. Natomiast termin 14-dniowy byłby zbyt długi w przypadku informacji, które podmiot szpitalny jest w stanie przygotować w krótszym terminie.</p>
570.	Rozdział 4	art. 26 ust. 3	Województwo Pomorskie	<p>Uprawnienia Agencji do gromadzenia</p> <p>Agencja jest upoważniona do gromadzenia i przetwarzania 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 2021 r. poz. 666 i 1292) oraz danych dotyczących funkcjonowania podmiotów szpitalnych, ich sytuacji operacyjnej i ekonomiczno-finansowej, a także planów rozwojowych, planów naprawczo-rozwojowych oraz sprawozdań z ich realizacji.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Proponowane w projekcie ustawy brzmienie art. 26 ust. 3 zakłada przekazywanie danych w sposób nienaruszający innych przepisów prawa.</p> <p>Należy mieć na uwadze, że projekt ustawy obejmuje zakresem tylko spółki z większościami udziałem lub akcjonariatem podmiotów publicznych.</p>

				Przepis ten stanowi totalną inwigilację niezależnego podmiotu gospodarczego, jakim jest Spółka prowadząca podmiot leczniczy, brak definicji i doprecyzowania, o jakie dane chodzi, w konsekwencji nowy podmiot (Agencja) uzyskuje prawo do dostępu do bliżej nieokreślonych (wszystkich) danych podmiotu szpitalnego, jaką jest Spółka, co z ochroną tajemnicy przedsiębiorcy oraz ochroną know-how.  Propozycja: Usunięcie zapisu	
571.	Rozdział 4	art. 26 ust. 4	Rada Główna Instytutów Badawczych	terminy określone przez Agencję powinny być zawarte w tym dokumencie (ustawie)	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Termin wyznaczany pomiotowi szpitalnemu przez Agencję powinien być realny, dostosowany do nakładów pracy potrzebnych do przygotowania określonego rodzaju danych. Natomiast termin 14-dniowy byłby zbyt długi w przypadku informacji, które podmiot szpitalny jest w stanie przygotować w krótszym terminie.
572.	Rozdział 4	art. 26 ust. 4	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	terminy określone przez Agencję powinny być zawarte w tym dokumencie (ustawie)	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Termin wyznaczany pomiotowi szpitalnemu przez Agencję powinien być realny, dostosowany do nakładów pracy potrzebnych do przygotowania określonego rodzaju danych. Natomiast termin 14-dniowy byłby zbyt długi w przypadku informacji, które podmiot szpitalny jest w stanie przygotować w krótszym terminie.
573.	Rozdział 4	art. 26 ust. 4	Województwo Pomorskie	Zobowiązanie kierownika podmiotu szpitalnego do przekazania danych Agencji  Kierownik podmiotu szpitalnego jest obowiązany do przekazania danych, o których mowa w ust. 3, na wezwanie Agencji w trybie, formie i terminach określonych przez Agencję. Brak określenia minimalnego terminu na przekazanie danych na żądanie Prezesa Agencji.  Propozycja: Określenie terminu	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Termin wyznaczany pomiotowi szpitalnemu przez Agencję powinien być realny, dostosowany do nakładów pracy potrzebnych do przygotowania określonego rodzaju danych. Natomiast termin 14-dniowy byłby zbyt długi w przypadku informacji, które podmiot szpitalny jest w stanie przygotować w krótszym terminie.
574.	Rozdział 4	art. 27	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Brak wskaźników związanych z prowadzoną działalnością leczniczą, które są miernikiem pracy szpitala. Nie ma w kryteriach wskaźników jakości takich jak ISO, Akredytacja, certyfikacje	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Brak propozycji konkretnych rozwiązań.  Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-

					finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.
575.	Rozdział 4	art. 27	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Określone w art. 27 kryteria zakwalifikowania podmiotu do jednej z 4 grup są pozbawione elementu dynamiki. Historyczne problemy finansowe i narastające latami zobowiązania wymagalne nie są możliwe do opanowania w krótkim czasie. Zasadnym wydaje się wprowadzenie do kryteriów oceny szpitala elementu oceny trendów, np. zmniejszające się zobowiązania wymagalne, osiągnięty od lat dodatni wynik finansowy, które świadczyłyby o skuteczności aktualnych działań zarządczych w jednostce i braku konieczności tworzenia kolejnego programu naprawczego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.  W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania. Jednocześnie, trendy, o których mowa w uwadze powinny być brane pod uwagę w procesie przygotowywania planu naprawczo-rozwojowego.
576.	Rozdział 4	art. 27	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Ocena podmiotu szpitalnego uwzględnia wyłącznie wskaźniki ekonomiczno-finansowe, brak wskaźników jakościowych, pomimo iż plan rozwojowy, plan naprawczo-rozwojowy zakładają działania projakościowe.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Brak propozycji konkretnych rozwiązań.  Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.
577.	Rozdział 4	art. 27	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Brak ustawowej definicji zobowiązania wymagalnego w odniesieniu do ustalenia wskaźnika zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem, co może na gruncie ustawy o rachunkowości prowadzić do odmienności interpretacyjnych, bowiem dla przykładu wskazać należy, iż np. nie każdy zaliczać do zobowiązań wymagalnych będzie te objęte zawartymi umowami.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Definicja zobowiązań wymagalnych została przedstawiona w art. 2 pkt 25 projektowanej ustawy.
578.	Rozdział 4	art. 27	Konferencja Rektorów	Brak uwzględnienia we wskaźnikach możliwości realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w wielu zakresach, obejmującej niezbędne etapy i elementy	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

			Akademickich Uczelni Medycznych	procesu tejże realizacji, w szczególności struktury świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie albo zakresach stosownie do zapisów rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (walidacja referencyjności).	Wskaźniki w art. 27 odnoszą się do całej działalności podmiotu szpitalnego.
579.	Rozdział 4	art. 27	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Wprowadzenie kategoryzacji szpitali jedynie w oparciu o ocenę ekonomiczno-finansową opartą na wskaźnikach rentowności i płynności jest podejściem zbyt wąskim i jednostronnym. Istnieje konieczność jej rozszerzenia o wskaźniki nieekonomiczne oceniające realizację prowadzonej działalności medycznej oraz jej znaczenie dla ogólnopolskiego systemu zabezpieczenia szpitalnego np. mierzonej wielkością i specyfiką prowadzonej działalności medycznej (np. ilość profili działalności medycznej zabezpieczające świadczenia jako jedyne w województwie).	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Brak propozycji konkretnych rozwiązań. Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.
580.	Rozdział 4	art. 27	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Brak wskaźników związanych z prowadzoną działalnością leczniczą, które są miernikiem pracy szpitala. Nie ma w kryteriach wskaźników jakości takich jak ISO, akredytacja, certyfikacje.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Brak propozycji konkretnych rozwiązań. Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.
581.	Rozdział 4	art. 27	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	1. W niniejszym projekcie kategoryzacja podmiotu szpitalnego została oparta wyłącznie na wskaźnikach finansowych (rentowności działalności operacyjnej, płynności szybkiej, zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem, zobowiązań ogółem do przychodów ogółem), z całkowitym pominięciem wskaźników jakości i dostępności do usług zwrotnych, w tym oceny potencjału placówki (m.in. infrastruktura, sprzęt, personel i jego kwalifikacje, struktura organizacyjna) oraz wdrożonych standardów postępowania i monitorowania wyników. 2. W ocenie wskaźnikowej brak założenia o zdarzeniach nadzwyczajnych mających wpływ na sytuację ekonomiczno-finansową podmiotu leczniczego, a co za tym idzie na wartości wskaźników.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Brak propozycji konkretnych rozwiązań. Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.

				<p>Celem wprowadzenia przepisów ustawy jest poprawa infrastruktury – modernizacja, poprawa efektywności działalności oraz poprawa sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali, jednakże wskaźniki do ustalenia oceny ograniczają się tylko i wyłącznie do ekonomiczno-finansowych.</p> <p>Ocena podmiotu leczniczego oraz przyznanie do kategorii odbywa się raz na trzy lata na podstawie danych finansowych za rok poprzedni w odniesieniu do roku, w którym dokonywana jest ocena. Uprozczone założenie co do wysokości przychodów/kosztów powoduje zaburzenie obrazu kondycji finansowej podmiotu leczniczego w długim horyzoncie czasowym. Zasadne byłoby, aby przychody i koszty korygowane były o zdarzenia nadzwyczajne, jak np. przekształcenie podmiotu leczniczego w szpital jednoimienny (covidowy). Zdarzyć się może tak, że w długim okresie działalność szpitala jest nierentowna, a poprzez zmianę formy organizacyjnej na czas epidemii szpital notował będzie lepsze wskaźniki, właśnie z uwagi na dodatkowe źródło przychodów. Przyjmując do kategoryzacji rok, w którym wystąpiły zdarzenia nadzwyczajne zaburza się obraz kondycji finansowej podmiotu leczniczego w długim okresie.</p>	<p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania. Dodatkowo, zgodnie z art. 51 ust. 1, podmiot szpitalny będący w trudnej sytuacji finansowej, który na skutek zdarzeń nadzwyczajnych zakwalifikowany został do kategorii B, w celu skorzystania ze środków ochronnych lub naprawczo- rozwojowych, może złożyć Prezesowi Agencji umotywowany wniosek o wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego oraz o wyznaczenie nadzorca.</p>
582.	Rozdział 4	art. 27	<p>Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Przyjęte do dokonywania przez Agencję Rozwoju Szpitali oceny podmiotów szpitalnych ustawowe wskaźniki ekonomiczno-finansowe są węższe niżeli zestaw wskaźników branych pod uwagę przy sporządzaniu raportu o sytuacji finansowej, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Należy ponownie przeanalizować zakres przyjętych kryteriów kwalifikacji.</p> <p>Konieczność ujednoczenia wskaźników. Ocena dokonywana co 3 lata przez Agencję i skutki prawne tej oceny są znacznie donioślejsze niżeli skutki oceny wskaźnikowej na potrzeby raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej. Tymczasem w pierwszym przypadku mamy do czynienia zaledwie z 4 wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi, a więc znacznie uboższym zestawem mierników oceny przy zdecydowanie poważniejszych konsekwencjach. Proponowane rozwiązanie może być dwojakie: albo do oceny przez Agencję przyjąć wskaźniki określone przez Ministra Zdrowia dla sporządzania raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej, albo ograniczyć wskaźniki oceny dla potrzeb raportu do wskaźników wymienionych w art. 27 niniejszego projektu ustawy.</p> <p>Wskazać należy również, iż na wiele warunków kwalifikowania do kategorii jest niezależnych od podmiotu szpitalnego – zaniżona wysokość uzyskiwanych środków z NFZ, wysokie koszty, w tym związane z szeregiem przepisów, np. dotyczących wynagrodzeń pracowników.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Do określenia poszczególnych kategorii przyznawanych podmiotom szpitalnym zdecydowano się wykorzystać cztery wskaźniki ekonomiczno-finansowe, które najlepiej charakteryzują sytuację finansową podmiotu w najważniejszych jej aspektach: rentowności, płynności finansowej oraz poziomu zobowiązań, w tym zobowiązań wymagalnych, czyli takich, dla których termin płatności upłynął. Szczegółowo powyższa kwestia przedstawiona została w uzasadnieniu do projektu ustawy.</p> <p>Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.</p>
583.	Rozdział 4	art. 27	<p>Związek Województw RP -</p>	<p>Przyjęte do dokonywania przez Agencję Rozwoju Szpitali oceny podmiotów szpitalnych ustawowe wskaźniki ekonomiczno-finansowe są węższe niżeli</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p>

			Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>zestaw wskaźników branych pod uwagę przy sporządzaniu raportu o sytuacji finansowej, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.</p> <p>Czy zestaw wskaźników nie powinien zostać ujednoczony ? Ocena dokonywana co 3 lata przez Agencję i skutki prawne tej oceny są znacznie donioślejsze aniżeli skutki oceny wskaźnikowej na potrzeby raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej. Tymczasem w pierwszym przypadku mamy do czynienia zaledwie z 4 wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi, a więc znacznie uboższym zestawem mierników oceny przy zdecydowanie poważniejszych konsekwencjach. Proponowane rozwiązanie może być dwojakie: albo do oceny przez Agencję przyjąć wskaźniki określone przez Ministra Zdrowia dla sporządzania raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej, albo ograniczyć wskaźniki oceny dla potrzeb raportu do wskaźników wymienionych w art.27 ustawy o modernizacji (...).</p>	Do określenia poszczególnych kategorii przyznawanych podmiotom szpitalnym zdecydowano się wykorzystać cztery wskaźniki ekonomiczno-finansowe, które najlepiej charakteryzują sytuację finansową podmiotu w najważniejszych jej aspektach: rentowności, płynności finansowej oraz poziomu zobowiązań, w tym zobowiązań wymagalnych, czyli takich, dla których termin płatności upłynął. Szczegółowo powyższa kwestia przedstawiona została w uzasadnieniu do projektu ustawy.
584.	Rozdział 4	art. 27	Powiat Starachowicki	<p>Wskaźniki, które mają być podstawą do kategoryzacji szpitali dotyczą tylko strony ekonomiczno-finansowej szpitali. Kwalifikacja poszczególnych szpitali wyłącznie na podstawie oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej, bez uwzględnienia posiadanej przez podmiot leczniczy specjalistyki, jakości świadczonych usług, uwarunkowań lokalnych w szczególności innych elementów systemu ochrony zdrowia, czy w końcu realnych przyczyn sytuacji finansowej jednostki wynikającej z niskiej wyceny świadczeń medycznych, kosztów niemedywnych szpitala, nie będzie odzwierciedlać faktycznej kondycji szpitali.</p> <p>W przedmiotowej ocenie należy wziąć pod uwagę poza wskaźnikami proponowanymi w projekcie ustawy również wskaźniki będące miernikiem pracy szpitala, wskaźniki jakości oparte o ISO, akredytację, certyfikację. Powinna być brana pod uwagę np. kompleksowość udzielanych świadczeń, współczynniki dostępności jak np. kolejki do świadczeń i inne.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak propozycji konkretnych rozwiązań.</p> <p>Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.</p> <p>Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.</p>
585.	Rozdział 4	art. 27	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	<p>Uwagi do wskaźników</p> <p>Wskaźnik rentowności</p> <p>Pozostaje wątpliwa ocena rentowności w czasie kiedy straty podmiotów spowodowane są w dużej mierze przyczynami zewnętrznymi tj. zaniżoną wyceną świadczeń, zbyt niskimi kontraktami z OW NFZ, ponoszeniem przez szpitale kosztów deficytów działalności pozostałych części systemu tj. POZ, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zlokalizowanej poza szpitalami. Problemem jest również systemowy brak personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, o który konkurują podmioty zobowiązane spełnić wygórowane normy zatrudnienia. Nie bez znaczenia jest działanie przepisów prawa, którymi władza publiczna nakłada na podmioty obowiązek ponoszenia dodatkowych kosztów bez uwzględnienia obowiązku do wskazania źródła finansowania dodatkowych wydatków.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Wskaźnik rentowności:</p> <p>Wycena świadczeń opieki zdrowotnej jest poza regulacją projektowanej ustawy i dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.</p> <p>Wskaźnik płynności szybkiej:</p> <p>Zaciąganie przez podmioty szpitalne zobowiązań (kredytów, ale i pożyczek) ma różne przyczyny, wśród których jest nie tylko inwestowanie z wykorzystaniem kredytów, czy restrukturyzacja zobowiązań kredytem z BGK, ale również zaciąganie</p>

			<p>Wskaźnik płynności szybkiej – W liczniku: a) Po realizacji algorytmu pozostają: gotówka oraz należności (co do zasady) za świadczenia zrealizowane w grudniu i ew. nadwykonania 4 -go kwartału; w mianowniku – a) zobowiązania krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, wynagrodzeń, z innych tytułów (zobowiązania o terminach płatności 7-60 dni) ale także zobowiązania z tytułu kredytów i pożyczek o terminie płatności przypadających w 12 kolejnych miesiącach; z tego powodu powinna być uwzględniona tylko kolejna rata kredytu przypadająca do zapłaty b) rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe – prawdopodobne zobowiązania, których realizacji może nastąpić w kolejnych 12-tu miesiącach np. z tyt. zaległych urlopów, nagród jubileuszowych, odpraw emerytalnych itp. Mogą one wystąpić, ale nie muszą. Dotyczy to również rezerw na odszkodowania. Toczące się sprawy niekoniecznie zakończą się realizacją wydatku. Ponadto założenie rezerwy już jest oceniane w pierwszym wskaźniku. Zawiązanie rezerwy jest związane z obniżeniem wyniku finansowego. Powyższe sprawia, że podmioty, które inwestują wykorzystując kredyty inwestycyjne lub zrestrukturyzowały swoje zobowiązania kredytem (np. w BGK) będą miały ten wskaźnik zaniżony.</p> <p>Wskaźniki należy przeanalizować pod kątem wskazanych konsekwencji i odpowiednio przeobrazić. Ponadto ocenie powinny podlegać sprawozdania sporządzone za 1-szy pełny rok obrotowy działalności po zniesieniu stanu epidemii Covid – 19 w Polsce, czyli po powrocie do normalnej działalności.</p>	<p>pożyczek na spłatę dotychczasowych zobowiązań w instytucjach finansowych innych niż banki. Ponadto, proponowane w treści uwagi zmiany sposobu obliczania wskaźnika płynności szybkiej nie znajdują potwierdzenia w zasadach analizy finansowej prezentowanych w literaturze przedmiotu.</p>
586.	Rozdział 4	art. 27	<p>Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)</p> <p>Do rozważenia wprowadzenie zmiany wskaźnika płynności szybkiej na wskaźnik płynności bieżącej.</p> <p>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 uwzględnia 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 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</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwzględnienie zapasów w konstrukcji wskaźnika płynności oznaczałoby de facto wykorzystywanie wskaźnika płynności bieżącej, a nie szybkiej, a co za tym idzie konieczność podniesienia wartości takiego wskaźnika wymaganych do zakwalifikowania podmiotów szpitalnych do poszczególnych kategorii. Zastosowanie wskaźnika płynności szybkiej jest bardziej uniwersalne i możliwe do stosowania zarówno w warunkach obowiązywania pandemii Covid-19, jak i po jej zakończeniu.</p>



				<p>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>	
587.	Rozdział 4	art. 27	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	<p>Do rozważenia wprowadzenie zmiany wskaźnika płynności szybkiej na wskaźnik płynności bieżącej.</p> <p>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 uwzględnia 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 jednak, że w sytuacji pandemii COVID-19, poziom zapasów w podmiotach leczniczych jest wyższy od przeciętnego.</p> <p>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>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwzględnienie zapasów w konstrukcji wskaźnika płynności oznaczałoby de facto wykorzystywanie wskaźnika płynności bieżącej, a nie szybkiej, a co za tym idzie konieczność podniesienia wartości takiego wskaźnika wymaganych do zakwalifikowania podmiotów szpitalnych do poszczególnych kategorii. Zastosowanie wskaźnika płynności szybkiej jest bardziej uniwersalne i możliwe do stosowania zarówno w warunkach obowiązywania pandemii Covid-19, jak i po jej zakończeniu.</p>
588.	Rozdział 4	art. 27	Rzecznik Praw Pacjenta	<p>Należy rozważyć, aby kategoryzacja podmiotów nie odbywała się tylko w oparciu o wskaźniki finansowe, z uwagi na potencjalnie rozmiągające się kierunki zachęt i oczekiwanych celów.</p> <p>Wybór odpowiednich kryteriów do kategoryzacji podmiotów szpitalnych jest kluczowy dla osiągnięcia celów ustawy. Zarówno uzasadnienie ustawy (wskazane nieprawidłowości, który mają zostać naprawione), jak i jej treść (np. art. 3) sugerują, że ostatecznym celem ustawy jest poprawa sytuacji w ochronie zdrowia, w szczególności poprawa opieki nad pacjentami poprzez dostosowanie działalności podmiotów leczniczych do regionalnych potrzeb zdrowotnych. W tym kontekście art. 5 ustawy rozumiany jest jako sposób osiągnięcia tych celów.</p> <p>Jednocześnie należy zauważyć, że aktualny wybór kryteriów oceny podmiotów promuje podejmowanie decyzji w celu poprawy sytuacji</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak propozycji konkretnych rozwiązań.</p> <p>Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.</p> <p>Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny</p>

			<p>finansowanej, a nie realizacji celów polityki zdrowotnej. Ten problem jest szczególnie istotny mając na uwadze częste wątpliwości związane z bieżącą wyceną świadczeń (niezależnie czy w związku z jej pierwotną wyceną czy brakiem aktualizacji w czasie). Dobór kryteriów w perspektywie dłuższego czasu będzie powodować, że kierujący podmiotami leczniczymi będą preferować rozwiązania efektywne z finansowego punktu widzenia, ale niekoniecznie właściwe dla poprawy stanu zdrowia pacjentów oraz ich bezpieczeństwa.</p> <p>Jednocześnie wybór wyłącznie kryteriów finansowych może prowadzić również do innych negatywnych zachowań – np. podmiotów nadzorujących, w sytuacji gdy ze względów pozamerytorycznych będzie im zależało na uzyskaniu kategorii A.</p> <p>Należy zatem rozważyć, czy – dla szerszej oceny jakości podejmowanych decyzji zarządczych – kategoryzacja nie powinna odbywać się z uwzględnieniem okoliczności systemowych i faktycznych działalności danego podmiotu.</p> <p>Wydaje się, że możliwe są dwa rozwiązania:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wprowadzenie kryteriów wykraczających poza wskaźniki finansowe,</li> <li>2) w przypadku preferencji dla stosowania wyłącznie kryteriów finansowych – wprowadzenie kategorii podobnych do siebie podmiotów szpitalnych (np. ze względu na funkcję w systemie, np. w ramach PSZ) i porównywanie podmiotów w ramach tych kategorii (benchmarking).</li> </ol> <p>Tym samym proponowane są dwa warianty rozwiązań:</p> <p>Wariant I: uzupełnienie przepisów projektu ustawy o wskaźniki poza ekonomiczno-finansowe, korzystając z modelu opartego na zrównoważonej karcie wyników (balanced scorecard), z uwzględnieniem w szczególności perspektywy klienta - pacjenta oraz procesów wewnętrznych. Pozwoliłoby to na uwzględnienie wskaźników takich jak: zakażeń szpitalnych, średniego czasu hospitalizacji w odniesieniu do określonych chorób/procedur, obłożenia łóżek, zadowolenia pacjentów (NPS) oraz nadanie im wag odpowiednich do celów, które ma realizować ustawa.</p> <p>Wariant II: wprowadzenie do przepisów ustawy mechanizmu kategoryzacji podmiotów leczniczych, np. w ramach sieci szpitali i rozważenie oceny według przedziałów (np. top 10% wyników w poszczególnych kryteriach). W zależności od rozwiązania odpowiednio powinien zostać także zmodyfikowany projektowany art. 26 i art. 27 ust. 1 w zakresie danych, na podstawie których dokonuje się oceny podmiotu szpitalnego.</p>	<p>Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.</p>
--	--	--	--	--

589.	Rozdział 4	art. 27	Województwo Pomorskie	<p>Ocena podmiotu szpitalnego</p> <p>Na podstawie danych, o których mowa w art. 26, za rok poprzedni, dokonuje się oceny podmiotu szpitalnego i przyznania mu jednej z kategorii, o których mowa w art. 25.</p> <p>Za nielogiczne należy uznać dokonywanie ocen podmiotu szpitalnego raz na trzy lata jedynie na podstawie danych za jeden rok (poprzedzający dokonanie oceny). Przyjmowanie wskaźników finansowych i wprowadzenie ustawy w dobie pandemii, szalejącej inflacji, braku możliwości wykonywania świadczeń w pełnym zakresie oraz wobec braku możliwości renegotjacji stawek z NFZ spowoduje, iż wskaźniki wyliczone zgodnie z propozycją w ustawie będą nie miarodajne i nieodzwierciedlające faktycznej sytuacji zarządczej podmiotów szpitalnych.</p> <p>Z założenia podmioty szpitalne są instytucjami działającymi non profit (bez względu na swoją formę prawną).</p> <p>Propozycja: Zmiana zapisu. Obiektywne w obecnych warunkach wydaje się dokonanie oceny całego okresu 3 letniego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania. Dodać należy, że proces kategoryzacji podmiotów szpitalnych nie będzie miał charakteru jednorazowego, ale będzie procesem cyklicznym, przeprowadzanym również po ustaniu epidemii Covid-19.</p>
590.	Rozdział 4	art. 27	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>1. Ograniczenie wskaźników oceny podmiotu tylko i wyłącznie do obszaru ekonomiczno-finansowego.</p> <p>2. W ocenie wskaźnikowej brak założenia o zdarzeniach nadzwyczajnych mających wpływ na sytuację ekonomiczno-finansową podmiotu leczniczego, a co za tym idzie na wartości wskaźników.</p> <p>Celem wprowadzenia przepisów ustawy jest poprawa infrastruktury – modernizacja, poprawa efektywności działalności oraz poprawa sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali, jednakże wskaźniki do ustalenia oceny ograniczają się tylko i wyłącznie do ekonomiczno-finansowych.</p> <p>Ocena podmiotu leczniczego oraz przyznanie do kategorii odbywa się raz na trzy lata na podstawie danych finansowych za rok poprzedni w odniesieniu do roku, w którym dokonywana jest ocena. Uproszczone założenie co do wysokości przychodów/kosztów powoduje zaburzenie obrazu kondycji finansowej podmiotu leczniczego w długim horyzoncie czasowym. Zasadne byłoby, aby przychody i koszty korygowane były o zdarzenia nadzwyczajne, jak np. przekształcenie podmiotu leczniczego w szpital jednoimienny (covidowy). Zdarzyć się może tak, że w długim okresie działalność szpitala jest nierentowna, a poprzez zmianę formy organizacyjnej na czas epidemii szpital notował będzie lepsze wskaźniki, właśnie z uwagi na dodatkowy źródło przychodów. Przyjmując do kategoryzacji rok, w którym wystąpiły zdarzenia nadzwyczajne zaburza się obraz kondycji finansowej podmiotu leczniczego w długim okresie.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak propozycji konkretnych rozwiązań.</p> <p>Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.</p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji</p>

					procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.
591.	Rozdział 4	art. 27	Polskie Stowarzyszenie Niezależnych Lekarzy i Naukowców	<p>Szpitalne oceniane tylko jako podmioty gospodarcze</p> <p>W zarządzaniu powszechnie uważa się, że chcąc czymś zarządzać, trzeba to mierzyć. Jakkolwiek przytoczony art 5. precyzuje wiele szczytnych celów, jednak w najważniejszej dla ustawy części - w kryteriach klasyfikacji szpitali i cyklicznej ich oceny proponuje się jedynie narzędzia dotyczące kondycji finansowej podmiotu szpitalnego. Są to wg. art. 27:</p> <p>1) Wskaźnik rentowności działalności operacyjnej, 2) wskaźnik płynności szybkiej, 3) wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem (SEPP) 4) wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem</p> <p>Jedynie na tych czterech wskaźnikach opiera się ocena podmiotów szpitalnych, a co z tym idzie ocena skuteczności działań restrukturyzacyjnych oraz ocena samych dyrektorów szpitali. Dzieje się tak mimo opracowania w zeszłym roku przez Ministerstwo Zdrowia "Mapy potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.", która pozwala bardzo dokładnie określić potrzeby zdrowotne nawet na poziomie powiatów i do nich odnosić skuteczność działań zdrowotnych. Obliczenie dodanej wartości zdrowotnej, a więc rozliczania szpitali z tego do czego zostały powołane, wymaga zmiany spojrzenia z punktu widzenia finansowego na punkt widzenia zdrowotny. Dopiero te dwa punkty powinny stanowić kryterium oceny szpitali.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak propozycji konkretnych rozwiązań.</p> <p>Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.</p> <p>Realizacja planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych będzie prowadzona w zgodzie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych.</p>
592.	Rozdział 4	art. 27	Polskie Stowarzyszenie Niezależnych Lekarzy i Naukowców	<p>Zastosowanie wskaźników rynkowych w działalności regulowanej ustawowo</p> <p>Wykorzystywanie wskaźników finansowych ma sens w biznesie i na wolnym rynku, gdzie każdy przedsiębiorca może ustalać i decydować o takich parametrach biznesowych jak cena, wielkość produkcji, dostępność produktów, itp. Tymczasem w służbie zdrowia, szpitale mają w tym względzie ograniczone możliwości. Szpitale otrzymują pieniądze nie za leczenie pacjentów, lecz za stosowanie określonych procedur. To właśnie z tego powodu dobrzy, odważni lekarze musieli leczyć pacjentów z objawami COVID-19 po kryjomu, gdyż takie leczenie nie było akceptowane (czytaj finansowane) przez NFZ.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak propozycji konkretnych rozwiązań.</p> <p>Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.</p>
593.	Rozdział 4	art. 27	Pracodawcy RP	<p>Projekt nie jest skorelowany z przepisami innych ustaw, np.:</p> <p>2) że w spółkach SP jest coś takiego jak „obowiązek osiągnięcia celów zarządczych”, które wiążą się ze wskaźnikami rentowności, płynności finansowej, efektywności zarządzania lub wypłacalności ustalonymi np.: przez radę nadzorczą dla zarządu spółki – jak one mają się do wskaźników i oceny z art. 27 i nast. projektu ustawy?;</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Wskaźniki przedstawione w projektowanej ustawie są uniwersalne i mogą być wykorzystywane zarówno do oceny podmiotów szpitalnych funkcjonujących w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jak i spółek kapitałowych.</p>

594.	Rozdział 4	art. 27	Uniwersytet Opolski	<p>Dokonanie oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej i efektywności podmiotów szpitalnych z wykorzystaniem nieadekwatnych narzędzi.</p> <p>Zgodnie z art. 27 ust. 1 i 2 będzie dokonywana ocena podmiotu szpitalnego na podstawie wartości osiągniętych wybranych wskaźników ekonomiczno-finansowych.</p> <p>W tym miejscu należy podkreślić, że jedynie na podstawie ww. wskaźników nie można dokonać oceny podmiotu szpitalnego i stwierdzić czy podmiot szpitalny jest w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej czy też nie. Oceniając sytuację ekonomiczno-finansową danej jednostki należy uwzględnić również inne parametry, takie jak np.: posiadany majątek, prowadzone inwestycje i możliwość rozwoju, kadra i jej wykształcenie, zajmowana pozycja na rynku usług medycznych, zakres udzielanych świadczeń w porównaniu z otoczeniem. Stąd też kwalifikacja podmiotów szpitalnych do danej kategorii, uwzględniająca wyłącznie wartości osiągniętych wskaźników jest nie do końca obiektywna.</p> <p>Ponadto, Ustawodawca w projekcie nie określił pojęcia „efektywności szpitalnictwa”, chociaż termin ten został użyty w nazwie ustawy. Daje to podstawę do swobodnego definiowania w/w terminu. Jest to istotne z punktu widzenia oceny szpitali, gdyż termin efektywność jest wykorzystywany przede wszystkim dla oceny działalności podmiotów gospodarczych i nie zawsze koresponduje z oceną działalności szpitala, m.in. ze względu na funkcje społeczne, jakie spełniają szpitale.</p> <p>W projekcie ustawy nie przedstawiono również ilościowych i jakościowych narzędzi pomiaru efektywności, co czyni ustawę w tym zakresie niedookreśloną, czyli uznaniową. Zawarte w projekcie ustawy wskaźniki analizy finansowej, będące odzwierciedleniem układu bilansowego i rachunku zysków i strat nie powinny być utożsamiane z pojęciem efektywności.</p> <p>Efektywność należy traktować jako swoistego rodzaju relację pomiędzy nakładami i efektami. Projekt wymaga zatem dookreślenia, co rozumiemy pod pojęciem „efektu” w systemie szpitalnictwa. Określenie relacji nakłady-efekty pozwoli na porównywanie szpitali pod względem efektywności, wyznaczając jednocześnie wartości referencyjne. Projekt ustawy w „Uzasadnieniu” wspomina incydentalnie o nakładach i efektach, np. wykorzystanie bazy, inwestycje, dostępność udzielanych świadczeń, zasoby kadrowe, infrastruktura medyczna (s. 79-80).</p> <p>W uzupełnieniu oceny podmiotu szpitalnego (art. 27 projektu ustawy) proponuje się wprowadzenie oceny efektywności świadczonych usług medycznych z wykorzystaniem metody nieparametrycznej DEA. Badanie efektywności pozwoli również na ocenę wykorzystania środków uzyskiwanych z NFZ, budżetu państwa, samorządów, Unii Europejskiej, itp.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak propozycji konkretnych rozwiązań.</p> <p>Do określenia poszczególnych kategorii przyznawanych podmiotom szpitalnym zdecydowano się wykorzystać cztery wskaźniki ekonomiczno-finansowe, które najlepiej charakteryzują sytuację finansową podmiotu w najważniejszych jej aspektach: rentowności, płynności finansowej oraz poziomu zobowiązań, w tym zobowiązań wymagalnych, czyli takich, dla których termin płatności upłynął.</p> <p>Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.</p>
595.	Rozdział 4	art. 27, art. 25	Związek Województw	<p>Ocena podmiotu szpitalnego i przyznanie mu jednej z kategorii określonych w projekcie ustawy nie powinno odbywać się tylko i wyłącznie na podstawie</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p>

			RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>wskaźników ekonomiczno-finansowych. Zasadne jest uwzględnienie innych wskaźników również jakościowych.</p> <p>Zasadne jest wzięcie pod uwagę innych wskaźników, w tym rodzaju, ilości oraz jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Biorąc pod uwagę trudną sytuację finansową podmiotów szpitalnych w Polsce, w większości przypadków nie będą one w stanie spełnić warunków koniecznych dla przyznania kategorii A lub B, pomimo, że udzielają świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie.</p>	<p>Brak propozycji konkretnych rozwiązań.</p> <p>Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.</p>
596.	Rozdział 4	art. 27 ust. 1	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: Na podstawie danych, o których mowa w art. 26, za rok poprzedni, dokonuje się oceny podmiotu szpitalnego i przyznania mu jednej z kategorii, o których mowa w art. 25.</p> <p>Proponowane brzmienie: Na podstawie danych, o których mowa w art. 26, za 3 poprzednie lata, dokonuje się oceny podmiotu szpitalnego i przyznania mu jednej z kategorii, o których mowa w art. 25.</p> <p>Z uwagi na fakt, iż kategoryzacja dokonywana jest na okres 3 lat, powinna opierać się na danych z 3 ostatnich lat, a nie ostatniego roku, który nie jest w pełni miarodajny w perspektywie następnych lat. Oczywiście dane z ostatniego roku są najważniejsze, ale na sytuację finansową szpitala mają też wpływ lata poprzednie, dlatego kategoryzacja winna opierać się na dwóch dodatkowych latach z odpowiednią wagą punkową za każdy poprzedni rok. Kryteria nadające odpowiednią kategoryzację winny być zmienione, tak, aby obejmowały również wagę dwóch dodatkowych poprzednich lat. Należy zauważyć, iż nawet pojedyncze zdarzenie w roku kalendarzowym może skutkować istotnym wpływem na wynik finansowy i wskaźniki jednostki, szczególnie obecnie w sytuacji epidemii trudno jest o miarodajność jednego roku prowadzenia działalności. Najlepszym przykładem jest zakłócenie procesu udzielania świadczeń w roku 2020. Jednocześnie wydłużone okresy sprawozdawcze i rozliczeniowe zaliczek za rok 2020 wpłyną bezpośrednio na wyniki finansowe szpitali w roku 2022 i 2023.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.</p>
597.	Rozdział 4	art. 27 ust. 1	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Na podstawie danych, o których mowa w art. 26, za rok poprzedni, dokonuje się oceny podmiotu szpitalnego i przyznania mu jednej z kategorii, o których mowa w art. 25.</p> <p>Propozycja: "Na podstawie danych, o których mowa w art. 26, za 3 poprzednie lata, dokonuje się oceny podmiotu szpitalnego i przyznania mu jednej z kategorii, o których mowa w art. 25."</p> <p>Z uwagi na fakt, iż kategoryzacja dokonywana jest na okres 3 lat, powinna opierać się na danych z 3 ostatnich lat, a nie ostatniego roku, który nie jest w</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania</p>

				<p>pełni miarodajny w perspektywie następnych lat. Oczywiście dane z ostatniego roku są najważniejsze, ale na sytuację finansową szpitala mają też wpływ lata poprzednie, dlatego kategoryzacja winna opierać się na dwóch dodatkowych latach z odpowiednią wagą punkową za każdy poprzedni rok. Kryteria nadające odpowiednią kategoryzację winny być zmienione, tak, aby obejmowały również wagę dwóch dodatkowych poprzednich lat. Należy zauważyć, iż nawet pojedyncze zdarzenie w roku kalendarzowym może skutkować istotnym wpływem na wynik finansowy i wskaźniki jednostki, szczególnie obecnie w sytuacji epidemii trudno jest o miarodajność jednego roku prowadzenia działalności. Najlepszym przykładem jest zakłócenie procesu udzielania świadczeń w roku 2020. Jednocześnie wydłużone okresy sprawozdawcze i rozliczeniowe zaliczek za rok 2020 wpłyną bezpośrednio na wyniki finansowe szpitali w roku 2022 i 2023.</p>	<p>kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.</p>
598.	Rozdział 4	art. 27 ust. 1 i 2	Szpital Powiatowy w Radomsku	<p>Dodanie w art. 27 ustępu 6 o treści:  „Do kategorii A kwalifikuje się również podmiot szpitalny, który osiągnął wskaźnik płynności szybkiej co najmniej 0,90 jeżeli w ciągu pięciu ostatnich lat wskaźnik ten ulegał wzrostowi w każdym roku.”  W art. 25 projektu ustawy wyróżniono cztery kategorie podmiotów szpitalnych:  1) kategoria A – podmiot szpitalny w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej, który tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii A;  2) kategoria B – podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań optymalizacyjnych, który tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii B albo w stosunku do którego Prezes Agencji wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe, na jego wniosek;  3) kategoria C – podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes Agencji wszczyna postępowanie naprawczo- rozwojowe;  4) kategoria D – podmiot szpitalny wymagający pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes Agencji wszczyna postępowanie naprawczo- rozwojowe oraz uzyskuje uprawnienie do powoływania i odwoływania kierownika tego podmiotu szpitalnego.  Jak wskazano w art. 27 ust. 1 projektu ustawy na podstawie danych, o których mowa w art. 26, za rok poprzedni, dokonuje się oceny podmiotu szpitalnego i przyznania mu jednej z kategorii, o których mowa w art. 25.  Zgodnie z ust. 2 ustawodawca przyjął cztery wskaźniki, na podstawie których następuje zaliczenie do kategorii A-D, przy czym punkt 2 określa wskaźnik płynności szybkiej obliczany z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, według opisanego w projekcie wzoru.  Jak wskazano w ust. 3 do kategorii A kwalifikuje się podmiot szpitalny, który spełnia łącznie następujące warunki:  1) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość większą niż 0,0%;  2) wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość większą niż 1,00;</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Szpital, który jedynie ze względu na problemy z płynnością finansową został zakwalifikowany do kategorii B zobowiązany będzie jedynie do przeprowadzenia działań optymalizacyjnych, dzięki którym w kolejnej kategoryzacji będzie mógł otrzymać kategorię A.</p>

			<p>3) wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość mniejszą niż 0,2%;</p> <p>4) wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmuje wartość mniejszą niż 30,0%.</p> <p>Przyjęcie, że dla zaliczenia do kategorii A wskazany wyżej wskaźnik płynności szybkiej musi przyjąć zawsze wartość większą niż 1,00 nawet wtedy, gdy spełnione są pozostałe trzy wskaźniki – jest krzywdzące dla szpitali, które w ostatnich latach osiągnęły poprawę wskaźników ekonomicznych, w tym wskaźnika płynności szybkiej, jednak nie osiągnęły na koniec 2021r. tego wskaźnika na poziomie większym niż 1.00. Dla przykładu, w przypadku Szpitala Powiatowego w Radomsku wskaźnik ten na przestrzeni ostatnich lat kształtował się następująco (według stanu na 31 grudnia danego roku).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rok 2016 – 0,30,</li> <li>- rok 2017 – 0,39,</li> <li>- rok 2018 – 0,48,</li> <li>- rok 2019 – 0,50,</li> <li>- rok 2020 – 0,74,</li> </ul> <p>Za 11 miesięcy 2021 roku wyniósł 0,92.</p> <p>W ocenie Szpitala Powiatowego w Radomsku należy więc stworzyć możliwość zaliczenia do kategorii A szpitali o zdrowych fundamentach gospodarczych, spełniających pozostałe wskaźniki i wykazujących się poprawą płynności finansowej na przestrzeni ostatnich pięciu lat, gdzie na koniec 2021r. wskaźnik płynności szybkiej już tylko nieznacznie odbiega od jedności. Aby to osiągnąć, konieczne jest dodanie w art. 27 ustępu 6 o treści „Do kategorii A kwalifikuje się również podmiot szpitalny, który osiągnął wskaźnik płynności szybkiej co najmniej 0,90 jeżeli w ciągu pięciu ostatnich lat wskaźnik ten ulegał wzrostowi w każdym roku.”</p>	
599.	Rozdział 4	art. 27 ust. 1 i 2	<p>Szpital Powiatowy w Radomsku</p> <p>Dodanie w art. 27 ustępu 7 o treści:  „Do zapasów, o których mowa we wzorze opisanym w ust. 2 pkt 2) wartość zapasów produktów leczniczych wlicza się w połowie ich wartości.”  Zgodnie z art. 27 ust. 2 punkt 2 projektu ustawy licznik wskaźnika płynności szybkiej oblicza się jako: aktywa obrotowe – należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy – krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne) – zapasy.  Projekt ustawy nie zawiera w art. 2 zawierającym słownik pojęć definicji zapasów. Należy więc przyjąć, że jest to definicja określona w ustawie o rachunkowości, gdzie zapasy definiuje się jako rzeczowe aktywa obrotowe, przeznaczone do zużycia lub zbycia w ciągu 12 miesięcy od dnia bilansowego lub okresu dłuższego niż 12 miesięcy, jeżeli tyle trwa normalny cykl operacyjny właściwy dla danej działalności. Są to materiały nabyte w celu zużycia na własne potrzeby, wytworzone lub przetworzone przez jednostkę produkty gotowe (wyroby i usługi) zdadne do sprzedaży lub w toku produkcji,</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W powszechnie dostępnej literaturze ekonomiczno-finansowej, w konstrukcji wskaźnika płynności szybkiej nie uwzględnia się wartości zapasów.</p>



				<p>półprodukty oraz towary nabyte celem odprzedaży w stanie nieprzetworzonym (art. 3 ust. 1 pkt 18 lit. a i pkt 19 ustawy o rachunkowości). Przy takiej definicji zapasów następuje wliczenie do nich wartości zapasów produktów leczniczych, które szpital musi posiadać na odpowiednio wysokim poziomie do realizacji świadczeń zdrowotnych. W przypadku szpitali odpowiednio wysoki poziom zapasów leków świadczy o zapewnieniu bezpieczeństwa dla pacjentów na przykład w sytuacji przerwania łańcucha dostaw lub krótkotrwałego braku dostępności leku spowodowanej zakłóceniem produkcji albo dystrybucji danego produktu leczniczego.</p> <p>Obecna epidemia SARS-COV2 przyczyniła się również do potrzeby gromadzenia zapasów produktów leczniczych, bowiem ich wykorzystanie ulega zwiększeniu cyklicznie w ramach kolejnych fal epidemii wirusa Covid-19, których początku, długości trwania i skali nie jest w stanie nikt przewidzieć.</p> <p>Dla zapobieżenia sytuacji braku dostępności do produktu leczniczego dla pacjentów szpitale są więc zmuszone do tworzenia zapasów magazynowych produktów leczniczych – i nie czynią tego jako przejawu niewłaściwej gospodarki finansowej.</p> <p>Należy pamiętać, że produkty lecznicze nie mogą być porównywane z innymi materiałami przeznaczonymi do produkcji czy wykonywania usług nie tylko ze względu na wskazany wyżej cel tworzenia zapasów leków, ale również z uwagi na to, że produkty lecznicze mogą być zwracane do dostawców. W sytuacji zamknięcia Szpitala lub ograniczenia jego działalności zgodnie z deklaracjami dystrybutorów leków odbiorą oni znaczącą część produktów leczniczych pomniejszając tym samym zapasy. Takie działanie dystrybutorów polegające na przyjmowaniu zwrotu produktów leczniczych jest powszechnie przyjęte, bowiem ten rodzaj towaru podlega szczególnym zasadom dystrybucji.</p> <p>W szpitalach zapasy leków są zazwyczaj na poziomie zapewniającym około 14 dniowe funkcjonowanie szpitala. Dla Szpitala Powiatowego w Radomsku zapasy produktów leczniczych stanowią około 40% i mają największy udział w strukturze zapasów Szpitala. Uwzględniając możliwość zwrotu znacznej części tych zapasów w przypadku ograniczenia lub zaprzestania działalności zasadne jest wprowadzenie do ustawy zasady, że produkty lecznicze są wliczane w połowie wartości do kwoty zapasów podstawianej w liczniku wzoru służącego do wyliczenia wskaźnika płynności szybkiej.</p> <p>Aby to osiągnąć konieczne jest dodanie do art. 27 ustępu 7 o treści „Do zapasów, o których mowa we wzorze opisanym w ust. 2 pkt 2) wartość zapasów produktów leczniczych wlicza się w połowie ich wartości.”</p>	
600.	Rozdział 4	art. 27 ust. 1 i 2	Polska Federacja Szpitali	<p>Do oceny szpitali, ustawodawca uwzględnił tylko wskaźniki ekonomiczno-finansowe, co w działalności medycznej jest niepełne. Jest to ocena wybiórcza i selektywna. Ponadto wskaźnik płynności szybkiej został zaostrzony poprzez pomniejszenie licznika ułamka o zapasy</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-</p>

				<p>Efektywność działalności podmiotu szpitalnego to jakość świadczeń i zadowolenie pacjentów, przyjazne miejsce pracy- zadowolenie personelu i wskaźniki efektywności ekonomiczno-finansowej. Te obszary się zazębiają dając wynik końcowy w postaci dobrego szpitala. Tak ocena daje pełną ocenę szpitala a nie selektywną, jednego obszaru. Ponadto zaostrenie kryterium wskaźnika płynności szybkiej poprzez pomniejszenie licznika ułamka o zapasy, przy położonym nacisku na wskaźniki ekonomiczne działalności szpitala, nawet przy dodaniu piątek wskaźnika akredytacji szpitala, niepotrzebnie zaostrza sztucznie wymogi dla szpitali, a przecież intencją ustawodawcy jest pomoc szpitalom kategorii C i D, więc wybierzmy te najbardziej potrzebujące wsparcia.</p> <p>Jak wskazano w art. 27 ust. 1 projektu ustawy na podstawie danych, o których mowa w art. 26, za rok poprzedni, dokonuje się oceny podmiotu szpitalnego i przyznania mu jednej z kategorii, o których mowa w art. 25. Zgodnie z ust. 2 ustawodawca przyjął cztery wskaźniki, na podstawie których następuje zaliczenie do kategorii A-D, przy czym punkt 2 określa wskaźnik płynności szybkiej obliczany z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, według opisanego w projekcie wzoru.</p> <p>Art. 27 ust 2 pkt 2 – z zamieszczonego wzoru usunąć z licznika „zapasy”.  Proponujemy brzmienie; art. 27. 3. Ppkt 2 wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość większą niż 0,80;  Art. 27. Dodać pkt 5) szpital posiada certyfikat akredytacyjny</p>	<p>finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.</p> <p>W powszechnie dostępnej literaturze ekonomiczno-finansowe, w konstrukcji wskaźnika płynności szybkiej nie uwzględnia się wartości zapasów. Ponadto, proponowana zmiana jest nielogiczna, gdyż usunięcie z konstrukcji wskaźnika płynności szybkiej zapasów powinno się odbyć w połączeniu z podwyższeniem rekomendowanej wartości wskaźnika przypisanej kategorii A, a nie jak proponuje się w uwadze z jej obniżeniem.</p>
601.	Rozdział 4	art. 27 ust. 1 i 2	Polska Federacja Szpitali	<p>Zgodnie z art. 27 ust. 2 punkt 2 projektu ustawy licznik wskaźnika płynności szybkiej oblicza się jako: aktywa obrotowe – należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy – krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne) – zapasy.</p> <p>Projekt ustawy nie zawiera w art. 2 zawierającym słownik pojęć definicji zapasów. Należy więc przyjąć, że jest to definicja określona w ustawie o rachunkowości, gdzie zapasy definiuje się jako rzeczowe aktywa obrotowe, przeznaczone do zużycia lub zbycia w ciągu 12 miesięcy od dnia bilansowego lub okresu dłuższego niż 12 miesięcy, jeżeli tyle trwa normalny cykl operacyjny właściwy dla danej działalności. Są to materiały nabyte w celu zużycia na własne potrzeby, wytworzone lub przetworzone przez jednostkę produkty gotowe (wyroby i usługi) zdadne do sprzedaży lub w toku produkcji, półprodukty oraz towary nabyte celem odprzedaży w stanie nieprzetworzonym (art. 3 ust. 1 pkt 18 lit. a i pkt 19 ustawy o rachunkowości). Przy takiej definicji zapasów następuje wliczenie do nich wartości zapasów produktów leczniczych, które szpital musi posiadać na odpowiednio wysokim poziomie do realizacji świadczeń zdrowotnych. W przypadku szpitali odpowiednio wysoki poziom zapasów leków świadczy o zapewnieniu bezpieczeństwa dla pacjentów na przykład w sytuacji przerwania łańcucha dostaw lub krótkotrwałego braku dostępności leku spowodowanej zakłóceniem produkcji albo dystrybucji danego produktu leczniczego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W powszechnie dostępnej literaturze ekonomiczno-finansowe, w konstrukcji wskaźnika płynności szybkiej nie uwzględnia się wartości zapasów.</p>

				<p>Obecna epidemia SARS-COV2 przyczyniła się również do potrzeby gromadzenia zapasów produktów leczniczych, bowiem ich wykorzystanie ulega zwiększeniu cyklicznie w ramach kolejnych fal epidemii wirusa Covid-19, których początku, długości trwania i skali nie jest w stanie nikt przewidzieć.</p> <p>Dla zapobieżenia sytuacji braku dostępności do produktu leczniczego dla pacjentów szpitale są więc zmuszone do tworzenia zapasów magazynowych produktów leczniczych – i nie czynią tego jako przejawu niewłaściwej gospodarki finansowej.</p> <p>Należy pamiętać, że produkty lecznicze nie mogą być porównywane z innymi materiałami przeznaczonymi do produkcji czy wykonywania usług nie tylko ze względu na wskazany wyżej cel tworzenia zapasów leków, ale również z uwagi na to, że produkty lecznicze mogą być zwracane do dostawców. W sytuacji zamknięcia Szpitala lub ograniczenia jego działalności zgodnie z deklaracjami dystrybutorów leków odbiorą oni znaczącą część produktów leczniczych pomniejszając tym samym zapasy. Takie działanie dystrybutorów polegające na przyjmowaniu zwrotu produktów leczniczych jest powszechnie przyjęte, bowiem ten rodzaj towaru podlega szczególnym zasadom dystrybucji.</p> <p>Proponujemy dodanie w art. 27 ustępu 7 o treści: „Do zapasów, o których mowa we wzorze opisanym w ust. 2 pkt 2) wartość zapasów produktów leczniczych wlicza się w połowie ich wartości.”</p>	
602.	Rozdział 4	art. 27 ust. 2	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: Do określenia kategorii, o których mowa w art. 25, wykorzystuje się obliczone na podstawie danych, o których mowa w art. 26, następujące wskaźniki ekonomiczno- finansowe: 1) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej obliczany z dokładnością do jednego miejsca po przecinku według wzoru: = Wynik z działalności operacyjnej x 100% Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne 2) wskaźnik płynności szybkiej obliczany z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku według wzoru: = Aktywa obrotowe - należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy - krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne) - zapasy Zobowiązania krótkoterminowe - zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy + rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe 3) wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem obliczany z dokładnością do jednego miejsca po przecinku według wzoru: = Zobowiązania wymagalne x 100% Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne + przychody finansowe 4) wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem obliczany z dokładnością do jednego miejsca po przecinku według wzoru: = (Zobowiązania długoterminowe + zobowiązania krótkoterminowe - fundusze specjalne) x 100% Przychody</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Rozróżnienie w dokładności obliczania wskaźników wynika z faktu, że wskaźnik płynności szybkiej, w odróżnieniu od trzech pozostałych wskaźników, nie jest wyrażany w wartości procentowej.</p>

				<p>netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne + przychody finansowe.</p> <p>Proponowane brzmienie: Do określenia kategorii, o których mowa w art. 25, wykorzystuje się obliczone na podstawie danych, o których mowa w art. 26, następujące wskaźniki ekonomiczno- finansowe: 1) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej obliczany z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku według wzoru: = Wynik z działalności operacyjnej x 100%</p> <p>Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne 2) wskaźnik płynności szybkiej obliczany z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku według wzoru: = Aktywa obrotowe - należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy - krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne) - zapasy Zobowiązania krótkoterminowe - zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy + rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe 3) wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem obliczany z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku według wzoru: = Zobowiązania wymagalne x 100%</p> <p>Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne + przychody finansowe 4) wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem obliczany z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku według wzoru: = (Zobowiązania długoterminowe + zobowiązania krótkoterminowe - fundusze specjalne) x 100%</p> <p>Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne + przychody finansowe.</p> <p>Powinny być ujednocnione obliczenia we wszystkich wskaźnikach ekonomiczno-finansowych - z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.</p>	
603.	Rozdział 4	art. 27 ust. 2	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: Do określenia kategorii, o których mowa w art. 25, wykorzystuje się obliczone na podstawie danych, o których mowa w art. 26, następujące wskaźniki ekonomiczno-finansowe:</p> <p>Proponowane brzmienie: Do określenia kategorii, o których mowa w art. 25, wykorzystuje się obliczone na podstawie danych, o których mowa w art. 26, następujące wskaźniki ekonomiczno-finansowe, odrębnie dla każdego z 3 lat:</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.</p>
604.	Rozdział 4	art. 27 ust. 2	Konferencja Rektorów	Do określenia kategorii, o których mowa w art. 25, wykorzystuje się obliczone na podstawie danych, o których mowa w art. 26, następujące wskaźniki	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

			<p>Akademickich Uczelni Medycznych</p> <p>ekonomiczno-finansowe: 1) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej obliczany z dokładnością do jednego miejsca po przecinku według wzoru: = Wynik z działalności operacyjnej x 100% Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne 2) wskaźnik płynności szybkiej obliczany z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku według wzoru: = Aktywa obrotowe – należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy – krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne) – zapasy Zobowiązania krótkoterminowe – zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy + rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe 3) wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem obliczany z dokładnością do jednego miejsca po przecinku według wzoru: = Zobowiązania wymagalne x 100% Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne + przychody finansowe 4) wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem obliczany z dokładnością do jednego miejsca po przecinku według wzoru: = (Zobowiązania długoterminowe + zobowiązania krótkoterminowe – fundusze specjalne) x 100% Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne + przychody finansowe</p> <p>Propozycja: Do określenia kategorii, o których mowa w art. 25, wykorzystuje się obliczone na podstawie danych, o których mowa w art. 26, następujące wskaźniki ekonomiczno-finansowe: 1) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej obliczany z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku według wzoru: = Wynik z działalności operacyjnej x 100% Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne 2) wskaźnik płynności szybkiej obliczany z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku według wzoru: = Aktywa obrotowe – należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy – krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne) – zapasy Zobowiązania krótkoterminowe – zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy + rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe 3) wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem obliczany z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku według wzoru: = Zobowiązania wymagalne x 100% Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne + przychody finansowe 4) wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem obliczany z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku według wzoru: = (Zobowiązania długoterminowe + zobowiązania krótkoterminowe – fundusze specjalne) x 100% Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne + przychody finansowe</p>	<p>Rozróżnienie w dokładności obliczania wskaźników wynika z faktu, że wskaźnik płynności szybkiej, w odróżnieniu od trzech pozostałych wskaźników, nie jest wyrażany w wartości procentowej.</p>
--	--	--	--	---

				Powinny być ujednoczone obliczenia we wszystkich wskaźnikach ekonomiczno-finansowych - z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.	
605.	Rozdział 4	art. 27 ust. 2	Wielkopolski Związek Szpitali	<p>Art. 27.2 Do określenia kategorii, o których mowa w art. 25, wykorzystuje się obliczone na podstawie danych, o których mowa w art. 26, następujące wskaźniki ekonomiczno-finansowe: (...).</p> <p>Ocena szpitala wyłącznie pod kątem ekonomicznym jest nieuzasadniona, ponieważ szpital należy oceniać pod kątem jakości leczenia, jego przydatności na danym terytorium, medycznego zapotrzebowania na dany profil itd.</p> <p>Ocena szpitali następuje wyłącznie pod kątem wskaźników ekonomicznych, co stawia szpitale w roli przedsiębiorstw nastawionych na zysk. Sytuacja taka może skutkować unikaniem przez szpitale wykonywania procedur „nieopłacalnych” generujących najwyższy deficyt w dążeniu do utrzymania lepszego wyniku finansowego.</p> <p>Uwzględnienie w ocenie innych wskaźników określających jakość opieki.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak propozycji konkretnych rozwiązań. Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.</p>
606.	Rozdział 4	art. 27 ust. 2	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Wyznaczone przez ustawę poziomy wskaźników ekonomiczno-finansowych: są nieadekwatne do podmiotów, jakim są szpitale. Mając na uwadze ich otoczenie ekonomiczno-finansowe planowane na 2022 rok. Przez otoczenie rozumiemy niedofinansowanie świadczeń. Przez szereg ostatnich lat poziom finansowania świadczeń przez NFZ nie ulegał podwyższeniu. Powszechne jest niedoszacowanie i niedofinansowanie ich realizacji. Województwo Opolskie od lat ma najniższe stawki w stosunku do innych województw w kraju.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Wskazane w projekcie ustawy wartości wskaźników uwzględniają specyfikę szpitali i powstały na podstawie analizy szpitali z terenu całej Polski. Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.</p>
607.	Rozdział 4	art. 27 ust. 2	Województwo Podlaskie	<p>W art. 27 ust.2 proponujemy dodać do określenia kategorii również wskaźniki jakościowe, przewidywane w planie rozwojowym i planie naprawczo-rozwojowym</p> <p>Podmiot szpitalny o wysokiej renomie/standardach/jakości/marce/specjalistach/wyposażeniu/wysokiej jakości świadczeń powinien być za to w określonym stopniu lepiej oceniony. Elementy ww. powinny mieć wpływ na ocenę.</p> <p>Uzupełnienie wskaźników ekonomiczno-finansowych o 1 lub 2 wskaźniki jakościowe przewidziane w planach: rozwojowym i naprawczo-rozwojowym. Odniesienie do projektowanej ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak propozycji konkretnych rozwiązań. Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.</p>
608.	Rozdział 4	art. 27 ust. 2	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się poszerzenie katalogu parametrów, służących do oceny podmiotu szpitalnego</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak propozycji konkretnych rozwiązań.</p>

				<p>"Na podstawie ww. wskaźników nie można dokonać oceny podmiotu szpitalnego i stwierdzić czy podmiot szpitalny jest w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej czy też nie. Oceniając sytuację ekonomiczno-finansową danej jednostki należy uwzględnić również inne parametry takie jak np.: posiadany majątek, prowadzone inwestycje i możliwość rozwoju, kadra i jej wykształcenie, zajmowana pozycja na rynku usług medycznych, zakres udzielnych świadczeń w porównaniu z otoczeniem.</p> <p>Kwalifikacja podmiotów szpitalnych do danej kategorii, uwzględniająca wyłącznie wartości osiągniętych wskaźników jest nieuzasadniona. "</p> <p>Propozycja: Uzupełnić o zapis art. 27 ust. 1 projektowanej ustawy o elementy, o których mowa w art. 31 ust. 2 oraz ust. 3 pkt: 2, 3, 4 ,5.</p>	<p>Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.</p>
609.	Rozdział 4	art. 27 ust. 2	Federacja Przedsiębiorców w Polskich	<p>Poszerzenie katalogu decydującego o przyznaniu kategorii o wskaźniki poza ekonomiczne</p> <p>Proponowane wskaźniki oceniające kondycję szpitali nie uwzględniają pozaeconomicznych walorów, takich jak np. posiadane zasoby kadrowe i ich doświadczenie, które może się wprost przełożyć na pozyskanie nowych środków na działalność szpital w związku z rozszerzeniem oferty świadczonych usług.</p> <p>Propozycja: Wprowadzenie dodatkowych kategorii oceny, uwzględniających dłuższy okres badany niż tylko ostatni rok – wówczas widać czy wdrożone w szpitalu programy przynoszą efekt w postaci wzrostu rentowności szpitala.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak propozycji konkretnych rozwiązań.</p> <p>Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.</p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.</p>
610.	Rozdział 4	art. 27 ust. 2 pkt 2	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Do obliczenia wskaźnika rentowności działalności operacyjnej przyjąć wynik z działalności operacyjnej pomniejszony o amortyzację</p> <p>Koszt amortyzacji nie oznacza wydatku, nie powinien zatem wpływać na obniżenie wskaźnika rentowności</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zgodnie z art. 41 ust. 1 pkt 2 ustawy o rachunkowości, rozliczenia międzyokresowe przychodów, dokonywane z zachowaniem zasady ostrożności, obejmują w szczególności środki pieniężne otrzymane na sfinansowanie nabycia lub</p>

					wytworzenia środków trwałych, w tym także środków trwałych w budowie oraz prac rozwojowych, jeżeli stosownie do innych ustaw nie zwiększają one kapitałów (funduszy) własnych. Zaliczone do rozliczeń międzyokresowych przychodów kwoty zwiększają stopniowo pozostałe przychody operacyjne, równoległe do odpisów amortyzacyjnych lub umorzeniowych od środków trwałych lub kosztów prac rozwojowych sfinansowanych z tych źródeł.
611.	Rozdział 4	art. 27 ust. 2 pkt 2	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Ujęcie we wzorze wskaźnika płynności szybkiej pozycji o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy</p> <p>Wskaźnik płynności szybkiej oparty jest na pozycjach o terminie realizacji do 12 miesięcy</p> <p>Propozycja: Zmienić zapis: [należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy] na: [należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty poniżej 12 miesięcy]</p> <p>Zmienić zapis: [zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy] na: [zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności poniżej 12 miesięcy].</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Wskaźnik płynności szybkiej w projekcie ustawy oparty jest na należnościach i zobowiązaniach poniżej 12 miesięcy, dlatego też we wzorze od aktywów obrotowych i zobowiązań krótkoterminowych odjęte zostały należności i zobowiązania o okresie powyżej 12 miesięcy.</p>
612.	Rozdział 4	art. 27 ust. 2 pkt 2	Województwo Pomorskie	<p>wskaźnik płynności szybkiej</p> <p>Do oceny, a w konsekwencji zaliczenia do właściwej kategorii dla szpitala wskaźnik płynności szybkiej powinien zostać skorygowany. Korekta powinna obejmować następujące wyłączenia bez których dochodzi do powstania braku współmierności licznika z mianownikiem - aktywa obrotowe znajdujące się w liczniku nie zawierają pozycji dot. środków trwałych, takich jak środki trwałe w budowie czy pozostałe środki prezentowane w grupie aktywów trwałych, których źródła finansowania prezentowane są w zobowiązaniach krótkoterminowych, które występują w mianowniku wskaźnika. Zawierają one również zobowiązania inwestycyjne, jak również raty kredytów inwestycyjnych do spłaty w roku obrotowym (w ciągu najbliższych 12 m-cy). Pozostawienie wskaźnika w aktualnej postaci niesie informacje ekonomiczne ale powoduje, że wskaźnik przyjmuje niższe wartości w przypadku szpitali prowadzących np. intensywne działania o charakterze inwestycyjnym.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zgodnie z dostępną literaturą ekonomiczno-finansową, w konstrukcji wskaźnika płynności szybkiej nie uwzględnia się składników aktywów trwałych.</p> <p>Zgodnie z ideą wskaźnika płynności szybkiej, określa on możliwość pokrycia bieżących zobowiązań krótkoterminowych przez płynne aktywa obrotowe.</p>



				<p>Szpitala te zostaną sklasyfikowane do niższej kategorii, podczas gdy powinny one być promowane jako placówki wzorcowe.</p> <p>Propozycja: Skorygowanie wskaźnika</p>	
613.	Rozdział 4	art. 27 ust. 2 pkt 2	Pracodawcy Pomorza	<p>Do oceny, a w konsekwencji zaliczenia do właściwej kategorii dla szpitala wskaźnik płynności szybkiej powinien zostać skorygowany. Korekta powinna obejmować następujące wyłączenia bez których dochodzi do powstania braku współmierności licznika z mianownikiem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aktywa obrotowe znajdujące się w liczniku nie zawierają pozycji dot. środków trwałych, takich jak środki trwałe w budowie czy pozostałe środki prezentowane w grupie aktywów trwałych, których źródła finansowania prezentowane są w:</li> <li>- zobowiązaniach krótkoterminowych, które występują w mianowniku wskaźnika. Zawierają one również zobowiązania inwestycyjne, jak również raty kredytów inwestycyjnych do spłaty w roku obrotowym (w ciągu najbliższych 12 m-cy).</li> </ul> <p>Pozostawienie wskaźnika w aktualnej postaci niesie informacje ekonomiczne ale powoduje, że wskaźnik przyjmuje niższe wartości w przypadku szpitali prowadzących np. intensywne działania o charakterze inwestycyjnym. Szpitale te zostaną sklasyfikowane do niższej kategorii, podczas gdy powinny one być promowane jako placówki wzorcowe.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zgodnie z dostępną literaturą ekonomiczno-finansową, w konstrukcji wskaźnika płynności szybkiej nie uwzględnia się składników aktywów trwałych.</p> <p>Zgodnie z ideą wskaźnika płynności szybkiej, określa on możliwość pokrycia bieżących zobowiązań krótkoterminowych przez płynne aktywa obrotowe.</p>
614.	Rozdział 4	art. 27 ust. 2 pkt 4	Szpital Miejski im. św. Jana Pawła II w Elblągu	<p>Do wyliczenia wskazanego w art. 27 ust. 2 pkt. 4) wskaźnika zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmowane również będą zobowiązania długoterminowe.</p> <p>Szpitala stabilne finansowo, rozwijające się, niemające zobowiązań wymagalnych - realizują zadania inwestycyjne, które finansowane są z uwagi na posiadaną zdolność kredytową, z długoterminowych kredytów inwestycyjnych. U takich Szpitali wartość wskaźnika zobowiązań ogółem do przychodów ogółem z tytułu zaciągniętych kredytów inwestycyjnych (zobowiązania długoterminowe inwestycyjne, nie na spłatę innych zobowiązań) będzie przyjmować wartość wyższą niż 30%, co przy założeniu spełnienia łącznie wszystkich warunków wpłynie negatywnie na kwalifikację do kategorii.</p> <p>Zasadne jest dokonanie zmiany przedmiotowego wskaźnika, aby uniknąć karaniami efektywnie zarządzanych podmiotów leczniczych.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zbyt wysoka wartość zobowiązań ogółem w stosunku do przychodów ogółem może powodować zagrożenie dla możliwości spłaty tych zobowiązań.</p>
615.	Rozdział 4	art. 27 ust. 2 pkt 4	Wojewoda Warmińsko-Mazurski	<p>Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa przewiduje dokonywanie oceny podmiotu leczniczego w oparciu o wskaźniki ekonomiczno-finansowe w zakresie rentowności, płynności oraz zobowiązań.</p> <p>Do wyliczenia wskazanego w art. 27 ust. 2 pkt. 4) wskaźnika zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmowane będą również zobowiązania długoterminowe. Szpitale stabilne finansowo, rozwijające się, niemające zobowiązań wymagalnych - realizują zadania inwestycyjne, które</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zbyt wysoka wartość zobowiązań ogółem w stosunku do przychodów ogółem może powodować zagrożenie dla możliwości spłaty tych zobowiązań.</p>

				<p>finansowane są z uwagi na posiadaną zdolność kredytową, z długoterminowych kredytów inwestycyjnych. U takich Szpitali wartość wskaźnika zobowiązań ogółem do przychodów ogółem z tytułu zaciągniętych kredytów inwestycyjnych (zobowiązania długoterminowe inwestycyjne, a nie na spłatę innych zobowiązań) będzie przyjmować wartość wyższą niż 30%, co przy założeniu spełnienia łącznie wszystkich warunków wpłynie negatywnie na kwalifikację do kategorii. Zasadne jest dokonanie zmiany przedmiotowego wskaźnika, aby uniknąć karania efektywnie zarządzanych podmiotów leczniczych.</p>	
616.	Rozdział 4	art. 27 ust. 2, 3, 5, 6	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	<p>Do oceny szpitali, ustawodawca uwzględnił tylko wskaźniki ekonomiczno-finansowe, co w działalności medycznej jest niepełne. Jest to ocena wybiórcza i selektywna. Ponadto, wskaźnik płynności szybkiej został zaostrzony poprzez pomniejszenie licznika ułamka o zapasy.</p> <p>Efektywność działalności podmiotu szpitalnego to jakość świadczeń i zadowolenie pacjentów, bezpieczne miejsce pracy- zadowolenie personelu i wskaźniki efektywności ekonomiczno-finansowej. Te obszary się zająbiają dając wynik końcowy w postaci dobrego szpitala. Taka ocena daje pełną ocenę szpitala, a nie selektywną jednego obszaru. Ponadto, zaostrzenie kryterium wskaźnika płynności szybkiej poprzez pomniejszenie licznika ułamka o zapasy, przy położonym nacisku na wskaźniki ekonomiczne działalności szpitala, nawet przy dodaniu wskaźnika akredytacji szpitala, niepotrzebnie zaostrza sztucznie wymogi dla szpitali, a przecież intencją ustawodawcy jest pomoc szpitalom kategorii C i D, więc wybierzmy te najbardziej potrzebujące wsparcia.</p> <p>Art. 27 ust. 2 pkt 2 – z zamieszczonego wzoru usunąć z licznika „zapasy”.  Art. 27 ust. 2 dodać pkt 5 - szpital posiada certyfikat akredytacyjny  Art. 27 ust. 3 zmienić brzmienie na: „Do kategorii A kwalifikuje się podmiot szpitalny, który spełnia co najmniej 4 warunki, z wymienionych pięciu poniżej”.  Art. 27 ust. 3 dodać pkt 5 - szpital posiada certyfikat akredytacyjny  Art. 27 ust. 5 i art. 27 ust. 6 dodać warunek: szpital posiada certyfikat akredytacyjny.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.  W powszechnie dostępnej literaturze ekonomiczno-finansowe, w konstrukcji wskaźnika płynności szybkiej nie uwzględnia się wartości zapasów.</p>
617.	Rozdział 4	art. 27 ust. 2, 3, 5, 6	Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Szpitali Specjalistycznych w Olsztynie	<p>Do oceny szpitali, ustawodawca uwzględnił tylko wskaźniki ekonomiczno-finansowe, co w działalności medycznej jest niepełne. Jest to ocena wybiórcza i selektywna. Ponadto wskaźnik płynności szybkiej został zaostrzony poprzez pomniejszenie licznika ułamka o zapasy.</p> <p>Efektywność działalności podmiotu szpitalnego to jakość świadczeń i zadowolenie pacjentów, przyjazne miejsce pracy- zadowolenie personelu i wskaźniki efektywności ekonomiczno-finansowej. Te obszary się zająbiają dając wynik końcowy w postaci dobrego szpitala. Tak ocena daje pełną ocenę szpitala a nie selektywną, jednego obszaru. Ponadto zaostrzenie kryterium wskaźnika płynności szybkiej poprzez pomniejszenie licznika</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa</p>

				<p>ułamka o zapasy, przy położonym nacisku na wskaźniki ekonomiczne działalności szpitala, nawet przy dodaniu piątek wskaźnika akredytacji szpitala, niepotrzebnie zaostrza sztucznie wymogi dla szpitali, a przecież intencją ustawodawcy jest pomoc szpitalom kategorii C i D, więc wybierzmy te najbardziej potrzebujące wsparcia.</p> <p>Art. 27 ust 2 pkt 2 – z zamieszczonego wzoru usunąć z licznika „zapasy”.</p> <p>Art. 27. Dodać pkt 5) szpital posiada certyfikat akredytacyjny</p> <p>Art. 27.3 zmienić brzmienie na: „Do kategorii A kwalifikuje się podmiot szpitalny który spełnia co najmniej 4 warunki, z wymienionych pięciu poniżej:</p> <p>....</p> <p>Art. 27.3 dodać:</p> <p>5) szpital posiada certyfikat akredytacyjny</p> <p>Tak samo uzupełnić o kolejny wskaźnik posiadania akredytacji w art. 27.5 i art. 27.6.</p>	<p>kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.</p> <p>W powszechnie dostępnej literaturze ekonomiczno-finansowe, w konstrukcji wskaźnika płynności szybkiej nie uwzględnia się wartości zapasów.</p>
618.	Rozdział 4	art. 27 ust. 2, 3, 5, 6	Związek Województw RP - Województwo Warmińsko-Mazurskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Do oceny szpitali, ustawodawca uwzględnił tylko wskaźniki ekonomiczno-finansowe, co w działalności medycznej jest niepełne. Jest to ocena wybiórcza i selektywna. Ponadto wskaźnik płynności szybkiej został zaostrzony poprzez pomniejszenie licznika ułamka o zapasy.</p> <p>Efektywność działalności podmiotu szpitalnego to jakość świadczeń i zadowolenie pacjentów, przyjazne miejsce pracy- zadowolenie personelu i wskaźniki efektywności ekonomiczno-finansowej. Te obszary się zająbiają dając wynik końcowy w postaci dobrego szpitala. Tak ocena dają pełną ocenę szpitala a nie selektywną, jednego obszaru. Ponadto zaostrzenie kryterium wskaźnika płynności szybkiej poprzez pomniejszenie licznika ułamka o zapasy, przy położonym nacisku na wskaźniki ekonomiczne działalności szpitala, nawet przy dodaniu piątek wskaźnika akredytacji szpitala, niepotrzebnie zaostrza sztucznie wymogi dla szpitali, a przecież intencją ustawodawcy jest pomoc szpitalom kategorii C i D, więc wybierzmy te najbardziej potrzebujące wsparcia.</p> <p>Art. 27 ust 2 pkt 2 – z zamieszczonego wzoru usunąć z licznika „zapasy”.</p> <p>Art. 27. Dodać pkt 5) szpital posiada certyfikat akredytacyjny</p> <p>Art. 27.3 zmienić brzmienie na: „Do kategorii A kwalifikuje się podmiot szpitalny który spełnia co najmniej 4 warunki, z wymienionych pięciu poniżej:</p> <p>....</p> <p>Art. 27.3 dodać:</p> <p>5) szpital posiada certyfikat akredytacyjny</p> <p>Tak samo uzupełnić o kolejny wskaźnik posiadania akredytacji w art. 27.5 i art. 27.6.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.</p> <p>W powszechnie dostępnej literaturze ekonomiczno-finansowe, w konstrukcji wskaźnika płynności szybkiej nie uwzględnia się wartości zapasów.</p>
619.	Rozdział 4	art. 27 ust. 3. pkt 2	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Przyjęcie wskaźnika na poziomie 1,00 jest zbyt wysokie dla podmiotów szpitalnych.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Kategoria A dedykowana jest podmiotom szpitalnym w najlepszej sytuacji finansowej. W literaturze</p>

				<p>Wskaźnik płynności finansowej na poziomie 1,00 jest dobrym rozwiązaniem w przypadku działalności podmiotu który samodzielnie ustala stawki swoich usług, w przypadku podmiotów szpitalnych stawki usług są ustalane przez AOTiM gdzie dopuszczone są sytuacje w których podmiot szpitalny jest zobowiązany do realizacji procedur medycznych za które nie uzyskuje odpowiednich przychodów</p> <p>Art. 27. 3. Ppkt 2 wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość większą niż 0,80;</p>	<p>przyjmuje się wartość wskaźnika płynności na poziomie 1,00 jako bezpieczną dla właściwego funkcjonowania podmiotu, stąd w przypadku podmiotów szpitalnych zaliczanych do najwyższej kategorii, wartości tej nie można uznać za zbyt wysoką.</p>
620.	Rozdział 4	art. 27 ust. 3	<p>Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość 0%; Podmioty zakwalifikowane do grupy A nie powinny mieć jakichkolwiek zobowiązań wymagalnych</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Co do zasady podmioty szpitalne nie powinny mieć zobowiązań wymagalnych, jednak z przyczyn technicznych, może zdarzyć się incydentalna sytuacja nieopłacenia faktury w terminie, co nie musi świadczyć o złej sytuacji finansowej.</p>
621.	Rozdział 4	art. 27 ust. 3	<p>Uniwersytet Opolski</p>	<p>Proponuje się dodanie oceny efektywności</p> <p>"Ustawodawca w projekcie nie określił pojęcia „efektywności szpitalnictwa”, chociaż termin ten został użyty w nazwie ustawy. Daje to podstawę do swobodnego definiowania w/w zjawiska czy procesu. Jest to istotne z punktu widzenia oceny szpitali, gdyż efektywność jest wykorzystywana dla podmiotów gospodarczych i nie powinna być utożsamiana z efektywnością szpitala, ze względu chociażby na funkcje społeczne jakie spełniają szpitale.</p> <p>W projekcie ustawy nie przedstawiono ilościowych i jakościowych narzędzi pomiaru efektywności, co czyni ustawę w tym zakresie niedookreśloną, czyli uznaniową. Zawarte w projekcie wskaźniki analizy finansowej, będące odzwierciedleniem układu bilansowego i rachunku zysków i strat nie powinny być utożsamiane z pojęciem efektywności.</p> <p>Efektywność należy traktować jako swoistego rodzaju relację pomiędzy nakładami i efektami. Projekt wymaga zatem dookreślenia, co rozumiemy pod pojęciem „efektu” w systemie szpitalnictwa. Określenie relacji nakłady-efekty pozwoli na porównywanie szpitali pod względem efektywności, wyznaczając jednocześnie benchmarki. Projekt ustawy w „Uzasadnieniu” wspomina incydentalnie o nakładach i efektach, np. wykorzystanie bazy, inwestycje, dostępność udzielanych świadczeń, zasoby kadrowe, infrastruktura medyczna (s. 79-80).</p> <p>W uzupełnieniu oceny podmiotu szpitalnego (art. 27 projektu ustawy) proponuje się wprowadzenie oceny efektywności świadczonych usług medycznych z wykorzystaniem metody nieparametrycznej DEA. Badanie</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak konkretnej propozycji. Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny. Dodatkowo, z uwagi na fakt istotności procesu akredytacji podmiotów szpitalnych, przedmiotowa kwestia uregulowana zostanie w odrębnym akcie prawnym.</p>

				<p>efektywności pozwoli również na ocenę wykorzystania środków uzyskiwanych z NFZ, budżetu państwa, samorządów, Unii Europejskiej, itp.</p> <p>"</p> <p>Propozycja: pkt. 5 wskaźnik efektywności DEA=100% - jest jednostką efektywną</p>	
622.	Rozdział 4	art. 27 ust. 3 pkt 3	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Należy zmienić wartości wskaźnika zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem z poziomu 0,2% na 2%. Zaproponowana w projekcie ustawy wartość jest zbyt niska.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Co do zasady podmioty szpitalne nie powinny mieć zobowiązań wymagalnych, jednak z przyczyn technicznych, może zdarzyć się incydentalna sytuacja nieopłacenia faktury w terminie, co nie musi świadczyć o złej sytuacji finansowej, dlatego też przyjęto poziom 0,2%.</p>
623.	Rozdział 4	art. 27 ust. 3 pkt 6	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>"3. Do kategorii A kwalifikuje się podmiot szpitalny, który spełnia łącznie następujące warunki:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość większą niż 0,0%;</li> <li>2) wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość większą niż 1,00;</li> <li>3) wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość mniejszą niż 0,2%;</li> <li>4) wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmuje wartość mniejszą niż 30,0%.</li> </ol> <p>4. Do kategorii B kwalifikuje się podmiot szpitalny, który nie kwalifikuje się do kategorii A, C albo D.</p> <p>5. Do kategorii C kwalifikuje się podmiot szpitalny, który nie został zakwalifikowany do kategorii D, oraz:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) spełnia łącznie następujące warunki: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż -2,0%,</li> <li>b) wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,70 lub</li> </ol> </li> <li>2) w przypadku którego wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 5% i jednocześnie mniejszą lub równą 15%.</li> </ol> <p>6. Do kategorii D kwalifikuje się podmiot szpitalny:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) spełniający łącznie następujące warunki: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż -5,0%,</li> <li>b) wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,35,</li> <li>c) wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 50%</li> </ol> </li> <li>lub</li> <li>2) w przypadku, którego wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 15%." </li></ol>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Kategoria A dedykowana jest podmiotom szpitalnym w najlepszej sytuacji finansowej. Co do zasady podmiot szpitalny w dobrej sytuacji finansowej nie powinien generować ujemnych wyników finansowych.</p>

				<p>Propozycja: 1) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość większą lub równą -0,2%.</p> <p>Z uwagi na fakt, iż niewielka strata będzie miała marginalny wpływ na sytuację szpitala powinno się dopuścić niewielką wartość minusowego wskaźnika rentowności dla kategorii A, tym bardziej, że na ten wskaźnik ma wpływ również wysokość rezerwy na nagrody jubileuszowe i odprawy emerytalne i wysokość amortyzacji.</p>	
624.	Rozdział 4	art. 27 ust. 3 i 4	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Wyznaczone przez ustawę poziomy wskaźników ekonomiczno-finansowych: są nieadekwatne do podmiotów, jakim są szpitale.</p> <p>Wyznaczone poziomy wskaźników kategorii A i B zostały wyznaczone na poziomie dobrze prosperujących firm nastawionych na zysk i nie mogą być wyznaczone dla szpitali dla których osiągnięcie zysku nie jest priorytetowym celem. Takim celem dla szpitali jest leczenie i poprawa stanu zdrowia pacjentów.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Wskazane w projekcie ustawy wartości wskaźników uwzględniają specyfikę szpitali i powstały na podstawie analizy szpitali z terenu całej Polski.</p>
625.	Rozdział 4	art. 27 ust. 3-6	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: 3. Do kategorii A kwalifikuje się podmiot szpitalny, który spełnia łącznie następujące warunki:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość większą niż 0,0%;</li> <li>2) wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość większą niż 1,00;</li> <li>3) wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość mniejszą niż 0,2%;</li> <li>4) wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmuje wartość mniejszą niż 30,0%.</li> </ol> <p>4. Do kategorii B kwalifikuje się podmiot szpitalny, który nie kwalifikuje się do kategorii A, C albo D.</p> <p>5. Do kategorii C kwalifikuje się podmiot szpitalny, który nie został zakwalifikowany do kategorii D, oraz:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) spełnia łącznie następujące warunki: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż -2,0%,</li> <li>b) wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,70 lub</li> </ol> </li> <li>2) w przypadku którego wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 5% i jednocześnie mniejszą lub równą 15%.</li> </ol> <p>6. Do kategorii D kwalifikuje się podmiot szpitalny:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) spełniający łącznie następujące warunki: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż -5,0%,</li> <li>b) wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,35,</li> <li>c) wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 50%</li> </ol> </li> </ol> <p>lub</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Kategoria A dedykowana jest podmiotom szpitalnym w najlepszej sytuacji finansowej. Co do zasady podmiot szpitalny w dobrej sytuacji finansowej nie powinien generować ujemnych wyników finansowych.</p>

				<p>2) w przypadku, którego wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 15%. Proponowane brzmienie: 1) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość większą lub równą -0,2%;</p> <p>Z uwagi na fakt, iż niewielka strata będzie miała marginalny wpływ na sytuację szpitala powinno się dopuścić niewielką wartość minusowego wskaźnika rentowności dla kategorii A, tym bardziej, że na ten wskaźnik ma wpływ również wysokość rezerwy na nagrody jubileuszowe i odprawy emerytalne i wysokość amortyzacji.</p>	
626.	Rozdział 4	art. 27 ust. 5 pkt 1	Polska Federacja Szpitali	<p>Przyjęcie wskaźnika rentowności na poziomie -2,00 jest zbyt rygorystyczne dla podmiotów szpitalnych Wskaźnik rentowności działalności operacyjnej -2,00 jest zbyt rygorystycznym rozwiązaniem ponieważ stawki podmiotów szpitalnych usług są ustalane przez AOTMiT gdzie dopuszczone są sytuacje w których podmiot szpitalny jest zobowiązany do realizacji procedur medycznych które są niedochodowe</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Wskazane w projekcie ustawy wartości wskaźników uwzględniają specyfikę szpitali i powstały na podstawie analizy szpitali z terenu całej Polski. Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.</p>
627.	Rozdział 4	art. 27 ust. 5	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>"Zmniejszenie wskaźnika płynności szybkiej z 0,7 na 0,5. Zmiana wskaźnika rentowności operacyjnej z proponowanej -2% na -5% 5. Do kategorii C kwalifikuje się podmiot szpitalny, który nie został zakwalifikowany do kategorii D, oraz: 1) spełnia łącznie następujące warunki: a) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż -5,0%, b) wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,50"</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Wskazane w projekcie ustawy wartości wskaźników uwzględniają specyfikę szpitali i powstały na podstawie analizy szpitali z terenu całej Polski.</p>
628.	Rozdział 4	art. 27 ust. 5	Województwo Podlaskie	<p>Brak odniesienia do podmiotów C i D, w zakresie wskaźnik ekonomiczno-finansowego 3- wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem obliczany z dokładnością do jednego miejsca po przecinku uwzględnić wskaźnik nr 3</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Wartości wskaźnika zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem są brane pod uwagę przy określaniu kategorii C i D.</p>
629.	Rozdział 4	art. 27 ust. 5	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dodanie oceny efektywności Uzasadnienie: jak do uwagi do art. 27 ust. 3 Propozycja: pkt. 1c wskaźnik efektywności 50%&lt;DEA&lt;75%</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak konkretnej propozycji. Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny.</p>
630.	Rozdział 4	art. 27 ust. 5 pkt 1	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Przyjęcie wskaźnika rentowności na poziomie -2,00 jest zbyt rygorystyczne dla podmiotów szpitalnych.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p>

				<p>Wskaźnik wskaźnik rentowności działalności operacyjnej -2,00 jest zbyt rygorystycznym rozwiązaniem ponieważ stawki podmiotów szpitalnych usług są ustalane przez AOTiM gdzie dopuszczone są sytuacje w których podmiot szpitalny jest zobowiązany do realizacji procedur medycznych które są niedochodowe</p> <p>Proponuje się: Art. 27. 5. Ppkt 1 spełnia łącznie następujące warunki: a) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż -5,0%, b) wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,60</p>	Wskazane w projekcie ustawy wartości wskaźników uwzględniają specyfikę szpitali i powstały na podstawie analizy szpitali z terenu całej Polski.
631.	Rozdział 4	art. 27 ust. 5 pkt 1	Zarząd Powiatu w Wieluniu	<p>Zmiana zapisu dot. poziomu wskaźnika płynności szybkiej</p> <p>Wskaźnik na poziomie 0,7 jest nieosiągalny dla SPZOZ w Wieluniu pomimo znacznej poprawy zarządzania płynnością.</p> <p>Propozycja: Wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,6</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Wskazane w projekcie ustawy wartości wskaźników uwzględniają specyfikę szpitali i powstały na podstawie analizy szpitali z terenu całej Polski.</p>
632.	Rozdział 4	art. 27 ust. 5-6	Województwo Podlaskie	<p>W art.27 ust.5 i 6 wartości graniczne powinny być wyrażone zgodnie z regułą określoną w art.27 ust.2 pkt 1-4 ustawy tj. z jednym miejscem po przecinku</p> <p>-Zgodność z regułą, - zgodność zapisu w obrębie tego samego ustępu - jednolite ujęcie jak w ust.3 -utrwalenie sposobu zaokrągleń - możliwy wpływ na wynik</p> <p>Proponowane brzmienie art.27 ust. 5-6:</p> <p>5. Do kategorii C kwalifikuje się podmiot szpitalny, który nie został zakwalifikowany do kategorii D, oraz: 1) spełnia łącznie następujące warunki: a) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż -2,0%, b) wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,70 lub 2) w przypadku którego wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 5,0% i jednocześnie mniejszą lub równą 15,0%. 6. Do kategorii D kwalifikuje się podmiot szpitalny:</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Zwiększono dokładność do jednego miejsca po przecinku wskaźnika zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem i wskaźnika zobowiązań ogółem do przychodów ogółem.</p>



				<p>1) spełniający łącznie następujące warunki:  a) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż -5,0%,  b) wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,35,  c) wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 50,0%  lub  2) w przypadku, którego wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 15,0%.</p>	
633.	Rozdział 4	art. 27 ust. 6 pkt 1	Polska Federacja Szpitali	<p>Przyjęcie wskaźnika rentowności na poziomie -5,00 jest zbyt rygorystyczne dla podmiotów szpitalnych  Wskaźnik rentowności działalności operacyjnej -5,00 jest zbyt rygorystycznym rozwiązaniem ponieważ stawki podmiotów szpitalnych usług są ustalane przez AOTMiT gdzie dopuszczone są sytuacje w których podmiot szpitalny jest zobowiązany do realizacji procedur medycznych które są niedochodowe</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Wskazane w projekcie ustawy wartości wskaźników uwzględniają specyfikę szpitali i powstały na podstawie analizy szpitali z terenu całej Polski.  Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.</p>
634.	Rozdział 4	art. 27 ust. 6	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dodanie oceny efektywności  Uzasadnienie: jak do uwagi do art. 27 ust. 3  Propozycja: pkt. 1d wskaźnik efektywności DEA&lt;50%</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Brak konkretnej propozycji.  Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny.</p>
635.	Rozdział 4	art. 27 ust. 6 pkt 1	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Przyjęcie wskaźnika rentowności na poziomie -5,00 jest zbyt rygorystyczne dla podmiotów szpitalnych.  Wskaźnik rentowności działalności operacyjnej -5,00 jest zbyt rygorystycznym rozwiązaniem ponieważ stawki podmiotów szpitalnych usług są ustalane przez AOTMiT gdzie dopuszczone są sytuacje w których podmiot szpitalny jest zobowiązany do realizacji procedur medycznych które są niedochodowe  Proponuje się Art. 27. 6. Ppkt 1 spełniający łącznie następujące warunki:  a) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż -10,0%,  b) wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,30,</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Wskazane w projekcie ustawy wartości wskaźników uwzględniają specyfikę szpitali i powstały na podstawie analizy szpitali z terenu całej Polski.</p>

				c) wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 80%	
636.	Rozdział 5	art. 28 ust. 1	Rada Główna Instytutów Badawczych	ujednoczenie zapisów: 1 miesiąc - 30 dni - „miesiąc” nie jest miarodajną jednostką czasu” w całym projekcie w odniesieniu do terminów używane jest często odniesienie do miesiąc jako jednostka miary czasu; określenie miesiąc jest niejednoznaczne (od 28 do 31 dni) w całym projekcie określenie terminów w dniach	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Termin oznaczony w miesiącach kończy się z upływem dnia, który datą odpowiada początkowemu dniowi terminu, a gdyby takiego dnia w ostatnim miesiącu nie było - to w ostatnim dniu tego miesiąca.
637.	Rozdział 5	art. 28 ust. 1	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	ujednoczenie zapisów: 1 miesiąc - 30 dni - „miesiąc” nie jest miarodajną jednostką czasu” w całym projekcie w odniesieniu do terminów używane jest często odniesienie do miesiąc jako jednostka miary czasu; określenie miesiąc jest niejednoznaczne (od 28 do 31 dni) w całym projekcie określenie terminów w dniach	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Termin oznaczony w miesiącach kończy się z upływem dnia, który datą odpowiada początkowemu dniowi terminu, a gdyby takiego dnia w ostatnim miesiącu nie było - to w ostatnim dniu tego miesiąca.
638.	Rozdział 5	art. 28 ust. 2	Rada Główna Instytutów Badawczych	brakuje wskazania terminu wniesienia zażalenia	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zgodnie z art. 13 ust. 3 projektu zażalenie wnosi się w terminie 7 dni od dnia doręczenia postanowienia.
639.	Rozdział 5	art. 28 ust. 2	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	brakuje wskazania terminu wniesienia zażalenia	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zgodnie z art. 13 ust. 3 projektu zażalenie wnosi się w terminie 7 dni od dnia doręczenia postanowienia.
640.	Rozdział 5	art. 28 ust. 2	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Zażalenie na postanowienie Prezesa Agencji dot. przyznania kategorii podmiotowi szpitalnemu do sądu restrukturyzacyjnego – jaką rangę prawną posiada decyzja Prezesa, skoro wykluczono z tego stosowanie KPA. Przyznanie kategorii A i B następuje w terminie 1 miesiąca od przesłania sprawozdania finansowego oraz dokonania oceny wskaźnikowej. Natomiast przyznanie kategorii C albo D, następuje po upływie 2 miesięcy. Jednocześnie wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe i ustanawia nadzorcę podmiotu. Nasuwa się pytanie, dlaczego przyznanie kategorii C albo D wymaga 2 miesięcy, skoro opiera się na tych samych danych, co w przypadku kategorii A lub B?	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
641.	Rozdział 5	art. 28 ust. 2	Sąd Okręgowy w Warszawie	Z całości przepisów ustawy wynika, że Sąd ma rozpoznawać zażalenia na podstawie ustawy Prawo restrukturyzacyjne. Powstają jednak wątpliwości czy do rozpoznania zażaleń na postanowienia dotyczące planu rozwoju szpitali powinny mieć zastosowanie te właśnie przepisy. Jak wynika z treści ustawy przepisy rozdziału 4 – 6 dotyczą przeprowadzenia nie planu naprawczego, a planu rozwoju. Stąd wątpliwe może być stosowanie w tych sprawach przepisów Prawa restrukturyzacyjnego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zaproponowane rozwiązania mają na celu, aby cały proces był spójny.

642.	Rozdział 5	art. 28 ust. 2	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Zażalenie na postanowienie Prezesa Agencji dot. przyznania kategorii podmiotowi szpitalnemu do sądu restrukturyzacyjnego – jaką rangę prawną posiada decyzja Prezesa, skoro wykluczono z tego stosowanie KPA.</p> <p>Przyznanie kategorii A i B następuje w terminie 1 miesiąca od przesłania sprawozdania finansowego oraz dokonania oceny wskaźnikowej. Natomiast przyznanie kategorii C albo D, następuje po upływie 2 miesięcy. Jednocześnie wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe i ustanawia nadzorcę podmiotu. Nasuwa się pytanie, dlaczego przyznanie kategorii C albo D wymaga 2 miesięcy, skoro opiera się na tych samych danych, co w przypadku kategorii A lub B?</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
643.	Rozdział 5	art. 28 ust. 2, art. 29 ust. 1 zd. 2	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	<p>W przypadku podmiotów szpitalnych działających w ramach spółek prowadzących działalność leczniczą uzupełnić o podmioty, o których mowa w art. 6 ust. 9 ustawy o działalności leczniczej.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Definicja podmiotu szpitalnego zawarta jest w słowniczku.</p>
644.	Rozdział 5	art. 28 ust. 2, art. 29 ust. 1 zd. 2	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	<p>W przypadku podmiotów szpitalnych działających w ramach spółek prowadzących działalność leczniczą uzupełnić o podmioty, o których mowa w art. 6 ust. 9 ustawy o działalności leczniczej.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Definicja podmiotu szpitalnego zawarta jest w słowniczku.</p>
645.	Rozdział 5	art. 28, art. 29	Grupa Nowy Szpital Holding S.A.	<p>Treść uwagi: Prawo do skutecznego środka zaskarżenia i sądu</p> <p>Uzasadnienie: Zgodnie z projektem postanowienia doręcza się podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu. Te same podmioty mają prawo wnieść zażalenie. Pomija się natomiast w tym zakresie podmioty wykonujące działalność leczniczą inne niż szpitalne, na których sytuację prawną może to postanowienie oddziaływać. Te podmioty mogą mieć interes prawny lub faktyczny w jego zaskarżeniu.</p> <p>Proponowane rozwiązanie: Wprowadzenie obowiązku doręczenia postanowienia oraz możliwości złożenia zażalenia przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, na które postanowienie może wywierać wpływ.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak uzasadnienia dla wprowadzenia otwartego katalogu podmiotów mogących złożyć zażalenie.</p>
646.	Rozdział 5	art. 28, art. 29, art. 30	Województwo Pomorskie	<p>Kategoria podmiotu</p> <p>Zakwalifikowanie do konkretnej kategorii podmiotu skutkuje powstaniem szeregu obowiązków, czy nawet ograniczeniem uprawnień. W konsekwencji powinna być to jednak decyzja administracyjna. Na te postanowienia przysługują zażalenia – do sądu (Sąd Okręgowy w Warszawie). Należy odpowiedzieć na pytanie: czy to jest sprawa cywilna, czy administracyjna – jeżeli administracyjna i decyzja, to przysługiwałby tok odwoławczy oraz skargowy.</p> <p>W artykułach 28 i 29, a także 30 – zamiast formuły postanowienia winna być forma decyzji administracyjnej.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>O dopuszczalności bądź niedopuszczalności drogi sądowej nie decyduje obiektywne istnienie albo nieistnienie roszczenia podlegającego ochronie na drodze sądowej, lecz przesądzają twierdzenia (powoda) o istnieniu stosunku prawnego z zakresu objętego pojęciem sprawy cywilnej w rozumieniu art. 1 i art. 2 § 1 i 3 k.p.c. "Sprawa cywilna" to abstrakcyjny stosunek prawny z zakresu prawa cywilnego i dopiero proces ma na celu wiążące ustalenie istnienia albo nieistnienia konkretnego</p>

					stosunku cywilnoprawnego (rozstrzygana przez jej przedmiot zgodnie z art. 1 k.p.c.). Przedmiot ma charakter cywilny sensu largo, bo o ile występuje organ, to reguluje (generuje skutki) w stosunkach cywilnych - np. zmiana zasad regulowania zobowiązań. Jednocześnie uznać należy że, jeżeli dochodzi do wszczęcia sprawy w rozumieniu art. 45 Konstytucji RP, a więc sprawy cywilnej, sądowno-administracyjnej, ale także sprawy, która nie może być przypisana do którejkolwiek z tych kategorii musi ona być - w związku z bezwzględny charakterem konstytucyjnego prawa do sądu - rozpoznana przez sąd powszechny, zgodnie z art. 177 Konstytucji RP.
647.	Rozdział 5	art. 29	Rada Główna Instytutów Badawczych	brakuje dookreślenia terminu wniesienia zażalenia	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zgodnie z art. 13 ust. 3 projektu zażalenie wnosi się w terminie 7 dni od dnia doręczenia postanowienia.
648.	Rozdział 5	art. 29	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	brakuje dookreślenia terminu wniesienia zażalenia	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zgodnie z art. 13 ust. 3 projektu zażalenie wnosi się w terminie 7 dni od dnia doręczenia postanowienia.
649.	Rozdział 5	art. 29	Województwo Podlaskie	W art. 29 proponujemy dodać analogiczny ustęp jak w art. 28 ust.2  Uzupełnienie  Proponowane brzmienie art. 29: Art. 29.1 W stosunku do podmiotu szpitalnego spełniającego warunki określone w art. 27 ust. 5 albo 6, Prezes Agencji, w terminie 2 miesięcy od dnia upływu terminu określonego w art. 26 ust. 1 albo 2 zdanie pierwsze, wydaje postanowienie o przyznaniu podmiotowi szpitalnemu odpowiednio kategorii C albo D, wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego i ustanowieniu nadzorcy. 2. Postanowienie, o którym mowa w ust. 1, doręcza się podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu. Na postanowienie podmiotom tym służy zażalenie.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
650.	Rozdział 5	art. 29	Uniwersytet Opolski	Proponuje się dokonanie korekty art. 29  Z uwagi na wykreślenie z ustawy art.38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty w odniesieniu do art. 29  Propozycja: "Art. 29. W stosunku do podmiotu szpitalnego spełniającego warunki określone w art. 27 ust. 5 albo 6, Prezes Agencji, w terminie 2 miesięcy od dnia upływu terminu określonego w art. 26 ust. 1 albo 2 zdanie pierwsze, wydaje postanowienie o przyznaniu podmiotowi szpitalnemu	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Art. 38-49 nie zostały wykreślone.

				odpowiednio kategorii C albo D, wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego. Na postanowienie podmiotowi szpitalnemu i podmiotowi nadzorującemu służy zażalenie."	
651.	Rozdział 5	art. 30	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Aktualne brzmienie: Przyznanie kategorii przed upływem terminu wskazanego w art. 24 może nastąpić na wniosek podmiotu szpitalnego albo podmiotu nadzorującego złożony nie wcześniej niż w dniu zatwierdzenia sprawozdania finansowego za rok poprzedni. Proponowane brzmienie: Przyznanie kategorii przed upływem terminu wskazanego w art. 24 może nastąpić na wniosek podmiotu szpitalnego albo podmiotu nadzorującego złożony w przypadku zmiany wskaźników określonych w art. 27 w sposób uzasadniający zmianę kategoryzacji podmiotu, nie wcześniej niż w dniu zatwierdzenia sprawozdania finansowego za rok poprzedni. Należy doprecyzować sytuacje w których podmiot może złożyć wniosek o zmianę kategoryzacji, bo z obecnej treści przepisu nie wynikają okoliczności uzasadniające złożenie wniosku.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Propozycja wprowadza zbyt rygorystyczne podejście do wniosku o zmianę kategorii.
652.	Rozdział 5	art. 30 ust. 2	Rada Główna Instytutów Badawczych	ujednoczenie zapisów: 1 miesiąc - 30 dni - „miesiąc” nie jest miarodajną jednostką czasu” w całym projekcie w odniesieniu do terminów używane jest często odniesienie do miesiąc jako jednostka miary czasu; określenie miesiąc jest niejednoznaczne (od 28 do 31 dni) należałoby w całym projekcie określić terminy w dniach	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Termin oznaczony w miesiącach kończy się z upływem dnia, który datą odpowiada początkowemu dniowi terminu, a gdyby takiego dnia w ostatnim miesiącu nie było - to w ostatnim dniu tego miesiąca.
653.	Rozdział 5	art. 30 ust. 2	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	ujednoczenie zapisów: 1 miesiąc - 30 dni - „miesiąc” nie jest miarodajną jednostką czasu” w całym projekcie w odniesieniu do terminów używane jest często odniesienie do miesiąc jako jednostka miary czasu; określenie miesiąc jest niejednoznaczne (od 28 do 31 dni) należałoby w całym projekcie określić terminy w dniach	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Termin oznaczony w miesiącach kończy się z upływem dnia, który datą odpowiada początkowemu dniowi terminu, a gdyby takiego dnia w ostatnim miesiącu nie było - to w ostatnim dniu tego miesiąca.
654.	Rozdział 6		Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Wskazać uprawnienia rady społecznej SP ZOZ albo rady nadzorczej do zaopiniowania planu rozwojowego. Jeżeli w obecnym stanie prawnym rada społeczna opiniuje np. programy naprawcze (choć nie jest to wprost wyrażone w ustawie), to tym bardziej powinna mieć zagwarantowane <i>expressis verbis</i> prawo opiniowania dokumentów wywołujących donioślejsze skutki prawne.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
655.	Rozdział 6		Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Art. 34 stanowi, że podmiot nadzorujący albo rada nadzorcza „MONITORUJE” realizację planu rozwojowego. Czyni to w ramach kompetencji nadzorczych, ale ustawa nie wymienia i nie precyzuje w żaden sposób, kryteriów i parametrów wchodzących w zakres monitoringu, a jedynie ogólnie.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Projektodawca pozostawił podmiotom nadzorującym swobodę doboru metod i sposobu monitorowania realizacji planu rozwojowego przez podmiot szpitalny.

656.	Rozdział 6		Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Uwaga ogólna do sporządzania planu rozwojowego Przy sporządzaniu planu rozwojowego dla szpitali kategorii A i B nie uczestniczy (nawet jako opiniodawca) podmiot tworzący, za to ma obowiązek nadzorowania realizacji tego planu – w konsekwencji podmiot tworzący nie ma wpływu na rozwój podległych jednostek w dobrej sytuacji finansowej.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
657.	Rozdział 6		Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Brak wyrażonego wprost uprawnienia rady społecznej (SPZOZ) albo rady nadzorczej do zaopiniowania planu rozwojowego. Jeżeli w obecnym stanie prawnym rada społeczna opiniuje np. programy naprawcze (choć nie jest to wprost wyrażone w ustawie), to tym bardziej powinna mieć zagwarantowane expressis verbis prawo opiniowania dokumentów wywołujących donioślejsze skutki prawne.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
658.	Rozdział 6	-	Związek Województw RP - Województwo Wielkopolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Podmiot szpitalny kategorii A opracowuje plan rozwojowy podmiotu szpitalnego uwzględniając w nim obowiązek dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych.  Skoro podmiot otrzymał kategorię A to jego kondycja finansowa nie budzi zastrzeżeń to dlaczego ma opracowywać plan rozwojowy podmiotu uwzględniając w nim obowiązek dostosowania działalności do regionalnych potrzeb zdrowotnych może w tym przypadku wystarczy tylko zintensyfikować jego działalności dla utrzymania kategorii A  Propozycja: Zmiana zapisu.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W założeniu każdy podmiot szpitalny powinien prowadzić działalność dostosowaną do Mapy Potrzeb Zdrowotnych. Dobra sytuacja finansowa podmiotu szpitalnego nie wyłącza takiej konieczności. Niezależnie od powyższego, każdy podmiot powinien dążyć do rozwoju pozwalającego na nieustanne podnoszenie jakości świadczonych usług i kompetencji.
659.	Rozdział 6, Rozdział 7	-	Prezydent Miasta Krakowa	Odnosząc się do samego procesu sporządzania, zakresu oraz monitorowania realizacji programów rozwojowych (dla podmiotów kategorii A i B) oraz programów naprawczo - rozwojowych (podmioty w kategorii C i D), informuję, że rola podmiotu tworzącego została ograniczona do monitorowania ich realizacji, możliwości wyrażenia opinii do uzgodnionego programu naprawczo - rozwojowego oraz możliwości udzielenia wsparcia finansowego dla podmiotu szpitalnego w realizacji układu lub planu spłaty. Zapisy projektu ustawy nie przewidują udziału podmiotu tworzącego w przygotowaniu ww. programów, pozbawiając go wpływu i możliwości decydowania o rodzaju udzielanych w podmiocie szpitalnym świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych, planów dotyczących przeznaczenia i wykorzystania majątku zarządzanego przez podmiot leczniczy (stanowiącego własność jednostek samorządu terytorialnego przekazaną w użytkowanie podmiotu leczniczego). Natomiast, rola Narodowego Funduszu Zdrowia została ograniczona do możliwości zajęcia stanowiska w zakresie dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych, nie precyzując jednocześnie, czy rezygnacja z przedstawienia tego stanowiska oznacza uznanie zgodności działalności podmiotu z mapą potrzeb zdrowotnych. Co więcej, projekt	<b>Uwaga w znacznej części uwzględniona.</b>

				ustawy nie określił roli dla wojewody na etapie tworzenia i realizacji ww. planów, podczas go jest on odpowiedzialny za współpracę z ministrem właściwym do spraw zdrowia w zakresie określania w mapie potrzeb zdrowotnych rekomendowanych kierunków działań dla danego województwa, a także za ustalanie dla obszaru województwa wojewódzkiego planu transformacji, uwzględniającego plan krajowy oraz rekomendowane kierunki działań określone m.in. w mapie. Co więcej, wojewoda odpowiada za planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne na terenie województwa oraz, co jest szczególnie istotne z uwagi na utrzymujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stan epidemii w związku z rozprzestrzenianiem się choroby COVID-19, również za zarządzanie kryzysowe. Mając na uwadze tak szerokie kompetencje wojewody w zakresie organizacji ochrony zdrowia na terenie województwa, brak określenia jego roli w opiniowanym projekcie ustawy jest niezrozumiałe. Równocześnie, planuje się powołanie kolejnej agencji rządowej - Agencji Rozwoju Szpitali, której częściowo zostaną przekazane kompetencje podmiotów tworzących w zakresie prowadzenia nadzoru właścicielskiego nad szpitalami.	
660.	Rozdział 6	art. 31	Rada Główna Instytutów Badawczych	przewiduje sporządzanie planów rozwojowych przez podmioty kat. A lub B (dlaczego „lub”, a nie „i”?) w oparciu o między innymi porównanie do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie - skąd szpital ma pozyskać takie wiarygodne informacje?, czy to jest w ogóle realne?, jakie kryteria stosować dla porównania „sytuacji”?	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
661.	Rozdział 6	art. 31	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	przewiduje sporządzanie planów rozwojowych przez podmioty kat. A lub B (dlaczego „lub”, a nie „i”?) w oparciu o między innymi porównanie do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie - skąd szpital ma pozyskać takie wiarygodne informacje?, czy to jest w ogóle realne?, jakie kryteria stosować dla porównania „sytuacji”?	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
662.	Rozdział 6	art. 31	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	1. Podmiot szpitalny kategorii A albo B opracowuje plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii A albo B uwzględniając w nim obowiązek dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych. 2. Sporządzenie planu, o którym mowa w ust. 1, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Analizy obejmują indywidualną sytuację danego podmiotu szpitalnego oraz jej porównanie do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności. Plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii A albo B – nawet uznając, że może być przydatny – w większości bazuje na kryteriach czysto hipotetycznych. Twórcy projektu ustawy pomijają w tym zakresie zjawiska i działania organów, dla których tego typu plan nie ma żadnej mocy prawnej. Warto zwrócić uwagę, że projektodawca nie przesądził co ma być podwaliną tworzonego planu regionalnych potrzeb zdrowotnych. Projektodawca w słowniczku pojęć wręcz pomieszał potrzeby ogólnokrajowe, wojewódzkie i	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>

				powiatowe. Jeśli plan regionalnych potrzeb zdrowotnych miałby opierać się o mapę potrzeb zdrowotnych Polaków to należy zauważyć, że mapa ta naszpikowana jest błędami. Najistotniejsze jednak jest to, iż mapa potrzeb zdrowotnych Polaków w całości pomija prywatną ochroną zdrowia, jeśli ta nie ma podpisanego kontraktu z NFZ. Czy w oparciu o taką mapę można tworzyć plan? Czy projektodawca z góry założył, że Polki i Polacy leczący się prywatnie (w znakomitej większości z powodu złej i pogarszającej się publicznej opieki zdrowotnej) mają na zawsze pozostać w „sprywatyzowanej” część usług? Czy tych osób nie należy zaliczać do regionalnych potrzeb zdrowotnych?	
663.	Rozdział 6	art. 31	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu	Proponuje się konsultacje/lub i zatwierdzenie planu z organami nadzorującymi.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
664.	Rozdział 6	art. 31	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Czy zawsze zasadny będzie obowiązek dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych?  Szpitale kliniczne muszą także kształcić przyszłą kadrę medyczną, prowadzić działalność rozwojową.  Doprecyzowanie zapisu lub wprowadzenie innego rozwiązania dla szpitali klinicznych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W założeniu każdy podmiot szpitalny powinien prowadzić działalność dostosowaną do Mapy Potrzeb Zdrowotnych. Dostosowanie do Mapy Potrzeb Zdrowotnych nie stoi w sprzeczności z koniecznością kształcenia przyszłej kadry medycznej, czy prowadzeniem działalności rozwojowej.
665.	Rozdział 6	art. 31	Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	Plan rozwojowy powinien być zatwierdzany przez podmiot nadzorujący przed przesłaniem do Agencji.  W celu skutecznego sprawowania nadzoru nad podległymi podmiotami leczniczymi, w tym szpitalnymi przez podmiot nadzorujący konieczne jest rozszerzenie zapisu.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
666.	Rozdział 6	art. 31	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Art. 31 - podmiot kategorii A i B przygotowuje plan rozwoju, który ma uwzględniać m.in. analizy dotyczące porównania do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie. Pojawia się pytanie, czy i gdzie będzie można pozyskać dane ze szpitali do celów porównawczych, czy takie dane będą ogólnodostępne, kto będzie je opracowywał. Nie zostało także wskazane, co w ramach "sytuacji" należy porównywać, ani wg jakich wskaźników czy parametrów analiza ma zostać przeprowadzona.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
667.	Rozdział 6	art. 31	Federacja Przedsiębiorców w Polskich	Proponuje się przygotowanie planu rozwoju  Czy agencja rozwoju szpitali będzie udostępniała dyrektorowi szpitala dane umożliwiające przygotowanie pełnych analiz porównawczych z otoczeniem?	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
668.	Rozdział 6	art. 31	Osoba fizyczna	W art. 31 ust. 2 napisano, że (...) „Analizy obejmują indywidualną sytuację danego podmiotu szpitalnego oraz jej porównanie do sytuacji innych	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>



				<p>podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności.”(...)</p> <p>W ust 3 (...) „ Plan, o którym mowa w ust. 1, zawiera co najmniej:</p> <p>1) wyniki analiz, o których mowa w ust. 2;</p> <p>Zachodzi tu sprzeczność z § 3. ust 2 Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej”</p> <p>(...) „ W ustawie nie zamieszcza się przepisów, które regulowałyby sprawy wykraczające poza wyznaczony przez nią zakres przedmiotowy (stosunki, które reguluje) oraz podmiotowy (krąg podmiotów, do których się odnosi).”(...)</p> <p>Uzasadnieniem takiego stanowiska może być fakt, że uzyskanie niezbędnych, ujednoczonych, wiarygodnych i „autoryzowanych” danych analitycznych, od zewnętrznego podmiotu szpitalnego, przez jednostkę zobowiązaną do tworzenia planu rozwojowego nie może stanowić warunku koniecznego, bowiem podmiotem tym nie musi być podmiot będący przedmiotem ustawy, czyli np. podmiot niepubliczny, oraz fakt, że w Projekcie Ustawy nie wskazano obowiązku przekazywania takich danych i informacji między podmiotami.</p> <p>Być może intencją ustawodawcy jest delegowanie obowiązku pozyskiwania takich danych porównawczych przez podmioty szpitalne, w celu analizy, lecz w Projekcie Ustawy nie wskazano narzędzi prawnych zmuszających inny podmiot do ich udostępnienia.</p> <p>Z tego punktu widzenia zapis taki nie powinien znaleźć się w Projekcie Ustawy.</p> <p>Ponadto w art. 31 ust 3 wymieniono część elementów, które powinien zawierać plan rozwojowy. Zgodnie z zasadami technik prawodawczej, elementy te powinny zostać wymienione w akcie wykonawczym. Tym samym art. 3 i 4 powinny zostać z Projektu Ustawy usunięte, z pozostawieniem jedynie art. 5.</p>	
669.	Rozdział 6	art. 31-32	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Podmiotowi, któremu przyznano kategorię A albo B narzuca się tworzenie planu rozwojowego dostosowanego do regionalnych potrzeb zdrowotnych.</p> <p>1. Brak koordynacji dla tworzonych dla poszczególnych podmiotów funkcjonujących na danym obszarze planów rozwojowych lub naprawczo-rozwojowych będzie powodować sytuację wydatkowania środków na działania i planowanie równoległe, w oderwaniu od całego systemu, a co za tym idzie spowoduje powstanie wielu planów uwzględniających rozwój w podobnym zakresie zaspokajających podobne potrzeby. Trzeba sobie odpowiedzieć, który plan, którego podmiotu będzie miał pierwszeństwo przed pozostałymi, jakie będą tego następne konsekwencje.</p> <p>2. Z jakich środków będą finansowane koszty sporządzenia planu oraz analiz (efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne,</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				<p>działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych).</p> <p>3. Prowadzenie wszelkich inwestycji przez podmioty lecznicze wymaga uzyskania opinii celowości i zasadności wydatkowania pieniędzy publicznych i funduszy unijnych(JOWISZ), wydanej przez Wojewodę w oparciu o opinię Prezesa lub Dyrektora NFZ w przypadku inwestycji powyżej kwoty 2.000.000 zł, a w przypadku 50.000.000 zł opinię wydaje MZ - rozpatrywanie opinii o celowości inwestycji, o której mowa w ustawie o świadcz. opieki zdr. fin. ze śr. pub. Art. 95 f Prezes wydaje w przypadku opinii MZ w zakresie niższych kwot opinię wydawał Dyrektor Oddziału NFZ.</p> <p>Jeżeli plan rozwojowy ma być przekazany Prezesowi Funduszu celem uzyskania stanowiska w ciągu 14 dni, następnie wraz ze stanowiskiem przesyła się do Agencji w terminie 3mc celem publikacji. Co w przypadku negatywnej opinii Prezesa?</p> <p>Brak projektu rozporządzenia w sprawie wzoru planu rozwojowego podmiotu szpitalnego kategorii A oraz planu rozwoju podmiotu szpitalnego kategorii B – ułatwiłoby całościowe spojrzenie na aspekt.</p>	
670.	Rozdział 6	art. 31-32	Instytut Strategie 2050	<p>Wymagania ustawodawcy dotyczące zasad oraz warunków tworzenia planu rozwojowego podmiotu szpitalnego kategorii A albo B, ze względu na stopień skomplikowania i wielowątkowości (art. 31 i 32) będą wymuszały zatrudnienie dodatkowych specjalistów. Od jakości przygotowanego dokumentu będzie zależała przyszłość podmiotu szpitalnego. Podobnie ze sprawozdaniem końcowym z realizacji planu rozwojowego, który szpital będzie musiał przedłożyć do ARS przed przeprowadzeniem kolejnej kategoryzacji, w terminie określonym przez Prezesa Agencji (art. 35.1). W ustawie nie proponuje się dodatkowego finansowania dla szpitala w celu realizacji tego obowiązkowego zadania. Zespoły ludzkie przygotowujące obydwu rodzaje dokumentów będą musiały zostać uruchomione w każdym szpitalu kategorii A i B - potencjalnie w całym kraju kilkaset zespołów przygotowujących plany rozwojowe szpitali i sprawozdania końcowe z realizacji. W przypadku przeniesienia zarządzania systemem ochrony zdrowia, w tym szpitalnictwem, na poziom samorządu wojewódzkiego takich zespołów, byłoby 16, może 17 (osobno dla miasta Warszawy).</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zakłada się, że przygotowanie planu rozwojowego podmiotu szpitalnego będzie należało do obowiązków kierownictwa danego podmiotu w ramach posiadanych kompetencji zarządczych. Istotne jest nie tylko samo przygotowanie planu rozwojowego, ale również jego późniejsze wdrożenie, do czego najlepiej przygotowane jest kierownictwo podmiotu szpitalnego.</p>
671.	Rozdział 6	art. 31 ust. 1	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Niezbędne doprecyzowanie w oparciu o jakie dokumenty, wskazujące regionalne potrzeby zdrowotne ma zostać opracowany plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii A i B lub uszczegółowienie w słowniczku pojęć znaczenia regionalnych potrzeb zdrowotnych (art. 2 pkt 20)</p> <p>Z uwagi na dużą ilość dokumentów, które zawierają informacje dotyczące regionalnych potrzeb zdrowotnych (na poziomie ogólnokrajowym, wojewódzkim i powiatowym) - zasadnym jest skonkretyzowanie w oparciu o które ma zostać przygotowany plan rozwojowy. Czy ma być to mapa potrzeb zdrowotnych, krajowy plan transformacji, wojewódzki plan transformacji, regionalne programy operacyjne, czy może projektowane „Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021 – 2027”?</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>

672.	Rozdział 6	Art. 31 ust. 1	Polska Federacja Szpitali	<p>Podmiot szpitalny kategorii A albo B opracowuje plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii A albo B uwzględniając w nim obowiązek dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych – faktycznie restrukturyzacja nastąpi jedynie w określonym zakładzie podmiotu leczniczego realizującym świadczenia szpitalne.</p> <p>Brak zapisu określającego na jaki okres przygotowywany jest plan rozwojowy.</p> <p>Podmioty szpitalne przygotowują obecnie plany strategiczne wieloletnie. Przygotowanie planu rozwojowego należy doprecyzować na jaki okres – powinno być kilkuletni, gdyż trudno plan rozwojowy tworzyć na rok.</p> <p>Proponujemy Art. 31.1 Doprecyzować „Plan rozwojowy opracowuje się na 4-5 lat. Dopuszcza się aktualizację planu na wniosek podmiotu szpitalnego”</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W projekcie ustawy wskazano:</p> <p>Art. 37. 1. Plan rozwojowy obowiązuje:</p> <p>1) w podmiocie szpitalnym, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji, dokonanej w terminie wynikającym z art. 24, przyznano kategorię A albo B – do dnia przekazania Prezesowi Agencji kolejnego planu rozwojowego, z zastrzeżeniem ust. 2;</p> <p>2) w podmiocie szpitalnym, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji, dokonanej w terminie wynikającym z art. 24, przyznano kategorię C albo D – do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o przyznaniu kategorii;</p> <p>3) do dnia przekazania Prezesowi Agencji zmienionego planu rozwojowego w przypadku, o którym mowa w art. 36.</p> <p>2. W przypadku podmiotu szpitalnego kategorii A albo B realizującego plan rozwojowy, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji Prezes Agencji przyznał kategorię B i który złożył wniosek, o którym mowa w art. 51 ust. 1 – plan rozwojowy obowiązuje do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o wszczęciu postępowania naprawczego rozwojowego, o którym mowa w art. 51 ust. 2.</p>
673.	Rozdział 6	Art. 31 ust. 1	Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Szpitali Specjalistycznych w Olsztynie	<p>Brak zapisu określającego na jaki okres przygotowywany jest plan rozwojowy.</p> <p>Podmioty szpitalne przygotowują obecnie plany strategiczne wieloletnie. Przygotowanie planu rozwojowego należy doprecyzować na jaki okres – powinno być kilkuletni, gdyż trudno plan rozwojowy tworzyć na rok.</p> <p>Art. 31.1 Doprecyzować „Plan rozwojowy opracowuje się na 4-5 lat. Dopuszcza się aktualizację planu na wniosek podmiotu szpitalnego”.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W projekcie ustawy wskazano:</p> <p>Art. 37. 1. Plan rozwojowy obowiązuje:</p> <p>1) w podmiocie szpitalnym, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji, dokonanej w terminie wynikającym z art. 24, przyznano kategorię A albo B – do dnia przekazania Prezesowi Agencji kolejnego planu rozwojowego, z zastrzeżeniem ust. 2;</p> <p>2) w podmiocie szpitalnym, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji, dokonanej w terminie wynikającym z art. 24, przyznano kategorię C albo D – do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o przyznaniu kategorii;</p>

					3) do dnia przekazania Prezesowi Agencji zmienionego planu rozwojowego w przypadku, o którym mowa w art. 36. 2. W przypadku podmiotu szpitalnego kategorii A albo B realizującego plan rozwojowy, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji Prezes Agencji przyznał kategorię B i który złożył wniosek, o którym mowa w art. 51 ust. 1 – plan rozwojowy obowiązuje do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o wszczęciu postępowania naprawczego rozwojowego, o którym mowa w art. 51 ust. 2.
674.	Rozdział 6	Art. 31 ust. 1	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	<p>Brak zapisu określającego, na jaki okres przygotowwany jest plan rozwojowy.</p> <p>Podmioty szpitalne przygotowują obecnie plany strategiczne wieloletnie. Przygotowanie planu rozwojowego należy doprecyzować na jaki okres – powinno być kilkuletni, gdyż trudno plan rozwojowy tworzyć na rok.</p> <p>Art. 31 ust. 1 należy dodać następujące zdania w brzmieniu: „Plan rozwojowy opracowuje się na okres nie krótszy, niż 3 lata. Dopuszcza się aktualizację planu na wniosek podmiotu szpitalnego”.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W projekcie ustawy wskazano:</p> <p>Art. 37. 1. Plan rozwojowy obowiązuje:</p> <p>1) w podmiocie szpitalnym, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji, dokonanej w terminie wynikającym z art. 24, przyznano kategorię A albo B – do dnia przekazania Prezesowi Agencji kolejnego planu rozwojowego, z zastrzeżeniem ust. 2;</p> <p>2) w podmiocie szpitalnym, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji, dokonanej w terminie wynikającym z art. 24, przyznano kategorię C albo D – do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o przyznaniu kategorii;</p> <p>3) do dnia przekazania Prezesowi Agencji zmienionego planu rozwojowego w przypadku, o którym mowa w art. 36.</p> <p>2. W przypadku podmiotu szpitalnego kategorii A albo B realizującego plan rozwojowy, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji Prezes Agencji przyznał kategorię B i który złożył wniosek, o którym mowa w art. 51 ust. 1 – plan rozwojowy obowiązuje do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o wszczęciu postępowania naprawczego rozwojowego, o którym mowa w art. 51 ust. 2.</p>
675.	Rozdział 6	Art. 31 ust. 1	Związek Powiatów Polskich (za	<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</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p>

			pośrednictwem KWRiST)	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.	
676.	Rozdział 6	Art. 31 ust. 1	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	Dyspozycja przepisu jest niezrozumiała.  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.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
677.	Rozdział 6	Art. 31 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Warmińsko-Mazurskie (za pośrednictwem KWRiST)	Brak zapisu określającego na jaki okres przygotowany jest plan rozwojowy.  Podmioty szpitalne przygotowują obecnie plany strategiczne wieloletnie. Przygotowanie planu rozwojowego należy doprecyzować na jaki okres – powinno być kilkuletni, gdyż trudno plan rozwojowy tworzyć na rok.  Art. 31.1 Doprecyzować „Plan rozwojowy opracowuje się na 4-5 lat. Dopuszcza się aktualizację planu na wniosek podmiotu szpitalnego”	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W projekcie ustawy wskazano:  Art. 37. 1. Plan rozwojowy obowiązuje: 1) w podmiocie szpitalnym, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji, dokonanej w terminie wynikającym z art. 24, przyznano kategorię A albo B – do dnia przekazania Prezesowi Agencji kolejnego planu rozwojowego, z zastrzeżeniem ust. 2; 2) w podmiocie szpitalnym, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji, dokonanej w terminie wynikającym z art. 24, przyznano kategorię C albo D – do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o przyznaniu kategorii; 3) do dnia przekazania Prezesowi Agencji zmienionego planu rozwojowego w przypadku, o którym mowa w art. 36. 2. W przypadku podmiotu szpitalnego kategorii A albo B realizującego plan rozwojowy, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji Prezes Agencji przyznał kategorię B i który złożył wniosek, o którym mowa w art. 51 ust. 1 – plan rozwojowy obowiązuje do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o wszczęciu postępowania naprawczego rozwojowego, o którym mowa w art. 51 ust. 2.

678.	Rozdział 6	Art. 31 ust. 1 i 2	Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Szpitali Specjalistycznych w Olsztynie	<p>Ustawodawca założył że wszystkie plany rozwojowe w terminie 14 dni zaopiniuje Prezes NFZ, co jest niewykonalne, zatem przewidział możliwość braku stanowiska Prezesa NFZ. Nie wskazano jakie będą tego skutki.</p> <p>Ustawodawcy zabrakło konsekwencji- jeśli stanowisko Prezesa NFZ jest istotne w planie rozwojowym szpitala, to takie stanowisko obligatoryjnie powinno być. Jeśli nie jest istotne – to należy przewidzieć skutki braku stanowiska NFZ po zrealizowaniu przez szpital planu rozwojowego- czy szpital otrzyma kontrakt na np. nowy zakres który będzie w planie rozwojowym?</p> <p>Art. 32.2 Powinien brzmieć: „ Dyrektor właściwego oddziału NFZ zajmuje stanowisko w terminie 14 dni od otrzymania planu.”</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Brak stanowiska Prezesa NFZ będzie oznaczał stanowisko pozytywne.</p>
679.	Rozdział 6, Rozdział 7 (Oddział 3)	art.31 ust. 1, ust. 3 pkt 2, art. 55, art.56 ust. 1 pkt 14	Województwo Pomorskie	<p>Dostosowanie działalności podmiotów leczniczych do regionalnych potrzeb zdrowotnych</p> <p>Zapis deklaratoryjny. Brak w ustawie instrumentów umożliwiających wprowadzenie i osiągnięcie podstawowego celu tych zapisów.</p> <p>Zapisy art. 31 (jak również 55) są na bardzo wysokim stopniu ogólności. Plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii A albo B ma uwzględniać obowiązek dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych. Ponadto ograniczenie takie powinno dotyczyć wyłącznie świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Podmiot nie ma wpływu na określenie regionalnych potrzeb zdrowotnych. Mogą one być ponadto inne niż rzeczywiste.</p> <p>Poddaje się to pod ocenę Prezesowi Funduszu (art. 32), którego interesy mogą być sprzeczne z interesami podmiotu, a samo działanie Prezesa Agencji może być działaniem na szkodę podmiotu oraz jego właścicieli. Ponadto w art. 31 ust. 2 nie wskazano - w oparciu o jakie dane i skąd uzyskane podmiot ma się porównywać do innych podmiotów w danym regionie? Czy są jakieś standardy analiz wskazanych w ust. 2?</p> <p>W istocie dostosowanie działalności szpitali do regionalnych potrzeb zdrowotnych kreuje już obecnie jedynie Minister Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia; to te podmioty ustalają konkretne produkty (procedury) medyczne oraz konkursy na ich wykonanie. Szpitale wykonują de facto kontrakty narzucone co do zasad ich wykonywania, zwłaszcza w zakresie wysokości odpłatności i zasad narzuconych przez NFZ. Jeśli nie będzie przygotowanych określonych produktów ze strony NFZ szpital nie dostosuje działalności do regionalnych potrzeb, bo nie będzie podmiotu, który za wykonywanie takiej działalności zapłaci. W konsekwencji najważniejszy jest tzw. koszyk świadczeń oraz zasady jego finansowania, z uwzględnieniem wymogów realizacji świadczeń.</p> <p>W proponowanych zapisach plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii B poza elementami wskazanymi w ust. 3 zawiera również wskazanie</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>

				<p>planowanych do wdrożenia działań optymalizacyjnych mających na celu poprawę sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu szpitalnego. Te wszystkie elementy w spółce prawa handlowego są wykonywane na bieżąco.</p> <p>Propozycja: Wprowadzenie instytucji i rozwiązań prawnych, które umożliwią ograniczenie działalności leczniczej finansowanej ze środków publicznych w zakresie wynikającym z regionalnych potrzeb zdrowotnych np. specjalna ścieżka kontraktowania finansowania tych świadczeń z NFZ .</p> <p>W zakresie analiz należy wskazać, iż w podmiotach, będących spółkami, analizy takie są wykonywane na bieżąco oraz na bieżąco jest dokonywana optymalizacja działania, stosownie do zmian ustalanych przez NFZ oraz przepisy prawa. Wskazujemy, że Zarząd Spółki na podstawie Kodeksu Spółek Handlowych odpowiada całym swoim majątkiem za zobowiązania spółek, również ponosi odpowiedzialność karną, a zatem nie ma ostrzejszych sankcji za nienależyte zarządzanie taką spółką.</p>	
680.	Rozdział 6, Rozdział 7 (Oddział 3)	art.31 ust. 1 , ust. 3 pkt 2, art. 56 ust. 1 pkt 14	Pracodawcy Pomorza	<p>Dostosowanie działalności podmiotów leczniczych do regionalnych potrzeb zdrowotnych</p> <p>Propozycja: Wprowadzenie instytucji i rozwiązań prawnych , które umożliwią rozpoczęcie działalności leczniczej w zakresie wynikającym z regionalnych potrzeb zdrowotnych np. specjalna ścieżka kontraktowania finansowania tych świadczeń z NFZ</p> <p>Uzasadnienie: Zapis deklaratoryjny. Brak w ustawie instrumentów umożliwiających wprowadzenie i osiągnięcie podstawowego celu tej ustawy</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
681.	Rozdział 6, Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 31 ust. 3, art. 56 ust. 1 pkt 15	Województwo Pomorskie	<p>Brak określenia zasad współpracy z innymi podmiotami w zakresie koncentracji zasobów ludzkich</p> <p>Zapis deklaratoryjny. Brak w ustawie jakichkolwiek instrumentów i narzędzi umożliwiających wprowadzenie i osiągnięcie podstawowego celu tej ustawy</p> <p>Propozycja: Wprowadzenie instytucji i rozwiązań prawnych , które umożliwią osiągnięcie celu, innych niż dotąd znane z kodeksu pracy czy kodeksu cywilnego wobec powszechnego niedoboru kadry medycznej</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
682.	Rozdział 6, Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 31 ust. 3, art. 56 ust. 1 pkt 15	Pracodawcy Pomorza	<p>Brak określenia zasad współpracy z innymi podmiotami w zakresie koncentracji zasobów ludzkich</p> <p>Propozycja: Wprowadzenie instytucji i rozwiązań prawnych , które umożliwią osiągnięcie celu, innych niż dotąd znane z kodeksu pracy czy kodeksu cywilnego wobec powszechnego niedoboru kadry medycznej</p> <p>Uzasadnienie: Zapis deklaratoryjny. Brak w ustawie jakichkolwiek instrumentów i narzędzi umożliwiających wprowadzenie i osiągnięcie podstawowego celu tej ustawy</p>	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Niecelowym jest wymuszanie współpracy w oparciu o konkretne mechanizmy, gdyż każdorazowo powinna być ona oparta na indywidualnych porozumieniach pomiędzy konkretnymi podmiotami szpitalnymi i znaleźć odzwierciedlenie w planach.
683.	Rozdział 6, Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 31 ust.2, ust.3 pkt 3,	SGH-WUM MBA w	<p>Uzupełnienie przepisu o odniesienie do raportów w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (nowa funkcjonalność)</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>

		art. 55 ust.2, ust. 3 pkt 15	ochronie zdrowia	<p>Propozycja: Stworzenie dodatkowej funkcjonalności w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych – generowanie raportów porównujących koncentrację świadczeń opieki zdrowotnej dla danego podmiotu szpitalnego, dostosowanych do wymogów ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa. Jednocześnie określenie dla jakiego obszaru i jakiej populacji podmiot szpitalny powinien zabezpieczać świadczenia. Pozwoli to odpowiednio określić wymagany potencjał podmiotu szpitalnego.</p> <p>Uzasadnienie: Konieczność porównania do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów o podobnym profilu działalności wymaga dostępu do określonych danych. Obecnie nie ma podstawy prawnej uzyskania pomiędzy podmiotami szpitalnymi swoich wzajemnych danych niezbędnych do zakładanej w projekcie analizy.</p> <p>Obecna baza danych prezentowana w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych nie generuje raportów porównujących koncentrację świadczeń opieki zdrowotnej dla danego podmiotu szpitalnego, dostosowanych do wymogów ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa. Nie określa też dla jakiego obszaru i jakiej populacji podmiot szpitalny powinien zabezpieczać świadczenia. Należy nadmienić, że obecnie jest to częściowo obowiązkiem Narodowego Funduszu Zdrowia, którego jednym z zadań jest określanie jakości i dostępności do 45 świadczeń oraz analiza ko46sztów świadczeń opieki zdrowotnej.</p>	
684.	Rozdział 6	art. 31 ust. 2	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: Sporządzenie planu, o którym mowa w ust. 1, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Analizy obejmują indywidualną sytuację danego podmiotu szpitalnego oraz jej porównanie do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności.</p> <p>Jest to istotny element sporządzanych analiz porównawczych, skoro analizy - zgodnie z zapisem art.31 ust.2 "obejmują indywidualną sytuację danego podmiotu" - to ważne jest jej porównanie do innych podmiotów na ściśle określonym obszarze ( np. województwo).</p> <p>Powinien być doprecyzowany zapis "w danym regionie" - o jaki region chodzi (powiat - powiaty - czy szerzej całe województwo).</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
685.	Rozdział 6	art. 31 ust. 2	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>W jaki sposób podmiot szpitalny miałby pozyskiwać dane o efektywności itp. innych podmiotów dla potrzeb analiz porównawczych?</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
686.	Rozdział 6	art. 31 ust. 2	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Projektowane brzmienie przepisu: "Sporządzenie planu, o którym mowa w ust. 1, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Analizy obejmują indywidualną sytuację danego podmiotu</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>



				<p>szpitalnego oraz jej porównanie do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności." Podmioty szpitalne nie mają dostępu do danych dotyczących sytuacji innych podmiotów szpitalnych umożliwiającą przeprowadzenie analizy porównawczej.</p> <p>Projektowane brzmienie przepisu zakłada, że przeprowadzane analizy przez podmiot szpitalny będą obejmować oprócz indywidualnej sytuacji podmiotu szpitalnego również porównanie do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności. W związku z tym, że projekt ustawy nie określa w jaki sposób podmiot będzie uzyskiwał dostęp do danych dotyczących sytuacji innych podmiotów proponuje się rezygnację w przeprowadzanych analizach z porównań z innymi podmiotami szpitalnymi.</p> <p>Proponuje się następujące brzmienie przepisu:  "Sporządzenie planu, o którym mowa w ust. 1, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Analizy obejmują indywidualną sytuację danego podmiotu szpitalnego."</p>	
687.	Rozdział 6	art. 31 ust. 2	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: Sporządzenie planu, o którym mowa w ust. 1, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Analizy obejmują indywidualną sytuację danego podmiotu szpitalnego oraz jej porównanie do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności.</p> <p>Proponowane brzmienie: Sporządzenie planu, o którym mowa w ust. 1, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Analizy obejmują indywidualną sytuację danego podmiotu szpitalnego <del>oraz jej porównanie do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności.</del></p> <p>Szpital nie dysponuje danymi z innych podmiotów w celu porównania jej sytuacji do innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności. Konieczne jest wykreślenie tego obowiązku po stronie szpitala.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
688.	Rozdział 6	art. 31 ust. 2	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: Art. 31. 2. Sporządzenie planu, o którym mowa w ust. 1, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Analizy obejmują indywidualną sytuację danego podmiotu szpitalnego oraz jej porównanie do sytuacji innych</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				<p>podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności.</p> <p>Sporządzanie planu o którym mowa w ust. 1 nie wymaga przeprowadzenia analiz ekonomicznych, co prowadzić może do wyboru rozwiązań które w aktualnie obowiązujących warunkach gospodarczych są nierealne do zrealizowania.</p> <p>Pominięcie analiz ekonomicznych na etapie opracowywania planów rozwojowych szpitala może prowadzić do realizacji usług które finalnie będą obciążać budżet podmiotu szpitalnego.</p> <p>Uwzględnić w prowadzonych planach rozwojowych analizy ekonomiczne oraz wskazać jednolity wskaźnik np. IRR który będzie informować o opłacalności planu.</p>	
689.	Rozdział 6	art. 31 ust. 2	Polska Federacja Szpitali	<p>Brak wskazania szczegółowych zasad sporządzania analiz efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowych, operacyjnych, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych.</p> <p>Projektowany artykuł przewiduje konieczność porównania sytuacji szpitala, którego analiza dotyczy, z sytuacją innych podmiotów szpitalnych w regionie o podobnym profilu działalności, przy czym brak jest wskazania skąd i na jakiej podstawie szpitale mają czerpać dane do takiej analizy porównawczej.</p> <p>Sporządzanie planu o którym mowa w ust. 1 nie wymaga przeprowadzenia analiz ekonomicznych, co prowadzić może do wyboru rozwiązań które w aktualnie obowiązujących warunkach gospodarczych są nierealne do zrealizowania.</p> <p>Przedmiotowe artykuły stanowią, iż sporządzenie planu rozwojowego oraz planu naprawczo-rozwojowego poprzedzone będzie koniecznością sporządzenia wskazanych analiz. Wyniki tych analiz stanowić mają jeden z niezbędnych elementów ww. planów.</p> <p>Brak określenia zasad sporządzania tych analiz, w oparciu o obiektywne kryteria, może prowadzić do trudności w ocenie i porównaniu planów sporządzonych dla różnych szpitali.</p> <p>Również obowiązek dokonania analizy porównawczej z innymi szpitalami w regionie jest sformułowany w sposób bardzo ogólny, bez wskazania zasad oraz możliwego źródła pozyskania danych porównawczych, co podważa sens sporządzania takiej analizy.</p> <p>W przypadku analiz na potrzeby sporządzenia planu naprawczo-rozwojowego, w projektowanym przepisie wskazano, iż dokonywane są one przez nadzorcę, w porozumieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego. Jednocześnie ustawa nie przewiduje np. możliwości złożenia stanowiska odrębnego przez kierownika szpitala, w przypadku gdy nie zgadza się on z istotnymi założeniami lub wynikami przedmiotowych analiz.</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>

				<p>Proponujemy:</p> <p>a) wprowadzenie do ustawy przepisów zawierających skonkretyzowane wytyczne w zakresie sporządzania analiz, o których mowa w art. 31 ust 2 projektowanej ustawy, tak aby analizy te pozwalały na obiektywne porównanie poszczególnych szpitali w danym regionie, lub</p> <p>Zgodnie z projektowanym art. 31 ust. 5 określony zostanie, w drodze rozporządzenia, wzór planu rozwojowego. Postulujemy aby również w drodze rozporządzenia wprowadzone zostały wzory lub wytyczne dla analiz, których wyniki stanowiąc mają element tegoż planu.</p> <p>Postulujemy aby w przypadku podmiotów szpitalnych, dla których sporządzony ma zostać plan naprawczo-rozwojowy, dopuszczona została możliwość złożenia stanowiska odrębnego przez kierownika szpitala, w przypadku gdy nie zgadza się on z istotnymi założeniami lub wynikami przedmiotowych analiz. Ewentualnie aby dla sporządzania przedmiotowych analiz odpowiednie zastosowanie miała procedura zawarta w art. 57 projektowanej ustawy.</p> <p>"Sporządzenie planu, o którym mowa w ust. 1, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Analizy obejmują indywidualną sytuację danego podmiotu szpitalnego."</p> <p>Uwzględnić w prowadzonych planach rozwojowych analizy ekonomiczne oraz wskazać jednolity wskaźnik np. IRR który będzie informować o opłacalności planu</p>	
690.	Rozdział 6	art. 31 ust. 2	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Brak bazy danych, umożliwiającej porównywanie się podmiotów szpitalnych, do którego to porównania podmioty zostały zobowiązane.</p> <p>Doprecyzowanie zakresu informacji do porównania oraz zapewnienie dostępu do niezbędnych danych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności zapewni możliwość dokonania stosownej analizy w tym zakresie, zgodnie z art. 31 ust. 2, oraz zapewni ujednoczenie informacji i przejrzystość planów.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
691.	Rozdział 6	art. 31 ust. 2	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Przeprowadzenie analizy porównawczej z podmiotami szpitalnymi w danym regionie i podmiotami szpitalnymi o podobnym profilu działalności wymaga doprecyzowania zakresu informacji do porównania oraz zapewnienia dostępu do danych</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
692.	Rozdział 6	art. 31 ust. 2	Górnśląskie Centrum Medyczne im.	<p>Projektowane brzmienie przepisu:</p> <p>"Sporządzenie planu, o którym mowa w ust. 1, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne,</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

			<p>prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach</p>	<p>działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Analizy obejmują indywidualną sytuację danego podmiotu szpitalnego oraz jej porównanie do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności." Podmioty szpitalne nie mają dostępu do danych dotyczących sytuacji innych podmiotów szpitalnych umożliwiającą przeprowadzenie analizy porównawczej.</p> <p>Projektowane brzmienie przepisu zakłada, że przeprowadzane analizy przez podmiot szpitalny będą obejmować oprócz indywidualnej sytuacji podmiotu szpitalnego również porównanie do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności. W związku z tym, że projekt ustawy nie określa w jaki sposób podmiot będzie uzyskiwał dostęp do danych dotyczących sytuacji innych podmiotów proponuje się rezygnację w przeprowadzanych analizach z porównań z innymi podmiotami szpitalnymi.</p> <p>Proponuje się następujące brzmienie przepisu: "Sporządzenie planu, o którym mowa w ust. 1, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Analizy obejmują indywidualną sytuację danego podmiotu szpitalnego."</p>	
693.	Rozdział 6	art. 31 ust. 2	<p>Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo- Leczniczy w Gorzycach</p>	<p>Nadanie uprawnienia dla kierownika podmiotu szpitalnego do występowania do Agencji o dane dotyczące sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności. Sporządzenie planu rozwojowego podmiotu, przez kierownika podmiotu szpitalnego poprzedza konieczność dokonania analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowej, operacyjnej, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych, z uwzględnieniem porównania do sytuacji innych podmiotów regionie i podmiotów o podobnym profilu działalności. Zdaniem opiniującego, Agencja jako wyznaczona agenda posiada w swoim zakresie bieżące i szczegółowe dane dot. innych podmiotów leczniczych w rejonie lub o podobnej działalności. Zaś uzyskiwanie tych danych w trybie chociażby ustawy z dnia 6 września 2001r. o dostępie do informacji publicznej może wydłużyć ten proces jak i podmiot szpitalny będzie obciążony dodatkowymi kosztami (z uwagi na bardzo dużą ilość i szczegółowość potrzebnych danych) o których mowa w art. 15 ustawy o dostępie do informacji publicznej.</p> <p>Dodanie zdania w brzmieniu: "Agencja, na wniosek kierownika podmiotu szpitalnego udostępnia dane dotyczące sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności."</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
694.	Rozdział 6	art. 31 ust. 2	<p>Związek Województw</p>	<p>Proponujemy usunąć zapis „,oraz jej porównanie do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

			RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	podobnym profilu działalności” albo wskazanie instrumentu w jaki sposób podmiot szpitalny będzie mógł pozyskać dane nt. sytuacji ekonomiczno-finansowej od innych podmiotów szpitalnych Przewidujemy trudności w opracowaniu przez podmiot planu w zakresie określonym w art. 31, z uwagi na wymóg porównania z sytuacją dotyczącą innych podmiotów. Ponadto brak przepisów prawnych pozwalających na pozyskanie danych od innych podmiotów szpitalnych nt. ich sytuacji ekonomiczno-finansowej	
695.	Rozdział 6	art. 31 ust. 2	Rada Główna Instytutów Badawczych	zapis dotyczący porównywania się z innymi szpitalami jest niewykonalny ze względu na brak dostępnych danych oraz odmienną specyfikę działalności instytutów badawczych na podstawie jakich danych (z jakiego źródła) można dokonać porównania do innych podmiotów szpitalnych? Analizy tego typu (benchmarking) są dokonywane przez wyspecjalizowane firmy zewnętrzne, co dla podmiotu leczniczego może stanowić dodatkowe duże koszty  Proponowane rozwiązanie: gromadzenie i udostępnianie danych z podmiotów leczniczych na poziomie Urzędów Wojewódzkich oraz Ministerstwa Zdrowia, do których będą mogły występować podmioty lecznicze o udostępnienie do celów porównawczych	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
696.	Rozdział 6	art. 31 ust. 2	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	zapis dotyczący porównywania się z innymi szpitalami jest niewykonalny ze względu na brak dostępnych danych oraz odmienną specyfikę działalności instytutów badawczych na podstawie jakich danych (z jakiego źródła) można dokonać porównania do innych podmiotów szpitalnych? Analizy tego typu (benchmarking) są dokonywane przez wyspecjalizowane firmy zewnętrzne, co dla podmiotu leczniczego może stanowić dodatkowe duże koszty  Proponowane rozwiązanie: gromadzenie i udostępnianie danych z podmiotów leczniczych na poziomie Urzędów Wojewódzkich oraz Ministerstwa Zdrowia, do których będą mogły występować podmioty lecznicze o udostępnienie do celów porównawczych	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
697.	Rozdział 6	art. 31 ust. 2	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Sporządzenie planu, o którym mowa w ust. 1, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Analizy obejmują indywidualną sytuację danego podmiotu szpitalnego oraz jej porównanie do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności.  Propozycja: Sporządzenie planu, o którym mowa w ust. 1, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Analizy obejmują indywidualną sytuację danego podmiotu	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				<p>szpitalnego oraz jej porównanie do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności.</p> <p>Szpital nie dysponuje danymi z innych podmiotów w celu porównania jej sytuacji do innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności. Konieczne jest wykreślenie tego obowiązku po stronie szpitala. Podkreślenia wymaga również specyfika szpitali klinicznych, dotycząca ich działalności zarówno medycznej, jak i dydaktycznej oraz naukowej.</p>	
698.	Rozdział 6	art. 31 ust. 2	<p>Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych</p>	<p>Uzupełnienie przepisu o odniesienie do raportów w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (nowa funkcjonalność).</p> <p>Stworzenie dodatkowej funkcjonalności w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych – generowanie raportów porównujących koncentrację świadczeń opieki zdrowotnej dla danego podmiotu szpitalnego, dostosowanych do wymogów ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa. Jednocześnie określenie dla jakiego obszaru i jakiej populacji podmiot szpitalny powinien zabezpieczać świadczenia. Pozwoli to odpowiednio określić wymagany potencjał podmiotu szpitalnego.</p> <p>Konieczność porównania do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów o podobnym profilu działalności wymaga dostępu do określonych danych. Obecnie nie ma podstawy prawnej uzyskania pomiędzy podmiotami szpitalnymi swoich wzajemnych danych niezbędnych do zakładanej w projekcie analizy. Obecna baza danych prezentowana w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych nie generuje raportów porównujących koncentrację świadczeń opieki zdrowotnej dla danego podmiotu szpitalnego, dostosowanych do wymogów ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa. Nie określa też dla jakiego obszaru i jakiej populacji podmiot szpitalny powinien zabezpieczać świadczenia. Należy nadmienić, że obecnie jest to częściowo obowiązkiem Narodowego Funduszu Zdrowia, którego jednym z zadań jest określanie jakości i dostępności do świadczeń oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
699.	Rozdział 6	art. 31 ust. 2	<p>Stowarzyszenie Szpitali Małopolski</p>	<p>Element porównania sytuacji danego podmiotu szpitalnego do sytuacji innych podobnych w ramach analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania jest nieosiągalny.</p> <p>Podmiot leczniczy nie będzie dysponował danymi umożliwiającymi analizę porównawczą. Na jakiej podstawie inne podmioty lecznicze miałyby udostępniać w tym celu swoje dane i analizy?</p> <p>Należy wyłączyć obowiązek analizy porównawczej.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
700.	Rozdział 6	art. 31 ust. 2	<p>Związek Powiatów</p>	<p>Przepis jest:</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

			Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- niespójny z brzmieniem procedowanego równolegle w MZ projekt ustawy w sprawie jakości w ochronie zdrowia;</li> <li>- 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 podmiotów publicznych np. dane o sytuacji ekonomiczno-finansowej nie są udostępniane przez Centrum e-Zdrowia, które powołuje się w tym zakresie na tajemnicę statystyczną;</li> <li>- nie jest jasne jaki powinien być zasięg analizy – projektodawca posługuje się pojęciem „regionu”.</li> </ul> <p>Projektowany przepis nie spełnia warunku tworzenia przyzwoitej legislacji.</p>	
701.	Rozdział 6	art. 31 ust. 2	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	<p>Przepis jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- niespójny z brzmieniem procedowanego równolegle w MZ projekt ustawy w sprawie jakości w ochronie zdrowia;</li> <li>- 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 podmiotów publicznych np. dane o sytuacji ekonomiczno-finansowej nie są udostępniane przez Centrum e-Zdrowia, które powołuje się w tym zakresie na tajemnicę statystyczną;</li> <li>- nie jest jasne jaki powinien być zasięg analizy – projektodawca posługuje się pojęciem „regionu”.</li> </ul> <p>Projektowany przepis nie spełnia warunku tworzenia przyzwoitej legislacji.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
702.	Rozdział 6	art. 31 ust. 2	Rzecznik Praw Pacjenta	<p>Należy rozważyć doprecyzowanie przepisu w zakresie dokładnego zakresu i metodologii przeprowadzanych analiz porównawczych na potrzeby opracowania planu rozwojowego.</p> <p>Ustawa nakazuje porównywać się podmiotom, jednakże dostęp do tego typu informacji jest istotnie utrudniony w praktyce.</p> <p>Sugeruje się wprowadzenie do projektu ustawy zadania dla Agencji w zakresie zbierania i udostępniania danych porównawczych dla podmiotów szpitalnych.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
703.	Rozdział 6	art. 31 ust. 2	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Konieczność doprecyzowania dostępu do danych o charakterze benchmarkingowych.</p> <p>W obecnym brzmieniu przepisu podmioty szpitalne zostały zobowiązane do porównania swojej sytuacji do innych podmiotów szpitalnych. W chwili obecnej dane takie nie są ogólnodostępne. Jeżeli mają być one agregowane, przetwarzane i udostępniane przez Agencję, wówczas należy doprecyzować tryb i formę ich przekazywania podmiotom szpitalnym.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				Bez dostępu do wiarygodnych danych udostępnianych przez instytucje państwowe, podmioty lecznicze zmuszone będą do korzystania z istniejących na rynku firm zewnętrznych, co wiąże się z niebagatelnymi kosztami.	
704.	Rozdział 6	art. 31 ust. 2	Związek Województw RP - Województwo Lubuskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Art. 31 ust. 2 Sporządzenie planu, o którym mowa w ust. 1, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Analizy obejmują indywidualną sytuację danego podmiotu szpitalnego oraz jej porównanie do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności.</p> <p>Proponowana zmiana: Art. 31 ust. 2 Sporządzenie planu, o którym mowa w ust. 1, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Analizy obejmują indywidualną sytuację danego podmiotu szpitalnego.</p> <p>Plan rozwojowy opracowuje podmiot szpitalny. Zgodnie z projektem ustawy analiza powinna obejmować m.in. analizy zarządzania, operacyjne oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Oczywiście jest, że podmiot w zakresie swojej indywidualnej sytuacji może dokonać takiej oceny. Natomiast porównanie tych analiz do sytuacji innych podmiotów wydaje się być niewykonalne z uwagi na brak dostępności do danych, zwłaszcza w zakresie zarządzania operacyjnego.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
705.	Rozdział 6	art. 31 ust. 3	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: Plan, o którym mowa w ust. 1, zawiera co najmniej:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wyniki analiz, o których mowa w ust. 2;</li> <li>2) ocenę podmiotu szpitalnego w zakresie dostosowania jego działalności do regionalnych potrzeb zdrowotnych;</li> <li>3) propozycje oraz zakres współpracy z innymi podmiotami szpitalnymi, w tym w przedmiocie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych;</li> <li>4) planowane przez podmiot szpitalny działania mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;</li> <li>5) planowane przez podmiot szpitalny działania mające na celu wprowadzenie albo ulepszenie procesowego modelu zarządzania;</li> <li>6) wskazanie środków wsparcia oferowanych przez Agencję, z których chciałby skorzystać podmiot szpitalny wraz z uzasadnieniem zapotrzebowania oraz planowanymi do uzyskania efektami i wpływem na sytuację finansową;</li> <li>7) podpis kierownika podmiotu szpitalnego;</li> </ol>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Środki wsparcia oferowane przez Agencję wynikają z ustawy.</p>



			<p>8) datę sporządzenia planu rozwojowego.</p> <p>Proponowane brzmienie: Plan, o którym mowa w ust. 1, zawiera co najmniej:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wyniki analiz, o których mowa w ust. 2;</li> <li>2) ocenę podmiotu szpitalnego w zakresie dostosowania jego działalności do regionalnych potrzeb zdrowotnych;</li> <li>3) <del>propozycje oraz zakres współpracy z innymi podmiotami szpitalnymi, w tym w przedmiocie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych;</del></li> <li>4) planowane przez podmiot szpitalny działania mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;</li> <li>5) planowane przez podmiot szpitalny działania mające na celu wprowadzenie albo ulepszenie procesowego modelu zarządzania;</li> <li>6) <del>wskazanie środków wsparcia oferowanych przez Agencję, z których chciałby skorzystać podmiot szpitalny wraz z uzasadnieniem zapotrzebowania oraz planowanymi do uzyskania efektami i wpływem na sytuację finansową;</del></li> <li>7) podpis kierownika podmiotu szpitalnego;</li> <li>8) datę sporządzenia planu rozwojowego.</li> </ol> <p>Szpital nie będzie dysponował danymi o zasobach ludzkich i funkcjach medycznych w innych szpitalach, aby móc proponować zakres współpracy. Szpital nie będzie także dysponował informacjami na temat środków wsparcia, jakie mogą być oferowane przez Agencję w okresie 3 lat obejmujących zakres planu, chyba że takie dane będą publikowane.</p>	
706.	Rozdział 6	art. 31 ust. 3	<p>Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych</p> <p>"Plan, o którym mowa w ust. 1, zawiera co najmniej:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wyniki analiz, o których mowa w ust. 2;</li> <li>2) ocenę podmiotu szpitalnego w zakresie dostosowania jego działalności do regionalnych potrzeb zdrowotnych;</li> <li>3) propozycje oraz zakres współpracy z innymi podmiotami szpitalnymi, w tym w przedmiocie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych;</li> <li>4) planowane przez podmiot szpitalny działania mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;</li> <li>5) planowane przez podmiot szpitalny działania mające na celu wprowadzenie albo ulepszenie procesowego modelu zarządzania;</li> <li>6) wskazanie środków wsparcia oferowanych przez Agencję, z których chciałby skorzystać podmiot szpitalny wraz z uzasadnieniem zapotrzebowania oraz planowanymi do uzyskania efektami i wpływem na sytuację finansową;</li> <li>7) podpis kierownika podmiotu szpitalnego;</li> <li>8) datę sporządzenia planu rozwojowego." <p>Propozycja: "Plan, o którym mowa w ust. 1, zawiera co najmniej:</p> </li></ol>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Środki wsparcia oferowane przez Agencję wynikają z ustawy.</p>

				<p>1) wyniki analiz, o których mowa w ust. 2;  2) ocenę podmiotu szpitalnego w zakresie dostosowania jego działalności do regionalnych potrzeb zdrowotnych;  3) <del>propozycje oraz zakres współpracy z innymi podmiotami szpitalnymi, w tym w przedmiocie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych;</del>  4) planowane przez podmiot szpitalny działania mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;  5) planowane przez podmiot szpitalny działania mające na celu wprowadzenie albo ulepszenie procesowego modelu zarządzania;  6) <del>wskazanie środków wsparcia oferowanych przez Agencję, z których chciałby skorzystać podmiot szpitalny wraz z uzasadnieniem zapotrzebowania oraz planowanymi do uzyskania efektami i wpływem na sytuację finansową;</del>  7) podpis kierownika podmiotu szpitalnego;  8) datę sporządzenia planu rozwojowego."</p> <p>Szpital nie będzie dysponował danymi o zasobach ludzkich i funkcjach medycznych w innych szpitalach, aby móc proponować zakres współpracy. Szpital nie będzie także dysponował informacjami na temat środków wsparcia, jakie mogą być oferowane przez Agencję w okresie 3 lat obejmujących zakres planu, chyba że takie dane będą publikowane.</p>	
707.	Rozdział 6	art. 31 ust. 3	<p>Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Przepis jest nie do zaakceptowania. Jest to próba przerwania 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.</p> <p>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 leczniczy 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 z procedowanym równolegle projektem ustawy o jakości w opiece zdrowotnej.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
708.	Rozdział 6	art. 31 ust. 3	<p>Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych</p>	<p>Przepis jest nie do zaakceptowania. Jest to próba przerwania 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.</p> <p>W przygotowaniu planu, brak jest czynnego udziału płatnika (nie licząc śladowej roli zakreślonej w art. 32), co rodzi obawy, że wysiłek włożony w</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				<p>przygotowanie planu będzie miał się nijak do tego co ostatecznie podmiot lenniczy 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 z procedowanym równolegle projektem ustawy o jakości w opiece zdrowotnej.</p>	
709.	Rozdział 6	art. 31 ust. 3 pkt 3	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>3) propozycje oraz zakres współpracy z innymi podmiotami szpitalnymi, w tym w przedmiocie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych. Proponowany zakres współpracy wymaga wcześniejszego uzgodnienia z podmiotem szpitalnym, którego to współdziałanie dotyczy.</p> <p>Propozycje i zakres współpracy winien zostać uzgodniony na etapie konstituowania planu rozwojowego pomiędzy podmiotami szpitalnymi, co umożliwi późniejszą realizację planu.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
710.	Rozdział 6	art. 31 ust. 3 pkt 3	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Dodać tryb konsolidacji podmiotów leczniczych działających w różnych formach prawnych tego samego właściciela/podmiotu tworzącego</p> <p>Art. 31 ust. 3 pkt 3 przewiduje aby w planie podać „zakres współpracy z innymi podmiotami szpitalnymi w tym w przedmiocie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych” – dla osiągnięcia tych celów może być konieczna pełna konsolidacja podmiotów. Samorząd powinien mieć możliwość przeprowadzenia konsolidacji podmiotów. Tryb połączenia podmiotów w różnych formach prawnych powinna określać ustawa.</p> <p>Art. 129 przewiduje możliwość połączenia instytutu badawczego z samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej.</p> <p>Należy dopuścić możliwość konsolidacji i określić tryb przeprowadzenia restrukturyzacji poprzez połączenie podmiotów, które funkcjonują w różnych formach, tj. spółki z spoz.</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
711.	Rozdział 6	art. 31 ust. 3 pkt 3	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Istnieje konieczność doprecyzowania zapisów w zakresie „propozycji współpracy z innymi podmiotami szpitalnymi”. Tak sformułowany przepis wskazuje, na dowolność w zakresie wyboru podmiotu leczniczego dla koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń i konsolidacji funkcji medycznych.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Niecelowym jest wymuszanie współpracy w oparciu o konkretne mechanizmy, gdyż każdorazowo powinna być ona oparta na indywidualnych porozumieniach pomiędzy konkretnymi podmiotami szpitalnymi i znaleźć odzwierciedlenie w planach.</p>
712.	Rozdział 6	art. 31 ust. 3 pkt 6	Polska Federacja Szpitali	<p>Brak zdefiniowania „środków wsparcia”, o których mowa w art. 31 ust. 3 pkt 6) projektowanej ustawy.</p> <p>W art 31 ust. 3 projektowanej ustawy jako niezbędny element planu rozwojowego, określono wskazanie środków wsparcia oferowanych przez Agencję, z których chciałby skorzystać podmiot szpitalny wraz z uzasadnieniem zapotrzebowania oraz planowanymi do uzyskania efektami i</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przez środki wsparcia należy rozumieć wszystkie możliwe formy wsparcia przedstawione w projekcie ustawy.</p>

				<p>wpływem na sytuację finansową. Ustawa w dalszej części nie wskazuje wprost katalogu możliwych środków wsparcia. Pośrednio mowa jest o nich w artykule traktującym o zadaniach Agencji. Jednak z uwagi na wprowadzenie katalogu niezbędnych elementów wniosku zasadnym jest również dalsze sprecyzowanie możliwych do udzielenia „środków wsparcia”</p> <p>Proponujemy:</p> <p>a) określenie definicji „środków wsparcia”, poprzez odesłanie do wydanego na podstawie ustawy aktu wykonawczego z katalogiem tych środków, którego treść mogłaby być zmieniana w zależności od zgłaszanych przez podmioty szpitalne potrzeb i możliwości Agencji, ewentualnie</p> <p>b) określenie definicji „środków wsparcia” poprzez wpisanie ich definicji lub katalogu wprost w ustawę.</p>	
713.	Rozdział 6, Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 31 ust. 3 pkt 3, art. 56 ust. 1 pkt 15	<p>Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Ze względu na ograniczony wpływ kierownika podmiotu szpitalnego na współpracę z innymi jednostkami, zapisy przedmiotowego przepisu powinny zostać wyłączone z oceny realizacji planu rozwojowego.</p> <p>Należy również doprecyzować tryb i zasady konsolidacji funkcji medycznych.</p> <p>Współpraca z innymi podmiotami leczniczymi ma co do zasady charakter dwustronny. Nie posiadając szczegółowej wiedzy na temat zasobów innych podmiotów szpitalnych, niemożliwe jest opracowanie realnych propozycji m.in. w zakresie konsolidacji zasobów ludzkich.</p> <p>Ponadto, w związku z nieprecyzyjnymi zapisami dot. konsolidacji funkcji medycznych, istnieje ryzyko w postaci dążenia silniejszych (w rozumieniu pozycji rynkowej i kontaktów politycznych) podmiotów do przejmowania wysokodochodowych zakresów działalności od słabszych jednostek, przy równoczesnym odwrotnym kierunku w przypadku świadczeń deficytowych. Powyższe może doprowadzić do zwiększenia nierównowagi na rynku medycznym i rozwarstwienia w sytuacji ekonomicznej poszczególnych podmiotów.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
714.	Rozdział 6, Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 31 ust. 3 pkt 4	<p>Związek Województw RP - Województwo Lubuskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Art. 31 ust. 3 pkt 4</p> <p>Propozycję oraz zakres współpracy z innymi podmiotami szpitalnymi, w tym w przedmiocie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych.</p> <p>Proponowana zmiana:</p> <p>Art. 31 ust. 3 pkt 4</p> <p>Propozycję oraz zakres współpracy z innymi podmiotami szpitalnymi w zakresie poprawy jakości świadczonych usług medycznych w danym regionie.</p> <p>Plan rozwojowy opracowywany przez podmiot szpitalny ma zakładać propozycję współpracy z innymi podmiotami szpitalnymi w zakresie</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Niecelowym jest wymuszanie współpracy w oparciu o konkretne mechanizmy, gdyż każdorazowo powinna być ona oparta na indywidualnych porozumieniach pomiędzy konkretnymi podmiotami szpitalnymi i znaleźć odzwierciedlenie w planach.</p>

				<p>koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych. Określony zakres współpracy jest nieprecyzyjny.</p> <p>Na czym miałyby polegać koncentracja zasobów ludzkich i konsolidacja funkcji medycznych?</p>	
715.	Rozdział 6	art. 31 ust. 4	<p>Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii B poza elementami wskazanymi w ust. 3 (np. planowane przez podmiot szpitalny działania mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej) zawiera również wskazanie planowanych do wdrożenia działań optymalizacyjnych mających na celu poprawę sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu szpitalnego.</p> <p>Oczekiwanie, że planowane przez podmiot szpitalny działania mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej będą mogły być pogodzone z poprawą sytuacji ekonomiczno-finansowej jest założeniem co najmniej naiwnym.</p> <p>Podniesienie jakości świadczeń zdrowotnych z zasady wiąże się z wyższymi kosztami, które obecnie nie znajdują pokrycia w poziomie ich finansowania przez NFZ.</p> <p>Jeśli w najbliższym czasie nie dojdzie do zwiększenia wyceny świadczeń przez NFZ to przy galopujących podwyżkach:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wynagrodzeń kadry, w szczególności medycznej</li> <li>- wzrostach cen energii elektrycznej i gazu</li> <li>- wzrostach kosztów usług, i dostaw</li> <li>- skutkach „Polskiego Ładu” dla JST – w Warszawie straty w dochodach wyniosą ponad 1 mln zł, obawiamy się, że zamiast rozkwitu, może dojść do likwidacji wielu placówek medycznych w Polsce.</li> </ul>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Procesy rozwojowe i naprawczo-rozwojowe podmiotów szpitalnych mają prowadzić do zwiększenia dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych. Podmiot szpitalny w dobrej sytuacji finansowej będzie oferował lepszą dostępność i wyższą jakość świadczeń opieki zdrowotnej.</p>
716.	Rozdział 6	art. 31 ust. 4	<p>Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>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.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga poza zakresem projektowanej ustawy.</p> <p>Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.</p>
717.	Rozdział 6	art. 31 ust. 4	<p>Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych</p>	<p>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.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga poza zakresem projektowanej ustawy.</p> <p>Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.</p>

718.	Rozdział 6	art. 31 ust. 5	Rada Główna Instytutów Badawczych	zawarta jest delegacja wydania rozporządzenia dla ministra właściwego do spraw zdrowia. Uwaga generalna: nie ma merytorycznego uzasadnienia, aby Minister Zdrowia w tym i innych przypadkach wydawał rozporządzenia w porządkowych sprawach jakimi są wzory np. planów.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Określenie wzoru planu rozwojowego ma na celu ujednoczenie planów, zawarcie w planie niezbędnych informacji, ich uporządkowanie i usystematyzowanie.
719.	Rozdział 6	art. 31 ust. 5	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	zawarta jest delegacja wydania rozporządzenia dla ministra właściwego do spraw zdrowia. Uwaga generalna: nie ma merytorycznego uzasadnienia, aby Minister Zdrowia w tym i innych przypadkach wydawał rozporządzenia w porządkowych sprawach jakimi są wzory np. planów.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Określenie wzoru planu rozwojowego ma na celu ujednoczenie planów, zawarcie w planie niezbędnych informacji, ich uporządkowanie i usystematyzowanie.
720.	Rozdział 6	art. 31 ust. 6	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Plan rozwojowy klinicznego podmiotu szpitalnego "Dodanie ust. 6 o treści: 6. Plan rozwojowy klinicznego podmiotu szpitalnego zawiera również planowane działania do zabezpieczenia realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych." Plan rozwojowy szpitala klinicznego nie może być rozpatrywany w oderwaniu od podstawowej roli takiego podmiotu w zakresie realizacji zadań polegających na kształceniu przed- i podyplomowym w zawodach medycznych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Obowiązek realizacji zadań dydaktycznych przez szpitale kliniczne wynika z odrębnych przepisów i plan rozwojowy podmiotu szpitalnego musi uwzględniać również takie działania. Nie wymaga to dodawania oddzielnej regulacji w tym zakresie.
721.	Rozdział 6	art. 31 ust. 6	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	Plan rozwojowy klinicznego podmiotu szpitalnego "Dodanie ust. 6 o treści: 6. Plan rozwojowy klinicznego podmiotu szpitalnego zawiera również planowane działania do zabezpieczenia realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych." Plan rozwojowy szpitala klinicznego nie może być rozpatrywany w oderwaniu od podstawowej roli takiego podmiotu w zakresie realizacji zadań polegających na kształceniu przed- i podyplomowym w zawodach medycznych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Obowiązek realizacji zadań dydaktycznych przez szpitale kliniczne wynika z odrębnych przepisów i plan rozwojowy podmiotu szpitalnego musi uwzględniać również takie działania. Nie wymaga to dodawania oddzielnej regulacji w tym zakresie.
722.	Rozdział 6	art. 31-32	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Podmiotowi, któremu przyznano kategorię A albo B narzuca się tworzenie planu rozwojowego dostosowanego do regionalnych potrzeb zdrowotnych. 1. Brak koordynacji dla tworzonych dla poszczególnych podmiotów funkcjonujących na danym obszarze planów rozwojowych lub naprawczo-rozwojowych będzie powodować sytuację wydatkowania środków na działania i planowanie równoległe, w oderwaniu od całego systemu, a co za tym idzie spowoduje powstanie wielu planów uwzględniających rozwój w podobnym zakresie zaspokajających podobne potrzeby. Trzeba sobie odpowiedzieć, który plan, którego podmiotu będzie miał pierwszeństwo przed pozostałymi, jakie będą tego następne konsekwencje. 2. Z jakich środków będą finansowane koszty sporządzenia planu oraz analiz (efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne,	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				<p>działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych).</p> <p>3. Prowadzenie wszelkich inwestycji przez podmioty lecznicze wymaga uzyskania opinii celowości i zasadności wydatkowania pieniędzy publicznych i funduszy unijnych(JOWISZ), wydanej przez Wojewodę w oparciu o opinię Prezesa lub Dyrektora NFZ w przypadku inwestycji powyżej kwoty 2.000.000 zł, a w przypadku 50.000.000 zł opinię wydaje MZ - rozpatrywanie opinii o celowości inwestycji, o której mowa w ustawie o świadcz. opieki zdr. fin. ze śr. pub. Art. 95 f Prezes wydaje w przypadku opinii MZ w zakresie niższych kwot opinię wydawał Dyrektor Oddziału NFZ.</p> <p>Jeżeli plan rozwojowy ma być przekazany Prezesowi Funduszu celem uzyskania stanowiska w ciągu 14 dni, następnie wraz ze stanowiskiem przesyła się do Agencji w terminie 3mc celem publikacji. Co w przypadku negatywnej opinii Prezesa?</p> <p>Brak projektu rozporządzenia w sprawie wzoru planu rozwojowego podmiotu szpitalnego kategorii A oraz planu rozwoju podmiotu szpitalnego kategorii B – ułatwiłoby całościowe spojrzenie na aspekt.</p>	
723.	Rozdział 6	art. 31-37	<p>Związek Województw RP - Województwo Małopolskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Należy rozszerzyć uprawnienia podmiotu tworzącego poprzez wprowadzenie opiniowania planu rozwojowego szpitala przez podmiot tworzący</p> <p>Nie przewidziano opiniowania planu rozwojowego szpitala przez podmiot tworzący, podczas gdy plan taki powinien być opiniowany przez ten podmiot, tak samo jak plan naprawczo-rozwojowy (art. 59 ust. 1 pkt. 1 konsultowanej ustawy)</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
724.	Rozdział 6	art. 32	<p>Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Ustawa nie uwzględnia terminu odwołania dla podmiotu szpitalnego w zakresie stanowiska Prezesa dot. dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych.</p> <p>Błąd legislacyjny</p> <p>Propozycja: Uzupełnienie zapisów</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Prezes Funduszu przedstawia stanowisko a nie rozstrzygnięcie.</p>
725.	Rozdział 6	art. 32	<p>Stowarzyszenie IFIC Polska</p>	<p>Dot. art. 32 – 14 dni na przedstawienie stanowiska Prezesa NFZ to zbyt mało</p> <p>Biorąc pod uwagę mnogość zadań i obowiązków Prezesa NFZ, nie jest możliwe przedstawienie stanowiska w ciągu 14 dni od otrzymania planu</p> <p>Niezbędne jest wydłużenie terminu przedstawienia stanowiska przez Prezesa NFZ</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Narodowy Fundusz Zdrowia nie zgłosił uwagi w tym zakresie.</p>
726.	Rozdział 6	art. 32	<p>Rzecznik Praw Pacjenta</p>	<p>Przepis przewiduje ocenę realizacji regionalnych potrzeb zdrowotnych przez Fundusz, pomimo funkcjonowania wojewódzkich rad ds. potrzeb zdrowotnych.</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>

				<p>Ustawa nie przewiduje wiążących skutków stanowiska Prezesa NFZ dla przyjęcia i realizacji planu rozwojowego.</p> <p>Jednocześnie na terenie województw powołane są wojewódzkie rady ds. potrzeb zdrowotnych, w których pracach uczestniczą też przedstawiciele Funduszu; wydaje się, że rady te są odpowiednio umiejscowione systemowo do dokonania oceny, zwłaszcza z uwagi na fakt tworzenia projektów wojewódzkich planów transformacji.</p> <p>Proponuje się wprowadzenie przepisów jasno określających konsekwencje oceny dokonanej przez Prezesa Funduszu, alternatywnie proponowane jest wprowadzenie oceny realizacji regionalnych potrzeb zdrowotnych przez właściwą wojewódzką radę ds. potrzeb zdrowotnych (albo współdział tych rad przy opiniowaniu).</p>	
727.	Rozdział 6	art. 32	Wojewoda Warmińsko-Mazurski	<p>Wątpliwość budzi brak zaangażowania wojewodów i właściwych lokalnie Dyrektorów Wojewódzkich Oddziałów NFZ przy opiniowaniu planów rozwojowych szpitali. Wydziały Zdrowia oraz Oddziały Wojewódzkie NFZ są w posiadaniu dokładnych danych i analiz, na podstawie których można dokonać oceny czy zmiana proponowana w planie rozwojowym szpitala nie zaburzy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia na terenie województwa, szczególnie w sytuacji, gdy wprowadzanie planu rozwojowego będzie dotyczyło szpitali sąsiadujących ze sobą lub kilku na terenie jednego województwa.</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
728.	Rozdział 6	art. 32 ust. 1	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	Uwaga jak wcześniej dotycząca pojęcia regionalnych potrzeb zdrowotnych.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
729.	Rozdział 6	art. 32 ust. 1	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	Uwaga jak wcześniej dotycząca pojęcia regionalnych potrzeb zdrowotnych.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
730.	Rozdział 6	art. 32 ust. 1 art. 32 ust. 2	Polska Federacja Szpitali	<p>Ustawodawca założył że wszystkie plany rozwojowe w terminie 14 dni zaopiniuje Prezes NFZ, co jest niewykonalne, zatem przewidział możliwość braku stanowiska Prezesa NFZ. Nie wskazano jakie będą tego skutki.</p> <p>Ustawodawcy zabrakło konsekwencji- jeśli stanowisko Prezesa NFZ jest istotne w planie rozwojowym szpitala, to takie stanowisko obligatoryjnie powinno być. Jeśli nie jest istotne – to należy przewidzieć skutki braku stanowiska NFZ po zrealizowaniu przez szpital planu rozwojowego- czy szpital otrzyma kontrakt na np. nowy zakres który będzie w planie rozwojowym?</p> <p>Art. 32.2 Powinien brzmieć: „ Dyrektor właściwego oddziału NFZ zajmuje stanowisko w terminie 14 dni od otrzymania planu.”</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak stanowiska Prezesa NFZ oznacza stanowisko pozytywne.</p>



731.	Rozdział 6, Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 32 ust. 1, art.59 ust. 1 pkt 2	Województwo Pomorskie	<p>Brak skutku prawnego wydania określonej treści stanowiska Prezesa Funduszu</p> <p>W ustawie brak rozwiązań, które stanowisko Prezesa Funduszu czyniłoby zobowiązaniem NFZ do podjęcia czynności zgodnych z treścią planu rozwojowego czy naprawczo-rozwojowego</p> <p>Stanowisko Prezesa Funduszu w zakresie zmian związanych z udzielaniem świadczeń stanowić powinno zobowiązanie do podjęcia określonych czynności prawnych dot. zawarcia zmiany czy rozwiązania umów z podmiotem szpitalnym w zakresie uzgodnionym w planie</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
732.	Rozdział 6, Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 32 ust. 1, art. 59 ust. 1 pkt 2	Pracodawcy Pomorza	<p>Brak skutku prawnego wydania określonej treści stanowiska Prezesa Funduszu</p> <p>Propozycja: Stanowisko Prezesa Funduszu w zakresie zmian związanych z udzielaniem świadczeń stanowić powinno zobowiązanie do podjęcia określonych czynności prawnych dot. zawarcia zmiany czy rozwiązania umów z podmiotem szpitalnym w zakresie uzgodnionym w planie</p> <p>Uzasadnienie: W ustawie brak rozwiązań, które stanowisko Prezesa Funduszu czyniłoby zobowiązaniem NFZ do podjęcia czynności zgodnych z treścią planu rozwojowego czy naprawczo-rozwojowego</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
733.	Rozdział 6	art. 32 ust. 1- 2	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	<p>Ustawodawca założył, że wszystkie plany rozwojowe w terminie 14 dni zaopiniuje Prezes NFZ, co jest niewykonalne, zatem przewidział możliwość braku stanowiska Prezesa NFZ. Nie wskazano, jakie będą tego skutki.</p> <p>Jeśli stanowisko Prezesa NFZ jest istotne w planie rozwojowym szpitala, to takie stanowisko powinno być obligatoryjnie. Jeśli nie jest istotne – to należy przewidzieć skutki braku stanowiska NFZ po zrealizowaniu przez szpital planu rozwojowego - czy szpital otrzyma kontrakt na np. nowy zakres, który będzie w planie rozwojowym?</p> <p>Art. 32 ust. 2 powinien brzmieć: „Dyrektor właściwego oddziału NFZ zajmuje stanowisko w terminie 14 dni od otrzymania planu.”</p>	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Brak stanowiska Prezesa NFZ oznacza stanowisko pozytywne.
734.	Rozdział 6	art. 32 ust. 1- 2	Związek Województw RP - Województwo Warmińsko- Mazurskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Ustawodawca założył że wszystkie plany rozwojowe w terminie 14 dni zaopiniuje Prezes NFZ, co jest niewykonalne, zatem przewidział możliwość braku stanowiska Prezesa NFZ. Nie wskazano jakie będą tego skutki.</p> <p>Ustawodawcy zabrakło konsekwencji- jeśli stanowisko Prezesa NFZ jest istotne w planie rozwojowym szpitala, to takie stanowisko obligatoryjnie powinno być. Jeśli nie jest istotne – to należy przewidzieć skutki braku stanowiska NFZ po zrealizowaniu przez szpital planu rozwojowego- czy szpital otrzyma kontrakt na np. nowy zakres który będzie w planie rozwojowym?</p>	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Brak stanowiska Prezesa NFZ oznacza stanowisko pozytywne.

				Art. 32.2 Powinien brzmieć: „ Dyrektor właściwego oddziału NFZ zajmuje stanowisko w terminie 14 dni od otrzymania planu.”	
735.	Rozdział 6	art. 32 ust. 1-3	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Art. 32. 1. Plan, o którym mowa w art. 31 ust. 1, podmiot szpitalny przekazuje do:</p> <p>1) podmiotu nadzorującego, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki – radzie nadzorczej albo komisji rewizyjnej, celem zaopiniowania;</p> <p>2) Prezesowi Funduszu celem zajęcia stanowiska w zakresie dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych.</p> <p>2. Opinia oraz stanowisko, o których mowa w ust. 1, są przekazywane podmiotowi szpitalnemu w terminie 14 dni od dnia otrzymania planu rozwojowego. Nieprzekazanie opinii lub stanowiska w terminie 14 dni uznaje się za przedstawienie pozytywnej opinii albo rezygnację z przedstawienia stanowiska.</p> <p>3. Plan, o którym mowa w art. 31 ust. 1, wraz z opinią i stanowiskiem, o których mowa w ust. 2, podmiot szpitalny przekazuje Agencji w terminie 3 miesięcy od dnia doręczenia postanowienia, o którym mowa w art. 28 ust. 1.</p> <p>Konieczność wprowadzenia analogicznych zapisów jak w przypadku programu naprawczo – rozwojowego (por. art. 59 ust 1-3) wynika z nałożonego na podmiot nadzorujący albo radę nadzorczą, albo komisję rewizyjną w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki, obowiązku monitorowania realizacji planu rozwojowego w ramach posiadanych uprawnień nadzorczych (art. 34).</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
736.	Rozdział 6	art. 32 ust. 3	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	Termin, z uwagi na ograniczony dostęp do danych oraz konieczność podjęcia rozmów z innymi podmiotami leczniczymi, jest nierealny do dotrzymania.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
737.	Rozdział 6	art. 32 ust. 3	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	Termin, z uwagi na ograniczony dostęp do danych oraz konieczność podjęcia rozmów z innymi podmiotami leczniczymi, jest nierealny do dotrzymania.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
738.	Rozdział 6	art. 32 ust. 3	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Wydłużenie terminu do 6 miesięcy.</p> <p>Okres 3 miesięcy jest za krótkim, na sporządzenie planu rozwojowego zgodnie z wymogami art.31 ust.3</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>

739.	Rozdział 6, Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 32 ust. 4	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Art. 32 ust. 4 – stanowiący, iż plan rozwoju jest publikowany na stronie Agencji. Powstaje zasadnicze pytanie, czy nie stanowi to naruszenia tajemnicy przedsiębiorstwa?! i pogwałcenia sfery prawa prywatnego.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
740.	Rozdział 6, Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 32 ust. 4, art. 64	Województwo Pomorskie	Publikacja na stronie Agencji planu rozwojowego i naprawczo- rozwojowego  Plan zawierać będzie szereg danych wrażliwych związanych ze strategią prowadzenia działalności przedsiębiorstwa, także w warunkach konkurencyjności na rynku wobec pomiotów niepublicznych  Propozycja: Usunięcie tego zapisu	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
741.	Rozdział 6, Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 32 ust. 4, art. 64	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopom orskie (za pośrednictwem KWRiST)	Usunięcie zapisów.  Plan rozwojowy oraz plan naprawczo-rozwojowy zawiera bardzo szczegółowe informacje nt. działalności podmiotu oraz przyszłej strategii działania. Dane takie należy uznać za tajemnicę przedsiębiorstwa, w związku z czym podlegają one ochronie w myśl ustawy o dostępie do informacji publicznej.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
742.	Rozdział 6, Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 32 ust. 4, art. 64	Pracodawcy Pomorza	Publikacja na stronie Agencji planu rozwojowego i naprawczo- rozwojowego Propozycja: Usunięcie tego zapisu Uzasadnienie: Plan zawierać będzie szereg danych wrażliwych związanych ze strategią prowadzenia działalności przedsiębiorstwa, także w warunkach konkurencyjności na rynku wobec pomiotów niepublicznych	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
743.	Rozdział 6	art. 34	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Art. 34. 1. Podmiot nadzorujący albo rada nadzorcza, albo komisja rewizyjna w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki, monitoruje realizację planu rozwojowego w ramach posiadanych uprawnień nadzorczych. 2. Monitorowanie realizacji planu rozwojowego odbywa się na podstawie: 1) sprawozdań z realizacji planu rozwojowego przekazywanych przez podmiot szpitalny kwartalnie; 2) sprawozdania końcowego z realizacji planu rozwojowego przekazanego przez podmiot szpitalny przed przeprowadzeniem kolejnej kategoryzacji w terminie określonym przez Prezesa Agencji. 3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia wzory sprawozdań, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, mając na względzie konieczność zapewnienia jednolitości przekazywanych informacji oraz przejrzystości sprawozdań.  Konieczność wprowadzenia analogicznych zapisów jak w przypadku programu naprawczo – rozwojowego (por. art. 66) wynika z nałożonego na podmiot nadzorujący albo radę nadzorczą, albo komisję rewizyjną w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki, obowiązku monitorowania realizacji planu rozwojowego w ramach posiadanych uprawnień nadzorczych (art. 34).	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Projektodawca pozostawił swobodę podmiotom nadzorującym w zakresie i sposobie monitorowania realizacji planów rozwojowych podmiotów szpitalnych w ramach posiadanych uprawnień nadzorczych.

744.	Rozdział 6	art. 34	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Podmiot nadzorujący albo rada nadzorcza, albo komisja rewizyjna w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki, monitoruje realizację planu rozwojowego w ramach posiadanych uprawnień nadzorczych. Brak informacji czy plan winien być opiniowany przez Radę Społeczną lub Radę Nadzorczą oraz czy powinien być zatwierdzony przez Organ Założycielski lub przez Właściciela.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
745.	Rozdział 6	art. 34	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Podmiot nadzorujący albo rada nadzorcza, albo komisja rewizyjna w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki, monitoruje realizację planu rozwojowego w ramach posiadanych uprawnień nadzorczych. Brak informacji czy plan winien być opiniowany przez Radę Społeczną lub Radę Nadzorczą oraz czy powinien być zatwierdzony przez organ założycielski lub przez właściciela.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
746.	Rozdział 6	art. 34	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Art. 34 – zgodnie z którym podmiot nadzorujący albo rada nadzorcza, albo komisja rewizyjna w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki, monitoruje realizację planu rozwojowego w ramach posiadanych uprawnień nadzorczych. ARS ma zostać powołana, aby monitorować proces rozwoju. W związku z tym plany rozwoju powinny być kontrolowane przez ARS, a nie podmiot nadzorujący.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Projekt ustawy przewiduje nadzorowanie przez Agencję wykonania planów rozwojowych podmiotów szpitalnych, które zobowiązane są do przekazywania do Agencji sprawozdań końcowych z realizacji planów rozwojowych. Zadania w zakresie bieżącego monitoring realizacji planów pozostawiono w kompetencji podmiotów nadzorujących.
747.	Rozdział 6	art. 34	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Nałożenie na rady nadzorcze obowiązków, dot. opiniowania planów, podejmowania działań nadzorczych, czy też monitorowania realizacji zatwierdzonych planów bez wskazania wytycznych do realizacji, i jaka z tego tytułu jest odpowiedzialność oraz sankcje za brak realizacji. Naszym zdaniem wpłynie to negatywnie na zainteresowanie zasiadaniem w radzie takiego podmiotu. Brak jest możliwości m.in. zwiększenia wynagrodzenia członkom rady w związku z nałożeniem dodatkowych zadań.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> W interesie rady nadzorczej podmiotu szpitalnego powinno być dbanie o jego rozwój, co będzie umożliwiało realizację planu rozwojowego.
748.	Rozdział 6	art. 34	Pracodawcy RP	Co to znaczy, że podmiot nadzorujący albo rada nadzorcza, albo komisja rewizyjna, w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki, monitoruje realizację planu rozwojowego w ramach posiadanych uprawnień nadzorczych. To jest de facto tylko możliwość żądania informacji/wyjaśnień lub wszczęcie kontroli (o ile są spełnione przesłanki). Czy to zdaniem autorów projektu jest wystarczające do monitorowania realizacji planu rozwojowego?	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Projektodawca pozostawił swobodę podmiotom nadzorującym w zakresie i sposobie monitorowania realizacji planów rozwojowych podmiotów szpitalnych w ramach posiadanych uprawnień nadzorczych.
749.	Rozdział 6	art. 34	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za	Niezbędne określenie trybu zatwierdzania planu rozwojowego przez podmiot tworzący. W obecnym brzmieniu przepisów rola podmiotu tworzącego w określaniu długoterminowej strategii działalności podmiotów szpitalnych została zmarginalizowana. Niezbędne jest określenie procedury zatwierdzania	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

			pośrednictwem KWRiST)	planów rozwojowych przez podmiot tworzący, mającej m.in. na celu koordynację współpracy między podległymi Jednostkami.	
750.	Rozdział 6	art. 35	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Nałożenie obowiązku tworzenia sprawozdań z realizacji planów rozwojowych przed przeprowadzeniem kolejnej kategoryzacji</p> <p>Wszystkie działania nakładają na szpitale dodatkowe obowiązki sprawozdawczo planistyczne. Wymagane będzie utworzenie komórek organizacyjnych, co generować będzie dodatkowy koszt dla podmiotu.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Realizacja planu rozwojowego przyczyni się do rozwoju i zwiększenia efektywności funkcjonowania podmiotu szpitalnego. Nakład pracy związany z obowiązkami sprawozdawczymi w zakresie realizacji planu naprawczego nie będzie generował konieczności tworzenia nowych komórek organizacyjnych i będzie mógł być wykonywany w ramach posiadanych przez podmiot szpitalny zasobów. Potencjalne korzyści wynikające ze skutecznej realizacji planu rozwojowego będą znacząco przewyższać wysiłek związany z jego realizacją.</p>
751.	Rozdział 6	art. 35	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Nałożenie obowiązku tworzenia sprawozdań z realizacji planów rozwojowych przed przeprowadzeniem kolejnej kategoryzacji</p> <p>Wszystkie działania nakładają na szpitale dodatkowe obowiązki sprawozdawczo planistyczne. Wymagane będzie utworzenie komórek organizacyjnych, co generować będzie dodatkowy koszt dla podmiotu.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Realizacja planu rozwojowego przyczyni się do rozwoju i zwiększenia efektywności funkcjonowania podmiotu szpitalnego. Nakład pracy związany z obowiązkami sprawozdawczymi w zakresie realizacji planu naprawczego nie będzie generował konieczności tworzenia nowych komórek organizacyjnych i będzie mógł być wykonywany w ramach posiadanych przez podmiot szpitalny zasobów. Potencjalne korzyści wynikające ze skutecznej realizacji planu rozwojowego będą znacząco przewyższać wysiłek związany z jego realizacją.</p>
752.	Rozdział 6	art. 35 ust. 1	Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Szpitali Specjalistycznych w Olsztynie	<p>Nie określono na jaki okres ma być przygotowany plan rozwojowy (art. 31.1), zatem trudno oczekiwać sprawozdania końcowego z realizacji planu rozwojowego.</p> <p>Ustawodawca nie określił na jaki okres należy przygotować plan rozwojowy, a powinien być to plan kilkuletni 4-5 letni. Zatem podmiot szpitalny nie będzie miał sprawozdania końcowego z realizacji planu rozwojowego przed przeprowadzeniem kolejnej kategoryzacji.</p> <p>Art. 35.1 zamiast zwrotu: „sprawozdanie końcowe z realizacji planu rozwojowego” należy zamienić na zwrot: „sprawozdanie częściowe lub końcowe z realizacji planu rozwojowego”.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W projekcie ustawy wskazano:</p> <p>Art. 37. 1. Plan rozwojowy obowiązuje:</p> <p>1) w podmiocie szpitalnym, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji, dokonanej w terminie wynikającym z art. 24, przyznano kategorię A albo B – do dnia przekazania Prezesowi Agencji kolejnego planu rozwojowego, z zastrzeżeniem ust. 2;</p> <p>2) w podmiocie szpitalnym, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji, dokonanej w terminie wynikającym z art. 24, przyznano kategorię C albo D – do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu</p>

					postanowienia Prezesa Agencji o przyznaniu kategorii; 3) do dnia przekazania Prezesowi Agencji zmienionego planu rozwojowego w przypadku, o którym mowa w art. 36. 2. W przypadku podmiotu szpitalnego kategorii A albo B realizującego plan rozwojowy, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji Prezes Agencji przyznał kategorię B i który złożył wniosek, o którym mowa w art. 51 ust. 1 – plan rozwojowy obowiązuje do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o wszczęciu postępowania naprawczego rozwojowego, o którym mowa w art. 51 ust. 2.
753.	Rozdział 6	art. 35 ust. 1	Rada Główna Instytutów Badawczych	powinien być dookreślony termin	<b>Uwaga uwzględniona.</b>  Zmieniono art. 35 ust. 1.
754.	Rozdział 6	art. 35 ust. 1	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	powinien być dookreślony termin	<b>Uwaga uwzględniona.</b>  Zmieniono art. 35 ust. 1.
755.	Rozdział 6	art. 35 ust. 1	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Aktualne brzmienie: Jeżeli podmiot szpitalny nie zrealizował w sposób prawidłowy planu rozwojowego. Proponowane brzmienie: Propozycja dodania zapisów określających precyzyjnie sposób oceny prawidłowości zrealizowania planu rozwojowego oraz środków zaskarżenia dotyczących tejże oceny. Prawidłowość zrealizowania planu rozwojowego przy projektowanych przepisach wydaje się ocenna. Koniecznym jest wprowadzenie precyzyjnych reguł oceny.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Brak konkretnej propozycji zmiany.  Ze względu na różnorodność sytuacji podmiotów szpitalnych oraz zapisów zawartych w poszczególnych planach rozwojowych brak jest możliwości określenia jednolitych parametrów uwzględniających specyfikę wszystkich podmiotów szpitalnych.
756.	Rozdział 6	art. 35 ust. 1	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	Nie określono na jaki okres ma być przygotowany plan rozwojowy (art. 31 ust. 1), zatem trudno oczekiwać sprawozdania końcowego z realizacji planu rozwojowego.  Ustawodawca nie określił na jaki okres należy przygotować plan rozwojowy, a powinien być to plan kilkuletni 4-5 letni. Zatem podmiot szpitalny nie będzie miał sprawozdania końcowego z realizacji planu rozwojowego przed przeprowadzeniem kolejnej kategoryzacji.  Art. 35 ust. 1 zamiast zwrotu: „sprawozdanie końcowe z realizacji planu rozwojowego” należy zamienić na zwrot: „sprawozdanie częściowe lub końcowe z realizacji planu rozwojowego”.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W projekcie ustawy wskazano:  Art. 37. 1. Plan rozwojowy obowiązuje: 1) w podmiocie szpitalnym, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji, dokonanej w terminie wynikającym z art. 24, przyznano kategorię A albo B – do dnia przekazania Prezesowi Agencji kolejnego planu rozwojowego, z zastrzeżeniem ust. 2; 2) w podmiocie szpitalnym, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji, dokonanej w terminie

					<p>wynikającym z art. 24, przyznano kategorię C albo D – do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o przyznaniu kategorii;</p> <p>3) do dnia przekazania Prezesowi Agencji zmienionego planu rozwojowego w przypadku, o którym mowa w art. 36.</p> <p>2. W przypadku podmiotu szpitalnego kategorii A albo B realizującego plan rozwojowy, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji Prezes Agencji przyznał kategorię B i który złożył wniosek, o którym mowa w art. 51 ust. 1 – plan rozwojowy obowiązuje do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o wszczęciu postępowania naprawczego rozwojowego, o którym mowa w art. 51 ust. 2.</p>
757.	Rozdział 6	art. 35 ust. 1	Polska Federacja Szpitali	<p>Nie określono na jaki okres ma być przygotowany plan rozwojowy (art. 31.1), zatem trudno oczekiwać sprawozdania końcowego z realizacji planu rozwojowego.</p> <p>Ustawodawca nie określił na jaki okres należy przygotować plan rozwojowy, a powinien być to plan kilkuletni 4-5 letni. Zatem podmiot szpitalny nie będzie miał sprawozdania końcowego z realizacji planu rozwojowego przed przeprowadzeniem kolejnej kategoryzacji.</p> <p>Proponujemy w art. 35.1 zapis „sprawozdanie częściowe lub końcowe z realizacji planu rozwojowego”.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W projekcie ustawy wskazano:</p> <p>Art. 37. 1. Plan rozwojowy obowiązuje:</p> <p>1) w podmiocie szpitalnym, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji, dokonanej w terminie wynikającym z art. 24, przyznano kategorię A albo B – do dnia przekazania Prezesowi Agencji kolejnego planu rozwojowego, z zastrzeżeniem ust. 2;</p> <p>2) w podmiocie szpitalnym, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji, dokonanej w terminie wynikającym z art. 24, przyznano kategorię C albo D – do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o przyznaniu kategorii;</p> <p>3) do dnia przekazania Prezesowi Agencji zmienionego planu rozwojowego w przypadku, o którym mowa w art. 36.</p> <p>2. W przypadku podmiotu szpitalnego kategorii A albo B realizującego plan rozwojowy, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji Prezes Agencji przyznał kategorię B i który złożył wniosek, o którym mowa w art. 51 ust. 1 – plan rozwojowy obowiązuje do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o wszczęciu postępowania naprawczego rozwojowego, o którym mowa w art. 51 ust. 2.</p>

758.	Rozdział 6	art. 35 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Warmińsko-Mazurskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Nie określono na jaki okres ma być przygotowany plan rozwojowy (art. 31.1), zatem trudno oczekiwać sprawozdania końcowego z realizacji planu rozwojowego.</p> <p>Ustawodawca nie określił na jaki okres należy przygotować plan rozwojowy, a powinien być to plan kilkuletni 4-5 letni. Zatem podmiot szpitalny nie będzie miał sprawozdania końcowego z realizacji planu rozwojowego przed przeprowadzeniem kolejnej kategoryzacji.</p> <p>Propozycja: Art. 35.1 zamiast zwrotu: „sprawozdanie końcowe z realizacji planu rozwojowego” należy zamienić na zwrot: „sprawozdanie częściowe lub końcowe z realizacji planu rozwojowego”.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W projekcie ustawy wskazano:</p> <p>Art. 37. 1. Plan rozwojowy obowiązuje:</p> <p>1) w podmiocie szpitalnym, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji, dokonanej w terminie wynikającym z art. 24, przyznano kategorię A albo B – do dnia przekazania Prezesowi Agencji kolejnego planu rozwojowego, z zastrzeżeniem ust. 2;</p> <p>2) w podmiocie szpitalnym, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji, dokonanej w terminie wynikającym z art. 24, przyznano kategorię C albo D – do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o przyznaniu kategorii;</p> <p>3) do dnia przekazania Prezesowi Agencji zmienionego planu rozwojowego w przypadku, o którym mowa w art. 36.</p> <p>2. W przypadku podmiotu szpitalnego kategorii A albo B realizującego plan rozwojowy, któremu na skutek kolejnej kategoryzacji Prezes Agencji przyznał kategorię B i który złożył wniosek, o którym mowa w art. 51 ust. 1 – plan rozwojowy obowiązuje do dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o wszczęciu postępowania naprawczego rozwojowego, o którym mowa w art. 51 ust. 2.</p>
759.	Rozdział 6	art. 35 ust. 2	Polska Federacja Szpitali	<p>Zapis o realizacji prawidłowej lub nieprawidłowej jest nie ostry i niejednoznaczny gdyż nie wiadomo co ustawodawca ma na myśli.</p> <p>Niedoprecyzowanie sposobu rozliczenia realizacji planu może powodować nadinterpretację agencji co do stopnia realizacji planu i ocena agencji może być więc subiektywna.</p> <p>Proponujemy wprowadzenie wskaźnika realizacji planu np. jeżeli plan został zrealizowany w 40% Prezes Agencji może wystąpić do podmiotu nadzorującego, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki do – rady nadzorczej albo komisji rewizyjnej, o podjęcie czynności nadzorczych.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak konkretnej propozycji w jaki sposób określić realizację planu np. na zaproponowanym poziomie 40%.</p> <p>Ze względu na różnorodność sytuacji podmiotów szpitalnych oraz zapisów zawartych w poszczególnych planach rozwojowych brak jest możliwości określenia jednolitych parametrów uwzględniających specyfikę wszystkich podmiotów szpitalnych.</p>
760.	Rozdział 6	art. 35 ust. 2	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Zapis o realizacji prawidłowej lub nieprawidłowej jest nie ostry i niejednoznaczny gdyż nie wiadomo co ustawodawca ma na myśli.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p>



				<p>Niedoprecyzowanie sposobu rozliczenia realizacji planu może powodować nadinterpretację agencji co do stopnia realizacji planu i ocena agencji może być więc subiektywna.</p> <p>Proponuje się: wprowadzenia wskaźnika realizacji planu np. jeżeli plan został zrealizowany w 40% Prezes Agencji może wystąpić do podmiotu nadzorującego, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki do - rady nadzorczej albo komisji rewizyjnej, o podjęcie czynności nadzorczych.</p>	<p>Brak konkretnej propozycji w jaki sposób określić realizację planu np. na zaproponowanym poziomie 40%.</p> <p>Ze względu na różnorodność sytuacji podmiotów szpitalnych oraz zapisów zawartych w poszczególnych planach rozwojowych brak jest możliwości określenia jednolitych parametrów uwzględniających specyfikę wszystkich podmiotów szpitalnych.</p>
761.	Rozdział 6	Art. 35 ust. 2	<p>Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych</p>	<p>Jeżeli podmiot szpitalny nie zrealizował w sposób prawidłowy planu rozwojowego.</p> <p>Propozycja dodania zapisów określających precyzyjnie sposób oceny prawidłowości zrealizowania planu rozwojowego oraz środków zaskarżenia dotyczących tejże oceny.</p> <p>Prawidłowość zrealizowania planu rozwojowego przy projektowanych przepisach wydaje się ocenna.</p> <p>Koniecznym jest wprowadzenie precyzyjnych reguł oceny.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak konkretnej propozycji zmiany.</p> <p>Ze względu na różnorodność sytuacji podmiotów szpitalnych oraz zapisów zawartych w poszczególnych planach rozwojowych brak jest możliwości określenia jednolitych parametrów uwzględniających specyfikę wszystkich podmiotów szpitalnych.</p>
762.	Rozdział 6	Art. 35 ust. 2	<p>Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>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.</p> <p>Pojawia się również wątpliwość, w jakim zakresie podmiot ma realizować plan w przypadku negatywnej opinii NFZ, o której mowa w art. 32.</p> <p>Tak samo rodzi wątpliwość, czy będzie jakaś droga pozwalająca na zakwestionowanie stanowiska Prezesa Agencji odnośnie niezrealizowania w sposób prawidłowy planu.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Istotą planu rozwojowego realizowanego przez podmiot szpitalny jest zawarcie w jego treści działań, na które podmiot ten będzie miał jak największy wpływ.</p> <p>Zgodnie z art. 35 ust. 2 Jeżeli podmiot szpitalny nie zrealizował w sposób prawidłowy planu rozwojowego, Prezes Agencji będzie mógł jedynie wystąpić do podmiotu nadzorującego o podjęcie czynności nadzorczych.</p>
763.	Rozdział 6	Art. 35 ust. 2	<p>Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych</p>	<p>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.</p> <p>Pojawia się również wątpliwość, w jakim zakresie podmiot ma realizować plan w przypadku negatywnej opinii NFZ, o której mowa w art. 32.</p> <p>Tak samo rodzi wątpliwość, czy będzie jakaś droga pozwalająca na zakwestionowanie stanowiska Prezesa Agencji odnośnie niezrealizowania w sposób prawidłowy planu.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Istotą planu rozwojowego realizowanego przez podmiot szpitalny jest zawarcie w jego treści działań, na które podmiot ten będzie miał jak największy wpływ.</p> <p>Zgodnie z art. 35 ust. 2 Jeżeli podmiot szpitalny nie zrealizował w sposób prawidłowy planu rozwojowego, Prezes Agencji będzie mógł jedynie</p>

					wystąpić do podmiotu nadzorującego o podjęcie czynności nadzorczych.
764.	Rozdział 6	art. 35 ust. 2	Rzecznik Praw Pacjenta	<p>Należy rozważyć doprecyzowanie przepisu w zakresie konsekwencji niewykonania planu rozwojowego i instrumentów motywujących podmiot szpitalny do jego realizacji.</p> <p>Zgodnie z przepisami ustawy konsekwencją niewykonania w sposób prawidłowy planu rozwojowego jest fakultatywne wystąpienie przez Prezesa Agencji do podmiotu nadzorującego albo rady nadzorczej/komisji rewizyjnej o podjęcie czynności nadzorczych.</p> <p>W ocenie Rzecznika należy rozważyć doprecyzowanie przepisów w zakresie konsekwencji niewykonania planu rozwojowego; istnieje ryzyko, że plany rozwojowe będą opracowywane bez wymiernej oceny możliwości ich realizacji (np. w kontekście kontraktowania świadczeń przez NFZ), a następnie będą zmieniane przed złożeniem sprawozdania końcowego z realizacji planu rozwojowego.</p> <p>Sugeruje się wprowadzenie do projektu ustawy przepisu, zgodnie z którym podmiot szpitalny jest zobowiązany do prawidłowej realizacji planu rozwojowego pod rygorem, przykładowo, obniżenia przyznanej kategorii podmiotu lub ustanowienia nadzorca.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Restrykcja w postaci wprowadzenia nadzorca jest zbyt daleko idącą w przypadku podmiotów realizujących plany rozwojowe, a więc zakwalifikowanych do kategorii A i B. Natomiast o przynależności go poszczególnych kategorii powinny przesądzać wartości wskaźników zapisanych w ustawie.</p>
765.	Rozdział 6	art. 35 ust. 2	Śląski Związek Gmin i Powiatów	<p>Art. 35 ust. 2 - podejmowanie czynności nadzorczych w zakresie nierealizowania planu rozwoju. Brak wyszczególnionych kompetencji nadzorczych w zakresie egzekwowania planu i ewentualnych konsekwencji.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak konkretnej propozycji zmiany.</p> <p>Ze względu na różnorodność sytuacji podmiotów szpitalnych oraz zapisów zawartych w poszczególnych planach rozwojowych brak jest możliwości określenia jednolitych parametrów uwzględniających specyfikę wszystkich podmiotów szpitalnych.</p>
766.	Rozdział 6	art. 35 ust. 2	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Zapis nieprecyzyjny, do doprecyzowania lub usunięcia.</p> <p>Plan rozwojowy co do zasady nie ma charakteru zero-jedynkowego, ponadto działania podejmowane są w otoczeniu dynamicznym. Zapis „nie zrealizował w sposób prawidłowy planu rozwojowego” jest nieprecyzyjny i pozostawia pole do swobodnej interpretacji przez Agencję. Pozostawienie przepisu w obecnym kształcie spowoduje, że plany będą miały charakter zachowawczy, skupiając się na ograniczeniu ewentualnych negatywnych konsekwencji w stosunku do kierownika podmiotu szpitalnego, a nie na dalekosiężnej, ambitnej wizji rozwoju.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Realizacja planu rozwojowego będzie umożliwiała podmiotowi szpitalnemu uzyskanie wsparcia z Agencji na realizację działań zawartych w planie, co będzie czynnikiem motywującym do projektowania ambitnych celów.</p>
767.	Rozdział 6	art. 37	Rzecznik Praw Pacjenta	<p>Należy rozważyć uzupełnienie przepisów projektu ustawy w zakresie weryfikacji i koordynacji planów rozwojowych.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>

				<p>Zgodnie z projektem ustawy plan rozwojowy zawiera między innymi planowane przez podmiot szpitalny działania mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Brak odpowiednich narzędzi koordynacji i weryfikacji planów powoduje, że działania zaplanowane przez podmiot mogą nie być możliwe do zrealizowania, czego konsekwencje poniesie podmiot szpitalny (np. ze względu na brak możliwości zakontraktowania określonego świadczenia przez NFZ).</p> <p>Proponuje się wprowadzenie przepisu, zgodnie z którym Agencja akceptuje i koordynuje plany rozwojowe, a odrzuca plany wobec siebie sprzeczne lub niemożliwe do zrealizowania.</p> <p>Proponuje się wprowadzenie przepisu, zgodnie z którym w przypadku pozytywnej opinii Prezesa NFZ podmiot szpitalny będzie preferowany lub miał zapewnioną możliwość zawarcia kontraktu z NFZ na świadczenia zdrowotne wskazane w planie rozwojowym.</p>	
768.	Rozdział 6	art. 37	<p>Polska Federacja Szpitali</p>	<p>W jaki sposób zmiana planu rozwojowego będzie wpływała na okres na który podmiot szpitalny uzyskał swoją kategoryzację. Zmiana planu - jak będzie liczony trzyletni okres kategoryzacji - czy od nowa?</p> <p>Brak zapisów regulujących. Istnieje obawa, że plany i kategoryzacja będą się różnić.</p> <p>Proponujemy dodanie zapisów jeśli zmiana planu ma wpływać na trzyletni okres</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zmiana planu rozwojowego nie będzie powodowała przesunięcia terminu kolejnej kategoryzacji dla podmiotu szpitalnego. Termin kategoryzacji został określony w rozdziałach 4 i 5 projektowanej ustawy.</p>
769.	Rozdział 7 (Oddział 1)	-	<p>Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Propozycja określenia zadań rad społecznych podmiotów szpitalnych przy postępowaniu naprawczo – rozwojowym.</p> <p>Brak wskazania roli rad społecznych w procesach naprawczo – rozwojowych prowadzonych przez nadzorcę podmiotu szpitalnego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak propozycji konkretnego rozwiązania w zakresie roli rad społecznych.</p>
770.	Rozdział 7 (Oddział 1)	-	<p>Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Wprowadzić katalog zadań zarządcy, analogiczny do katalogu zadań nadzorcy, wymienionego w art.46.</p> <p>Ustawa nie może powoływać do życia podmiotu, który w sposób istotny ingeruje w działalność podmiotu szpitalnego będącego spółką, podlegającego szczególnym regulacjom KSH, bez określenia katalogu jego zadań i relacji w stosunku do organów spółki.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat.</p>
771.	Rozdział 7	-	<p>Unia Metropolii Polskich im. Pawła</p>	<p>Nadzorca pracownik Agencji, spełniający kwalifikacje określone w ustawie – wymaganie dot. rocznego doświadczenia zawodowego w obszarze ochrony zdrowia jest zbyt obszerne, katalog otwarty, obszar ochrony zdrowia winno</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>

			Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>być doprecyzowane. Projektodawca nie precyzuje co oznacza obszar ochrony zdrowia, można przyjąć, że będzie to sprzedawca ze sklepu zaopatrzenia ortopedycznego, rehabilitacyjnego, pracownik apteki lub przedstawiciel firmy farmaceutycznej. Nadzorcą winna być osoba, która posiada co najmniej 5 letnie doświadczenie w zawodowe w leczeniu szpitalnym. Projektodawca jako nadzorcę akceptuje osobę o bardzo niskich kwalifikacjach w stosunku do wymagań kierownika szpitala.</p> <p>Zarządca – spełnia kryteria, które zastrzeżone są dla kierownika podmiotu szpitalnego w art. 120 ustawy. Zarządca nie może tak jak nadzorca pełnić swojej roli w więcej niż jednym podmiocie oraz nie może pełnić roli nadzorcy.</p> <p>Nadzorca oraz Zarządca nie będący pracownikami Agencji podlegają ubezpieczeniu OC za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji. Jeżeli w przypadku składania zażalenia nie dopuszcza się wglądu do akt postępowania prowadzonego przez Agencję, jak podmiot składający zażalenie będzie mógł rościć odszkodowanie za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy lub zarządcy?</p> <p>Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez nadzorców i zarządców będących pracownikami Agencji odpowiedzialność ponoszona będzie na podstawie zasad ogólnych, czyli określony zostanie limit wypłaty odszkodowania, bez możliwości naprawienia strat.</p> <p>Nadzorca i zarządca nie ponosi odpowiedzialności za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego, ale dokonują czynności w imieniu własnym, na rachunek tegoż podmiotu. Kto pełnić będzie nadzór nad działaniami nadzorcy i zarządcy?</p> <p>Wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego prowadzone wobec szpitala kategorii C albo D lub wobec podmiotu kategorii B na wniosek o skorzystanie ze środków ochronnych lub naprawczo-rozwojowych oraz o wyznaczenie nadzorcy.</p>	
772.	Rozdział 7	-	Województwo Podlaskie	<p>UWAGI OGÓLNE:</p> <p>-Brak określenia kto prowadzi listę zarządców.</p> <p>-Brak zasad doboru nadzorców/zarządców dla podmiotu szpitalnego z listy</p> <p>-Brak regulacji dotyczącej ustalania wysokości wynagrodzenia nadzorcy/zarządcy. W art. 47 nie określono od czego zależy wysokość tego wynagrodzenia ani w oparciu o co Prezes Agencji je ustala.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt ustawy nie przewiduje prowadzenia listy zarządców. Ustanawianie nadzorcy oraz zarządcy należy do kompetencji Prezesa Agencji.</p>
773.	Rozdział 7	-	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Nadzorca pracownik Agencji, spełniający kwalifikacje określone w ustawie – wymaganie dot. rocznego doświadczenia zawodowego w obszarze ochrony zdrowia jest zbyt obszerne, katalog otwarty, obszar ochrony zdrowia winno być doprecyzowane. Projektodawca nie precyzuje co oznacza obszar ochrony zdrowia, można przyjąć, że będzie to sprzedawca ze sklepu zaopatrzenia ortopedycznego, rehabilitacyjnego, pracownik apteki lub</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>

			<p>przedstawiciel firmy farmaceutycznej. Nadzorcą wina być osoba, która posiada co najmniej 5 letnie doświadczenie w zawodowe w leczeniu szpitalnym. Projektodawca jako nadzorcę akceptuje osobę o bardzo niskich kwalifikacjach w stosunku do wymagań kierownika szpitala.</p> <p>Zarządca – spełnia kryteria, które zastrzeżone są dla kierownika podmiotu szpitalnego w art. 120 ustawy. Zarządca nie może tak jak nadzorca pełnić swojej roli w więcej niż jednym podmiocie oraz nie może pełnić roli nadzorcy.</p> <p>Nadzorca oraz Zarządca nie będący pracownikami Agencji podlegają ubezpieczeniu OC za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji. Jeżeli w przypadku składania zażalenia nie dopuszcza się wglądu do akt postępowania prowadzonego przez Agencję, jak podmiot składający zażalenie będzie mógł rościć odszkodowanie za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy lub zarządcy?</p> <p>Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez nadzorców i zarządców będących pracownikami Agencji odpowiedzialność ponoszona będzie na podstawie zasad ogólnych, czyli określony zostanie limit wypłaty odszkodowania, bez możliwości naprawienia strat.</p> <p>Nadzorca i zarządca nie ponosi odpowiedzialności za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego, ale dokonują czynności w imieniu własnym, na rachunek tegoż podmiotu. Kto pełnić będzie nadzór nad działaniami nadzorcy i zarządcy?</p> <p>Wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego prowadzone wobec szpitala kategorii C albo D lub wobec podmiotu kategorii B na wniosek o skorzystanie ze środków ochronnych lub naprawczo-rozwojowych oraz o wyznaczenie nadzorcy.</p>	
774.	Rozdział 7	-	<p>Śląski Związek Gmin i Powiatów</p> <p>Jako bardzo daleko idącą ingerencję w uprawnienia właścicielskie jst należy uznać postanowienia rozdziału 7 projektu, określające zasady postępowania naprawczo-rozwojowego podmiotów szpitalnych, którym w wyniku obowiązkowej oceny dokonanej na podstawie osiąganych wskaźników ekonomiczno-finansowych, wskazanych w art. 27, przyznana została kategoria C albo D. Postępowanie naprawczo-rozwojowe podmiotów szpitalnych kategorii C lub D prowadzone jest z udziałem nadzorcy, którym może być pracownik Agencji lub osoba wpisana na listę nadzorców prowadzoną przez Agencję. Ustanowienie nadzorcy następuje, zgodnie z art. 29, mocą tego samego postanowienia Prezesa Agencji, którym przyznana zostaje podmiotowi kategoria C lub D oraz wszczęte zostaje postępowanie naprawczo-rozwojowego.</p> <p>Omawiana sytuacja charakteryzuje się niejasnym podziałem kompetencji oraz odpowiedzialności za podejmowane w spółce decyzje, stan finansów, kierunki działalności oraz efekty prowadzonych działań naprawczo-</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat.</p>

				<p>rozwojowych, pomiędzy nadzorcą powoływanym postanowieniem Prezesa Agencji, a działającymi na ogólnych zasadach wynikających z Kodeksu spółek handlowych (dalej Ksh.) i umowy / statutu spółki członkami zarządu spółki, którzy zgodnie z art. 201 Ksh prowadzą sprawy spółki i reprezentują ją na zewnątrz.</p> <p>Zgodnie z art. 46 do zadań nadzorcy należy m. in. opracowanie projektu planu naprawczo-rozwojowego, który zostaje przekazany prezesowi Zarządu celem uzgodnienia. Prezes Zarządu może taki plan zaakceptować lub przedstawić do niego umotywowane zastrzeżenia (art. 57 ust. 1), jednakże plan uważa się za uzgodniony z dniem podpisania go przez prezesa lub z dniem przekazania mu informacji o przyczynach nieuwzględnienia zgłoszonych zastrzeżeń (art. 58). Należy zatem uznać, iż prezes Zarządu posiada jedynie uprawnienia opiniujące odnośnie opracowywanego przez nadzorcę, a zatwierdzanego przez Prezesa Agencji planu naprawczo-rozwojowego, podobnie jak rada nadzorcza Spółki, która dostaje plan do zaopiniowania (art. 59 ust. 1 pkt 1).</p> <p>Natomiast zgodnie z art. 65 ust. 1 projektu, za realizację zatwierdzonego planu naprawczo-rozwojowego odpowiedzialny jest podmiot szpitalny, którego zarząd nie miał uprawnień decyzyjnych na etapie jego przyjmowania! Ponadto do zadań nadzorcy należy m.in. nadzór nad realizacją planu naprawczo-rozwojowego, zawarcie umowy z nadzorcą układu w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15.05.2015 r. Prawo restrukturyzacyjne, współpraca z nadzorcą układu, składanie propozycji układowych oraz stosowanie określonych w art. 70 środków ochronnych i naprawczo-rozwojowych, takich jak m.in.: restrukturyzacja zatrudnienia, odstąpienie od umów, restrukturyzacja majątku, przeprofilowanie działalności (art. 46).</p> <p>Zgodnie z art. 43 ust. 1 i 2 nadzorca dokonuje czynności w imieniu własnym na rachunek podmiotu szpitalnego oraz nie odpowiada za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego. Natomiast art. 54 ust. 1 stanowi, że w postępowaniu naprawczo-rozwojowym podmiot szpitalny sprawuje zarząd nad własnym majątkiem.</p> <p>Wszystkie ww. zapisy powodują w naszej opinii całkowicie niejasny podział obowiązków i odpowiedzialności pomiędzy nadzorcą a zarządem spółki, wobec której toczy się postępowanie naprawczo-rozwojowe.</p>	
775.	Rozdział 7	-	Śląski Związek Gmin i Powiatów	<p>Przytoczone regulacje oraz wynikające z nich niejasności, dotyczące podziału kompetencji i obowiązków pomiędzy członków zarządu spółki, a ustanowionego nadzorcę rodzą także wątpliwości w zakresie wpływu zaistniałej sytuacji na określony w Ksh i umowie / statucie spółki sposób działania i obowiązki pozostałych organów spółki, tj. rady nadzorczej oraz zgromadzenia wspólników / walnego zgromadzenia, a pośrednio także w zakresie roli i uprawnień jst jako właściciela podmiotu szpitalnego.</p> <p>Chodzi tu przykładowo o wątpliwości, dotyczące sposobu określania oraz rozliczania w zaistniałej sytuacji przez radę nadzorczą celów zarządczych</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu</p>

				<p>ustalanych dla zarządu spółki w kontekście szeregu istotnych czynności podejmowanych przez nadzorcę.</p> <p>Powstaje także pytanie o charakter i sposób realizacji w praktyce określonych w Ksh i umowie / statucie spółki uprawnień rady nadzorczej bądź zgromadzenia wspólników / walnego zgromadzenia do wyrażania zgody zarządowi na podjęcie określonych czynności, w kontekście podejmowania wielu istotnych czynności w omawianej sytuacji przez nadzorcę.</p>	instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat.
776.	Rozdział 7	-	Uniwersytet Opolski	<p>Ograniczenie kompetencji podmiotu tworzącego w obszarach takich jak: wyznaczanie kierunków oraz dalszego rozwoju podmiotu szpitalnego, odwoływanie i powoływanie kierowników podmiotów szpitalnych, zmiana zatwierdzonego planu naprawczo-rozwojowego, zarządzanie przez kierownika podmiotem szpitalnym.</p> <p>Wprowadzenie instytucji nadzorcy (art. 38 ust.1) lub zarządcy (art. 41 ust. 1) ograniczy autonomię, niezależność i kompetencje podmiotu tworzącego w zakresie podejmowania decyzji strategicznych w odniesieniu do podmiotu szpitalnego oraz kierownika w zakresie kierowania podmiotem szpitalnym.</p> <p>Z uwagi na fakt, że, nadzorca lub zarządca niejednokrotnie nie będzie znał ani specyfiki podmiotu szpitalnego ani otoczenia podmiotu szpitalnego, może to rzutować na współpracę nadzorcy lub zarządcy z kierownikiem podmiotu szpitalnego oraz podmiotem tworzącym, a tym samym niekorzystnie wpłynąć na dalszy rozwój placówki.</p> <p>Ponadto, wprowadzenie zapisów odnośnie odwołania kierownika podmiotu szpitalnego przez Prezesa Agencji Rozwoju Szpitali, wyznaczenia nowego kierownika oraz zawieszenia uprawnień podmiotu tworzącego do powoływania i odwoływania kierownika (art. 67 pkt.3, art. 77, 78 i 80) jest przejawem ograniczenia prawa i kompetencji podmiotu tworzącego do wyboru i odwołania kierownika podmiotu szpitalnego.</p> <p>Dalej, wprowadzenie zapisów art. 68, zgodnie z którym zatwierdzony plan naprawczo-rozwojowy podlega zmianie z inicjatywy nadzorcy lub Prezesa Agencji, skutkuje brakiem możliwości zmiany zatwierdzonego planu z inicjatywy kierownika podmiotu szpitalnego lub podmiotu tworzącego, przekazując te kompetencje jedynie nadzorcy lub Prezesowi Agencji.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B). Niniejsze założenie reformy zostało upublicznione przez Ministerstwo Zdrowia już w maju 2021 r. – z 3 wariantów został wybrany najbardziej optymalny.</p>
777.	Rozdział 7	-	Związek Województw RP - Województwo Wielkopolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Nie ma w Polsce możliwości utrzymania Szpitala w kategorii A przy zaniżonej wycenie świadczeń, przy rosnących cenach gazu, prądu, kosztów pracy kadry medycznej oraz ceny leków. Nie ma możliwości stworzenia takiego planu naprawczo – rozwojowego, który byłby w stanie przekształcić Szpital z kategorii B do A w dłuższej perspektywie czasu przy obecnych w/w cenach.</p> <p>Zaniżona wycena świadczeń. Wzrost cen gazu i prądu. Rosnące koszty pracy kadry medycznej. Wzrost cen leków, artykułów pierwszej potrzeby, żywności.</p> <p>Propozycja: Urealnienie wyceny świadczeń medycznych.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt ustawy zmienia koncepcje funkcjonowania tzw. Sieci Szpitali. W pozostałej części uwaga poza zakresem regulacji.</p>

778.	Rozdział 7	-	Związek Województw RP - Województwo Wielkopolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Koncentracja zasobów ludzkich, dostosowanie działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych. Przeprofilowanie działalności w sytuacji braków kadry medycznej bardzo często w podstawowej działalności jest niewykonalne</p> <p>Można zmienić profil działalności poprzez zmiany wpisów w rejestrach, zakup niezbędnego sprzętu, remont pomieszczeń. Nie można „sprzedawać” i „kupować” kadry medycznej w szeroko rozumianym tego słowa znaczeniu, zważywszy na brak kadry na rynku.</p> <p>Propozycja: Zwiększyć dostępność do studiów medycznych, wprowadzić zachęty dla młodych lekarzy, tak aby chcieli zostać w naszym kraju. Propozycja alokacji zasobów ludzkich w podmiotach szpitalnych ze względu na mapy potrzeb zdrowotnych raczej ich nie zatrzyma.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga poza zakresem regulacji (propozycje z niniejszej uwagi realizowane są poprzez inne inicjatywy Ministerstwa Zdrowia.</p>
779.	Rozdział 7	-	Związek Województw RP - Województwo Wielkopolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Opracowanie planu rozwojowego /naprawczo rozwojowego poprzedzają analizy efektywności, funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Kto pokryje koszty zatrudnienia pracowników, którzy będą odpowiedzialni za przygotowywanie w/w analiz kwartalnie i na każde żądanie Agencji.</p> <p>Nie ma możliwości nałożenia dodatkowych obowiązków na pracowników administracji, których zatrudnienie zostało ograniczone do niezbędnego minimum.</p> <p>Propozycja: Przekazanie środków na zatrudnienie pracowników, którzy będą odpowiedzialni za przygotowanie w/w analiz kwartalnie oraz na każde żądanie Agencji.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W przypadku podmiotu szpitalnego kategorii C i D plan naprawczo-rozwojowy oraz poprzedzające go analizy będzie opracowywał nadzorca, którego wynagrodzenie będzie finansowała Agencja.</p> <p>Jeśli zaś chodzi o podmioty szpitalne kategorii A i B to należy zauważyć, iż są to podmioty w dobrej sytuacji finansowej.</p>
780.	Rozdział 7	-	Związek Województw RP - Województwo Wielkopolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Za realizację planu naprawczo-rozwojowego odpowiedzialny jest podmiot szpitalny, plan naprawczo-rozwojowy przygotowywany jest przez nadzorcę w porozumieniu z Kierownikiem, ale uwagi Kierownika mogą zostać odrzucone bez możliwości dalszego odwołania.</p> <p>Podmiot szpitalny nie ma możliwości realizacji planu naprawczo-rozwojowego, o czym Kierownik informuje nadzorcę, który nie uwzględnia uwag Kierownika. Odpowiedzialność za niepowodzenie ponosi Kierownik.</p> <p>Kierownik powinien mieć możliwość odwołania się od decyzji nadzorcy co najmniej do Prezesa Agencji. Powinien mieć możliwość wystąpienia o zmianę planu naprawczo – rozwojowego.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>
781.	Rozdział 7	-	Związek Banków Polskich	<p>Prezes Agencji prowadząc na podstawie proponowanych regulacji postępowanie naprawczo-rozwojowe będzie w ocenie ZBP „sędzią we własnej sprawie”, a postępowania naprawczo-rozwojowe placówek szpitalnych (a także ich restrukturyzacja na zasadach określonych w</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Procesy naprawczo-rozwojowe będą podlegać kontroli sądowej. W szczególności sąd będzie</p>



				nowelizowanym prawie restrukturyzacyjnym) będą toczyć się w istotnej mierze na koszt wierzycieli, co nasuwa wątpliwości co do zgodności projektu z Konstytucją (odpowiednie zastosowanie znajdują argumenty z wyroku Trybunału Konstytucyjnego w sprawie K 4/17). Według projektu ustawy decyzje o postępowaniu naprawczo-rozwojowym placówek szpitalnych, w tym dotyczące ochrony przed egzekucją, ochrony przed wypowiedzeniem umów i restrukturyzacji ich majątku, ma podejmować Prezes Agencji, który według projektu będzie organem nadzoru właścicielskiego. Z punktu widzenia wierzycieli podmiotów szpitalnych nie ma przeszkód, by Prezes podejmował takie decyzje w zakresie nie wpływającym na prawa osób trzecich - a więc wewnętrznej organizacji państwowych placówek leczniczych. Jednakże w zakresie, w jakim restrukturyzacja wpłynie na prawa osób trzecich (wierzycieli, jednostek samorządu terytorialnego, które wyposażyły placówki w majątek i przynajmniej w pewnym zakresie są odpowiedzialne za ich funkcjonowanie, kierowników i zarządów placówek, którzy odpowiadają za ich zarządzanie) Prezes Agencji będzie „sędzią we własnej sprawie”.	właściwy w sprawie rozpatrywania wniosków o wyrażanie zgody na zastosowanie w stosunku do podmiotu szpitalnego środków i działań naruszających interesy podmiotów trzecich.
782.	Rozdział 7 (Oddział 1)	-	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Brak ograniczeń aby jeden nadzorca był równolegle nadzorcą innego podmiotu szpitalnego co naszym zdaniem bezpośrednio wpłynie na efektywność jego działań. Ponadto wymóg posiadania rocznego doświadczenia zawodowego w obszarze zdrowia nie jest wystarczający do pełnienia tejże roli.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
783.	Rozdział 7 (Oddział 1)	-	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	Włączenie konstrukcji do Prawa restrukturyzacyjnego i jej zmodyfikowanie adekwatnie do rzeczywistych uwarunkowań systemu ochrony zdrowia  Postępowanie to powinno być jedynie jednym z odrębnych postępowań restrukturyzacyjnych, w których nie miesza się rozwoju z restrukturyzacją związaną ze złą sytuacją finansową podmiotu. Należy postawić wyraźne rozgraniczenie pomiędzy mechanizmami prorozwojowymi a mechanizmami naprawczymi, związanymi z ograniczeniami dla podmiotu, który wymaga prowadzenie postępowania restrukturyzacyjnego. Tym samym ustawa może odnosić się do kwestii rozwoju, natomiast w pozostałych przypadkach powinno to być jedynie odrębne postępowanie w ramach Prawa restrukturyzacyjnego dla podmiotów w złej kondycji finansowej, z uwzględnieniem specyfiki tych podmiotów, tak jak ma to miejsce w odniesieniu do deweloperów czy emitentów obligacji, w których to postępowaniach należy szczególnie zabezpieczyć interesy osób trzecich. Dzielenie zagadnienia restrukturyzacji, działań naprawczych, etc. między dwa akty prawne nie jest rozwiązaniem klarownym i efektywnym.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Projekt ustawy opracowany został m.in. przez specjalistów zewnętrznych, w tym z zakresu Prawa restrukturyzacyjnego, wchodzących w skład powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu do spraw przygotowania projektu przepisów w zakresie postępowań naprawczych podmiotów szpitalnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 45, z późn. zm.).
784.	Rozdział 7 (Oddział 1)	-	Związek Województw RP - Województwo Wielkopolskie	Dysonans w kwestii wymagań jakich oczekuje się od nadzorcy jako pracownika Agencji oraz Kierownika Podmiotu Szpitalnego a nawet samego Prezesa Agencji.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>

			(za pośrednictwem KWRiST)	<p>Kierownikiem podmiotu szpitalnego może być wyłącznie osoba wpisana na listę menedżerów (warunkiem zdanie egzaminu państwowego lub ukończone studia podyplomowe MBA w ochronie zdrowia). Niższe wymagania dla Prezesa Agencji i nadzorcy, którzy mają sprawować funkcję kontrolującą Kierownika. W przypadku szpitala kategorii D podejmują decyzję o jego zwolnieniu.</p> <p>Prezes Agencji jak i nadzorca muszą mieć co najmniej kwalifikacje Kierownika Podmiotu Szpitalnego</p>	
785.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 38	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu	Brak w proponowanym postępowaniu w zakresie planu naprawczo rozwojowego udziału/konsultacji z organem nadzorującym.	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zgodnie z art. 59 ust. 1 pkt 1 nadzorca przekazuje projekt planu naprawczo-rozwojowego podmiotowi nadzorującemu, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki – radzie nadzorczej albo komisji rewizyjnej, celem zaopiniowania. Dodatkowo podmiot nadzorujący ma prawo złożenia zażalenia na postanowienie Prezesa Agencji zatwierdzające plan w zakresie, w jakim plan naprawczo-rozwojowy przewiduje przeprofilowanie lub zmiany zakres lub liczbę świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmiot szpitalny.</p>
786.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 38	Instytut Strategie 2050	W art. 38 projektu pojawiają się stanowiska nadzorcy i zarządcy. W naszej ocenie sposób w jaki opisano te stanowiska w projekcie powoduje, że nadzorcą restrukturyzowanego szpitala może zostać osoba nieposiadająca odpowiednich kwalifikacji zawodowych. Na stanowiskach nadzorcy, obok specjalistów w zakresie ekonomii i zarządzania mogą zostać zatrudnieni prawnicy, finansiści, specjaliści w zakresie administracji z ROCZNYM (czytaj niewystarczającym) doświadczeniem zawodowym w obszarze ochrony zdrowia (art. 39.1). Konieczny do wpisania na listę wymóg przeprowadzenia w okresie ostatnich 5 lat co najmniej sześciu postępowań restrukturyzacyjnych zakończonych prawomocnym zatwierdzeniem układu (art. 40.3) nie gwarantuje posiadania właściwych i wystarczających umiejętności do przeprowadzenia przewodu restrukturyzacyjnego złożonego w swojej strukturze i zadaniach podmiotu ochrony zdrowia. Oczekiwanyimi informacjami, które potwierdzałyby posiadane kompetencje są te o udziale w restrukturyzacjach jednostek medycznych w przeszłości oraz o wyniku wszystkich postępowań restrukturyzacyjnych, w których kandydat brał udział.	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p>
787.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 38-39	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Postępowanie naprawczo-rozwojowe jest prowadzone z udziałem nadzorcy. Postępowanie naprawczo-rozwojowe podmiotu szpitalnego kategorii C albo D w formie spółki jest prowadzone również z udziałem zarządcy, jeżeli Prezes Agencji wydał postanowienie, o którym mowa w art. 77 ust. 2 albo art. 78 ust. 2.</p> <p>Art. 39 określa wymagania wobec nadzorcy</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>

				<p>Projekt ustawy bezkrytycznie zakłada, że nadzorcą może być osoba, która nie ma żadnego doświadczenia w zarządzaniu szpitalami, a nawet nie ma żadnego doświadczenia związanego z zatrudnieniem w tego typu podmiocie. Jedyny wymóg, który w przypadku pracowników Agencji, może dotyczyć funkcjonowania ochrony zdrowia – cyt. „posiada co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia” (art. 39 ust. 1 pkt 1 lit. h) nie oznacza, że osoba taka posiada kompetencje dot. szpitali. Wymóg taki może spełnić ktoś, kto np. był informatykiem w aptece, albo zajmował się instalacjami sanitarnymi w ZOL.</p> <p>Jak zatem osoby o takich kwalifikacjach mogą racjonalnie planować i oceniać wpływ swoich „decyzji” na standard opieki nad pacjentami.</p> <p>Dodatkowo jednoznacznie należy zauważyć, że tak sformułowane wymogi, a raczej ich brak oznaczają, że to pracownicy Agencji będą podstawowym źródłem kadrowym do objęcia funkcji nadzorcy. Faktycznie więc może to oznaczać przejęcie kontroli nad danym szpitalem przez Agencję.</p>	
788.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 38-49	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się wykreślenie art. 38-49 z projektowanej ustawy</p> <p>"Wprowadzenie instytucji nadzorcy lub zarządcy ograniczy autonomię, niezależność i kompetencje podmiotu tworzącego w zakresie podejmowania decyzji strategicznych w odniesieniu do podmiotu szpitalnego oraz kierownika w zakresie kierowania podmiotem szpitalnym. Z uwagi na fakt, że, nadzorca lub zarządca niejednokrotnie nie będzie znał ani specyfiki podmiotu szpitalnego ani otoczenia podmiotu szpitalnego, może to rzutować na współpracę nadzorcy lub zarządcy z kierownikiem podmiotu szpitalnego oraz podmiotem tworzącym a tym samym niekorzystnie wpłynąć na dalszy rozwój placówki.</p> <p>Ponadto, wprowadzenie zapisów odnośnie odwołania kierownika podmiotu szpitalnego przez Prezesa Agencji, wyznaczenia nowego kierownika oraz zawieszenia uprawnień podmiotu tworzącego do powoływania i odwoływania kierownika jest przejawem ograniczenia prawa i kompetencji podmiotu tworzącego.</p> <p>Dalej, wprowadzenie zapisów art. 68, zgodnie z którym zatwierdzony plan naprawczo-rozwojowy podlega zmianie z inicjatywy nadzorcy lub Prezesa Agencji, skutkuje brakiem możliwości zmiany zatwierdzonego planu z inicjatywy kierownika podmiotu szpitalnego lub podmiotu tworzącego dając te kompetencje jedynie nadzorcy lub Prezesowi Agencji.</p> <p>W projektowanej ustawie, nie zawarto również zapisów z których wynikałoby, że podmiot tworzący lub kierownik podmiotu szpitalnego, mogą zwrócić się do Prezesa Agencji z prośbą o odwołanie nadzorcy lub zarządcy i</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B). Niniejsze założenie reformy zostało upublicznione przez Ministerstwo Zdrowia już w maju 2021 r. – z 3 wariantów został wybrany najbardziej optymalny.</p>

				<p>wyznaczenie nowego nadzorcy lub zarządcy z uwagi na brak współpracy nadzorcy lub zarządcy z kierownikiem podmiotu szpitalnego umożliwiającej przygotowanie planu naprawczo-rozwojowego. Biorąc pod uwagę wymagania i kwalifikacje, jakie są stawiane osobom ubiegającym się o funkcję nadzorcy lub zarządcy, nie można założyć że do takich sytuacji nie dojdzie. "</p> <p>Propozycja: "Brak konieczności ustanawiania nadzorcy lub zarządcy.</p> <p>Zadania, jakie zamierzano powierzyć nadzorcy lub zarządcy proponuje się przekazać na kierownika podmiotu szpitalnego oraz podmiotu tworzącego "</p>	
789.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 38 ust. 1	Rada Główna Instytutów Badawczych	powinno być odwołanie do art. 25	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Odwołanie nie jest konieczne.</p>
790.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 38 ust. 1	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	powinno być odwołanie do art. 25	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Odwołanie nie jest konieczne.</p>
791.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 38 ust. 1	Uniwersytet Opolski	<p>Wymagania stawiane osobom, które mogą być nadzorcą lub zarządcą są niewystarczające i nie dają rękojmi prawidłowego nadzorowania i zarządzania podmiotem szpitalnym czy realizacji planu naprawczego.</p> <p>Wymagania, jakie stawiane są osobom, które mogą być nadzorcą lub zarządcą (art. 38 ust. 1), nie dają rękojmi prawidłowego nadzorowania i zarządzania podmiotem szpitalnym czy realizacji planu naprawczego, wobec czego istnieje obawa czy wprowadzenie przez ustawodawcę instytucji nadzorcy lub zarządcy przyniesie zamierzony efekt w postaci poprawy efektywności podmiotu szpitalnego.</p> <p>W projektowanej ustawie, nie zawarto również zapisów z których wynikałoby, że podmiot tworzący lub kierownik podmiotu szpitalnego, mogą zwrócić się do Prezesa Agencji z prośbą o odwołanie nadzorcy lub zarządcy i wyznaczenie nowego nadzorcy lub zarządcy z uwagi na brak współpracy nadzorcy lub zarządcy z kierownikiem podmiotu szpitalnego umożliwiającej przygotowanie planu naprawczo-rozwojowego.</p> <p>Biorąc pod uwagę wymagania i kwalifikacje, jakie są stawiane osobom ubiegającym się o funkcję nadzorcy lub zarządcy, nie można założyć że do takich sytuacji nie dojdzie.</p> <p>Podsumowując, należy stwierdzić, że z jednej strony zapisy projektowanej ustawy znacząco ograniczą kompetencje i możliwości decydowania o podmiocie szpitalnym przez podmiot tworzący, przekazując je nadzorcy i zarządcy oraz Prezesowi Agencji Rozwoju Szpitali, zaś z drugiej strony</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona w zakresie wymagań dla nadzorcy.</b></p> <p>Wymagania dla zarządcy są analogiczne jak wymagania dla kierownika podmiotu szpitalnego.</p> <p>Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B). Niniejsze założenie reformy zostało upublicznione przez Ministerstwo Zdrowia już w maju 2021 r. – z 3 wariantów został wybrany najbardziej optymalny.</p>

			<p>przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.) nakładają na podmiot tworzący szereg obowiązków, w tym finansowych jak np. : przejęcie zobowiązań i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji (art. 61 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej na podstawie projektowanej ustawy otrzyma brzmienie:</p> <p>„2. Należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej będącego podmiotem szpitalnym pozostałe po jego likwidacji stają się należnościami Skarbu Państwa albo uczelni medycznej, albo właściwej jednostki samorządu terytorialnego. Przepis zdania pierwszego stosuje się odpowiednio do mienia.”);</p> <p>Z uwagi na powyższe, proponuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) doprecyzowanie zapisów ustawy, na podstawie których zostanie dokonana ocena podmiotu szpitalnego i jego zaszeregowanie do danej kategorii, poprzez uwzględnienie czynników mających wpływ na ocenę sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu szpitalnego, mając przy tym na uwadze dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych a nie tylko osiąganie zysków,</li><li>2) doprecyzowanie pojęcia „efektywności szpitalnictwa”, m.in. poprzez przedstawienie ilościowych i jakościowych narzędzi pomiaru efektywności szpitalnictwa / szpitala,</li><li>3) wykreślenie z ustawy zapisów ustanawiających nadzorcę i zarządcę oraz ich zadania i kompetencje, a przyznanie tych kompetencji kierownikowi podmiotu szpitalnego oraz podmiotowi nadzorującemu,</li><li>4) wykreślenie z ustawy zapisów, na podstawie których Prezes Agencji może odwołać kierownika podmiotu szpitalnego oraz pozostawienie tych kompetencji podmiotowi nadzorującemu,</li><li>5) skorygowanie pozostałych zapisów projektowanej ustawy, w taki sposób aby:<ol style="list-style-type: none"><li>a) kierownik podmiotu szpitalnego wraz z podmiotem tworzącym byli odpowiedzialni za opracowanie planu rozwojowego lub postępowanie naprawczo-rozwojowe,</li><li>b) kierownik podmiotu szpitalnego był odpowiedzialny za realizację ww. planów i postępowania, zaś podmiot tworzący sprawował nadzór w tym zakresie,</li><li>c) plan rozwojowy lub postępowanie naprawczo-rozwojowe mogło ulec skorygowaniu, na wniosek podmiotu tworzącego lub kierownika podmiotu szpitalnego,</li></ol></li><li>6) wprowadzenie zapisów nakładających na podmiot szpitalny obowiązek sprawozdawania Prezesowi Agencji Rozwoju Szpitali informacji o stopniu realizacji planu rozwojowego oraz prowadzonego postępowania naprawczego,</li><li>7) utrzymanie kompetencji podmiotu tworzącego w zakresie powoływania i odwoływania kierownika podmiotu leczniczego,</li></ol>	
--	--	--	--	--

				8) utrzymania kompetencji podmiotu tworzącego w zakresie wyrażenia zgody na zbycie, najem lub dzierżawę mienia będącego w gospodarowaniu szpitala klinicznego.	
792.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Zdecydowana konieczność rozszerzenia katalogu kwalifikacji i doświadczenia niezbędnych do pełnienia funkcji nadzorcy. Mając na względzie obowiązki nałożone na nadzorcę, wymagania (kwalifikacje) względem kandydata pełniącego taką funkcję powinny być równe bądź wyższe w porównaniu z kwalifikacjami zarządcy czy kierownika podmiotu szpitalnego.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
793.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Nadzorca/ zarządca – roczne doświadczenie w ochronie zdrowia Podmiot leczniczy – szpital jest jednostką specyficzną. Według projektu ustawy aby zarządzać szpitalem trzeba być wpisany na listę menadżerów (MBA lub egzamin) Osoba posiadająca roczne doświadczenie w branży medycznej nie jest w stanie ocenić funkcjonowania takiej jednostki. Wykreślenie zapisu	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
794.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Wymogi stawiane nadzorcy są bardzo skromne w porównaniu z Artykułem 120. To typowo urzędnicze podejście.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
795.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39	Powiat Starachowicki	Nadzorcą restrukturyzowanego szpitala według prezentowanego projektu może być osoba niegwarantująca odpowiednich kwalifikacji zawodowych. Na stanowisku nadzorcy, obok specjalistów w zakresie ekonomii i zarządzania, mogą zostać zatrudnieni prawnicy, finansiści, specjaliści w zakresie administracji z rocznym (!!!) doświadczeniem zawodowym w obszarze ochrony zdrowia. Restrukturyzacja szpitali zakwalifikowanych do niższej kategorii będzie się odbywać pod okiem osób nadzorujących lub zarządzających z kwalifikacjami zawodowymi znacznie poniżej kwalifikacji dyrektorów. Propozycja: Weryfikacja wymagań stawianych kandydatom na nadzorcę	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
796.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39	Stowarzyszenie IFIC Polska	Świetnie opisane zasady braku konkurencji i powiązań ale wymagania kwalifikacyjne strasznie niskie wobec Nadzorcy: magister jednej z 6 dziedzin i tylko 1 rok pracy w SOZ. Potrzebne wymaganie - więcej lat stażu. W przeciwnym razie pula osób dostępnych jest ogromna a skuteczność ich może być tendencyjna a nie	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				korekcyjna dla szpitala. Co prawda musi się ubezpieczyć Art. 42.2 i sam za to zapłacić ale nadal wymagania są zbyt niskie. Po lekturze Oddziału 4 zastanawiamy się czy w wymaganiach nie powinno być doświadczenie w postępowaniu likwidacyjnym.	
797.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39	Polskie Stowarzyszenie Niezależnych Lekarzy i Naukowców	Kompetencje nadzorcy niższe niż zarządzających szpitalami.  Zgodnie z art. 39 nadzorca dla szpitali C i D : (1f) posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne w zakresie finansów, prawa, administracji, ekonomii lub zarządzania, uzyskane w państwie, (o którym mowa wyżej), (1 h) posiada co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia; Zachodzi nierówność kompetencji zarządzającego i nadzorcy, co może być przyczyną konfliktów w procesie restrukturyzacji.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
798.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	Modyfikacja przepisu  Nie może być tak, że wobec osób będących pracownikami Agencji, prowadzących postępowanie w odniesieniu do podmiotów szpitalnych stawia się niższe warunki niż wobec doradców restrukturyzacyjnych, którzy muszą zdawać niezwykle trudny egzamin państwowy. Nie może również być tak, że osoba pełniąca tego rodzaju funkcje jest związana stosunkiem pracy z podmiotem administracji publicznej, co poddaje w wątpliwość jej samodzielność i możliwość podejmowania decyzji o charakterze istotnym dla działania odrębnego podmiotu, jakim jest szpital. Należy zwrócić uwagę na ściśle określony status doradcy restrukturyzacyjnego, który cechuje się dużą samodzielnością, ale i dużą odpowiedzialnością, czego przejawem jest choćby ubezpieczenie OC. Jaką realną odpowiedzialność ponosi pracownik Agencji? Wydaje się, że jedynie wynikającą z Kodeksu pracy. Kwalifikacje brzegowe tej osoby (np. roczne doświadczenie w systemie ochrony zdrowia) są zbyt małe.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona w zakresie wymagań dla nadzorcy.</b>  Zapewnienie powiązania pomiędzy nadzorcami a Prezesem Agencji jest konieczne w celu zagwarantowania realnego wpływu Prezesa Agencji na prowadzone postępowania oraz zapewnienia ich koordynacji i spójności.
799.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39	Federacja Przedsiębiorców Polskich	Wymogi wobec nadzorcy winny być wyższe niż wymogi przewidziane wobec dyrektora szpitala. Trudno zrozumieć, czemu nadzorcą może być prawie każdy a by zostać Dyrektorem szpitala trzeba mieć bardzo konkretne wykształcenie. To zupełnie niewspółmierne zapisy krzywdzące dyrektorów szpitali	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Zadania realizowane przez kierownika i przez nadzorcę są odmienne a zatem i kwalifikacje wymagane w stosunku do ww. osób nie muszą być w pełni tożsame. Należy podkreślić, iż nadzorcy zatrudnieni w Agencji będą mieli szczególne wsparcie instytucjonalne Agencji Rozwoju Szpitali.
800.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39	Związek Województw RP - Województwo Podkarpackie (za	Uwaga dotyczy minimalnych wymagań wobec nadzorców. Ustawa mówi (art.39), że nadzorcą może być pracownik Agencji, który posiada m.in. wykształcenie wyższe w wybranych dziedzinach i posiada co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia. Od osoby, która będzie nadzorować proces restrukturyzacji podmiotu leczniczego z wielomilionowym budżetem, zatrudniającego niejednokrotnie	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Zadania realizowane przez kierownika i przez nadzorcę są odmienne a zatem i kwalifikacje wymagane w stosunku do ww. osób nie muszą być w pełni tożsame. Należy podkreślić, iż nadzorcy

			pośrednictwem KWRiST)	<p>kilka tysięcy osób powinno wymagać się spełnienia co najmniej takich samych wymagań kwalifikacyjnych jak od kierownika podmiotu leczniczego.</p> <p>1. Nadzorcą może być:</p> <p>1) pracownik Agencji, który spełnia łącznie następujące warunki:</p> <p>a) posiada obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym,</p> <p>b) zna język polski w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności nadzorcy,</p> <p>c) posiada pełną zdolność do czynności prawnych,</p> <p>d) nie był skazany prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,</p> <p>e) nie jest podejrzany albo oskarżony o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe,</p> <p>f) posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne w zakresie finansów, prawa, administracji, ekonomii lub zarządzania, uzyskane w państwie, o którym mowa w lit. a,</p> <p>g) nie jest wpisany do rejestru dłużników niewypłacalnych Krajowego Rejestru Sądowego ani w odniesieniu do tej osoby nie są ujawnione w Krajowym Rejestrze Zadłużonych informacje, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o Krajowym Rejestrze Zadłużonych (Dz. U. z 2021 r. 1909),</p> <p>h) posiada co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia;</p> <p>(...)</p> <p>Z uwagi na możliwość podniesienia kwalifikacji i uzupełnienia wykształcenia poprzez ukończenie studiów podyplomowych proponujemy rozszerzenie zapisu o posiadane wykształcenie uzyskane w ramach studiów podyplomowych.</p> <p>Propozycja: 1. Nadzorcą może być:</p> <p>1) pracownik Agencji, który spełnia łącznie następujące warunki:</p> <p>a) posiada obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym,</p> <p>b) zna język polski w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności nadzorcy,</p> <p>c) posiada pełną zdolność do czynności prawnych,</p>	<p>zatrudnieni w Agencji będą mieli szczególne wsparcie instytucjonalne Agencji Rozwoju Szpitali.</p> <p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga stoi w sprzeczności z innymi uwagami zgłoszonymi w ramach konsultacji dotyczącymi podniesienia wymagań, które zostały uwzględnione.</p>
801.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39	Związek Pracodawców Polska Miedź		



				<p>d) nie był skazany prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,</p> <p>e) nie jest podejrzany albo oskarżony o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe,</p> <p>f) posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne bądź ukończone studia podyplomowe w zakresie finansów, prawa, administracji, ekonomii lub zarządzania, uzyskane w państwie, o którym mowa w lit. a,</p> <p>g) nie jest wpisany do rejestru dłużników niewypłacalnych Krajowego Rejestru Sądowego ani w odniesieniu do tej osoby nie są ujawnione w Krajowym Rejestrze Zadłużonych informacje, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o Krajowym Rejestrze Zadłużonych (Dz. U. z 2021 r. 1909),</p> <p>h) posiada co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia;</p>	
802.	Rozdział 7 (Oddział 1) Rozdział 9 (Oddział 1)	art. 39, art. 88	Osoba fizyczna	<p>Art. 39. 1. Nadzorcą może być: 1) pracownik Agencji, który spełnia łącznie następujące warunki:          (...)” f) posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne w zakresie finansów, prawa, administracji, ekonomii lub zarządzania, uzyskane w państwie, o którym mowa w lit. a,(...).          (...)”h) posiada co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia;”(...</p> <p>Zupełnie niezrozumiałe jest zawężenie kwalifikacji Nadzorczy do jedynie 4 specjalności niezwiązanych z sektorem ochrony zdrowia, przy jednoczesnym ustaleniu minimalnego doświadczenia zawodowego w obszarze ochrony zdrowia na 1 rok.</p> <p>Tak wąski zakres specjalności, przy jednoczesnym bardzo niskim poziomie minimalnego doświadczenia zawodowego nie daje potrzebnych kwalifikacji do samodzielnego realizowania zadań wynikających z art. 46 Projektu Ustawy i zmusza wręcz do delegowania tych zadań na osoby mające odpowiednią wiedzę i doświadczenie, by móc w sposób prawidłowy nie tylko je wykonać, ale także dokonać analizy i weryfikacji poprawności przeprowadzonych działań.</p> <p>Ponieważ Projekt Ustawy nie przewiduje takiego oddelegowania na osoby trzecie, lub podmioty mające udokumentowane doświadczenie w realizacji procesów związanych z naprawą, modernizacją, lub całkowitą restrukturyzacją podmiotu szpitalnego, obejmującą cały zakres (nie tylko finansowy, czy prawny) jego działalności (infrastruktura, sprzęt, logistyka, sprawy personalne, działalność medyczna, planowanie), to takie przypisanie roli „nadzorczy” wydaje się nieprzemysłane.</p> <p>Zgodnie z praktyką prowadzenia restrukturyzacji szpitali, w planie naprawczym wzięte powinny być wszystkie aspekty działalności szpitala, których analiza opierać się powinna na pracy zespołowej wielu specjalistów z różnych dziedzin. Tylko interdyscyplinarność i zespołowe rozwiązywanie</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>

			<p>problemów daje szansę na skuteczne przeprowadzenie całego przedsięwzięcia.</p> <p>Projekt Ustawy, bez żadnych, racjonalnych przesłanek natury merytorycznej wprowadza nowy element w postaci osoby o wątpliwym przygotowaniu merytorycznym w zakresie większości problemów przedmiotowych. Taka konstrukcja, oparta na modelu zhierarchizowanej i sformalizowanej podległości nie uwzględnia innych skuteczniejszych modeli, a zwłaszcza nie wpisuje się w model procesowy, gdzie należałoby uwzględnić sposób zarządzania projektem (plan naprawczy wraz z jego wcześniejszym opracowaniem), oparty o kompetencje równoległe, niezhierarchizowane i jedynie koordynowane przez odpowiednią osobę, pełniącą funkcję „pełnomocnika Prezesa ARS”, formalizującego zgodnie z Ustawą projekt (plan naprawczy), oraz nadzorującego, również pod względem formalnym harmonogram jego wdrażania.</p> <p>Osoba taka, owszem, w miarę posiadanych przez siebie kompetencji i doświadczenia zawodowego, mogłaby pełnić funkcję doradczą, ale nie powinna być zobowiązana do sporządzenia projektu (planu naprawczego).</p> <p>Poza tym pojawia się tutaj pewien dualizm funkcji w tej samej instytucji państwowej. Z jednej, bowiem strony przedstawiciel tej instytucji (nadzorca zatrudniony przez Agencję) jest zobowiązany do opracowania planu naprawczego, a z drugiej plan ten zatwierdza Prezes tej samej instytucji, co jasno wskazuje, że nie ma na tym etapie ( a przynajmniej Projekt Ustawy tego nie przewiduje) żadnej wymiany informacji.</p> <p>Model ten wpisuje się, więc, w strukturę ewidentnie hierarchiczną, opartą na poleceniach, nakazach i decyzjach, bez rzeczywistego, praktycznego uczestnictwa instytucji w realizacji celu, określonego w tym samym Projekcie Ustawy.</p> <p>Taki model znacząco wpływa na obniżenie efektywności procesu naprawczego, oraz, co można stwierdzić z praktyki, w tak sformalizowanych przedsięwzięciach, również na wydłużenie czasu ich realizacji poprzez, choćby, wprowadzenie ustawowych terminów wydania postanowienia, czasu na odwołanie, drogi sądowej, czasu poświęconego na sformalizowaną korespondencję etc.</p> <p>Projekt Ustawy przewiduje, że nadzorcą może być :</p> <p>Art. 39.1.1(...)”pracownik Agencji, który spełnia łącznie następujące warunki:”(...)</p> <p>Art. 39.1.2(...)”osoba wpisana na listę nadzorców prowadzoną przez Prezesa Agencji.”(...)</p> <p>Zapisy te są nieprecyzyjne, gdyż nie ma w nich bezpośredniego stwierdzenia, że nadzorcą może być osoba niezatrudniona w Agencji, co wynika z innego art. Projektu Ustawy :</p>	
--	--	--	--	--

			<p>(...)”Art. 42. 1. Nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji.”(...)</p> <p>Jeśli zamiarem ustawodawcy było dopuszczenie do realizacji działań wymienionych w art. 3 Projektu Ustawy, osób niebędących pracownikami Agencji, a zatrudnionych jedynie w charakterze nadzorcy przez podmiot szpitalny, to tym bardziej jest to potwierdzeniem, że Agencja nie jest organem odpowiedzialnym za realizację zadań na wszystkich etapach w myśl art. 3 Projektu Ustawy, co stanowi wewnętrzną sprzeczność w tym Projekcie.</p> <p>Stwarza to tym samym fałszywy obraz odpowiedzialności Agencji za realizację postanowień Projektu Ustawy, wręcz fikcję, że Agencja w tym celu została powołana. Szczególnie widać te niespójności i błędne założenia szczegółowe, w art. 88 Projektu Ustawy, opisującym, na czym ma polegać działalność Agencji:</p> <p>Art. 88. 1. Działalność Agencji polega na:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocenie i kategoryzacji podmiotów szpitalnych; Komentarz: opisane wcześniej zastrzeżenia, co do metody oceny i kategoryzacji</li> <li>2) inicjowaniu, wspieraniu i monitorowaniu procesów rozwojowych i postępowań naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych; Komentarz: brak aktu wykonawczego określającego narzędzia i metody</li> <li>2) dostosowaniu działalności podmiotów szpitalnych do regionalnych potrzeb zdrowotnych; Komentarz: to jest zadanie podmiotu szpitalnego, Agencja pełni rolę nadzorującą, patrz pkt 4. Zgodnie z innymi zapisami Projektu Ustawy, Prezes Agencji zatwierdza, a nie sporządza plan naprawczy</li> <li>4) nadzorze nad procesami rozwojowymi i postępowaniami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych;</li> <li>5) rozwoju podmiotów szpitalnych przez: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) udzielenie pożyczki,</li> <li>b) bezzwrotne wsparcie finansowe,</li> <li>c) wsparcie merytoryczne,</li> <li>d) doradztwo eksperckie;</li> </ol> </li> <li>6) organizowaniu i koordynowaniu wspólnych zakupów dla podmiotów szpitalnych;</li> <li>7) wdrażaniu i nadzorowaniu zarządzania procesowego w podmiotach szpitalnych przez rozwijanie modeli zarządzania procesowego;</li> <li>8) monitorowaniu funkcjonowania podmiotów szpitalnych i ich sytuacji ekonomicznofinansowej. Komentarz: brak aktu wykonawczego określającego narzędzia i metody. Udzielenie pożyczki nie daje gwarancji na rozwój. To i pozostałe wymienione zadania są jedynie pośrednimi narzędziami wspomagającymi rozwój. Pkt. 7 jest semantyczny neologizm. Nie można „wdrażać i nadzorować”</li> </ol>	
--	--	--	---	--

				zarządzania procesowego przez jego „rozwijanie”. Najpierw się wdraża, potem rozwija, a w trakcie rozwoju nadzoruje. Pkt 8. Brak aktu wykonawczego opisującego narzędzia i metody monitorowania (patrz : Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej” a w szczególności § 13. „Jednocześnie z projektem ustawy przygotowuje się projekty rozporządzeń o znaczeniu podstawowym dla jej funkcjonowania.”)	
803.	Rozdział 7 (Oddział 1), Rozdział 10	art. 39 w zw. z art. 120	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Wymagania nadzorcy są rażąco i niewspółmiernie niższe od wymagań dla kierownika podmiotu szpitalnego, tymczasem nadzorujący powinien mieć lepsze kwalifikacje niż nadzorowany, a nie odwrotnie.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Zadania realizowane przez kierownika i przez nadzorcę są odmienne a zatem i kwalifikacje wymagane w stosunku do ww. osób nie muszą być w pełni tożsame. Należy podkreślić, iż nadzorcy zatrudnieni w Agencji będą mieli szczególne wsparcie instytucjonalne Agencji Rozwoju Szpitali.
804.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1	Rada Główna Instytutów Badawczych	brak odniesienia do wymagań określonych w art. 40.3.7	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Brak uzasadnienia uwagi.
805.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	brak odniesienia do wymagań określonych w art. 40.3.7	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Brak uzasadnienia uwagi.
806.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1	Polska Federacja Szpitali	Kwalifikacja nadzorcy są niewystarczające aby podejmować określone w projekcie decyzje dotyczące podmiotu szpitalnego, praktycznie jednoosobowo. Budzi duże wątpliwości tylko roczne doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia. Brak doświadczenia nadzorcy w zarządzaniu podmiotem szpitalnym, a oparcie się ustawodawcy tylko na wybiórczych kwalifikacjach ekonomicznych, prawnych czy administracyjnych, bez wymaganej wiedzy i doświadczenia związanego z finansowaniem świadczeń, zasad ich udzielania w zespołach i komórkach organizacyjnych, wpływu na miejsca powstawania kosztów, doświadczenia w zarządzaniu zasobami – może spowodować straty dla podmiotu leczniczego i systemu ochrony zdrowia  Proponujemy zapis: Art. 39.1. f) posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne w zakresie finansów, prawa, administracji lub zarządzania lub inne wykształcenie wyższe z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w zarządzaniu podmiotem leczniczym, h) posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie w zarządzaniu w obszarze ochrony zdrowia	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
807.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1	Bank Gospodarstwa Krajowego	1.Nadzorcą może być: 1) pracownik Agencji, który spełnia łącznie następujące warunki: a) posiada obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, Konfederacji	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				<p>Szwajcarskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym,</p> <p>b) zna język polski w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności nadzorcy,</p> <p>c) posiada pełną zdolność do czynności prawnych,</p> <p>d) nie był skazany prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,</p> <p>e) nie jest podejrzany albo oskarżony o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe,</p> <p>f) posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne w zakresie finansów, prawa, administracji, ekonomii lub zarządzania, uzyskane w państwie, o którym mowa w lit. a,</p> <p>g) nie jest wpisany do rejestru dłużników niewypłacalnych Krajowego Rejestru Sądowego ani w odniesieniu do tej osoby nie są ujawnione w Krajowym Rejestrze Zadłużonych informacje, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o Krajowym Rejestrze Zadłużonych (Dz. U. z 2021 r. 1909),</p> <p>h) posiada co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia;</p> <p>Wymagania wobec nadzorcy są niższe niż w stosunku do kierującego podmiotem szpitalnym. Oznacza to, że program restrukturyzacji będzie przygotowany przez osobę z mniejszym doświadczeniem niż kierujący szpitalem (3-letni staż w szpitalu, zdany państwowy egzamin lub MBA w ochronie zdrowia). Oprócz wymogów formalnych warto byłoby uzupełnić wymagania merytoryczne nadzorcy związane z sektorem ochrony zdrowia np. posiada wiedzę oraz doświadczenie ekonomiczne związane z sektorem ochrony zdrowia, jego funkcjonowaniem oraz posiada znajomość procesów zarządczych.</p>	
808.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Wymagania kwalifikacyjne wobec nadzorców będącymi pracownikami Agencji są znacznie niższe niż wobec nadzorców niebędących pracownikami Agencji.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
809.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: Nadzorcą może być:</p> <p>1) pracownik Agencji, który spełnia łącznie następujące warunki:</p> <p>a) posiada obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym,</p> <p>b) zna język polski w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności nadzorcy,</p> <p>c) posiada pełną zdolność do czynności prawnych,</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>

			<p>d) nie był skazany prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,</p> <p>e) nie jest podejrzany albo oskarżony o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe,</p> <p>f) posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne w zakresie finansów, prawa, administracji, ekonomii lub zarządzania, uzyskane w państwie, o którym mowa w lit. a,</p> <p>g) nie jest wpisany do rejestru dłużników niewypłacalnych Krajowego Rejestru Sądowego ani w odniesieniu do tej osoby nie są ujawnione w Krajowym Rejestrze Zadłużonych informacje, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o Krajowym Rejestrze Zadłużonych (Dz. U. z 2021 r. 1909),</p> <p>h) posiada co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia;</p> <p>Proponowane brzmienie: Nadzorcą może być:</p> <p>1) pracownik Agencji, który spełnia łącznie następujące warunki:</p> <p>a) posiada obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym,</p> <p>b) zna język polski w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności nadzorcy,</p> <p>c) posiada pełną zdolność do czynności prawnych,</p> <p>d) nie był skazany prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,</p> <p>e) nie jest podejrzany albo oskarżony o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe,</p> <p>f) posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne w zakresie finansów, prawa, administracji, ekonomii lub zarządzania, uzyskane w państwie, o którym mowa w lit. a,</p> <p>g) nie jest wpisany do rejestru dłużników niewypłacalnych Krajowego Rejestru Sądowego ani w odniesieniu do tej osoby nie są ujawnione w Krajowym Rejestrze Zadłużonych informacje, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o Krajowym Rejestrze Zadłużonych (Dz. U. z 2021 r. 1909),</p> <p>h) posiada co najmniej 3 latnie doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia w okresie nie dłuższym niż ostatnie 10 lat przed datą złożenia wniosku o wpis na listę;</p> <p>Roczne doświadczenie w obszarze ochrony zdrowia wydaje się być za krótkim doświadczeniem, aby zrozumieć mechanizmy funkcjonowania podmiotów leczniczych i zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych. Należy także zaznaczyć, iż doświadczenie to powinno być aktualne, z uwagi</p>	
--	--	--	--	--

				na częstotliwość zmian przepisów w ochronie zdrowia oraz zmiany sytuacji i uwarunkowań w jakich działają podmioty na rynku.	
810.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>W art. 39 ust. 1 określono wymogi stawiane nadzorcy będącego pracownikiem Agencji w postępowaniu naprawczo-rozwojowym prowadzonym w stosunku do szpitali kategorii C i D. Uważam, że przepis ten ustanawia zbyt małe wymagania w zakresie doświadczenia zawodowego w zakresie ochrony zdrowia (tylko 1 rok)</p> <p>Zadaniem nadzorcy jest opracowanie planu naprawczo-rozwojowym co wymaga dużej wiedzy w zakresie ochrony zdrowia.</p> <p>Propozycja: Podwyższenie wymogów doświadczenia zawodowego w ochronie zdrowia do min. 5 lat</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
811.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Małopolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Zbyt niskie i nieprecyzowane wymogi stawiane nadzorcom</p> <p>Nadzorca musi wykazać się rocznym stażem w obszarze ochrony zdrowia, a od kierownika podmiotu szpitalnego wymaga się studiów MBA lub egzaminu państwowego. Pojęcie obszaru ochrony zdrowia bez zawężenia choćby do podmiotów szpitalnych, których dotyczy regulacja, bądź organów wyceniających lub kontraktujących świadczenia jest zbyt ogólne.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
812.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1	Województwo Pomorskie	<p>Zbyt niskie wymagania wobec kwalifikacji nadzorcy</p> <p>Ze względu na ogromne kompetencje nadzorcy winien legitymować się kwalifikacjami nie niższymi niż oczekiwane wobec kierowników podmiotów. Wymagania odnośnie nadzorcy będącego pracownikiem agencji są nieuzasadnione i daleko niższe niż wobec nadzorcy „z zewnątrz”, który musi być wpisany na listę prowadzoną przez Prezesa Agencji, posiadać licencję doradcy restrukturyzacyjnego oraz mieć przeprowadzone minimum 6 postępowań restrukturyzacyjnych.</p> <p>Zmiana wymogów na analogiczne jak w przypadku kierowników podmiotów i zarządców</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Zadania realizowane przez kierownika i przez nadzorcę są odmienne a zatem i kwalifikacje wymagane w stosunku do ww. osób nie muszą być w pełni tożsame. Należy podkreślić, iż nadzorcy zatrudnieni w Agencji będą mieli szczególne wsparcie instytucjonalne Agencji Rozwoju Szpitali.</p>
813.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1	Pracodawcy Pomorza	<p>Niskie wymagania dla tzw. Nadzorcy który jest jednocześnie pracownikiem Agencji</p> <p>Propozycja: Wprowadzenie jako oblige min dwu albo trzyletniego doświadczenia w zarządzaniu podmiotami leczniczymi prowadzącymi m.in. działalność szpitalną</p> <p>Uzasadnienie: Niezasadne wydają się być niskie wymagania dla nadzorcy czyli osoby która ma koordynować restrukturyzację szpitala</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
814.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo	<p>Art. 39 ust. 1</p> <p>Nadzorcą może być:</p> <p>1) pracownik Agencji, który spełnia łącznie następujące warunki:</p> <p>(...)</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
					Zadania realizowane przez kierownika i przez nadzorcę są odmienne a zatem i kwalifikacje

			Lubuskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>h) posiada co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia;</p> <p>Proponowana zmiana: Spełnia warunki określone w art. 120 ust. 1 (jak dla kierownika podmiotu leczniczego).</p> <p>Czy tylko roczne doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia może być wystarczające, żeby być nadzorcą podmiotu leczniczego. Nadzorca powinien spełniać warunki takie same jak warunki określone dla kierownika podmiotu leczniczego.</p>	wymagane w stosunku do ww. osób nie muszą być w pełni tożsame. Należy podkreślić, iż nadzorcy zatrudnieni w Agencji będą mieli szczególne wsparcie instytucjonalne Agencji Rozwoju Szpitali.
815.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Warmińsko-Mazurskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Kwalifikacja nadzorcy są niewystarczające aby podejmować określone w projekcie decyzje dotyczące podmiotu szpitalnego, praktycznie jednoosobowo. Budzi duże wątpliwości tylko roczne doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia.</p> <p>Brak doświadczenia nadzorcy w zarządzaniu podmiotem szpitalnym, a oparcie się ustawodawcy tylko na wybiórczych kwalifikacjach ekonomicznych, prawnych czy administracyjnych, bez wymaganej wiedzy i doświadczenia związanego z finansowaniem świadczeń, zasad ich udzielania w zespołach i komórkach organizacyjnych, wpływu na miejsca powstawania kosztów, doświadczenia w zarządzaniu zasobami – może spowodować straty dla podmiotu leczniczego i systemu ochrony zdrowia.</p> <p>Art. 39.1. f) powinien brzmieć: posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne w zakresie finansów, prawa, administracji lub zarządzania lub inne wykształcenie wyższe z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w zarządzaniu podmiotem leczniczym, h) powinien brzmieć: posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie w zarządzaniu w obszarze ochrony zdrowia</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
816.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1	Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Szpitali Specjalistycznych w Olsztynie	<p>Kwalifikacja nadzorcy są niewystarczające aby podejmować określone w projekcie decyzje dotyczące podmiotu szpitalnego, praktycznie jednoosobowo. Budzi duże wątpliwości tylko roczne doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia.</p> <p>Brak doświadczenia nadzorcy w zarządzaniu podmiotem szpitalnym, a oparcie się ustawodawcy tylko na wybiórczych kwalifikacjach ekonomicznych, prawnych czy administracyjnych, bez wymaganej wiedzy i doświadczenia związanego z finansowaniem świadczeń, zasad ich udzielania w zespołach i komórkach organizacyjnych, wpływu na miejsca powstawania kosztów, doświadczenia w zarządzaniu zasobami – może spowodować straty dla podmiotu leczniczego i systemu ochrony zdrowia.</p> <p>Art. 39.1.</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>



				<p>f) powinien brzmieć: posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne w zakresie finansów, prawa, administracji lub zarządzania lub inne wykształcenie wyższe z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w zarządzaniu podmiotem leczniczym,</p> <p>h) powinien brzmieć: posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie w zarządzaniu w obszarze ochrony zdrowia</p>	
817.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	<p>Kwalifikacje nadzorcy są niewystarczające, aby podejmować określone w projekcie decyzje dotyczące podmiotu szpitalnego, praktycznie jednoosobowo. Budzi duże wątpliwości tylko roczne doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia.</p> <p>Brak doświadczenia nadzorcy w zarządzaniu podmiotem szpitalnym i oparcie się projektodawcy tylko na wybiórczych kwalifikacjach ekonomicznych, prawnych czy administracyjnych, bez wymaganej wiedzy i doświadczenia związanego z finansowaniem świadczeń zdrowotnych, zasad ich udzielania, wpływu na miejsca powstawania kosztów, doświadczenia w zarządzaniu zasobami – może spowodować straty dla podmiotu szpitalnego i systemu ochrony zdrowia.</p> <p>Art. 39 ust. 1: lit. f) powinien brzmieć: posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne w zakresie finansów, prawa, administracji lub zarządzania lub inne wykształcenie wyższe z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w zarządzaniu podmiotem leczniczym, lit. h) powinien brzmieć: posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie w zarządzaniu w obszarze ochrony zdrowia.</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
818.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Mazowieckie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Katalog kwalifikacji wymaganych od nadzorcy powinien być przynajmniej taki sam jak wymagania określone dla kierownika podmiotu szpitalnego.</p> <p>Uzasadnienie: Nie można przygotowywać skutecznego planu naprawczego – rozwojowego nie posiadając doświadczenia w zarządzaniu podmiotem leczniczym. Katalog wymagań nadzorcy powinien być przynajmniej taki sam jak określone wymagania dla kierownika podmiotu szpitalnego.</p> <p>Proponuje się, aby nadzorca spełniał również wymagania określone w art. 120 ust. 1 projektu ustawy.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Zadania realizowane przez kierownika i przez nadzorcę są odmienne a zatem i kwalifikacje wymagane w stosunku do ww. osób nie muszą być w pełni tożsame. Należy podkreślić, iż nadzorcy zatrudnieni w Agencji będą mieli szczególne wsparcie instytucjonalne Agencji Rozwoju Szpitali.</p>
819.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>"Nadzorcą może być:</p> <p>1) pracownik Agencji, który spełnia łącznie następujące warunki:</p> <p>a) posiada obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym,</p> <p>b) zna język polski w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności nadzorcy,</p> <p>c) posiada pełną zdolność do czynności prawnych,</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>

			<p>d) nie był skazany prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,  e) nie jest podejrzany albo oskarżony o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe,  f) posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne w zakresie finansów, prawa, administracji, ekonomii lub zarządzania, uzyskane w państwie, o którym mowa w lit. a,  g) nie jest wpisany do rejestru dłużników niewypłacalnych Krajowego Rejestru Sądowego ani w odniesieniu do tej osoby nie są ujawnione w Krajowym Rejestrze Zadłużonych informacje, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o Krajowym Rejestrze Zadłużonych (Dz. U. z 2021 r. 1909),  h) posiada co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia;"</p> <p>Propozycja: "Nadzorcą może być:  1) pracownik Agencji, który spełnia łącznie następujące warunki:  a) posiada obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym,  b) zna język polski w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności nadzorcy,  c) posiada pełną zdolność do czynności prawnych,  d) nie był skazany prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,  e) nie jest podejrzany albo oskarżony o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe,  f) posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne w zakresie finansów, prawa, administracji, ekonomii lub zarządzania, uzyskane w państwie, o którym mowa w lit. a,  g) nie jest wpisany do rejestru dłużników niewypłacalnych Krajowego Rejestru Sądowego ani w odniesieniu do tej osoby nie są ujawnione w Krajowym Rejestrze Zadłużonych informacje, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o Krajowym Rejestrze Zadłużonych (Dz. U. z 2021 r. 1909),  h) posiada co najmniej 3 latnie doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia w okresie nie dłuższym niż ostatnie 10 lat przed datą złożenia wniosku o wpis na listę;"</p> <p>Roczne doświadczenie w obszarze ochrony zdrowia wydaje się być za krótkim doświadczeniem, aby zrozumieć mechanizmy funkcjonowania podmiotów leczniczych i zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych. Należy także zaznaczyć, iż doświadczenie to powinno być aktualne, z uwagi</p>	
--	--	--	--	--

				na częstotliwość zmian przepisów w ochronie zdrowia oraz zmiany sytuacji i uwarunkowań w jakich działają podmioty na rynku.	
820.	Rozdział 7 (Oddział 1), Rozdział 10	art. 39 ust. 1, art. 120 ust. 1	Wielkopolski Związek Szpitali	<p>Art. 39. 1 Nadzorcą może być:</p> <p>1) pracownik Agencji, który spełnia łącznie następujące warunki:</p> <p>a) posiada obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym,</p> <p>b) zna język polski w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności nadzorcy,</p> <p>c) posiada pełną zdolność do czynności prawnych,</p> <p>d) nie był skazany prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,</p> <p>e) nie jest podejrzany albo oskarżony o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe,</p> <p>f) posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne w zakresie finansów, prawa, administracji, ekonomii lub zarządzania, uzyskane w państwie, o którym mowa w lit. a,</p> <p>g) nie jest wpisany do rejestru dłużników niewypłacalnych Krajowego Rejestru Sądowego ani w odniesieniu do tej osoby nie są ujawnione w Krajowym Rejestrze Zadłużonych informacje, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o Krajowym Rejestrze Zadłużonych (Dz. U. z 2021 r. 1909),</p> <p>h) posiada co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia.</p> <p>Art. 120. 1. Kierownikiem podmiotu szpitalnego, a także osobą pełniącą obowiązki kierownika podmiotu szpitalnego, może być osoba, która spełnia łącznie następujące warunki:</p> <p>1) posiada wykształcenie wyższe lub wykształcenie wyższe uzyskane za granicą uznane w Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie przepisów odrębnych</p> <p>2) posiada co najmniej 5-letni staż pracy na stanowisku kierowniczym albo co najmniej 3-letni staż pracy na stanowisku kierowniczym w podmiocie szpitalnym;</p> <p>3) posiada pełną zdolność do czynności prawnych i nie została skazana prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;</p> <p>4) zdała państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo ukończyła studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 122;</p> <p>5) znajduje się na liście menedżerów, o której mowa w art. 123 ust. 1.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Zadania realizowane przez kierownika i przez nadzorcę są odmienne a zatem i kwalifikacje wymagane w stosunku do ww. osób nie muszą być w pełni tożsame. Należy podkreślić, iż nadzorcy zatrudnieni w Agencji będą mieli szczególne wsparcie instytucjonalne Agencji Rozwoju Szpitali.</p>

				<p>Porażająco niskie wymagania wobec nadzorców w stosunku do kryteriów stawianych kierownikom podmiotów szpitalnych.</p> <p>Zapisy art. 39 i 120 są przejawem nierównego traktowania osób odpowiedzialnych za kierowanie szpitalem. Nadzorca – osoba bez merytorycznego przygotowania do kierowania szpitalem i bez stosownego doświadczenia, w żaden sposób nie może być gwarantem „wdrożenia skutecznych mechanizmów restrukturyzacyjnych poprawiających rentowność podmiotu szpitalnego i jego stabilność finansową”.</p> <p>Projektowane zapisy to działania prowadzące do wymiany dotychczasowych kierowników podmiotów szpitalnych i ustanowieniu „dyrektorów/prezesów z nadania lub przydziału”.</p> <p>Wprowadzenie zapisów nakładających na nadzorców spełnienie kryteriów kwalifikacyjnych tożsamych z kryteriami dla kierowników podmiotów szpitalnych.</p>	
821.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1 w zw. z art. 40 ust. 3	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Wymogi dla nadzorczy, który będzie pracownikiem Agencji (art. 39 ust. 1) są niewspółmiernie niskie w stosunku do wymogów nadzorczy określonych w art. 40 ust. 3. Powyższe stwarza zagrożenie, że nadzorcą również może zostać osoba o niewystarczających kompetencjach, co wypacza sens wprowadzenia tego rozwiązania w ustawie o modernizacji szpitali. Powyższe stwarza sytuację, że nadzór nad funkcjonowaniem podmiotu leczniczego (wg. ustawy podmiotu szpitalnego), może sprawować osoba o znacznie niższych kompetencjach niż wymagane przez projekt ustawy od kierownika tego podmiotu. Wątpliwości również budzi fakt, że za strategiczne decyzje (program naprawczy) odnośnie funkcjonowania podmiotu szpitalnego będzie odpowiedzialna osoba, która zgodnie z proponowanym rozwiązaniem może posiadać jedynie roczne doświadczenia w pracy w ochronie zdrowia, równocześnie projektodawca przewiduje znaczne ograniczenie jej odpowiedzialności za wykonane przez nią czynności.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
822.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1 pkt 1	Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Proponujemy zwiększenie wymogów dla nadzorców będących pracownikami Agencji albo wprowadzenie zapisu, że powinni spełniać wymogi takie jak inni wpisywani na listę nadzorców.</p> <p>Warunki dla nadzorców będących pracownikami Agencji są niskie w stosunku do wymagań wobec osób wpisywanych na listę nadzorców oraz kierowników podmiotów szpitalnych. Zgodnie z projektem ustawy nadzorca pełni bardzo ważną rolę, ma szerokie uprawnienia, a powierzone mu zadania są kluczowe dla dalszego funkcjonowania podmiotu szpitalnego.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
823.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust 1 pkt 1	Związek Województw RP - Województwo	<p>1. Nadzorcą może być:</p> <p>1) pracownik Agencji, który spełnia łącznie następujące warunki:</p> <p>a) posiada obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

			<p>Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)</p> <p>Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym,</p> <p>b) zna język polski w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności nadzorcy,</p> <p>c) posiada pełną zdolność do czynności prawnych,</p> <p>d) nie był skazany prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,</p> <p>e) nie jest podejrzany albo oskarżony o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe,</p> <p>f) posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne w zakresie finansów, prawa, administracji, ekonomii lub zarządzania, uzyskane w państwie, o którym mowa w lit. a,</p> <p>g) nie jest wpisany do rejestru dłużników niewypłacalnych Krajowego Rejestru Sądowego ani w odniesieniu do tej osoby nie są ujawnione w Krajowym Rejestrze Zadłużonych informacje, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o Krajowym Rejestrze Zadłużonych (Dz. U. z 2021 r. 1909),</p> <p>h) posiada co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia;</p> <p>Zapisu art. 39 ust. 1 pkt 1 litera e) stoi w sprzeczności z Konstytucyjną zasadą domniemania niewinności, wskazaną w art. 42 ust. 3 Konstytucji RP. Zasada domniemania niewinności to dyrektywa, w myśl której każdego uważa się za niewinnego, dopóki jego wina nie zostanie stwierdzona prawomocnym wyrokiem sądu. Zasadnym jest usunięcie wskazanego przepisu.</p> <p>Z uwagi na możliwość podniesienia kwalifikacji i uzupełnienia wykształcenia poprzez ukończenie studiów podyplomowych proponujemy rozszerzenie zapisu art. 39 ust. 1 pkt 1 litera f) o posiadane wykształcenie uzyskane w ramach studiów podyplomowych.</p> <p>Propozycja: 1. Nadzorcą może być:</p> <p>1) pracownik Agencji, który spełnia łącznie następujące warunki:</p> <p>e) wykreślenie zapisu,</p> <p>f) posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne bądź ukończone studia podyplomowe w zakresie finansów, prawa, administracji, ekonomii lub zarządzania, w tym zarządzania podmiotem leczniczym, uzyskane w państwie, o którym mowa w lit. a</p>	
824.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust 1 pkt 1	<p>Ośrodek Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych</p> <p>Proponuje się dopisanie lit i) w brzmieniu : i) spełnia warunki określone w art. 120 ust. 1 niniejszej ustawy.</p> <p>Kompetencje nadzorcy wyszczególnione art. 46 projektowanej ustawy nadają takim osobom wyjątkowo szeroki zakres kompetencji, co z kolei jest nieproporcjonalne względem dość niskich wymogów stawianych kandydatom do pełnienia roli nadzorcy. Nadto wymagania względem nadzorców są</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Zadania realizowane przez kierownika i przez nadzorcę są odmienne a zatem i kwalifikacje wymagane w stosunku do ww. osób nie muszą być w pełni tożsame. Należy podkreślić, iż nadzorcy</p>

				niewspółmiernie niskie względem oczekiwań nakreślanych wobec przyszłych kierujących podmiotami leczniczymi. Trudno zrozumieć intencję zgodnie, z którą opracowanie, a następnie nadzór nad realizacją planu naprawczo-rozwojowego powierzony na zostać osobom o zaledwie rocznym doświadczeniu zawodowym w obszarze ochrony zdrowia.	zatrudnieni w Agencji będą mieli szczególne wsparcie instytucjonalne Agencji Rozwoju Szpitali.
825.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1 pkt 1	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Wymagania dotyczące doświadczenia pracownika Agencji który może pełnić funkcję Nadzorca są niewystarczające. Szczególnie razi wymóg co najmniej rocznego doświadczenia zawodowego w obszarze ochrony zdrowia.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
826.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust.1 pkt 1 vs art. 40 ust. 3	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Warunki, jakie należy spełnić by zostać nadzorcą: nieuzasadnione stosowanie mniejszych wymogów formalnych wobec pracowników Agencji (art.39 ust.1 pkt.1) niż wymogów stawianych nadzorcom wpisanym na listę nadzorców (art.39 ust.1 pkt. 2 w zw. z art. 40 ust.3). Nie ma podstaw do ulgowego traktowania pracowników Agencji, jeśli chodzi o wymogi stawiane dla objęcia funkcji nadzorca, skoro wymagania stawiane tej funkcji są jednakowe.  Powinny być zastosowane jednakowe wymagania, a więc wobec pracowników Agencji również należałoby postawić wymóg wskazany w art.40 ust.3 pkt.7, tj. posiadania licencji doradcy restrukturyzacyjnego i przeprowadzenia w okresie ostatnich 5 lat co najmniej sześciu postępowań restrukturyzacyjnych zakończonych prawomocnym zatwierdzeniem układu, albo spełniania warunków określonych w art.120 ust.1 (wymogi stawiane kierownikowi podmiotu szpitalnego).	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Zadania realizowane przez kierownika i przez nadzorcę są odmienne a zatem i kwalifikacje wymagane w stosunku do ww. osób nie muszą być w pełni tożsame. Należy podkreślić, iż nadzorcy zatrudnieni w Agencji będą mieli szczególne wsparcie instytucjonalne Agencji Rozwoju Szpitali.
827.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust.1 pkt 1 vs art. 40 ust. 3	Powiat Stargardzki	Warunki, jakie należy spełnić by zostać nadzorcą: nieuzasadnione stosowanie mniejszych wymogów formalnych wobec pracowników Agencji (art.39 ust.1 pkt.1) niż wymogów stawianych nadzorcom wpisanym na listę nadzorców (art.39 ust.1 pkt.2 w zw. z art.40 ust.3). Brak podstaw do ulgowego traktowania pracowników Agencji, jeśli chodzi o wymogi stawiane dla objęcia funkcji nadzorca, skoro wymagania stawiane tej funkcji są jednakowe.  Powinny być zastosowane jednakowe wymagania, a więc wobec pracowników Agencji również należałoby postawić wymóg wskazany w art.40 ust.3 pkt.7, tj. posiadania licencji doradcy restrukturyzacyjnego i przeprowadzenia w okresie ostatnich 5 lat co najmniej sześciu postępowań restrukturyzacyjnych zakończonych prawomocnym zatwierdzeniem układu , albo spełniania warunków określonych w art.120 ust.1 (wymogi stawiane kierownikowi podmiotu szpitalnego).  Ujednoczyć wymogi	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Zadania realizowane przez kierownika i przez nadzorcę są odmienne a zatem i kwalifikacje wymagane w stosunku do ww. osób nie muszą być w pełni tożsame. Należy podkreślić, iż nadzorcy zatrudnieni w Agencji będą mieli szczególne wsparcie instytucjonalne Agencji Rozwoju Szpitali.
828.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1 pkt 1 lit. e,	Urząd Ochrony Danych Osobowych	Art. 39 ust. 1 pkt 1 lit. e projektu ustawy przewiduje, że „Nadzorcą może być pracownik Agencji, który nie jest podejrzany albo oskarżony o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe.”. Pod	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

		art. 40 ust. 3 pkt 5		rozważę Projektodawcy poddać należy projektowany przepis (art. 39 ust. 1 pkt 1 lit. e) co do tego, czy koresponduje z projektowanym przepisem przewidującym, że „Nadzorcą może być pracownik Agencji, który nie był skazany prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe” (art. 39 ust. 1 pkt 1 lit. d projektu ustawy). Skoro nadzorcą może być osoba, która czyn zabroniony popełniła nieumyślnie, popełniła go na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach to art. 39 ust. 1 pkt 1 lit. e projektu ustawy w zakresie podejrzenia albo oskarżenia o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego nie powinien stanowić w tym zakresie szerzej. Analogiczną uwagę należy podnieść do art. 40 ust. 3 pkt 5 projektu ustawy.	
829.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1 pkt. 1 lit. e oraz art. 40 ust. 3 pkt. 5 w zw. z art. 92	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Wymagania dla pracownika Agencji, który może być nadzorcą oraz nadzorcy wpisanego na listę nadzorców są dalej idące niż dla Prezesa Agencji (wskazano przesłankę podejrzenia lub oskarżenia o przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe, a dla Prezesa Agencji takiej przesłanki brak).	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
830.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1 lit. f	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	f) posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne w zakresie finansów, prawa, administracji, ekonomii, lub zarządzania lub zdrowia publicznego uzyskane w państwie, o którym mowa w lit. a,  Uwzględnienie zakresu wykształcenia o zdrowie publiczne, które przygotowuje do pracy na stanowiskach menadżerskich i wykonawczych m.in. w placówkach ochrony zdrowia czy instytucjach państwowych związanych z branżą medyczną.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
831.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1 pkt 1 lit f	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	W zakresie wymagań do objęcia funkcji nadzorcy w art. 39 ust. 1 pkt 1 lit f – w odniesieniu do osób – pracowników Agencji wymienia się, że „posiada wykształcenie wyższe lub równorzędne w zakresie finansów, prawa, administracji, ekonomii lub zarządzania”. Przepis jest nieprecyzyjny, trudno wskazać co należy rozumieć pod pojęciem wykształcenia „równorzędnego” do magisterskiego w zakresie wskazanych specjalności.  Określenie wymagań kwalifikacyjnych dla pracowników Agencji na stanowisko nadzorcy powinno być paralelne do wymagań dla osób wpisanych na listę nadzorców prowadzoną przez Prezesa Agencji (tutaj wymaga się – art. 40 ust. 3 pkt 7 – posiadania licencji doradcy restrukturyzacyjnego).	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zadania realizowane przez kierownika i przez nadzorcę są odmienne a zatem i kwalifikacje wymagane w stosunku do ww. osób nie muszą być w pełni tożsame. Należy podkreślić, iż nadzorcy zatrudnieni w Agencji będą mieli szczególne wsparcie instytucjonalne Agencji Rozwoju Szpitali.
832.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1 lit. h	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Zmiana treści przepisu na następującą: <i>h) posiada co najmniej 5 letnie doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia.</i>  Osoba na stanowisku nadzorcy powinna dawać rękojmię należytego wykonywania ciężących na niej obowiązków. Powinna ona posiadać odpowiednie kwalifikacje, wiedzę i doświadczenie. Znać specyfikę działania podmiotów leczniczych. Wskazane w projekcie ustawy roczne doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia jest okresem zbyt	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				krótkim. Wyższe wymagania w zakresie doświadczenia zawodowego stawiane są przez ustawodawcę osobom zatrudnionym na stanowiskach kierowniczych w podmiotach leczniczych.	
833.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1 pkt 1 lit. h	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	<p>Dla nadzorcy przewidziano niewystarczający wymóg doświadczenia zawodowego w obszarze ochrony zdrowia.</p> <p>Z uwagi na istotną rolę nadzorcy okres 1 roku doświadczenia zawodowego w obszarze ochrony zdrowia wydaje się być zdecydowanie zbyt krótki, ponadto z uwagi na wysoki poziom oczekiwań merytorycznych i menagerskich wymaganych od nadzorcy, należy dodać zapis dotyczący posiadania przez nadzorcę niezbędnego doświadczenia związanego z pełnieniem funkcji kierowniczych w ochronie zdrowia.</p> <p>Warto w tym miejscu porównać, iż kierownikowi podmiotu leczniczego stawiany jest wymóg co najmniej 5 letniego stażu pracy na stanowisku kierowniczym lub 3 letni na stanowisku kierowniczym w podmiocie szpitalnym.</p> <p>Wydłużenie okresu doświadczenia zawodowego z 1 roku do co najmniej 3 lat w ciągu ostatnich 5 lat, z dodatkowym wymogiem pełnienia funkcji kierowniczej w podmiocie szpitalnym zakwalifikowanym do kategorii A lub B, stosownie do art. 25 – 27 ustawy</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
834.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1 pkt 1 lit. h	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Fromborku	<p>Ustawa zakłada, że szpital może nadzorować osoba z rocznym doświadczeniem w „obszarze ochrony zdrowia”. To zdecydowanie zbyt krótki okres na zdobycie doświadczenia.</p> <p>Funkcja „Nadzorcy” jest tak ważnym stanowiskiem, że w naszych oczach, osoba ta musi mieć przynajmniej jedną kadencję doświadczenia w zarządzaniu jednostką ochrony zdrowia, zasilaną ze środków NFZ. Wprowadzenie tak pojęmy zapisu, jak „obszar ochrony zdrowia”, powoduje nieczytelność, bowiem wymogi te spełniają zarówno wszyscy świadczeniodawcy, jak i świadczeniobiorcy. Ponadto takiemu zapisowi odpowiadają też wszyscy lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, farmaceuci, diagnosty, rehabilitanci, pracownicy działów utrzymania czystości i inne osoby wszystkich szczebli zatrudnieni w urzędach wojewódzkich, Sanepidach, Inspektoratach Farmaceutycznych i Sanitarnych oraz Ministerstwie Zdrowia i wielu innych „obszarach ochrony zdrowia”. Taki zapis jest nieczytelny, zatem należałoby go uszczegółowić.</p> <p>h) posiada co najmniej 6-letnie doświadczenie zawodowe na stanowisku kierowniczym w jednostce ochrony zdrowia, zasilanej ze środków NFZ.</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
835.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1 pkt 1 lit. h	Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo-	<p>Zwiększenie kwalifikacji i odpowiedniego doświadczenia dla nadzorcy będącego pracownikiem Agencji.</p> <p>Istnieje potrzeba dodania pkt i w proponowanym brzmieniu. Zdaniem opiniującego wymagania dla nadzorcy będącego pracownikiem Agencji pozostają w znacznej dysproporcji w odniesieniu do wymagań dla nadzorcy będącego osobą wpisaną na listę nadzorców prowadzoną przez Prezesa</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Zadania realizowane przez kierownika i przez nadzorcę są odmienne a zatem i kwalifikacje wymagane w stosunku do ww. osób nie muszą być w pełni tożsame. Należy podkreślić, iż nadzorcy



			Leczniczy w Gorzycach	<p>Agencji Dla porównania - osoba będąca pracownikiem musi legitymować się co najmniej rocznym doświadczeniem w obszarze ochrony zdrowia a - osoba wpisana na listę nadzorców musi min. posiadać licencję doradcy restrukturyzacyjnego, o której mowa w ustawie z dnia 15 czerwca 2007 r. o licencji doradcy restrukturyzacyjnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 242 i 2320 oraz z 2021 r. poz. 1080) i w okresie ostatnich 5 lat przeprowadziła co najmniej sześć postępowań restrukturyzacyjnych zakończonych prawomocnym zatwierdzeniem układu, albo spełnia warunki określone w art. 120 ust. 1. Opiniujący podnosi iż zgodnie z oceną skutków regulacji, potrzeba aktualnie ok. 185 nadzorców, z czego 85 stanowić będą pracownicy na stałe zatrudnieni w Agencji, nie mający kwalifikacji i odpowiedniego doświadczenia.</p> <p>Skreślić kropkę i dodać punkt interpunkcyjny przecinek i dodać pkt i .w brzmieniu : " pkt i ) co najmniej wymagania przewidziane w art. 120 ust.1."</p>	zatrudnieni w Agencji będą mieli szczególne wsparcie instytucjonalne Agencji Rozwoju Szpitali.
836.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1 pkt 1 lit. h	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>zmiana zapisu lit h) na: określone w art. 120 ust.1</p> <p>Warunki, jakie należy spełnić by zostać nadzorcą: nieuzasadnione stosowanie mniejszych wymogów formalnych wobec pracowników Agencji (art.39 ust.1 pkt.1) niż wymogów stawianych nadzorcom wpisanym na listę nadzorców (art.39 ust.1 pkt.2 w zw. z art.40 ust.3).</p> <p>Nie ma podstaw do ulgowego traktowania pracowników Agencji, jeśli chodzi o wymogi stawiane dla objęcia funkcji nadzorcy, skoro wymagania stawiane tej funkcji są jednakowe.</p> <p>Nadzorca jako pracownik Agencji powinien spełniać takie same warunki jak nadzorca nie będący pracownikiem Agencji i zarządca oraz kierownik podmiotu leczniczego.</p> <p>Powinny być zastosowane jednakowe wymagania, a więc wobec pracowników Agencji również należałoby postawić wymóg wskazany w art.40 ust.3 pkt.7, tj. posiadania licencji doradcy restrukturyzacyjnego i przeprowadzenia w okresie ostatnich 5 lat co najmniej sześciu postępowań restrukturyzacyjnych zakończonych prawomocnym zatwierdzeniem układu , albo spełniania warunków określonych w art.120 ust.1 (wymogi stawiane kierownikowi podmiotu szpitalnego).</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Zadania realizowane przez kierownika i przez nadzorcę są odmienne a zatem i kwalifikacje wymagane w stosunku do ww. osób nie muszą być w pełni tożsame. Należy podkreślić, iż nadzorcy zatrudnieni w Agencji będą mieli szczególne wsparcie instytucjonalne Agencji Rozwoju Szpitali.</p>
837.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1 pkt 1 lit. h	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	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.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
838.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1 pkt 1 lit. h	Ogólnopolski Związek Pracodawców	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.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

			Szpitali Powiatowych		
839.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1 pkt 1 lit. h	Rzecznik Praw Pacjenta	<p>Ustawa przewiduje nieproporcjonalnie niższe wymagania dla pracownika Agencji do pełnienia funkcji nadzorcy, niż w przypadku osób na liście.</p> <p>Ustawa dopuszcza zostanie nadzorcą osoby, który posiada tylko roczne doświadczenie w obszarze ochrony zdrowia (również osoba zaraz po ukończeniu studiów wyższych). Powstają wątpliwości, czy osoba o takim doświadczeniu powinna nadzorować działania podmiotów szpitalnych ze względu na brak wystarczających kompetencji i doświadczenia.</p> <p>Należy rozważyć istotne zwiększenie wymaganego doświadczenia w ochronie zdrowia – preferowane w podmiotach leczniczych (np. 5 lat doświadczenia w ochronie zdrowia, 3 lata na stanowisku kierowniczym w ochronie zdrowia).</p> <p>Wydaje się, że nadzorca powinien mieć przynajmniej analogiczne wymagania do kierownika podmiotu szpitalnego, którego ma nadzorować (dotyczy również art. 40 ust. 3).</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Zadania realizowane przez kierownika i przez nadzorcę są odmienne a zatem i kwalifikacje wymagane w stosunku do ww. osób nie muszą być w pełni tożsame. Należy podkreślić, iż nadzorcy zatrudnieni w Agencji będą mieli szczególne wsparcie instytucjonalne Agencji Rozwoju Szpitali.</p>
840.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1 pkt 1 lit. h	Naczelna Izba Aptekarska	<p>Proponuje się art. 39 ust. 1 pkt 1 lit. h nadać następujące brzmienie: „1h) posiada co najmniej pięcioletnie doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia;”.</p> <p>Uzasadnienie W ocenie Naczelnej Rady Aptekarskiej roczne doświadczenie zawodowe jest niewystarczające, żeby pełnić funkcję nadzorcy.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
841.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1 pkt 1 lit. h	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	<p>Doświadczenie nadzorcy w służbie zdrowia co najmniej 3-letnie</p> <p>Proponowana treść zapisu: h) posiada co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia na stanowisku kierowniczym;</p> <p>Uzasadnienie: Zakładane co najmniej roczne doświadczenie nadzorcy będącego pracownikiem Agencji, nie koresponduje z jego zadaniami i obowiązkami, które wynikają z projektu ustawy, m.in. przygotowanie planu naprawczo-rozwojowego, prowadzenie postępowania restrukturyzacyjnego. Ponadto zapis „doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia” jest nieprecyzyjny. Daleko niewystarczające jest samo zatrudnienie bądź współpraca w szeroko rozumianym obszarze ochrony zdrowia. Zadania przypisane nadzorcy w restrukturyzacji podmiotu w trudnej sytuacji, wymagają większego doświadczenia</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
842.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1 pkt 1 lit. h	Pracodawcy RP	<p>Wymaganie z art. 39 ust. 1 pkt. 1 lit. h projektu ustawy (posiada co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia) jest zbyt niskie – biorąc pod uwagę zadania i zakres odpowiedzialności nadzorcy. Z kolei z art. 39 ust. 2 pkt. 7 projektu wynika, że nadzorcą nie może być osoba,</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				która kiedykolwiek była członkiem organu, współnikiem, prokurentem lub pełnomocnikiem danego podmiotu szpitalnego. W żądanej ustawie nie ma tak drastycznego ograniczenia. Prosimy rozważyć maksymalnie ostatnie 5 lat.	
843.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1 pkt 1 lit. h	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	Zwiększenie wymogów co do osoby wykonującej obowiązki nadzorcy. 1-roczone doświadczenie jest całkowicie nieadekwatne do daleko idących uprawnień nadzorcy, a także całkowicie nieproporcjonalne w stosunku do wymogów wobec nadzorców wyłanianych spoza pracowników Agencji. W ustawie brakuje również zapisów umożliwiających podmiotowi tworzącemu wystąpienie do Prezesa Agencji o zmianę nadzorcy, np. w przypadku rażącego braku wiedzy i kompetencji do wykonywania swoich obowiązków.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Brak konkretnego przepisu nie powoduje, iż brak jest możliwości wystąpienia do Prezesa Agencji z przedmiotowym wnioskiem.
844.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1 pkt 1 lit. h	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Proponuję kwalifikacje Nadzorcy takie same jak w przypadku kierownika podmiotu leczniczego art. 46 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Zadania realizowane przez kierownika i przez nadzorcę są odmienne a zatem i kwalifikacje wymagane w stosunku do ww. osób nie muszą być w pełni tożsame. Należy podkreślić, iż nadzorcy zatrudnieni w Agencji będą mieli szczególne wsparcie instytucjonalne Agencji Rozwoju Szpitali.
845.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1 pkt 1 lit. h	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Doświadczenie nadzorcy w służbie zdrowia co najmniej 3-letnie. Proponowana treść zapisu:h) posiada co najmniej 3-letnie doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia na stanowisku kierowniczym; Zakładane co najmniej roczne doświadczenie nadzorcy będącego pracownikiem Agencji, nie koresponduje z jego zadaniami i obowiązkami, które wynikają z projektu ustawy, m.in. przygotowanie planu naprawczo-rozwojowego, prowadzenie postępowania restrukturyzacyjnego. Ponadto zapis „doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia” jest nieprecyzyjny. Daleko niewystarczające jest samo zatrudnienie bądź współpraca w szeroko rozumianym obszarze ochrony zdrowia. Zadania przypisane nadzorcy w restrukturyzacji podmiotu w trudnej sytuacji, wymagają większego doświadczenia.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
846.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1 pkt 1 lit. h	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Wymagania dla nadzorców w zakresie doświadczenia zawodowego w obszarze zdrowia w wymiarze 1 roku jest niewystarczające. Nadzorca powinien posiadać minimum 3 letnie doświadczenie zawodowe w tym obszarze.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
847.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 1 pkt 6 i 7	Związek Województw RP -	Określenie ram czasowych wyłączenia (np. 5 lat).	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

			Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	Nie ma uzasadnienia, by były pracownik (również szeregowy, a nie pełniący funkcji kierowniczej) został dożywotnio wyłączony z możliwości pełnienia funkcji nadzorcy. 5-letni okres karencji wydaje się w tym wypadku wystarczający.	
848.	Rozdział 7 (Oddział 1), Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 39 ust. 1-2, art. 41 ust. 1, art. 92 ust. 1	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Wymagania kwalifikacyjne dla nadzorcy są nieadekwatne do wymagań stawianych menadżerom. Wymagania określone zbyt szeroko wykluczają krąg osób, które mogłyby pełnić funkcję nadzorcy - choćby w przypadku byłych pracowników podmiotów leczniczych.  Wymagania kwalifikacyjne dla zarządcy, jak również dla Prezesa Agencji (art. 92 ust. 1) są nieadekwatne do wymagań stawianych menadżerom.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
849.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 2	Rada Główna Instytutów Badawczych	czy nie powinno być nadzorca /zarządca?	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Art. 41 ust. 1 zawiera odwołanie do art. 39 ust. 2.
850.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 2	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	czy nie powinno być nadzorca /zarządca?	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Art. 41 ust. 1 zawiera odwołanie do art. 39 ust. 2.
851.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 2	Województwo Podlaskie	W art. 39 ust.2 może warto doprecyzować nazwę listy  Doprecyzowanie  Proponowane brzmienie art. 39 ust 2 : 2. Wpis na listę nadzorców obejmuje numer wpisu, imię i nazwisko, datę i miejsce urodzenia, numer ewidencyjny PESEL, z wyłączeniem cudzoziemców, którzy tego numeru nie posiadają, adres do korespondencji, numer telefonu oraz adres poczty elektronicznej.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
852.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 2 pkt 1	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	Wyłączenie możliwości pełnienia funkcji nadzorcy w związku z faktem pełnienia funkcji w innym podmiocie szpitalnym jest nieuzasadnione.  Ograniczenie możliwości pełnienia funkcji nadzorcy w danym podmiocie szpitalnym winno dotyczyć osób pełniących funkcję tylko w tym podmiocie. Obecne brzmienie projektu zakłada, iż pełnienie wymienionych funkcji w jakimkolwiek podmiocie szpitalnym wyklucza pełnienie funkcji nadzorcy. Wydaje się to nieuzasadnione.  Proponowane brzmienie art. 39 ust. 2 pkt 1: jest pracownikiem, prokurentem, pełnomocnikiem, współnikiem lub członkiem organu danego podmiotu szpitalnego lub pracownikiem podmiotu tworzącego danego podmiotu szpitalnego, a także która jest pracownikiem,	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				prokurentem, pełnomocnikiem, współnikiem lub członkiem organu podmiotu konkurencyjnego względem danego podmiotu szpitalnego;	
853.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 2 pkt 1	Województwo Pomorskie	Określenie wymogów nadzorcy  Brak jest doprecyzowania , jakiego podmiotu szpitalnego pracownik, prokurent itd. nie może być nadzorcą, co powoduje , iż przepis jest nieprecyzyjny. Te zapisy w zasadzie wykluczają osoby, które kiedykolwiek były związane z podmiotem szpitalnym.  Zapis powinien mieć brzmienie : : "jest pracownikiem, prokurentem, pełnomocnikiem, współnikiem lub członkiem organu danego" lub „żadnego podmiotu szpitalnego (...). „	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
854.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 2 pkt 1	Pracodawcy Pomorza	Zapis należy uzupełnić analogicznie do dalszej treści tego ust. Propozycja: Zapis powinien mieć brzmienie : : "jest pracownikiem, prokurentem, pełnomocnikiem, współnikiem lub członkiem organu danego" lub „żadnego podmiotu szpitalnego (...). „ Uzasadnienie: Brak jest doprecyzowania , jakiego podmiotu szpitalnego pracownik, prokurent itd. nie może być nadzorcą, co powoduje , iż przepis jest nieprecyzyjny	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
855.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 2 pkt 3	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	Wyłączenie możliwości pełnienia funkcji nadzorcy powinno dotyczyć osób pozostających w jakichkolwiek relacjach handlowych z podmiotami szpitalnymi w ogóle.  Nadzorcami nie powinny być osoby pozostające w relacjach handlowych (dot. „wyrobów medycznych, leków, aparatury medycznej lub innych towarów i usług”) z podmiotami szpitalnymi w ogóle - z uwagi na wątpliwości co do bezstronności.  Zmiana zapisu na : - on lub podmiot przez niego reprezentowany jest stroną umów zawieranych z podmiotami szpitalnymi.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Ograniczenie zbyt daleko idące, przy jednoczesnym braku jego uzasadnienia.
856.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 2 pkt 6	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	Wyłączenie możliwości pełnienia funkcji nadzorcy w związku z zatrudnieniem w przeszłości w danym podmiocie szpitalnym jest nieuzasadnione.  Przewidziany w projekcie zapis jest zbyt restrykcyjny. Nadzorcą powinna móc zostać osoba, która z danym podmiotem szpitalnym była zawodowo związana, byleby okres współpracy ustał przykładowo co najmniej trzy lata przed objęciem funkcji nadzorcy.  Dodanie zapisu: "w okresie ostatnich trzech lat".	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
857.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 2 pkt 6	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Aktualne brzmienie: była zatrudniona przez dany podmiot szpitalny na podstawie stosunku pracy albo wykonuje bądź wykonywała pracę lub	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				<p>świadczy bądź świadczyła usługi na rzecz danego podmiotu szpitalnego na podstawie innego stosunku prawnego;  Proponowane brzmienie: była zatrudniona przez dany podmiot szpitalny na podstawie stosunku pracy albo wykonuje bądź wykonywała pracę lub świadczy bądź świadczyła usługi na rzecz danego podmiotu szpitalnego na podstawie innego stosunku prawnego w okresie ostatnich 10 lat;  Bezzasadnym wydaje się niedopuszczenie do bycia nadzorcą osoby, która w dalekiej przeszłości pracowała w danym szpitalu. Wiedza tej osoby nt. szpitala może być wartością dodaną. Dotyczy to również Zarządcy.</p>	
858.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 2 pkt 6	Rada Główna Instytutów Badawczych	<p>powinien być wskazany okres doświadczenia zawodowego, np. w ciągu ostatnich 5 lat.  nie podanie okresu, jakiego dotyczy dane ograniczenie spowoduje, że osoby świadczące usługi np. doradcze, szkoleniowe, konsultingowe, czy nawet pracujące w całym innym charakterze 20 lat wcześniej nie będą mogły być Nadzorcą w danym podmiocie leczniczym.  podanie okresu, którego dotyczy ograniczenie np. „w ciągu ostatnich 5 lat”</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
859.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 2 pkt 6	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	<p>powinien być wskazany okres doświadczenia zawodowego, np. w ciągu ostatnich 5 lat.  nie podanie okresu, jakiego dotyczy dane ograniczenie spowoduje, że osoby świadczące usługi np. doradcze, szkoleniowe, konsultingowe, czy nawet pracujące w całym innym charakterze 20 lat wcześniej nie będą mogły być Nadzorcą w danym podmiocie leczniczym.  podanie okresu, którego dotyczy ograniczenie np. „w ciągu ostatnich 5 lat”</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
860.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 2 pkt 6	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>"Była zatrudniona przez dany podmiot szpitalny na podstawie stosunku pracy albo wykonuje bądź wykonywała pracę lub świadczy bądź świadczyła usługi na rzecz danego podmiotu szpitalnego na podstawie innego stosunku prawnego;"  Propozycja: Była zatrudniona przez dany podmiot szpitalny na podstawie stosunku pracy albo wykonuje bądź wykonywała pracę lub świadczy bądź świadczyła usługi na rzecz danego podmiotu szpitalnego na podstawie innego stosunku prawnego w okresie ostatnich 10 lat.  Bezzasadnym wydaje się niedopuszczenie do bycia nadzorcą osoby, która w dalekiej przeszłości pracowała w danym szpitalu. Wiedza tej osoby nt. szpitala może być wartością dodaną. Dotyczy to również Zarządcy.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
861.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 2 pkt 6	Naczelna Izba Aptekarska	<p>Proponuje się w art. 39 ust. 2 pkt 6 wprowadzenie ograniczenia czasowego do 5 lat wstecz. W ocenie Naczelnej Rady Aptekarskiej brak ograniczenia czasowego niezasadnie ogranicza możliwość pełnienia funkcji nadzorczych w szpitalu przez wykwalifikowane osoby.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
862.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 2 pkt 7	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: była członkiem organu, współnikiem, prokurentem lub pełnomocnikiem danego podmiotu szpitalnego.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				<p>Proponowane brzmienie: była członkiem organu, współnikiem, prokurentem lub pełnomocnikiem danego podmiotu szpitalnego w okresie ostatnich 10 lat Bezzasadnym wydaje się niedopuszczenie do bycia nadzorcą osoby, która w dalekiej przeszłości była członkiem organu, współnikiem, prokurentem lub pełnomocnikiem w danym szpitalu. Wiedza tej osoby nt. szpitala może być wartością dodaną. Dotyczy to również Zarządcy.</p>	
863.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 2 pkt 7	<p>Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych</p>	<p>"Była członkiem organu, współnikiem, prokurentem lub pełnomocnikiem danego podmiotu szpitalnego."</p> <p>Propozycja: Była członkiem organu, współnikiem, prokurentem lub pełnomocnikiem danego podmiotu szpitalnego w okresie ostatnich 10 lat.</p> <p>Bezzasadnym wydaje się niedopuszczenie do bycia nadzorcą osoby, która w dalekiej przeszłości była członkiem organu, współnikiem, prokurentem lub pełnomocnikiem w danym szpitalu. Wiedza tej osoby nt. szpitala może być wartością dodaną. Dotyczy to również Zarządcy.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
864.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 3	<p>Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>W art. 39 ust. 3 dotyczącym wpisu na listę nadzorów osób spoza pracowników Agencji, wprowadzono kryterium posiadania licencji doradcy restrukturyzacyjnego zamiast kryterium doświadczenia zawodowego.</p> <p>Wprowadzone kryterium jest nieprawidłowe w kontekście zadań nadzorcy uregulowanych a art. 46, do których należy m.in.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opracowanie projektu planu naprawczo-rozwojowego,</li> <li>• Zawarcie umowy z nadzorcą układu w rozumieniu przepisów ustawy</li> </ul> <p>Prawo restrukturyzacyjne i współpraca z nadzorcą układu.</p> <p>Tak więc, wobec współpracy z nadzorcą układu, nadzorca ustanowiony w postępowaniu naprawczo-rozwojowym szpitala sam nie musi mieć kwalifikacji doradcy restrukturyzacyjnego. Z kolei do opracowania planu naprawczo-rozwojowego niezbędne jest doświadczenie zawodowe w zakresie ochrony zdrowia.</p> <p>Propozycja: Wylimitowanie kryterium.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 40 ust. 3 pkt 7 dopuszcza także możliwość wpisu na listę nadzorców osoby spełniającej wymagania określone w art. 120 ust. 1 (właściwe dla kierownika podmiotu szpitalnego).</p>
865.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 3	<p>Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Art. 39 ust. 3 stanowi, że przed ustanowieniem nadzorcy w danym podmiocie szpitalnym odbiera się od kandydata oświadczenie „że jest wolny od WSZELKICH KONFLIKTÓW w zakresie działalności podmiotu leczniczego”. Wydaje się, że bardziej adekwatnym byłoby wymagać, że jeżeli w trakcie wykonywania tej funkcji okaże się że występuje konflikt, to ta okoliczność powinna zostać zgłoszona Prezesowi Agencji.</p> <p>W przyjętym w projekcie rozwiązaniu złożenie oświadczenia dotyczy generalnie pro futuro wszystkich możliwych zdarzeń, które nie muszą być objęte świadomością/wiedzą danej osoby zobowiązanej do złożenia oświadczenia, a przecież założenie jest takie, że takie oświadczenie składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej (art. 233 k.k.).</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

866.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 4	Województwo Pomorskie	<p>Odpowiedzialność karna</p> <p>O skutku w postaci odpowiedzialności karnej decydować może wyłącznie sąd po zbadaniu wyczerpania znamion tego przestępstwa i w oparciu o konkretny przepis penalizujący określone zachowanie.</p> <p>Do wykreślenia – „Niepoinformowanie Prezesa Agencji lub zwłoka w przekazaniu informacji przez nadzorcę skutkuje odpowiedzialnością karną określoną w art. 233 § 1 Kodeksu karnego”.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
867.	Rozdział 7 (Oddział 1), Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 39 ust. 4, art. 41 ust. 3, art. 95 ust. 3	Sąd Najwyższy	<p>Wątpliwości co do możliwości penalizowania przez ustawę czysto biernego zachowania osób piastujących określone funkcje (nadzorcy, zarządcy, Prezesa lub Wiceprezesa Agencji) na podstawie art. 233 § 1 k.k.</p> <p>We wszystkich trzech przypadkach brak niezwłocznego poinformowania właściwego organu o zaistnieniu okoliczności mających wpływ na ewentualny konflikt interesów ma być traktowany jako podstawa odpowiedzialności karnej osób piastujących określone w ustawie funkcje na podstawie art. 233 § 1 k.k. (fałszywe zeznania).</p> <p>Należy jednak zauważyć, że wspomniany przepis przewiduje odpowiedzialność karną tego, kto „składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę”, co oznacza, że po pierwsze, powinno być prowadzone postępowanie, w którym zeznanie ma służyć za dowód, zaś po drugie, odpowiedzialności podlega ten, kto „składając zeznanie” ewentualnie „zataja prawdę”. Musi zatem współistnieć komponent zachowania pozytywnego (składanie zeznań) i negatywnego (zatajenie prawdy), wobec czego brak tej pierwszej okoliczności prima facie wyklucza odpowiedzialność za samo tylko zatajenie prawdy (por. uchwałę SN [7] z 22.01.2003 r., I KZP 39/02, OSNKW 2003, nr 1-2, poz. 1). Zachowania pozytywnego — złożenia fałszywego oświadczenia — wymaga zresztą art. 233 § 6 k.k.</p> <p>Poczynienie przez projektodawców założenia, iż samo zatajenie informacji i niepoinformowanie organu skutkuje odpowiedzialnością karną na podstawie przepisu, który takiego skutku nie przewiduje, jest nie tylko błędne z techniczno-legislacyjnego punktu widzenia, lecz również godzi w wymaganie ścisłej wykładni przepisu karnego oraz prowadzi do niedopuszczalnego rozszerzenia zakresu karalności zachowania, które nie jest zabronione przez ustawę karną (nulla poena sine lege poenali).</p> <p>Proponowane rozwiązanie: Skreślić zagrożenie odpowiedzialnością karną w ww. przepisach.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
868.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 5	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: Ta sama osoba może być ustanowiona nadzorcą w więcej niż jednym podmiocie szpitalnym</p> <p>Proponowane brzmienie: Ta sama osoba nie może być ustanowiona nadzorcą w więcej niż jednym podmiocie szpitalnym</p>	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zbyt daleko idące ograniczenie.



				Zakres zadań nadzorcy jest na tyle szeroki, że nie wydaje się zasadnym powierzenie mu nadzoru nad więcej niż jednym podmiotem, chyba że ma to dotyczyć podmiotów podlegających połączeniu lub przekazaniu potencjałów, ale winno to być jednoznacznie wskazane.	
869.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 5	Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	Zasadne jest wskazanie maksymalnej liczby podmiotów szpitalnych, w których nadzorcą może zostać ta sama osoba.  Mając na względzie prawidłowe realizowanie przez nadzorcę obowiązków wynikających z projektu ustawy istotne jest ustalenie maksymalnej liczby podmiotów.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
870.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 5	Związek Województw RP - Województwo Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)	Ta sama osoba może być ustanowiona nadzorcą w więcej niż jednym podmiocie szpitalnym.  Z uwagi na szeroki zakres zadań i uprawnień nadzorcy, może okazać się niewykonalnym lub grozić ryzykiem nienależytego sprawowania funkcji, w sytuacji powierzenia nadzorcy więcej niż dwóch podmiotów szpitalnych.  Propozycja: Ta sama osoba może być ustanowiona nadzorcą w nie więcej niż dwóch podmiotach szpitalnych.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
871.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 5	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Ta sama osoba może być ustanowiona nadzorcą w więcej niż jednym podmiocie szpitalnym.  Propozycja: Ta sama osoba nie może być ustanowiona nadzorcą w więcej niż jednym podmiocie szpitalnym  Zakres zadań nadzorcy jest na tyle szeroki, że nie wydaje się zasadnym powierzenie mu nadzoru nad więcej niż jednym podmiotem, chyba że ma to dotyczyć podmiotów podlegających połączeniu lub przekazaniu potencjałów, ale winno to być jednoznacznie wskazane.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zbyt daleko idące ograniczenie.
872.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 5	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Dopuszczalność ustanawiania tego samego nadzorcy w więcej niż jednym podmiocie szpitalnym, stwarza ryzyko nieprawidłowego wykonywania tej funkcji. W szczególności, gdy podmioty nadzorowane będą funkcjonowały w warunkach konkurencji świadczenia usług na określonym obszarze. Ryzyko nieuprawnionego wykorzystania informacji o walorze gospodarczym. Proponowane usunięcie zapisu lub ograniczenie ustanawiania tych samych nadzorców dla podmiotów które potencjalnie mogą konkurować przy realizacji świadczeń zdrowotnych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zbyt daleko idące ograniczenie. Nadzorca w żadnym przypadku nie będzie pracownikiem podmiotu szpitalnego.
873.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 5	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Możliwość ustanowienia tego samego nadzorcy w kilku podmiotach leczniczych stwarza ryzyko stawiania interesu jednego podmiotu przed drugim przy wykorzystaniu wiedzy w zakresie finansów czy struktury wewnętrznej tego podmiotu leczniczego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zbyt daleko idące ograniczenie. Nadzorca w żadnym przypadku nie będzie pracownikiem podmiotu szpitalnego.

874.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 39 ust. 5	Naczelna Izba Aptekarska	<p>Proponuje się w art. 39 usunąć ust. 5.</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>W ocenie Naczelnej Rady Aptekarskiej ta sama osoba nie powinna być uprawniona do pełnienia funkcji nadzorcy w więcej niż jednym podmiocie.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zbyt daleko idące ograniczenie.</p>
875.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 40	<p>Polskie Stowarzyszenie Niezależnych Lekarzy i Naukowców</p>	<p>Niepokojące otwarcie restrukturyzacji na podmioty zagraniczne</p> <p>W art 40 dotyczącym warunków jakie mają spełniać nadzorcy wpisywani na listę Agencji Rozwoju Szpitali mamy między innymi poniższe dwa punkty:</p> <p>1) posiada obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym;</p> <p>7) posiada licencję doradcy restrukturyzacyjnego, o której mowa w ustawie z dnia 15 czerwca 2007 r. o licencji doradcy restrukturyzacyjnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 242 i 2320 oraz z 2021 r. poz. 1080) i w okresie ostatnich 5 lat przeprowadził co najmniej sześć postępowań restrukturyzacyjnych zakończonych prawomocnym zatwierdzeniem układu, albo spełnia warunki określone w art. 120 ust. 1. §4. Warunek przeprowadzenia w całości jednego z postępowań, o których mowa w ust. 3 pkt 7, uznaje się za spełniony również w przypadku, gdy takie postępowanie przeprowadziła w całości spółka handlowa, o której mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, w której osoba posiadająca licencję doradcy restrukturyzacyjnego była przez cały czas trwania tego postępowania współnikiem ponoszącym odpowiedzialność za zobowiązania tej spółki bez ograniczenia całym swoim majątkiem albo członkiem zarządu reprezentującym tę spółkę.</p> <p>Nasza znajomość rynku usług restrukturyzacyjnych nie pozwala na ocenę ile podmiotów polskich jest w stanie spełnić te warunki i czy zapisy te nie oddają nadzoru nad restrukturyzacją w ręce firm międzynarodowych. Wg naszej opinii należy wykluczyć możliwość nadzoru nad systemem szpitalnictwa w Polsce podmiotom zagranicznym.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepisy wzorowane na ustawie z dnia 15 czerwca 2007 r. o licencji doradcy restrukturyzacyjnego.</p>
876.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 40	<p>Polska Federacja Szpitali</p>	<p>Zapisy dotyczące: kto może być nadzorcą i kogo może wpisać Prezes ARS na listę nadzorców nie są spójne w obydwu artykułach</p> <p>Wg. zapisów art. 40 na listę nadzorców wpisana może być osoba ,która posiada licencję doradcy restrukturyzacyjnego i przeprowadziła w okresie ostatnich 5 lat co najmniej 6 postępowań restrukturyzacyjnych (ile osób w Polsce zrestrukturyzowało co najmniej 6 zakładów i posiada zarazem co najmniej roczne doświadczenie w obszarze ochrony zdrowia?)</p> <p>Zmiana zapisów dotyczących posiadania licencji doradcy restrukturyzacyjnego a wydłużenie doświadczenia pracy w obszarze ochrony zdrowia i dodanie zapisu: „Na stanowisku kierowniczym”</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zgodnie z art. 39 ust. 1 nadzorcą może być pracownik Agencji spełniający warunki określone w pkt 1 ust. 1, a także osoba fizyczna wpisana na listę nadzorców (nie będąca pracownikiem Agencji) spełniająca warunki określone w art. 40 ust. 3 projektu ustawy.</p>
877.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 40	<p>Federacja Przedsiębiorców w Polskich</p>	<p>Art 40 zamiast odwołanie się do art. 39 zawiera powtórzenie</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p>

					Zgodnie z art. 39 ust. 1 nadzorcą może być pracownik Agencji spełniający warunki określone w pkt 1 ust. 1, a także osoba fizyczna wpisana na listę nadzorców (nie będąca pracownikiem Agencji) spełniająca warunki określone w art. 40 ust. 3 projektu ustawy.
878.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 40 ust. 1	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: 3. Na listę, o której mowa w ust. 1, może być wpisana osoba, która:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) posiada obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym;</li> <li>2) zna język polski w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności nadzorcy;</li> <li>3) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;</li> <li>4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;</li> <li>5) nie jest podejrzana albo oskarżona o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe;</li> <li>6) nie jest wpisana do rejestru dłużników niewypłacalnych Krajowego Rejestru Sądowego ani w odniesieniu do tej osoby nie są ujawnione w Krajowym Rejestrze Zadłużonych informacje, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o Krajowym Rejestrze Zadłużonych;</li> <li>7) posiada licencję doradcy restrukturyzacyjnego, o której mowa w ustawie z dnia 15 czerwca 2007 r. o licencji doradcy restrukturyzacyjnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 242 i 2320 oraz z 2021 r. poz. 1080) i w okresie ostatnich 5 lat przeprowadziła co najmniej sześć postępowań restrukturyzacyjnych zakończonych prawomocnym zatwierdzeniem układu, albo spełnia warunki określone w art. 120 ust. 1.</li> </ol> <p>Proponowane brzmienie: 3. Na listę, o której mowa w ust. 1, może być wpisana osoba, która:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) posiada obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym;</li> <li>2) zna język polski w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności nadzorcy;</li> <li>3) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;</li> <li>4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;</li> <li>5) nie jest podejrzana albo oskarżona o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe;</li> </ol>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Należy podkreślić, iż nadzorcy zatrudnieni w Agencji będą mieli szczególne wsparcie instytucjonalne Agencji Rozwoju Szpitali, a tym samym wymagania im stawiane są odmienne w stosunku do wymagań stawianych nadzorcom nie będących pracownikami Agencji.</p>

				<p>6) nie jest wpisana do rejestru dłużników niewypłacalnych Krajowego Rejestru Sądowego ani w odniesieniu do tej osoby nie są ujawnione w Krajowym Rejestrze Zadłużonych informacje, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o Krajowym Rejestrze Zadłużonych;</p> <p>8) posiada co najmniej 3 letnie doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia w okresie nie dłuższym niż ostatnie 10 lat przed datą złożenia wniosku o wpis na listę;</p> <p>Powinna być spójność w doświadczeniu w obszarze ochrony zdrowia u nadzorcy, będącym pracownikiem Agencji, a tym wpisanym na listę, dlatego należy uwzględnić wymóg posiadania doświadczenia w pkt 7. Spójność powinna występować także w zakresie wymogów innych zatem albo od obu rodzajów nadzorów winna być wymagana licencja albo w ogóle należy z niej zrezygnować. Nie ma uzasadnienia odstępnie od wymogów w zakresie licencji dla pracownika agencji.</p>	
879.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 40 ust. 1	<p>Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych</p>	<p>"3. Na listę, o której mowa w ust. 1, może być wpisana osoba, która:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) posiada obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym;</li> <li>2) zna język polski w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności nadzorcy;</li> <li>3) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;</li> <li>4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;</li> <li>5) nie jest podejrzana albo oskarżona o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe;</li> <li>6) nie jest wpisana do rejestru dłużników niewypłacalnych Krajowego Rejestru Sądowego ani w odniesieniu do tej osoby nie są ujawnione w Krajowym Rejestrze Zadłużonych informacje, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o Krajowym Rejestrze Zadłużonych;</li> <li>7) posiada licencję doradcy restrukturyzacyjnego, o której mowa w ustawie z dnia 15 czerwca 2007 r. o licencji doradcy restrukturyzacyjnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 242 i 2320 oraz z 2021 r. poz. 1080) i w okresie ostatnich 5 lat przeprowadziła co najmniej sześć postępowań restrukturyzacyjnych zakończonych prawomocnym zatwierdzeniem układu, albo spełnia warunki określone w art. 120 ust. 1." <p>Propozycja: "3. Na listę, o której mowa w ust. 1, może być wpisana osoba, która:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) posiada obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego</li> </ol> </li></ol>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Należy podkreślić, iż nadzorcy zatrudnieni w Agencji będą mieli szczególne wsparcie instytucjonalne Agencji Rozwoju Szpitali, a tym samym wymagania im stawiane są odmienne w stosunku do wymagań stawianych nadzorcom nie będących pracownikami Agencji.</p>

			<p>Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym;</p> <p>2) zna język polski w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności nadzorcy;</p> <p>3) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;</p> <p>4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;</p> <p>5) nie jest podejrzana albo oskarżona o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe;</p> <p>6) nie jest wpisana do rejestru dłużników niewypłacalnych Krajowego Rejestru Sądowego ani w odniesieniu do tej osoby nie są ujawnione w Krajowym Rejestrze Zadłużonych informacje, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o Krajowym Rejestrze Zadłużonych;</p> <p>8) posiada co najmniej 3 latnie doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia w okresie nie dłuższym niż ostatnie 10 lat przed datą złożenia wniosku o wpis na listę;"</p> <p>Powinna być spójność w doświadczeniu w obszarze ochrony zdrowia u nadzorcy, będącym pracownikiem Agencji, a tym wpisanym na listę, dlatego należy uwzględnić wymóg posiadania doświadczenia w pkt 7. Spójność powinna występować także w zakresie wymogów innych zatem albo od obu rodzajów nadzorów winna być wymagana licencja albo w ogóle należy z niej zrezygnować. Nie ma uzasadnienia odstępnie od wymogów w zakresie licencji dla pracownika agencji.</p>	
880.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 40 ust. 1	<p>Instytut Strategie 2050</p> <p>Zarządcą może być osoba spełniająca wymagania art. 41.1 w powiązaniu z art. 120.1 ustawy. Zarządcą może zostać osoba, która m.in. posiada co najmniej 5-letni staż pracy na stanowisku kierowniczym albo co najmniej 3-letni staż pracy na stanowisku kierowniczym w podmiocie szpitalnym; zdała państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo ukończyła studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 122; znajduje się na liście menedżerów, o której mowa w art. 123 ust. 1. Zasady przeprowadzania państwowego egzaminu uprawniającego do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego nie zostały określone. Wiadomo jedynie, że skład komisji egzaminacyjnej będzie ustalany przez ministra zdrowia. W projekcie nie ma mowy o wymaganiach stawianych członkom Komisji egzaminacyjnej, a to ta komisja ma decydować o tym, czy dana osoba posiada kompetencje niezbędne do kierowania podmiotami szpitalnymi. Tworzenie listy menedżerów, do której automatycznie będą kwalifikowani wszyscy absolwenci większości studiów podyplomowych Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia nie gwarantuje eksperckiego poziomu i zawodowo doświadczonych menedżerów. Tak jak w</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				<p>przypadku każdego kierunku studiów poziom kształcenia w przypadku studiów MBA, a więc i menedżerskiego przygotowania może być bardzo różny. Powstało wiele szkół prywatnych kształcących menadżerów ochrony zdrowia zdalnie, bez weryfikacji nabytej wiedzy żadnymi egzaminami. Jedynym praktycznie warunkiem uzyskania dyplomu jest opłata czesnego. Oznacza to, że weryfikacji zawodowej przed prawidłowo powołaną Komisją egzaminacyjną powinny zostać poddane również wszystkie osoby wpisane na listę menadżerów z racji posiadanego certyfikatu MBA, przede wszystkim w celu oceny dotychczasowej drogi zawodowej i zarządczej skuteczności.</p>	
881.	Rozdział 7 (Oddział 1), Rozdział 10	art. 40 ust. 1, art. 123 ust. 1	Urząd Ochrony Danych Osobowych	<p>W art. 40 ust. 1 projektu ustawy przewidywane jest, że „Prezes Agencji prowadzi listę nadzorców”. Wyjaśnienia projektodawcy wymaga cel, w jakim ma służyć prowadzenie listy nadzorców, a co za tym idzie gromadzenia w tym zakresie danych osobowych, osób ubiegających się o wpis (art. 40 ust. 2 projektu ustawy). Przepisy w tym zakresie powinny precyzować cel, dla którego wskazane podmioty będą uprawnione do pozyskiwania danych osobowych i dalszego ich przetwarzania. Brak regulacji w tym zakresie narusza zasadę legalizmu (art. 5 ust. 1 lit. a), zasadę ograniczenia celu (art. 5 ust. 1 lit. b rozporządzenia 2016/679). Analogiczną uwagę należy podnieść do art. 123 ust. 1 projektu ustawy.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Lista nadzorców nie będzie upubliczniana, zaś jej prowadzenie jest konieczne w celu usprawnienia procesu ustanawiania nadzorców nie będących pracownikami Agencji oraz posiadania wiedzy o osobach które są zainteresowane i spełniają wymagania do objęcia tej funkcji.</p> <p>Jeśli chodzi o listę menadżerów, jej prowadzenie i upowszechnienie jest konieczne w związku z brzmieniem art. 120 ust. 1 pkt 5.</p>
882.	Rozdział 7 (Oddział 1), Rozdział 10	art. 40 ust. 1, art. 123 ust. 2	Urząd Ochrony Danych Osobowych	<p>Art. 40 ust. 2 projektu ustawy przewiduje, że „Wpis na listę obejmuje numer wpisu, imię i nazwisko, datę i miejsce urodzenia, numer ewidencyjny PESEL, z wyłączeniem cudzoziemców, którzy tego numeru nie posiadają, adres do korespondencji, numer telefonu oraz adres poczty elektronicznej.” W projektowanej regulacji przewiduje się przetwarzanie danych osobowych w zakresie daty i miejsca urodzenia, numeru ewidencyjnego PESEL z wyłączeniem cudzoziemców, którzy tego numeru nie posiadają. Z uzasadnienia ustawy ani z oceny skutków regulacji projektowanej ustawy nie wynika zasadność i niezbędność przetwarzania daty i miejsca urodzenia tym bardziej, że wiek osoby ubiegającej o wpis na listę nadzorców nie został wskazany jako kryterium spełnienia wymagań do pełnienia funkcji nadzorca. Również numer ewidencyjny PESEL nie wydaje się spełniać kryterium niezbędności zwłaszcza, że w odniesieniu do osób, które tego numeru nie posiadają nie wymagany jest inna dana o podobnym charakterze czy znaczeniu. W świetle przepisów rozporządzenia 2016/679 identyfikator osoby musi być poddany szczególnej ochronie, w związku z czym należy stwarzać szczególne gwarancje wynikające z przepisów prawa, mając na względzie konieczność ich dostosowania do ww. rozporządzenia. Przetwarzanie „krajowego numeru identyfikacyjnego” (jakim jest numer PESEL) musi odbywać się z zachowaniem odpowiednich zabezpieczeń praw i wolności osoby, której dane dotyczą (art. 87 rozporządzenia 2016/679). Proponowane rozwiązanie narusza zasadę rzetelności i przejrzystości z art.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Analogiczne rozwiązania są w art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 15 czerwca 2007 r. o licencji doradcy restrukturyzacyjnego.</p>

				<p>5 ust. 1 lit a<sup>8</sup>, zasadę ograniczenia celu z art. 5 ust. 1 lit. b<sup>9</sup> oraz minimalizacji danych z art. 5 ust. 1 lit c rozporządzenia 2016/679.</p> <p>Na podstawie omawianej normy przewiduje się również przetwarzanie danych w zakresie numeru telefonu oraz adres poczty elektronicznej osoby składającej wniosek. Brak wskazania we wniosku numeru telefonu oraz adresu poczty elektronicznej może zostać uznany za błąd formalny skutkujący zwróceniem wniosku. Mając na uwadze, że przepisy prawa nie nakładają na obywateli obowiązku posiadania numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej, uzasadnione jest doprecyzowanie, że numer telefonu może zostać podany jedynie w przypadku, gdy wnioskujący je posiada.</p> <p>Analogiczną uwagę należy podnieść do art. 123 ust. 2 projektu ustawy.</p> <p>---</p> <p><sup>8</sup> Dane osobowe muszą być przetwarzane zgodnie z prawem, rzetelnie i w sposób przejrzysty dla osoby, której dane dotyczą.</p> <p><sup>9</sup> Dane osobowe muszą być zbierane w konkretnych, wyraźnych i prawnie uzasadnionych celach i nieprzetwarzane dalej w sposób niezgodny z tymi celami; dalsze przetwarzanie do celów archiwalnych w interesie publicznym, do celów badań naukowych lub historycznych lub do celów statystycznych nie jest uznawane w myśl art. 89 ust. 1 za niezgodne z pierwotnymi celami.</p>	
883.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 40 ust. 3	<p>Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Dodać wymóg posiadania doświadczenia w ochronie zdrowia (lub przyjąć inne sformułowanie, ale określające doświadczenie).</p> <p>Analogicznie do art. 39 ust. 1 pkt 1 lit h – nadzorca powinien mieć doświadczenie dotyczące podmiotów leczniczych.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 40 ust. 3 pkt 7 dopuszcza także możliwość wpisu na listę nadzorców osoby spełniającej wymagania określone w art. 120 ust. 1 (właściwe dla kierownika podmiotu szpitalnego). Należy podkreślić, iż nadzorcy zatrudnieni w Agencji będą mieli szczególne wsparcie instytucjonalne Agencji Rozwoju Szpitali, a tym samym wymagania im stawiane są odmienne w stosunku do wymagań stawianych nadzorcom nie będących pracownikami Agencji.</p>
884.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 40 ust. 3	<p>Powiat Stargardzki</p>	<p>Dodać wymóg posiadania doświadczenia w ochronie zdrowia (lub przyjąć inne sformułowanie, ale określające doświadczenie).</p> <p>Analogicznie do art. 39 ust. 1 pkt 1 lit h – nadzorca powinien mieć doświadczenie dotyczące podmiotów leczniczych.</p> <p>Zmiana zapisu</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 40 ust. 3 pkt 7 dopuszcza także możliwość wpisu na listę nadzorców osoby spełniającej wymagania określone w art. 120 ust. 1 (właściwe dla kierownika podmiotu szpitalnego). Należy podkreślić, iż nadzorcy zatrudnieni w Agencji będą mieli szczególne wsparcie instytucjonalne Agencji Rozwoju Szpitali, a tym samym wymagania im stawiane są odmienne w stosunku do wymagań stawianych nadzorcom nie będących pracownikami Agencji.</p>

885.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 40 ust. 3	Ośrodek Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych	<p>Proponuje się dopisanie pkt 8) w brzmieniu: 8) spełnia warunki określone w art. 120 ust. 1 niniejszej ustawy.</p> <p>Kompetencje nadzorcy wyszczególnione art. 46 projektowanej ustawy nadają takim osobom wyjątkowo szeroki zakres kompetencji, co z kolei jest nieproporcjonalne względem dość niskich wymogów stawianych kandydatom do pełnienia roli nadzorcy. Nadto wymagania względem nadzorców są niewspółmiernie niskie względem oczekiwań nakreślanych wobec przyszłych kierujących podmiotami leczniczymi. Trudno zrozumieć intencję zgodnie, z którą opracowanie, a następnie nadzór nad realizacją planu naprawczo-rozwojowego powierzony na zostać osobom o zaledwie rocznym doświadczeniu zawodowym w obszarze ochrony zdrowia</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 40 ust. 3 pkt 7 dopuszcza także możliwość wpisu na listę nadzorców osoby spełniającej wymagania określone w art. 120 ust. 1 (właściwe dla kierownika podmiotu szpitalnego).</p>
886.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 40 ust. 3 pkt 7	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	<p>Okoliczności uzasadniające nabycie uprawnienia do wpisu na listę nadzorców powinny być szerzej ukształtowane.</p> <p>Uprawnionymi do wpisu na listę nadzorców winny być także osoby, które sprawdziły się w zarządzaniu podmiotami szpitalnymi, które w ramach oceny przewidzianej ustawą zostały zakwalifikowane do kategorii A i B. Osiągnięcie wskazanych kategorii ma istotny związek z profesjonalnym zarządzaniem. Zatem osoby, które w ramach praktyki zarządzania podmiotami szpitalnymi zostały zweryfikowane przez „rynek” winny mieć prawo wykorzystać swoją wiedzę i doświadczenie w ramach pełnienia funkcji nadzorcy, zwłaszcza, że rynek podmiotów szpitalnych wykazuje cechy odrębne wymagające specjalistycznego przygotowania i praktyki w zarządzaniu. Wykwalifikowana kadra menadżerska która kształtuje się w ramach zarządzania podmiotami szpitalnymi o dobrej sytuacji umożliwiającej zakwalifikowanie do kategorii A i B byłaby istotnym wzmocnieniem kadry nadzorców.</p> <p>Propozycja: 7) posiada licencję doradcy restrukturyzacyjnego, o której mowa w ustawie z dnia 15 czerwca 2007 r. o licencji doradcy restrukturyzacyjnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 242 i 2320 oraz z 2021 r. poz. 1080) i w okresie ostatnich 5 lat przeprowadziła co najmniej sześć postępowań restrukturyzacyjnych zakończonych prawomocnym zatwierdzeniem układu, albo spełnia warunki określone w art. 120 ust. 1, bądź pełniła przez okres co najmniej 3 lat w ciągu ostatnich 5 lat funkcję kierownika podmiotu szpitalnego zakwalifikowanego do kategorii A lub B, stosownie do art. 25 – 27 ustawy.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W dniu wejścia w życie niniejszej ustawy nie będzie możliwe określenie że dany kierownik podmiotu szpitalnego w ciągu ostatnich 5 lat pełnił tę funkcję w podmiocie szpitalnym kategorii A lub B, gdyż przepisy dotyczące kategoryzacji będą stosowane na przyszłość.</p>
887.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 40 ust. 6	Urząd Ochrony Danych Osobowych	<p>Art. 40 ust. 6 projektu ustawy przewiduje, że „Odmowa wpisu na listę następuje w przypadku niespełnienia przez osobę ubiegającą się o wpis wymagań określonych w ust. 3, a także w przypadku złożenia wniosku niekompletnego.”. Projektowany przepis wymaga uzupełnienia – zgodnie z zasadą ograniczenia przechowywania (art. 5 ust. 1 lit. E rozporządzenia 2016/679) – wskazania sposobu postępowania z pozyskanymi danymi osoby ubiegającej się o wpisanie na listę w przypadku gdy niespełnienia wymagań lub złożenia niekompletnego wniosku.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Dane osobowe będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż okres ich archiwizacji.</p>



888.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 40 ust. 6	Województwo Podlaskie	<p>W art.40 ust. 6 należy zamienić słowo następuję na słowo następuje</p> <p>Błąd gramatyczny</p> <p>Proponowane brzmienie art. 40 ust 6: 6. Odmowa wpisu na listę nadzorców następuje w przypadku niespełnienia przez osobę ubiegającą się o wpis wymagań określonych w ust. 3, a także w przypadku złożenia wniosku niekompletnego.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
889.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 40 ust. 6-7, 10	Województwo Podlaskie	<p>W art. 40 ust.6-7, 10 można doprecyzować nazwę listy</p> <p>Doprecyzowanie</p> <p>Użyć określenia lista nadzorców zamiast słowa lista</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
890.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 40 ust. 7	Związek Województw RP - Województwo Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Odmowa wpisu na listę następuje w drodze postanowienia Prezesa Agencji, od którego osobie ubiegającej się o wpis przysługuje prawo złożenia, w terminie 7 dni od dnia jego doręczenia, sprzeciwu do Rady.</p> <p>Zasadnym jest wydłużenie okresu zaskarżenia Postanowienia, celem możliwości pełnego odniesienia się do jego treści oraz analizy sprawy.</p> <p>Propozycja: Odmowa wpisu na listę następuje w drodze postanowienia Prezesa Agencji, od którego osobie ubiegającej się o wpis przysługuje prawo złożenia, w terminie 14 dni od dnia jego doręczenia, sprzeciwu do Rady.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Termin 7 dniowy jest wystarczający.</p>
891.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 40 ust. 9	Związek Województw RP - Województwo Mazowieckie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Uchwała Rady Agencji utrzymująca w mocy postanowienie prezesa Agencji powinna być zaskarżalna i poddana kontroli sądowej.</p> <p>Uzasadnienie: Konieczność zapewnienia możliwości poddania kontroli sądowej rozstrzygnięć podejmowanych przez Prezesa oraz Radę Agencji w przedmiocie wpisu na listę nadzorców.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Kontrolę działalności postanowień Prezesa Agencji będzie sprawowała Rada składająca się z przedstawicieli interesariuszy.</p>
892.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 40 ust. 10	Urząd Ochrony Danych Osobowych	<p>W art. 40 ust. 10 projektu ustawy przewidywane jest, że „Wykreślenie z listy następuje w przypadku zaprzestania spełniania wymagań określonych w ust. 3.”. Zauważyć należy, że projektowane przepisy nie odnoszą się w ogóle do kwestii retencji danych w nim przetwarzanych, co nie odpowiada zasadzie ograniczenia przetwarzania wynikającej art. 5 ust. 1 lit. e rozporządzenia 2016/679<sup>10</sup>. Uzasadnione jest tymczasem ustanowienie terminów usuwania danych osobowych gdy cel w jakim są przetwarzane ustał.</p> <p>---</p> <p><sup>10</sup> Zgodnie z zasadą ograniczenia przechowywania dane osobowe muszą być przechowywane w formie umożliwiającej identyfikację osoby, której dane dotyczą, przez okres nie dłuższy, niż jest to niezbędne do celów, w których dane te są przetwarzane.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zastosowanie będą miały ogólne przepisy o archiwizacji.</p>

893.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 40 ust. 10	Rada Główna Instytutów Badawczych	czy w tym przypadku stosuje się przepisy art. 39 ust. 4?	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
894.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 40 ust. 10	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	czy w tym przypadku stosuje się przepisy art. 39 ust. 4?	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
895.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 41	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Wymogi stawiane zarządcy są bardzo skromne w porównaniu z Artykułem 120. To typowo urzędnicze podejście.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Zgodnie z art. 41 ust. 1 zarządcą może być osoba, która spełnia wymagania przewidziane w art. 120 ust.1 oraz w stosunku do której nie zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 39 ust. 2.
896.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 41	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	Skoro do zarządcy zastosowanie znajdują wymogi obowiązujące kierownika podmiotu szpitalnego z art. 120 ust. 1 to również obowiązek samokształcenia powinien być w tym przypadku spełniany. Z uwagi na pełnioną funkcję zarządcy w podmiocie szpitalnym wydaje się zasadnym dodanie obowiązków w zakresie ciągłego doskonalenia zawodowego, którym podlegają kierownicy podmiotów szpitalnych. Proponuje się dodać zapis odsyłający do obowiązku z art. 124 projektu - obowiązku ciągłego doskonalenia zawodowego.	<b>Uwaga uwzględniona.</b> Projekt skierowany do konsultacji już przewidywał taką możliwość z uwagi na zawartą w art. 2 pkt 3 definicje kierownika podmiotu szpitalnego.
897.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 41	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	W ustawie wskazuje wyróżnia się pojęcia „nadzorca” i „zarządca”, jednak nie jest dookreślona relacja między tymi podmiotami.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Relacja pomiędzy tymi podmiotami nie występuje. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46.
898.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 41 ust. 1	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Fromborku	Ustawa zakłada, że szpitalem może sprawnie zarządzać osoba bez doświadczenia lub z małym doświadczeniem. To zdecydowanie zbyt krótki okres na zdobycie doświadczenia. Funkcja „Zarządcy” jest tak ważnym stanowiskiem, że w naszych oczach, osoba ta musi mieć przynajmniej jedną kadencję doświadczenia w zarządzaniu jednostką ochrony zdrowia, zasilaną ze środków NFZ. Art. 41. 1. Zarządcą może być osoba, posiadająca co najmniej 6-letnie doświadczenie zawodowe na stanowisku kierowniczym w jednostce ochrony zdrowia, zasilanej ze środków NFZ, która spełnia warunki określone w art. 120 ust. 1, oraz w stosunku do której nie zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 39 ust. 2.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Zgodnie z art. 41 ust. 1 zarządcą może być osoba, która spełnia wymagania przewidziane w art. 120 ust. 1 oraz w stosunku do której nie zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 39 ust. 2. Ponadto zarządcę można ustanowić tylko w spółce.

899.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 41 ust. 1	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	Poprzez odwołanie przepisu do art. 39 ust. 2 uwagi zawarte w Lp.: 6-8 są adekwatne [uwagi do Art. 39 ust 2 pkt 1, art. 39 ust.2 pkt.3), art. 39 ust.2 pkt.6)]	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
900.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 41 ust. 1	Województwo Podlaskie	Artykuł 41 ust. 1 wymaga doprecyzowania/zmiany  Podwójne przeczenie jest twierdzeniem  Proponowane brzmienie art. 41 ust. 1: Art. 41. 1. Zarządcą może być osoba, która spełnia warunki określone w art. 120 ust. 1 oraz która spełnia warunki wymienione w art. 39 ust. 2.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Przepis nie budzi wątpliwości.
901.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 41 ust. 1 i 4	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Nadzorca nie będący pracownikiem Agencji podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu OC. Za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca.  Ubezpieczenie OC powinni posiadać obaj nadzorcy. Należy rozważyć odejście od rozróżnienia nadzorców spośród pracowników Agencji i innych. Lista nadzorców i wymagania powinny być wspólne dla nadzorcy niezależnie od tego czy jest czy nie jest on pracownikiem agencji. Pracownik Agencji powinien być urlopowany na czas pełnienia funkcji nadzorcy i powinien ponosić odpowiedzialność za swoje działania na zasadach ogólnych. Nie ma podstaw do przejmowania odpowiedzialności Agencji za osoby pełniące funkcje nadzorcy.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Należy podkreślić, iż nadzorcy zatrudnieni w Agencji będą mieli szczególne wsparcie instytucjonalne Agencji Rozwoju Szpitali, a tym samym wymagania im stawiane są odmienne w stosunku do wymagań stawianych nadzorcom nie będących pracownikami Agencji.
902.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 41 ust. 3	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Powinno być odpowiadają  Zdjęcie odpowiedzialności za podejmowane decyzje to nie jest dobry pomysł.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Rozwiązanie wzorowane na art. 53 ust. 2 Prawa restrukturyzacyjnego.
903.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 42 ust. 1 i 2	Związek Województw RP - Województwo Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)	ust. 1 Nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji. ust. 4 Za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych  Wprowadzenie Zarządcy/Nadzorcy, którzy mieliby podejmować decyzje o losach placówki, nie odnosi się do zdjęcia z dyrektora szpitala odpowiedzialności finansowej za wynik finansowy. Kierownik jednostki, zgodnie z art. 46 ustawy o działalności leczniczej, ponosi odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca

				Propozycja: Należy w projekcie ustawy wprowadzić zapisy zdejmujące odpowiedzialność z kierownika podmiotu leczniczego za wynik finansowy podmiot szpitalnego.	działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46.
904.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 42 ust. 1 i 4	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Nadzorca nie będący pracownikiem Agencji podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu OC. Za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca.  Ubezpieczenie OC powinni posiadać obaj nadzorcy. Należy rozważyć odejście od rozróżnienia nadzorców spośród pracowników Agencji i innych. Lista nadzorców i wymagania powinny być wspólne dla nadzorcy niezależnie od tego czy jest czy nie jest on pracownikiem agencji. Pracownik Agencji powinien być urlopowany na czas pełnienia funkcji nadzorcy i powinien ponosić odpowiedzialność za swoje działania na zasadach ogólnych. Nie ma podstaw do przejmowania odpowiedzialności Agencji za osoby pełniące funkcje nadzorcy.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Należy podkreślić, iż nadzorcy zatrudnieni w Agencji będą mieli szczególne wsparcie instytucjonalne Agencji Rozwoju Szpitali, a tym samym wymagania im stawiane są odmienne w stosunku do wymagań stawianych nadzorcom nie będących pracownikami Agencji.
905.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 42 ust. 2	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	Włączenie kosztów ubezpieczenia do kosztów postępowania naprawczo-rozwojowego lub ich pokrycie przez Agencję.  Ze względu na brak określenia w ustawie wynagrodzenia nadzorców niebędących pracownikami Agencji, a także obciążenie ich kosztami ubezpieczenia (które ze względu na skalę ewentualnych szkód mogą okazać się wysokie), zainteresowanie zewnętrznych nadzorców może być nieproporcjonalne do zapotrzebowania. Wobec powyższego najbardziej zasadne wydaje się pokrycie kosztów ubezpieczenia przez Agencję, analogicznie jak w przypadku jej pracowników.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Nadzorcy będący pracownikami Agencji nie będą podlegać obowiązkowi posiadania ubezpieczenia OC. Tym sam nie jest zasadnym by Agencja ponosiła koszty ubezpieczenia OC nadzorcy nie będącego pracownikiem Agencji oraz zarządcy. Jednocześnie należy zauważyć, iż Agencja będzie ponosiła koszty wynagrodzenia tych osób.
906.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 42 ust. 4	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Zgodnie z art. 42 ust. 4 za szkody wyrządzone przez nadzorcę BEDĄCEGO PRACOWNIKIEM AGENCJI odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych. Wydaje się, że zakres ochrony na wypadek szkody został tu znacznie ograniczony do sytuacji objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem nadzoru nie będącego pracownikiem Agencji „za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji”.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Brak propozycji odmiennej regulacji. Uwaga nie jest jasna.
907.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Aktualne brzmienie: Nadzorca oraz zarządca dokonują czynności w imieniu własnym na rachunek podmiotu szpitalnego. Proponowane brzmienie: Nadzorca dokonuje czynności w imieniu własnym i na rachunek tego podmiotu. Zarządca dokonuje czynności w imieniu podmiotu szpitalnego i na rachunek tego podmiotu.  Należy rozróżnić rolę nadzorcy i zarządcy. Ten pierwszy nie reprezentuje podmiotu, a ten drugi w zasadzie zastępuje ten podmiot.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca

					działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46.
908.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43	Wielkopolski Związek Szpitali	<p>Art. 43</p> <p>1. Nadzorca oraz zarządca dokonują czynności w imieniu własnym na rachunek podmiotu szpitalnego.</p> <p>2. Nadzorca oraz zarządca nie odpowiadają za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego.</p> <p>Brak odpowiedzialności za czynności finansowe nadzorcy i zarządcy.</p> <p>Jeśli za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego nie odpowiada nadzorca i zarządca, to kto ponosi odpowiedzialność za te działania?</p> <p>Zapisy art. 43 zdejmują z nadzorców i zarządców odpowiedzialność finansową za podejmowanie niewłaściwych decyzji, w tym m.in. w związku z brakiem wiedzy, doświadczenia w sektorze zdrowia lub ustawowym brakiem konsekwencji.</p> <p>Wprowadzenie zapisów nakładających na nadzorcę i zarządcę odpowiedzialności równoważnej z odpowiedzialnością ponoszona przez kierowników podmiotów leczniczych.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46.</p> <p>Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.</p>
909.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	<p>Ustawowe wyłączenie odpowiedzialności nadzorcy i zarządcy za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego jest niezrozumiały.</p> <p>Zapisy art. 43 zdejmują z nadzorców i zarządców odpowiedzialność za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego.</p> <p>Jeśli za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego nie odpowiada nadzorca i zarządca, to powstaje pytanie kto ponosi odpowiedzialność za te działania.</p> <p>Ponadto przewidziane zastrzeżenie jest niespójne z art. 42, który określa nakaz obowiązkowego ubezpieczenia OC nadzorcy i zarządcy.</p> <p>Propozycja: Wprowadzenie zapisów nakładających na nadzorcę i zarządcę odpowiedzialności odpowiedniej do tej ponoszonej przez kierowników podmiotów leczniczych.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46.</p> <p>Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji</p>

					odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.
910.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Nadzorca oraz zarządca dokonują czynności w imieniu własnym na rachunek podmiotu szpitalnego.</p> <p>Propozycja: Nadzorca dokonuje czynności w imieniu własnym i na rachunek tego podmiotu. Zarządca dokonuje czynności w imieniu podmiotu szpitalnego i na rachunek tego podmiotu.</p> <p>Należy rozróżnić rolę nadzorcy i zarządcy. Ten pierwszy nie reprezentuje podmiotu, a ten drugi w zasadzie zastępuje ten podmiot.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46.</p>
911.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Zgodnie z art. 43 nadzorca dokonuje czynności w imieniu własnym na rachunek podmiotu leczniczego przy tym nie ponosząc odpowiedzialności za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu leczniczego. Te postanowienia w połączeniu z innymi regulacjami ustawy – gdzie zarówno kierownik podmiotu leczniczego jak i organ tworzący są wyłączni w zakresie podejmowania podstawowych decyzji dot. podmiotu leczniczego i planu naprawczo - rozwojowego – powoduje, że zobowiązania i decyzje podjęte przez nadzorcę, a w szczególności niedoświadczonego nadzorcę (vide: uwaga do art. art. 39 ust. 1 w zw. art. 40 ust. 3) będą miały bezpośredni wpływ na funkcjonowanie podmiotu leczniczego, co więcej nadzorca nie będzie ponosił odpowiedzialności za przedmiotowe decyzje także w przypadku negatywnych skutków, które mogą one przynieść podmiotowi leczniczemu. Istnieje ryzyko przypisania nieprawidłowości w kierowaniu podmiotem leczniczym kierownikowi tego podmiotu, które to nieprawidłowości będą poza decyzyjnością kierownika, a będą stanowić konsekwencje decyzji nadzorcy.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46.</p> <p>Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.</p>
912.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43	Powiat Stargardzki	<p>Bark odpowiedzialności za działania nadzorcy.</p> <p>Brak zrealizowania programu, pogorszenie wyników powinno być związane z utratą uprawnień nadzorcy, czy zarządcy, bądź odpowiedzialnością odszkodowawczą.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy</p>

				Wprowadzić regułę odpowiedzialności nadzorcy za pogorszenie wyników podmiotu szpitalnego	sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46. Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.
913.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Art. 43 – zgodnie z brzmieniem tego przepisu, nadzorca oraz zarządca dokonują czynności w imieniu własnym na rachunek podmiotu szpitalnego. Jednocześnie nadzorca oraz zarządca nie odpowiadają za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego!. Jest to zbyt duża ingerencja i oddanie kompetencji „osobie obcej” nie znającej przedsiębiorstwa, która może przynieść jeszcze większe szkody finansowe spółce bez brania za nie odpowiedzialności. Dodatkowe aspekty związane z powyższymi zapisami zostały przedstawione szerzej w dalszych punktach.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46. Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.
914.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43	Institut Strategie 2050	Szczególnej uwagi wymaga art. 43 projektu ustawy. W punkcie 1 ustawodawca wskazuje, że „nadzorca oraz zarządca będą dokonywać czynności w imieniu własnym na rachunek podmiotu szpitalnego. Stworzona w tym przepisie konstrukcja prawna odpowiada konstrukcji zastępcy pośredniego. Zastępca pośredni to osoba, która dokonuje czynności prawnej we własnym imieniu, ale na cudzy rachunek. To dość karkołomna	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy

				<p>konstrukcja. Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Wobec powyższego spójnie z regulacją art. 25 ust. 1 Prawa restrukturyzacyjnego oraz regulacją art. 160 ust. 2 ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. - Prawo upadłościowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 1228, z późn. zm.) w art. 43 ust. 2 wskazano, że nadzorca oraz zarządca nie będą odpowiadać za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego". Odniesienie nadzorcy i zarządcy do przepisów o syndykach może budzić uwagi co do tego czy ustawa nie ma drugiego, ukrytego celu. Nie udało się zredukować liczby podmiotów szpitalnych po uchwaleniu „Ustawy o sieci szpitali”, to spróbujemy drugi raz pod przykrywką „Ustawy o modernizacji i poprawy efektywności szpitalnictwa”. Pozostaje jeszcze kwesta odpowiedzialności za decyzje nadzorcy i zarządcy. Warunkiem zatrudnienia nadzorcy w ramach umowy cywilno-prawnej jest posiadanie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji. Zakres ubezpieczenia obowiązkowego, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalna suma gwarancyjna to dane, które zostaną określone w rozporządzeniu w nieokreślonej przyszłości (art. 42.1-3). Projekty tych rozporządzeń powinny już teraz być załączone do projektu ustawy. W przypadku nadzorcy będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych (art. 42.4).</p>	<p>sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46. Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych. Projekt ustawy opracowany został m.in. przez specjalistów zewnętrznych wchodzących w skład powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu do spraw przygotowania projektu przepisów w zakresie postępowań naprawczych podmiotów szpitalnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 45, z późn. zm.).</p>
915.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43	Federacja Przedsiębiorców w Polskich	<p>Czy nadzorca i zarządca odpowiadają za czynności prowadzone na rachunek szpitala</p> <p>Trudno oczekiwać, że dyrektor szpitala będzie odpowiadał za czynności podjęte przez nadzorcę lub zarządcę</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46. Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji</p>



					<p>odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.</p> <p>Projekt ustawy opracowany został m.in. przez specjalistów zewnętrznych wchodzących w skład powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu do spraw przygotowania projektu przepisów w zakresie postępowań naprawczych podmiotów szpitalnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 45, z późn. zm.).</p>
916.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43, art. 46	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Ustawa wprowadza do szpitala nadzorcę, który ma podejmować decyzje o losach placówki. W projekcie jednak brak przepisu, który w takiej sytuacji zdejmowałby z kierownika podmiotu szpitalnego odpowiedzialność finansową za wynik i inne konsekwencje realizacji planu naprawczo-rozwojowego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46.</p>
917.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43-46	Województwo Pomorskie	<p>Brak zapisów dotyczących odpowiedzialności nadzorcy za szkody wynikłe z błędu w opracowaniu planu czy braku nadzoru nad nim, które wyrządziły szkodę podmiotowi; brak zapisów o wyłączeniu odpowiedzialności członków zarządu spółki wobec roszczeń spółki z tytułu szkody wyrządzonej w związku z realizacją planu naprawczo-rozwojowego</p> <p>Istnieje potrzeba dookreślenia odpowiedzialności osób i instytucji mających ingerować, zgodnie z ustawą, w zakres funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz faktycznie dysponować ich majątkiem. Zapis art. 42 nie wyczerpuje tej odpowiedzialności.</p> <p>Wprowadzenie zapisów o wyłączeniu odpowiedzialności zarządu/kierownika z tytułu szkody wyrządzonej spółce z uwagi na czynności podjęte przez nadzorcę czy Prezesa Agencji w przypadku zgłoszenia zastrzeżeń o których mowa w art. 57 ust. 1, które nie zostały uwzględnione w planie.</p> <p>Wprowadzenie zapisów wprost o odpowiedzialności Skarbu Państwa, Agencji Rozwoju Szpitali lub przepisów o odesłaniu do zasad odpowiedzialności za delikty popełnione przez funkcjonariuszy publicznych</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46.</p> <p>Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.</p>

918.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43-46	Pracodawcy Pomorza	<p>Brak zapisów dotyczących odpowiedzialności nadzorcy za szkody wynikłe z błędu w opracowaniu planu czy braku nadzoru nad nim, które wyrządziły szkodę podmiotowi; brak zapisów o wyłączeniu odpowiedzialności członków zarządu spółki wobec roszczeń spółki z tytułu szkody wyrządzonej w związku z realizacją planu naprawczo-rozwojowego</p> <p>Propozycja: Wprowadzenie zapisów o wyłączeniu odpowiedzialności zarządu/kierownika z tytułu szkody wyrządzonej spółce z uwagi na czynności podjęte przez nadzorcę czy Prezesa Agencji w przypadku zgłoszenia zastrzeżeń o których mowa w art. 57 ust. 1, które nie zostały uwzględnione w planie.</p> <p>Wprowadzenie zapisów wprost o odpowiedzialności Skarbu Państwa, Agencji Rozwoju Szpitali lub przepisów o odesłaniu do zasad odpowiedzialności za delikty popełnione przez funkcjonariuszy publicznych</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46.</p> <p>Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.</p>
919.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43 ust. 1, art. 43 ust. 2, art. 44	Polska Federacja Szpitali	<p>Brak określenia zasad odpowiedzialności nadzorcy i zarządcy za szkody wyrządzone podmiotowi leczniczemu przy jednoczesnym wskazaniu w art. 65 ust. 1, że za realizację zatwierdzonego planu naprawczo-rozwojowego odpowiedzialny jest podmiot szpitalny. Takie ukształtowanie ustawy może prowadzić do obciążenia jedynie podmiotu szpitalnego ryzykiem wdrożenia narzuconego mu planu naprawczo-rozwojowego. Nadzorca oraz zarządca dokonują czynności w imieniu własnym na rachunek podmiotu szpitalnego. Nadzorca oraz zarządca nie odpowiadają za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego, Nie zdjęto z zarządu szpitala odpowiedzialności za wynik finansowy, za straty, za nieudane plany naprawcze, za zbycie majątku przez nadzorcę/zarządcę, za odejścia z pracy personelu i specjalistów itp.</p> <p>Zgodnie z treścią projektowanego art. 43, nadzorca oraz zarządca dokonują czynności w imieniu własnym na rachunek podmiotu szpitalnego. Nadzorca oraz zarządca nie odpowiadają za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego.</p> <p>Zarówno nadzorca jak i zarządca będą mogli podejmować działania rodzące poważne skutki finansowe i organizacyjne dla podmiotu leczniczego. Brak określenia w ustawie zasad ponoszenia przez te osoby odpowiedzialności</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46.</p> <p>Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji</p>

			<p>odszkodowawczej może skutkować obciążeniem szpitali skutkami nietrafionych czy szkodliwych działań nadzorcy lub zarządcy.</p> <p>Stosownie do treści art. 42 ust. 3 projektowanej ustawy zakres ubezpieczenia obowiązkowego,</p> <p>termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalna suma gwarancyjna, ustalana będzie osobno dla każdego podmiotu szpitalnego w drodze rozporządzenia wydanego przez ministra do spraw instytucji finansowych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Polskiej Izby Ubezpieczeń. Zatem proces ustalania zakresu odpowiedzialności nadzorcy lub zarządcy odbywać się ma bez udziału podmiotu szpitalnego, którego dotyczy oraz bez wyraźnych wytycznych ustawowych.</p> <p>Ustawodawca przewidział daleko idące kompetencje nadzorcy/zarządcy, który bez uzyskania akceptacji planu naprawczo-rozwojowego, wdraża go w życie, może zbywać mienie szpitala, może zaciągać zobowiązania, a jednocześnie przy tak dużych kompetencjach decyzyjnych zdjęto z niego całkowitą odpowiedzialność. Budzi to niepokój, bo zawsze w ślad za decyzyjnością musi iść odpowiedzialność za decyzje. W przeciwnym razie rodzi to rozwiązanie wątpliwości skuteczności i efektywności.</p> <p>Proponujemy:</p> <p>Art. 43.1 dopisać drugie zdanie o treści: „ Za podjęte czynności przez nadzorcę/zarządcę na rachunek podmiotu leczniczego i ich skutki , nie odpowiada dyrektor podmiotu szpitalnego”.</p> <p>Art. 43.2 powinien brzmieć: „Nadzorca oraz zarządca odpowiadają za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego. Powstałe w czasie sprawowania funkcji zarządcy/nadzorcy zobowiązania podmiotu szpitalnego ponosi Agencja Restrukturyzacji Szpitali”. (należałoby doprecyzować ścieżkę dochodzenia tych zobowiązań przez szpital).</p> <p>Art. 44 drugie zdanie powinno brzmieć: „Zarządca /nadzorca odpowiada za opóźnienia w realizacji tych obowiązków.”</p> <p>Ponadto zasadnym jest:</p> <p>a) wprowadzenie bezpośrednio w ustawie co najmniej ogólnych zasad ustalania zakresu obowiązkowego ubezpieczenia nadzorcy i zarządcy,</p> <p>b) wprowadzenie zapisu, że zakres tegoż ubezpieczenia ustalony zostanie również w porozumieniu z podmiotem tworzącym dany podmiot szpitalny lub samym zainteresowanym podmiotem szpitalnym,</p> <p>c) wprowadzenie bezpośrednio w ustawie zapisu (np. w art. 65) stanowiącego, że za skutki realizacji zatwierdzonego planu naprawczo-rozwojowego odpowiada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nadzorca - w przypadku gdy plan naprawczo-rozwojowy został zatwierdzony bez podpisu kierownika podmiotu szpitalnego,</li> <li>- solidarnie nadzorca oraz podmiot szpitalny – w przypadku gdy pod planem naprawczo-rozwojowym podpisał się kierownik podmiotu szpitalnego.</li> </ul>	<p>odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.</p>
--	--	--	--	--

920.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43 ust. 1, art. 43 ust. 2, art. 44	Związek Województw RP - Województwo Warmińsko- Mazurskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Nadzorca oraz zarządca dokonują czynności w imieniu własnym na rachunek podmiotu szpitalnego. Nadzorca oraz zarządca nie odpowiadają za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego, Nie zdjęto z zarządu szpitala odpowiedzialności za wynik finansowy, za straty, za nieudane plany naprawcze, za zbycie majątku przez nadzorcę/zarządcę, za odejścia z pracy personelu i specjalistów itp.</p> <p>Ustawodawca przewidział daleko idące kompetencje nadzorcy/zarządcy, który bez uzyskania akceptacji planu naprawczo-rozwojowego, wdraża go w życie, może zbywać mienie szpitala, może zaciągać zobowiązania, a jednocześnie przy tak dużych kompetencjach decyzyjnych zdjęto z niego całkowitą odpowiedzialność. Budzi to niepokój, bo zawsze w ślad za decyzyjnością musi iść odpowiedzialność za decyzje. W przeciwnym razie rodzi to rozwiązywanie wątpliwości skuteczności i efektywności.</p> <p>Propozycja: Art. 43.1 dopisać drugie zdanie o treści: „ Za podjęte czynności przez nadzorcę/zarządcę na rachunek podmiotu leczniczego i ich skutki , nie odpowiada dyrektor podmiotu szpitalnego”.</p> <p>Art. 43.2 powinien brzmieć: „Nadzorca oraz zarządca odpowiadają za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego. Powstałe w czasie sprawowania funkcji zarządcy/nadzorcy zobowiązania podmiotu szpitalnego ponosi Agencja Restrukturyzacji Szpitali”. (należałoby doprecyzować ścieżkę dochodzenia tych zobowiązań przez szpital).</p> <p>Art. 44 drugie zdanie powinno brzmieć: „Zarządca /nadzorca odpowiada za opóźnienia w realizacji tych obowiązków.”</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46.</p> <p>Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.</p>
921.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43 ust. 1, art. 44	Związek Województw RP - Województwo Lubuskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Art. 43 ust. 1 Nadzorca oraz zarządca dokonują czynności w imieniu własnym na rachunek podmiotu szpitalnego.</p> <p>2. Nadzorca oraz zarządca nie odpowiadają za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego.</p> <p>Art. 44 Zarządca wykonuje obowiązki sprawozdawcze ciążyące na podmiocie szpitalnym. Zarządca nie odpowiada za opóźnienia w realizacji tych obowiązków spowodowane nieprzekazaniem mu dokumentacji lub przekazaniem dokumentacji nierzetelnej lub niekompletnej.</p> <p>Proponowana zmiana: Art. 43 ust. 1 Nadzorca oraz zarządca dokonują czynności w imieniu własnym na rachunek podmiotu szpitalnego.</p> <p>2. Nadzorca oraz zarządca odpowiadają za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46.</p> <p>Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez</p>

				Kto będzie ponosił odpowiedzialność za decyzje podejmowane przez nadzorcę wyznaczonego przez Agencję Rozwoju Szpitali?	nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.
922.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43 ust. 1	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Ustalenie iż Nadzorca oraz zarządca nie odpowiadają za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego. Spowoduje iż odpowiedzialność za decyzje spadnie na podmioty szpitalne choć mogą one być podejmowane przy sprzeciwie podmiotu szpitalnego</p> <p>Nadzorca oraz zarządca powinien odpowiadać przed Agencją za zaciągnięte zobowiązania które dokonał w imieniu podmiotu szpitalnego a których podmiot szpitalny nie jest w stanie zrealizować. W przypadku gdy zaciągnięte zobowiązania w imieniu podmiotu szpitalnego którym zarządzał zarządca odpowiedzialność powinna ponosić Agencja</p> <p>Art. Powinien przyjąć zapis Art. 4S. 1. Nadzorca oraz zarządca dokonują czynności w imieniu własnym na rachunek podmiotu szpitalnego.  2. Nadzorca oraz zarządca nie odpowiadają za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego.  3. Za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego przez zarządcę ponosi odpowiedzialność Agencja</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46.</p> <p>Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.</p>
923.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43 ust. 1	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Brak określenia kto pokrywa koszty obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej nadzorcy nie będącego pracownikiem Agencji oraz zarządcy  Proponuje się, aby były one pokrywane przez wymienione osoby we własnym zakresie.</p> <p>Nadzorca oraz zarządca dokonują czynności w imieniu własnym na rachunek podmiotu szpitalnego.  Uprawnienie zbyt szeroko nadające "władzę" nad podmiotem leczniczym dające możliwość braku kontroli dokonywanych czynności. Wskazane jest uzyskanie zgody podmiotu tworzącego w przedmiotowym zakresie</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Projekt ustawy w art. 42 ust. 2 przewiduje, iż nadzorca i zarządca niezwłocznie, nie później niż wraz z podjęciem pierwszej czynności, składają Prezesowi Agencji dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji. Koszty ubezpieczenia nie stanowią kosztów postępowania naprawczo-rozwojowego. Z powyższego wynika, iż koszty ubezpieczenia pokrywane są przez ww. osoby we własnym zakresie.</p>
924.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43 ust. 1, art. 43 ust. 2, art. 44	Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców	Nadzorca oraz zarządca dokonują czynności w imieniu własnym na rachunek podmiotu szpitalnego. Nadzorca oraz zarządca nie odpowiadają za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego,	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej</p>

			<p>Szpitali Specjalistycznych w Olsztynie</p>	<p>Nie zdjęto z zarządu szpitala odpowiedzialności za wynik finansowy, za straty, za nieudane plany naprawcze, za zbycie majątku przez nadzorcę/zarządcę, za odejścia z pracy personelu i specjalistów itp. Ustawodawca przewidział daleko idące kompetencje nadzorcy/zarządcy, który bez uzyskania akceptacji planu naprawczo-rozwojowego, wdraża go w życie, może zbywać mienie szpitala, może zaciągać zobowiązania, a jednocześnie przy tak dużych kompetencjach decyzyjnych zdjęto z niego całkowitą odpowiedzialność. Budzi to niepokój, bo zawsze w ślad za decyzyjnością musi iść odpowiedzialność za decyzje. W przeciwnym razie rodzi to rozwiązanie wątpliwości skuteczności i efektywności.</p> <p>Art. 43.1 dopisać drugie zdanie o treści: „ Za podjęte czynności przez nadzorcę/zarządcę na rachunek podmiotu leczniczego i ich skutki , nie odpowiada dyrektor podmiotu szpitalnego”.</p> <p>Art. 43.2 powinien brzmieć: „Nadzorca oraz zarządca odpowiadają za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego. Powstałe w czasie sprawowania funkcji zarządcy/nadzorcy zobowiązania podmiotu szpitalnego ponosi Agencja Restrukturyzacji Szpitali”. (należałoby doprecyzować ścieżkę dochodzenia tych zobowiązań przez szpital).</p> <p>Art. 44 drugie zdanie powinno brzmieć: „Zarządca /nadzorca odpowiada za opóźnienia w realizacji tych obowiązków.”</p>	<p>syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46.</p> <p>Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.</p>
925.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43 ust. 1, art. 43 ust. 2, art. 44	<p>Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych</p>	<p>Nadzorca oraz zarządca dokonują czynności w imieniu własnym na rachunek podmiotu szpitalnego. Nadzorca oraz zarządca nie odpowiadają za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego.</p> <p>Nie zdjęto z zarządu szpitala odpowiedzialności za wynik finansowy, za straty, za nieudane plany naprawcze, za zbycie majątku przez nadzorcę/zarządcę, za odejścia z pracy personelu i specjalistów itp.</p> <p>Ustawodawca przewidział daleko idące kompetencje nadzorcy/zarządcy, który bez uzyskania akceptacji planu naprawczo-rozwojowego, wdraża go w życie, może zbywać mienie szpitala, może zaciągać zobowiązania, a jednocześnie przy tak dużych kompetencjach decyzyjnych zdjęto z niego całkowitą odpowiedzialność. Budzi to niepokój, bo zawsze w ślad za decyzyjnością musi iść odpowiedzialność za decyzje. W przeciwnym razie rodzi to rozwiązanie wątpliwości skuteczności i efektywności.</p> <p>Art. 43 ust. 1 dopisać drugie zdanie o treści: „Za podjęte czynności przez nadzorcę/zarządcę na rachunek podmiotu leczniczego i ich skutki, nie odpowiada dyrektor podmiotu szpitalnego”.</p> <p>Art. 43 ust. 2 powinien brzmieć: „Nadzorca oraz zarządca odpowiadają za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego. Powstałe w czasie sprawowania funkcji zarządcy/nadzorcy zobowiązania podmiotu szpitalnego ponosi Agencja Restrukturyzacji Szpitali.” (należałoby doprecyzować ścieżkę dochodzenia tych zobowiązań przez szpital).</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46.</p> <p>Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.</p>

				Art. ust. 44 drugie zdanie powinno brzmieć: „Zarządca/nadzorca odpowiada za opóźnienia w realizacji tych obowiązków.”	
926.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43 ust. 2	Związek Województw RP - Województwo Mazowieckie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Proponuje się wprowadzenie odpowiedzialności nadzorcy oraz zarządcy za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego. Uzasadnienie: Konieczne jest wprowadzenie regulacji kształtującej zasady odpowiedzialności wobec zobowiązań zaciągniętych przez nadzorcę oraz zarządcę na wzór odpowiedzialności jaką ponosi kierownik lub zarząd podmiotu szpitalnego. Wprowadzona regulacja może wiązać się z majątkową odpowiedzialnością podmiotu szpitalnego za działania nadzorcy i zarządcy.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46. Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.</p>
927.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43 ust. 2	Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Z uwagi na konsekwencje działań podejmowanych przez nadzorcę zasadne jest wykreślenie zapisu art. 43 ust 2 zgodnie z którym nadzorca oraz zarządca nie odpowiadają za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego.</p> <p>Konieczne jest wprowadzenie mechanizmów odpowiedzialności nadzorcy za działania skutkujące konsekwencjami finansowymi.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46. Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez</p>

					nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.
928.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43 ust. 2	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Zmiana zapisu na „Nadzorca oraz zarządca nie odpowiadają za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego.” Nadzorca i zarządca podobnie jak dyrektor spoz lub zarząd spółki powinien ponosić odpowiedzialność za funkcjonowanie podmiotu oraz zachowanie ciągłości realizowanych usług.	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46.</p> <p>Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.</p>
929.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43 ust. 2	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Odpowiedzialność nadzorcy i zarządcy</p> <p>Zwolnienie z odpowiedzialności kierownika podmiotu wynikającej z art. 46 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej w sytuacji decyzji podejmowanych przez nadzorcę, co do których kierownik wniósł negatywną opinię. Odpowiedzialność w tym zakresie ponosi nadzorca zarządca ponosi odpowiedzialność w trybie art.46 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.</p> <p>Brak odpowiedzialności nadzorcy oraz zarządcy w okresie sprawowania funkcji powinna być również zwolnieniem z odpowiedzialności kierownika podmiotu w tym czasie lub przeniesieniem odpowiedzialności na nadzorcę lub zarządcę. Brak wpływu kierownika na kluczowe działania w podmiocie, nie powinno rzutować na ciągłość jego odpowiedzialności. Brak wskazania, kto rzeczywiście odpowiada w okresie pracy nadzorcy lub zarządcy, powoduje ciągłą odpowiedzialność kierownika podmiotu szpitalnego wynikającą z art. 46 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46.</p> <p>Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez</p>



					nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.
930.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43 ust. 2	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	<p>Odpowiedzialność nadzorcy i zarządcy</p> <p>Zwolnienie z odpowiedzialności kierownika podmiotu wynikającej z art. 46 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej w sytuacji decyzji podejmowanych przez nadzorcę, co do których kierownik wniósł negatywną opinię. Odpowiedzialność w tym zakresie ponosi nadzorca zarządca ponosi odpowiedzialność w trybie art.46 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.</p> <p>Uzasadnienie: Brak odpowiedzialności nadzorcy oraz zarządcy w okresie sprawowania funkcji powinna być również zwolnieniem z odpowiedzialności kierownika podmiotu w tym czasie lub przeniesieniem odpowiedzialności na nadzorcę lub zarządcę. Brak wpływu kierownika na kluczowe działania w podmiocie, nie powinno rzutować na ciągłość jego odpowiedzialności. Brak wskazania, kto rzeczywiście odpowiada w okresie pracy nadzorcy lub zarządcy, powoduje ciągłą odpowiedzialność kierownika podmiotu szpitalnego wynikającą z art. 46 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46.</p> <p>Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.</p>
931.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43 ust. 2	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Wyłączenie odpowiedzialności nadzorcy i zarządcy za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu leczniczego powoduje, że całe ryzyko związane z nieprawidłową realizacją tych funkcji zostaje przeniesione na podmiot leczniczy.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46.</p> <p>Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy</p>

					albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.
932.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43 ust. 2	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Zmiana zapisu na: „Nadzorca oraz zarządca odpowiadają za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego, w zakresie, w którym wykraczają one poza kryteria celowości, gospodarności, rzetelności, a także zgodności z obowiązującymi przepisami prawa „</p> <p>W obecnym kształcie odpowiedzialność za zobowiązania powstałe w skutek nieprawidłowych działań nadzorcy i zarządcy spada na podmiot leczniczy oraz pośrednio podmiot tworzący, co jest niedopuszczalne.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46. Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.</p>
933.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43 ust. 2 w zw. z art. 42 ust. 1	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Konstrukcja obu przepisów de facto ogranicza odpowiedzialność nadzorcy/zarządcy z realnej odpowiedzialności za podejmowane działania.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46. Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody</p>

					wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.
934.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 43 ust. 2 w zw. z art. art. 42 ust. 1	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	Konstrukcja obu przepisów de facto ogranicza odpowiedzialność nadzorcy/zarządcy z realnej odpowiedzialności za podejmowane działania.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46. Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.
935.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 44	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Aktualne brzmienie: Zarządca wykonuje obowiązki sprawozdawcze ciążące na podmiocie szpitalnym. Zarządca nie odpowiada za opóźnienia w realizacji tych obowiązków spowodowane nieprzekazaniem mu dokumentacji lub przekazaniem dokumentacji nierzetelnej lub niekompletnej. Proponowane brzmienie: Zarządca wykonuje obowiązki sprawozdawcze ciążące na podmiocie szpitalnym. Zarządca nie odpowiada za opóźnienia w realizacji tych obowiązków spowodowane nieprzekazaniem mu dokumentacji lub przekazaniem dokumentacji nierzetelnej lub niekompletnej.  Zarządca powinien czuwać nad kompletnością dokumentacji i znać na tyle wymogi ustawowe, aby móc przeciwdziałać dostarczeniu do Agencji niekompletnej dokumentacji.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Uwaga nie jest zrozumiała. Proponowane brzmienie przepisu jest identyczne do brzmienia aktualnego.
936.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 44	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za	Nieprecyzyjne określenie o jakie obowiązki sprawozdawcze chodzi.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>  Doprecyzowano uzasadnienie.

			pośrednictwem KWRiST)		
937.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 44	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>"Zarządca wykonuje obowiązki sprawozdawcze ciążące na podmiocie szpitalnym. Zarządca nie odpowiada za opóźnienia w realizacji tych obowiązków spowodowane nieprzekazaniem mu dokumentacji lub przekazaniem dokumentacji nierzetelnej lub niekompletnej."</p> <p>Propozycja: "Zarządca wykonuje obowiązki sprawozdawcze ciążące na podmiocie szpitalnym. Zarządca nie odpowiada za opóźnienia w realizacji tych obowiązków spowodowane nieprzekazaniem mu dokumentacji lub przekazaniem dokumentacji nierzetelnej lub niekompletnej."</p> <p>Zarządca powinien czuwać nad kompletnością dokumentacji i znać na tyle wymogi ustawowe, aby móc przeciwdziałać dostarczeniu do Agencji niekompletnej dokumentacji.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Rozwiązanie anagogeniczne do art. 54 ust. 1 Prawa restrukturyzacyjnego.</p>
938.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 45	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Art. 45 Postępowanie sądowe, administracyjne, sądowno-administracyjne DOTYCZĄCE PODMIOTU SZPITALNEGO dla którego ustanowiono zarządcę może być wszczęte i prowadzone wyłącznie przez zarządcę i przeciwko zarządcy. Mimo usytuowania ww. przepisu w rozdziale 7 „Postępowanie naprawczo-rozwojowe podmiotu szpitalnego kategorii B, C albo D” mogą w praktyce powstać wątpliwości odnośnie konfiguracji podmiotowej na gruncie konkretnych postępowań, a to z uwagi na użycie bardzo szerokiego kwantyfikatora tj. „postępowanie ... dotyczące podmiotu szpitalnego”.	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W niniejszym przepisie chodzi o wszystkie postępowania, które mają wpływ na prawa i obowiązki podmiotu szpitalnego.</p>
939.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 45	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Trudności w zakresie prowadzenia postępowań o błędy medyczne względem podmiotów leczniczych, dla których ustanowiono zarządcę.	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W takich postępowaniach należy pozwać zarządcę.</p>
940.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 45	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Usunięcie albo modyfikacja przepisu</p> <p>Właściwe umiejscowienie tych postępowań w KPC i Prawie restrukturyzacyjnym czynią ten przepis zbędnym, bowiem wystarczy rozszerzyć zakres podmiotowy i przedmiotowy określonych postanowień ustaw procesowych.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie naprawczo-rozwojowe jest innym postępowaniem niż postępowania restrukturyzacyjne.</p>
941.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 46	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Brak odniesienia do współpracy z podmiotem tworzącym (nadzorującym).	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

					Nadzorca ma obowiązek współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, zaś podmiot nadzorujący będzie opiniował plan naprawczo-rozwojowy.
942.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 46	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Brak odniesienia do współpracy z podmiotem tworzącym (nadzorującym).	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Nadzorca ma obowiązek współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, zaś podmiot nadzorujący będzie opiniował plan naprawczo-rozwojowy.
943.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 46 w zw. z art. 43,44, 45	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Określa, co należy do zadań nadzorcy – m.in. opracowanie projektu planu naprawczo-rozwojowego, nadzór nad realizacją planu naprawczo-rozwojowego, stosowanie określonych ustawą środków ochronnych i naprawczo-rozwojowych oraz dokonywanie wszelkich czynności zmierzających do ich realizacji.</p> <p>Oznacza to przejęcie przez nadzorcę kontroli nad planowaniem przyszłości podmiotu szpitalnego oraz możliwość ingerowania praktycznie we wszystkie sprawy, które uzna za związane z nadzorem nad realizacją planu naprawczo-rozwojowego. Po raz kolejny należy zauważyć, że projekt tego artykułu gwałci podstawowy podział zadań i uprawnień wynikających z kodeksu spółek handlowych, które przewidują: zarząd spółki, radę nadzorczą spółki, zgromadzenie wspólników. Nadzorca Agencji, którego w przepisach KSH nie ma, jak wynika w projekcie niniejszego artykułu wszedłby w uprawnienia wszystkich organów spółki.</p> <p>W kontekście art. 43, 44, 45: Pomimo efektywnego wyłączenia (w przypadku spółek kapitałowych) odsunięcia zarządu od podejmowania działań w odniesieniu do spółki oraz do jej majątku, to brak jest w projekcie wyraźnego wyłączenia odpowiedzialności zarządu za szkodę powstałą po powołaniu zarządcy. Nie jest także jasny zakres odpowiedzialności zarządcy - z uwagi na nieuregulowanie tej kwestii w projekcie, rozpatrywać można odpowiedzialność na zasadzie czynu niedozwolonego – art. 415 i n. k.c. Zasadnym byłoby wyraźne wprowadzenie zasad szczególnych reguł odpowiedzialności zarządcy za szkodę wyrządzoną zarządzanemu przez niego podmiotowi. W projekcie poruszono jedynie kwestię obowiązkowego ubezpieczenia OC, co wydaje się niewystarczające.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46. Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.</p>
944.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 46 pkt 1 i 2	Związek Województw RP - Województwo Mazowieckie (za pośrednictwem KWRiST)	Ograniczenie roli nadzorcy w zakresie wpływu na opracowanie projektu planu naprawczo-rozwojowego, z przekazaniem tego obowiązku na rzecz kierownika (zarządu) podmiotu szpitalnego. Proponuje się usunięcie podanych zadań i przyznanie ich kierownikowi podmiotu szpitalnego. Uzasadnienie: Z uwagi na odpowiedzialność jaką za realizację planu naprawczo-rozwojowego ponosić ma podmiot szpitalny, celem jest przekazanie zadania w postaci opracowania planu na rzecz kierownika (zarządu) jednostki. Proponuje się, aby rola nadzorcy – zgodnie z semantyką wyrazu – sprowadzała się do nadzoru nad realizacją planu naprawczo-	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B). Niniejsze założenie reformy zostało upublicznione przez Ministerstwo Zdrowia już w maju 2021 r. – z 3 wariantów został wybrany najbardziej optymalny.</p>

				rozwojowego, w tym stanowieniu fachowego wsparcia i doradztwa dla osób faktycznie odpowiedzialnych za prowadzenie działalności podmiotu szpitalnego.	
945.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 46 pkt 2	Województwo Podlaskie	<p>W art. 46 pkt 2) należy doprecyzować o jakie uzgodnienia chodzi</p> <p>Uzupełnienie/doprecyzowanie</p> <p>Proponowane brzmienie art.46 pkt 2): Art. 46. Do zadań nadzorcy należy: 1) opracowanie projektu planu naprawczo-rozwojowego; 2) przekazanie uzgodnionego z kierownikiem podmiotu szpitalnego planu naprawczo-rozwojowego Prezesowi Agencji;</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
946.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 46 pkt 4	Naczelna Izba Aptekarska	Naczelna Rada Aptekarska wskazuje, że art. 46 pkt 4 zawiera nieprecyzyjne uregulowanie dotyczące zasad zawierania umowy nadzorcy z nadzorcą układu. Powyższa kwestia wymaga doprecyzowania.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Kwestia ta jest regulowana przepisami ustawy – Prawo restrukturyzacyjne.
947.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 46 pkt 5	Instytut Strategie 2050	W artykule 46.5, pod niewinnie brzmiącym przepisem, że do zadań nadzorcy należy m.in. stosowanie określonych ustawą środków ochronnych i naprawczo-rozwojowych oraz dokonywanie wszelkich czynności zmierzających do ich realizacji kryją się zapisy mówiące o tym, że nadzorca będzie właściwy w kwestii odstąpienia od umowy wzajemnej (art. 73), w zakresie zbycia składników mienia należących do podmiotu szpitalnego (art. 75), przeprofilowania działalności leczniczej podmiotu szpitalnego w całości albo w części (art. 76), czy też redukcji zatrudnienia (art. 74). Konsekwencją treści artykułu 75 punkt 1-7 jest ryzyko sprzedaży za tzw. bezcen majątku podmiotu szpitalnego, dla którego organem tworzącym jest JST lub właścicielem jest spółka. O wszystkich działaniach określonych artykułami 73, 75 i 76 ostateczne decyzje będzie podejmował Sąd Okręgowy w Warszawie. Pamiętajmy jednak, że jest to Sąd wskazany przez ustawodawcę, z zależnym, bo wskazanym przez rządzących Prezesem, a nie ma możliwości odwołania się do innego Sądu Okręgowego. Na postanowienie Sądu przysługuje zażalenie do Sądu Apelacyjnego również tylko w Warszawie.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>
948.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 47	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Należy określić minimalne oraz maksymalne wynagrodzenie nadzorcy oraz kryteria jego różnicowania (w drodze Rozporządzenia MZ).</p> <p>Wyłączenie uznaniowości ze strony Prezesa Agencji.</p>	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Określenie wysokości wynagrodzenia nadzorcy powierzono Prezesowi Agencji, zaś jego wysokość będzie uzależniona od nakładu pracy w danym podmiocie szpitalnym, a także od charakteru działalności danego podmiotu. Ponadto kwestie dotyczące wynagrodzenia nadzorców określono w OSR.

949.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 48 ust. 1	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Podmiot tworzący nie ma wpływu na ustanowienie nadzorcy lub zarządcy co może doprowadzać do sytuacji w których wprowadzane zmiany nie mają akceptacji podmiotu tworzącego</p> <p>Sytuacja w której podmiot tworzący jest pozbawiany wpływu na obsadę kierownika podmiotu szpitalnego jest zła, stąd też wszelkie zmiany muszą mieć akceptację podmiotu tworzącego.</p> <p>Dodać pkt. Art. 48. 1.4 Na wniosek podmiotu tworzącego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Podmiot tworzący będzie mógł w każdej chwili zwrócić się do Prezesa z wnioskiem o zmianę, o ile będą spełnione przesłanki ustawowe do zmiany nadzorcy.</p>
950.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 48 ust. 1	Polska Federacja Szpitali	<p>Podmiot tworzący nie ma wpływu na ustanowienie nadzorcy lub zarządcy co może doprowadzać do sytuacji w których wprowadzane zmiany nie mają akceptacji podmiotu tworzącego</p> <p>Sytuacja w której podmiot tworzący jest pozbawiany wpływu na obsadę kierownika podmiotu szpitalnego jest zła, stąd też wszelkie zmiany muszą mieć akceptację podmiotu tworzącego.</p> <p>Proponujemy: art. 49. 1. Informację o nadzorcy oraz zarządcy umieszcza się w Krajowym Rejestrze Sądowym. 2. Prezes Agencji obwieszcza na stronie podmiotowej Agencji o ustanowieniu nadzorcy oraz zarządcy po uzyskaniu zgody podmiotu tworzącego niezwłocznie po doręczeniu podmiotowi szpitalnemu postanowienia w tym przedmiocie.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Ustanowienie nadzorcy albo zarządcy w danym podmiocie szpitalnym jest zgodnie z projektem ustawy wyłączną kompetencją Prezesa Agencji.</p>
951.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 48 ust. 1	Województwo Podlaskie	<p>W art. 48 ust.1 zawarto zbyt zamknięty katalog przypadków</p> <p>Nadzorca lub zarządca może np. przedkładać plany złej jakości</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Prezes Agencji nie zatwierdzi planu złej jakości (por. art. 62 ust. 2).</p>
952.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 49 ust. 1	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Podmiot tworzący nie ma wpływu na ustanowienie nadzorcy lub zarządcy co może doprowadzać do sytuacji w których wprowadzane zmiany nie mają akceptacji podmiotu tworzącego.</p> <p>Sytuacja w której podmiot tworzący jest pozbawiany wpływu na obsadę kierownika podmiotu szpitalnego jest zła, stąd też wszelkie zmiany muszą mieć akceptację podmiotu tworzącego.</p> <p>Zmienić Art. 49. 1. Informację o nadzorcy oraz zarządcy umieszcza się w Krajowym Rejestrze Sądowym. 2. Prezes Agencji obwieszcza na stronie podmiotowej Agencji o ustanowieniu nadzorcy oraz zarządcy po uzyskaniu zgody podmiotu tworzącego niezwłocznie po doręczeniu podmiotowi szpitalnemu postanowienia w tym przedmiocie.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Ustanowienie nadzorcy albo zarządcy w danym podmiocie szpitalnym jest zgodnie z projektem ustawy wyłączną kompetencją Prezesa Agencji.</p>
953.	Rozdział 7 (Oddział 1)	art. 49 ust. 1	Związek Województw RP -	<p>Informację o nadzorcy oraz zarządcy umieszcza się w Krajowym Rejestrze Sądowym.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>

			Województwo Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Proponuję wskazanie podmiotu zobowiązanego do dokonania zgłoszenia do KRS o ustanowieniu/ zmianie / ustaniu pełnienia funkcji przez nadzorcę oraz zarządcę.</p> <p>Propozycja: Informację o nadzorcy oraz zarządcy umieszcza się w Krajowym Rejestrze Sądowym na wniosek Prezesa Agencji. Wniosek nie podlega opłacie.</p>	
954.	Rozdział 7 (Oddział 1), Rozdział 9 (Oddział 3)	art. 49 ust. 1, art. 107 ust. 1	Urząd Ochrony Danych Osobowych	<p>Art. 49 ust. 1 projektu ustawy przewiduje, że „Prezes Agencji obwieszcza na stronie podmiotowej Agencji o ustanowieniu nadzorcy oraz zarządcy niezwłocznie po doręczeniu podmiotowi szpitalnemu postanowienia w tym przedmiocie.”. Wyjaśnienia Projektodawcy wymaga czy w treści obwieszczenia na stronie podmiotowej Agencji o ustanowieniu nadzorcy dochodzić będzie do ujawniania w tym zakresie danych osobowych, a jeśli tak, to uzasadnione jest wskazanie w przepisach ustawy katalogu niezbędnych danych osobowych dla realizacji zadania, aby w ramach tej regulacji nie dochodziło do ujawniania danych nadmiarowych niezgodnego z zasadą minimalizacji danych z art. 5 ust. 1 lit c rozporządzenia 2016/679. Ponadto konieczne jest wskazanie w tym zakresie rozwiązań nakładających obowiązek usuwania danych osobowych z przestrzeni publicznej podawanych w ramach projektowanej normy zgodnie z zasadą retencji danych z art. 5 ust. 1 lit. E rozporządzenia 2016/679. Analogiczną uwagę w zakresie retencji danych należy podnieść do art. 107 ust. 1 projektu ustawy.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>W zakresie art. 49 – publikacja danych dot. osoby zarządcy i nadzorcy jest niezbędna wobec przyznanych im kompetencji i uprawnień, w tym dla zachowania bezpieczeństwa obrotu.</p> <p>W zakresie art. 107 – podobne rozwiązania istnieją w innych obowiązujących ustawach np. rekrutacja do służby cywilnej.</p>
955.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 50	Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Wszczęcie postępowania naprawczo – rozwojowego powinno nastąpić po uprawomocnieniu się postanowienia o wszczęciu postępowania.</p> <p>Na postanowienie o wszczęciu postępowania naprawczo – rozwojowego przysługuje zażalenie. W związku z powyższym, wszczęcie przedmiotowego postępowania powinno nastąpić po prawomocnym oddaleniu zażalenia na postanowienie wszczynające to postępowanie.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zgodnie z art. 19 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy.</p>
956.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 50	Związek Województw RP - Województwo Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Postępowanie naprawczo-rozwojowe prowadzi się wobec podmiotu szpitalnego kategorii C albo D, z zastrzeżeniem art. 51. Wszczęcie postępowania następuje w dniu następującym po dniu doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia o jego wszczęciu.</p> <p>Biorąc pod uwagę czas obiegu dokumentacji oraz wielkość podmiotów leczniczych oraz związany z tym czas obiegu dokumentacji, zasadnym jest przyjęcie okresu nie krótszego niż 7 dni od dnia doręczenia postanowienia.</p> <p>Propozycja: Postępowanie naprawczo-rozwojowe prowadzi się wobec podmiotu szpitalnego kategorii C albo D, z zastrzeżeniem art. 51. Wszczęcie postępowania następuje w terminie 7 dni od dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia o jego wszczęciu.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Komunikacja pomiędzy Prezesem Agencji i podmiotem szpitalnym odbywać się będzie, stosownie do art. 6 projektu ustawy, za pomocą elektronicznych skrzynek podawczych, co usprawni obieg dokumentów.</p>



957.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 50	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Art. 50 regulujący kwestię wszczęcia postępowania naprawczo-rozwojowego nie precyzuje czy od postanowienia Prezesa przysługuje tu zażalenie.  Nieprecyzyjne zapisy Ustawy  Propozycja: Doprecyzowanie i uzupełnienie zapisów	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Kwestia ta uregulowana jest w art. 29.
958.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 50	Województwo Pomorskie	Wszczęcie postępowania.  Wykonalność postanowienia o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego winna następować po wyczerpaniu środków zaskarżenia, tym bardziej, iż Prezes Agencji nie jest organem, któremu można przypisać konstytucyjne znamiona niezawisłości, a jego działania godzą bezpośrednio w prawo własności jednostek samorządu terytorialnego, w szczególności biorąc pod uwagę regulację zawartą w art. 54.  Propozycja: Zmiana zapisu na sankcjonujący wykonalność postanowienia o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego po wyczerpaniu środków zaskarżenia.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zgodnie z art. 19 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może na wniosek uczestnika, który wniósł zażalenie, wstrzymać wykonanie postanowienia Prezesa Agencji do czasu rozstrzygnięcia sprawy.
959.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 50-51	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Postępowanie naprawczo-rozwojowe prowadzi się wobec podmiotu szpitalnego kategorii C albo D, a także – na wniosek – kategorii B. Postępowanie naprawczo-rozwojowe w przypadku podmiotu szpitalnego kategorii C albo D będzie działaniem narzuconym tym szpitalom – a także pośrednio ich podmiotom tworzącym oraz wspólnikom. Ponownie należy podkreślić, że zaszeregowanie do określonej kategorii jest efektem zastosowania wzoru opartego o kryteria ekonomiczno – finansowe. Nie postrzega zatem szpitala jako podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych. Natomiast skutki postępowania naprawczo-rozwojowego wywierać będą bezpośredni (i prawdopodobnie negatywny) wpływ na dostępność do świadczeń zdrowotnych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Brak propozycji alternatywnego rozwiązania. Intensywne prace analityczne nie doprowadziły do wypracowania sposobu powiązania kwestii jakościowych ze wskaźnikami ekonomiczno-finansowymi pozwalającego na równoważne uwzględnianie obu aspektów w ramach jednej oceny.
960.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 51	Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	Dodanie zastrzeżenia, że podmiot szpitalny kat. B może złożyć wniosek o wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego i wyznaczenie nadzorca ale za zgodą podmiotu nadzorującego. Wydłużenie terminu na złożenie wniosku przez podmiot szpitalny z 7 do 14 dni.  W celu skutecznego sprawowania nadzoru nad podległymi podmiotami leczniczymi, w tym szpitalnymi przez podmiot nadzorujący konieczna jest zmiana zapisu.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
961.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 51	Naczelna Izba Aptekarska	Proponuje się art. 51 nadać następujące brzmienie: „Art. 51.1. Podmiot szpitalny kategorii B, w celu skorzystania ze środków ochronnych lub naprawczo-rozwojowych, może w terminie 14 dni od dnia otrzymania postanowienia, o którym mowa w art. 28 ust. 1, złożyć Prezesowi	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Złożenie zażalenia na czynność, o którą dobrowolnie wnosi sam podmiot jest nieuzasadnione.

				<p>Agencji umotywowany wniosek o wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego oraz o wyznaczenie nadzorcy.</p> <p>2. Prezes Agencji w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku, o którym mowa w ust. 1, wydaje postanowienie o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego oraz o ustanowieniu nadzorcy. Na postanowienie przysługuje zażalenie.</p> <p>3. Wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego następuje w dniu następującym po dniu doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia o jego wszczęciu.”.</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>W ocenie Naczelnej Rady Aptekarskiej podmiotowi szpitalnemu powinien przysługiwać 14 dniowy termin na wszczęcie postępowania, o którym mowa w art. 28 ust. 1 oraz prawo złożenia zażalenia na postanowienie o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego.</p>	
962.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 51 ust. 1	<p>Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Szpitali Specjalistycznych w Olsztynie</p>	<p>Termin 7 dniowy przewidziany dla podmiotu szpitalnego jest za krótki na przygotowanie wniosku. Należy rozważyć zasadność wyznaczania nadzorcy w szpitalu kategorii B – nawet jeśli ten chce wszcząć postępowanie naprawczo-rozwojowe.</p> <p>Termin 7 dniowy dla podmiotu szpitalnego jest za krótki aby przygotować umotywowany wniosek. Wyznaczanie nadzorcy w szpitalu kategorii B – nawet jeśli ten chce wszcząć postępowanie naprawczo-rozwojowe, jest nieuzasadnione, tym bardziej, że należy zważyć na szczupłość kadr. Nadzorcy/zarządcy niechby się zajęli szpitalami kategorii C i D. Jeśli szpital kategorii B wdroży sam postępowanie naprawczo-rozwojowe i jego nie zrealizuje, bądź będzie nieskuteczne, wówczas powinno to skutkować powołaniem nadzorcy.</p> <p>Art. 51.1 zamienić termin 7 dniowy na 14 dniowy oraz wykreślić zwrot kończący zdanie „oraz o wyznaczenie nadzorcy”.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie naprawczo-rozwojowe w każdym przypadku toczy się z udziałem nadzorcy.</p>
963.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 51 ust. 1	<p>Polska Federacja Szpitali</p>	<p>Termin 7 dniowy przewidziany dla podmiotu szpitalnego jest za krótki na przygotowanie wniosku. Należy rozważyć zasadność wyznaczania nadzorcy w szpitalu kategorii B – nawet jeśli ten chce wszcząć postępowanie naprawczo-rozwojowe.</p> <p>Termin 7 dniowy dla podmiotu szpitalnego jest za krótki aby przygotować umotywowany wniosek. Wyznaczanie nadzorcy w szpitalu kategorii B – nawet jeśli ten chce wszcząć postępowanie naprawczo-rozwojowe, jest nieuzasadnione, tym bardziej, że należy zważyć na szczupłość kadr. Nadzorcy/zarządcy niechby się zajęli szpitalami kategorii C i D. Jeśli szpital kategorii B wdroży sam postępowanie naprawczo-rozwojowe i jego nie zrealizuje, bądź będzie nieskuteczne, wówczas powinno to skutkować powołaniem nadzorcy</p> <p>Proponujemy zmianę: art. 51.1 zamienić termin 7 dniowy na 14 dniowy oraz wykreślić zwrot kończący zdanie „oraz o wyznaczenie nadzorcy”.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie naprawczo-rozwojowe w każdym przypadku toczy się z udziałem nadzorcy.</p>

964.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 51 ust. 1	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	<p>Termin 7 dniowy przewidziany dla podmiotu szpitalnego jest za krótki na przygotowanie wniosku. Należy rozważyć zasadność wyznaczania nadzorcy w szpitalu kategorii B – nawet jeśli ten chce wszcząć postępowanie naprawczo- rozwojowe.</p> <p>Termin 7 dniowy dla podmiotu szpitalnego jest za krótki, aby przygotować umotywowany wniosek. Wyznaczanie nadzorcy w szpitalu kategorii B – nawet jeśli ten chce wszcząć postępowanie naprawczo- rozwojowe, jest nieuzasadnione, tym bardziej, że należy zważyć na ograniczoną ilość kadry. Nadzorcy/zarządcy powinni zająć się szpitalami kategorii C i D. Jeśli szpital kategorii B wdroży sam postępowanie naprawczo-rozwojowe i jego nie zrealizuje, bądź będzie nieskuteczne, wówczas powinno to skutkować powołaniem nadzorcy.</p> <p>Art. 51 ust. 1 należy zamienić termin 7 dniowy na 14 dniowy oraz wykreślić wyrażenie kończące zdanie „oraz o wyznaczenie nadzorcy”.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie naprawczo- rozwojowe w każdym przypadku toczy się z udziałem nadzorcy.</p>
965.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 51 ust. 1	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dokonanie korekty ust. 1</p> <p>Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty w odniesieniu do art. 51 ust. 1</p> <p>Propozycja: 1. Podmiot szpitalny kategorii B, w celu skorzystania ze środków ochronnych lub naprawczo-rozwojowych, może w terminie 7 dni od dnia otrzymania postanowienia, o którym mowa w art. 28 ust. 1, złożyć Prezesowi Agencji umotywowany wniosek o wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 39-49 nie zostały wykreślone.</p>
966.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 51 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Warmińsko-Mazurskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Termin 7 dniowy przewidziany dla podmiotu szpitalnego jest za krótki na przygotowanie wniosku. Należy rozważyć zasadność wyznaczania nadzorcy w szpitalu kategorii B – nawet jeśli ten chce wszcząć postępowanie naprawczo- rozwojowe.</p> <p>Termin 7 dniowy dla podmiotu szpitalnego jest za krótki aby przygotować umotywowany wniosek. Wyznaczanie nadzorcy w szpitalu kategorii B – nawet jeśli ten chce wszcząć postępowanie naprawczo- rozwojowe, jest nieuzasadnione, tym bardziej, że należy zważyć na szczupłość kadr. Nadzorcy/zarządcy niechby się zajęli szpitalami kategorii C i D. Jeśli szpital kategorii B wdroży sam postępowanie naprawczo-rozwojowe i jego nie zrealizuje, bądź będzie nieskuteczne, wówczas powinno to skutkować powołaniem nadzorcy.</p> <p>Propozycja: Art. 51.1 zamienić termin 7 dniowy na 14 dniowy oraz wykreślić zwrot kończący zdanie „oraz o wyznaczenie nadzorcy”.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie naprawczo-rozwojowe w każdym przypadku toczy się z udziałem nadzorcy.</p>

967.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 52 ust. 1	Grupa Nowy Szpital Holding S.A.	<p>Treść uwagi: Prawo do skutecznego środka zaskarżenia i sądu</p> <p>Uzasadnienie: Zgodnie z projektem o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego względem podmiotu szpitalnego obwieszcza się na stronie Agencji. Nie przewidziano natomiast prawa do wstąpienia do tego postępowania przez podmiot wykonujący działalność leczniczą inny niż szpitalny, gdy mogłoby ono mieć wpływ na jego sytuację prawną i faktyczną. Proponowane rozwiązanie: Wprowadzenie prawa po stronie podmiotu wykonującego działalność leczniczą do wstąpienia do postępowania naprawczo-rozwojowego, jeżeli postępowanie to może oddziaływać na jego sytuację i spowodować, że dozna uszczerbku jego interes prawny lub faktyczny.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Stroną postępowania przed Prezesem Agencji jest podmiot szpitalny.</p>
968.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 51 ust. 2	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Prezes Agencji w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku, o którym mowa w ust. 1, wydaje postanowienie o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego oraz o ustanowieniu nadzorca. Na postanowienie nie przysługuje zażalenie.</p> <p>Skoro na postanowienie nie przysługuje zażalenie to oznacza, że poza jakąkolwiek kontrolą sądową pozostają działania Prezesa Agencji w tym zakresie.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Złożenie zażalenia na czynność, o którą dobrowolnie wnosi sam podmiot jest nieuzasadnione.</p>
969.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 51 ust. 2	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dokonanie korekty ust. 2</p> <p>Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty w odniesieniu do art. 51 ust. 2</p> <p>Propozycja: "2. Prezes Agencji w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku, o którym mowa w ust. 1, wydaje postanowienie o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego. Na postanowienie nie przysługuje zażalenie."</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 38-49 nie zostały wykreślone.</p>
970.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 52 ust. 2	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: 2. Sporządzenie planu, o którym mowa w ust. 1, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych dokonane przez nadzorcę w porozumieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego. Analizy obejmują indywidualną sytuację danego podmiotu szpitalnego oraz jej porównanie do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności.</p> <p>Proponowane brzmienie: 2. Sporządzenie planu, o którym mowa w ust. 1, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych dokonane przez nadzorcę w porozumieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego. Analizy obejmują indywidualną sytuację danego podmiotu szpitalnego oraz jej porównanie do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Aktualne brzmienie i proponowane brzmienie jest identyczne.</p>

				Szpital nie dysponuje danymi z innych podmiotów w celu porównania jej sytuacji do innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności. Konieczne jest wykreślenie tego obowiązku po stronie szpitala.	
971.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 52 ust. 2	Związek Województw RP - Województwo Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)	Prezes Agencji w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku, o którym mowa w ust. 1, wydaje postanowienie o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego oraz o ustanowieniu nadzorcy. Na postanowienie nie przysługuje zażalenie. Winna istnieć możliwość zaskarżenia Postanowienia, chociażby w sytuacji, w której istniałaby przyczyna wyłączenia nadzorcy, o której mowa w art. 39 ust. 2 projektowanej ustawy. Propozycja: Doprecyzowanie zapisów projektu ustawy w tym zakresie.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Złożenie zażalenia na czynność, o którą dobrowolnie wnosi sam podmiot jest nieuzasadnione. Jednocześnie należy zauważyć, iż w przypadku powzięcia przez podmiot szpitalny informacji o istnieniu przyczyn wyłączenia nadzorcy będzie możliwość poinformowania o tym Prezesa, który podejmie odpowiednie czynności zgodnie z ustawą.
972.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 54	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	W postępowaniu naprawczo-rozwojowym podmiot szpitalny sprawuje zarząd własny swoim majątkiem. 1. O jakich więc czynnościach mowa w art. 43 i 44 gdzie ww. dokonują czynności w imieniu własnym, ale na rachunek podmiotu szpitalnego. 2. Zarząd spółki ryzykuje majątkiem za decyzje podejmowane przez inne osoby?	<b>Uwaga uwzględniona.</b> Doprecyzowano brzmienie przepisu. Jednocześnie należy wskazać, iż zarząd nie będzie ponosił odpowiedzialności za działania oraz zaniechania zarządcy.
973.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 54	Województwo Pomorskie	Brak równości podmiotów w zakresie sprawowania zarządu majątkiem SP ZOZ i Spółek  Przepisy projektu ustawy nie wskazują, co w okresie działalności zarządcy dzieje się z pełnoprawnym Zarządem Spółki. Wskazanie Art. 80 projektu ustawy nie wyczerpuje wątpliwości. Kto odpowiada za decyzje nadzorcy i zarządcy? Zarząd spółki??? Jaki wpływ na to wszystko ma właściciel????, czyli wspólnicy spółek, którymi najczęściej są województwa bądź powiaty. Dlaczego brak jest możliwości zaskarżania czynności zarządcy/nadzorcy przez właściciela, czy zarządy spółek co jest możliwe pod rządami KSH.  Propozycja: Wprowadzenie zapisów równoważnych dotyczących ustanowienia zarządcy we wszystkich podmiotach szpitalnych lub rezygnacja z zapisów umożliwiających odebranie zarządu majątkiem	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Pozycja prawna nadzorcy oraz zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej syndyka określonej przepisami Prawa upadłościowego oraz pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat. Zarządca występuje tylko w spółkach (jeśli Prezes Agencji tak postanowi) i zasadniczo pełni funkcje zarządcze, zaś nadzorca działa w każdym podmiocie C i D, a jego enumeratywne zadania wylicza art. 46. Ponadto nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.

					Doprecyzowano uzasadnienie do art. 78.
974.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 54	Pracodawcy Pomorza	Brak równości podmiotów w zakresie sprawowania zarządu majątkiem sp zoz i spółki Propozycja: Wprowadzenie zapisów o równoważnych dot. ustanowienia zarządcy we wszystkich podmiotach szpitalnych lub rezygnacja z zapisów umożliwiających obebranie zarządu majątkiem	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Odmienność regulacji wynika z odmienności formy organizacyjno-prawnej.
975.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 54	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	W postępowaniu naprawczo-rozwojowym podmiot szpitalny sprawuje zarząd własny swoim majątkiem. 1. O jakich więc czynnościach mowa w art. 43 i 44 gdzie ww. dokonują czynności w imieniu własnym, ale na rachunek podmiotu szpitalnego. 2. Zarząd spółki ryzykuje majątkiem za decyzje podejmowane przez inne osoby?	<b>Uwaga uwzględniona.</b>  Doprecyzowano brzmienie przepisu. Jednocześnie należy wskazać, iż zarząd nie będzie ponosił odpowiedzialności za działania oraz zaniechania zarządcy.
976.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 54	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Art. 54 – dopuszcza wyłączenie prawa zarządu podmiotu szpitalnego w formie spółki – trudno o większą ingerencję w sferę własności i władztwa wynikającego z posiadanych praw, przy jednoczesnym braku określenia, kto poniesie odpowiedzialność za wynik finansowy, realizację celów zarządczych etc.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>  Doprecyzowano uzasadnienie, w tym do art. 78.
977.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 54 ust. 1	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	W postępowaniu naprawczo-rozwojowym podmiot szpitalny sprawuje zarząd własny swoim majątkiem, z wyłączeniem podmiotu szpitalnego w formie spółki, dla którego ustanowiono zarządcę. W przypadku podmiotu szpitalnego w formie spółki, dla którego ustanowiono zarządcę wspólnik- np. JST – traci wpływ na działanie spółki będącej podmiotem szpitalnym. 3. Faktycznie zatem także pozostała działalność spółki szpitalnej będzie pod kontrolą zarządcy. Rozwiązanie takie jest sprzeczne z KSH i generalnie z porządkiem korporacyjnym.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Pozycja prawna zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat.
978.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 54 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Jakie skutki prawne wywołuje wprowadzenie zarządcy w stosunku do dotychczasowych organów spółki ? Co w szczególności z zarządem ? Jakie są uprawnienia rady nadzorczej w stosunku do zarządcy ? Brak rozwinięcia tych kwestii w projektowanym akcie prawnym. Pożądane byłoby szczegółowe uregulowanie tych zagadnień.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>  Doprecyzowano uzasadnienie, w tym do art. 78.
979.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 54 ust. 1	Uniwersytet Opolski	Proponuje się dokonanie korekty ust. 1  Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty w odniesieniu do art. 54 ust. 1  Propozycja: Art. 54. 1. W postępowaniu naprawczo-rozwojowym podmiot szpitalny sprawuje zarząd własny swoim majątkiem.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Art. 38-49 nie zostały wykreślone.
980.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 54 ust. 1	Związek Województw	Art. 54 ust. 1	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>

			RP - Województwo Lubuskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>W postępowaniu naprawczo-rozwojowym podmiot szpitalny sprawuje zarząd własny swoim majątkiem, z wyłączeniem podmiotu szpitalnego w formie spółki, dla którego ustanowiono zarządcę.</p> <p>2. Czynności prawne dokonane przez podmiot szpitalny w formie spółki, w zakresie których utracił on prawo zarządu, są nieważne.</p> <p>3. Spełnienie świadczenia do rąk podmiotu szpitalnego w formie spółki, pozbawionego prawa zarządu, dokonane po obwieszczeniu o ustanowieniu zarządcy, nie zwalnia z obowiązku spełnienia świadczenia do rąk zarządcy, chyba że równowartość świadczenia wpłynęła do zarządcy.</p> <p>4. Jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej, do czynności, które podlegają ujawnieniu w księdze wieczystej i rejestrach, przepisy ust. 2 i 3 stosuje się.</p> <p>Proponowana zmiana: Art. 54 ust. 1 W postępowaniu naprawczo-rozwojowym podmiot szpitalny sprawuje zarząd własny swoim majątkiem.</p> <p>Kto będzie ponosił odpowiedzialność za decyzje podejmowane przez zarządcę wyznaczonego przez Agencję Rozwoju Szpitali?</p>	<p>Pozycja prawna zarządcy została ukształtowana analogicznie do pozycji prawnej zarządcy masy sanacyjnej określonej przepisami Prawa restrukturyzacyjnego. Nie są to więc nieznanne prawu instytucje, a wręcz przeciwnie – funkcjonują z powodzeniem od lat.</p> <p>Doprecyzowano uzasadnienie, w tym do art. 78.</p>
981.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 54 ust. 3	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Art. 54 ust. 3 wprowadzający zapis, że spełnienie świadczenia do rąk podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki, po ustanowieniu zarządcy jest bezskuteczne i nie zwalnia z obowiązku świadczenia na rzecz zarządcy. Jest to zapis bardzo niekorzystny dla kontrahentów szpitala, którzy będą musieli na bieżąco śledzić strony internetowe Agencji.</p> <p>Narażenie na ryzyko kontrahentów danego podmiotu szpitalnego</p> <p>Propozycja: Wylimitowanie zapisu Art. 54 ust. 3</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Analogiczne rozwiązanie w art. 67 ust. 3 Prawa restrukturyzacyjnego.</p>
982.	Rozdział 7 (Oddział 3)	-	Bank Gospodarstwa Krajowego	<p>Oddział 3 – zasady i warunki tworzenia planu naprawczo- rozwojowego</p> <p>1. Duża część wsparcia finansowego udzielona przez BGK jest finansowaniem restrukturyzacyjnym długoterminowym, udzielonym szpitalom o bardzo trudnej kondycji finansowej (brak zdolności kredytowej). Finansowanie to udzielane jest pod szczególnym rygorem prawa bankowego tj. finansowanie oparte na przygotowanym przez szpitale programie naprawczym i zabezpieczonym tzw. szczególnym rodzajem zabezpieczenia (np. poręczenia JST oraz uczelni publicznych). W przypadku wejścia w życie ustawy – przedstawione do BGK programy naprawcze w części zostaną zastąpione „nowymi” programami, które nie zostały zaakceptowane przez Bank. Oznacza to naruszenie warunków umowy kredytu i tym samym otwiera możliwość skorzystania przez Bank z umowy poręczenia, co naraża Bank na ryzyko reputacyjne ale również może rodzić po stronie poręczycieli (podmiotów tworzących) wnioski o odszkodowanie ze strony Skarbu</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Podczas opracowywania indywidualnego planu naprawczo-rozwojowego wszystkie podmioty w to zaangażowane, a w szczególności nadzorca, kierownik podmiotu szpitalnego i Prezes Agencji będą musieli brać pod uwagę okoliczności wskazane w niniejszej uwadze.</p>

				<p>Państwa. Zaproponowane rozwiązanie nie może doprowadzić do utraty części ekspozycji kredytowych, nie jest to zgodne z ideą działalności bankowej, naraża to Bank na ryzyko potencjalnej materialnej straty.</p> <p>2. W przypadku modyfikacji zakresu działalności leczniczej realizowanej przez Szpital (ograniczenie działalności), może to wpłynąć na wartość kontraktu z NFZ (zmniejszenie wartości). Może to skutkować zmniejszeniem wartości zabezpieczenia w postaci cesji wierzytelności kontraktu z NFZ, która jest jednym z kluczowych zabezpieczeń udzielonych kredytów. W efekcie czego, wartość udzielonego finansowania może ulec zmniejszeniu, a w przypadku niektórych podmiotów, Bank będzie oczekiwać uzupełnienia zabezpieczenia spłaty kredytu. Rozwiązanie to rodzi czynnik ryzyka zmiany, którego w momencie udzielenia finansowania nie będzie można przewidzieć, a Ustawa w tych zapisach nie zaproponowała mitygantów.</p>	
983.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 55	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Po opracowaniu i uzgodnieniu planu z kierownikiem podmiotu leczniczego, dopiero zostaje on przekazany do opinii podmiotowi tworzącemu (nadzorującemu).</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Tak wynika z zapisów projektu ustawy.</p>
984.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 55	Związek Województw RP - Województwo Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Nadzorca podmiotu szpitalnego kategorii C albo D, a także podmiotu szpitalnego kategorii B, w stosunku, do którego Prezes Agencji wydał postanowienie, o którym mowa w art. 51 ust. 2, opracowuje w porozumieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego plan naprawczo-rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii B, C albo D uwzględniając w nim obowiązek dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych.</p> <p>Nieuwzględnienie udziału podmiotu tworzącego w procesie opracowania planu naprawczo-rozwojowego, znacznie ogranicza prawa i obowiązki podmiotów tworzących wynikających z ustawy o działalności leczniczej. Mając jednocześnie na uwadze zapisy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- art. 34 projektu ustawy: podmiot nadzorujący (...) monitoruje realizację planu rozwojowego w ramach posiadanych uprawnień nadzorczych oraz</li> <li>- 35 ust. 2 projektu ustawy, gdzie nakłada się na podmiot nadzorujący obowiązek podjęcia czynności nadzorczych w przypadku niezrealizowania w sposób prawidłowy planu rozwojowego uznać należy, że zapisy te są niespójne.</li> </ul> <p>Na podmiot tworzący nałożone zostają obowiązki bez możliwości wpływu na kształt programu naprawczo – rozwojowego przy jednoczesnym ograniczeniu możliwości odwołania się od podejmowanych decyzji.</p> <p>Propozycja: Doprecyzowanie zapisów projektu ustawy w tym zakresie.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Podmiot nadzorujący, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki – rada nadzorcza albo komisja rewizyjna opiniuje plan naprawczo-rozwojowy (art. 59 ust. 1 pkt 1), a tym samym ma możliwość wypowiedzenia się co treści planu. Opinia ta będzie przekazywana Prezesowi Agencji celem zapoznania się przed zatwierdzeniem planu.</p> <p>Jednocześnie należy zauważyć, iż art. 34 i art. 35 dotyczy planu rozwojowego, a nie planu naprawczo-rozwojowego.</p>
985.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 55	Konferencja Rektorów Akademickich	<p>Po opracowaniu i uzgodnieniu planu z kierownikiem podmiotu leczniczego, dopiero zostaje on przekazany do opinii podmiotowi tworzącemu (nadzorującemu).</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Tak wynika z zapisów projektu ustawy</p>



			Uczelni Medycznych		
986.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 55, art. 57	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Przewidują, że nadzorca podmiotu szpitalnego kategorii C albo D, a także podmiotu szpitalnego kategorii B, w stosunku do którego Prezes Agencji wydał postanowienie, o którym mowa w art. 51 ust. 2, opracowuje w porozumieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego plan naprawczo-rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii B, C albo D uwzględniając w nim obowiązek dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych. Niemniej z art. 58 wynika, że zastrzeżenia kierownika podmiotu szpitalnego mogą być nieuwzględniona a mimo to plan uważa się za uzgodniony.</p> <p>Projekt ustawy zakłada, że nadzorca podmiotu szpitalnego kategorii C albo D, a także w pewnym stopniu podmiotu szpitalnego kategorii B, opracowuje w porozumieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego plan naprawczo-rozwojowy. Kierownik podmiotu szpitalnego w terminie 7 dni akceptuje przedłożony plan podpisując go albo przekazuje nadzorcy umotywowane zastrzeżenia do planu.</p> <p>W przypadku braku porozumienia – braku uzgodnienia planu - to faktycznie nadzorca narzuca plan naprawczo-rozwojowy kierownikowi podmiotu szpitalnego, wprowadzając fikcję prawną, że plan naprawczo-rozwojowy uważa się za uzgodniony (art. 58).</p> <p>Oznacza to, że kierownik podmiotu szpitalnego ponosił będzie odpowiedzialność za realizację planu naprawczo-rozwojowego, z którym może się nie zgadzać (np. uważając go za nierealny, albo wręcz szkodliwy). W przypadku spółek prawa handlowego rozwiązanie to jest sprzeczne z KSH, gdyż zarząd w istocie traci podstawowe kompetencje zarządcze.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B). Niniejsze założenie reformy zostało upublicznione przez Ministerstwo Zdrowia już w maju 2021 r. – z 3 wariantów został wybrany najbardziej optymalny.</p>
987.	Rozdział 7 (Oddział 3), Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 55, art. 67, art. 68, art. 76	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Brak wpływu/ możliwości ingerencji przez podmiot tworzący w plan naprawczo-rozwojowy. Zmiany planu naprawczo-rozwojowego odbywają się bez udziału podmiotu tworzącego.</p> <p>Niebezpieczeństwo dla podmiotu w zakresie możliwości dostosowania zakresu działalności podmiotu do regionalnych potrzeb zdrowotnych dokonywane przez nadzorcę.</p> <p>Jedynie w ramach postępowania naprawczego w podmiocie szpitalnym może nastąpić zmiana profilu działalności w całości lub części, na co nie ma wpływu podmiot tworzący.</p> <p>Ograniczenie kompetencji podmiotu tworzącego, tylko do podejmowania czynności nadzorczych w sytuacji nierealizowania planu naprawczo-rozwojowego przez podmiot.</p> <p>Postulowane jest nadanie uprawnień podmiotowi tworzącemu w zakresie tworzenia i realizacji planu naprawczo-rozwojowego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Podmiot nadzorujący, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki – rada nadzorcza albo komisja rewizyjna opiniuje plan naprawczo-rozwojowy (art. 59 ust. 1 pkt 1), a tym samym ma możliwość wypowiedzenia się co treści planu. Opinia ta będzie przekazywana Prezesowi Agencji celem zapoznania się z nią przed zatwierdzeniem planu.</p> <p>Ponadto dodano do projektu ustawy przepis umożliwiający kierownikowi podmiotu szpitalnego wnioskowanie o zainicjowanie przez Prezesa Agencji zmiany planu naprawczo-rozwojowego. Tym samym poprzez kierownika podmiotu szpitalnego podmiot</p>

					tworzący będzie mógł zgłosić propozycje zmian planu.
988.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 55-69	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>W świetle art. 55-69 treść planu naprawczo -rozwojowego de facto uzależniono w całości od Prezesa Agencji, który może wnieść do niego uwagi, a w razie ich nieuwzględnienia przez nadzorcę dokonać zmiany nadzorcy. Na treść planu naprawczo-rozwojowego większy wpływ powinien mieć organ tworzący. Ponadto należałoby przyjąć zasadę, że o ile zmiany wprowadzone przez Prezesa Agencji powodują zwiększenie kosztów restrukturyzacji i modernizacji, to w tym zakresie koszty te ponosi w całości Agencja.</p> <p>Pozbawienie wpływu podmiotu szpitalnego na treść planu naprawczo -rozwojowego.</p> <p>Propozycja: Przyznanie podmiotowi szpitalnemu prawa do uczestniczenia i wnoszenia zastrzeżeń do planu naprawczo -rozwojowego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Podmiot nadzorujący, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki – rada nadzorcza albo komisja rewizyjna opiniuje plan naprawczo-rozwojowy (art. 59 ust. 1 pkt 1), a tym samym ma możliwość wypowiedzenia się co treści planu. Opinia ta będzie przekazywana Prezesowi Agencji celem zapoznania się przed zatwierdzeniem planu.</p> <p>Ponadto dodano do projektu ustawy przepis umożliwiający kierownikowi podmiotu szpitalnego wnioskowanie o zainicjowanie przez Prezesa Agencji zmiany planu naprawczo-rozwojowego. Tym samym poprzez kierownika podmiotu szpitalnego podmiot tworzący będzie mógł zgłosić propozycje zmian planu.</p>
989.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 55-69	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Zastrzeżenia dotyczące koncepcji opracowania planu naprawczo-rozwojowego – uwaga ogólna</p> <p>Ustawodawca przyjął założenie, że dzięki wprowadzeniu planu naprawczo-rozwojowego nastąpi poprawa sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów szpitalnych. Za kompleksową analizę działalności podmiotu szpitalnego, koncepcję jego restrukturyzacji (w tym w zakresie zatrudnienia), a także opracowanie strategii rozwoju, odpowiedzialny będzie jednoosobowo nadzorca, który może legitymować się 1-rocznym doświadczeniem w ochronie zdrowia (bez doprecyzowania stanowiska oraz charakteru wykonywanych obowiązków), a cała procedura przeprowadzona zostanie w trakcie 4 miesięcy. Proponowane zapisy nie przyniosą oczekiwanych rezultatów, i mogą wpłynąć na destabilizację poszczególnych podmiotów zdrowotnych (a być może i całego sektora) ze względu na długofalowe konsekwencje decyzji i działań podejmowanych przez nadzorców w wyniku ich braku doświadczenia oraz niedostatecznej wiedzy na temat specyfiki podmiotu.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Zwiększono wymagania dla nadzorcy.</p>
990.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 55 ust. 1	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dokonanie korekty ust. 1</p> <p>Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty w odniesieniu do art. 55 ust. 1</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 38-49 nie zostały wykreślone.</p>

				Propozycja: "55. 1. Podmiot szpitalny kategorii C albo D, a także podmiot szpitalny kategorii B, opracowuje w porozumieniu z podmiotem tworzącym plan naprawczo-rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii B, C albo D uwzględniając w nim obowiązek dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych."	
991.	Rozdział 7 (Oddział 2)	art. 55.1, art. 55.2, art. 57.1, art. 57.2, art. 58	Związek Województw RP - Województwo Warmińsko-Mazurskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Przedłożone artykuły zawierają zapisy wprowadzające znaczący konflikt kompetencyjny pomiędzy nadzorcą/ zarządcą a dyrektorem podmiotu. Nadzorca opracowuje w porozumieniu z dyrektorem analizy działalności (art. 55.2) oraz plan naprawczo-rozwojowy w szpitalach kat B,C,D (art. 55.1), potem dyrektor go podpisuje, ale nawet jak nie podpisze to jest on prawomocny, bo zarządca/nadzorca może nie uznać zgłoszonych na piśmie przez dyrektora argumentów (art. 57 i art. 58)</p> <p>Zapisy projektu dają zbyt daleko idące uprawnienia nadzorcy/zarządcy, który nie ponosi wg projektu (wskazane uwagi powyżej) żadnych konsekwencji ani odpowiedzialności. Rodzi to konflikt kompetencyjny pomiędzy dyrektorem, gdyż nadzorca/zarządca podejmuje decyzje, a dyrektor za nie odpowiada, gdyż projekt nie przewiduje zdjęcia również odpowiedzialności z dyrektora. Poza tym szpitale kategorii, mimo iż mają do realizacji program naprawczo-rozwojowy należy wyłączyć z ustanawiania w nich nadzorcy/zarządcy, gdyż nadzorcy/zarządcy powinni skoncentrować się na szpitalach najbardziej potrzebujących wsparcia czyli kategorii C i D.</p> <p>Propozycja: Art. 55.1 z treści wyrzucić „szpitale kategorii B” oraz zwrot „ w porozumieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego” zastąpić „ w uzgodnieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego”.  Art. 55.2 zwrot „ w porozumieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego” zastąpić „ w uzgodnieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego”. Wyrzucić ostatnie zdanie (gdyż podmiot nie uzyska danych z innego szpitala).  Art. 57.1 powinien brzmieć: „Nadzorca i Kierownik Podmiotu szpitalnego podpisują przygotowany przez siebie plan naprawczo-rozwojowy”. (nie traćmy czasu na pisma, zastrzeżenia, umotywowania itp.)  Art. 57.2 i art. 57.3 i art. 58 wykreślić.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Zmieniono w art. 55 ust. 1 i 2. „w porozumieniu” na „we współpracy”. Plan naprawczo-rozwojowy będzie przygotowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc przy udziale kierownika podmiotu szpitalnego, a następnie będzie podlegał procedurze uzgodnienia z kierownikiem. Decydujące zdanie co do kształtu planu na tym etapie będzie jednak należeć do nadzorcy. Jednocześnie należy zauważyć, iż Prezes Agencji otrzyma złożone przez kierownika zastrzeżenia do planu i jeśli uzna je za zasadne to przed zatwierdzeniem planu będzie miał możliwość nakazać nadzorcy ich uwzględnienie i dokonanie stosownych zmian w planie. Tym samym decyzje nadzorcy w tym zakresie będą podlegać kontroli Prezesa Agencji.</p> <p>Ponadto należy zauważyć, iż postępowanie naprawczo-rozwojowe w każdym wypadku toczy się z udziałem nadzorcy, a tym samym podmiot szpitalny kategorii B, wnioskując dobrowolnie o jego przeprowadzenie, godzi się na to.</p>
992.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 55 ust. 1 i 2	Województwo Podlaskie	<p>W art. 55 ust.1 i 2 proponujemy zastąpić określenie „w porozumieniu” na określenie „w uzgodnieniu”</p> <p>Ujednoczenie. Np. w art. 46, 57, 58, 59,60 jest mowa o uzgodnieniu. Wprowadzenie nowego określenia sugerować może że ma powstać dodatkowy dokument pod nazwą „porozumienie”</p> <p>Proponowane brzmienie art. 55:  Art. 55. 1. Nadzorca podmiotu szpitalnego kategorii C albo D, a także podmiotu szpitalnego kategorii B, w stosunku do którego Prezes Agencji wydał postanowienie, o którym mowa w art. 51 ust. 2, opracowuje w</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Zmieniono w art. 55 ust. 1 i 2 „w porozumieniu” na „we współpracy”. Plan naprawczo-rozwojowy będzie przygotowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc przy udziale kierownika podmiotu szpitalnego, a następnie będzie podlegał procedurze uzgodnienia z kierownikiem.</p>

				uzgodnieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego plan naprawczo-rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii B, C albo D uwzględniając w nim obowiązek dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych. 2. Sporządzenie planu, o którym mowa w ust. 1, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych dokonane przez nadzorcę w uzgodnieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego. Analizy obejmują indywidualną sytuację danego podmiotu szpitalnego oraz jej porównanie do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności.	
993.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 55 ust. 1 i 2, art. 57 ust. 1, art. 57 ust. 2, art. 58	Warminsko-Mazurski Związek Pracodawców Szpitali Specjalistycznych w Olsztynie	Przedłożone artykuły zawierają zapisy wprowadzające znaczący konflikt kompetencyjny pomiędzy nadzorcą/ zarządcą a dyrektorem podmiotu. Nadzorca opracowuje w porozumieniu z dyrektorem analizy działalności (art. 55.2) oraz plan naprawczo-rozwojowy w szpitalach kat B,C,D (art. 55.1), potem dyrektor go podpisuje, ale nawet jak nie podpisze to jest on prawomocny, bo zarządca/nadzorca może nie uznać zgłoszonych na piśmie przez dyrektora argumentów (art. 57 i art. 58). Zapisy projektu dają zbyt daleko idące uprawnienia nadzorcy/zarządcy, który nie ponosi wg projektu (wskazane uwagi powyżej) żadnych konsekwencji ani odpowiedzialności. Rodzi to konflikt kompetencyjny pomiędzy dyrektorem, gdyż nadzorca/zarządca podejmuje decyzje, a dyrektor za nie odpowiada, gdyż projekt nie przewiduje zdjęcia również odpowiedzialności z dyrektora. Poza tym szpitale kategorii, mimo iż mają do realizacji program naprawczo-rozwojowy należy wyłączyć z ustanawiania w nich nadzorcy/zarządcy, gdyż nadzorcy/zarządcy powinni skoncentrować się na szpitalach najbardziej potrzebujących wsparcia czyli kategorii C i D. Art. 55.1 z treści wyrzucić „szpitale kategorii B” oraz zwrot „ w porozumieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego” zastąpić „ w uzgodnieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego”. Art. 55.2 zwrot „ w porozumieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego” zastąpić „ w uzgodnieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego”. Wyrzucić ostatnie zdanie (gdyż podmiot nie uzyska danych z innego szpitala). Art. 57.1 powinien brzmieć: „Nadzorca i Kierownik Podmiotu szpitalnego podpisują przygotowany przez siebie plan naprawczo-rozwojowy”. (nie tracimy czasu na pisma, zastrzeżenia, umotywowania itp.) Art. 57.2 i art. 57.3 i art. 58 wykreślić.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Zmieniono w art. 55 ust. 1 i 2. „w porozumieniu” na „we współpracy”. Plan naprawczo-rozwojowy będzie przygotowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc przy udziale kierownika podmiotu szpitalnego, a następnie będzie podlegał procedurze uzgodnienia z kierownikiem. Decydujące zdanie co do kształtu planu na tym etapie będzie jednak należeć do nadzorcy. Jednocześnie należy zauważyć, iż Prezes Agencji otrzyma złożone przez kierownika zastrzeżenia do planu i jeśli uzna je za zasadne to przed zatwierdzeniem planu będzie miał możliwość nakazać nadzorcy ich uwzględnienie i dokonanie stosownych zmian w planie. Tym samym decyzje nadzorcy w tym zakresie będą podlegać kontroli Prezesa Agencji.  Ponadto należy zauważyć, iż postępowanie naprawczo-rozwojowe w każdym wypadku toczy się z udziałem nadzorcy, a tym samym podmiot szpitalny kategorii B, wnioskując dobrowolnie o jego przeprowadzenie, godzi się na to.
994.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 55 ust. 1 i 2, art. 57 ust. 1, art. 57 ust. 2, art. 58	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	Artykuły zawierają zapisy wprowadzające znaczący konflikt kompetencyjny pomiędzy nadzorcą/ zarządcą a dyrektorem podmiotu szpitalnego. Nadzorca opracowuje w porozumieniu z dyrektorem analizy działalności (art. 55 ust. 2) oraz plan naprawczo-rozwojowy w szpitalach kat. B, C, D (art. 55 ust. 1), dyrektor go podpisuje, ale nawet jak nie podpisze to jest on prawomocny, bo	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Zmieniono w art. 55 ust. 1 i 2. „w porozumieniu” na „we współpracy”. Plan naprawczo-rozwojowy będzie przygotowywany przez nadzorcę we współpracy z

				<p>zarządca/nadzorca może nie uznać zgłoszonych na piśmie przez dyrektora argumentów (art. 57 i art. 58).</p> <p>Zapisy projektu dają zbyt daleko idące uprawnienia nadzorcy/zarządcy, który nie ponosi wg żadnych konsekwencji ani odpowiedzialności. Rodzi to konflikt kompetencyjny pomiędzy dyrektorem, gdyż nadzorca/zarządca podejmuje decyzje, a dyrektor za nie odpowiada, gdyż projekt nie przewiduje zdjęcia również odpowiedzialności z dyrektora. Poza tym szpitale kategorii B mimo, iż mają do realizacji program naprawczo-rozwojowy należy wyłączyć z ustanawiania w nich nadzorcy/zarządcy, gdyż nadzorcy/zarządcy powinni skoncentrować się na szpitalach najbardziej potrzebujących wsparcia, czyli kategorii C i D.</p> <p>Art. 55 ust. 1 z treści usunąć „szpitale kategorii B” oraz zwrot „w porozumieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego” zastąpić „w uzgodnieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego”.</p> <p>Art. 55 ust. 2 zwrot „w porozumieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego” zastąpić „w uzgodnieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego”. Wykreślić ostatnie zdanie, gdyż podmiot nie uzyska danych z innego szpitala.</p> <p>Art. 57 ust. 1 nadać brzmienie: „Nadzorca i Kierownik Podmiotu szpitalnego podpisują przygotowany przez siebie plan naprawczo-rozwojowy”.</p> <p>Art. 57 ust. 2-3 i art. 58 wykreślić.</p>	<p>kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc przy udziale kierownika podmiotu szpitalnego, a następnie będzie podlegał procedurze uzgodnienia z kierownikiem. Decydujące zdanie co do kształtu planu na tym etapie będzie jednak należeć do nadzorcy. Jednocześnie należy zauważyć, iż Prezes Agencji otrzyma złożone przez kierownika zastrzeżenia do planu i jeśli uzna je za zasadne to przed zatwierdzeniem planu będzie miał możliwość nakazać nadzorcy ich uwzględnienie i dokonanie stosownych zmian w planie. Tym samym decyzje nadzorcy w tym zakresie będą podlegać kontroli Prezesa Agencji.</p> <p>Ponadto należy zauważyć, iż postępowanie naprawczo-rozwojowe w każdym wypadku toczy się z udziałem nadzorcy, a tym samym podmiot szpitalny kategorii B, wnioskując dobrowolnie o jego przeprowadzenie, godzi się na to.</p>
995.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 55 ust. 1	<p>Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Zmiana treści przepisu na następującą:  <i>1.Nadzorca podmiotu szpitalnego kategorii C albo D, a także podmiotu szpitalnego kategorii B, w stosunku do którego Prezes Agencji wydał postanowienie, o którym mowa w art. 51 ust. 2, opracowuje w sposób określony ust. 2 niniejszego paragrafu oraz art. 56-57 ustawy plan naprawczo-rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii B, C albo D uwzględniając w nim obowiązek dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych.</i></p> <p>Zgodnie z art. 46 pkt 1 do zadań nadzorcy należy opracowanie projektu planu naprawczo-rozwojowego. Ponadto, przepis art. 57 ust. 1 stanowi, że nadzorca przekazuje projekt planu naprawczo-rozwojowego kierownikowi podmiotu szpitalnego celem uzgodnienia. Kierownik podmiotu szpitalnego w terminie 7 dni akceptuje przedłożony plan albo przekazuje nadzorcy umotywowane zastrzeżenia, które mogą zostać uwzględnione przez nadzorcę lub mogą zostać przez niego nieuwzględnione. Z przepisów wynika jednoznacznie, że plan naprawczo rozwojowy opracowuje nadzorca, a zasady, na jakich to robi określają przepisy ustawy. Z przepisów tych nie wynika, że nadzorca opracowuje projekt w porozumieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Zmieniono w art. 55 ust. 1 i 2. „w porozumieniu” na „we współpracy”. Plan naprawczo-rozwojowy będzie przygotowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc przy udziale kierownika podmiotu szpitalnego, a następnie będzie podlegał procedurze uzgodnienia z kierownikiem.</p>
996.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 55 ust. 2	<p>Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa</p>	<p>Nadanie uprawnienia dla kierownika podmiotu szpitalnego lub nadzorcy do występowania do Agencji o dane dotyczące sytuacji innych podmiotów</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>

			<p>Odwykowego i Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Gorzycach</p>	<p>szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności."</p> <p>Sporządzenie planu naprawczo-rozwojowego podmiotu przez nadzorcę w porozumieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego poprzedza konieczność dokonania analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych, z uwzględnieniem porównania do sytuacji innych podmiotów regionie i podmiotów o podobnym profilu działalności. Zdaniem opiniującego, Agencja jako wyznaczona agenda posiada w swoim zakresie bieżące i szczegółowe dane dot. innych podmiotów. Zaś uzyskiwanie tych danych w trybie chociażby ustawy z dnia 6 września 2001r. o dostępie do informacji publicznej może wydłużyć ten proces jak i podmiot szpitalny będzie obciążony dodatkowymi kosztami (z uwagi na bardzo dużą ilość i szczegółowość potrzebnych danych) o których mowa w art. 15 ustawy o dostępie do informacji publicznej.</p> <p>Dodanie zdania w brzmieniu: "Agencja, na wniosek kierownika podmiotu szpitalnego lub nadzorcy udostępnia dane dotyczących sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności."</p>	
997.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 55 ust. 2	<p>Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Proponujemy usunąć zapis oraz jej porównanie do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności albo wskazanie instrumentu w jaki sposób podmiot szpitalny będzie mógł pozyskać dane nt. sytuacji ekonomiczno-finansowej od innych podmiotów szpitalnych</p> <p>Przewidujemy trudności w opracowaniu przez podmiot planu w zakresie określonym w art. 55, z uwagi na wymóg porównania z sytuacją dotyczącą innych podmiotów. Ponadto brak przepisów prawnych pozwalających na pozyskanie danych od innych podmiotów szpitalnych nt. ich sytuacji ekonomiczno-finansowej</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
998.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 55 ust. 2	<p>Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych</p>	<p>2. Sporządzenie planu, o którym mowa w ust. 1, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych dokonane przez nadzorcę w porozumieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego. Analizy obejmują indywidualną sytuację danego podmiotu szpitalnego oraz jej porównanie do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności.</p> <p>Propozycja: 2. Sporządzenie planu, o którym mowa w ust. 1, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych dokonane przez nadzorcę w porozumieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego. Analizy obejmują indywidualną sytuację danego podmiotu szpitalnego oraz jej porównanie do sytuacji innych podmiotów</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności.  Szpital nie dysponuje danymi z innych podmiotów w celu porównania jej sytuacji do innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności. Konieczne jest wykreślenie tego obowiązku po stronie szpitala.	
999.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 55 ust. 2	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	"Uzupełnienie przepisu. 2. Sporządzenie planu, o którym mowa w ust. 1, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej i klinicznej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych dokonane przez nadzorcę w porozumieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego. Analizy obejmują indywidualną sytuację danego podmiotu szpitalnego oraz jej porównanie do sytuacji innych podmiotów szpitalnych w danym regionie i podmiotów szpitalnych o podobnym profilu działalności. Analizy wykonywane są na koszt nadzorcy podmiotu szpitalnego."	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W ocenie projektodawcy brak uzasadnienia dla obciążania nadzorcy takimi kosztami.
1000.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 55 ust. 2	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	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.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Założenia projektu ustawy i sam projekt bazują na tym, żeby w części normatywnej nie rozróżniać podmiotów szpitalnych ze względu na ich profil działalności.
1001.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 55 ust. 2	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	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.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Założenia projektu ustawy i sam projekt bazują na tym, żeby w części normatywnej nie rozróżniać podmiotów szpitalnych ze względu na ich profil działalności.
1002.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 55 ust. 3	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Plan naprawczo - rozwojowy klinicznego podmiotu szpitalnego  Dodanie art. 55 ust 3: Plan naprawczo - rozwojowy klinicznego podmiotu szpitalnego zawiera również planowane działania do zabezpieczenia realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.  Analogicznie jak w przypadku art. 31	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Założenia projektu ustawy i sam projekt bazują na tym, żeby w części normatywnej nie rozróżniać podmiotów szpitalnych ze względu na ich profil działalności.
1003.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 55 ust. 3	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	Plan naprawczo - rozwojowy klinicznego podmiotu szpitalnego  Dodanie art. 55 ust 3: Plan naprawczo - rozwojowy klinicznego podmiotu szpitalnego zawiera również planowane działania do zabezpieczenia	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Założenia projektu ustawy i sam projekt bazują na tym, żeby w części normatywnej nie rozróżniać

				realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.  Analogicznie jak w przypadku art. 31	podmiotów szpitalnych ze względu na ich profil działalności.
1004.	Rozdział 7 (Oddział 3)	-	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Zakłada się że utworzenie planu poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, jakościowe, operacyjne „dokonane przez nadzorcę w porozumieniu z kierownikiem podmiotu leczniczego”. Przepisy nie przewidują w ogóle udziału strony społecznej w tym procesie. Jest to znamienne, gdyż w art. 56 ust. 2 zawarto regulację, że jeżeli plan przewiduje redukcję zatrudnienia, to w planie naprawczo-rozwojowym dodatkowo wskazuje się na zasady zwalniania pracowników, kryteria zwalniania itd., co w przypadku „standardowych” rozwiązań w zakresie stosunków pracy przebiega zasadniczo przy udziale strony społecznej np. w przypadku realizacji zwolnień grupowych czy też indywidualnych w trybie ustawy o zwolnieniach grupowych.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1005.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 56	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Jeżeli zgodnie z art. 56 ust. 1 projektu ustawy Jednostki szpitalne mają przygotowywać plan naprawczo-rozwojowy, który zawiera "(...) szczegółowy opis bieżącej sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu szpitalnego oraz w ostatnich 3 latach obrotowych, a także sprawozdania finansowe za ostatnie 3 lata obrotowe(...), to zasadnym byłoby wykluczyć ich z obowiązku wynikającego z art. 53a ustawy o lecznictwie i dotyczącego tworzenia raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej SP ZOZ. Wyszczególnienie składowych planu naprawczo-rozwojowego opierają się głównie na prezentacji danych dotyczących podmiotu, bez których plan nie mógłby powstać, z elementów, które mają ulec zmianie, wpływających na poprawę sytuacji ekonomicznej ujęto: • Pkt 1-4, 8, 9, 14 - dane o podmiocie, • Pkt 5 -7, 10, 15 plany do osiągnięcia, • Pkt 11. działania mające na celu poprawę jakości udzielanych świadczeń – co wiąże się z większymi, a nie z mniejszymi kosztami, • Pkt 12 wprowadzenie albo ulepszenie procesowego modelu zarządzania, • Pkt 13 określenie ogólnych skutków zatrudnienia, w tym zwolnienia lub organizację pracy w zmniejszonym wymiarze czasu – projektodawca nadal uważa, że w szpitalach występuje przerost zatrudnienia. Brak powiązania raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej (przygotowywanym z perspektywą 3 letnią) który jest również oceniany przez podmiot tworzący – z planem naprawczo-rozwojowym	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej, o którym mowa w art. 53a ustawy o działalności leczniczej stanowi dodatkowy mechanizm nadzoru nad samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, który może być pomocny zarówno dla podmiotu tworzącego jak i dla Agencji Rozwoju Szpitali.
1006.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 56	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	3) propozycje oraz zakres współpracy z innymi podmiotami szpitalnymi, w tym w przedmiocie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych. Proponowany zakres współpracy wymaga wcześniejszego uzgodnienia z podmiotem szpitalnym, którego to współdziałanie dotyczy.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Uwaga w rzeczywistości stanowi komentarz do zaproponowanych rozwiązań.



				Propozycje i zakres współpracy winien zostać uzgodniony na etapie konstytuowania planu rozwojowego pomiędzy podmiotami szpitalnymi, co umożliwi późniejszą realizację planu.	
1007.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 56	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Nierealny do realizacji termin wniesienia przez kierownika podmiotu leczniczego umotywowanych zastrzeżeń do planu naprawczo-rozwojowego. Wnosimy o wydłużenie tego terminu do co najmniej 14 dni, zaś optymalnie do 30 dni od daty jego doręczenia kierownikowi podmiotu leczniczego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Dlatego też termin 7 dniowy na zgłoszenie zastrzeżeń jest wystarczający.
1008.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 56	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	Wyszczególnienie składowych planu naprawczo-rozwojowego opierają się głównie na prezentacji danych dotyczących podmiotu, bez których plan nie mógłby powstać, z elementów, które mają ulec zmianie, wpływających na poprawę sytuacji ekonomicznej ujęto: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pkt 1-4, 8, 9, 14 - dane o podmiocie,</li> <li>• Pkt 5 -7, 10, 15 plany do osiągnięcia,</li> <li>• Pkt 11. działania mające na celu poprawę jakości udzielanych świadczeń – co wiąże się z większymi, a nie z mniejszymi kosztami,</li> <li>• Pkt 12 wprowadzenie albo ulepszenie procesowego modelu zarządzania,</li> <li>• Pkt 13 określenie ogólnych skutków zatrudnienia, w tym zwolnienia lub organizację pracy w zmniejszonym wymiarze czasu – projektodawca nadal uważa, że w szpitalach występuje przerost zatrudnienia,</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brak powiązania planu z finansowaniem świadczeń</li> <li>2. Istnieje ryzyko, że jeżeli w danym regionie zarządcy po przeanalizowaniu i zaplanowaniu programów naprawczych rozpoczną ich wdrażanie, w wyniku którego likwidacji ulegnie część zaplecza okazać się może, że w pewnym momencie, w danym regionie nastąpi luka dotycząca zabezpieczenia pewnego rodzaju świadczeń. Projektodawca uważa, że podmioty medyczne nie są dostosowane do potrzeb zdrowotnych regionu, nie dopasowują się do mapy potrzeb zdrowotnych. Do jakich dziedzin medycyny nie ma kolejek oczekujących?</li> </ol>	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga w rzeczywistości stanowi komentarz do zaproponowanych rozwiązań.
1009.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 56	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Zakres opracowania planu naprawczo-rozwojowego budzi wątpliwości z uwagi na ponowne użycie nieostrych pojęć, analizę przyczyn trudnej sytuacji ekonomicznej (skoro jej głównym powodem jest niedoszacowanie procedur, nieodpowiednia wycena świadczeń oraz wynagrodzenia kadry, cięcia etatów w sytuacji kiedy są braki w kadrze medycznej) i wreszcie zapisy dot. wskazania propozycji dot. koncentracji czy konsolidacji funkcji medycznych z innymi podmiotami szpitalnymi, które wydają się być mało realne do wykonania ze względu chociażby na posiadane zasoby lokalowe, różne formy zarządzania placówkami etc.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Wzór planu będzie określony rozporządzeniem.
1010.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 56	Federacja Przedsiębiorców Polskich	Plan naprawczy odnosi się tylko do czynników ekonomicznych podczas gdy pacjentów interesuje przede wszystkim jakość, dostępność itd.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

				Propozycja ta jest elementem odhumanizowania systemu ochrony zdrowia, pacjent woli zadłużony szpital, który mu pomoże niż szpital o świetnych wynikach finansowych, który odsyła wszystkie trudne przypadki by nie generować kosztów.	Procesy rozwojowe i naprawczo-rozwojowe podmiotów szpitalnych mają prowadzić do zwiększenia dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych. Podmiot szpitalny w dobrej sytuacji finansowej będzie oferował lepszą dostępność i wyższą jakość świadczeń opieki zdrowotnej.
1011.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 56 ust. 1	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dokonanie korekty ust. 1</p> <p>Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty w odniesieniu do art. 56 ust. 1</p> <p>Propozycja: "Art. 56. 1. Plan naprawczo-rozwojowy zawiera co najmniej: ... 16) podpis kierownika podmiotu szpitalnego, 17) akceptację podmiotu tworzącego, ..."</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 38-49 nie zostały wykreślone.</p>
1012.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 56 ust. 1 pkt 8 i 14	Związek Województw RP - Województwo Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>1. Plan naprawczo - rozwojowy zawiera co najmniej: pkt 8) informację o zasobach podmiotu szpitalnego, w szczególności o ich wykorzystaniu i redukcji; pkt 14) ocenę podmiotu szpitalnego w zakresie dotyczącym dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych, a w przypadku, gdy działalność podmiotu szpitalnego jest niedostosowana do regionalnych potrzeb zdrowotnych także propozycje działań dostosowawczych.</p> <p>W ramach przytoczonych zapisów podmiot leczniczy może dokonać np. przeprofilowania, które wymagać będzie likwidacji jednych rodzajów świadczeń i rozszerzenia działalności o świadczenia dotychczas niewykonywane. Ograniczenie / rozszerzenie działalności podmiotu leczniczego wymaga uzgodnienia z podmiotem tworzącym (zapisy statutów) oraz opinii rady społecznej (art. 48 ust. 2 pkt 1 lit. b) ustawy o działalności leczniczej)</p> <p>Czy nadzorca i podmiot leczniczy tworząc plan naprawczo – rozwojowy mają pełną dowolność w działaniu, tym samym nadzorca lub kierownik podmiotu szpitalnego przed uzgodnieniem planu naprawczo – rozwojowego (art. 58 projektu ustawy) nie zawiadamiają podmiotu tworzącego i rady społecznej o planowanych kierunkach zmian?</p> <p>Zgodnie z projektem ustawy plan naprawczo -rozwojowy zostanie bowiem przekazany podmiotowi nadzorującemu (tworzącemu) dopiero po jego uzgodnieniu (art. 59 ust 1 pkt 1 projektu ustawy), który będzie miał jedynie 14 dni na przedstawienie swojej opinii (art. 59 ust. 2 projektu ustawy).</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych. Dla przykładu można wskazać art. 54 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej czy regulacje dotyczące podziału i reorganizacji instytutu badawczego będącego podmiotem szpitalnym, które nie będą mogły być stosowane w trakcie trwania postępowania naprawczo-rozwojowego.</p>

				Propozycja: Doprecyzowanie zapisów projektu ustawy w tym zakresie oraz skorelowanie ich z zadaniami podmiotu tworzącego i rady społecznej wynikających z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.	
1013.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 56 ust. 1 pkt 13	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	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.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Usunięto „ogólnych”.
1014.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 56 ust. 1 pkt 13	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	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.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Usunięto „ogólnych”.
1015.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 56 ust. 1 pkt 15	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Aktualne brzmienie: 15) propozycje oraz zakres współpracy z innymi podmiotami szpitalnymi, w tym w przedmiocie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych; Proponowane brzmienie: 15) propozycje oraz zakres współpracy z innymi podmiotami szpitalnymi, w tym w przedmiocie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych;  Szpital nie będzie dysponował danymi o zasobach ludzkich i funkcjach medycznych w innych szpitalach, aby móc proponować zakres współpracy.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Brzmienie proponowane jest tożsame z brzmieniem aktualnym.
1016.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 56 ust. 1 pkt 15	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	"15) propozycje oraz zakres współpracy z innymi podmiotami szpitalnymi, w tym w przedmiocie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych;"  <del>"15) propozycje oraz zakres współpracy z innymi podmiotami szpitalnymi, w tym w przedmiocie koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych;"</del>  Szpital nie będzie dysponował danymi o zasobach ludzkich i funkcjach medycznych w innych szpitalach, aby móc proponować zakres współpracy.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Element ten jest odzwierciedleniem obowiązku z art. 4.
1017.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 56 ust. 1 pkt 17	Związek Województw RP - Województwo Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)	1. Plan naprawczo - rozwojowy zawiera co najmniej: 17) podpis kierownika podmiotu szpitalnego, w przypadkach wskazanych w art. 57 ust. 1, 3 i 4;  Nie zawsze jest możliwość złożenia podpisu przez kierownika podmiotu. Należy rozważyć możliwość np. podpisania dokumentu przez osobę inną niż kierownik, na mocy właściwego pełnomocnictwa.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  To że przepis przewiduje podpis kierownika nie oznacza, iż inna osoba nie będzie mogła się podpisać z jego upoważnienia.

				Propozycja: 17) podpis osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu szpitalnego, w przypadkach wskazanych w art. 57 ust. 1, 3 i 4;	
1018.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 56 ust. 1 i 2	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Należy uwzględnić także obowiązki realizacji zadań dydaktycznych i badawczych wynikające z art. 89-92a UDL.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Założenia projektu ustawy i sam projekt bazują na tym, żeby w części normatywnej nie rozróżniać podmiotów szpitalnych ze względu na ich profil działalności.
1019.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 56 ust. 2	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Podejmowanie przez nadzorcę decyzji o zbyciu mienia musi uwzględniać zasady gospodarowania mieniem, o których mowa w art. 54 ustawy o działalności leczniczej. Regulacje w zakresie zbywania aktywów trwałych określa podmiot tworzący. Ponadto, przy podejmowaniu decyzji w tym zakresie, uwzględniać należy inne okoliczności, np. ciężące na podmiotach leczniczych obowiązki wynikające z trwałości projektów realizowanych z udziałem m.in. środków zewnętrznych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> W uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych. Dla przykładu można wskazać art. 54 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej czy regulacje dotyczące podziału i reorganizacji instytutu badawczego będącego podmiotem szpitalnym, które nie będą mogły być stosowane w trakcie trwania postępowania naprawczo-rozwojowego.
1020.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 56 ust. 2	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Jeżeli w postępowaniu naprawczo-rozwojowym przewiduje się redukcję zatrudnienia z wykorzystaniem uprawnień nadzorcy, o których mowa w art. 74, oraz podjęcie czynności określonych w art. 73 lub art. 75, w planie naprawczo-rozwojowym dodatkowo wskazuje się zasady zwalniania pracowników, w szczególności liczbę pracowników objętych zamiarem zwolnienia, okres, w którym nastąpi takie zwolnienie oraz proponowane kryteria zwalniania pracowników, mienie podlegające zbyciu oraz umowy, od których nadzorca zamierza odstąpić... W przedmiotowym zakresie zasadnym jest także, aby opinię wyraził również podmiot tworzący.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Plan będzie opiniowany przez podmiot tworzący, a jego opinia będzie przekazywana Prezesowi Agencji, który będzie się z nią zapoznawał przed zatwierdzeniem planu. Ponadto zarówno kwestia zwalniania pracowników jak i odstępowania od umów wzajemnych została poddana kontroli sądu.
1021.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 56 ust. 2-3	Uniwersytet Opolski	Proponuje się dokonanie korekty ust. 2 i 3  "Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty w odniesieniu do art. 56 ust. 2. Ponadto, koniecznym jest dodanie wymogu uzyskania zgody podmiotu nadzorującego na zbycie mienia przez podmiot szpitalny."  Propozycja: 2. Jeżeli w postępowaniu naprawczo-rozwojowym przewiduje się redukcję zatrudnienia, w planie naprawczo-rozwojowym dodatkowo wskazuje się zasady zwalniania pracowników, w szczególności liczbę pracowników objętych zamiarem zwolnienia, okres, w którym nastąpi takie zwolnienie, oraz proponowane kryteria zwalniania pracowników, mienie podlegające zbyciu oraz umowy, od których kierownik podmiotu szpitalnego	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Art. 38-49 nie zostały wykreślone.

				zamierza odstąpić. W odniesieniu do mienia oraz umów zbycie lub odstąpienie możliwe jest po uprzednim uzyskaniu zgody podmiotu nadzorującego.	
1022.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 56 ust. 3	Związek Województw RP - Województwo Mazowieckie (za pośrednictwem KWRiST)	Wskazane w projekcie planu naprawczo-rozwojowego zasady zwalniania pracowników podlegają zatwierdzeniu przez sąd na wniosek nadzorcy. Wniosek kieruje się do sądu przed przekazaniem uzgodnionego planu Prezesowi Funduszu. Konieczność uzasadnienia i wykazania w planie, iż działanie dotyczące zwalniania pracowników ma charakter wyjątkowy, jednak bez niej poprawa sytuacji podmiotu szpitalnego nie będzie możliwa. Uzasadnienie: Podmioty szpitalne zatrudniają zwykle od kilkuset do kilku tysięcy osób i są często największymi i jedynymi pracodawcami w regionie. W związku z tym, decyzje związane z realizacją założeń planu rozwojowo-naprawczego zakładające zwalnianie pracowników powinny mieć charakter ostateczny i wyjątkowy. Uzasadnienie dla konieczności podjęcia tego rodzaju działań naprawczych powinno uwzględniać skutki społeczne i ekonomiczne dla lokalnych mieszkańców.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>  Zgodnie z projektem ustawy kwestie te poddane zostały kontroli sądu.
1023.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 56 ust. 3	Rada Główna Instytutów Badawczych	jaki jest termin na skierowanie wniosku?	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Wniosek kieruje się po uzgodnieniu planu naprawczo-rozwojowego, a przed przekazaniem go Prezesowi Funduszu.
1024.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 56 ust. 3	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	jaki jest termin na skierowanie wniosku?	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Wniosek kieruje się po uzgodnieniu planu naprawczo-rozwojowego, a przed przekazaniem go Prezesowi Funduszu.
1025.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 56 ust. 3	Województwo Pomorskie	Rola sądu  Sąd powinien mieć możliwość większej ingerencji w plan naprawczo-rozwojowy. Przynajmniej przeprofilowanie powinno być również przedmiotem zatwierdzenia przez sąd.  Zamiana zapisu poprzez wzmocnienie roli Sądu poprzez akceptacje zmiany profilu działalności.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zgodnie z art. 63 ust. 2 na postanowienie Prezesa Agencji w przedmiocie zatwierdzenia planu naprawczo-rozwojowego podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu służy zażalenie do sądu w zakresie, w jakim plan naprawczo-rozwojowy przewiduje przeprofilowanie lub zmienia zakres lub liczbę świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmiot szpitalny. Tym samym kwestia przeprofilowania poddana została kontroli sądowej.
1026.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 56 ust. 3	Uniwersytet Opolski	Ograniczenie kompetencji podmiotu tworzącego w zakresie nadzoru nad mieniem podmiotu nadzorującego gospodarowanym przez podmiot szpitalny.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa

				<p>W obecnym brzmieniu ustawy podmiot nadzorujący zostaje pozbawiony prawa do decydowania o swoim mieniu będącym w gospodarowaniu przez podmiot szpitalny, na-dając te kompetencje nadzorcy (art. 56 ust.3).</p> <p>Również art. 75 ust. 1 projektowanej ustawy skutkuje możliwością zbywania mienia podmiotu szpitalnego przez nadzorcę, bez konieczności uzyskania zgody podmiotu nadzorującego, co w rzeczywistości oznacza ograniczenie kompetencji podmiotu nadzorującego w odniesieniu do mienia będącego w gospodarowaniu przez podmiot szpitalny.</p> <p>Z uwagi na powyższe należy stwierdzić, że zarówno art. 56 ust. 3 oraz art. 75 ust. 1 projektowanej ustawy stoi w sprzeczności z art. 54 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 711 z późn. zm.), zgodnie z którym „Zasady, o których mowa w ust. 2, polegają w szczególności na ustanowieniu wymogu uzyskania zgody podmiotu tworzącego na zbycie, wydzierżawienie, wynajęcie, oddanie w użytkowanie oraz użyczenie aktywów trwałych”.</p> <p>W świetle projektowanej ustawy takiej zgody nie musi uzyskać nadzorca lub zarządca.</p>	o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych. Dla przykładu można wskazać art. 54 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej czy regulacje dotyczące podziału i reorganizacji instytutu badawczego będącego podmiotem szpitalnym, które nie będą mogły być stosowane w trakcie trwania postępowania naprawczo-rozwojowego.
1027.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 56 ust. 3	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dokonanie korekty ust. 3</p> <p>Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty w odniesieniu do art. 56 ust. 3</p> <p>Propozycja: "3. Wskazane w projekcie planu naprawczo-rozwojowego zasady zwalniania pracowników podlegają zatwierdzeniu przez sąd na wniosek kierownika podmiotu szpitalnego. Wniosek kieruje się do sądu przed przekazaniem uzgodnionego planu Prezesowi Funduszu."</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 38-49 nie zostały wykreślone.</p>
1028.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 56 ust. 3	Polska Federacja Szpitali	<p>Wskazane w projekcie planu naprawczo-rozwojowego zasady zwalniania pracowników podlegają zatwierdzeniu przez sąd na wniosek nadzorcy. Wniosek kieruje się do sądu przed przekazaniem uzgodnionego planu Prezesowi Funduszu.</p> <p>Czy przepisy o zwolnieniach grupowych będą stosowane odpowiednio?</p> <p>W tym zakresie sporo uwag mają związki zawodowe.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1029.	Rozdział 7 (Oddział 3 i 4)	art. 56, art. 75	Polska Federacja Szpitali	<p>Zbywanie mienia należącego do podmiotu medycznego przez nadzorcę za zgodą sądu.</p> <p>Mienie szpitalne zwykle jest pozyskiwane ze środków Podmiotu Tworzącego, darczyńców, sponsorów, środków własnych szpitala.</p> <p>Proponujemy aby udział w decyzji zbycia w porozumieniu i za zgodą tego, który sfinansował zakup mienia.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projektowane przepisy wzorowane są na Prawie restrukturyzacyjnym.</p>
1030.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 57	Polska Federacja Szpitali	<p>Wskazanie iż Kierownik podmiotu szpitalnego w terminie 7 dni akceptuje przedłożony plan jest wskazaniem ograniczającym rolę podmiotu tworzącego oraz wskazany czas jest zbyt krótki do podjęcia decyzji</p> <p>Pominięcie roli podmiotu tworzącego na tym etapie jest trudne do zrozumienia, podmiot tworzący winien uczestniczyć w procesie</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a</p>

				<p>opracowywania planu naprawczo rozwojowego tak aby zmiany które będą wprowadzane miały akceptację wszystkich ze stron</p> <p>Proponujemy zapis: Art. 57. 1. Nadzorca przekazuje projekt planu naprawczo-rozwojowego kierownikowi podmiotu szpitalnego oraz podmiotowi tworzącemu celem uzgodnienia. Kierownik podmiotu szpitalnego, oraz podmiot tworzący w terminie 30 dni akceptuje przedłożony plan podpisując go albo przekazuje nadzorcy umotywowane astrzeżenia do planu.</p>	<p>więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Dlatego też termin 7 dniowy na zgłoszenie zastrzeżeń jest wystarczający.</p>
1031.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 57	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Przyjęty projekt „uzgadniania” planu naprawczo-rozwojowego zakłada wprawdzie udział kierownika podmiotu szpitalnego, ale w realnie bardzo krótkim terminie 7 dni ma on określony termin na „akceptację” planu, ewentualnie przekazanie umotywowanych zastrzeżeń.</p> <p>Nawet jednak w przypadku nieuwzględnienia zastrzeżeń przez nadzorcę, ten sporządza informacje o przyczynach ich nieuwzględnienia (ust. 3), zaś plan uznaje się za uzgodniony z dniem przekazania kierownikowi podmiotu szpitalnego informacji o nieuwzględnieniu zastrzeżeń (art. 58 ). W art. 59 mowa jest następnie o „uzgodnionym” planie, jednakowoż powyższa procedura może zostać oceniona jako odbiegająca od powszechnego rozumienia znaczenia „uzgodnienia”, w szczególności przypomina ona proces opiniotwórczy a nie wspólnego ustalenia założeń planu. Tymczasem za realizację planu odpowiedzialność wyłącznie spoczywa na podmiocie szpitalnym (art. 65 ust. 1 ). Podmiot szpitalny nie posiada także inicjatywy w zakresie zmiany zatwierdzonego planu (art. 68 ust. 1), ale nadzorca lub Prezes Agencji.</p> <p>Rolę opiniodawczą w tym procesie przypisuje się podmiotowi nadzorującemu (tworzącemu), ale także w tym przypadku nawet nieprzekazanie przedmiotowej opinii jest według ustawy równoznaczne z przedstawieniem pozytywnej opinii.</p> <p>Udział wymienionych wyżej podmiotów wydaje się być iluzoryczny w procesie uzgadniania planu, jeżeli zauważyć, że prawo do złożenia zażalenia na postanowienie o zatwierdzeniu planu przysługuje podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu WYŁĄCZNIE w zakresie w jakim plan naprawczo-rozwojowy przewiduje przeprofilowanie lub zmienia zakres lub liczbę świadczeń opieki zdrowotnej.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Zmodyfikowano brzmienie art. 65 ust. 1 oraz art. 68. Dodano do projektu ustawy przepis umożliwiający kierownikowi podmiotu szpitalnego wnioskowanie o zainicjowanie przez Prezesa Agencji zmiany planu naprawczo-rozwojowego.</p>
1032.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 57	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Art. 57 przewiduje 7 dniowy termin na zgłoszenie przez kierownika podmiotu leczniczego zastrzeżeń do planu naprawczo – rozwojowego. Mając na uwadze złożoność kwestii zawartych w planie oraz wielodziałowość konieczne jest wydłużenie tego terminu co najmniej do okresu 1 mies. Podkreślić należy, że na przygotowanie planu nadzorca ma 4 mies. (możliwość przedłużenia do 6 mies.), a zgodnie z art. 62 Prezes Agencji nie ma określonego terminu na zgłoszenie uwag do przedłożonego mu przez nadzorcę planu naprawczo – rozwojowego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Dlatego też termin 7 dniowy na zgłoszenie zastrzeżeń jest wystarczający.</p>
1033.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 57	Związek Powiatów	<p>Wydłużenie terminu do 14 dni.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p>

			Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	Termin 7 dni na ocenę i uzgodnienie przez kierownika planu naprawczo-rozwojowego jest zdecydowanie za krótki.	Plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Dlatego też termin 7 dniowy na zgłoszenie zastrzeżeń jest wystarczający.
1034.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 57	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	Wydłużenie terminu do 14 dni. Termin 7 dni na ocenę i uzgodnienie przez kierownika planu naprawczo-rozwojowego jest zdecydowanie za krótki.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Dlatego też termin 7 dniowy na zgłoszenie zastrzeżeń jest wystarczający.
1035.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 57, art. 58, art. 59 ust. 1, art. 68	Wielkopolski Związek Szpitali	Art. 57 1. Nadzorca przekazuje projekt planu naprawczo-rozwojowego kierownikowi podmiotu szpitalnego celem uzgodnienia. Kierownik podmiotu szpitalnego w terminie 7 dni akceptuje przedłożony plan podpisując go albo przekazuje nadzorcy umotywowane zastrzeżenia do planu. 2. Nadzorca rozpatruje zastrzeżenia, o których mowa w ust. 1, w terminie 7 dni od daty ich otrzymania. Art. 58. Plan naprawczo-rozwojowy uważa się za uzgodniony z dniem podpisania planu naprawczo-rozwojowego przez kierownika podmiotu szpitalnego lub z dniem przekazania kierownikowi podmiotu szpitalnego informacji o przyczynach nieuwzględnienia zgłoszonych zastrzeżeń, o której mowa w art. 57 ust. 3. Art. 59. 1. Uzgodniony plan naprawczo-rozwojowy nadzorca przekazuje: 1) podmiotowi nadzorującemu, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki – radzie nadzorczej albo komisji rewizyjnej, celem zaopiniowania; 2) Prezesowi Funduszu celem zajęcia stanowiska w zakresie dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych. Art. 68 1. Zatwierdzony plan naprawczo-rozwojowy podlega zmianie z inicjatywy nadzorcy lub Prezesa Agencji. 2. W przypadku gdy zmiana planu ma być dokonana z inicjatywy nadzorcy, nadzorca opracowuje projekt planu naprawczo-rozwojowego i przekazuje go do uzgodnienia kierownikowi podmiotu szpitalnego. 3. W przypadku gdy zmiana planu ma być dokonana z inicjatywy Prezesa Agencji, Prezes Agencji przekazuje nadzorcy informacje o koniecznych zmianach w zatwierdzonym planie naprawczo-rozwojowym wyznaczając mu termin na ich wprowadzenie. 4. Zmiana planu naprawczo-rozwojowego następuje w trybie właściwym dla opracowania tego planu.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Podmiot nadzorujący, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki – rada nadzorcza albo komisja rewizyjna opiniuje plan naprawczo-rozwojowy (art. 59 ust. 1 pkt 1), a tym samym ma możliwość wypowiedzenia się co treści planu. Opinia ta będzie przekazywana Prezesowi Agencji celem zapoznania się z nią przed zatwierdzeniem planu. Ponadto dodano do projektu ustawy przepis umożliwiający kierownikowi podmiotu szpitalnego wnioskowanie o zainicjowanie przez Prezesa Agencji zmiany planu naprawczo-rozwojowego. Tym samym poprzez kierownika podmiotu szpitalnego podmiot tworzący będzie mógł zgłosić propozycje zmian planu.



				<p>Zastrzeżenia budzi proces powstawania planu naprawczo-rozwojowego, który powstaje przy udziale nadzorcy i kierownika podmiotu szpitalnego. Ostateczna wersja planu zostaje podpisana przez kierownika przy pełnej aprobacie nadzorcy, a następnie przekazana podmiotowi nadzorującemu celem – tylko zaopiniowania.</p> <p>Również w zmianie planu naprawczo - rozwojowego - po raz kolejny - pomijany jest podmiot nadzorujący.</p> <p>Zapisy art. 57-59 pozbawiają podmiot nadzorujący wpływu na swoją jednostkę, pomniejszając tym samym jego rolę przy powstawaniu tak ważnego dokumentu. Opinia podmiotu nadzorującego nie ma bowiem nawet charakteru wiążącego dla nadzorcy.</p> <p>Konieczność uwzględnienia równorzędnej roli podmiotu tworzącego w procesie tworzenia i zmiany planu naprawczo-rozwojowego szpitala.</p>	
1036.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 57 ust. 1	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: Kierownik podmiotu szpitalnego w terminie 7 dni akceptuje projekt planu lub przekazuje umotywowane zastrzeżenia.</p> <p>Proponowane brzmienie: Propozycja: wydłużenie terminu do 14 dni.</p> <p>Termin 7 dni jest zbyt krótki na analizę projektu planu.</p> <p>Wydłużenie terminu uczyni realną możliwość jego weryfikacji celem akceptacji lub złożenia umotywowanych zastrzeżeń.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Dlatego też termin 7 dniowy na zgłoszenie zastrzeżeń jest wystarczający.</p>
1037.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 57 ust. 1	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Wskazanie iż Kierownik podmiotu szpitalnego w terminie 7 dni akceptuje przedłożony plan jest wskazaniem ograniczającym rolę podmiotu tworzącego oraz wskazany czas jest zbyt krótki do podjęcia decyzji</p> <p>Pominięcie roli podmiotu tworzącego na tym etapie jest trudne do zrozumienia, podmiot tworzący winien uczestniczyć w procesie opracowywania planu naprawczo rozwojowego tak aby zmiany które będą wprowadzane miały akceptację wszystkich ze stron.</p> <p>Proponuje się: Art. 57. 1. Nadzorca przekazuje projekt planu naprawczo-rozwojowego kierownikowi podmiotu szpitalnego oraz podmiotowi tworzącemu celem uzgodnienia. Kierownik podmiotu szpitalnego, oraz podmiot tworzący w terminie 30 dni akceptuje przedłożony plan podpisując go albo przekazuje nadzorcy umotywowane zastrzeżenia do planu.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Dlatego też termin 7 dniowy na zgłoszenie zastrzeżeń jest wystarczający</p>
1038.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 57 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Wydłużenie terminu na wniesienie zastrzeżeń przez kierownika podmiotu szpitalnego z 7 do 14 dni.</p> <p>Plan naprawczo-rozwojowy jest kluczowym dla funkcjonowania podmiotu szpitalnego dokumentem, który wymaga szczegółowej analizy i konsultacji. W celu rzetelnej weryfikacji planu konieczne jest wydłużenie przedmiotowego terminu.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Dlatego też termin 7 dniowy na zgłoszenie zastrzeżeń jest wystarczający.</p>

1039.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 57 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)	Nadzorca przekazuje projekt planu naprawczo-rozwojowego kierownikowi podmiotu szpitalnego celem uzgodnienia. Kierownik podmiotu szpitalnego w terminie 7 dni akceptuje przedłożony plan podpisując go albo przekazuje nadzorcy umotywowane zastrzeżenia do planu.  Proponuję wydłużyć termin do 14 dni, celem umożliwienia dokonania pełnej analizy dokumentu.  Propozycja: Nadzorca przekazuje projekt planu naprawczo-rozwojowego kierownikowi podmiotu szpitalnego celem uzgodnienia. Kierownik podmiotu szpitalnego w terminie 14 dni akceptuje przedłożony plan podpisując go albo przekazuje nadzorcy umotywowane zastrzeżenia do planu.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Dlatego też termin 7 dniowy na zgłoszenie zastrzeżeń jest wystarczający.
1040.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 57 ust. 1	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Biorąc pod uwagę szeroki zakres planu naprawczo-rozwojowego zaproponowany 7-dniowy termin jest zbyt krótki, by Kierownik podmiotu zdążył zapoznać się, a następnie merytoryczne odnieść się do zawartości.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Dlatego też termin 7 dniowy na zgłoszenie zastrzeżeń jest wystarczający.
1041.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 57 ust. 1	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Kierownik podmiotu szpitalnego w terminie 7 dni akceptuje projekt planu lub przekazuje umotywowane zastrzeżenia.  Propozycja: wydłużenie terminu do 14 dni.  Termin 7 dni jest zbyt krótki na analizę projektu planu.  Wydłużenie terminu uczyni realną możliwość jego weryfikacji celem akceptacji lub złożenia umotywowanych zastrzeżeń.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Dlatego też termin 7 dniowy na zgłoszenie zastrzeżeń jest wystarczający.
1042.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 57 ust. 1	Pracodawcy Pomorza	Nadzorca przekazuje projekt planu naprawczo-rozwojowego kierownikowi podmiotu szpitalnego celem uzgodnienia. Kierownik podmiotu szpitalnego w terminie 7 dni akceptuje przedłożony plan podpisując go albo przekazuje nadzorcy umotywowane zastrzeżenia do planu – termin zbyt krótki Propozycja: Proponuje się wydłużenie terminu do 14 dni Uzasadnienie: Zbyt krótki czas na zapoznanie się i przedstawienie uwag	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Dlatego też termin 7 dniowy na zgłoszenie zastrzeżeń jest wystarczający.
1043.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 57 ust. 1	Uniwersytet Opolski	Proponuje się dokonanie korekty ust. 1  Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty w odniesieniu do art. 57 ust. 1  Propozycja: „1. Kierownik podmiotu szpitalnego przekazuje projekt planu naprawczo-rozwojowego podmiotowi nadzorującemu celem uzyskania uzgodnienia. Podmiot nadzorujący w terminie 30 dni akceptuje przedłożony	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Art. 38-49 nie zostały wykreślone.

				plan umieszczając adnotację "Akceptuję" go albo przekazuje kierownikowi podmiotu szpitalnego umotywowane zastrzeżenia do planu."	
1044.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 57 ust. 2	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dokonanie korekty ust. 2</p> <p>Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty w odniesieniu do art. 57 ust. 2</p> <p>Propozycja: 2. Kierownik podmiotu szpitalnego, dokonuje korekty planu naprawczo-rozwojowego uwzględniając wniesione zastrzeżenia przez podmiot nadzorujący, w terminie 30 dni od daty ich otrzymania.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 38-49 nie zostały wykreślone.</p>
1045.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 57 ust. 3	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dokonanie korekty ust. 3</p> <p>Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest usunięcie ust. 3 w obecnym brzmieniu</p> <p>Propozycja: "Ust 3. otrzyma nowe brzmienie: 3. Kierownik podmiotu szpitalnego przekazuje, podmiotowi tworzącemu, projekt planu naprawczo-rozwojowego podmiotowi uwzględniający wniesione zastrzeżenia, celem uzyskania akceptacji. Podmiot tworzący w terminie 30 dni akceptuje przedłożony plan umieszczając adnotację ""Akceptuję"". "</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 38-49 nie zostały wykreślone.</p>
1046.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 57 ust. 3	Województwo Podlaskie	<p>W art. 57 ust.3 zapisano, że kierownik podmiotu szpitalnego może podpisać projekt plan. Określenie „może” wydaje się niedostateczne, tym bardziej że informacja o zastrzeżeniu kierownika, oraz informacja o przyczynach jego nieuwzględnienia przekazywana jest Prezesowi Agencji (art. 60 ust. 2)</p> <p>1.Zapis sprzeczny z art. 56 ust.1 pkt 17) gdzie podpis kierownika podmiotu szpitalnego, w przypadkach wskazanych w art.57 ust. 3 uznano za niezbędny. 2. Kierownik podmiotu szpitalnego może celowo wnosić zastrzeżenia, żeby nie podpisać planu .</p> <p>W sytuacji określonej w art.57 ust. 3 kierownik podmiotu szpitalnego powinien podpisać projekt planu z adnotacją, że podpisuje z zastrzeżeniem.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W ocenie projektodawcy przepisy te nie budzą wątpliwości.</p>
1047.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 57 ust. 3	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Konieczność doprecyzowania postępowania w przypadku odmowy podpisania projektu przez kierownika podmiotu.</p> <p>W kontekście art. 56 ust. 1 pkt. 17, podpis kierownika podmiotu szpitalnego jest niezbędnym elementem wchodzącym w skład planu naprawczo-rozwojowego. W art. 57 ust. 3 wskazano natomiast na uznaniowość podpisu kierownika w przypadku nieuwzględnienia zastrzeżeń. Powyższe wymaga doprecyzowania.</p> <p>Ponadto, projekt ustawy zakłada bardzo krótkie terminy na uzgodnienia planu, zazwyczaj 7 dni od otrzymania. W tym miejscu nasuwa się też pytanie,</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W ocenie projektodawcy przepisy te nie budzą wątpliwości. Plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Dlatego też termin 7 dniowy na zgłoszenie zastrzeżeń jest wystarczający.</p>

				dla czego ustawa pomija całkowicie rolę rady społecznej w całym obszarze działalności medycznej szpitala.	
1048.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 57 ust. 4	Uniwersytet Opolski	Proponuje się wykreślenie ust. 4  Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest usunięcie zapisu z projektowanej ustawy	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Art. 38-49 nie zostały wykreślone.
1049.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 58	Uniwersytet Opolski	Proponuje się dokonanie korekty ust. 3  Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty art. 58  Propozycja: 58. Plan naprawczo-rozwojowy uważa się za uzgodniony z dniem umieszczenia adnotacji "Akceptuję" przez podmiot tworzący.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Art. 38-49 nie zostały wykreślone.
1050.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 58	Polska Federacja Szpitali	Aby plan naprawczo-rozwojowy był realizowany musi być zaakceptowany przez kierownika podmiotu szpitalnego Nadzorca winien tak długo współpracować z kierownikiem podmiotu leczniczego aż doprowadzi do sytuacji w której kierownik podmiotu szpitalnego zaakceptuje przedstawiony plan  Proponujemy nowy zapis art. 58. Plan naprawczo-rozwojowy uważa się za uzgodniony z dniem podpisania planu naprawczo-rozwojowego przez kierownika podmiotu szpitalnego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Na tym etapie to nadzorca ma decydujące zdanie w kwestii kształtu planu.
1051.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 58	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Należy wprowadzić rozwiązanie polegające na możliwości kwestionowania przez kierownika podmiotu szpitalnego nieuwzględnienia w całości lub części zgłoszonych zastrzeżeń na drodze postępowania sądowego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Na tym etapie to nadzorca ma decydujące zdanie w kwestii kształtu planu.
1052.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 58	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Aby plan naprawczo-rozwojowy był realizowany musi być zaakceptowany przez kierownika podmiotu szpitalnego  Nadzorca winien tak długo współpracować z kierownikiem podmiotu leczniczego aż doprowadzi do sytuacji w której kierownik podmiotu szpitalnego zaakceptuje przedstawiony plan  Proponuje się nowy zapis Art. 5S. Plan naprawczo-rozwojowy uważa się za uzgodniony z dniem podpisania planu naprawczo-rozwojowego przez kierownika podmiotu szpitalnego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Na tym etapie to nadzorca ma decydujące zdanie w kwestii kształtu planu.
1053.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 58	Stowarzyszenie IFIC Polska	Dot. art. 58 – uzgodnienia tylko z kierownikiem podmiotu szpitalnego  Należy rozszerzyć o pozostałe role odpowiedzialne za plan naprawczo-rozwojowy	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Za opracowanie planu naprawczo-rozwojowego odpowiedzialny jest nadzorca we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego.
1054.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 58	Województwo Pomorskie	Uzgodnienie planu naprawczo-rozwojowego	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

				<p>W zasadzie uzgodnienie to jedynie prawo do wniesienia zastrzeżeń - można ich nie uwzględnić i plan i tak będzie uzgodniony. Zaskarżenie przyjętego planu ma ograniczony zakres, więc w zasadzie wpływ kierownika podmiotu na plan jest bardzo ograniczony.</p> <p>Propozycja: zmiana zapisu w sposób gwarantujący prawa uczestnikowi postępowania</p>	<p>Plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu.</p>
1055.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 59	<p>Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Wprowadzenie obok opinii możliwości wnoszenia umotywowanych zastrzeżeń do planu naprawczo-rozwojowego nadzorcy przez podmiot nadzorujący przed przekazaniem planu Prezesowi Agencji.</p> <p>Dotychczas podmiot tworzący analizował i zatwierdzał programy naprawcze podległych podmiotów leczniczych (również szpitalnych). Posiada on odpowiednią wiedzę na temat organizacji i sytuacji finansowej podmiotu szpitalnego w poszczególnych latach. Mając na względzie powyższe oraz w celu prawidłowego monitorowania realizacji planu przez podmiot nadzorujący zasadne jest zwiększenie udziału podmiotu nadzorującego w opracowywaniu planu naprawczo-rozwojowego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Podmiot tworzący będzie mógł zgłaszać zastrzeżenia czy propozycje za pośrednictwem kierownika.</p>
1056.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 59	<p>Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Propozycja wzmocnienia roli podmiotu tworzącego (podmiotu nadzorującego) oraz Narodowego Funduszu Zdrowia w procesie tworzenia planów naprawczo – rozwojowych.</p> <p>Zgodnie z art. 59 nadzorca przekazuje uzgodniony plan naprawczo – rozwojowy podmiotowi nadzorującemu jedynie w celu zaopiniowania. Podobnie uzgodniony plan naprawczo – rozwojowy jest przekazywany Prezesowi NFZ jedynie celem zajęcia stanowiska w zakresie dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych. Zwrócić należy uwagę że negatywna opinia podmiotu nadzorującego oraz negatywne stanowisko prezesa Funduszu nie ma bezpośredniego wpływu na rozstrzygnięcia zawarte w planie. Stanowi to marginalizację powyższych instytucji istotnych z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia (podmiot tworzący i płatnik).</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga w rzeczywistości stanowi komentarz do zaproponowanych rozwiązań. Należy zauważyć, iż Prezes Agencji przed zatwierdzeniem planu będzie brał pod uwagę opinie i stanowiska mu przedłożone.</p>
1057.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 59	<p>Województwo Podlaskie</p>	<p>Treść art. 59 wskazuje, że czynności w nim określone odbywają się równolegle. W naszej opinii jednostka nadzorująca powinna otrzymać do zaopiniowania plan naprawczo-rozwojowy łącznie ze stanowiskiem Prezesa Funduszu w zakresie rozpoznania regionalnych potrzeb zdrowotnych i dostosowania do nich działalności podmiotu szpitalnego. Jest to istotny element planu, który decyduje o słuszności przyjętych założeń i zawartych w nim projekcji i w efekcie o ocenie planu przez podmiot nadzorujący.</p> <p>Umożliwi ocenę słuszności przyjętych założeń i przebiegu projekcji zawartych w planie naprawczo-rozwojowym</p> <p>Proponowane brzmienie art. 59 ust.1:</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepisy są skonstruowane w taki sposób, aby zapewnić sprawność postępowania.</p>

				Art. 59. 1. Uzgodniony plan naprawczo-rozwojowy nadzorca przekazuje: 1) Prezesowi Funduszu celem zajęcia stanowiska w zakresie dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych; 2) podmiotowi nadzorującemu, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki – radzie nadzorczej albo komisji rewizyjnej, łącznie ze stanowiskiem Prezesa Funduszu, celem zaopiniowania.	
1058.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 59 ust. 1	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Aktualne brzmienie: Uzgodniony plan naprawczo-rozwojowy nadzorca przekazuje: 1) podmiotowi nadzorującemu, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki - radzie nadzorczej albo komisji rewizyjnej, celem zaopiniowania; 2) Prezesowi Funduszu celem zajęcia stanowiska w zakresie dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych.  Przepis powinien precyzować, czy w przypadku SPZOZ plan winien być zaopiniowany przez Radę Społeczną i zatwierdzony przez Organ Założycielski, a w przypadku spółki czy Właściciel powinien zatwierdzić plan.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W ocenie projektodawcy przepis nie budzi wątpliwości. Projekt nie przewiduje by w przypadku spółki plan miał być zatwierdzany przez właściciela, gdyż stanowi on, że plan jest opiniowany przez radę nadzorczą albo komisję rewizyjną. W przypadku spzoz plan opiniować będzie podmiot tworzący zgodnie z zasadami reprezentacji.
1059.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 59 ust. 1	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Aktualne brzmienie: "Uzgodniony plan naprawczo-rozwojowy nadzorca przekazuje: 1) podmiotowi nadzorującemu, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki – radzie nadzorczej albo komisji rewizyjnej, celem zaopiniowania; 2) Prezesowi Funduszu celem zajęcia stanowiska w zakresie dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych."  Przepis powinien precyzować, czy w przypadku SPZOZ plan winien być zaopiniowany przez Radę Społeczną i zatwierdzony przez Organ Założycielski, a w przypadku spółki czy Właściciel powinien zatwierdzić plan.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W ocenie projektodawcy przepis nie budzi wątpliwości. Projekt nie przewiduje by w przypadku spółki plan miał być zatwierdzany przez właściciela, gdyż stanowi on, że plan jest opiniowany przez radę nadzorczą albo komisję rewizyjną. W przypadku spzoz plan opiniować będzie podmiot tworzący zgodnie z zasadami reprezentacji.
1060.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 59 ust. 1	Rzecznik Praw Pacjenta	Rozważenia wymaga możliwość zaangażowania w proces opiniowania planu Wojewódzkich Rad do spraw potrzeb zdrowotnych.  Wojewódzkie Rady do spraw potrzeb zdrowotnych są ważnym ciałem doradczym na poziomie województwa, mają rozeznanie w zakresie regionalnych potrzeb zdrowotnych. Jako organ biorący udział w wypracowaniu Wojewódzkich Planów Transformacji mogłyby wnieść istotny wkład w proces dostosowania profilu i zakresu działania szpitali do potrzeb zdrowotnych zidentyfikowanych w danym regionie  Dodanie „Wojewódzkim Radom do spraw potrzeb zdrowotnych”	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Dodano obowiązek uzyskania stanowiska wojewody.
1061.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 59 ust. 1	Uniwersytet Opolski	Proponuje się dokonanie korekty ust. 1  Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty art. 59 ust. 1	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Art. 38-49 nie zostały wykreślone.

				Propozycja: 59. 1. Uzgodniony plan naprawczo-rozwojowy kierownik podmiotu szpitalnego przekazuje Prezesowi Funduszu celem zajęcia stanowiska w zakresie dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych, w terminie 21 dni od dnia uzyskania akceptacji podmiotu tworzącego.	
1062.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 59 ust. 1 pkt 1	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	stanowi, że Uzgodniony plan naprawczo-rozwojowy nadzorca przekazuje podmiotowi nadzorującemu, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki – radzie nadzorczej albo komisji rewizyjnej, celem zaopiniowania; Zatem JST jako podmiot nadzorujący albo rada nadzorcza spółki będą mogły wyrazić opinię o planie naprawczo-rozwojowym niemniej będzie to opinia niewiążąca i w istocie bez żadnych skutków prawnych.	<b>Uwaga uwzględniona.</b> Takie rozwiązanie przewiduje projekt.
1063.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 59 ust. 1 pkt 1	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Należy przyznać podmiotowi nadzorującemu prawa wniesienia zastrzeżeń do planu naprawczo - rozwojowego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Podmiot tworzący będzie mógł zgłaszać zastrzeżenia czy propozycje za pośrednictwem kierownika na etapie tworzenia planu.
1064.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 59 ust. 1 pkt 1	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Plan naprawczo - rozwojowy klinicznego podmiotu szpitalnego. Pozytywne stanowisko Prezesa NFZ stanowi promesę finansowania świadczeń medycznych ujętych w planie naprawczo – rozwojowym. Plan naprawczo-rozwojowy opiera się m.in. na określeniu metod i źródeł finansowania (art. 56 ust 1 pkt 9). Na etapie opiniowania planu przez płatnika, należy nadać formalnej opinii Prezesa NFZ, również rangę zapewnienia finansowania przedstawionych zakresów i świadczeń medycznych.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
1065.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 59 ust. 1 pkt 2	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	Pozytywne stanowisko Prezesa NFZ stanowi promesę finansowania świadczeń medycznych ujętych w planie naprawczo – rozwojowym Uzasadnienie: Plan naprawczo-rozwojowy opiera się m.in. na określeniu metod i źródeł finansowania (art. 56 ust 1 pkt 9). Na etapie opiniowania planu przez płatnika, należy nadać formalnej opinii Prezesa NFZ, również rangę zapewnienia finansowania przedstawionych zakresów i świadczeń medycznych.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
1066.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 59 ust. 1 pkt 1, art. 60 ust. 1 pkt 2,	Związek Powiatów Polskich (za	W przypadku podmiotów kategorii B i C uprawnienia podmiotu nadzorującego/rady nadzorczej nie mogą się ograniczać wyłącznie do zaopiniowania planu naprawczo-rozwojowego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

			pośrednictwem KWRiST)		Wszystkie podmioty podlegające procesom naprawczo-rozwojowym obowiązują jednakowe regulacje.
1067.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 59 ust. 1 pkt 1, art. 60 ust. 1 pkt 2,	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	W przypadku podmiotów kategorii B i C uprawnienia podmiotu nadzorującego/rady nadzorczej nie mogą się ograniczać wyłącznie do zaopiniowania planu naprawczo-rozwojowego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Wszystkie podmioty podlegające procesom naprawczo-rozwojowym obowiązują jednakowe regulacje.
1068.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 59 ust. 2	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Opinia oraz stanowisko, o których mowa w ust. 1, są przekazywane nadzorcy w terminie 14 dni od dnia otrzymania planu naprawczo-rozwojowego. Nieprzekazanie opinii lub stanowiska w terminie 14 dni uznaje się za przedstawienie pozytywnej opinii albo rezygnację z przedstawienia stanowiska. Rezygnacja oznacza uznanie zgodności działalności podmiotu z mapą potrzeb zdrowotnych Istnieje konieczność doprecyzowania stanowiska Prezesa Funduszu w zakresie dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych, z uwagi na ważność tego aspektu w tworzonym planie naprawczo-rozwojowym, o czym mowa w art. 59 ust. 1 pkt 1 projektu ustawy. Należy wskazać jednoznacznie, że rezygnacja z przedstawienia tego stanowiska oznacza uznanie zgodności działalności podmiotu z mapą potrzeb zdrowotnych. Analogiczne zapisy powinny znaleźć się w art. 32 ust. 2 – dot. planu rozwojowego dla podmiotów szpitalnych kategorii A lub B.	<b>Uwaga uwzględniona.</b> Zmieniono zapis – brak stanowiska poczytuje się za stanowisko pozytywne.
1069.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 59 ust. 2	Naczelna Izba Aptekarska	Proponuje się art. 59 ust. 2 nadać następujące brzmienie: „2. Opinia oraz stanowisko, o których mowa w ust. 1, są przekazywane nadzorcy w terminie 14 dni od dnia otrzymania planu naprawczo-rozwojowego.”. Uzasadnienie W ocenie Naczelnej Rady Aptekarskiej zarówno opinia oraz stanowisko, o których mowa w ust. 1, powinny być zawsze wydane w terminie 14 dni. Niezasadna jest zatem propozycja zastosowania domniemania, że nieprzekazanie opinii lub stanowiska w terminie 14 dni uznaje się za przedstawienie pozytywnej opinii albo rezygnację z przedstawienia stanowiska.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Rozwiązanie takie funkcjonuje w wielu innych aktach prawnych.
1070.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 59 ust. 2	Uniwersytet Opolski	Proponuje się dokonanie korekty ust. 2  Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty art. 59 ust. 2  Propozycja: 2. Prezes Funduszu przekazuje kierownikowi podmiotu szpitalnego stanowisko w terminie 14 dni od dnia otrzymania planu naprawczo-rozwojowego. Nieprzekazanie stanowiska w terminie 14 dni uznaje się za przedstawienie pozytywnej opinii albo rezygnację z przedstawienia stanowiska.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Art. 38-49 nie zostały wykreślone.



1071.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 59 ust. 2	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Wydłużenie terminu opiniowania do 45 dni. Wprowadzenie obowiązku uwzględnienia uwag podmiotu tworzącego przez nadzorcę.</p> <p>Województwa są podmiotami tworzącymi dla większej liczby podmiotów szpitalnych (czasem nawet kilkudziesięciu). Przeanalizowanie i zaopiniowanie wszystkich planów w jednym czasie jest niemożliwe logistycznie. Analogicznie, Prezes NFZ może potrzebować większej ilości czasu w kontekście opiniowania planów wszystkich Jednostek z całej Polski.</p> <p>Uwagi podmiotu tworzącego powinny zostać uwzględnione przez nadzorcę, a w przypadku ich odrzucenia, powinno ono zostać umotywowane pisemnie.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Wydłużono termin do 30 dni.</p>
1072.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 60 ust. 1	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dokonanie korekty ust. 1</p> <p>Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty art. 60 ust. 1</p> <p>Propozycja: "Art. 60. 1. Kierownik podmiotu szpitalnego przekazuje Prezesowi Agencji w terminie 4 miesięcy od dnia doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowień, o których mowa w art. 29 oraz w art. 51 ust. 2:</p> <p>1) plan naprawczo-rozwojowy zaakceptowany przez podmiot tworzący;</p> <p>2) stanowisko Prezesa Funduszu lub informację nadzorcy o nieprzedstawieniu stanowiska pomimo upływu terminu, o którym mowa w art. 59 ust. 2."</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 38-49 nie zostały wykreślone.</p>
1073.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 60 ust. 2	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się wykreślenie ust. 2</p> <p>Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest wykreślenie ust. 2</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 38-49 nie zostały wykreślone.</p>
1074.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 61	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dokonanie korekty art. 61</p> <p>Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty art. 61</p> <p>Propozycja: Art. 61. Na wniosek kierownika podmiotu szpitalnego termin, o którym mowa w art. 60 ust. 1, może zostać wydłużony przez Prezesa Agencji do 6 miesięcy.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 38-49 nie zostały wykreślone.</p>
1075.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 62, art. 67	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Należy wprowadzić rozwiązanie polegające na możliwości kwestionowania przez nadzorcę oczekiwanych przez Prezesa Agencji korekt na drodze postępowania sądowego. Obecna formuła, wyrażająca się w zmianie nadzorcy, nie zakłada czynnika kontroli, sprowadzając nadzorcę do faktycznego wykonawcy woli Prezesa Agencji.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Decydując rola Prezesa Agencji w tym zakresie jest konsekwencją zadań Agencji określonych ustawą (art. 88). Jednocześnie nadzorca podlega Prezesowi Agencji więc nie ma możliwości kwestionowania jego poleceń.</p>

1076.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 62 ust.1	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dokonanie korekty ust. 1</p> <p>Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty ust. 1</p> <p>Propozycja: 1. Prezes Agencji może zgłosić uwagi do przedłożonego planu naprawczo-rozwojowego wyznaczając jednocześnie kierownikowi podmiotu szpitalnego termin na jego dostosowanie oraz informując jednocześnie podmiot tworzący o zgłoszeniu uwag i wyznaczeniu kierownikowi podmiotu szpitalnego terminu na dostosowanie planu naprawczo-rozwojowego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 38-49 nie zostały wykreślone</p>
1077.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 62 ust.2	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dokonanie korekty ust. 2</p> <p>Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty ust. 2</p> <p>Propozycja: 2. W przypadku nieprzedłożenia przez kierownika podmiotu skorygowanego planu, uwzględniającego uwagi Prezesa Agencji, w wyznaczonym terminie, Prezes Agencji może wezwać kierownika podmiotu szpitalnego oraz podmiot tworzący do złożenia wyjaśnień o przyczynach nieprzedłożenia skorygowanego planu.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 38-49 nie zostały wykreślone</p>
1078.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 62 ust.2	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Wprowadzić odniesienie do terminów w związku ze zmianą nadzorczy przez Prezesa Agencji.</p> <p>Zapis niekompletny. W przypadku zmiany nadzorczy wszystkie terminy związane z opracowaniem planu, o którym mowa w art.60 powinny zostać wznowione. W projekcie nie ma takiego zapisu.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>
1079.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 62 ust.2	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Zmiana nadzorczy przez Prezesa Agencji.</p> <p>Zapis niekompletny. W przypadku zmiany nadzorczy na nowo powinny być wszystkie terminy związane z opracowaniem planu, o którym mowa w art.55 i nast. W projekcie nie ma takiego zapisu.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>
1080.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>stanowi, że</p> <p>1. W przypadku braku zastrzeżeń, Prezes Agencji wydaje postanowienie o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego.</p> <p>2. Na postanowienie, o którym mowa w ust. 1, podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu służy zażalenie wyłącznie w zakresie, w jakim plan naprawczo-rozwojowy przewiduje przeprofilowanie lub zmienia zakres lub liczbę świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmiot szpitalny.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W ocenie projektodawcy zakres zażalenia jest wystarczający. Należy zauważyć, iż plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Możliwość zażalenia</p>

				<p>3. Wniesienie zażalenia nie wstrzymuje wykonania planu naprawczo-rozwojowego, ale sąd może wstrzymać wykonanie planu w części odnoszącej się do zaskarżonego zakresu.</p> <p>Zatem JST w odniesieniu do podległych szpitali w formie SPZOZ (jako podmiot nadzorujący) może zaskarżyć postanowienie Prezesa Agencji o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego wyłącznie w zakresie, w jakim plan naprawczo-rozwojowy przewiduje przeprofilowanie lub zmienia zakres lub liczbę świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmiot szpitalny. Tak więc projekt ustawy pozostawia JST bardzo niewielki i tylko teoretyczny wpływ na działania podejmowane w podległym szpitalu. Faktycznie o potrzebach wspólnoty samorządowej (mieszkańców JST) zadecyduje nadzorca i Prezes Agencji. Czyli także mieszkańcy danej JST pozbawieni będą prawa do (choćby pośredniego) decydowania o sposobie realizacji zadań JST w zakresie ochrony zdrowia. Niejako za nich zadecyduje Prezes Agencji i nadzorca.</p>	<p>przeprofilowania jest w rzeczywistości szerokim zakresem zaskarżenia, a na skutek jego uwzględnienia przez sąd znaczna część planu może ulec zmianie.</p> <p>Zgodnie z ust. 3 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może wstrzymać wykonanie planu w części odnoszącej się do zaskarżonego zakresu.</p>
1081.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Rozszerzyć możliwość złożenia zażalenia na postanowienia Prezesa Agencji dotyczące planu naprawczo-rozwojowego, uchylić natychmiastową wykonalność planu.</p> <p>Postanowienie może zostać uchylone lub zmienione, a natychmiastowe wykonanie może doprowadzić do nieodwracalnych skutków dotyczących działalności podmiotu leczniczego, kontrola sądu powinna być szersza.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W ocenie projektodawcy zakres zażalenia jest wystarczający. Należy zauważyć, iż plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu.</p> <p>Zgodnie z ust. 3 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może wstrzymać wykonanie planu w części odnoszącej się do zaskarżonego zakresu.</p>
1082.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>W przypadku braku zastrzeżeń, Prezes Agencji wydaje postanowienie o zatwierdzeniu planu naprawczo - rozwojowego.</p> <p>Konieczne wydaje się określenie przesłanek, na podstawie których Prezes Agencji podejmuje decyzję o zatwierdzeniu - bądź nie - planu naprawczo-rozwojowego.</p> <p>Zasadnym wydaje się precyzyjne - dla wszystkich zainteresowanych stron - sformułowanie kryteriów oceny.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projektodawca pozostawił to swobodnej decyzji Prezesa Agencji. Opracowanie wytycznych w tym obszarze jest niemożliwe z uwagi na konieczność indywidualnego podejścia do każdego podmiotu szpitalnego.</p>
1083.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Ustawa przewiduje minimalny udział kierownika podmiotu leczniczego w tworzeniu planu naprawczo - rozwojowego oraz zgłaszaniu do niego jakichkolwiek zastrzeżeń, co wydaje się niedopuszczalne mając na uwadze fakt, że plan będzie w istotny sposób wpływać na funkcjonowanie podmiotu leczniczego, może bowiem zawierać wnioski dotyczące redukcji pracowników, zbycie mienia czy odstąpienie od zawartych umów. Na postanowienie o zatwierdzenie planu naprawczo - rozwojowego nie</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Zmodyfikowano brzmienie art. 68. Dodano do projektu ustawy przepis umożliwiający kierownikowi podmiotu szpitalnego wnioskowanie o zainicjowanie przez Prezesa Agencji zmiany planu naprawczo-rozwojowego.</p>

				<p>przysługuje zażalenie, a zatem proponowane uregulowania nie przewidują jego kontroli przez niezależny sąd, z wyjątkiem założeń planu w zakresie przeprofilowania podmiotu leczniczego, zmiany zakresu i liczby świadczeń opieki zdrowotnej. W tym jednak przypadku wniesienie zażalenia nie wstrzymuje wykonania planu naprawczo – rozwojowego co oznacza, że przewidziane przeprofilowanie czy zmiany w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej mogą zostać przeprowadzone mimo ich zakwestionowania przez Sąd, a przywrócenie stanu sprzed tych zmian będzie niemożliwe.</p>	<p>Nie można zgodzić się ze stwierdzeniem, że udział kierownika podmiotu szpitalnego w tworzeniu planu jest minimalny. Należy zauważyć, iż plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Ponadto plan naprawczo-rozwojowy będzie podlegał uzgodnieniu z kierownikiem podmiotu szpitalnego.</p> <p>Zgodnie z ust. 3 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może wstrzymać wykonanie planu w części odnoszącej się do zaskarżonego zakresu.</p>
1084.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63	Śląski Związek Gmin i Powiatów	<p>Art. 63 – wprowadza niesłuszne ograniczenie w zakresie przedmiotu zażalenia na postanowienie Prezesa ARS zatwierdzające plan naprawczo-rozwojowy.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W ocenie projektodawcy zakres zażalenia jest wystarczający. Należy zauważyć, iż plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu.</p>
1085.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Zmiana treści na: „Na postanowienie, o którym mowa w ust. 1, podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu służy zażalenie do sądu.”</p> <p>W obecnym brzmieniu, podmiot szpitalny oraz podmiot tworzący może złożyć zażalenie w bardzo ograniczonym zakresie. Oznacza to, że w przypadku zaplanowania działań niekorzystnych z punktu widzenia interesariuszy, które nie zostaną skorygowane przez Prezesa Agencji (a w kontekście liczby podmiotów leczniczych mało prawdopodobne jest szczegółowe analizowanie wszystkich zapisów planu, z uwzględnieniem specyfiki poszczególnych jednostek i ich uwarunkowań lokalnych, społecznych czy infrastrukturalnych), decyzja i tak ma charakter ostateczny. Rozwiązanie takie jest niedopuszczalne.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W ocenie projektodawcy zakres zażalenia jest wystarczający. Należy zauważyć, iż plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Ponadto plan będzie opiniowany przez podmiot tworzący, a jego opinia będzie przekazywana Prezesowi Agencji, który będzie się z nią zapoznawał przed zatwierdzeniem planu.</p>
1086.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Doprecyzowanie w art. 63 ust. 1, że postanowienie o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego wydawane jest również po przedłożeniu planu skorygowanego o uwagi, o których mowa w art. 62.</p> <p>W celu zachowania przejrzystości przepisu zasadne jest jego doprecyzowanie w przedmiotowym zakresie.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Plan nie zostanie zatwierdzony jeżeli Prezes Agencji będzie miał do niego uwagi. Tym samym w ocenie projektodawcy obecne brzmienie przepisów nie budzi wątpliwości. Dopiero po skorygowaniu planu nastąpi jego zatwierdzenie.</p>

1087.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63 ust. 1-3	Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Szpitali Specjalistycznych w Olsztynie	<p>W przypadku braku zastrzeżeń, Prezes Agencji wydaje postanowienie o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego. 2. Na postanowienie, o którym mowa w ust. 1, podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu służy zażalenie wyłącznie w zakresie, w jakim plan naprawczo-rozwojowy przewiduje przeprofilowanie lub zmienia zakres lub liczbę świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmiot szpitalny. Wniesienie zażalenia nie wstrzymuje wykonania planu</p> <p>- Budzi wątpliwości ograniczony zakres przedmiotowy zażalenia</p> <p>Podmiot szpitalny w ograniczonym zakresie może wnieść zastrzeżenia co do planu naprawczo-rozwojowego do prezesa ARS, tylko w zakresie przeprofilowania. Ograniczenie zakresu budzi wątpliwości, oraz niepokojący jest obowiązek realizacji planu mimo wniesionych zastrzeżeń. Zakładając że zastrzeżenia będą uwzględnione, a wdrożona zmiana profilu działalności już mogła spowodować zwolnienia personelu, odejście specjalistów, itp.</p> <p>Art. 63.2 powinien brzmieć: „Na postanowienie o którym mowa w ust 1 podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu służy zażalenie”.</p> <p>Art. 63.3 powinien brzmieć; „Wniesienie zażalenia wstrzymuje wykonanie planu naprawczo-rozwojowego, do czasu prawomocnego zakończenia procedury odwoławczej”.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W ocenie projektodawcy zakres zażalenia jest wystarczający. Należy zauważyć, iż plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Ponadto plan będzie opiniowany przez podmiot tworzący, a jego opinia będzie przekazywana Prezesowi Agencji, który będzie się z nią zapoznawał przed zatwierdzeniem planu.</p> <p>Jednocześnie pozostawiono do decyzji sądu możliwość wstrzymania wykonania planu w części odnoszącej się do zaskarżonego zakresu.</p>
1088.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63 ust. 1-3	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	<p>W przypadku braku zastrzeżeń, Prezes Agencji wydaje postanowienie o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego. Na ww. postanowienie podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu służy zażalenie wyłącznie w zakresie, w jakim plan naprawczo-rozwojowy przewiduje przeprofilowanie lub zmiany zakresu lub liczby świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmiot szpitalny. Wniesienie zażalenia nie wstrzymuje wykonania planu.</p> <p>Wątpliwość budzi ograniczony zakres przedmiotowy zażalenia.</p> <p>Podmiot szpitalny w ograniczonym zakresie może wnieść zastrzeżenia co do planu naprawczo-rozwojowego do Prezesa ARS, tylko w zakresie przeprofilowania lub zmiany zakresu lub liczby świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmiot szpitalny. Ograniczenie zakresu budzi wątpliwości, oraz niepokojący jest obowiązek realizacji planu mimo wniesionych zastrzeżeń. Zakładając, że zastrzeżenia będą uwzględnione, a wdrożona zmiana profilu działalności już mogła spowodować zwolnienia personelu, odejście specjalistów, itp.</p> <p>Art. 63 ust. 2 powinien brzmieć: „Na postanowienie, o którym mowa w ust. 1 podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu służy zażalenie”.</p> <p>Art. 63 ust. 3 powinien brzmieć; „Wniesienie zażalenia wstrzymuje wykonanie planu naprawczo-rozwojowego, do czasu zakończenia i uprawomocnienia się procedury odwoławczej”.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W ocenie projektodawcy zakres zażalenia jest wystarczający. Należy zauważyć, iż plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Ponadto plan będzie opiniowany przez podmiot tworzący, a jego opinia będzie przekazywana Prezesowi Agencji, który będzie się z nią zapoznawał przed zatwierdzeniem planu.</p> <p>Jednocześnie pozostawiono do decyzji sądu możliwość wstrzymania wykonania planu w części odnoszącej się do zaskarżonego zakresu.</p>
1089.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63 ust. 1-3	Związek Województw	<p>W przypadku braku zastrzeżeń, Prezes Agencji wydaje postanowienie o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego. 2. Na postanowienie, o którym</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p>

			RP - Województwo Warmińsko-Mazurskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>mowa w ust. 1, podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu służy zażalenie wyłącznie w zakresie, w jakim plan naprawczo-rozwojowy przewiduje przeprofilowanie lub zmienia zakres lub liczbę świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmiot szpitalny. Wniesienie zażalenia nie wstrzymuje wykonania planu</p> <p>- Budzi wątpliwości ograniczony zakres przedmiotowy zażalenia</p> <p>Podmiot szpitalny w ograniczonym zakresie może wnieść zastrzeżenia co do planu naprawczo-rozwojowego do prezesa ARS, tylko w zakresie przeprofilowania. Ograniczenie zakresu budzi wątpliwości, oraz niepokojący jest obowiązek realizacji planu mimo wniesionych zastrzeżeń. Zakładając że zastrzeżenia będą uwzględnione, a wdrożona zmiana profilu działalności już mogła spowodować zwolnienia personelu, odejście specjalistów, itp.</p> <p>Art. 63.2 powinien brzmieć: „Na postanowienie o którym mowa w ust 1 podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu służy zażalenie”.</p> <p>Art. 63.3 powinien brzmieć; „Wniesienie zażalenia wstrzymuje wykonanie planu naprawczo-rozwojowego, do czasu zakończenia i uprawomocnienia się procedury odwoławczej”.</p>	<p>W ocenie projektodawcy zakres zażalenia jest wystarczający. Należy zauważyć, iż plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Ponadto plan będzie opiniowany przez podmiot tworzący, a jego opinia będzie przekazywana Prezesowi Agencji, który będzie się z nią zapoznawał przed zatwierdzeniem planu.</p> <p>Jednocześnie pozostawiono do decyzji sądu możliwość wstrzymania wykonania planu w części odnoszącej się do zaskarżonego zakresu.</p>
1090.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63 ust. 2	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Usunąć zapis dot. ograniczenia uprawnień podmiotu nadzorującego co do zakresu przedmiotowego zażalenia na postanowienie Prezesa Agencji o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego.</p> <p>Ograniczenie nie ma merytorycznego uzasadnienia. Podmiot nadzorujący powinien mieć prawo do wniesienia zażalenia nie tylko w zakresie w jakim plan naprawczo-rozwojowy przewiduje przeprofilowanie lub zmienia zakres lub liczbę świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmiot szpitalny, ale w szerszym zakresie postanowień, uwzględniającym m.in. zagadnienia wymienione w art. 56 ust.1 pkt. 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15. W innym przypadku uprawnienia nadzorcze podmiotu nadzorującego stają się iluzoryczne.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W ocenie projektodawcy zakres zażalenia jest wystarczający. Należy zauważyć, iż plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Ponadto plan będzie opiniowany przez podmiot tworzący, a jego opinia będzie przekazywana Prezesowi Agencji, który będzie się z nią zapoznawał przed zatwierdzeniem planu.</p>
1091.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63 ust. 2	Rada Główna Instytutów Badawczych	jaki jest termin na wniesienie zażalenia	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zgodnie z art. 13 ust. 3 projektu zażalenie wnosi się w terminie 7 dni od dnia doręczenia postanowienia.</p>
1092.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63 ust. 2	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	jaki jest termin na wniesienie zażalenia	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zgodnie z art. 13 ust. 3 projektu zażalenie wnosi się w terminie 7 dni od dnia doręczenia postanowienia.</p>
1093.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63 ust. 2	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za	<p>Na postanowienie, o którym mowa w ust. 1, podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu służy zażalenie <del>wyłącznie w zakresie, w jakim plan naprawczo-rozwojowy przewiduje przeprofilowanie lub zmienia zakres lub liczbę świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmiot szpitalny.</del></p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W ocenie projektodawcy zakres zażalenia jest wystarczający. Należy zauważyć, iż plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z</p>

			pośrednictwem KWRiST)	Zażalenie podmiotu szpitalnego oraz podmiotu nadzorującego powinno dotyczyć całości planu naprawczo-rozwojowego. Zwraca się uwagę na fakt, że w projekcie ustawy podmiot nadzorujący nie ma wpływu na ww. plan na etapie jego tworzenia. Jednocześnie, podmiot nadzorujący został zobligowany do monitorowania realizacji zatwierdzonego przez Prezesa Agencji planu naprawczo-rozwojowego (art. 65 ust. 2) oraz będzie miał możliwość udzielenia wsparcia finansowego podmiotowi szpitalnemu w realizacji układu lub planu spłaty, o których mowa w art.86 ust. 4 projektu ustawy.	kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Ponadto plan będzie opiniowany przez podmiot tworzący, a jego opinia będzie przekazywana Prezesowi Agencji, który będzie się z nią zapoznawał przed zatwierdzeniem planu.
1094.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63 ust. 2	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Nieuzasadnione zawężenie zakresu zażalenia na plan naprawczo-rozwojowy.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W ocenie projektodawcy zakres zażalenia jest wystarczający. Należy zauważyć, iż plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Ponadto plan będzie opiniowany przez podmiot tworzący, a jego opinia będzie przekazywana Prezesowi Agencji, który będzie się z nią zapoznawał przed zatwierdzeniem planu.
1095.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63 ust. 2	Związek Województw RP - Województwo Mazowieckie (za pośrednictwem KWRiST)	Ograniczony zakres zaskarżenia postanowienia o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego. Konieczność przyznania możliwości zaskarżania planu bez ww. ograniczenia, w szczególności w zakresie zmian majątkowych podmiotu szpitalnego oraz redukcji zatrudnienia kadry szpitalnej. Uzasadnienie: Zapis wskazuje ograniczony zakres przypadków, w którym możliwe jest zaskarżenie postanowienia o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego przez podmiot szpitalny lub podmiot nadzorujący. Zasadne jest przyznanie prawa zaskarżenia postanowienia o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego przez podmiot szpitalny lub podmiot nadzorujący na zasadach ogólnych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W ocenie projektodawcy zakres zażalenia jest wystarczający. Należy zauważyć, iż plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Ponadto plan będzie opiniowany przez podmiot tworzący, a jego opinia będzie przekazywana Prezesowi Agencji, który będzie się z nią zapoznawał przed zatwierdzeniem planu.
1096.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63 ust. 2	Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	Na postanowienie Prezesa Agencji w sprawie zatwierdzenia planu naprawczo-rozwojowego powinno przysługiwać podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu zażalenie w pełnym zakresie.  Zawężenie możliwości wniesienia zażalenia wyłącznie do zakresu, w jakim plan przewiduje przeprofilowanie lub zmienia zakres lub liczbę świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmiot szpitalny ogranicza uprawnienia i obowiązki podmiotu nadzorującego względem podmiotu szpitalnego oraz może negatywnie wpływać na współpracę jednostek samorządu terytorialnego z Agencją.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W ocenie projektodawcy zakres zażalenia jest wystarczający. Należy zauważyć, iż plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Ponadto plan będzie opiniowany przez podmiot tworzący, a jego opinia będzie przekazywana Prezesowi Agencji, który będzie się z nią zapoznawał przed zatwierdzeniem planu.

1097.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63 ust. 2	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Przepis art. 63 ust. 2 ustawy przewiduje zbyt mały zakres zażalenia przysługującego szpitalowi i organowi tworzącemu na postanowienie Prezesa o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego. Pozbawienie wpływu podmiotu szpitalnego na treść planu naprawczo-rozwojowego Propozycja: Rozszerzenie zakresu zażalenia przysługującego szpitalowi i organowi tworzącemu na postanowienie Prezesa o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> W ocenie projektodawcy zakres zażalenia jest wystarczający. Należy zauważyć, iż plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Ponadto plan będzie opiniowany przez podmiot tworzący, a jego opinia będzie przekazywana Prezesowi Agencji, który będzie się z nią zapoznawał przed zatwierdzeniem planu.
1098.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63 ust. 2	Grupa Nowy Szpital Holding S.A.	Treść uwagi: Prawo do skutecznego środka zaskarżenia i sądu Uzasadnienie: Zgodnie z projektem postanowienie o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego służy zażaleniu podmiotowi szpitalnemu i nadzorującemu we wskazanym zakresie. Pomija się przy tym podmiot wykonujący działalność leczniczą inny niż szpitalny gdy mógłby on mieć wpływ na jego sytuację prawną i faktyczną. Proponowane rozwiązanie: Wprowadzenie prawa po stronie podmiotu wykonującego działalność leczniczą do złożenia zażalenia, jeżeli plan naprawczo-rozwojowy mógłby oddziaływać na jego sytuację i spowodować, że dozna uszczerbku jego interes prawny lub faktyczny.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> W ocenie projektodawcy zakres zażalenia jest wystarczający. W zakresie ochrony praw osób trzecich obowiązujące pozostają przepisy ogólne, w tym Kodeksu cywilnego.
1099.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63 ust. 2	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Ograniczenie zakresu w jakim podmiotowi leczniczemu przysługuje zażalenie na postanowienie Prezesa Agencji o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego wydaje się nieuzasadnione.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> W ocenie projektodawcy zakres zażalenia jest wystarczający. Należy zauważyć, iż plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Ponadto plan będzie uzgadniany z kierownikiem podmiotu szpitalnego.
1100.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63 ust. 2	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Zażalenie na postanowienie o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego wyłącznie w zakresie, w jakim plan ten przewiduje przeprofilowanie lub zmienia zakres lub liczbę świadczeń opieki zdrowotnej - zakres zażalenia należy uznać za nazbyt wąski, plan naprawczo-rozwojowy obejmuje szereg innych informacji, w tym skutki w zakresie zatrudnienia, w tym planowane zwolnienia; dodatkowo należy wskazać, że podmiot szpitalny jest następnie podmiotem odpowiedzialnym za jego realizację.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> W ocenie projektodawcy zakres zażalenia jest wystarczający. Należy zauważyć, iż plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Ponadto plan będzie opiniowany przez podmiot tworzący, a jego opinia będzie przekazywana Prezesowi Agencji, który będzie się z nią zapoznawał przed zatwierdzeniem planu.



					Jednocześnie należy zauważyć, iż kwestie ewentualnych zwolnień poddane zostały kontroli sądowej.
1101.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63 ust. 2	Województwo Pomorskie	<p>Zażalenie na postanowienie o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego</p> <p>Zbyt wąski katalog przesłanek do złożenia zażalenia na treść planu naprawczo-rozwojowego</p> <p>W zakresie, w jakim postanowienie o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego nie podlega zażaleniu (podlega wyłącznie przeprofilowanie, zmiany zakresu lub liczby świadczeń), Prezes Agencji ma w zasadzie niczym nieograniczoną dowolność w kształtowaniu postanowień planu.</p> <p>Zażalenie powinno przysługiwać co do całości planu.</p> <p>Z uwagi na odpowiedzialność zarządzających, powinno im przysługiwać prawo do kontroli sądu nad decyzjami nadzorcy i prezesa Agencji mającymi skutek finansowy.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W ocenie projektodawcy zakres zażalenia jest wystarczający. Należy zauważyć, iż plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu.</p> <p>Decydując rola Prezesa Agencji w zakresie kształtowania postanowień planu jest konsekwencją zadań Agencji określonych projektem ustawy (art. 88).</p>
1102.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63 ust. 2	Pracodawcy Pomorza	<p>Zbyt wąski katalog przesłanek do złożenia zażalenia na treść planu naprawczo-rozwojowego</p> <p>Propozycja: Z uwagi na odpowiedzialność zarządzających, powinno im przysługiwać prawo do kontroli sądu nad decyzjami nadzorcy i prezesa Agencji mającymi skutek finansowy</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W ocenie projektodawcy zakres zażalenia jest wystarczający. Należy zauważyć, iż plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Ponadto plan będzie opiniowany przez podmiot tworzący, a jego opinia będzie przekazywana Prezesowi Agencji, który będzie się z nią zapoznawał przed zatwierdzeniem planu.</p> <p>Decydując rola Prezesa Agencji w zakresie kształtowania postanowień planu jest konsekwencją zadań Agencji określonych projektem ustawy (art. 88).</p>
1103.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63 ust. 2 w zw. 57 ust. 1 i 60 pkt 2	POLMED – Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych	<p>Projekt przewiduje możliwość wniesienia zażalenia wyłącznie w zakresie, w jakim plan naprawczo-rozwojowy przewiduje przeprofilowanie lub zmianę zakresu lub liczby świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmiot szpitalny. Takie rozwiązanie powoduje zawężenie kontroli sądowej wydanego postanowienia.</p> <p>Przykładowo, gdy kierownik podmiotu lub organ nadzorujący zgłosi uzasadnione uwagi, nie będą one przedmiotem kontroli sądu.</p> <p>Propozycja: Usunięcie wyłączenia w art. 63 ust. 2.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W ocenie projektodawcy zakres zażalenia jest wystarczający. Należy zauważyć, iż plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Ponadto plan będzie opiniowany przez podmiot tworzący, a jego opinia będzie</p>

					przekazywana Prezesowi Agencji, który będzie się z nią zapoznawał przed zatwierdzeniem planu. Decydując rola Prezesa Agencji w zakresie kształtowania postanowień planu jest konsekwencją zadań Agencji określonych projektem ustawy (art. 88).
1104.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63 ust. 2 i 3	Polska Federacja Szpitali	<p>Ograniczenie dopuszczalnego zakresu zaskarżenia postanowienia Prezesa Agencji oraz brak wstrzymania wykonania planu naprawczo-rozwojowego na skutek złożenia zażalenia, w sposób istotny godzi w prawa podmiotu szpitalnego, który w przypadku zaistnienia błędu lub omyłki w tymże planie, narażony jest na ryzyko wystąpienia nieodwracalnych strat i szkód majątkowych.</p> <p>Zgodnie z art. 63 ust 2 i 3 projektowanej ustawy, na postanowienie o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego, podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu służy zażalenie wyłącznie w zakresie, w jakim plan naprawczo-rozwojowy przewiduje przeprofilowanie lub zmienia zakres lub liczbę świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmiot szpitalny. Wniesienie zażalenia nie wstrzymuje wykonania planu naprawczo-rozwojowego, ale sąd może wstrzymać wykonanie planu w części odnoszącej się do zaskarżonego zakresu.</p> <p>Takie ograniczenie zakresu zaskarżenia, w połączeniu z ograniczeniem postępowania dowodowego, uniemożliwia skuteczne zgłoszenie zastrzeżeń do projektu planu naprawczo-rozwojowego na każdym etapie postępowania. Tymczasem może dojść do sytuacji, że z przyczyn obiektywnych nie będzie możliwe zgłoszenie przez kierownika podmiotu szpitalnego wyczerpujących zastrzeżeń do projektu ww. planu. Również po przekazaniu projektu tegoż planu do Prezesa Agencji przez nadzorcę może dojść do zdarzeń w sposób istotny modyfikujących sytuację podmiotu szpitalnego. Dlatego uzasadnionym jest umożliwienie zgłaszania stanowisk i zastrzeżeń przez wszystkich uczestników, przez cały czas trwania tegoż postępowania, a także dopuszczenie możliwości zaskarżenia w całości postanowienia w przedmiocie zatwierdzenia planu</p> <p>Proponujemy:</p> <p>a) wprowadzenie zmiany w art. 63 ust 2 projektowanej ustawy w ten sposób aby dotychczasowa treść tego ustępu zastąpiona została treścią: „2. Na postanowienie, o którym mowa w ust. 1, podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu służy zażalenie.” ,</p> <p>b) usunięcie ustępu 3 z artykułu 63.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Dodano do projektu ustawy przepis umożliwiający kierownikowi podmiotu szpitalnego wnioskowanie o zainicjowanie przez Prezesa Agencji zmiany planu naprawczo-rozwojowego.</p> <p>W ocenie projektodawcy zakres zażalenia jest wystarczający. Należy zauważyć, iż plan będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a więc kierownik podmiotu szpitalnego będzie aktywnie uczestniczył w jego tworzeniu. Ponadto plan będzie opiniowany przez podmiot tworzący, a jego opinia będzie przekazywana Prezesowi Agencji, który będzie się z nią zapoznawał przed zatwierdzeniem planu. Decydując rola Prezesa Agencji w zakresie kształtowania postanowień planu jest konsekwencją zadań Agencji określonych projektem ustawy (art. 88).</p>
1105.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63 ust. 3	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Propozycja skreślenia.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

1106.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63 ust. 3	Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	Wniesienie zażalenia na postanowienie o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego powinno wstrzymać jego wykonanie. Z uwagi na znaczenie planu naprawczo – rozwojowego dla podmiotu szpitalnego, plan nie powinien podlegać wykonaniu do uprawomocnienia się postanowienia o jego zatwierdzeniu. Ewentualnie wniesienie zażalenia na postanowienie o zatwierdzeniu planu naprawczo – rozwojowego powinno z mocy prawa skutkować wstrzymaniem wykonania planu do chwili prawomocnego zakończenia postępowania sądowego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zgodnie z ust. 3 w przypadku wniesienia zażalenia sąd może wstrzymać wykonanie planu w części odnoszącej się do zaskarżonego zakresu.
1107.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63 ust. 4	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Zatwierdzenie planu naprawczo - rozwojowego.  Wniesienie zażalenia przez podmioty wymienione w ust. 2 obligują Prezesa Agencji do przedłożenia w ciągu 14 dni pisemnego uzasadnienia przesłanek wydania postanowienia w zakresie wynikającym z ust. 2  Powody przeprofilowania lub zmiany zakresu lub liczby świadczeń, mimo negatywnej opinii podmiotu nadzorującego, wymagają uzasadnienia. Są to daleko idące zmiany dotyczące podmiotu szpitalnego, jego zasobów ludzkich i posiadanego potencjału.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Każde postanowienie Prezesa Agencji na które służy zażalenie będzie zawierało uzasadnienie faktyczne i prawne z uwagi na odpowiednie stosowanie przepisów KPA (art. 9 projektu ustawy w związku z art. 124 KPA).
1108.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 63 ust. 4	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	Zatwierdzenie planu naprawczo - rozwojowego.  Wniesienie zażalenia przez podmioty wymienione w ust. 2 obligują Prezesa Agencji do przedłożenia w ciągu 14 dni pisemnego uzasadnienia przesłanek wydania postanowienia w zakresie wynikającym z ust. 2  Powody przeprofilowania lub zmiany zakresu lub liczby świadczeń, mimo negatywnej opinii podmiotu nadzorującego, wymagają uzasadnienia. Są to daleko idące zmiany dotyczące podmiotu szpitalnego, jego zasobów ludzkich i posiadanego potencjału.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Każde postanowienie Prezesa Agencji na które służy zażalenie będzie zawierało uzasadnienie faktyczne i prawne z uwagi na odpowiednie stosowanie przepisów KPA (art. 9 projektu ustawy w związku z art. 124 KPA).
1109.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 65	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Regulacja powinna zakładać co najmniej solidarną odpowiedzialność za realizację planu naprawczo-rozwojowego, którą obok podmiotu szpitalnego ponosiłby również nadzorca. Wynika to również z relacji art. 65 względem art. 46. Ustawa czyni kierownika podmiotu szpitalnego „wykonawcą” planu naprawczo-rozwojowego, opracowanego przez nadzorcę. Trudno w tej sytuacji, aby odpowiedzialnością za realizację tego planu obarczać wyłącznie podmiot szpitalny. Ustawa nie rozstrzyga kwestii odpowiedzialności za skutki błędnie przyjętych w programie do realizacji działań naprawczo-rozwojowych, które zaproponował nadzorca, a co do których zastrzeżenia wnosił np. kierownik podmiotu szpitalnego (art. 57 ust.1). Brak regulacji dotyczących ewentualnych odszkodowań i dochodzenia roszczeń zarówno w przypadku nadzorcy z listy (art. 40) jak i z Agencji (art.39 ust.1 pkt.1).	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Zmieniono brzmienie art. 65 ust. 1. Nadzorca niebędący pracownikiem Agencji oraz zarządca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z pełnieniem funkcji nadzorcy albo zarządcy, a za szkody wyrządzone przez nadzorcę będącego pracownikiem Agencji odpowiedzialność ponosi Agencja jako pracodawca na zasadach ogólnych.
1110.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 65	Unia Metropolii Polskich im. Pawła	Plan tworzony jest przez nadzorcę, zatwierdzany lub nie przez kierownika szpitala, ale za realizację odpowiedzialny jest szpital, a nadzór na realizacją	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>

			Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>ma podmiot tworzący. Stanowi to całkowite pozbawienie samodzielności zarówno podmiotów szpitalnych jak i tworzących.</p> <p>Monitorowanie realizacji planu w formie sprawozdań, ma dokonywać podmiot szpitalny. Jaką rolę pełni nadzorca po opracowaniu planu przez kolejne 3 lata?</p> <p>Konsekwencje dotyczące realizacji planu naprawczo-rozwojowego ponosi podmiot szpitalny, w przypadku braku realizacji planu, Prezes wyznacza nowego nadzorcę – projektodawca ustawy pominął rolę nadzorcy, po zaakceptowaniu planu przez Prezesa Agencji.</p> <p>Po akceptacji planu, projektodawca dopuszcza zmianę planu przez Prezesa lub nadzorcę. Podmiot szpitalny będzie zobowiązany ponownie realizować nowy plan. Pomysłodawca restrukturyzacji nie określił ile razy dopuszcza się wprowadzenie zmian w planie naprawczo-rozwojowym przygotowywanym na 3 lata.</p>	Zmieniono brzmienie art. 65 ust. 1.
1111.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 65	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Plan tworzony jest przez nadzorcę, zatwierdzany lub nie przez kierownika szpitala, ale za realizację odpowiedzialny jest szpital, a nadzór na realizacją ma podmiot tworzący. Stanowi to całkowite pozbawienie samodzielności zarówno podmiotów szpitalnych jak i tworzących.</p> <p>Monitorowanie realizacji planu w formie sprawozdań, ma dokonywać podmiot szpitalny. Jaką rolę pełni nadzorca po opracowaniu planu przez kolejne 3 lata?</p> <p>Konsekwencje dotyczące realizacji planu naprawczo-rozwojowego ponosi podmiot szpitalny, w przypadku braku realizacji planu, Prezes wyznacza nowego nadzorcę – projektodawca ustawy pominął rolę nadzorcy, po zaakceptowaniu planu przez Prezesa Agencji.</p> <p>Po akceptacji planu, projektodawca dopuszcza zmianę planu przez Prezesa lub nadzorcę. Podmiot szpitalny będzie zobowiązany ponownie realizować nowy plan. Pomysłodawca restrukturyzacji nie określił ile razy dopuszcza się wprowadzenie zmian w planie naprawczo-rozwojowym przygotowywanym na 3 lata.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Zmieniono brzmienie art. 65 ust. 1.</p>
1112.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 65 ust. 1	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Za realizację zatwierdzonego planu naprawczo-rozwojowego odpowiedzialny jest podmiot szpitalny.</p> <p>Pomimo, iż plan naprawczo-rozwojowy może być praktycznie narzucony przez Prezesa Agencji, to za jego realizację odpowiedzialny jest podmiot szpitalny. Natomiast podmiot nadzorujący (np. JST) albo rada nadzorcza albo komisja rewizyjna, w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki, jedynie monitoruje realizację zatwierdzonego przez Prezesa Agencji planu naprawczo-rozwojowego.</p> <p>Tego typu rozwiązanie można nazwać częściowym ubezwłasnowolnieniem zarówno kierownika podmiotu leczniczego jak i JST, której szpital podlega, a przede wszystkim nieuprawnione, nie tylko faktyczne przejęcie władztwa nad majątkiem JST, ale jego wykonywanie na koszt JST i ryzyko JST.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B). Niniejsze założenie reformy zostało upublicznione przez Ministerstwo Zdrowia już w maju 2021 r. – z 3 wariantów został wybrany najbardziej optymalny.</p>

1113.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 65 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Mazowieckie (za pośrednictwem KWRiST)	Brak odpowiedzialności nadzorcy. Skoro zgodnie z art. 46 nadzorca opracowuje program rozwojowo – naprawczy, nadzoruje jego wykonanie, co więcej posiada uprawnienia do zmiany i przekształcenia oddziału czy sprzedaży majątku, a zatem może podejmować decyzje warunkujące istnienie szpitala, odpowiedzialności za te decyzje nie może ponosić podmiot szpitalny, który ma bardzo ograniczony wpływ na treść działań naprawczych. Regulacja jest zasadna pod warunkiem, iż zadaniem kierownika (zarządu) podmiotu szpitalnego będzie opracowanie planu naprawczo-rozwojowego. Uzasadnienie: Odpowiedzialność za realizację planu naprawczo – rozwojowego powinien ponosić kierownik podmiotu szpitalnego, o ile to on będzie opracowywał i przedstawiał do zatwierdzenia dokument Prezesowi Agencji. Przekazanie na rzecz nadzorcy zadania opracowania planu – przy braku odpowiedzialności za jego realizację – ingeruje w uprawnienia właścicielskie podmiotu nadzorującego.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Zmieniono brzmienie art. 65 ust. 1.
1114.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 65 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Regulacja powinna zakładać co najmniej solidarną odpowiedzialność za realizację planu naprawczo-rozwojowego, którą obok podmiotu szpitalnego ponosiłby również nadzorca. Wynika to również z relacji art.65 względem art.46. Ustawa czyni kierownika podmiotu szpitalnego „wykonawcą” planu naprawczo-rozwojowego, opracowanego przez nadzorcę. Trudno w tej sytuacji, aby odpowiedzialnością za realizację tego planu obarczać wyłącznie podmiot szpitalny. Ustawa nie rozstrzyga kwestii odpowiedzialności za skutki błędnie przyjętych w programie do realizacji działań naprawczo-rozwojowych, które zaproponował nadzorca, a co do których zastrzeżenia wnosił np. kierownik podmiotu szpitalnego (art.57 ust.1). Brak regulacji dotyczących ewentualnych odszkodowań i dochodzenia roszczeń zarówno w przypadku nadzorcy z listy (art.40) jak i z Agencji (art.39 ust.1 pkt.1)	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Zmieniono brzmienie art. 65 ust. 1.
1115.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art 66 ust 1 pkt 1	Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	Wydłużenie okresu za który przekazywane są sprawozdania z realizacji planu naprawczo-rozwojowego z kwartalnych na sprawozdania półroczne lub roczne.  Za krótki okres do miarodajnej oceny wykonania planu naprawczo-rozwojowego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Częsta sprawozdawczość usprawni monitorowanie realizacji planów oraz pozwoli w szybki sposób reagować w przypadku jakiś problemów lub opóźnień.
1116.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art 66 ust 1 pkt 3	Uniwersytet Opolski	Proponuje się dokonanie korekty ust. 1 pkt 3)  Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty pkt 3  Propozycja: 3) innych dokumentów oraz wyjaśnień przedkładanych przez podmiot szpitalny albo podmiot nadzorujący na każde żądanie Agencji.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Art. 38-49 nie zostały wykreślone.

1117.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 67	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: W przypadku braku zastrzeżeń, Prezes Agencji wydaje postanowienie o zatwierdzeniu planu naprawczo – rozwojowego.</p> <p>Proponowane brzmienie: Konieczne wydaje się określenie przesłanek, na podstawie, których Prezes Agencji podejmuje decyzję o zatwierdzeniu - bądź nie - planu naprawczo-rozwojowego.</p> <p>Zasadnym wydaje się precyzyjne - dla wszystkich zainteresowanych stron - sformułowanie kryteriów oceny.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projektodawca pozostawił to swobodnej decyzji Prezesa Agencji. Opracowanie wytycznych w tym obszarze jest niemożliwe z uwagi na konieczność indywidualnego podejścia do każdego podmiotu szpitalnego.</p>
1118.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 67	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	<p>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.</p> <p>Przepis w obecnym kształcie ma charakter bardzo uznaniowy.</p> <p>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.</p> <p>W czynnościach tych czynny udział powinien brać nadzorca, który opracował program naprawczo-rozwojowy szpitala.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projektodawca pozostawił to swobodnej decyzji Prezesa Agencji. Opracowanie wytycznych w tym obszarze jest niemożliwe z uwagi na konieczność indywidualnego podejścia do każdego podmiotu szpitalnego.</p>
1119.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 67	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	<p>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.</p> <p>Przepis w obecnym kształcie ma charakter bardzo uznaniowy.</p> <p>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.</p> <p>W czynnościach tych czynny udział powinien brać nadzorca, który opracował program naprawczo-rozwojowy szpitala.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projektodawca pozostawił to swobodnej decyzji Prezesa Agencji. Opracowanie wytycznych w tym obszarze jest niemożliwe z uwagi na konieczność indywidualnego podejścia do każdego podmiotu szpitalnego.</p>
1120.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 67	Województwo Pomorskie	<p>Brak realizacji planu naprawczo-rozwojowego</p> <p>Wskazać należy, iż z góry ogranicza się w art. 63 możliwość wniesienia zażalenia na postanowienie o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego. Przepis art. 67 nie precyzuje, co należy rozumieć, przez realizację planu w sposób prawidłowy, jest to bardzo ocenne i łączy się z uprawnieniami do</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p>

				ingerencji w działalność podmiot. W zasadzie fakt ten podlega arbitralnej ocenie Prezesa Agencji.  Propozycja: Usunięcie zapisu	
1121.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 67	Województwo Podlaskie	W art. 67 należałoby zmienić kolejność podejmowanych przez Agencję działań. Głównym celem ustawy jest wprowadzenie instytucji nadzorcy i chyba nie po to żeby przy niepowodzeniu tej instytucji zadanie wróciło do podmiotu nadzorującego, czyli do sytuacji sprzed wprowadzenia ustawy. Ponadto pkt. 2 należy doprecyzować, ponieważ same czynności nadzorcze nie zostały podmiotowi nadzorującemu odebrane.  Proponowane brzmienie art.67: Art. 67. Jeżeli podmiot szpitalny nie realizuje w sposób prawidłowy planu naprawczo-rozwojowego Prezes Agencji może: 1) wyznaczyć nowego nadzorcę; 2) wystąpić do podmiotu nadzorującego, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki – do rady nadzorczej albo komisji rewizyjnej, o podjęcie czynności nadzorczych nad realizacją planu; 3) podjąć działania, o których mowa w art. 77 albo art. 78	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1122.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 67	Uniwersytet Opolski	Proponuje się dokonanie korekty art. 67  Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty art. 67  Propozycja: Art. 67. Jeżeli podmiot szpitalny nie realizuje w sposób prawidłowy planu naprawczo-rozwojowego, Prezes Agencji może wystąpić do podmiotu nadzorującego, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki – do rady nadzorczej albo komisji rewizyjnej, o podjęcie czynności nadzorczych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Art. 38-49 nie zostały wykreślone.
1123.	Rozdział 7 (Oddział 3), Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 67, art. 77, art. 78	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Zmiana kierownika podmiotu szpitalnego Projekt ustawy przewiduje, że w wielu wręcz błahych i niejednoznacznych sytuacjach dotyczących szpitali (także podległych JST) Prezes Agencji może w drodze postanowienia: - dokonać zmiany kierownika podmiotu szpitalnego kategorii C niebędącego spółką (art. 77), - w przypadku podmiotu szpitalnego kategorii C w formie spółki wydać postanowienie o odebraniu podmiotowi szpitalnemu zarządu własnym majątkiem, ustanowieniu zarządcy oraz ustaleniu kosztów związanych z funkcjonowaniem organów podmiotu szpitalnego, dla którego ustanowiono zarządcę, - w każdym czasie wydać postanowienie o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego kategorii D niebędącego spółką,	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B). Niniejsze założenie reformy zostało upublicznione przez Ministerstwo Zdrowia już w maju 2021 r. – z 3 wariantów został wybrany najbardziej optymalny. W kategorii D według symulacji przyznania kategorii według danych za 2020 r. było tylko 29 podmiotów. Kategoria D tym różni się od kategorii C, że jest to podmiot szpitalny wymagający pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do

				<p>- w przypadku podmiotu szpitalnego kategorii D w formie spółki może, w każdym czasie, wydać postanowienie o odebraniu podmiotowi szpitalnemu zarządu własnym majątkiem, ustanowieniu zarządcy oraz ustaleniu kosztów związanych z funkcjonowaniem organów podmiotu szpitalnego, dla którego ustanowiono zarządcę (art. 78).</p> <p>W przypadku podmiotu szpitalnego kategorii D postanowienia Prezesa Agencji są niezaskarżalne. Oznacza to, że szpitalami podległymi JST będzie mógł bezpośrednio zarządzać ktoś narzucony przez Prezesa Agencji (potocznie może być określany jako komisarz). W efekcie JST zostanie pozbawiony skutecznych instrumentów nadzorczych i możliwości jego odwołania (ART. 80). Ta skandaliczna propozycja jest rozwiązaniem idącym dalej aniżeli nacjonalizacja. Rząd mógłby znacjonalizować placówki medyczne ale rodzi się pytanie po co? To wymierne koszty finansowe liczone w miliardach złotych rocznie. Przejęcie przez rząd infrastruktury szpitalnej jest zbyt kosztowne więc rząd proponuje rozwiązanie, nie tylko przejęcia szpitali bez przejęcia ale zarządzania nimi poprzez ubezwłasnowolnienie JST w działaniach.</p>	<p>którego Prezes Agencji w każdym czasie może zmienić kierownika podmiotu szpitalnego.</p> <p>Ponadto proces zmiany kierownika poddano kontroli sądowej.</p>
1124.	Rozdział 7 (Oddział 3), Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 67, art. 77, art. 78	<p>Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Zmiana zapisów poprzez wprowadzenie do ustawy jedynie możliwości wystąpienia przez Prezesa Agencji do podmiotu nadzorującego o zmianę na stanowisku kierownika podmiotu szpitalnego.</p> <p>W przypadku braku uwzględnienia w/w zmiany wnosimy o wprowadzenie możliwości wniesienia zażalenia przez podmiot tworzący na postanowienie Prezesa Agencji w przedmiocie zmiany kierownika podmiotu szpitalnego kategorii D.</p> <p>Podmiot nadzorujący powinien mieć istotny wpływ na obsadzenie stanowisk kierowników podmiotów szpitalnych tak jak innych podmiotów leczniczych, dla których jest podmiotem tworzącym.</p> <p>Zawieszenie uprawnień podmiotu tworzącego w przedmiotowym zakresie ogranicza prawa i obowiązki podmiotów tworzących.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Wprowadzono możliwość zażalenia.</p>
1125.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 67 ust. 3	<p>Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Usunięcie zapisu.</p> <p>Pojęcie „prawidłowej” realizacji planu naprawczo rozwojowego jest nieprecyzyjne i pozostawia pole do nadużyć w zakresie odwołania dyrektora SP ZOZ przez Prezesa Agencji. Otoczenie w jakim funkcjonują podmioty lecznicze jest dynamiczne, w związku z czym strategia działania wymaga ciągłej aktualizacji i dostosowania do zmieniających się uwarunkowań. Najbardziej dobitnie pokazały to ostatnie pandemiczne lata, gdzie realizacja jakichkolwiek planów długoterminowych okazałaby się niemal całkowicie niemożliwa, podobnie jak wszelkie prognozy kosztowo-przychodowe.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>



1126.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art.68	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: Zatwierdzony plan ulega zmianie z inicjatywy Prezesa Agencji lub nadzorcy.</p> <p>Proponowane brzmienie: Zatwierdzony plan ulega zmianie z inicjatywy Prezesa Agencji lub nadzorcy.</p> <p>Zatwierdzony plan ulega zmianie z inicjatywy Prezesa Agencji, nadzorcy lub podmiotu szpitalnego.</p> <p>Podmiot szpitalny powinien mieć możliwość inicjowania zmian.</p> <p>Podmiot szpitalny jest bezpośrednio zainteresowany sposobem realizacji planu.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Dodano do projektu ustawy przepis umożliwiający kierownikowi podmiotu szpitalnego wnioskowanie o zainicjowanie przez Prezesa Agencji zmiany planu naprawczo-rozwojowego.</p>
1127.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art.68	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Niezasadne jest ograniczenie możliwości zmiany zatwierdzonego planu naprawczo-rozwojowego. Prawo takie powinno przysługiwać także samemu podmiotowi szpitalnemu, który przecież wykonuje taki plan. Tym bardziej, że w tym okresie utrzymana jest odpowiedzialność kierownika podmiotu leczniczego zgodnie z art. 46 ust. 1 UDL. Prawo takie powinno także przysługiwać podmiotowi nadzorczemu.</p> <p>Propozycja zmiany art. 68 przyznając podmiotowi leczniczemu i podmiotowi nadzorczemu prawo złożenia wniosku o zmianę zatwierdzonego planu naprawczo-rozwojowego.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Dodano do projektu ustawy przepis umożliwiający kierownikowi podmiotu szpitalnego wnioskowanie o zainicjowanie przez Prezesa Agencji zmiany planu naprawczo-rozwojowego.</p>
1128.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 68	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>- niezasadne jest ograniczenie możliwości zmiany zatwierdzonego planu naprawczo- rozwojowego. Prawo taki powinno przysługiwać także samemu podmiotowi szpitalnemu, który przecież wykonuje taki plan. Tym bardziej, że w tym okresie utrzymana jest odpowiedzialności kierownika podmiotu leczniczego zgodnie z art. 46 ust. 1 UDL. Prawo takie powinno także przysługiwać podmiotowi nadzorczemu.</p> <p>- zmienić art. 68 przyznając podmiotowi leczniczemu i podmiotowi nadzorczemu prawo złożenie wniosku o zmianę zatwierdzonego planu naprawczo-rozwojowego</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Dodano do projektu ustawy przepis umożliwiający kierownikowi podmiotu szpitalnego wnioskowanie o zainicjowanie przez Prezesa Agencji zmiany planu naprawczo-rozwojowego.</p>
1129.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 68	Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Wprowadzenie możliwości zmiany zatwierdzonego planu naprawczo-rozwojowego również z inicjatywy podmiotu szpitalnego oraz podmiotu nadzorującego.</p> <p>Projekt przewiduje zmiany w planie wyłącznie z inicjatywy nadzorcy lub Prezesa Agencji. Mając na względzie obowiązki i uprawnienia kierownika podmiotu szpitalnego oraz skuteczną realizację przedmiotowego planu zasadna jest zmiana przepisu.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Dodano do projektu ustawy przepis umożliwiający kierownikowi podmiotu szpitalnego wnioskowanie o zainicjowanie przez Prezesa Agencji zmiany planu naprawczo-rozwojowego.</p>
1130.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 68	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Wyłączenie roli podmiotu tworzącego i kierownika podmiotu szpitalnego</p> <p>Proponuje się zapis: Art. 68. 1. Zatwierdzony plan naprawczo- rozwojowy podlega zmianie z inicjatywy Nadzorcy, Prezesa Agencji, podmiotu tworzącego, kierownika podmiotu szpitalnego</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Dodano do projektu ustawy przepis umożliwiający kierownikowi podmiotu szpitalnego wnioskowanie o zainicjowanie przez Prezesa Agencji zmiany planu naprawczo-rozwojowego.</p>

1131.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 68	Pracodawcy Pomorza	Pozbawienie inicjatywy co do zmiany planu naprawczo-rozwojowego przez kierownika podmiotu Propozycja: Przyznanie tego uprawnienia	<b>Uwaga uwzględniona.</b>  Dodano do projektu ustawy przepis umożliwiający kierownikowi podmiotu szpitalnego wnioskowanie o zainicjowanie przez Prezesa Agencji zmiany planu naprawczo-rozwojowego.
1132.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 68 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Mazowieckie (za pośrednictwem KWRiST)	Rozszerzony powinien zostać katalog podmiotów inicjujących zmianę planu naprawczo – rozwojowego. Podmiot leczniczy i podmiot nadzorujący powinny posiadać inicjatywę zmiany planu rozwojowo-naprawczego. Uzasadnienie: Rola nadzorcy powinna sprowadzać się do weryfikowania prawidłowości realizacji przyjętego planu naprawczego, zaś kierownik podmiotu szpitalnego, jako osoba faktycznie odpowiedzialna za wykonanie przyjętych działań naprawczych, winien pełnić decydującą rolę w procedurze tworzenia, zatwierdzania i realizacji planu w postaci decydującego i rzeczywistego wpływu na treść proponowanych zmian w podmiocie szpitalnym.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Dodano do projektu ustawy przepis umożliwiający kierownikowi podmiotu szpitalnego wnioskowanie o zainicjowanie przez Prezesa Agencji zmiany planu naprawczo-rozwojowego.
1133.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 68 ust. 1	Województwo Podlaskie	W art. 68 ust.1 proponujemy zmienić określenie „podlega zmianie” na określenie „może podlegać zmianie”  Dotychczasowe brzmienie wskazuje na obligatoryjny charakter zmiany planu.  Proponowane brzmienie art. 68 ust.1: Art. 68. 1. Zatwierdzony plan naprawczo-rozwojowy może podlegać zmianie z inicjatywy nadzorcy lub Prezesa Agencji.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1134.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 68 ust. 1	Uniwersytet Opolski	Proponuje się dokonanie korekty ust. 1  Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty ust. 1  Propozycja: 1. Zatwierdzony plan naprawczo-rozwojowy podlega zmianie z inicjatywy kierownika podmiotu szpitalnego, podmiotu nadzorującego lub Prezesa Agencji.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Art. 38-49 nie zostały wykreślone.
1135.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 68 ust. 1 i 2	Polska Federacja Szpitali	Zasadnym jest wprowadzenie możliwości zmiany zatwierdzonego planu naprawczo – rozwojowego również z inicjatywy podmiotu szpitalnego oraz podmiotu nadzorującego. Artykuł 68 projektowanej ustawy przewiduje możliwość zmiany zatwierdzonego planu naprawczo – rozwojowego jedynie na wniosek Prezesa Agencji lub nadzorcy. Zasadnym jest aby podmiot szpitalny i podmiot nadzorujący zachowały inicjatywę do poszukiwania i wdrażania nowych, lepszych rozwiązań naprawczych i dróg rozwoju. Oczywiście jest, że to kierownik podmiotu szpitalnego posiada kompleksową wiedzę na temat funkcjonowania tegoż podmiotu i powinien on zachować prawo do inicjowania działań naprawczo – rozwojowych.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Dodano do projektu ustawy przepis umożliwiający kierownikowi podmiotu szpitalnego wnioskowanie o zainicjowanie przez Prezesa Agencji zmiany planu naprawczo-rozwojowego.

				<p>Proponujemy zapis: Art. 68. 1. Zatwierdzony plan naprawczo-rozwojowy podlega zmianie z inicjatywy Nadzorcy, Prezesa Agencji, podmiotu tworzącego, kierownika podmiotu szpitalnego</p> <p>Proponujemy wprowadzenie zmiany w art. 68 ust. 2 projektowanej ustawy w ten sposób aby dotychczasowa treść tego ustępu zastąpiona została treścią:  „ 2. W przypadku gdy zmiana planu ma być dokonana z inicjatywy nadzorcy, nadzorca opracowuje projekt planu naprawczo-rozwojowego i przekazuje go do uzgodnienia kierownikowi podmiotu szpitalnego. Podmiot szpitalny lub podmiot nadzorujący może przekazywać na piśmie nadzorcy lub Prezesowi Agencji informacje o koniecznych zmianach w zatwierdzonym planie naprawczo-rozwojowym.”</p>	
1136.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 68 ust. 2	Rada Główna Instytutów Badawczych	jaki jest termin na uzgodnienie treści?	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zgodnie z ust. 4 zmiana planu naprawczo-rozwojowego następuje w trybie właściwym dla opracowania tego planu, tym samym stosuje się przepis art. 57 ust. 1 (Nadzorca przekazuje projekt planu naprawczo-rozwojowego kierownikowi podmiotu szpitalnego celem uzgodnienia. Kierownik podmiotu szpitalnego w terminie 7 dni akceptuje przedłożony plan podpisując go albo przekazuje nadzorcy umotywowane zastrzeżenia do planu.).</p>
1137.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 68 ust. 2	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	jaki jest termin na uzgodnienie treści?	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zgodnie z ust. 4 zmiana planu naprawczo-rozwojowego następuje w trybie właściwym dla opracowania tego planu, tym samym stosuje się przepis art. 57 ust. 1 (Nadzorca przekazuje projekt planu naprawczo-rozwojowego kierownikowi podmiotu szpitalnego celem uzgodnienia. Kierownik podmiotu szpitalnego w terminie 7 dni akceptuje przedłożony plan podpisując go albo przekazuje nadzorcy umotywowane zastrzeżenia do planu.).</p>
1138.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 68 ust. 2	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dokonanie korekty ust. 2</p> <p>Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty ust. 2</p> <p>Propozycja: "2. W przypadku gdy zmiana planu ma być dokonana z inicjatywy podmiotu nadzorującego, podmiot nadzorujący opracowuje projekt planu</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 38-49 nie zostały wykreślone.</p>

				naprawczo-rozwojowego i przekazuje go do uzgodnienia kierownikowi podmiotu szpitalnego."	
1139.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 68 ust. 3	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dokonanie korekty ust. 3</p> <p>Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty ust. 3</p> <p>Propozycja: 3. W przypadku gdy zmiana planu ma być dokonana z inicjatywy Prezesa Agencji, Prezes Agencji przekazuje kierownikowi podmiotu szpitalnego informacje o koniecznych zmianach w zatwierdzonym planie naprawczo-rozwojowym wyznaczając mu termin na ich wprowadzenie oraz informując podmiot nadzorujący o konieczności dokonania zmiany planu.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 38-49 nie zostały wykreślone.</p>
1140.	Rozdział 7 (Oddział 4)	-	Institut Strategie 2050	<p>Plan naprawczo-rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii C i D, a w określonych okolicznościach również kategorii B, zawierać może postanowienia o redukcji zatrudnienia z wykorzystaniem uprawnień nadzorca, o których mowa w art. 74 oraz o podjęciu czynności określonych w art. 73 (wykaz umów, od których nadzorca zamierza odstąpić) lub art. 75 (wykaz mienia podlegającego zbyciu), ze wskazaniem w planie naprawczo-rozwojowym zasad zwalniania pracowników, w szczególności liczby pracowników objętych zamiarem zwolnienia, okresu, w którym nastąpi takie zwolnienie, oraz proponowanych kryteriów zwalniania pracowników (art. 56.2). Projekt nie ingeruje w system ochrony pracowników w sytuacji rozwiązania stosunku pracy z przyczyn leżących po stronie pracodawcy, w szczególności w system odpraw pieniężnych oraz wsparcia w poszukiwaniu nowego miejsca pracy w ramach działań promujących zatrudnienie. Integralną częścią planu naprawczo-rozwojowego jest przeprofilowanie działalności leczniczej podmiotu szpitalnego w całości albo w części (art. 76). Przeprofilowanie polegać będzie na zmianie rodzaju lub zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, w wyniku której podmiot szpitalny w szczególności stworzy lub zlikwiduje komórki organizacyjne lub jednostki organizacyjne lub zakłady lecznicze. Według ustawodawcy to narzędzie ma służyć wyeliminowaniu konkurencji zarówno o pacjenta jak i o personel medyczny, oraz rozwiązać problem utrzymywania nieefektywnie wykorzystywanej bazy, czy podwyższonej gotowości, a także umożliwić skoordynowane opieki nad pacjentem na danym terenie.</p> <p>W naszej ocenie plan naprawczo-rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii D, C i B w przedstawionej formie jest dla podmiotu szpitalnego procesem niebezpiecznym. Sposób przeprofilowania jednostki, rodzaje nowych świadczeń i profili kwalifikujących ustala zarządca w porozumieniu z NFZ. Według projektu Ustawy NFZ jest odpowiedzialny za dostosowanie działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych (art. 59. 1), tym samym określa jakie są potrzeby zdrowotne w regionie, ustala dla podmiotu szpitalnego nowe świadczenia medyczne i profile kwalifikujące (art. 127 u.3) i wydaje zgodę na wpisanie świadczeń i profili do planu naprawczo-</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B). Niniejsze założenie reformy zostało upublicznione przez Ministerstwo Zdrowia już w maju 2021 r. – z 3 wariantów został wybrany najbardziej optymalny.</p> <p>W kategorii D według symulacji przyznania kategorii według danych za 2020 r. było tylko 29 podmiotów.</p> <p>Kategoria D tym różni się od kategorii C, że jest to podmiot szpitalny wymagający pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes Agencji w każdym czasie może zmienić kierownika podmiotu szpitalnego.</p>

				rozwojowego (art. 59.1), kontraktuje te świadczenia i profile, narzuca określone limity, a następnie rozlicza ich wykonanie, przy czym jego budżet musi się zbilansować niezależnie od potrzeb zdrowotnych. To właśnie nie jest bezpieczne. Według nas proces opracowywania i realizowania programu naprawczo-rozwojowego nie jest zadaniem dla działającej centralnie agencji, a dla samorządu wojewódzkiego.	
1141.	Rozdział 7 (Oddział 4)	-	Związek Banków Polskich	Postępowanie naprawczo-rozwojowe przewiduje m.in. środki ochronne, w tym ochronę przed egzekucją i ochronę przed wypowiedzeniem umów (art. 71 projektu). Wierzyciele powinni mieć możliwość wniesienia środków odwoławczych od tych środków ochronnych; przesłanki wnoszenia zażaleń powinny być określone w ustawie (np. jeżeli „postanowienie narusza interesy wierzyciela, w szczególności ...”). By zmniejszyć ryzyko wynikające z wydawania przez Prezesa Agencji w postępowaniu restrukturyzacyjnym postanowień na zasadzie „uznania administracyjnego” wskazane jest, by ustawa nadawała wierzycielom podmiotów szpitalnych, w tym Bankom, uprawnienie do składania zażaleń do sądu na postanowienia naruszające ich prawa. Art. 7 ust. 2 pkt 2 projektu ustawy przewiduje właściwość sądu restrukturyzacyjnego w sprawach „wyrażania zgody na zastosowanie w stosunku do podmiotu szpitalnego środków i działań naruszających interesy podmiotów trzecich, w przypadkach wskazanych w ustawie”. Ponadto z art. 13 projektu wynika, że zażalenie do sądu restrukturyzacyjnego przysługiwać będzie w przypadkach wskazanych w ustawie. Jednak przepisy wskazujące sytuacje, w których postanowienia Prezesa Agencji będą podlegały zażaleniu do sądu restrukturyzacyjnego, nie wymieniają wierzycieli jako podmiotów upoważnionych do wnoszenia zażalenia (według projektu może je wnosić podmiot szpitalny, podmiot nadzorujący, względnie podmiot tworzący: s. 88 - 89 projektu). Wierzyciele nie mogą też według projektu wnosić zażaleń w postępowaniach o wydanie zgody na zastosowanie w stosunku do podmiotu szpitalnego środków i działań naruszających interesy podmiotów trzecich.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Wprowadzono ograniczenie czasowe wstrzymania egzekucji.
1142.	Rozdział 7 (Oddział 4)	-	Związek Banków Polskich	ZBP postuluje wyraźne umożliwienie Bankom prowadzenia egzekucji w postępowaniu naprawczo-rozwojowym przynajmniej w zakresie wierzytelności zabezpieczonych zastawem rejestrowym na wierzytelnościach podmiotu szpitalnego wobec NFZ (albo przelewem takich wierzytelności) z przedmiotów zastawu/przelewu (według art. 71 projektu prowadzenie takiej egzekucji jest niemożliwe lub w przypadku przelewu wątpliwe). Zawieszenie/niedopuszczalność egzekucji po wszczęciu postępowania obejmie też egzekucję wierzytelności zabezpieczonej na mieniu dłużnika hipoteką, zastawem rejestrowym itd. (inaczej niż w ogólnym postępowaniu restrukturyzacyjnym - art. 260 p.r.). Zawieszenie egzekucji jest zawsze niekorzystne dla wierzyciela, ale szczególnie w przypadku zastawu na wierzytelności podmiotu szpitalnego wobec NFZ (a także przelewu takiej wierzytelności), gdyż wierzytelności wobec NFZ wynikają z umów terminowych, a zatem po upływie okresu, na który zostały zawarte wygasną i Bank pozostaje bez zabezpieczenia. Dlatego też wskazane byłoby	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Wprowadzono ograniczenie czasowe wstrzymania egzekucji.

				odstąpienie od zawieszenia egzekucji z wierzytelności podmiotu szpitalnego obciążonych zastawem rejestrowym albo przelewem.	
1143.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 70	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Zakłada, że środkami ochronnymi są m.in. ochrona przed wypowiedzeniem umów, natomiast środkami naprawczo-rozwojowymi – restrukturyzacja zatrudnienia, odstąpienie od umów. Stanowi to rozbieżność w przyszłych działaniach.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Projektodawca nie dostrzega takiego ryzyka.
1144.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 70	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Art. 70 ust. 3 pkt 5 – zdecydowano się na „otwarty” katalog środków naprawczo-rozwojowych przez wskazanie „inne środki mające na celu poprawę sytuacji podmiotu szpitalnego”, co może powodować wątpliwości odnośnie tego katalogu środków w praktyce.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Ograniczanie możliwych środków naprawczo-rozwojowych jest niezasadne.
1145.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 70	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	Zakłada, że środkami ochronnymi są m.in. ochrona przed wypowiedzeniem umów, natomiast środkami naprawczo-rozwojowymi – restrukturyzacja zatrudnienia, odstąpienie od umów. Stanowi to rozbieżność w przyszłych działaniach.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Projektodawca nie dostrzega takiego ryzyka.
1146.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 70 ust. 2	Federacja Przedsiębiorców w Polskich	Proponuje się ograniczenie ochrony szpitala przed egzekucją i przed wypowiedzeniem umów w trakcie postępowania naprawczo – rozwojowego.  Jedynymi środkami ochrony szpitala w trakcie postępowania naprawczego jakie przewiduje projekt ustawy jest całkowite pozbawienie wierzycieli prawa zaspokojenia ich roszczeń i zmuszanie ich do dalszych świadczeń na rzecz nierzetelnego dłużnika. Zastosowanie tych środków nie wymaga żadnego uzasadnienia. Całe ryzyko za brak wypłacalności szpitala jest przerzucone na kontrahentów szpitala, co skutkowa będzie realnym zagrożeniem dla ich stabilności lub nawet dalszego istnienia.  Propozycja: Pozostawienie kontrahentom szpitala prawa do wypowiedzenia umów lub wprowadzenie obowiązku przedpłat za nabywane dostawy lub usługi w czasie trwania postępowania naprawczo – rozwojowego.  Wprowadzenie dodatkowych kryteriów uzasadniających częściową ochronę przed egzekucją, np. w postaci konieczności uzyskania w terminie 2 miesiące zgody wierzycieli szpitala – np. będących właścicielami 75 % wierzytelności. 3	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
1147.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 70 ust. 2 pkt 1 i 2	POLMED – Ogólnopolska Izba Gospodarcza	Przepis obciąża kosztami restrukturyzacji podmiotu leczniczego SPZOZ zewnętrznych kontrahentów. SPZOZ działają w oparciu o przepisy ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którymi mogą ulegać łączeniu lub likwidacji. Nie posiadają zdolności upadłościowej. W przypadku likwidacji zobowiązania	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

			Wyrobów Medycznych	<p>przejmowane są przez organ tworzący. Wprowadzenie przepisów w proponowanym brzmieniu powinno zostać poprzedzone przekształceniem SPZOZ w podmiot prawa handlowego.</p> <p>Propozycja: Wykreślenie ust 2</p>	<p>Podmioty szpitalne są specyficznymi jednostkami niezwykle istotnymi z punktu widzenia Państwa oraz zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych pacjentów. Projektodawca uznał, że najlepszym zespołem rozwiązań, który uwzględni specyfikę zarządczą podmiotów szpitalnych oraz ich układ właścicielski z istotnym czynnikiem samorządowym, będzie wyłączenie działań ochronnych oraz naprawczych dotyczących podmiotów szpitalnych poza sądowe postępowania restrukturyzacyjne (przyspieszone postępowanie układowe, postępowanie układowe oraz postępowanie sanacyjne), natomiast restrukturyzacja zadłużenia powinna odbywać się w postępowaniu o zatwierdzenie układu. Mając to na uwadze, wprowadzono do ustawy dobrze rozpoznane w praktyce, literaturze i orzecznictwie środki ochronne (zakaz egzekucji oraz zakaz wypowiedzenia umów) oraz środki naprawczo-rozwojowe (odstąpienie od umów, restrukturyzacja zatrudnienia oraz zbycie egzekucyjne mienia), przy czym będą one stosowane przez nadzorcę podmiotu szpitalnego, jako organ ustanowiony przez Prezesa Agencji w nieco bardziej elastycznej procedurze, aniżeli w sądowym postępowaniu restrukturyzacyjnym.</p>
1148.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 70 ust. 1 i 2 w zw. z art. 71	Bank Gospodarstwa Krajowego	<p>Art. 70. 1. W ramach postępowania naprawczo – rozwojowego są dostępne środki ochronne i środki naprawczo – rozwojowe.</p> <p>2. Środkami ochronnymi są:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ochrona przed egzekucją;</li> <li>2) ochrona przed wypowiedzeniem umów.</li> </ol> <p>Art. 71. 1. Od dnia obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo – rozwojowego do dnia obwieszczenia o jego zakończeniu egzekucja z majątku podmiotu szpitalnego nie może być prowadzona.</p> <p>2. Postępowanie egzekucyjne skierowane do majątku podmiotu szpitalnego wszczęte przed dniem obwieszczenia ulega zawieszeniu z mocy prawa z dniem obwieszczenia.</p> <p>Proponowane brzmienie przepisu powoduje, iż wobec podmiotów szpitalnych zakwalifikowanych do kateg. C lub D od dnia obwieszczenia postępowania naprawczo – rozwojowego obligatoryjnie zastosowanie będą miały środki ochronne i naprawczo –rozwojowe. Przepis ten zastosowanie będzie miał także do podmiotów z kateg. B, które zawnioskują o objęcie ich postępowaniem naprawczo – rozwojowym. Objęcie podmiotów szpitalnych środkami ochronnymi przewidzianymi w art. 70 ustawy uniemożliwi bankom (w tym BGK) udzielanie nowych finansowań. W ramach warunków</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>

				dotyczących udzielenia kredytu, Prawo bankowe w art. 70 przewiduje posiadanie zdolności kredytowej, tj. zdolności do spłaty kredytu, zaś w ramach obligatoryjnych elementów umowy kredytu art. 69 ust. 2 pkt 6) Pr. bankowego wymienia sposób zabezpieczenia spłaty kredytu. Zdolność kredytowa to inaczej zdolność do spłaty kredytu. Brak możliwości wszczęcia postępowania egzekucyjnego z majątku podmiotu szpitalnego, powoduje iż nawet proponowane przez podmiot szpitalny zabezpieczenia spłaty kredytu będą miały charakter iluzoryczny, co oznacza, że Bank w nieznannej perspektywie nie będzie mógł z tych zabezpieczeń skorzystać, czy też zaspokoić się w przypadku niewypłacalności takiego podmiotu. Oznacza to, że bank udzielając nowego finansowania nie ma żadnej gwarancji na spłatę kredytu, a także musi liczyć się z brakiem możliwości wszczęcia postępowania egzekucyjnego, co może również być interpretowane jako niedozwolona pomoc publiczna (w przypadku finansowań udzielanych przez BGK).	
1149.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 70 ust. 2 pkt 4	Województwo Podlaskie	W art. 70 ust.2 pkt 4 nie określono jak daleko idące może być przeprofilowanie działalności. Bez wskazania zakresu przeprofilowania można przypuszczać że zmiana profilu działalności może wybiegać poza profil przypisany dotychczas szpitalom?  Proponowane brzmienie art.70 ust.3 pkt 4): 4) przeprofilowanie działalności w zakresie określonym w art. 76	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zakres przeprofilowanie działalności będzie określany indywidualnie dla każdego podmiotu szpitalnego z uwzględnienie dyspozycji art. 3.
1150.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 70 ust. 3 pkt 3, art. 75	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Wykreślenie zapisu dotyczącego restrukturyzacji majątku, jako środka naprawczo-rozwojowego oraz całego art. 75. Wprowadzenie w oddziale 4 projektu zapisów, co do możliwości zbycia składników majątku należącego do podmiotu szpitalnego tylko na rzecz Skarbu Państwa to ograniczenie prawa własności składników majątkowych, umożliwienie jego wykupu, a następnie sprzedaży. Uwłaszczenie się w większości na majątku jednostek samorządu terytorialnego. Podkreślenia wymaga fakt, że w obowiązującym stanie prawnym m.in. zgodnie z zapisami ustawy o pomocy publicznej dla przedsiębiorców o szczególnym znaczeniu dla rynku pracy -restrukturyzacja majątku może dotyczyć składników majątku, które nie są i nie będą wykorzystywane w działalności gospodarczej przedsiębiorcy i są zbędne dla prawidłowego przeprowadzenia i zakończenia postępowania restrukturyzacyjnego zgodnie z planem restrukturyzacji. Proponowane regulacja otwiera postępowanie „naprawczo-rozwojowe” którego skutkiem będzie upadłość.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Analogiczne rozwiązanie w art. 323 Prawa restrukturyzacyjnego.
1151.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 70 ust. 3 pkt 4	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Brak powiązania procesu naprawczo-rozwojowego i środka w postaci „przeprofilowania działalności” z finansowaniem NFZ. Należałoby przewidzieć możliwość zawarcia umowy np.: na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej bez konieczności przeprowadzenia konkursu.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1152.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 70 ust. 3 pkt 4, art. 76	Związek Województw	Propozycja zakazu przeprofilowania deficytowej działalności, której prowadzenie jest konieczne z uwagi na potrzeby zdrowotne.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>



			RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	Brak powiązania między procesem naprawczo-rozwojowym a kosztami udzielanych świadczeń zdrowotnych. Poziom finansowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ w dalszym ciągu nie odpowiada rzeczywistym kosztom ponoszonym przez podmioty szpitalne (np. psychiatria pediatria). Z tego powodu istnieje realny brak powodzenia realizacji planów naprawczo – rozwojowych, w szczególności w podmiotach szpitalnych monospecjalistycznych udzielających świadczeń w tych zakresach, które są deficytowe. W rezultacie restrukturyzacja zadłużenia może doprowadzić do zmniejszenia dostępności do tych świadczeń. W przypadku przeprofilowania podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych o wyspecjalizowanym charakterze (np. onkologia), przeprofilowanie może spowodować ograniczenie dostępu pacjentów do tego rodzaju świadczeń zdrowotnych.	Przeprofilowanie będzie realizowane w powiązaniu z obowiązkiem wynikającym z art. 3 projektu ustawy.
1153.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 70 ust. 3 pkt 5	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	Prosimy o wskazanie innych środków mających na celu poprawę sytuacji finansowej podmiotu leczniczego (zwłaszcza w perspektywie wieloletniej).	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Ograniczanie możliwych środków naprawczo-rozwojowych jest niezasadne, a ich katalog będzie uzależniony od indywidualnej sytuacji podmiotu leczniczego.
1154.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 70 ust. 3 pkt 5	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	Prosimy o wskazanie innych środków mających na celu poprawę sytuacji finansowej podmiotu leczniczego (zwłaszcza w perspektywie wieloletniej).	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Ograniczanie możliwych środków naprawczo-rozwojowych jest niezasadne, a ich katalog będzie uzależniony od indywidualnej sytuacji podmiotu leczniczego.
1155.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 70–71	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Środki ochronne Podkreślić trzeba, że projektowany wyjątek od ochrony od egzekucji nie dotyczy podwykonawców działających w formie innej niż jednoosobowa działalność gospodarcza. Problemem pozostają więc sytuacje, w których podmiot szpitalny podzleca świadczenia w postaci np. badań laboratoryjnych podmiotom prawa handlowego. W takim bowiem przypadku podmiot szpitalny zostanie pozbawiony możliwości zapłaty za usługi podwykonawcy co może przełożyć się na możliwość świadczenia poszczególnych świadczeń zdrowotnych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Wstrzymanie egzekucji nie jest równoznaczne z uniemożliwieniem dokonania zapłaty za wykonane usługi.
1156.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 70–76	Sąd Najwyższy	Bezpośrednie działanie nowych przepisów nadmiernie ingeruje w trwającą egzekucję oraz uprawnienia kontrahentów podmiotów szpitalnych powstałe przed dniem ewentualnego wejścia w życie projektowanej ustawy Projekt nie przewiduje jakichkolwiek norm intertemporalnych ograniczających skutki wejścia w życie przepisów ingerujących w uprawnienia wierzycieli podmiotów szpitalnych. Jakkolwiek można zrozumieć sens takich ograniczeń z punktu widzenia interesu publicznego, to jednak należy brać pod uwagę aktualny stan prawny	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Wprowadzono czasowe ograniczenie zakazu egzekucji.

				<p>i działanie wierzycieli w zaufaniu do jego ukształtowania. Bezpośrednie działanie nowych przepisów spowoduje, że z dniem wejścia w życie ustawy (art. 148 projektu: 14 dni od dnia ogłoszenia) spowoduje m.in. niedopuszczalność egzekucji z majątku podmiotu szpitalnego poddanego postępowaniu naprawczo-restrukturyzacyjnemu. Wydaje się, że egzekucja skierowana do majątku, wszczęta przed dniem wejścia w życie ustawy, nie powinna podlegać tym uregulowaniom, gdyż byłoby to zaskakujące i naruszało „interesy w toku” wierzycieli (por. m.in. wyroki TK: z 15.07.1996 r., K 5/96, OTK 1996, nr 4, poz. 30; z 25.11.1997 r., K 26/97, OTK 1997, nr 5, poz. 64). W interesie pewności prawa i bezpieczeństwa obrotu leży to, aby zmian ograniczających dopuszczalność egzekucji dokonywać w stosunku do roszczeń, których egzekucja zostaje skierowana do majątku dłużnika po dniu wejścia w życie ustawy, a nie wcześniej.</p> <p>Proponowane rozwiązanie: Przewidzieć odpowiednie przepisy intertemporalne, ograniczające zasadę bezpośredniego stosowania nowego prawa</p>	
1157.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 70–76	<p>Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>W związku z wszczęciem postępowania – od momentu obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo – rozwojowego (art. 71) aktualizuje się szereg kompetencji przydzielonych sądowi restrukturyzacyjnemu, co w istocie może spowolnić i skomplikować uzyskanie efektów postępowania oczekiwanych wg. treści uzasadnienia, w związku z czym proponujemy zmianę projektowanych rozwiązań w celu przyspieszenia i uroszczenia postępowania, przy jednoczesnym zabezpieczeniu interesu wszystkich uczestników (uwaga ogólna, poniżej szczegółowe):</p> <p>Zgodnie z treścią art. 2 pkt 21 projektu przez „sąd” należy rozumieć sąd restrukturyzacyjny dla podmiotów szpitalnych. Zgodnie z art. 7 ust. 1 projektu sądem tym ma być Sąd Okręgowy w Warszawie. Sąd ten ma być właściwy w sprawach (1) zażalenie na postanowienie prezesa Agencji, (2) wyrażenia zgody na zastosowanie w stosunku do podmiotu szpitalnego środków działań naruszających interesy podmiotów trzecich w przypadkach wskazanych w ustawie i (3) restrukturyzacji zadłużenia podmiotu szpitalnego na podstawie ustawy prawo restrukturyzacyjne. Sąd ma orzekać w składzie 1 sędziego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do zaproponowanych rozwiązań.</p>
1158.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 70–76	<p>Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>W związku z wszczęciem postępowania – od momentu obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo – rozwojowego (art. 71) aktualizuje się szereg kompetencji przydzielonych sądowi restrukturyzacyjnemu, co w istocie może spowolnić i skomplikować uzyskanie efektów postępowania oczekiwanych wg. treści uzasadnienia, w związku z czym proponujemy zmianę projektowanych rozwiązań w celu przyspieszenia i uroszczenia postępowania, przy jednoczesnym zabezpieczeniu interesu wszystkich uczestników (uwaga ogólna, poniżej szczegółowe):</p> <p>Sąd ten ma być właściwy m.in. do uchylenia zajęcia dokonanego w postępowaniu egzekucyjnym (art. 71 ust. 3) albo do wyrażenia zgody na</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga stanowi w rzeczywistości komentarz do zaproponowanych rozwiązań.</p>

				odstąpienie od umowy wzajemnej na podst. Art. 73 ust. 1; przy czym na postanowienie sądu w przedmiocie wyrażenia zgody na odstąpienie umowy stronie przysługuje zażalenie (tak: art. 73 ust. 4).	
1159.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 70–76	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>W związku z wszczęciem postępowania – od momentu obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo – rozwojowego (art. 71) aktualizuje się szereg kompetencji przydzielonych sądowi restrukturyzacyjnemu, co w istocie może spowolnić i skomplikować uzyskanie efektów postępowania oczekiwanych wg. treści uzasadnienia, w związku z czym proponujemy zmianę projektowanych rozwiązań w celu przyspieszenia i uroszczenia postępowania, przy jednoczesnym zabezpieczeniu interesu wszystkich uczestników (uwaga ogólna, poniżej szczegółowe):</p> <p>Tak ukształtowane skutki prawne obwieszczenia o wszczęciu postępowania i tryb postępowania w jednostkowych kwestiach w połączeniu z wyznaczeniem jednego sądu do rozpoznawania wniosków we wszystkich sprawach, stanowi istotne zagrożenie dla płynności i realnego prowadzenia tych postępowań w terminie umożliwiającym osiągnięcia ich celów.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt ma na celu stworzenia sądownictwa wyspecjalizowanego, które będzie dedykowane tylko do tej, stosunkowo wąskiej i jednorodnej kategorii spraw, a przez to zdoła wypracować najwyższe standardy orzecznicze gwarantując sprawne i jednolite rozpoznawanie spraw. Dla przykładu w uzasadnieniu projektu ustawy UD 472(Prawo zamówień publicznych) Projektodawca (MPiT) wskazał, że jeden sąd wyspecjalizowany i powołany do rozpoznawania skarg z zakresu zamówień publicznych ma przyczynić się do skrócenia czasu rozpoznawania spraw oraz zapewnienia jakości orzeczeń sądowych na najwyższym poziomie.</p>
1160.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 70–76	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>W związku z wszczęciem postępowania – od momentu obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo – rozwojowego (art. 71) aktualizuje się szereg kompetencji przydzielonych sądowi restrukturyzacyjnemu, co w istocie może spowolnić i skomplikować uzyskanie efektów postępowania oczekiwanych wg. treści uzasadnienia, w związku z czym proponujemy zmianę projektowanych rozwiązań w celu przyspieszenia i uroszczenia postępowania, przy jednoczesnym zabezpieczeniu interesu wszystkich uczestników (uwaga ogólna, poniżej szczegółowe):</p> <p>Rekomendowana jest ukształtowanie zasady postępowania i rozwiązywania umów w inny sposób: bez uzyskania konieczności sądu. Być może uzasadnione byłoby zastosowanie w stosunku do możliwości rozwiązania bądź odstąpienia od umów procedury podobnej do przewidzianej w art. 145 dawnej ustawy Prawo zamówień publicznych (pozwolenie na odstąpienie od umowy bez konieczności zwracania się o zezwolenie sądu, z zastrzeżeniem obowiązku rozliczenia należności wynikających ze świadczeń zrealizowanych do czasu odstąpienia). To znacznie przyspieszyło by postępowanie, a jednocześnie sprzyjało osiągnięciu celu tego postępowania bez naruszania interesu drugiej strony umowy (która mogłaby zawsze domagać się wynagrodzenia za spełnione świadczenia). Jest to o tyle uzasadnione że taki model został już przepracowany, istnieje orzecznictwo w tym zakresie i wskazane byłoby opieranie się na ukształtowanych i przepracowanych ich już rozwiązaniach.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepisy wzorowane na ustawie Prawo restrukturyzacyjne.</p>
1161.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 70–76	Związek Województw	Przewidziane w art. 70 -76 środki ochronne i naprawcze w ramach postępowania naprawczo-rozwojowego przerzucają w zasadzie cały ciężar	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>

			RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	restrukturyzacji podmiotu szpitalnego na jego wierzycieli (ochrona przed egzekucją, zakaz wypowiedania umów). Przy czym o wdrożeniu tych środków decyduje nie niezawisły Sąd w ramach postępowania restrukturyzacyjnego lecz organ administracji - Prezes Agencji, w ramach wszczętego postępowania naprawczo-rozwojowego.  Niekonstytucyjność zapisu  Propozycja: Zmiana zapisów	W projekcie ustawy przewidziano kontrolę sądową.
1162.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 70–76	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Przyznane Min. Obrony Narodowej prawo wykupu od szpitala podlegającego restrukturyzacji składników majątku służących do obronności państwa zostało określone zbyt ogólnie. Należałoby określić o jakie składniki tu chodzi.  Niekonstytucyjność zapisu  Wykreślenie zapisów	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Analogiczne rozwiązanie w art. 323 Prawa restrukturyzacyjnego.
1163.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 71	Polska Federacja Szpitali	Zgodnie projektem - od momentu obwieszczenie o wszczęciu postępowania naprawczego rozwojowego egzekucja z majątku po wielu podmiotów szpitalnego „nie może być prowadzona” - taki zapis jest nieprecyzyjny i ulega doszczegółowieniu w kolejnych ustępach: i tak w ustępie drugim wskazano że wszczęte przed dniem obwieszczenia postępowanie ulega zawieszeniu z mocy prawa, a sąd na wniosek podmiotu szpitalnego może uchylić zajęcie jeżeli jest to konieczne dla dalszego prowadzenia działalności leczniczej. Doświadczenie i praktyka związana z egzekucją prowadzoną wobec podmiotów szpitalnych wskazuje, że najbardziej dotkliwym i uniemożliwiającym realne prowadzenie działalności jest zajęcie wierzytelności z rachunku bankowego i przysługujących od Narodowego Funduszu Zdrowia. Oczekiwanie na postanowienie sądu o uchyleniu zajęcia (Sąd Okręgowy w Warszawie, który ma rozpatrywać wszystkie wnioski tego typu) może wiązać się z odległym terminem uchylenia oraz możliwym zaskarżeniem takiego postanowienia, a tym samym - nie sprzyja osiągnięciu celu postępowania. To zaś może przełożyć się na to, że cała regulacja stanie się iluzoryczna ze względu na to, że pomimo wszczęcia tego postępowania dla uruchomienia i płynnego działania podmiotu leczniczego. Dodatkowo takie wnioski wzmocnia to, że art. 71 ust. 3 projektu formułuje przesłanki do uchylenia zajęcia (wykazanie konieczności dla dalszego prowadzenia działalności leczniczej), co stwarzać będzie pole do zaskarżania postanowień i polemiki z ich zasadnością. Jak wskazano w uzasadnieniu do projektu ustawy, ochrona przed egzekucją nawiązuje do analogicznych rozwiązań, które są zagwarantowane dłużnikowi prowadzącemu postępowanie sanacyjne, określone w art. 312 ustawy z dnia	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W pojęciu egzekucja z majątku mieści się egzekucja z wierzytelności. Zaproponowane regulacje mają na celu wypośrodkowanie racji wierzycieli i podmiotów szpitalnych.

				<p>15 maja 2015 r.- Prawo restrukturyzacyjne (Dz.U. 2015 poz. 978 ze zm.). W tym miejscu należy podkreślić, że postępowanie sanacyjne przewidziane w Prawie restrukturyzacyjnym jest najbardziej restrykcyjnym z postępowań, ponieważ w największym stopniu ingeruje w stosunki dłużnik-wierzyciele. Sanacja wykracza poza ramy pozostałych postępowań restrukturyzacyjnych i umożliwia osiągnięcie wskazanego celu także poprzez instrumenty właściwe dla postępowania upadłościowego, tym samym w znacznym stopniu ingerując w strukturę przedsiębiorstwa. Postępowanie sanacyjne zapewnia wśród postępowań restrukturyzacyjnych najpełniejszą ochronę dłużnika. Taka ochrona jednakże jest powiązana z odebraniem dłużnikowi zarządu nad własnym majątkiem. Przez wzgląd na powyższe, racjonalny ustawodawca zapewnił w postępowaniu sanacyjnym restrykcyjny nadzór sprawowany przez sędziego-komisarza oraz wierzycieli.</p> <p>Zastosowanie analogicznych rozwiązań w postępowaniu naprawczo-rozwojowym, w którym nie uczestniczą wierzyciele, zaś sąd mógłby działać wyłącznie po wniesieniu zażalenia przez podmiot szpitalny, podmiot nadzorujący lub podmiot tworzący jest niedopuszczalne. W projektowanej regulacji, ochrona przed egzekucją z majątku dłużnika dotyczyłaby mienia będącego nadal w zarządzie podmiotu szpitalnego.</p> <p>Należy pamiętać, że postępowanie naprawczo-rozwojowe w praktyce może okazać się bardzo długim procesem. W sytuacji gdy wdrażane środki naprawcze nie przyniosą skutku w okresie 3 lat- do dnia kolejnej oceny i przypisania kategorii- wówczas dany podmiot szpitalny, który nie otrzymał „awansu” do kategorii A lub B, będzie objęty nowym planem naprawczo-rozwojowym na kolejny okres. Postępowanie sanacyjne przewidziane w Prawie restrukturyzacyjnym z założenia powinno trwać 12 miesięcy. To kolejny argument przemawiający przeciwko stosowaniu rozwiązań tak dalece ingerujących w prawa wierzycieli przez analogię do postępowania charakteryzującego się odmiennymi cechami.</p> <p>Z tych przyczyn rekomendowane byłoby uzupełnienie regulacji o wskazanie (np. w ust. 2, że - oprócz zawieszenia postępowań wszczętych przed dniem obwieszczenia - automatycznie uchyleniu ulega zajęcie rachunku bankowego oraz wierzytelności od NFZ. Art. 71 ust. 3 dotyczyć miałyby jedynie innych zajęć niż powyższe.</p> <p>Dodatkowo taki postulat uzasadniony jest przy uwzględnieniu regulacji dotyczącej umów o pracę z art. 74, która odwołuje się do postępowania sanacyjnego (postępowanie przewidziane ustawą ma mieć takie same skutki).</p>	
1164.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 71	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: Egzekucja z majątku podmiotu szpitalnego nie może być prowadzona.</p> <p>Proponowane brzmienie: Egzekucja z majątku - w tym z wierzytelności przysługujących podmiotowi szpitalnemu.</p> <p>Chodzi o doprecyzowanie, że egzekucja nie może być również prowadzona z wierzytelności, chodzi głównie o wierzytelności NFZ.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W pojęciu egzekucja z majątku mieści się egzekucja z wierzytelności.</p>

				Propozycja ma na celu zwiększenie słusznej ochrony restrukturyzowanego podmiotu szpitalnego.	
1165.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 71	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Należy wprowadzić rozwiązanie polegające na wskazaniu terminu w jakim orzeczenie sądu w przedmiocie uchylenia zajęć ma zostać wydane. Poza tym, kategorie wskazane w ust. 5 tego przepisu są oznaczone za wąsko. Sytuacje, w których podmiot wykonujący usługi na rzecz podmiotu szpitalnego np. przeglądy i naprawy aparatury medycznej, przesyłki pocztowe, usługi ochrony, usługi prawnicze, nie korzysta z ochrony takich jak podmiot z ust. 1 - 4 powodować będą, że tacy usługodawcy będą zrywać umowy, a ich wykonywanie w sposób ciągły jest warunkiem koniecznym działania podmiotu szpitalnego. Co więcej, nie ma żadnego uzasadnienia dla wyłączeń roszczeń pacjentów, którzy w obecnie obowiązującym stanie prawnym mają zagwarantowane uprawnienie do korzystania z procedury dochodzenia odszkodowań przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Przepis wzorowany na art. 312 Prawa restrukturyzacyjnego. Co do ust. 5, takie rozwiązanie jest zgodne systemowo z regulacjami ochronnymi przewidzianymi w przepisach: art. 144 ust. 3 i art. 146 ust. 3 Prawa upadłościowego, art. 151 ust. 1 pkt 1 i art. 260 ust. 5 Prawa restrukturyzacyjnego oraz art. 1025 § 1 pkt 2 i 3 Kodeksu postępowania cywilnego. Wyłączenie tych należności spod zakazu egzekucji jest podyktowane ich szczególnym charakterem.
1166.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 71	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Podobnie rekomendujemy zmianę regulacji art. 71 projektu ustawy i m.in. odstąpienie od rozczłonkowania skutków obwieszczenia dla postępowań egzekucyjnych:  Zgodnie projektem - od momentu obwieszczenie o wszczęciu postępowania naprawczego rozwojowego egzekucja z majątku po wielu podmiotów szpitalnego „nie może być prowadzona” - taki zapis jest nieprecyzyjny i ulega doszczegółowieniu w kolejnych ustępach: i tak w ustępie drugim wskazano że wszczęte przed dniem obwieszczenia postępowanie ulega zawieszeniu z mocy prawa, a sąd na wniosek podmiotu szpitalnego może uchylić zajęcie jeżeli jest to konieczne dla dalszego prowadzenia działalności leczniczej.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Ust. 1 dotyczących przyszłych postępowań egzekucyjnych, ust. 2 toczących się, a ust. 3 tych w których doszło do zajęcia.
1167.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 71	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Podobnie rekomendujemy zmianę regulacji art. 71 projektu ustawy i m.in. odstąpienie od rozczłonkowania skutków obwieszczenia dla postępowań egzekucyjnych:  Doświadczenie i praktyka związana z egzekucją prowadzoną wobec podmiotów szpitalnych wskazuje, że najbardziej dotkliwym i uniemożliwiającym realne prowadzenie działalności jest zajęcie wierzytelności z rachunku bankowego i przysługujących od Narodowego Funduszu Zdrowia. Oczekiwanie na postanowienie sądu o uchyleniu zajęcia (Sąd Okręgowy w Warszawie, który ma rozpatrywać wszystkie wnioski tego typu) może wiązać się z odległym terminem uchylenia oraz możliwym zaskarżeniem takiego postanowienia, a tym samym - nie sprzyja osiągnięciu celu postępowania. To zaś może przełożyć się na to, że cała regulacja stanie się iluzoryczna ze względu na to, że pomimo wszczęcia tego postępowania dla uruchomienia i płynnego działania podmiotu leczniczego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zaproponowane regulacje mają na celu wypośrodkowanie racji wierzycieli i podmiotów szpitalnych.
1168.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 71	Związek Województw RP -	Podobnie rekomendujemy zmianę regulacji art. 71 projektu ustawy i m.in. odstąpienie od rozczłonkowania skutków obwieszczenia dla postępowań egzekucyjnych:	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

			Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Dodatkowo takie wnioski wzmacnia to, że art. 71 ust. 3 projektu formułuje przesłanki do uchylenia zajęcia (wykazanie konieczności dla dalszego prowadzenia działalności leczniczej), co stwarzać będzie pole do zaskarżania postanowień i polemiki z ich zasadnością.	Istnienie przesłanki do uchylenia zajęcia jest konieczne.
1169.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 71	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Podobnie rekomendujemy zmianę regulacji art. 71 projektu ustawy i m.in. odstąpienie od rozczłonkowania skutków obwieszczenia dla postępowań egzekucyjnych:  Z tych przyczyn rekomendowane byłoby uzupełnienie regulacji o wskazanie (np. w ust. 2, że - oprócz zawieszenia postępowań wszczętych przed dniem obwieszczenia - automatycznie uchyleniu ulega zajęcie rachunku bankowego oraz wierzytelności od NFZ. Art. 71 ust. 3 dotyczyć miałby jedynie innych zajęć niż powyższe. Dodatkowo taki postulat uzasadniony jest przy uwzględnieniu regulacji dotyczącej umów o pracę z art. 74, która odwołuje się do postępowania sanacyjnego (postępowanie przewidziane ustawą ma mieć takie same skutki).	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zaproponowane regulacje mają na celu wypośrodkowanie racji wierzycieli i podmiotów szpitalnych.
1170.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 71	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Egzekucja z majątku podmiotu szpitalnego nie może być prowadzona.  Propozycja: Egzekucja z majątku - w tym z wierzytelności przysługujących podmiotowi szpitalnemu.  Chodzi o doprecyzowanie, że egzekucja nie może być również prowadzona z wierzytelności, chodzi głównie o wierzytelności NFZ.  Propozycja ma na celu zwiększenie słusznej ochrony restrukturyzowanego podmiotu szpitalnego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W pojęciu egzekucja z majątku mieści się egzekucja z wierzytelności.
1171.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 71	POLMED – Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych	W sytuacji, gdy Spółka wystawia Szpitalom faktury z 60-dniowym terminem płatności, a w ciągu kolejnych 30 dni jest realizowana procedura windykacyjna, jeżeli w tym czasie zostanie wprowadzone postępowanie naprawczo-rozwojowe, Spółka nie będzie miała możliwości dochodzenia swoich roszczeń z tytułu zrealizowanych dostaw przez kolejne kilka lat. Wpłynie to znacząco na płynność finansową Spółki oraz wiąże się z kolejnymi stratami finansowymi wynikającymi z „galopującej” inflacji.  Propozycja: Usunięcie wyłączenia egzekucji.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
1172.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 71	Województwo Podlaskie	W art.71 – o jakie obwieszczenie o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego chodzi? Jeśli o opublikowanie planu na stronie podmiotowej Agencji o którym mowa w art.64 należy to doprecyzować. Jeśli o inne obwieszczenia również należy to dookreślić. O jakie obwieszczenie o zakończeniu ww. postępowania chodzi? Jeśli o obwieszczenie o którym mowa w art. 84 ust. 1 należy to dookreślić.  Treść niezrozumiała, budząca wątpliwości	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Przepis nie budzi wątpliwości. Chodzi o obwieszczenie o wszczęciu postępowania, o którym mowa w art. 52. Należy podkreślić, że ust. 2 brzmi: „Od dnia obwieszczenia, o którym mowa w ust. 1, podmiot szpitalny podlega ochronie, o której mowa w art. 71 i art. 72.”. Jeśli chodzi o obwieszczenie o

				Propozycja: Doprecyzowanie	zakończeniu postępowania, to chodzi o obwieszczenie z art. 84. Przepis ten posiada analogiczny ust. 2.
1173.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 71 ust. 1	Federacja Przedsiębiorców w Polskich	Przepis dopuszcza całkowite wstrzymanie egzekucji z majątku szpitalnego, a nawet uchylanie wcześniej wydanych zabezpieczeń. Przepis dopuszcza działanie prawa wstecz, poprzez możliwość uchylania już wydanych zabezpieczeń. Propozycja: Wykreślenie ust 3. Wyłączenie spod zakazu egzekucji określonej części przychodów szpitala – np. 20 %.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Przepis wzorowany na art. 312 Prawa restrukturyzacyjnego.
1174.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 71 ust. 1 i 5	Województwo Pomorskie	Praktyczne wyłączenie możliwości prowadzenia egzekucji Zapis ust. 1 przewiduje wyłączenie możliwości prowadzenia egzekucji z majątku podmiotu szpitalnego. W ust. 5 określono wyjątki w/w zakresie m.in. w stosunku do należności z deliktu. Jest to działanie z pokrzywdzeniem pozostałych wierzycieli. Konieczność wypłaty bardzo wysokich odszkodowań i zadośćuczynień jest często powodem złej kondycji finansowej podmiotów szpitalnych, egzekucja wysokich kwot na rzecz osób uprawnionych może zniweczyć cały proces naprawczy. Propozycja: Wykreślić ust. 4 lub ograniczyć jego zastosowanie np. kwotowo lub procentowo, albo Wprowadzić w ramach pomocy Agencji instrument wsparcia dot. zaspokojenia całości czy części tych wierzytelności	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Przepis wzorowany na art. 312 Prawa restrukturyzacyjnego. Co do ust. 5, takie rozwiązanie jest zgodne systemowo z regułami ochronnymi przewidzianymi w przepisach: art. 144 ust. 3 i art. 146 ust. 3 Prawa upadłościowego, art. 151 ust. 1 pkt 1 i art. 260 ust. 5 Prawa restrukturyzacyjnego oraz art. 1025 § 1 pkt 2 i 3 Kodeksu postępowania cywilnego. Wyłączenie tych należności spod zakazu egzekucji jest podyktowane ich szczególnym charakterem.
1175.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 71 ust. 1 i 5	Pracodawcy Pomorza	Zapis ust. 1 przewiduje wyłączenie możliwości prowadzenia egzekucji z majątku podmiotu szpitalnego. W ust. 5 określono wyjątki w/w zakresie m.in. w stosunku do należności z deliktu. Jest to działanie z pokrzywdzeniem pozostałych wierzycieli. Propozycja: Wykreślić ust. 4 lub ograniczyć jego zastosowanie np. kwotowo lub procentowo, albo Wprowadzić w ramach pomocy Agencji instrument wsparcia dot. zaspokojenia całości czy części tych wierzytelności Uzasadnienie: Konieczność wypłaty bardzo wysokich odszkodowań i zadośćuczynień jest często powodem złej kondycji finansowej podmiotów szpitalnych (liczne doniesienia medialne , m.in. szpital w Grudziądzu), egzekucja wysokich kwot na rzecz osób uprawnionych może zniweczyć cały proces naprawczy.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Przepis wzorowany na art. 312 Prawa restrukturyzacyjnego. Co do ust. 5, takie rozwiązanie jest zgodne systemowo z regułami ochronnymi przewidzianymi w przepisach: art. 144 ust. 3 i art. 146 ust. 3 Prawa upadłościowego, art. 151 ust. 1 pkt 1 i art. 260 ust. 5 Prawa restrukturyzacyjnego oraz art. 1025 § 1 pkt 2 i 3 Kodeksu postępowania cywilnego. Wyłączenie tych należności spod zakazu egzekucji jest podyktowane ich szczególnym charakterem.
1176.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 71 ust. 1-3	Związek Banków Polskich	„1. Od dnia obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego do dnia obwieszczenia o jego zakończeniu egzekucja z majątku podmiotu szpitalnego nie może być prowadzona.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Wprowadzono ograniczenie czasowe wstrzymania egzekucji.



			<p>2. Postępowanie egzekucyjne skierowane do majątku podmiotu szpitalnego wszczęte przed dniem obwieszczenia ulega zawieszeniu z mocy prawa z dniem obwieszczenia.</p> <p>3. Sąd na wniosek podmiotu szpitalnego lub nadzorcy może uchylić zajęcie dokonane przed dniem obwieszczenia w postępowaniu egzekucyjnym lub zabezpieczającym skierowanym do majątku podmiotu szpitalnego, jeżeli jest to konieczne dla dalszego prowadzenia działalności leczniczej.”</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>Zgodnie z rozwiązaniem proponowanym w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa (dalej: „projekt ustawy”), wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego wobec podmiotów szpitalnych ma powodować objęcie tych podmiotów z mocy prawa ochroną przed egzekucją. Od dnia obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego do dnia obwieszczenia o jego zakończeniu egzekucja z majątku podmiotu szpitalnego nie może być prowadzona, zaś postępowanie egzekucyjne skierowane do majątku podmiotu szpitalnego wszczęte przed dniem obwieszczenia ulega zawieszeniu z mocy prawa z dniem obwieszczenia.</p> <p>Jak wskazano w uzasadnieniu do projektu ustawy, ochrona przed egzekucją nawiązuje do analogicznych rozwiązań, które są zagwarantowane dłużnikowi prowadzącemu postępowanie sanacyjne, określone w art. 312 ustawy z dnia 15 maja 2015 r.- Prawo restrukturyzacyjne (Dz.U. 2015 poz. 978 ze zm.). W tym miejscu należy podkreślić, że postępowanie sanacyjne przewidziane w Prawie restrukturyzacyjnym jest najbardziej restrykcyjnym z postępowań, ponieważ w największym stopniu ingeruje w stosunki dłużnik-wierzyciele.</p> <p>Sanacja wykracza poza ramy pozostałych postępowań restrukturyzacyjnych i umożliwia osiągnięcie wskazanego celu także poprzez instrumenty właściwe dla postępowania upadłościowego, tym samym w znacznym stopniu ingerując w strukturę przedsiębiorstwa. Postępowanie sanacyjne zapewnia wśród postępowań restrukturyzacyjnych najpełniejszą ochronę dłużnika. Taka ochrona jednakże jest powiązana z odebraniem dłużnikowi zarządu nad własnym majątkiem. Przez wzgląd na powyższe, racjonalny ustawodawca zapewnił w postępowaniu sanacyjnym restrykcyjny nadzór sprawowany przez sędziego-komisarza oraz wierzycieli.</p> <p>Zastosowanie analogicznych rozwiązań w postępowaniu naprawczo-rozwojowym, w którym nie uczestniczą wierzyciele, zaś sąd mógłby działać wyłącznie po wniesieniu zażalenia przez podmiot szpitalny, podmiot nadzorujący lub podmiot tworzący jest niedopuszczalne. W projektowanej regulacji, ochrona przed egzekucją z majątku dłużnika dotyczyłaby mienia będącego nadal w zarządzie podmiotu szpitalnego.</p>	
--	--	--	--	--

				<p>Należy pamiętać, że postępowanie naprawczo-rozwojowe w praktyce może okazać się bardzo długim procesem. W sytuacji gdy wdrażane środki naprawcze nie przyniosą skutku w okresie 3 lat- do dnia kolejnej oceny i przypisania kategorii- wówczas dany podmiot szpitalny, który nie otrzymał „awansu” do kategorii A lub B, będzie objęty nowym planem naprawczo-rozwojowym na kolejny okres. Postępowanie sanacyjne przewidziane w Prawie restrukturyzacyjnym z założenia powinno trwać 12 miesięcy. To kolejny argument przemawiający przeciwko stosowaniu rozwiązań tak dalece ingerujących w prawa wierzycieli przez analogię do postępowania charakteryzującego się odmiennymi cechami.</p> <p>Wziąwszy pod uwagę fakt, że takie postępowanie będzie trwać kilka lat, należy stwierdzić, że znacząco pogorszy to sytuację prawną wierzycieli takiego podmiotu szpitalnego. O ile zasadność stosowania takiego środka ochronnego w toku postępowania naprawczo-rozwojowego dałoby się zrationalizować potrzebą czasowego ustabilizowania sytuacji finansowej i majątkowej podmiotu szpitalnego w czasie gdy nadzorca podejmuje działania naprawcze, o tyle rozwiązanie zaproponowane w art. 71 ust. 3 projektu ustawy stanowi naruszenie zasad obrotu gospodarczego. Wierzyciel:</p> <p>(1) który dysponuje tytułem wykonawczym wobec podmiotu szpitalnego, stanowiącym potwierdzenie, że przysługuje mu wierzytelność w określonej wysokości, najpewniej za świadczenie wzajemne, które wierzyciel sam rzetelnie spełnił,</p> <p>(2) który w toku egzekucji spodziewa się zaspokojenia na podstawie dokonanego zajęcia egzekucyjnego,</p> <p>- nagle może zostać pozbawiony realnej szansy na zaspokojenie, gdyż na mocy niniejszego projektu ustawy sądowi przyznaje się uprawnienia do uchylenia zajęcia dokonanego w postępowaniu egzekucyjnym skierowanym do majątku podmiotu szpitalnego przed dniem obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego.</p>	
1177.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 71 ust. 1-3	BFF Polska S.A.	<p>„1. Od dnia obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego do dnia obwieszczenia o jego zakończeniu egzekucja z majątku podmiotu szpitalnego nie może być prowadzona.</p> <p>2. Postępowanie egzekucyjne skierowane do majątku podmiotu szpitalnego wszczęte przed dniem obwieszczenia ulega zawieszeniu z mocy prawa z dniem obwieszczenia.</p> <p>3. Sąd na wniosek podmiotu szpitalnego lub nadzorcy może uchylić zajęcie dokonane przed dniem obwieszczenia w postępowaniu egzekucyjnym lub zabezpieczającym skierowanym do majątku podmiotu szpitalnego, jeżeli jest to konieczne dla dalszego prowadzenia działalności leczniczej”</p> <p>Uzasadnienie</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Wprowadzono ograniczenie czasowe wstrzymania egzekucji.</p>

				<p>Zgodnie z rozwiązaniem proponowanym w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa (dalej: „projekt ustawy”), wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego wobec podmiotów szpitalnych ma powodować objęcie tych podmiotów z mocy prawa ochroną przed egzekucją. Od dnia obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego do dnia obwieszczenia o jego zakończeniu egzekucja z majątku podmiotu szpitalnego nie może być prowadzona, zaś postępowanie egzekucyjne skierowane do majątku podmiotu szpitalnego wszczęte przed dniem obwieszczenia ulega zawieszeniu z mocy prawa z dniem obwieszczenia.</p> <p>Jak wskazano w uzasadnieniu do projektu ustawy, ochrona przed egzekucją nawiązuje do analogicznych rozwiązań, które są zagwarantowane dłużnikowi prowadzącemu postępowanie sanacyjne, określone w art. 312 ustawy z dnia 15 maja 2015 r.- Prawo restrukturyzacyjne (Dz.U. 2015 poz. 978 ze zm.). W tym miejscu należy podkreślić, że postępowanie sanacyjne przewidziane w Prawie restrukturyzacyjnym jest najbardziej restrykcyjnym z postępowań, ponieważ w największym stopniu ingeruje w stosunki dłużnik-wierzyciele.</p> <p>Sanacja wykracza poza ramy pozostałych postępowań restrukturyzacyjnych i umożliwia osiągnięcie wskazanego celu także poprzez instrumenty właściwe dla postępowania upadłościowego, tym samym w znacznym stopniu ingerując w strukturę przedsiębiorstwa. Postępowanie sanacyjne zapewnia wśród postępowań restrukturyzacyjnych najpełniejszą ochronę dłużnika. Taka ochrona jednakże jest powiązana z odebraniem dłużnikowi zarządu nad własnym majątkiem. Przez wzgląd na powyższe, racjonalny ustawodawca zapewnił w postępowaniu sanacyjnym restrykcyjny nadzór sprawowany przez sędziego-komisarza oraz wierzycieli.</p> <p>Zastosowanie analogicznych rozwiązań w postępowaniu naprawczo-rozwojowym, w którym nie uczestniczą wierzyciele, zaś sąd mógłby działać wyłącznie po wniesieniu zażalenia przez podmiot szpitalny, podmiot nadzorujący lub podmiot tworzący jest niedopuszczalne. W projektowanej regulacji, ochrona przed egzekucją z majątku dłużnika dotyczyłaby mienia będącego nadal w zarządzie podmiotu szpitalnego.</p> <p>Należy pamiętać, że postępowanie naprawczo-rozwojowe w praktyce może okazać się bardzo długim procesem. W sytuacji gdy wdrażane środki naprawcze nie przyniosą skutku w okresie 3 lat- do dnia kolejnej oceny i przypisania kategorii- wówczas dany podmiot szpitalny, który nie otrzymał „awansu” do kategorii A lub B, będzie objęty nowym planem naprawczo-rozwojowym na kolejny okres. Postępowanie sanacyjne przewidziane w Prawie restrukturyzacyjnym z założenia powinno trwać 12 miesięcy. To kolejny argument przemawiający przeciwko stosowaniu rozwiązań tak dalece ingerujących w prawa wierzycieli przez analogię do postępowania charakteryzującego się odmiennymi cechami.</p> <p>Wziąwszy pod uwagę fakt, że takie postępowanie będzie trwać kilka lat, należy stwierdzić, że znacząco pogorszy to sytuację prawną wierzycieli</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>takiego podmiotu szpitalnego. O ile zasadność stosowania takiego środka ochronnego w toku postępowania naprawczo-rozwojowego dałoby się zracjonalizować potrzebą czasowego ustabilizowania sytuacji finansowej i majątkowej podmiotu szpitalnego w czasie gdy nadzorca podejmuje działania naprawcze, o tyle rozwiązanie zaproponowane w art. 71 ust. 3 projektu ustawy stanowi naruszenie zasad obrotu gospodarczego. Wierzyciel:</p> <p>(1) który dysponuje tytułem wykonawczym wobec podmiotu szpitalnego, stanowiącym potwierdzenie, że przysługuje mu wierzytelność w określonej wysokości, najpewniej za świadczenie wzajemne, które wierzyciel sam rzetelnie spełnił,</p> <p>(2) który w toku egzekucji spodziewa się zaspokojenia na podstawie dokonanego zajęcia egzekucyjnego,</p> <p>- nagle może zostać pozbawiony realnej szansy na zaspokojenie, gdyż na mocy niniejszego projektu ustawy sądowi przyznaje się uprawnienia do uchylenia zajęcia dokonanego w postępowaniu egzekucyjnym skierowanym do majątku podmiotu szpitalnego przed dniem obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego.</p>	
1178.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 71 ust. 3	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dokonanie korekty ust. 3</p> <p>Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty ust. 3</p> <p>Propozycja: 3. Sąd na wniosek podmiotu szpitalnego może uchylić zajęcie dokonane przed dniem obwieszczenia w postępowaniu egzekucyjnym lub zabezpieczającym skierowanym do majątku podmiotu szpitalnego, jeżeli jest to konieczne dla dalszego prowadzenia działalności leczniczej.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 38-49 nie zostały wykreślone.</p>
1179.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 71 ust. 4	Polska Federacja Szpitali	<p>należy wskazać że, o ile w ust. 4 wskazano, że skierowanie egzekucji do majątku podmiotu szpitalnego oraz wykonanie postanowienia o zabezpieczeniu lub zarządzania zabezpieczeniu jest niedopuszczalne po dniu ogłoszenia - o tyle należałoby tą regulację uzupełnić o następujące okoliczności:</p> <p>wyjaśnić znaczenie sformułowania „skierowanie egzekucji do majątku” podmiotu szpitalnego: Czy to wyłącza możliwość złożenia wniosku egzekucyjnego? Czy też obliguje komornika do odmowy wszczęcia egzekucji? Jak postąpić ma komornik - zwrócić wniosek? Ust. 4 nie przewiduje również tego co dzieje się w przypadku, w którym komornik wszczął egzekucję, albo wykonywanie postanowienia o zabezpieczeniu pomimo obwieszczenia (w sytuacji kiedy nie był tego świadomy). Zapis z przyczyn powyższych potencjalnie będzie generował wiele wątpliwości i silnie rekomendowane jest jego doprecyzowanie.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepis wzorowany na art. 312 Prawa restrukturyzacyjnego.</p>
1180.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 71 ust. 5	Grupa Nowy Szpital Holding S.A.	<p>Treść uwagi: Naruszenie zasady równości wobec prawa</p> <p>Uzasadnienie: Zgodnie z projektem ustawy do egzekucji m.in. należności z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych, które przysługują wierzycielom, którzy wykonują zawód medyczny, przepisów ust. 1-4 nie stosuje się.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepis wzorowany na art. 312 Prawa restrukturyzacyjnego.</p>

				<p>Proponowane rozwiązanie nie uwzględnia należności, które przysługują podmiotom leczniczym świadczącym usługi na rzecz podmiotów szpitalnych, jako ich podwykonawców lub usługodawców (relacja: podmiot leczniczy – podmiot leczniczy).</p> <p>Proponowane rozwiązanie: Wskazanie – obok należności z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych, które przysługują wierzycielom, którzy wykonują zawód medyczny – objąć wyłączeniem również należności, które przysługują wierzycielom, którzy wykonują działalność leczniczą (podmioty wykonujące działalność leczniczą), w tym na podstawie umowy zawartej z podmiotem szpitalnym.</p>	<p>Co do ust. 5, takie rozwiązanie jest zgodne systemowo z regułami ochronnymi przewidzianymi w przepisach: art. 144 ust. 3 i art. 146 ust. 3 Prawa upadłościowego, art. 151 ust. 1 pkt 1 i art. 260 ust. 5 Prawa restrukturyzacyjnego oraz art. 1025 § 1 pkt 2 i 3 Kodeksu postępowania cywilnego. Wyłączenie tych należności spod zakazu egzekucji jest podyktowane ich szczególnym charakterem.</p>
1181.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 71 ust. 5	Rzecznik Praw Pacjenta	<p>Lista należności, których nie obejmuje zakaz prowadzenia egzekucji, powinna być rozszerzona o należności z tytułu zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta.</p> <p>Rozszerzenie listy należności niepodlegających zakazowi egzekucji o należności z tytułu zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta zabezpieczy realizację istotnego społecznie przepisu art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.</p> <p>Sugeruje się dodanie „oraz należności z tytułu zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta”.</p> <p>Wskazany przepis projektu ustawy stanowi o wyłączeniu spod zakazu egzekucji „należności z tytułu zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę”.</p> <p>Należy jednak wskazać, że zadośćuczynienie z tytułu naruszenia praw pacjenta jest dochodzone na podstawie przepisu art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Jest to odrębna podstawa prawa w stosunku do norm ogólnych z Kodeksu cywilnego (art. 445 i art. 446). Stąd też, dla usunięcia ewentualnych wątpliwości interpretacyjnych w tym zakresie, Rzecznik Praw Pacjenta wnosi o uzupełnienie wskazanego przepisu, jak wyżej.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>
1182.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 72	Prokuratura Generalna RP	<p>W art. 72 ust. 2 projektu użyto sformułowania „umowa o podstawnym znaczeniu dla działalności leczniczej”, które można ocenić jako nieprecyzyjne. W szczególności nie jest jasny zakres tego pojęcia, tj. czy do kategorii tych umów można zaliczyć np. umowy o zakup leków, których dostawa byłaby realizowana w kolejnych transzach. Wskutek stosowania art. 72 ust. 2 projektu, umowy takie nie mogłyby być wypowiedziane przez dostawcę leków w okresie od dnia obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego do dnia obwieszczenia o jego zakończeniu. Wątpliwości może budzić też objęcie zakresem tego pojęcia kontraktów z pielęgniarkami oraz z lekarzami, które często są zawierane przez podmioty szpitalne zamiast umów o pracę. Umowy te nie mogłyby być również wypowiedziane przez te osoby. Mając na uwadze powyższe, zasadne jest</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Podobne określenie jest w art. 256 ust. 2 Prawa restrukturyzacyjnego.</p>

				rozważenie wyłączenia tych kontraktów z zakresu pojęcia „umowy o podstawnym znaczeniu dla działalności leczniczej”, albo doprecyzowania zakresu tego pojęcia.	
1183.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 72 ust. 1	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dokonanie korekty ust. 1</p> <p>Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty ust. 1</p> <p>Propozycja: "1. Od dnia obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego do dnia obwieszczenia o jego zakończeniu wypowiedzenie przez wynajmującego lub wdzierżawiającego umowy najmu lub dzierżawy lokalu lub nieruchomości, w których jest prowadzona działalność lecznicza podmiotu szpitalnego jest niedopuszczalne."</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 38-49 nie zostały wykreślone.</p>
1184.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 72 ust. 1	Związek Województw RP Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Usunięcie zapisu.</p> <p>Przedmiotowe działanie na mocy ustawy o działalności leczniczej należy do kompetencji podmiotu tworzącego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych. Dla przykładu można wskazać art. 54 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej czy regulacje dotyczące podziału i reorganizacji instytutu badawczego będącego podmiotem szpitalnym, które nie będą mogły być stosowane w trakcie trwania postępowania naprawczo-rozwojowego.</p>
1185.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 72 ust. 1-3	Związek Województw RP Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Powielenie zapisów ustawy z dnia 15 maja 2015 r. - Prawo restrukturyzacyjne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1588 ze zm.).</p> <p>Projekt ustawy powieli instytucje zapisane już w ustawie prawo restrukturyzacyjne (art. 256 ust 1, 2 i 3). Tym samym stosowane są wrywkowo regulacje zawarte w ww. ustawie przy jednoczesnym niepełnym stosowaniu Kodeksu postępowania cywilnego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projektodawca uznał, że najlepszym zespołem rozwiązań, który uwzględni specyfikę zarządcą podmiotów szpitalnych oraz ich układ właścicielski z istotnym czynnikiem samorządowym, będzie wyłączenie działań ochronnych oraz naprawczych dotyczących podmiotów szpitalnych poza sądowe postępowania restrukturyzacyjne (przyspieszone postępowanie układowe, postępowanie układowe oraz postępowanie sanacyjne), natomiast restrukturyzacja zadłużenia powinna odbywać się w postępowaniu o zatwierdzenie układu. Mając to na uwadze, wprowadzono do ustawy dobrze rozpoznane w praktyce, literaturze i orzecznictwie środki ochronne (zakaz egzekucji oraz zakaz wypowiedzania umów) oraz środki naprawczo-</p>

					rozwojowe (odstąpienie od umów, restrukturyzacja zatrudnienia oraz zbycie egzekucyjne mienia), przy czym będą one stosowane przez nadzorcę podmiotu szpitalnego, jako organ ustanowiony przez Prezesa Agencji w nieco bardziej elastycznej procedurze, aniżeli w sądowym postępowaniu restrukturyzacyjnym.
1186.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 72 ust. 2	Bank Gospodarstwa Krajowego	<p>2. Do umów kredytu w zakresie środków postawionych do dyspozycji kredytobiorcy przed dniem wszczęcia postępowania, leasingu, ubezpieczeń majątkowych, umów rachunku bankowego, umów poręczeń, umów obejmujących licencje udzielone podmiotowi szpitalnemu oraz gwarancji lub akredytyw wystawionych przed dniem wszczęcia postępowania naprawczo – rozwojowego oraz innych umów o podstawowym znaczeniu dla prowadzenia działalności leczniczej przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio. Spis umów o podstawowym znaczeniu dla prowadzenia działalności leczniczej sporządza nadzorca i przedkłada Prezesowi Agencji w terminie 21 dni od dnia wszczęcia postępowania.</p> <p>Proponowane brzmienie przepisu, powoduje, iż wobec podmiotów szpitalnych zakwalifikowanych do kateg. C lub D od dnia obwieszczenia postępowania naprawczo – rozwojowego nie będzie m.in. możliwe wypowiedzenie umów kredytu w zakresie środków postawionych do dyspozycji kredytobiorcy. Przepis ten zastosowanie będzie miał także do podmiotów z kateg. B, które zawnioskują o objęcie ich postępowaniem naprawczo – rozwojowym. Powyższe pozostaje w kolizji z art. 75 Pr. bankowego, który uprawnia bank do wypowiedzenia umowy kredytu w przypadku niedotrzymania przez kredytobiorcę warunków udzielenia kredytu. Przy czym art. 75 Pr. bankowego zawiera szeroką wykładnię przesłanek wypowiedzenia umowy, tj. warunki udzielenia kredytu, które zawierają zarówno brak spłaty zobowiązań wynikających z udzielonego kredytu, jak również naruszenie innych postanowień umownych (w tym np. przeznaczenie kredytu niezgodne z umową, sposób jego wykorzystania itp.). Wobec tego, bank na etapie udzielania nowych finansowań (a także tych już udzielonych) zostanie pozbawiony uprawnienia jakie zostało mu przyznane na mocy przepisów prawa bankowego. Powyższe rozwiązanie narusza także interesy wierzycieli.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1187.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 72 ust. 2	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Do umów kredytu (...)</p> <p>Propozycja: Do umów kredytu i pożyczki.</p> <p>Podmioty szpitalne niejednokrotnie korzystają z finansowania poprzez pożyczkę, a nie tylko kredyt.</p> <p>Propozycja wzmocni projektowaną ochronę podmiotu szpitalnego.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

1188.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 72 ust. 2	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	Po słowie kredytu dodać „umów pożyczek”.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1189.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 72 ust. 2	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	Po słowie kredytu dodać „umów pożyczek”.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1190.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 72 ust. 2	Uniwersytet Opolski	Proponuje się dokonanie korekty w ust. 2 zdania drugiego  Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty ust. 2 zdanie drugie, wydłużono termin do 30 dni  Propozycja: Spis umów o podstawowym znaczeniu dla prowadzenia działalności leczniczej sporządza kierownik podmiotu szpitalnego i przedkłada Prezesowi Agencji w terminie 30 dni od dnia wszczęcia postępowania.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Art. 38-49 nie zostały wykreślone.
1191.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 72 ust. 3	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Aktualne brzmienie: Do umów kredytu... Proponowane brzmienie: Do umów kredytu i pożyczki Podmioty szpitalne niejednokrotnie korzystają z finansowania poprzez pożyczkę, a nie tylko kredyt. Propozycja wzmocni projektowaną ochronę podmiotu szpitalnego.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1192.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 72 ust. 3	Polska Federacja Szpitali	„W przypadku, gdy podstawą wypowiedzenia umowy jest niewykonywanie przez podmiot szpitalny po dniu wszczęcia postępowania naprawczo-rozwojowego zobowiązań powstałych po tym dniu lub inna okoliczność przewidziana w umowie, jeżeli zaistniała po dniu wszczęcia postępowania, przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się.” Kolejnym środkiem ochronnym podmiotu szpitalnego w toku postępowania naprawczo-rozwojowego, który został zaproponowany w projekcie ustawy, jest ochrona przed wypowiedzeniem wskazanych w ustawie umów przez drugą stroną umowy. Od dnia obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego do dnia obwieszczenia o jego zakończeniu wypowiedzenie podmiotowi szpitalnemu umów: – najmu lub dzierżawy lokalu lub nieruchomości, w których jest prowadzona działalność lecznicza podmiotu szpitalnego, – kredytu w zakresie środków postawionych do dyspozycji kredytobiorcy przed dniem wszczęcia postępowania, – leasingu, – ubezpieczeń majątkowych, – rachunku bankowego, – poręczeń,	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Projektowane rozwiązanie nie jest nowe (art. 256 Prawa restrukturyzacyjnego). Stosuje się je zarówno do sp zoz-ów i do spółek kapitałowych, co do których ta regulacja obowiązuje od 6 lat.



			<ul style="list-style-type: none"> <li>- obejmujących licencje udzielone podmiotowi szpitalnemu,</li> <li>- gwarancji lub akredytyw wystawionych przed dniem wszczęcia postępowania naprawczo-rozwojowego oraz</li> <li>- innych umów o podstawowym znaczeniu dla prowadzenia działalności leczniczej</li> </ul> <p>- bez zezwolenia nadzorcy jest niedopuszczalne, chyba że podstawą wypowiedzenia umowy jest niewykonywanie przez podmiot szpitalny po dniu wszczęcia postępowania naprawczo-rozwojowego zobowiązań powstałych po tym dniu lub inna okoliczność przewidziana w umowie, jeżeli zaistniała po dniu wszczęcia postępowania.</p> <p>W art. 72 ust. 3 przewidziano, że ochrona przed wypowiedzeniem umowy nie obowiązuje w sytuacji, gdy podmiot szpitalny nie wykonuje zobowiązań z tytułu umowy powstałych po dniu wszczęcia postępowania naprawczo-rozwojowego. Taka regulacja oznacza, że wierzyciel podmiotu szpitalnego zostaje pozbawiony możliwości wypowiedzenia umowy w okresie prowadzenia postępowania naprawczo-rozwojowego w sytuacji, gdy podmiot szpitalny przestał wykonywać swoje zobowiązania powstałe przed objęciem go tym postępowaniem. W nieuzasadniony sposób różnicuje to sytuację wierzycieli. W gorszej sytuacji znajdują się bowiem wierzyciele, którzy, np. poprzedzili wypowiedzenie umowy wyznaczeniem dodatkowego terminu na wykonanie zobowiązania przez podmiot szpitalny (zobowiązanie powstało przed dniem wszczęcia post. naprawczo-rozwojowego, a odroczonego terminu płatności przypada na okres po jego wszczęciu). Jeśli taki podmiot szpitalny zostanie objęty postępowaniem naprawczo-rozwojowym, wierzyciel zostanie pozbawiony możliwości przerwania- zgodnie z postanowieniami umowy- stosunku prawnego, w którym dłużnik nie wywiązywał się z przyjętych na siebie zobowiązań, potencjalnie na cały okres trwania postępowania naprawczo-rozwojowego (w przypadku niezyskania zezwolenia nadzorcy). Ochrona dłużnika nie powinna sięgać aż do wykluczenia prawa do wypowiedzenia umowy, nawet w sytuacji, gdyby dłużnik w dalszym ciągu po otwarciu postępowania nie regulował swoich zobowiązań wynikających z tych umów. Stanowiłoby to ewidentne, nieuzasadnione zaburzenie uprawnień obu stron umowy niezgodne z konstytucyjnymi zasadami. W uzasadnieniu wskazano, że takie rozwiązanie wprowadzone będzie po to, aby kontrahenci podmiotu szpitalnego nie mogli w sposób nieograniczony wypowiadać umów, inaczej trudno byłoby racjonalnie zaplanować działania naprawczo-rozwojowe. Taka motywacja budzi niepokój wierzycieli. Wypowiedzenie umowy z powodu jej niewykonywania przez drugą stronę nie oznacza nieograniczonego prawa do wypowiedzenia umów, tylko uzasadnioną podstawę do zakończenia stosunku prawnego z dłużnikiem, który nie wykonuje swojego zobowiązania. Plan naprawczo-rozwojowy powinien uwzględniać zobowiązania podmiotu szpitalnego. Przytoczone zdanie z uzasadnienia „Gdyby bowiem najistotniejsi kontrahenci podmiotu szpitalnego mogli bez żadnych ograniczeń wypowiadać umowy, trudno</p>	
--	--	--	---	--

				<p><i>byłoby racjonalnie zaplanować działania naprawczo-rozwojowe.” budzi obawy wierzycieli, iż ustawodawca chce przyzwolić na niewykonywanie przez podmiot szpitalny swoich zobowiązań w czasie trwania postępowania naprawczo-rozwojowego, bez zastosowania rygorów procedury przewidzianej w Prawie restrukturyzacyjnym, a także z pozbawieniem wierzycieli prawa wypowiedzenia umowy (bez konieczności uzyskiwania zgody nadzorcy).</i></p> <p><i>W przypadku, gdy podstawą wypowiedzenia umowy jest niewykonywanie zobowiązań przez podmiot szpitalny po dniu wszczęcia postępowania naprawczo-rozwojowego lub inna okoliczność przewidziana w umowie, przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się.”</i></p>	
1193.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 72 ust. 3	Związek Banków Polskich	<p>„W przypadku, gdy podstawą wypowiedzenia umowy jest niewykonywanie przez podmiot szpitalny po dniu wszczęcia postępowania naprawczo-rozwojowego zobowiązań powstałych po tym dniu lub inna okoliczność przewidziana w umowie, jeżeli zaistniała po dniu wszczęcia postępowania, przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się.”</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>Kolejnym środkiem ochronnym podmiotu szpitalnego w toku postępowania naprawczo-rozwojowego, który został zaproponowany w projekcie ustawy, jest ochrona przed wypowiedzeniem wskazanych w ustawie umów przez drugą stronę umowy.</p> <p>Od dnia obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego do dnia obwieszczenia o jego zakończeniu wypowiedzenie podmiotowi szpitalnemu umów:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– najmu lub dzierżawy lokalu lub nieruchomości, w których jest prowadzona działalność lecznicza podmiotu szpitalnego,</li> <li>– kredytu w zakresie środków postawionych do dyspozycji kredytobiorcy przed dniem wszczęcia postępowania,</li> <li>– leasingu,</li> <li>– ubezpieczeń majątkowych,</li> <li>– rachunku bankowego,</li> <li>– poręczeń,</li> <li>– obejmujących licencje udzielone podmiotowi szpitalnemu,</li> <li>– gwarancji lub akredytyw wystawionych przed dniem wszczęcia postępowania naprawczo-rozwojowego oraz</li> <li>– innych umów o podstawowym znaczeniu dla prowadzenia działalności leczniczej</li> </ul> <p>- bez zezwolenia nadzorcy jest niedopuszczalne, chyba że podstawą wypowiedzenia umowy jest niewykonywanie przez podmiot szpitalny po dniu wszczęcia postępowania naprawczo-rozwojowego zobowiązań powstałych</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projektowane rozwiązanie nie jest nowe (art. 256 Prawa restrukturyzacyjnego). Stosuje się je zarówno do sp zoz-ów i do spółek kapitałowych, co do których ta regulacja obowiązuje od 6 lat.</p>

			<p>po tym dniu lub inna okoliczność przewidziana w umowie, jeżeli zaistniała po dniu wszczęcia postępowania.</p> <p>W art. 72 ust. 3 przewidziano, że ochrona przed wypowiedzeniem umowy nie obowiązuje w sytuacji, gdy podmiot szpitalny nie wykonuje zobowiązań z tytułu umowy powstałych po dniu wszczęcia postępowania naprawczo-rozwojowego. Taka regulacja oznacza, że wierzyciel podmiotu szpitalnego zostaje pozbawiony możliwości wypowiedzenia umowy w okresie prowadzenia postępowania naprawczo-rozwojowego w sytuacji, gdy podmiot szpitalny przestał wykonywać swoje zobowiązania powstałe przed objęciem go tym postępowaniem. W nieuzasadniony sposób różnicuje to sytuację wierzycieli. W gorszej sytuacji znajdują się bowiem wierzyciele, którzy, np. poprzedzili wypowiedzenie umowy wyznaczeniem dodatkowego terminu na wykonanie zobowiązania przez podmiot szpitalny (zobowiązanie powstało przed dniem wszczęcia post. naprawczo-rozwojowego, a odroczonego terminu płatności przypada na okres po jego wszczęciu). Jeśli taki podmiot szpitalny zostanie objęty postępowaniem naprawczo-rozwojowym, wierzyciel zostanie pozbawiony możliwości przerwania- zgodnie z postanowieniami umowy - stosunku prawnego, w którym dłużnik nie wywiązywał się z przyjętych na siebie zobowiązań, potencjalnie na cały okres trwania postępowania naprawczo-rozwojowego (w przypadku niezyskania zezwolenia nadzorcy). Ochrona dłużnika nie powinna sięgać aż do wykluczenia prawa do wypowiedzenia umowy, nawet w sytuacji, gdyby dłużnik w dalszym ciągu po otwarciu postępowania nie regulował swoich zobowiązań wynikających z tych umów. Stanowiłoby to ewidentne, nieuzasadnione zaburzenie uprawnień obu stron umowy niezgodne z konstytucyjnymi zasadami.</p> <p>W uzasadnieniu wskazano, że takie rozwiązanie wprowadzone będzie po to, aby kontrahenci podmiotu szpitalnego nie mogli w sposób nieograniczony wypowiadać umów, inaczej trudno byłoby racjonalnie zaplanować działania naprawczo-rozwojowe. Taka motywacja budzi niepokój wierzycieli. Wypowiedzenie umowy z powodu jej niewykonywania przez drugą stronę nie oznacza nieograniczonego prawa do wypowiedzania umów, tylko uzasadnioną podstawę do zakończenia stosunku prawnego z dłużnikiem, który nie wykonuje swojego zobowiązania. Plan naprawczo-rozwojowy powinien uwzględniać zobowiązania podmiotu szpitalnego. Przytoczone zdanie z uzasadnienia „Gdyby bowiem najistotniejsi kontrahenci podmiotu szpitalnego mogli bez żadnych ograniczeń wypowiadać umowy, trudno byłoby racjonalnie zaplanować działania naprawczo-rozwojowe.” budzi obawy wierzycieli, iż ustawodawca chce przyzwolić na niewykonywanie przez podmiot szpitalny swoich zobowiązań w czasie trwania postępowania naprawczo-rozwojowego, bez zastosowania rygorów procedury przewidzianej w Prawie restrukturyzacyjnym, a także z pozbawieniem</p>	
--	--	--	--	--

				<p>wierzycieli prawa wypowiedzenia umowy (bez konieczności uzyskiwania zgody nadzorcy).</p> <p>Proponowane brzmienie zmienionego przepisu art. 72 ust. 3:</p> <p>„W przypadku, gdy podstawą wypowiedzenia umowy jest niewykonywanie zobowiązań przez podmiot szpitalny po dniu wszczęcia postępowania naprawczo-rozwojowego lub inna okoliczność przewidziana w umowie, przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się.”</p>	
1194.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 72 ust. 3	BFF Polska S.A.	<p>„W przypadku, gdy podstawą wypowiedzenia umowy jest niewykonywanie przez podmiot szpitalny po dniu wszczęcia postępowania naprawczo-rozwojowego zobowiązań powstałych po tym dniu lub inna okoliczność przewidziana w umowie, jeżeli zaistniała po dniu wszczęcia postępowania, przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się.”</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>Kolejnym środkiem ochronnym podmiotu szpitalnego w toku postępowania naprawczo-rozwojowego, który został zaproponowany w projekcie ustawy, jest ochrona przed wypowiedzeniem wskazanych w ustawie umów przez drugą stronę umowy.</p> <p>Od dnia obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego do dnia obwieszczenia o jego zakończeniu wypowiedzenie podmiotowi szpitalnemu umów:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- najmu lub dzierżawy lokalu lub nieruchomości, w których jest prowadzona działalność lecznicza podmiotu szpitalnego,</li> <li>- kredytu w zakresie środków postawionych do dyspozycji kredytobiorcy przed dniem wszczęcia postępowania,</li> <li>- leasingu,</li> <li>- ubezpieczeń majątkowych,</li> <li>- rachunku bankowego,</li> <li>- poręczeń,</li> <li>- obejmujących licencje udzielone podmiotowi szpitalnemu,</li> <li>- gwarancji lub akredytyw wystawionych przed dniem wszczęcia postępowania naprawczo-rozwojowego oraz</li> <li>- innych umów o podstawowym znaczeniu dla prowadzenia działalności leczniczej</li> </ul> <p>- bez zezwolenia nadzorcy jest niedopuszczalne, chyba że podstawą wypowiedzenia umowy jest niewykonywanie przez podmiot szpitalny po dniu wszczęcia postępowania naprawczo-rozwojowego zobowiązań powstałych po tym dniu lub inna okoliczność przewidziana w umowie, jeżeli zaistniała po dniu wszczęcia postępowania.</p> <p>W art. 72 ust. 3 przewidziano, że ochrona przed wypowiedzeniem umowy nie obowiązuje w sytuacji, gdy podmiot szpitalny nie wykonuje zobowiązań z</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projektowane rozwiązanie nie jest nowe (art. 256 Prawa restrukturyzacyjnego). Stosuje się je zarówno do sp zoz-ów i do spółek kapitałowych, co do których ta regulacja obowiązuje od 6 lat.</p>

			<p>tytułu umowy powstałych po dniu wszczęcia postępowania naprawczo-rozwojowego. Taka regulacja oznacza, że wierzyciel podmiotu szpitalnego zostaje pozbawiony możliwości wypowiedzenia umowy w okresie prowadzenia postępowania naprawczo-rozwojowego w sytuacji, gdy podmiot szpitalny przestał wykonywać swoje zobowiązania powstałe przed objęciem go tym postępowaniem. W nieuzasadniony sposób różnicuje to sytuację wierzycieli. W gorszej sytuacji znajdują się bowiem wierzyciele, którzy, np. poprzedzili wypowiedzenie umowy wyznaczeniem dodatkowego terminu na wykonanie zobowiązania przez podmiot szpitalny (zobowiązanie powstało przed dniem wszczęcia post. naprawczo-rozwojowego, a odroczonego termin płatności przypada na okres po jego wszczęciu). Jeśli taki podmiot szpitalny zostanie objęty postępowaniem naprawczo-rozwojowym, wierzyciel zostanie pozbawiony możliwości przerwania- zgodnie z postanowieniami umowy- stosunku prawnego, w którym dłużnik nie wywiązywał się z przyjętych na siebie zobowiązań, potencjalnie na cały okres trwania postępowania naprawczo-rozwojowego (w przypadku niezyskania zezwolenia nadzorcy). Ochrona dłużnika nie powinna sięgać aż do wykluczenia prawa do wypowiedzenia umowy, nawet w sytuacji, gdyby dłużnik w dalszym ciągu po otwarciu postępowania nie regulował swoich zobowiązań wynikających z tych umów. Stanowiłoby to ewidentne, nieuzasadnione zaburzenie uprawnień obu stron umowy niezgodne z konstytucyjnymi zasadami.</p> <p>W uzasadnieniu wskazano, że takie rozwiązanie wprowadzone będzie po to, aby kontrahenci podmiotu szpitalnego nie mogli w sposób nieograniczony wypowiadać umów, inaczej trudno byłoby racjonalnie zaplanować działania naprawczo- rozwojowe. Taka motywacja budzi niepokój wierzycieli. Wypowiedzenie umowy z powodu jej niewykonywania przez drugą stronę nie oznacza nieograniczonego prawa do wypowiedzania umów, tylko uzasadnioną podstawę do zakończenia stosunku prawnego z dłużnikiem, który nie wykonuje swojego zobowiązania. Plan naprawczo-rozwojowy powinien uwzględniać zobowiązania podmiotu szpitalnego. Przytoczone zdanie z uzasadnienia „Gdyby bowiem najistotniejsi kontrahenci podmiotu szpitalnego mogli bez żadnych ograniczeń wypowiadać umowy, trudno byłoby racjonalnie zaplanować działania naprawczo- rozwojowe.” budzi obawy wierzycieli, iż ustawodawca chce przyzwolić na niewykonywanie przez podmiot szpitalny swoich zobowiązań w czasie trwania postępowania naprawczo-rozwojowego, bez zastosowania rygorów procedury przewidzianej w Prawie restrukturyzacyjnym, a także z pozbawieniem wierzycieli prawa wypowiedzenia umowy {bez konieczności uzyskiwania zgody nadzorcy).</p> <p>Proponowane brzmienie zmienionego przepisu art. 72 ust. 3:</p> <p>„W przypadku, gdy podstawą wypowiedzenia umowy jest niewykonywanie zobowiązań przez podmiot szpitalny po dniu wszczęcia postępowania</p>	
--	--	--	--	--

				naprawczo-rozwojowego lub inna okoliczność przewidziana w umowie, przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się."	
1195.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 73	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Art. 73 przewiduje uprawnienie dla nadzorcy do odstąpienia od umów zawartych przez podmiot leczniczy. Mając na uwadze niskie wymogi w zakresie doświadczenia nadzorcy w pracy w służbie zdrowia może to spowodować sytuację natychmiastowego pozbawienia podmiot leczniczy koniecznych do udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych środków/productów/usług (jeśli nadzorca nieprawidłowo uzna daną umowę za niekorzystną/zbędną) zwłaszcza, że art. 73 ust. 6 daje wykonawcy uprawnienie do wstrzymania się ze spełnieniem świadczenia od momentu poinformowania wykonawcy przez nadzorcę o złożeniu wniosku do sądu o zatwierdzenie jego decyzji o odstąpieniu od umowy.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1196.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 73	POLMED – Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych	Przepis ten przewiduje możliwość odstąpienia od umowy przez Szpital. Może to powodować niekorzystne skutki dla dostawców, którzy dostarczają wyroby w ramach umów zawartych na podstawie ustawy Prawo zamówień publicznych. Dostawca nie będzie miał możliwości realizacji umowy przetargowej, w związku z tym towary zarezerwowane pod ww. umowę nie zostaną sprzedane zgodnie z budżetem założonym przez dostawcę. Dostawca może mieć problemy ze sprzedażą tego towaru. Występuje duże prawdopodobieństwo czasowej utraty wartości towarów, niezdatności do użytku z powodu przeterminowania co może doprowadzić do konieczności utylizacji i ogromnych strat dla dostawcy.  Propozycja: Doprecyzowanie przepisu w taki sposób, żeby możliwość odstąpienia od umowy nie dotyczyła umów zawartych w ramach przetargów publicznych na podstawie ustawy Prawo zamówień publicznych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Proces poddany kontroli sądowej – wymagana zgoda sądu.
1197.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 73-75	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	Usunięcie zapisów lub uwzględnienie roli podmiotu tworzącego.  Kompetencje w zakresie wypowiedzania umów, redukcji zatrudnienia oraz zbywania składników majątku podmiotów leczniczych bez zgody czy zasięgnięcia opinii podmiotu tworzącego narusza jego interesy i kompetencje, wynikające m.in. z Art. 54 ust. 2 UoDL. Należy podkreślić, że działania te miałyby być kompetencją nadzorcy, którym może zostać osoba z 1-rocznym doświadczeniem, co budzi poważne zastrzeżenia co do dostatecznej wiedzy i doświadczenia, umożliwiających ocenę konsekwencji realizowanych działań.  W art. 75 ust. 5 nie wymieniono podmiotu tworzącego, jako strony, której przysługuje zażalenie na ustaloną cenę sprzedaży.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  W uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych. Dla przykładu można wskazać art. 54 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej czy regulacje dotyczące podziału i reorganizacji instytutu badawczego będącego podmiotem szpitalnym, które nie będą mogły być stosowane w trakcie trwania postępowania naprawczo-rozwojowego.
1198.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 73, art. 75	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Działania nadzorcy w tym zakresie winny być zgodnie z planem naprawczo-rozwojowym, a nie dowolne.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1199.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 73 ust. 1	Uniwersytet Opolski	Proponuje się dokonanie korekty ust. 1	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

				<p>Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty ust. 1</p> <p>Propozycja: "Art. 73. 1. Kierownik podmiotu szpitalnego może odstąpić od umowy wzajemnej, która nie została wykonana w całości lub części przed dniem wszczęcia postępowania naprawczo-rozwojowego podmiotu szpitalnego, za zgodą sądu, jeżeli świadczenie drugiej strony wynikające z tej umowy jest świadczeniem niepodzielnym."</p>	Art. 38-49 nie zostały wykreślone.
1200.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 73 ust. 1	Federacja Przedsiębiorców w Polskich	<p>Uwzględnienie słusznych interesów kontrahentów szpitala.</p> <p>Art. 70 ust 2 zakazuje kontrahentom szpitala wypowiedziania umów, jednocześnie dając takie prawo nadzorcy. Może to prowadzić do patologii polegającej na odstępowaniu od zawartych umów o zamówienie publiczne i zawierania nowych umów na te same usługi i dostawy już bez stosowania ustawy PZP.</p> <p>Propozycja: Wprowadzenia zakazu zawierania umów na tożsame usługi lub dostawy, jak te które były przedmiotem wypowiedzianej umowy bez stosowania ustawy PZP.</p> <p>W przypadku wypowiedziana umowy przez nadzorcę wprowadzenie konieczności rozliczenia poniesionych przez kontrahenta niezamortyzowanych nakładów.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Rozwiązania wzorowane na Prawie restrukturyzacyjnym.</p>
1201.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 73 ust. 4	Rada Główna Instytutów Badawczych	ile jest dni na wniesienie zażalenia	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Termin wynosi tydzień i wynika z Prawa restrukturyzacyjnego.</p>
1202.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 73 ust. 4	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	ile jest dni na wniesienie zażalenia	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Termin wynosi tydzień i wynika z Prawa restrukturyzacyjnego.</p>
1203.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 73 ust. 4	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dokonanie korekty ust. 4</p> <p>Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty ust. 4</p> <p>4. Na postanowienie sądu zażalenie przysługuje podmiotowi szpitalnemu oraz drugiej stronie umowy.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 38-49 nie zostały wykreślone.</p>
1204.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 73 ust. 5	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dokonanie korekty ust. 5</p> <p>Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty ust. 5</p> <p>Propozycja: 5. Na żądanie drugiej strony złożone w formie pisemnej z datą pewną, kierownik podmiotu szpitalnego w terminie dwóch tygodni od dnia</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 38-49 nie zostały wykreślone.</p>

				doręczenia żądania składa do sądu wnioski o zgodę na odstąpienie od umowy, o czym informuje drugą stronę, lub informuje drugą stronę, że nie zamierza takiego wniosku złożyć. Brak informacji ze strony kierownika podmiotu szpitalnego albo informacja, że nie zamierza on złożyć wniosku, skutkuje utratą prawa do złożenia wniosku o zgodę sądu na odstąpienie od umowy.	
1205.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 73 ust. 5	Rada Główna Instytutów Badawczych	ujednoczenie zapisów dotyczących terminów – 14 dni zamiast dwóch tygodni ujednoczenie zapisów  Zmiana zapisu: Na żądanie drugiej strony złożone w formie pisemnej z datą pewną, nadzorca w terminie 14 dni od dnia doręczenia żądania składa do sądu wnioski o zgodę na odstąpienie od umowy, o czym informuje drugą stronę, albo informuje drugą stronę, że nie zamierza takiego wniosku złożyć. Brak informacji ze strony nadzorca albo informacja, że nie zamierza on złożyć wniosku, skutkuje utratą prawa do złożenia wniosku o zgodę sądu na odstąpienie od umowy.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1206.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 73 ust. 5	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	ujednoczenie zapisów dotyczących terminów – 14 dni zamiast dwóch tygodni ujednoczenie zapisów  Zmiana zapisu: Na żądanie drugiej strony złożone w formie pisemnej z datą pewną, nadzorca w terminie 14 dni od dnia doręczenia żądania składa do sądu wnioski o zgodę na odstąpienie od umowy, o czym informuje drugą stronę, albo informuje drugą stronę, że nie zamierza takiego wniosku złożyć. Brak informacji ze strony nadzorca albo informacja, że nie zamierza on złożyć wniosku, skutkuje utratą prawa do złożenia wniosku o zgodę sądu na odstąpienie od umowy.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1207.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 73 ust. 6	Uniwersytet Opolski	Proponuje się dokonanie korekty ust. 6  Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty ust. 6  6. Jeżeli kierownik podmiotu szpitalnego poinformował drugą stronę o złożeniu wniosku do sądu, druga strona może wstrzymać się ze spełnieniem świadczenia do dnia uprawomocnienia się postanowienia sądu oddalającego wniosek kierownika podmiotu szpitalnego albo do chwili złożenia przez kierownika podmiotu szpitalnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Art. 38-49 nie zostały wykreślone.
1208.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 73 ust. 7	POLMED – Ogólnopolska Izba Gospodarcza	Przepis ten dotyczy świadczeń spełnionych po wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego. Nie zostało sprecyzowane, w jaki sposób może być dochodzona wierzytelność. Nie wiadomo w szczególności, czy chodzi tylko o możliwość zgłoszenia wierzytelności do układu.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Dochodzenie wierzytelności będzie odbywać się na zasadach ogólnych.



			Wyrobów Medycznych	Propozycja: Doprecyzowanie, sposobu dochodzenia należności.	
1209.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 73 ust. 7	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dokonanie korekty ust. 7</p> <p>Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty ust. 7</p> <p>Propozycja: 7. Jeżeli kierownik podmiotu szpitalnego odstąpił od umowy, druga strona może żądać zwrotu świadczenia spełnionego po wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego, a przed dojściem do niej oświadczenia o odstąpieniu od umowy, jeżeli świadczenie to znajduje się w majątku podmiotu szpitalnego. W przypadku, gdy jest to niemożliwe, druga strona może dochodzić jedynie wierzytelności z tytułu wykonania zobowiązania i poniesionych strat.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 38-49 nie zostały wykreślone.</p>
1210.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 74	Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Szpitali Specjalistycznych w Olsztynie	<p>Wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego wpływa na stosunki pracy i wywołuje w zakresie praw i obowiązków pracowników i pracodawcy takie same skutki, jak otwarcie postępowania sanacyjnego, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, przy czym uprawnienia zarządcy, w rozumieniu tej ustawy, wykonuje nadzorca. Ustawodawca pozbawił kierownika podmiotu szpitalnego uprawnień z zakresu prawa pracy, nie zdjął z niego odpowiedzialności, a uprawnienia przekazał nadzorcy. Nie określono odpowiedzialności z tego tytułu, po odejściu specjalistów, po wdrożeniu tzw. restrukturyzacji zatrudnienia – kto przejmie odpowiedzialność za te decyzje?</p> <p>Art. 74 należy dookreślić zakres odpowiedzialności nadzorcy za wprowadzone zmiany z zakresu stosunku pracy.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Restrukturyzacja zatrudnienia wymaga zatwierdzenia przez sąd.</p>
1211.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 74	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	<p>Wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego wpływa na stosunki pracy i wywołuje w zakresie praw i obowiązków pracowników i pracodawcy takie same skutki, jak otwarcie postępowania sanacyjnego, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, przy czym uprawnienia zarządcy, w rozumieniu tej ustawy, wykonuje nadzorca.</p> <p>Projektodawca pozbawił kierownika podmiotu szpitalnego uprawnień z zakresu prawa pracy, nie zdjął z niego odpowiedzialności, a uprawnienia przekazał nadzorcy. Nie określono odpowiedzialności z tego tytułu, po odejściu specjalistów, po wdrożeniu tzw. restrukturyzacji zatrudnienia – kto przejmie odpowiedzialność za te decyzje?</p> <p>Art. 74 należy dookreślić zakres odpowiedzialności nadzorcy za wprowadzone zmiany z zakresu stosunku pracy.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Restrukturyzacja zatrudnienia wymaga zatwierdzenia przez sąd.</p>
1212.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 74	Związek Województw RP - Województwo	<p>Odwołanie – w zakresie stosunków pracy – do skutków otwarcia postępowania sanacyjnego w rozumieniu ustawy Prawo restrukturyzacyjne. W art.300 Prawa restrukturyzacyjnego zawarto „kalkę” regulacji projektowanej w art.74 z tym, że następuje tam odwołanie do „ogłoszenia</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W ocenie projektodawcy odwołanie jest prawidłowe.</p>

			Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	upadłości”. Czy nie prościej zatem odwołać się wprost do ustawy Prawo upadłościowe ?	
1213.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 74	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Wszczęcie postępowania naprawczo – rozwojowego wywołuje takie same skutki w zakresie praw i obowiązków pracowników jak ogłoszenie upadłości co oznacza m.in. dopuszczalność zwolnienia pracowników w okresie ochronnym oraz skrócenia okresu wypowiedzenia z 3 miesięcy do miesiąca. Może to spowodować destabilizację i zamieszanie wśród pracowników, co z kolei może wpłynąć na jakość wykonywanej pracy lub utratę wartościowych pracowników - specjalistów, którzy w obawie przed zwolnieniem zdecydują się na zmianę pracodawcy.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Restrukturyzacja zatrudnienia jest jednym z środków naprawczo-rozwojowych, który może ale nie musi być zastosowany w każdym przypadku. Restrukturyzacja zatrudnienia wymaga zatwierdzenia przez sąd.
1214.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 74	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ "Solidarność"	Art.74 powinien obejmować szczególne rozwiązania dotyczące działań osłonowych w stosunku do pracowników podmiotów leczniczych, w których zakładane jest dokonanie wypowiedzeń umów o pracę albo zmniejszenia wysokości wynagrodzeń. Obecne odwołanie się jedynie do przepisów prawa dot. wszystkich grup zawodowych, wynikających z norm art.300 prawa restrukturyzacyjnego nie stanowi właściwego rozwiązania problemu, ponieważ pracownicy podmiotów leczniczych ze względu na gwarantowanie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli nie powinni podlegać jedynie ogólnym przepisom dotyczącym zwolnień z przyczyn niedotyczących pracowników (zwolnień grupowych). Należy przypomnieć, że od wprowadzenia systemu ubezpieczeń zdrowotnych kilkakrotnie prowadzono działania osłonowe, zarówno wprowadzone programami ustanawianymi przez Radę Ministrów albo przepisami ustawowymi, w szczególności ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Niestety jak czas pokazał były to decyzje co najmniej błędne i w rezultacie doprowadziły do bezpowrotnej utraty wysokokwalifikowanej kadry pracowniczej z systemu opieki zdrowotnej. Wprowadzone przepisy powinny w pierwszej kolejności uwzględniać udział zakładowych organizacji związkowych w opiniowaniu działań proponowanych działań restrukturyzacyjnych, które powinny poprzedzać ewentualne przeprowadzenie wypowiedzeń stosunków pracy pracowników albo zmniejszenie ich wynagrodzeń, przy czym te ostatnie działania mogą powodować także wypowiedzenia tych umów ale dokonywane przez samych pracowników. Aktualne określenie w art.56 ust.2 konieczności podania w planie naprawczo-rozwojowym zasad i liczby zwalnianych pracowników a następnie zatwierdzenia przez sąd (ust.3) nie wydaje się uwzględniać roli zakładowych organizacji związkowych w takiego typu procesach.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1215.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 74	Uniwersytet Opolski	Proponuje się dokonanie korekty art. 74  Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty art. 74	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Art. 38-49 nie zostały wykreślone.

				Art. 74. Wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego wpływa na stosunki pracy i wywołuje w zakresie praw i obowiązków pracowników i pracodawcy takie same skutki, jak otwarcie postępowania sanacyjnego, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne.	
1216.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 74	Związek Województw RP - Województwo Warmińsko-Mazurskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego wpływa na stosunki pracy i wywołuje w zakresie praw i obowiązków pracowników i pracodawcy takie same skutki, jak otwarcie postępowania sanacyjnego, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, przy czym uprawnienia zarządcy, w rozumieniu tej ustawy, wykonuje nadzorca.</p> <p>Ustawodawca pozbawił kierownika podmiotu szpitalnego uprawnień z zakresu prawa pracy, nie zdjął z niego odpowiedzialności, a uprawnienia przekazał nadzorcy. Nie określono odpowiedzialności z tego tytułu, po odejściu specjalistów, po wdrożeniu tzw. restrukturyzacji zatrudnienia – kto przejmie odpowiedzialność za te decyzje?</p> <p>Propozycja: Art. 74 należy dookreślić zakres odpowiedzialności nadzorcy za wprowadzone zmiany z zakresu stosunku pracy.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Restrukturyzacja zatrudnienia wymaga zatwierdzenia przez sąd.</p>
1217.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Dopuszcza zbycie mienia podmiotu szpitalnego przez nadzorcę. Podmiot tworzący, który w większości przypadków finansował zakup majątku dla podmiotu szpitalnego, nie ma wpływu na te czynności.</p> <p>Przepis wyklucza udział jednostki samorządu terytorialnego będącego podmiotem tworzącym dla jednostki.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zasady zbycia mienia będą określone w planie naprawczo-rozwojowym opiniowanym przez podmiot nadzorujący.</p>
1218.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75	Polska Federacja Szpitali	<p>Uzupełnienia wymaga też zapis artykuł 75 dotyczący zbycia składników mienia należącego do podmiotu szpitalnego. Zgodnie z ustępem 1 tego artykułu składniki mogą zostać zbyte przez nadzorcę za zgodą sądu, który określa warunki zbycia:</p> <p>Ponownie pojawia się kwestia potencjalnych opóźnień związanych z obciążeniem jednego sądu, który ma być wyznaczony w do rozpoznawania wszystkich tych spraw z ustawy.</p> <p>Pojawia się pytanie: W jaki sposób sąd ma wyznaczać warunki zbycia składników majątku? Na podstawie czego?</p> <p>I wreszcie - zapis koliduje z ustawowymi zasadami zbywania składników majątku na przykład samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wynikającymi z Ustawy o działalności leczniczej, którą to kolizję należałoby usunąć.</p> <p>Zapis art. 75 ust. 1 formułuje ogólne przyzwolenie na zbywanie składników mienia należącego do podmiotu szpitalnego. Uzasadnione byłoby uzależnienie zakresu zbywanego imienia od celu prowadzonego postępowania i wyłączyć z możliwości zbycia takie składniki majątku, które</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych. Dla przykładu można wskazać art. 54 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej czy regulacje dotyczące podziału i reorganizacji instytutu badawczego będącego podmiotem szpitalnym, które nie będą mogły być stosowane w trakcie trwania postępowania naprawczo-rozwojowego.</p> <p>Zasady zbycia mienia będą określone w planie naprawczo-rozwojowym opiniowanym przez podmiot nadzorujący.</p>

				będą niezbędne do kontynuowania działalności po zakończeniu postępowania (tak by nie tworzyć sytuacji z jednej strony grający w wątpliwości co do zakresu mienia która ma zostać zbyte i jest możliwe do zbycia a z drugiej strony w celu usunięcia ewentualnych nadużyć w tym zakresie).	
1219.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75	Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Szpitali Specjalistycznych w Olsztynie	Pozwala Nadzorcy/zarządcy na wyprzedaż majątku szpitalnego bez zgody podmiotu nadzorującego/tworzącego. Aparatura medyczna znajdująca się w szpitalach, została zakupiona często ze środków unijnych bądź dotacji podmiotów tworzących, co niemal zawsze związane jest z zakazem ich zbywania w określonym okresie. Ponadto wydaje się że zbywanie majątku podmiotu szpitalnego jest zbyt dużą kompetencją nadzorcy/zarządcy, gdyż może się okazać, że plan naprawczo-rozwojowy będzie zmieniony (to nawet dopuszcza projekt), a w międzyczasie aparatura będzie sprzedana. Art. 75.1 Wyłączenie z możliwości zbycia składników mienia należącego do podmiotu szpitalnego przez nadzorcę/zarządcę.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Okoliczność z jakich środków została zakupiona aparatura będzie musiała zostać wzięta pod uwagę podczas tworzenia planu. Zasady zbycia mienia będą określone w planie naprawczo-rozwojowym opiniowanym przez podmiot nadzorujący.
1220.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	Pozwala Nadzorcy/zarządcy na wyprzedaż majątku szpitalnego bez zgody podmiotu nadzorującego/tworzącego. Aparatura medyczna znajdująca się w szpitalach, została zakupiona często ze środków unijnych bądź dotacji podmiotów tworzących, co niemal zawsze związane jest z zakazem ich zbywania w określonym okresie. Ponadto wydaje się, że zbywanie majątku podmiotu szpitalnego jest zbyt dużą kompetencją nadzorcy/zarządcy, gdyż może się okazać, że plan naprawczo-rozwojowy będzie zmieniony (to nawet dopuszcza projekt), a w międzyczasie aparatura będzie sprzedana. Art. 75 ust. 1 Wyłączenie z możliwości zbycia składników mienia należącego do podmiotu szpitalnego przez nadzorcę/zarządcę.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Okoliczność z jakich środków została zakupiona aparatura będzie musiała zostać wzięta pod uwagę podczas tworzenia planu. Zasady zbycia mienia będą określone w planie naprawczo-rozwojowym opiniowanym przez podmiot nadzorujący.
1221.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Składniki mienia należącego do podmiotu szpitalnego mogą zostać zbyte przez nadzorcę za zgodą sądu, który określa warunki ich zbycia Ustawa powinna precyzować zasady, kiedy zbycie majątku jest dopuszczalne przez nadzorcę, w jakim celu i w jakiej formie. Wycena składników winna odnosić się do wartości rynkowej a nie do wyceny analogicznie jak w postępowaniu upadłościowym, co jest niekorzystne dla podmiotu. Prawo wykupu składników mienia analogicznie do Ministra powinny mieć też inne podmioty tworzące lub wspólnik będący jednostką samorządu terytorialnego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Zasady zbycia mienia będą określone w planie naprawczo-rozwojowym opiniowanym przez podmiot nadzorujący. Przepis wzorowany na art. 323 Prawa restrukturyzacyjnego.
1222.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie	Wydaje się że znaczącego uzupełnienia wymaga też zapis artykuł 75 dotyczący zbycia składników mienia należącego do podmiotu szpitalnego. Zgodnie z ustępem 1 tego artykułu składniki mogą zostać zbyte przez nadzorcę za zgodą sądu, który określa warunki zbycia:	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> W uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex</i>

			(za pośrednictwem KWRiST)	<p>Ponownie pojawia się kwestia potencjalnych opóźnień związanych z obciążeniem jednego sądu, który ma być wyznaczony w do rozpoznawania wszystkich tych spraw z ustawy. Pojawia się pytanie: W jaki sposób sąd ma wyznaczać warunki zbycia składników majątku? Na podstawie czego?</p> <p>I wreszcie - zapis koliduje z ustawowymi zasadami zbywania składników majątku na przykład samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wynikającymi z Ustawy o działalności leczniczej, którą to kolizję należałoby usunąć.</p>	<p><i>specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych. Dla przykładu można wskazać art. 54 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej czy regulacje dotyczące podziału i reorganizacji instytutu badawczego będącego podmiotem szpitalnym, które nie będą mogły być stosowane w trakcie trwania postępowania naprawczo-rozwojowego.</p> <p>Zasady zbycia mienia będą określone w planie naprawczo-rozwojowym opiniowanym przez podmiot nadzorujący.</p> <p>Projekt ma na celu stworzenia sądownictwa wyspecjalizowanego, które będzie dedykowane tylko do tej, stosunkowo wąskiej i jednorodnej kategorii spraw, a przez to zdoła wypracować najwyższe standardy orzecnicze gwarantując sprawne i jednolite rozpoznawanie spraw.</p>
1223.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Wydaje się że znaczącego uzupełnienia wymaga też zapis artykuł 75 dotyczący zbycia składników mienia należącego do podmiotu szpitalnego. Zgodnie z ustępem 1 tego artykułu składniki mogą zostać zbyte przez nadzorcę za zgodą sądu, który określa warunki zbycia:</p> <p>Zapis art. 75 ust. 1 formułuje ogólne przyzwolenie na zbywanie składników mienia należącego do podmiotu szpitalnego. Uzasadnione byłoby uzależnienie zakresu zbywanego imienia od celu prowadzonego postępowania i wyłączyć z możliwości zbycia takie składniki majątku, które będą niezbędne do kontynuowania działalności po zakończeniu postępowania (tak by nie tworzyć sytuacji z jednej strony grający w wątpliwości co do zakresu mienia która ma zostać zbyte i jest możliwe do zbycia a z drugiej strony w celu usunięcia ewentualnych nadużyć w tym zakresie).</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych. Dla przykładu można wskazać art. 54 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej czy regulacje dotyczące podziału i reorganizacji instytutu badawczego będącego podmiotem szpitalnym, które nie będą mogły być stosowane w trakcie trwania postępowania naprawczo-rozwojowego.</p> <p>Zasady zbycia mienia będą określone w planie naprawczo-rozwojowym opiniowanym przez podmiot nadzorujący.</p> <p>Projekt ma na celu stworzenia sądownictwa wyspecjalizowanego, które będzie dedykowane tylko do tej, stosunkowo wąskiej i jednorodnej kategorii spraw, a przez to zdoła wypracować najwyższe standardy orzecnicze gwarantując sprawne i jednolite rozpoznawanie spraw.</p>
1224.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75	Związek Województw	Przejęcie zarządzania majątkiem szpitala	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

			RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Możliwość sprzedaży majątku szpitala, łączenie, likwidacja oddziałów, zwalnianie pracowników  Wykreślenie zapisu	Zasady zbycia mienia będą określone w planie naprawczo-rozwojowym opiniowanym przez podmiot nadzorujący i zatwierdzonym przez Prezesa Agencji.
1225.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	Zapis uprawnia nadzorcę do sprzedaży mienia, stanowiącego cudzą własność.  Nadzorca jako osoba nie ponosząca odpowiedzialności za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego (art. 43), nie może mieć decydującego wpływu zbywanie jego majątku.  Przepis należy wykreślić	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zasady zbycia mienia będą określone w planie naprawczo-rozwojowym opiniowanym przez podmiot nadzorujący i zatwierdzonym przez Prezesa Agencji. Zbycie mienia jest możliwością a nie obowiązkiem w każdym przypadku.
1226.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Składniki mienia należące do podmiotu szpitalnego mogą zostać zbyte przez nadzorcę za zgodą sądu, który określa warunki ich zbycia.  Ustawa powinna precyzować zasady, kiedy zbycie majątku jest dopuszczalne przez nadzorcę, w jakim celu i w jakiej formie. Wycena składników winna odnosić się do wartości rynkowej a nie do wyceny analogicznie jak w postępowaniu upadłościowym, co jest niekorzystne dla podmiotu. Prawo wykupu składników mienia analogicznie do Ministra powinny mieć też inne podmioty tworzące lub wspólnik będący jednostką samorządu terytorialnego. Ponadto zasadnym jest ujednoczenie zapisów - w ust. 1 mowa jest o składnikach mienia, natomiast w ust. 2 - majątku.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zasady zbycia mienia będą określone w planie naprawczo-rozwojowym opiniowanym przez podmiot nadzorujący i zatwierdzonym przez Prezesa Agencji. Zbycie mienia jest możliwością a nie obowiązkiem w każdym przypadku. Przepis analogiczny do art. 323 Prawa restrukturyzacyjnego.
1227.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	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.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych. Dla przykładu można wskazać art. 54 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej czy regulacje dotyczące podziału i reorganizacji instytutu badawczego będącego podmiotem szpitalnym, które nie będą mogły być stosowane w trakcie trwania postępowania naprawczo-rozwojowego. Okoliczność z jakich środków została zakupiona aparatura będzie musiała zostać wzięta pod uwagę podczas tworzenia planu. Zbycie mienia jest możliwością a nie obowiązkiem w każdym przypadku.

1228.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	<p>Skreślić lub zmodyfikować w odniesieniu do mienia samorządowych podmiotów leczniczych. Przepis pomija kwestię konieczności utrzymania w wielu przypadkach trwałości projektu.</p> <p>Projektowana regulacja stanowi istotny wyłom od zasady przyjętej w ustawie o działalności leczniczej a dotyczącej ochrony majątku podmiotów leczniczych sektora publicznego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych. Dla przykładu można wskazać art. 54 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej czy regulacje dotyczące podziału i reorganizacji instytutu badawczego będącego podmiotem szpitalnym, które nie będą mogły być stosowane w trakcie trwania postępowania naprawczo-rozwojowego. Okoliczność z jakich środków została zakupiona aparatura będzie musiała zostać wzięta pod uwagę podczas tworzenia planu. Zbycie mienia jest możliwością a nie obowiązkiem w każdym przypadku.</p>
1229.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Dopuszcza zbycie mienia podmiotu szpitalnego przez nadzorcę. Podmiot tworzący, który w większości przypadków finansował zakup majątku dla pomiotu szpitalnego, nie ma wpływu na te czynności.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zasady zbycia mienia będą określone w planie naprawczo-rozwojowym opiniowanym przez podmiot nadzorujący i zatwierdzonym przez Prezesa Agencji. Zbycie mienia jest możliwością a nie obowiązkiem w każdym przypadku.</p>
1230.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75	Związek Województw RP - Województwo Warmińsko-Mazurskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Pozwala Nadzorcy/zarządcy na wyprzedaż majątku szpitalnego bez zgody podmiotu nadzorującego/tworzącego</p> <p>Aparatura medyczna znajdująca się w szpitalach, została zakupiona często ze środków unijnych bądź dotacji podmiotów tworzących, co niemal zawsze związane jest z zakazem ich zbywania w określonym okresie. Ponadto wydaje się że zbywanie majątku podmiotu szpitalnego jest zbyt dużą kompetencją nadzorcy/zarządcy, gdyż może się okazać, że plan naprawczo-rozwojowy będzie zmieniony (to nawet dopuszcza projekt), a w międzyczasie aparatura będzie sprzedana.</p> <p>Propozycja: Art. 75.1 Wyłączenie z możliwości zbycia składników mienia należącego do podmiotu szpitalnego przez nadzorcę/zarządcę</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Okoliczność z jakich środków została zakupiona aparatura będzie musiała zostać wzięta pod uwagę podczas tworzenia planu. Zasady zbycia mienia będą określone w planie naprawczo-rozwojowym opiniowanym przez podmiot nadzorujący i zatwierdzonym przez Prezesa Agencji. Zbycie mienia jest możliwością a nie obowiązkiem w każdym przypadku.</p>
1231.	Rozdział 7 (Oddział 4), Rozdział 7 (Oddział 2), Rozdział 10	art. 75 w zw. z art. 54, art. 125 pkt 1)	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>- sprzeczność zapisów, ustawa zakłada założenie, które jest zgodne z postanowieniami UDL, o utrzymaniu przez podmiot szpitalny zarządu majątkiem własnym oraz nie pozbawia kierownika podmiotu leczniczego prawa jego reprezentacji. O ile Prezes Agencji nie skorzysta z uprawnienie „zmiany” kierownika podmiotu szpitalnego. Zatem za sprzeczne z UDL oraz kodeksem cywilnym w zakresie zasady reprezentacji organu należy uznać</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex</i></p>

				<p>przewidziane w art. 75 uprawnie do zbycia składnika mienia podmiotu szpitalnego przez nadzorcę.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- brak ścisłego określenie w art. 75 ust. 9 czynności zwykłego zarządu, dla których dokonania nadzorca nie musi uzyskać zgody sądu;</li> <li>- ustawa nie wyłącza obowiązków z UDL w zakresie odpowiedzialności kierownika SPZOZ , czy gospodarowania mieniem, np. art. 48 ust. 2 pkt 1) lit. a ) UDL dot. opinia rady społecznej w sprawie zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego, art. 43 UDL dot. pozbawienie mienia SPZOZ w razie połączenia albo przekształcenia.</li> </ul> <p>Skreślić art. 75</p>	<p><i>specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych. Dla przykładu można wskazać art. 54 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej czy regulacje dotyczące podziału i reorganizacji instytutu badawczego będącego podmiotem szpitalnym, które nie będą mogły być stosowane w trakcie trwania postępowania naprawczo-rozwojowego.</p>
1232.	Rozdział 7 (Oddział 4), Rozdział 7 (Oddział 2), Rozdział 10	art. 75 w zw. z art. 54, art. 125 pkt 1)	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Sprzeczność zapisów, ustawa zakłada założenie, które jest zgodne z postanowieniami UDL, o utrzymaniu przez podmiot szpitalny zarządu majątkiem własnym oraz nie pozbawia kierownika podmiotu leczniczego prawa jego reprezentacji. O ile Prezes Agencji nie skorzysta z uprawnienia „zmiany” kierownika podmiotu szpitalnego. Zatem za sprzeczne z UDL oraz kodeksem cywilnym w zakresie reprezentacji organu należy uznać przewidziane w art. 75 uprawnienia do zbycia składnika mienia podmiotu szpitalnego przez nadzorcę; brak ścisłego określenia w art. 75 ust. 9 czynności zwykłego zarządu, dla których dokonania nadzorca nie musi uzyskać zgody sądu; Ustawa nie wyłącza obowiązków z UDL w zakresie odpowiedzialności kierownika SPZOZ, czy gospodarowania mieniem, np. art. 48 ust. 2 pkt 1) lit. a ) UDL dot. opinia rady społecznej w sprawie zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego, art. 43 UDL dot. pozbawienie mienia SPZOZ w razie połączenia albo przekształcenia.</p> <p>Propozycja skreślenia art. 75.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych. Dla przykładu można wskazać art. 54 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej czy regulacje dotyczące podziału i reorganizacji instytutu badawczego będącego podmiotem szpitalnym, które nie będą mogły być stosowane w trakcie trwania postępowania naprawczo-rozwojowego.</p>
1233.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75 ust. 1	Wielkopolski Związek Szpitali	<p>Art. 75 1. Składniki mienia należącego do podmiotu szpitalnego mogą zostać zbyte przez nadzorcę za zgodą sądu, który określa warunki ich zbycia. (...)</p> <p>Realizacja zapisu doprowadzi do sprzedaży mienia, nie należącego do nadzorcy.</p> <p>Zdecydowany brak zgody na zbywanie majątku szpitala bez uzyskania zgody właściciela - podmiotu nadzorującego oraz kierownika podmiotu leczniczego. Nadzorca jako osoba nie ponosząca odpowiedzialności za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego (art. 43), nie może mieć decydującego wpływu zbywanie jego majątku.</p> <p>Bezwzględna konieczność usunięcia art. 75.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zasady zbycia mienia będą określone w planie naprawczo-rozwojowym opiniowanym przez podmiot nadzorujący i zatwierdzonym przez Prezesa Agencji. Zbycie mienia jest możliwością a nie obowiązkiem w każdym przypadku.</p>
1234.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75 ust. 1	Związek Województw RP -	<p>Składniki mienia należącego do podmiotu szpitalnego mogą zostać zbyte przez nadzorcę za zgodą sądu, który określa warunki ich zbycia.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p>



			Województwo Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2021.711 ze zm.) wskazuje, że:</p> <p>- Zbycie aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, oddanie ich w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie może nastąpić wyłącznie na zasadach określonych przez podmiot tworzący (art.54 ust. 2)</p> <p>- Zasady, o których mowa w ust. 2, polegają w szczególności na ustanowieniu wymogu uzyskania zgody podmiotu tworzącego na zbycie, wydzierżawienie, wynajęcie, oddanie w użytkowanie oraz użyczenie aktywów trwałych (art.54 ust. 3).</p> <p>W świetle obowiązujących przepisów zasady zbycia aktywów trwałych przez podmiot leczniczy są ściśle uregulowane przez podmiot tworzący.</p> <p>W tym zakresie treść projektu ustawy może być różnie interpretowana. Powstaje pytanie czy składniki mienia zbywane za zgodą sądu, który określa warunki ich zbycia:</p> <p>a) powoduje automatyczne wygaśnięcie ustawowych zapisów w tym zakresie,</p> <p>b) czy podmiot leczniczy będzie jednak zobowiązany (i na którym etapie) do uzyskania stosownych zgód podmiotu tworzącego.</p> <p>Propozycja: Doprecyzowanie zapisów projektu ustawy w tym zakresie oraz skorelowanie ich z zadaniami podmiotu tworzącego wynikających z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.</p>	W uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych. Dla przykładu można wskazać art. 54 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej czy regulacje dotyczące podziału i reorganizacji instytutu badawczego będącego podmiotem szpitalnym, które nie będą mogły być stosowane w trakcie trwania postępowania naprawczo-rozwojowego.
1235.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>dodanie zapisu:</p> <p>„Składniki mienia należące do podmiotu szpitalnego mogą zostać zbyte jeżeli podmiot tworzący nie zamierza ich wykorzystać na potrzeby własne lub innego podmiotu szpitalnego”</p> <p>Mienie podmiotu szpitalnego może być niezbędne do realizacji zadań podmiotu tworzącego bądź innego podmiotu szpitalnego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Środki pochodzące ze zbycia będą przeznaczone na zaspokojenie potrzeb podmiotu szpitalnego.</p>
1236.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75 ust. 1	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dokonanie korekty ust. 1</p> <p>"Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty ust. 1.</p> <p>Ponadto, koniecznym jest dodanie wymogu uzyskania zgody podmiotu nadzorującego na zbycie mienia przez podmiot szpitalny.</p> <p>Zaproponowane brzmienie art. 75 ust. 1 projektowanej ustawy skutkuje możliwością zbywania mienia podmiotu szpitalnego przez nadzorcę, bez konieczności uzyskania zgody podmiotu nadzorującego, co w rzeczywistości oznacza ograniczenie kompetencji podmiotu nadzorującego w odniesieniu do mienia będącego w gospodarowaniu przez podmiot szpitalny.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 38-49 nie zostały wykreślone.</p> <p>W uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych. Dla przykładu można wskazać art. 54 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej czy regulacje dotyczące podziału i reorganizacji instytutu badawczego będącego podmiotem szpitalnym, które</p>

				<p>Ponadto, art. 75 ust. 1 projektowanej ustawy stoi w sprzeczności z art. 54 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 711 z późn. zm.) zgodnie z którym: ""Zasady, o których mowa w ust. 2, polegają w szczególności na ustanowieniu wymogu uzyskania zgody podmiotu tworzącego na zbycie, wydzierżawienie, wynajęcie, oddanie w użytkowanie oraz użyczenie aktywów trwałych. "</p> <p>Propozycja: Art. 75. 1. Składniki mienia należące do podmiotu szpitalnego mogą zostać zbyte przez kierownika podmiotu szpitalnego, za zgodą sądu, który określa warunki ich zbycia, po uprzednim uzyskaniu zgody podmiotu nadzorującego.</p>	nie będą mogły być stosowane w trakcie trwania postępowania naprawczo-rozwojowego.
1237.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75 ust. 1 i 2	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: Składników mienia  Proponowane brzmienie: Składników majątku  Chodzi o ujednoczenie: w ust. 1 mowa jest o składnikach mienia, a w ust. 2 – majątku.  Doprecyzowanie zapisu.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Przepis analogiczny do art. 323 Prawa restrukturyzacyjnego.</p>
1238.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75 ust. 2	Rada Główna Instytutów Badawczych	na jakich zasadach działa to wymaga doprecyzowania?	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zasady wynikają z ust. 3-9.</p>
1239.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75 ust. 2	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	na jakich zasadach działa to wymaga doprecyzowania?	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zasady wynikają z ust. 3-9.</p>
1240.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75 ust. 3	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dokonanie korekty ust. 3</p> <p>"Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty ust. 7. Dodanie wymogu uzyskania zgody podmiotu nadzorującego na zbycie mienia przez podmiot szpitalny.  Dalsza część uzasadnienia j.w."</p> <p>"3. O zamiarze sprzedaży składników majątku służących do prowadzenia działalności w dziedzinie obronności i bezpieczeństwa państwa kierownik podmiotu szpitalnego zawiadamia Ministra Obrony Narodowej, po uprzednim uzyskaniu zgody podmiotu nadzorującego, który może przedstawić kierownikowi podmiotu szpitalnego w terminie:  ..."</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Art. 38-49 nie zostały wykreślone.</p>
1241.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75 ust. 5	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dokonanie korekty ust. 5</p> <p>Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty ust. 5.</p> <p>Propozycja: "5. Na postanowienie ustalające cenę sprzedaży, po której jest dokonywany wykup, o którym mowa w ust. 2, zażalenie przysługuje Ministrowi Obrony Narodowej, wierzycielom,</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Art. 38-49 nie zostały wykreślone.</p>

				podmiotowi szpitalnemu. "	
1242.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75 ust. 5	Rada Główna Instytutów Badawczych	jaki jest termin na wniesienie zażalenia?	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Termin jest tygodniowy i wynika z przepisów Prawa restrukturyzacyjnego.
1243.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75 ust. 5	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	jaki jest termin na wniesienie zażalenia?	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Termin jest tygodniowy i wynika z przepisów Prawa restrukturyzacyjnego.
1244.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 75 ust. 8	Uniwersytet Opolski	Proponuje się dokonanie korekty ust. 6  Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty ust. 6.  Propozycja: "8. Kierownik podmiotu szpitalnego sporządza odrębny plan podziału sum uzyskanych ze sprzedaży rzeczy, wierzytelności i praw obciążonych hipoteką, zastawem, zastawem rejestrowym, zastawem skarbowym lub hipoteką morską zgodnie z przepisami ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. – Prawo upadłościowe."	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Art. 38-49 nie zostały wykreślone.
1245.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 76	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Dopuszcza przeprofilowanie się podmiotu szpitalnego w całości lub części.	<b>Uwaga uwzględniona.</b> Przepisy ustawy przewidują takie rozwiązanie.
1246.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 76	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Wprowadzić zapisy gwarancyjne dla podmiotu szpitalnego dot. uzyskania finansowania świadczeń w nowych zakresach.  Projekt w żaden sposób nie odnosi się do kwestii zabezpieczenia finansowania podmiotu szpitalnego w przypadku przeprofilowania. Przeprofilowanie to nie tylko wyodrębnienie nowych komórek organizacyjnych lub likwidacja komórek dotychczas istniejących, ale przede wszystkim kwestia zapewnienia odpowiedniego sprzętu i wyposażenia zgodnego z wymogami NFZ, personelu w liczbie odpowiadającej wymogom NFZ, a przede wszystkim gwarancja uzyskania finansowania nowych zakresów świadczeń. W obecnym systemie kontraktowania, połączonym z systemem podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, nie wydaje się to możliwe do przeprowadzenia. Koniecznym jest określenie w przepisach mechanizmów gwarantujących uzyskanie finansowania przez nowo utworzone w procesie realizacji planu naprawczo-rozwojowego komórki organizacyjne podmiotu szpitalnego. W przeciwnym razie realizacja planu przyniesie same koszty związane ze zmianami organizacyjnymi.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

1247.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 76	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Wprowadzić zapis dot. zapewnienia finansowania (kontraktu) z NFZ świadczeń ujętych w postępowaniu naprawczo rozwojowym. Zapis ten zabezpieczy finansowanie świadczeń przeprofilowanej jednostce ochrony zdrowia. - uzupełnić o zapis, że powyższe zmiany wymagają uzgodnienia z wyższą uczelnią medyczną jako podmiotem nadzorczym podmiotu szpitalnego utworzonego	<b>Uwaga uwzględniona.</b>  Podmiot nadzorujący, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki – rada nadzorcza albo komisja rewizyjna będzie opiniował plan naprawczo-rozwojowy, który będzie zawierał informacje o przeprofilowaniu. Ponadto na postanowienie Prezesa Agencji o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu służyć będzie zażalenie do sądu w zakresie, w jakim plan naprawczo-rozwojowy przewiduje przeprofilowanie lub zmienia zakres lub liczbę świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmiot szpitalny.
1248.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 76	Polska Unia Szpitali Klinicznych	- przeprofilowanie działalności leczniczej podmiotu szpitalnego w całości albo w części ma się odbywać na koszt Agencji zgodnie z zatwierdzonym planem naprawczo- rozwojowym. Plan taki nie musi być zgodny z planami wojewódzkimi, czy potrzebami wyższej uczelni medycznej w zakresie działalności dydaktycznej i badawczej prowadzonej a bazie klinicznej	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Przeprofilowanie będzie dokonywane w celu wykonania dyspozycji art. 3.
1249.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 76	Polska Unia Szpitali Klinicznych	W ramach postępowania naprawczo - rozpoznawczego działalność lecznicza podmiotu szpitalnego może podlegać przeprofilowaniu w całości lub w części  Konieczne jest odniesienie przeprofilowania to przepisów ustawy o świadczeniach i wymogów uzyskania opinii Jowisz w przypadku tworzenia nowych komórek organizacyjnych, ustawa winna w zakresie realizacji programów naprawczo - rozwojowych wyłączać obowiązki w zakresie uzyskania opinii JOWISZ	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1250.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 76	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Art. 76 stanowi, że koszty przeprofilowania działalności podmiotu leczniczego są zapewniane przez Agencję na zasadach ustalonych w zatwierdzonym planie naprawczo-rozwojowym. Brak jest natomiast bliższych rozwiązań w tym zakresie, co może oznaczać, że w planie obowiązek pokrycia tych kosztów obciążał będzie sam szpital lub podmiot założycielski. Stąd przepis powinien zostać uzupełniony poprzez wyraźne wskazanie, że koszty te pokryte zostaną ze środków Agencji lub innych środków z Budżetu Państwa.  Nieprecyzyjne zapisy Ustawy. Brak konkretnych obowiązków nałożonych na Agencję.  Propozycja: Uzupełnienie zapisów poprzez wyraźne wskazanie, że koszty te pokryte zostaną ze środków Agencji lub innych środków z Budżetu Państwa	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Źródła finansowania Agencji wskazane są w rozdziale dotyczącym Agencji.
1251.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 76	Związek Województw	Przeprofilowanie – brak rozwiązań związanych z gwarancjami dla podmiotu szpitalnego uzyskania finansowania świadczeń w nowych zakresach. Projekt	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

			RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	w żaden sposób nie odnosi się do kwestii zabezpieczenia finansowania podmiotu szpitalnego w przypadku przeprofilowania. Przeprofilowanie to nie tylko wyodrębnienie nowych komórek organizacyjnych lub likwidacja komórek dotychczas istniejących, ale przede wszystkim kwestia zapewnienia odpowiedniego sprzętu i wyposażenia zgodnego z wymogami NFZ, personelu w liczbie odpowiadającej wymogom NFZ, a przede wszystkim gwarancja uzyskania finansowania nowych zakresów świadczeń. W obecnym systemie kontraktowania, połączonym z systemem podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, nie wydaje się to możliwe do przeprowadzenia. Koniecznym jest określenie w przepisach mechanizmów gwarantujących uzyskanie finansowania przez nowo utworzone w procesie realizacji planu naprawczo-rozwojowego komórki organizacyjne podmiotu szpitalnego. W przeciwnym razie realizacja planu przyniesie same koszty związane ze zmianami organizacyjnymi.	
1252.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 76	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	W ramach postępowania naprawczo - rozpoznawczego działalność lecznicza podmiotu szpitalnego może podlegać przeprofilowaniu w całości lub w części  Konieczne jest odniesienie przeprofilowania to przepisów ustawy o świadczeniach i wymogów uzyskania opinii Jowisz w przypadku tworzenia nowych komórek organizacyjnych, ustawa winna w zakresie realizacji programów naprawczo - rozwojowych wyłączać obowiązki w zakresie uzyskania opinii JOWISZ.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1253.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 76	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Przeprofilowanie działalności leczniczej podmiotu szpitalnego w całości albo w części ma się odbywać na koszt Agencji zgodnie z zatwierdzonym planem naprawczo-rozwojowym. Plan taki nie musi być zgodny z planami wojewódzkimi, czy potrzebami wyższej uczelni medycznej w zakresie działalności dydaktycznej i badawczej prowadzonej na bazie klinicznej.  Należy uzupełnić o zapis, że powyższe zmiany wymagają uzgodnienia z wyższą uczelnią medyczną jako podmiotem nadzorczym utworzonego podmiotu szpitalnego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Założenia projektu ustawy i sam projekt bazują na tym, żeby w części normatywnej nie rozróżniać podmiotów szpitalnych ze względu na ich profil działalności.
1254.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 76	Województwo Pomorskie	Przeprofilowanie działalności leczniczej  Działalność prowadzona jest w oparciu o zawierane z płatnikiem umowy na finansowanie określonego rodzaju świadczeń. W ustawie brak mechanizmów zobowiązujących płatników do zawierania umów w przypadku zasadności zmiany profilu działalności związanej z rozpoczęciem udzielania nowej, jeżeli jest to zasadne i zgodne z regionalnymi potrzebami. Przeprofilowanie jest bardzo poważną decyzją i powinno być poprzedzone szerokimi analizami. Tymczasem przepis nie przewiduje żadnych przesłanek dla tej decyzji - pozostawiając w zasadzie swobodę decyzji Prezesowi Agencji. Jest to bardzo daleka ingerencja w wolność podmiotu gospodarczego, a przede wszystkim funkcjonującego szpitala. Co więcej w uzasadnieniu	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				<p>projekt ustawy jest mowa, iż celem będzie wyeliminowanie konkurencji o pacjenta i personel medyczny.</p> <p>Wprowadzenie konkretnych mechanizmów zawierania bądź zmiany umów na finansowanie świadczeń związanych z koniecznością przeprofilowania działalności.</p>	
1255.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 76	Pracodawcy Pomorza	<p>Przeprofilowanie działalności leczniczej</p> <p>Propozycja: Wprowadzenie konkretnych mechanizmów zawierania bądź zmiany umów na finansowanie świadczeń związanych z koniecznością przeprofilowania działalności</p> <p>Uzasadnienie: Analogicznie jak do uwagi nr 8 - działalność prowadzona jest w oparciu o zawierane z płatnikiem umowy na finansowanie określonego rodzaju świadczeń. W ustawie brak mechanizmów zobowiązujących płatników do zawierania umów w przypadku zasadności zmiany profilu działalności związanej z rozpoczęciem udzielania nowej, jeżeli jest to zasadne i zgodne z regionalnymi potrzebami</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1256.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 76	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Dopuszcza przeprofilowanie się podmiotu szpitalnego w całości lub części.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Przepisy ustawy przewidują takie rozwiązanie.</p>
1257.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 76	Zarząd Powiatu w Wieluniu	<p>Skoordynowany nadzór nad szpitalami niesie ryzyko zmiany zakresu działalności poszczególnych szpitali . Odebranie wpływu na te działania dyrektorom i podmiotom tworzących</p> <p>Brak uwzględnienia opinii dyrektora i samorządu niesie za sobą ryzyko niedostosowania zmian do potencjału wewnętrznego – zwłaszcza ludzkiego przy wdrażaniu zmian</p> <p>Zapisy powinny uwzględniać możliwość wydawania opinii ze strony właściciela i uwzględniać dialog.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Plan naprawczo-rozwojowy będzie opracowywany przez nadzorcę we współpracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego, a następnie będzie z nim uzgadniany.</p> <p>Podmiot nadzorujący, a w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki – rada nadzorcza albo komisja rewizyjna będzie opiniował plan naprawczo-rozwojowy, który będzie zawierał informacje o przeprofilowaniu. Ponadto na postanowienie Prezesa Agencji o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu służyć będzie zażalenie do sądu w zakresie, w jakim plan naprawczo-rozwojowy przewiduje przeprofilowanie lub zmienia zakres lub liczbę świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmiot szpitalny.</p>
1258.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 76 ust. 1	Związek Województw RP -	<p>W ramach postępowania naprawczo-rozwojowego działalność lecznicza podmiotu szpitalnego może podlegać przeprofilowaniu w całości albo w części. Koszty związane z przeprofilowaniem są zapewniane przez Agencję</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

			Województwo Mazowieckie (za pośrednictwem KWRiST)	na zasadach ustalonych w zatwierdzonym planie naprawczo-rozwojowym. W przypadku zatwierdzenia przez Prezesa Agencji planu, konieczność zagwarantowania przez Agencję środków na zaplanowane działania naprawcze. Koniecznym jest również zapewnienie przez NFZ zawarcia z podmiotem szpitalnym kontraktu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach nowego rodzaju lub zakresu. Uzasadnienie: Zasadne jest zapewnienie środków finansowych w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia oraz mechanizmu gwarantującego (np. w formie promesy) podmiotom szpitalnym źródło pokrycia kosztów związanych z realizacją planów rozwojowo-naprawczych, w tym zmianą rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych (tzw. przeprofilowanie).	
1259.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 76 ust. 2	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p> dodanie zapisu:  „Przeprofilowanie będzie dostosowane do potrzeb zdrowotnych występujących na danym terenie, zgodnych ze Strategiami rozwoju danego samorządu:  Z uwagi na lokalny zakres ich działalności, władze regionu najlepiej znają potrzeby jego mieszkańców</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przeprofilowanie będzie dokonywane w celu wykonania dyspozycji art. 3.</p>
1260.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 76 ust. 3	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Zmienić termin <i>poniesione</i> na termin <i>zapewnione</i>.</p> <p>Koszty wymienione w art.73 ust. 3 powinny zostać „poniesione” (a nie „zapewniane”) przez Agencję.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p>
1261.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 76 ust. 3	Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Szpitali Specjalistycznych w Olsztynie	<p>Projekt nie wskazuje na jakich zasadach podmiot szpitalny uzyska środki na pokrycie kosztów zadań planu naprawczo-rozwojowego.</p> <p>Projekt nie wskazuje na jakich zasadach podmiot szpitalny uzyska środki na pokrycie kosztów zadań planu naprawczo-rozwojowego.</p> <p>Art. 76.3 należy dookreślić możliwe źródła finansowania podmiotu szpitalnego będącego w trakcie realizacji planu naprawczo-rozwojowego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Źródła finansowania Agencji wskazane są w rozdziale dotyczącym Agencji.</p>
1262.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 76 ust. 3	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	<p>Projekt nie wskazuje, na jakich zasadach podmiot szpitalny uzyska środki na pokrycie kosztów zadań planu naprawczo-rozwojowego.</p> <p>Projekt nie wskazuje, na jakich zasadach podmiot szpitalny uzyska środki na pokrycie kosztów zadań planu naprawczo-rozwojowego.</p> <p>Art. 76 ust. 3 należy dookreślić możliwe źródła finansowania podmiotu szpitalnego będącego w trakcie realizacji planu naprawczo-rozwojowego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Źródła finansowania Agencji wskazane są w rozdziale dotyczącym Agencji.</p>
1263.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 76 ust. 3	Związek Województw RP -	<p>Koszt przeprofilowania.</p> <p>Koszty wymienione w art.73 ust.3 powinny zostać „poniesione” (a nie „zapewniane”) przez Agencję.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p>

			Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)		
1264.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 76 ust. 3	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	Środki na przeprofilowanie powinny być również dostępne dla podmiotów leczniczych kategorii A i B, jeżeli przeprofilowanie jest przewidziane w planie rozwojowym.	<b>Uwaga uwzględniona.</b> Projekt już w tej chwili przewiduje taką możliwość.
1265.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 76 ust. 3	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	Środki na przeprofilowanie powinny być również dostępne dla podmiotów leczniczych kategorii A i B, jeżeli przeprofilowanie jest przewidziane w planie rozwojowym.	<b>Uwaga uwzględniona.</b> Projekt już w tej chwili przewiduje taką możliwość.
1266.	Rozdział 7 (Oddział 4)	art. 76 ust. 3	Związek Województw RP - Województwo Warmińsko-Mazurskie (za pośrednictwem KWRiST)	Projekt nie wskazuje na jakich zasadach podmiot szpitalny uzyska środki na pokrycie kosztów zadań planu naprawczo-rozwojowego. Projekt nie wskazuje na jakich zasadach podmiot szpitalny uzyska środki na pokrycie kosztów zadań planu naprawczo-rozwojowego. Propozycja: Art. 76.3 należy dookreślić możliwe źródła finansowania podmiotu szpitalnego będącego w trakcie realizacji planu naprawczo-rozwojowego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Źródła finansowania Agencji wskazane są w rozdziale dotyczącym Agencji.
1267.	Rozdział 7 (Oddział 5)	-	Prezydent Miasta Krakowa	Odnosząc się do proponowanych zmian w przepisach dotyczących kierownika sp zoz, informuję, że wskazane w projekcie przesłanki do zmiany kierownika podmiotu szpitalnego kategorii C, w drodze wydania stosownego postanowienia, mają charakter zbyt ogólny i dają dużą swobodę Prezesowi Agencji. Podobnie, w przypadku kierownika podmiotu kategorii D, proponowany w projekcie zapis wprowadza całkowitą dowolność dla podejmowanych przez Prezesa Agencji decyzji personalnych. Co więcej, na postanowienia w zakresie zmiany kierownika podmiotu szpitalnego kategorii D zażalenie nie przysługuje, powodując brak jakiegokolwiek kontroli sądowej nad decyzjami Prezesa. Ponadto, zaproponowany w projekcie ustawy zapis nie wskazuje jakiegokolwiek podstawy do podejmowania przez Prezesa Agencji decyzji dotyczącej wyboru kierownika sp zoz. Brak zastosowania trybu konkursowego dla wyboru przez Prezesa Agencji kierownika podmiotu szpitalnego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki nie zapewni konkurencyjności oraz przejrzystości w tym zakresie. W myśl obowiązujących przepisów ustawy o działalności leczniczej, podmiot tworzący nawiązuje z kierownikiem stosunek pracy albo zawiera umowę cywilnoprawną na 6 lat (z możliwością przedłużenia do 8 lat, jeżeli do osiągnięcia wieku emerytalnego pracownikowi brakuje nie więcej niż 2 lata). Opiniowany projekt ustawy nie wskazuje trybu i podstawy rozwiązania	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Przesłanki zmiany kierownika zostały wskazane w ustawie w taki sposób by pozostawić pewien zakres decyzyjności Prezesowi Agencji, pod kontrolą sądu. W przypadku powołania przez Prezesa Agencji kierownika podmiotu szpitalnego osoba ta będzie musiała spełniać wymagania przewidziane art. 120 ustawy.



				<p>stosunku pracy kierownika podmiotu szpitalnego opartego na podstawie powołania albo umowy o pracę oraz umowy cywilnoprawnej, co może spowodować powstanie roszczeń ze strony kierownika wobec podmiotu szpitalnego. Dodatkowo, w przypadku ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, okres, na który została zawarta umowa o zarządzanie podmiotem leczniczym, zostaje przedłużony o czas trwania danego stanu oraz o kolejne 90 dni od dnia jego odwołania. W projektowanych przepisach brak jest także odniesienia się do tego przepisu, co powoduje niespójność w tym zakresie.</p>	
1268.	Rozdział 7 (Oddział 5)	-	<p>Związek Województw RP - Województwo Wielkopolskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Jednym z uprawnień Prezesa Agencji jest możliwość zmiany kierownika podmiotu szpitalnego kategorii C lub D jeśli nie wywiązuje się z swoich zadań przy tworzeniu i realizacji planu naprawczo-rozwojowego oraz jeśli kierownik nie dba o swoje doskonalenie zawodowe w formie kształcenia ustawicznego. W powyższych sytuacjach zawieszono zostają uprawnienia podmiotu tworzącego do powoływania i odwoływania kierownika podmiotu szpitalnego.</p> <p>Działanie to ma znamiona zarządzania scentralizowanego z pomniejszeniem udziału jednostek samorządu terytorialnego</p> <p>Prezes Agencji powinien wystąpić z wnioskiem o odwołanie Kierownika do podmiotu tworzącego, który wniosek przyjmie albo odrzuci. Zarówno przyjęcie wniosku jak i odrzucenie powinno być umotywowane.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projektodawca decyzje w tym zakresie powierzył Prezesowi Agencji, który ma mieć możliwość egzekwowania realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego przez kierowników podmiotów szpitalnych.</p>
1269.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77	<p>Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Zmiana kierownika podmiotu szpitalnego bez opinii podmiotu tworzącego, podmiotu, który zatrudnia kierownika sp zoz. Podmiotowi przysługuje jedynie zażalenie. Przepis dający subiektywne możliwości oceny pracy kierownika jednostki. Przepis pozostaje w sprzeczności z postanowieniami ustawy o działalności leczniczej w zakresie powoływania i odwoływania kierownika podmiotu.</p> <p>Art. 78 ust. 1 niebezpieczeństwo w zakresie możliwości zmiany kierownika podmiotu szpitalnego (kat. D) w każdym czasie.</p> <p>jak również art. 80 – zawieszenie uprawnień podmiotu tworzącego na czas trwania postępowania naprawczo-rozwojowego w zakresie powoływania i odwoływania kierownika.</p> <p>Wyraźne ograniczenie kompetencji podmiotu, który do tej pory zatrudniał kierowników podmiotów leczniczych, w tym szpitali. Konieczna zmiana przepisów prawnych dot. wymogów kwalifikacyjnych stawianych pracownikom ochrony zdrowia oraz w zakresie postępowań konkursowych. Przepisy godzące w kompetencje i uprawnienia podmiotu tworzącego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Ustawa stanowi <i>lex specialis</i> w stosunku do ustawy o działalności leczniczej.</p>
1270.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77	<p>Polska Unia Szpitali Klinicznych</p>	<p>Zmiana kierownika podmiotu może nastąpić bez uzgodnienia z podmiotem tworzącym.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Przepisy ustawy to przewidują.</p>

1271.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Przesłanki odwołania są opisane ogólnie w przepisie. Zatem przepis winien wprowadzać obligatoryjny wymóg uzasadnienia decyzji o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Przesłanki zmiany kierownika zostały wskazane w ustawie w taki sposób by pozostawić pewien zakres decyzyjności Prezesowi Agencji. Jednocześnie należy zauważyć, iż proces ten został poddany kontroli sądowej (art. 77 ust. 3).
1272.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Zmiana kierownika jednostki Kierownik jednostki musi być podporządkowany nadzorcy/zarządcy. Traci możliwość zarządzania jednostką Wykreślenie zapisu	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Przepisy zakładają dobrą współpracę pomiędzy podmiotami, a zmiana kierownika poddana jest kontroli sądowej.
1273.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	W art. 77 przyznano Prezesowi Agencji prawo zmiany kierownika podmiotu szpitalnego niebędącego spółką, zaliczonego do kat. C we wskazanych przypadkach braku współpracy z nadzorcą. Uznać należy, że wskazane przesłanki skorzystania z powyższego uprawnienia mają charakter wyłącznie oceny i są nieprecyzyjne. Przede wszystkim jednak wydaje się, że w przypadku szpitali, dla których organem założycielskim jest samorząd terytorialny lub uczelnia medyczna, decyzję o zmianie kierownika powinien podejmować podmiot tworzący. Przepis zbyt ogólnikowy, nadający zbyt szerokie uprawnienia prezesowi Agencji. Propozycja: Zmiana przepisu w stosunku do szpitali samorządowych i uczelni medycznych	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Przesłanki zmiany kierownika zostały wskazane w ustawie w taki sposób by pozostawić pewien zakres decyzyjności Prezesowi Agencji. Jednocześnie należy zauważyć, iż proces ten został poddany kontroli sądowej.
1274.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Brak zapisów umożliwiających odwołanie w drodze postanowienia również w odniesieniu do podmiotów leczniczych prowadzonych w formie spółki prawa handlowego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> O możliwości zaskarżenia przez podmiot szpitalny postanowienia Prezesa Agencji o ustanowieniu zarządcy stanowi art. 77 ust. 3.
1275.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Przesłanki dokonania zmiany kierownika podmiotu leczniczego są niedookreślone, pozostawiają duże pole do interpretacji, szczególnie w zakresie przesłanek wskazujących na „brak współpracy”. Wydaje się że to uprawnienie Prezesa Agencji powinno być ograniczone do sytuacji w których konieczność zmiany można uzasadnić konkretnymi przesłankami.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Przesłanki zmiany kierownika zostały wskazane w ustawie w taki sposób by pozostawić pewien zakres decyzyjności Prezesowi Agencji. Jednocześnie należy zauważyć, iż proces ten został poddany kontroli sądowej.

1276.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Przepisy nie przewidują, w jaki sposób zostanie wyłoniony nowy kierownik podmiotu szpitalnego, art. 81 precyzuje wyłącznie, że kierownika podmiotu szpitalnego prowadzonego w formie SPZOZ powołuje się bez przeprowadzenia konkursu, dodatkowo nie wiadomo, czy osoba ta winna spełniać wymogi określone w art. 120 i następnych projektu.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Nowy kierownik podmiotu szpitalnego zostanie powołany przez Prezesa Agencji spośród osób spełniających wymagania przewidziane w art. 120, gdyż stosowania tego przepisu nie wyłączono.
1277.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Art. 77 zawiera nieostre, nieprecyzyjne, bardzo ogólne przesłanki mające stanowić podstawę do zmiany kierownika podmiotu leczniczego. Niemalże każde zachowanie, decyzja kierownika może zostać zinterpretowana na jego niekorzyść i uznana za jedną z przesłanek wskazanych w art. 77. Przesłanki te wymagają doprecyzowania i wskazania konkretnych, jednoznacznych uchybień, które mogłyby stanowić podstawę do usunięcia kierownika podmiotu leczniczego ze stanowiska.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Przesłanki zmiany kierownika zostały wskazane w ustawie w taki sposób by pozostawić pewien zakres decyzyjności Prezesowi Agencji. Jednocześnie należy zauważyć, iż proces ten został poddany kontroli sądowej.
1278.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	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).	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Przesłanki zmiany kierownika zostały wskazane w ustawie w taki sposób by pozostawić pewien zakres decyzyjności Prezesowi Agencji. Jednocześnie należy zauważyć, iż proces ten został poddany kontroli sądowej.
1279.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	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).	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Przesłanki zmiany kierownika zostały wskazane w ustawie w taki sposób by pozostawić pewien zakres decyzyjności Prezesowi Agencji. Jednocześnie należy zauważyć, iż proces ten został poddany kontroli sądowej.
1280.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77	Pracodawcy RP	Projekt nie jest skorelowany z przepisami innych ustaw, np.: 4) nie wiadomo jakie skutki w zakresie przepisów prawa pracy ma zmiana kierownika podmiotu szpitalnego (art. 77 i nast. projektu ustawy) – rozwiązanie stosunku pracy bez wypowiedzenia/za wypowiedzeniem/wypowiedzenie zmieniające? Co w sytuacji kiedy kierownik podmiotu szpitalnego pozostaje w stosunku służby albo korzysta ze szczególnej ochrony np.: w wieku przedemerytalnym, jest w ciąży albo na mocy przepisów szczególnych (np.: regulacje dotyczące związków zawodowych)?	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

1281.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Usunięcie lub doprecyzowanie zapisów.</p> <p>Pojęcie „braku współpracy” jest nieprecyzyjne i stwarza pole do nadużyć w zakresie odwoływania kierownika podmiotu szpitalnego. Należy przy tym podkreślić, że za brak współpracy można uznać np. sprzeciw kierownika (posiadającego adekwatne wykształcenie kierunkowe oraz wieloletnie doświadczenia w zarządzaniu) wobec propozycji nadzorca (bez doświadczenia w zarządzaniu, z niewielkim doświadczeniem zawodowym), które mogłyby zagrozić ciągłości udzielania świadczeń.</p> <p>Nieuzasadnione jest również wprowadzenie możliwości odwołania Dyrektora ze względu na brak uczestnictwa w szkoleniach, o których mowa w Art. 124.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przesłanki zmiany kierownika zostały wskazane w ustawie w taki sposób by pozostawić pewien zakres decyzyjności Prezesowi Agencji. Jednocześnie należy zauważyć, iż proces ten został poddany kontroli sądowej.</p> <p>Przesłanka możliwości zmiany kierownika w przypadku brak realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego ma celu stworzenie mechanizmu umożliwiającego egzekwowanie realizacji tego obowiązku.</p>
1282.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77-78	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	<p>W przepisach brakuje informacji o odpowiedzialności odszkodowawczej Agencji/Skarbu Państwa za działania podejmowane przez kierownika podmiotu leczniczego wyznaczonego przez Prezesa Agencji.</p> <p>Ponadto, należałoby doprecyzować na jaki okres będzie powoływany nowy kierownik.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Doprecyzowano przepis.</p>
1283.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77-78	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	<p>W przepisach brakuje informacji o odpowiedzialności odszkodowawczej Agencji/Skarbu Państwa za działania podejmowane przez kierownika podmiotu leczniczego wyznaczonego przez Prezesa Agencji.</p> <p>Ponadto, należałoby doprecyzować na jaki okres będzie powoływany nowy kierownik.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Doprecyzowano przepis.</p>
1284.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77-78	Zarząd Powiatu w Wieluniu	<p>W zakresie art. 77 istnieje umocowanie prezesa Agencji do zmiany dyrektora (kat. C) - wg nieostrych kryteriów.</p> <p>Ogólne kryteria, niosą ryzyko przejęcia zarządu nad szpitalem, odebrania prawa podmiotowi tworzącemu na czas realizacji programu naprawczego o powoływania i odwoływania dyrektora</p> <p>Zapisy ustawy powinny uwzględniać dialog z podmiotem tworzącym. Zapisy ograniczają prawa samorządu</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przesłanki zmiany kierownika zostały wskazane w ustawie w taki sposób by pozostawić pewien zakres decyzyjności Prezesowi Agencji. Jednocześnie należy zauważyć, iż proces ten został poddany kontroli sądowej.</p>
1285.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77-78	Śląski Związek Gmin i Powiatów	<p>Z jeszcze dalej idącą ingerencją postanowień projektu w prawo własności przysługujące jst mamy do czynienia w sytuacji określonej w art. 77 i w art. 78 projektu, które przewidują zmianę kierownika podmiotu szpitalnego (w wypadku podmiotu szpitalnego niebędącego spółką) oraz odebranie podmiotowi szpitalnemu zarządu własnym majątkiem i ustanowienie zarządcy (w wypadku podmiotu w formie spółki).</p> <p>Zgodnie z ww. przepisami Prezes Agencji może, odnośnie podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki posiadającej kategorię C w określonych przypadkach, a odnośnie podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki posiadającej kategorię D w każdym czasie, wydać postanowienie o odebraniu podmiotowi szpitalnemu zarządu własnym majątkiem i ustanowieniu zarządcy.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B). Niniejsze założenie reformy zostało upublicznione przez Ministerstwo Zdrowia już w maju 2021 r. – z 3 wariantów został wybrany najbardziej optymalny.</p> <p>W zakresie podziału kompetencji doprecyzowano uzasadnienie.</p> <p>Jeżeli chodzi o wyłączenie zastosowane w stosunku do podmiotów szpitalnych, dla których podmiotem</p>

				<p>Do sytuacji odebrania podmiotowi szpitalnemu zarządu własnym majątkiem i wynikających z tego niejasności odnośnie wzajemnego podziału kompetencji, obowiązków i odpowiedzialności pomiędzy nadzorcą, zarządem spółki oraz ustanowionym zarządcą odnoszą się w jeszcze wyższym stopniu wszelkie wątpliwości zasygnalizowane powyżej.</p> <p>Intencję omawianych przepisów, polegającą na daleko idącej ingerencji w możliwość zarządzania przez jst własnym majątkiem zorganizowanym w formie podmiotów szpitalnych będących spółkami kapitałowymi, odzwierciedla art. 79 projektu, zgodnie z którym przepisów art. 77 i 78, dających Prezesowi Agencji możliwość odebrania podmiotowi szpitalnemu działającemu w formie spółki kategorii C i D zarządu własnym majątkiem i wskazaniu dla takiego podmiotu zarządcy, nie stosuje się do podmiotów szpitalnych, dla których podmiotem wykonującym prawa z akcji lub udziałów jest minister!.</p>	wykonującym prawa z akcji lub udziałów jest minister, to kwestia to została wyjaśniona w uzasadnieniu.
1286.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77-78	Institut Strategie 2050	<p>Prezes ARS ma możliwość dokonania zmiany kierownika podmiotu szpitalnego i zastąpienia go reprezentującym agencję nadzorczą w każdym momencie w przypadku podmiotów szpitalnych kategorii D (art. 78.1) i po wypełnieniu przesłanek określonych w art. 77 ust.1 w przypadku podmiotów szpitalnych kategorii C. Jak już wcześniej zauważyliśmy zła sytuacja ekonomiczno- finansowa podmiotu szpitalnego wcale nie musi wskazywać na nieodpowiednie przygotowanie zawodowe kierownika podmiotu leczniczego. Nie można karać kogokolwiek bezwarunkowym odwołaniem ze stanowiska, jeśli wcześniej odbierze się mu możliwości prawidłowej realizacji zadań: niska wycena świadczeń, aneksowanie umów nie uwzględniających koszt pracy personelu medycznego i wzrastające koszty niemedyczne szpitali, inflacja.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga w rzeczywistości stanowi komentarz do zaproponowanych rozwiązań.</p>
1287.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77-78	Institut Strategie 2050	<p>W przypadku podmiotów szpitalnych kategorii C i D będących spółkami projektodawca przewidział możliwość ustanowienia przez Prezesa Agencji zarządcy, co będzie równoznaczne z odebraniem podmiotowi szpitalnemu sprawowania zarządu własnego swoim majątkiem (zawieszeniem prawa do zarządzania majątkiem aż do zakończenia postępowania naprawczo-rozwojowego) - art. 77 ust. 2 i 78 ust.2. Na postanowienie nie przysługuje zażalenie, a więc decyzja jest ostateczna.</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
1288.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77-78	Federacja Przedsiębiorców w Polskich	<p>Zmiana kierownika podmiotu leczniczego</p> <p>FPP sprzeciwia się zapisom dającym ARS prawo do zmiany kierownika szpitala bez wiedzy i akceptacji organu założycielskiego i właściciela. To organ założycielski będzie ponosił koszty złych decyzji kierownika, którego mu narzucono.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B). Niniejsze założenie reformy zostało upublicznione przez Ministerstwo Zdrowia już w maju 2021 r. – z 3 wariantów został wybrany najbardziej optymalny.</p>

1289.	Rozdział 7 (Oddział 5), Rozdział 10	art. 77, art. 80, art. 81 w zw. z art. 125 pkt 1)	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>- wprowadza nie znane ustawie oraz UDL pojęcie „zmiany kierownika podmiotu leczniczego”. Zgodnie z UDL kierownika SPZOZ powołuje, odwołuje podmiot tworzący.</p> <p>- Zmienić tytuł Oddziału 5 na „odwołanie i powołanie kierownika podmiotu szpitalnego”</p> <p>- projektowane przepisy (art. 43) skutkują faktycznym przejęciem przez Prezesa Agencji zarządzania podmiotem szpitalnym to jest mieniem publicznym JTS albo wyższej uczeni medycznej. Zatem w tym zakresie działania Prezesa Agencji, nadzorczy, zarządcy stanowią wykonywanie władzy publicznej w stosunku do osoby prawnej. Zatem może skutkować to będzie ich odpowiedzialnością na zasadzie art. 417 k.c. i nast. doprecyzować skutki zmiany kierownika SPZOZ, czy jest to równoznaczne z jego odwołaniem i rozwiązaniem umowy o pracę, za wypowiedzeniem?</p> <p>- projekt przewiduje w art. 80 jedynie ingerencji w uprawnienia podmiotu tworzącego do powołania lub odwołania kierownika SPZOZ, ale utrzymuje funkcjonowanie drugiego organu SPZOZ rady społecznej i jej kompetencje.</p> <p>- jakie środki ochrony mają przysługiwać kierownikowi podmiotu leczniczego dotkniętego „zmiana”</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
1290.	Rozdział 7 (Oddział 5), Rozdział 10	art. 77, art. 80, art. 81 w zw. z art. 125 pkt 1)	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Wprowadza nieznane ustawie oraz UDL pojęcie „zmiany kierownika podmiotu leczniczego”. Zgodnie z UDL kierownika SPZOZ powołuje, odwołuje podmiot tworzący; Projektowane przepisy (art. 43) skutkują faktycznym przejęciem przez Prezesa Agencji zarządzania podmiotem szpitalnym to jest mieniem publicznym JST albo wyższej uczeni medycznej. Zatem w tym zakresie działania Prezesa Agencji, nadzorczy, zarządcy stanowią wykonywanie władzy publicznej w stosunku do osoby prawnej. Zatem może skutkować to ich odpowiedzialnością na zasadzie art. 417 k.c. i nast. Projekt przewiduje w art. 80 jedynie ingerencję w uprawnienia podmiotu tworzącego do powołania lub odwołania kierownika SPZOZ, ale utrzymuje funkcjonowanie drugiego organu SPZOZ rady społecznej i jej kompetencje.</p> <p>Propozycja zmiany tytuł Oddziału 5 na „odwołanie i powołanie kierownika podmiotu szpitalnego”. Doprecyzowanie skutków zmiany kierownika SPZOZ (czy jest to równoznaczne z jego odwołaniem i rozwiązaniem umowy o pracę, za wypowiedzeniem?). Należy określić jakie środki ochrony mają przysługiwać kierownikowi podmiotu leczniczego dotkniętego „zmiana”.</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
1291.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77-81	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: Zmiana kierownika podmiotu szpitalnego</p> <p>Proponowane brzmienie: Proponuje się określić na jaki czas będzie powoływany nowy kierownik po zmianie, czy bezterminowo czy na czas odpowiadający przewidywanemu czasowi pełnienia tej funkcji przez dotychczasowego kierownika.</p> <p>Dookreślenie zasad zmiany kierownika.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				Dookreślenie pozwoli na uzyskanie jasności co do statusu prawnego nowego kierownika.	
1292.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77-81	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Zmiana kierownika podmiotu szpitalnego.  Zmiana kierownika w szpitalu klinicznym nie powinna być dokonywana z pominięciem uczelni medycznej, która pełni funkcję podmiotu tworzącego dla tego szpitala, w tym z pominięciem konkursu o którym mowa w art. 49 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Wynika to przede wszystkim z przywołanej już w poz. nr 12 specyfiki szpitala klinicznego, którego działalność dydaktyczna oraz naukowa odbywa się z ścisłym powiązaniem z uczelnią.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Założenia projektu ustawy i sam projekt bazują na tym, żeby w części normatywnej nie rozróżniać podmiotów szpitalnych ze względu na ich profil działalności.
1293.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77-81	Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	Zasadne jest doprecyzowanie formy zatrudnienia kierownika podmiotu szpitalnego zmienionego postanowieniem Prezesa Agencji.  Prezes Agencji dokonuje zmiany kierownika w drodze postanowienia. Projekt ustawy nie wskazuje natomiast formy zatrudnienia co jest istotne dla obsadzenia stanowiska kierownika.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1294.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77-81	Uniwersytet Opolski	Proponuje się wykreślenie art. 77, 78, 79, 80, 81  Zgodnie z art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 711 z późn. zm.) Konkurs na stanowisko kierownika ogłasza podmiot tworzący, a na pozostałe kierownik. Ta kompetencja podmiotu nadzorującego powinna być nadal utrzymana, z uwagi na obowiązki i zakres odpowiedzialności jaki ciąży na podmiocie nadzorującym w świetle ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych.
1295.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77 ust. 1	Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Szpitali Specjalistycznych w Olsztynie	Prezes ARS może dokonać zmiany kierownika podmiotu szpitalnego przy braku współpracy z nadzorcą. Z góry ustawodawca założył że w potencjalnym konflikcie pomiędzy kierownikiem podmiotu szpitalnego a nadzorcą- winę ponosi kierownik i wówczas Prezes ARS odwołuje go i dokonuje zmiany. Art. 77.1 pkt 1 należy wykreślić. W zamian dodać ust 4 w treści: „Wszelkie spory pomiędzy kierownikiem podmiotu a nadzorcą rozstrzyga sąd”.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zmiana kierownika podmiotu szpitalnego poddana została kontroli sądowej.
1296.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77 ust. 1	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	Prezes ARS może dokonać zmiany kierownika podmiotu szpitalnego przy braku współpracy z nadzorcą.  Z góry ustawodawca założył, że w potencjalnym konflikcie pomiędzy kierownikiem podmiotu szpitalnego a nadzorcą- winę ponosi kierownik i wówczas Prezes ARS odwołuje go i dokonuje zmiany.  Art. 77 ust. 1 pkt 1 należy wykreślić. W zamian dodać ust. 4 w treści: „Wszelkie spory pomiędzy kierownikiem podmiotu szpitalnego, a nadzorcą rozstrzyga sąd”.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zmiana kierownika podmiotu szpitalnego poddana została kontroli sądowej.

1297.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77 ust. 1	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Podmiot tworzący w skutek powyższych zapisów jest pozbawiany wpływu na wybór i odwołanie kierownika podmiotu szpitalnego.</p> <p>Proponuje się zapis: Art. 77. 1. Prezes Agencji może, z zastrzeżeniem art. 79, w uzgodnieniu z podmiotem tworzącym w drodze postanowienia, dokonać zmiany kierownika podmiotu szpitalnego kategorii C niebędącego spółką, w przypadku:</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zmiana kierownika podmiotu szpitalnego poddana została kontroli sądowej.</p>
1298.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Mazowieckie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Prezes Agencji może dokonać zmiany kierownika podmiotu szpitalnego kategorii C niebędącego spółką. Prezes Agencji może wydać postanowienie o odebraniu podmiotowi szpitalnemu zarządu własnym majątkiem, ustanowieniu zarządcy oraz ustaleniu kosztów związanych z funkcjonowaniem organów podmiotu szpitalnego, dla którego ustanowiono zarządcę. Proponuje się usunięcie możliwości odwołania kierownika podmiotu szpitalnego kategorii C.</p> <p>Uzasadnienie: Poważne zastrzeżenia budzą przypadki pozwalające Prezesowi Agencji w drodze postanowienia, na dokonanie zmiany kierownika podmiotu szpitalnego kategorii C niebędącego spółką, które mają charakter ocenny i nie zostały wystarczająco sprecyzowane. Przyjęcie takich regulacji może prowadzić do nadużyć, a tym samym do występowania dowolności przy interpretacji i ocenie przesłanek pozwalających na odwołanie kierownika podmiotu szpitalnego. Sama zaś procedura dopuszczająca możliwość wniesienia zażalenia na podjęte rozstrzygnięcie do tego samego organu, w znacznym stopniu ogranicza ewentualność uwzględnienia zastrzeżeń podmiotu, który je składa.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przesłanki zmiany kierownika zostały wskazane w ustawie w taki sposób by pozostawić pewien zakres decyzyjności Prezesowi Agencji. Jednocześnie należy zauważyć, iż proces ten został poddany kontroli sądowej.</p>
1299.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Prezes Agencji może, z zastrzeżeniem art. 79, w drodze postanowienia, dokonać zmiany kierownika podmiotu szpitalnego kategorii C niebędącego spółką, w przypadku:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) braku współpracy kierownika podmiotu szpitalnego z nadzorcą umożliwiającą przygotowanie planu naprawczo-rozwojowego;</li> <li>2) braku współpracy kierownika podmiotu szpitalnego z nadzorcą umożliwiającą realizację zatwierdzonego planu naprawczo-rozwojowego;</li> <li>3) braku realizacji zatwierdzonego planu naprawczo-rozwojowego;</li> <li>4) braku realizacji obowiązków, o których mowa w art. 124.</li> </ol> <p>Przepis stoi w sprzeczności z zasadami powoływania kierowników podmiotu leczniczego przewidzianych w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U.2021 711 ze zm.). Zasadnym jest rozważenie np. możliwości złożenia wniosku do podmiotu tworzącego o odwołaniu kierownika podmiotu szpitalnego. Inaczej Prezes Agencji zastąpi niejako podmiot tworzący.</p> <p>Propozycja: Doprecyzowanie zapisów projektu ustawy w tym zakresie oraz skorelowanie ich z zadaniami podmiotu tworzącego wynikających z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych.</p>



1300.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Nieuzasadnione nadanie Prezesowi Agencji uprawnienia do powoływania i odwoływania kierownika podmiotu szpitalnego, który w ocenie agencji uzyskał kategorię C, przy spełnieniu przesłanek wskazanych w tym przepisie. Projektowane rozwiązanie narusza ustawowe uprawnienia podmiotów tworzących do nadzorowania podmiotów leczniczych, w tym uprawnienia do powoływania (w drodze konkursowej) oraz odwoływania kierowników tych podmiotów. Decydujące zdanie w zakresie zmiany kierownika powinien mieć podmiot nadzorujący, a nie nadzorca, któremu – co najwyżej – powinno przysługiwać prawo umotywowanego wnioskowania do podmiotu nadzorującego o dokonanie takiej zmiany.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych.
1301.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77 ust. 1	Polska Federacja Szpitali	Podmiot tworzący w skutek powyższych zapisów jest pozbawiany wpływu na wybór i odwołanie kierownika podmiotu szpitalnego	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Uwaga w rzeczywistości stanowi komentarz do zaproponowanych rozwiązań.
1302.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Warmińsko-Mazurskie (za pośrednictwem KWRiST)	Prezes ARS może dokonać zmiany kierownika podmiotu szpitalnego przy braku współpracy z nadzorcą  Z góry ustawodawca założył że w potencjalnym konflikcie pomiędzy kierownikiem podmiotu szpitalnego a nadzorcą- winę ponosi kierownik i wówczas Prezes ARS odwołuje go i dokonuje zmiany.  Propozycja: Art. 77.1 pkt 1 należy wykreślić. W zamian dodać ust 4 w treści: „Wszelkie spory pomiędzy kierownikiem podmiotu a nadzorcą rozstrzyga sąd”.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zmiana kierownika podmiotu szpitalnego poddana została kontroli sądowej.
1303.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77 ust. 1 pkt 3	Polska Federacja Szpitali	Prezes Agencji może, z zastrzeżeniem art. 79, w drodze postanowienia, dokonać zmiany kierownika podmiotu szpitalnego kategorii C niebędącego spółką, w przypadku: 1) braku współpracy kierownika podmiotu szpitalnego z nadzorcą umożliwiającej przygotowanie planu naprawczo-rozwojowego; 2) braku współpracy kierownika podmiotu szpitalnego z nadzorcą umożliwiającej realizację zatwierdzonego planu naprawczo-rozwojowego; 3) <u>braku realizacji zatwierdzonego planu naprawczo-rozwojowego</u> ; 4) braku realizacji obowiązków, o których mowa w art. 124. Pkt 3 nie określa zasad wg których stwierdzany jest brak realizacji zatwierdzonego planu naprawczo – rozwojowego  Proponuje się dopisać do pkt 3 <u>zgodnie w określonym w planie harmonogramem</u>	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Brak realizacji zatwierdzonego planu będzie widoczny podczas monitoringu jego realizacji określonej w art. 66.
1304.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77 ust. 1 i 2	Województwo Pomorskie	Zmiana kierownika podmiotu szpitalnego kategorii C  Zbyt ogólne określenie przesłanek.  Brak szkoleń kierownika jako samodzielna przesłanka do odwołania z funkcji i/lub odebrania spółce zarządu własnym majątkiem.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Przesłanki zmiany kierownika zostały wskazane w ustawie w taki sposób by pozostawić pewien zakres

				<p>Decyzje Prezesa mogą być arbitralne i pochopne. Brak możliwości zaskarżenia w/w postanowienia. Konieczne jest uszczegółowienie przesłanek będących podstawą odwołania kierownika podmiotu szpitalnego. Wskazane w przepisie przesłanki mogą być wynikiem braku obiektywnej możliwości realizacji planu np. nieprawidłowych założeń czy braku możliwości personalnych, gospodarczych itd. Kierownik nie powinien ponosić odpowiedzialności personalnej za brak realizacji planu jeśli przy jego wykonaniu dochował należytej staranności.</p> <p>Uprawnienie do odebrania właścicielowi zarządu własnym majątkiem nie powinno pozostawać w gestii Prezesa Agencji, który nie jest organem, któremu można przypisać konstytucyjne znamiona niezawisłości. O braku znamion niezawisłości, świadczy również fakt wyłączenia spod tego przepisu podmiotów szpitalnych, dla których podmiotem nadzorującym lub wykonującym prawa z akcji lub udziałów jest minister.</p> <p>Postanowienia Prezesa Agencji wydane w trybie art. 77 powinny być zaskarżalne do sądu – z uwagi na badanie obiektywnych lub zawinionych okoliczności wystąpienia przesłanek, o których mowa w tym przepisie oraz wagi tych naruszeń.</p> <p>O odebraniu właścicielowi zarządu własnym majątkiem winien orzekać wyłącznie niezawisły sąd, jak ma to miejsce w postępowaniu restrukturyzacyjnym</p>	<p>decyzyjności Prezesowi Agencji. Jednocześnie należy zauważyć, iż proces ten został poddany kontroli sądowej.</p>
1305.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77 ust. 1 i 2	Pracodawcy Pomorza	<p>Zbyt ogólne określenie przesłanek</p> <p>Brak szkoleń kierownika jako samodzielna przesłanka do owołania z funkcji i/lub odebrania spółce zarządu własnym majątkiem</p> <p>Decyzje Prezesa mogą być arbitralne i pochopne. Brak możliwości zaskarżenia w/w postanowienia Propozycja: Postanowienia Prezesa Agencji wydane w trybie art. 77 powinny być zaskarżalne do sądu – z uwagi na badanie obiektywnych lub zawinionych okoliczności wystąpienia przesłanek, o których mowa w tym przepisie oraz wagi tych naruszeń Uzasadnienie: Konieczne jest uszczegółowienie przesłanek będących podstawą odwołania kierownika podmiotu szpitalnego. Wskazane w przepisie przesłanki mogą być wynikiem braku obiektywnej możliwości realizacji planu np. nieprawidłowych założeń czy braku możliwości personalnych, gospodarczych itd. Kierownik nie powinien ponosić odpowiedzialności personalnej za brak realizacji planu jeśli przy jego wykonaniu dochował należytej staranności.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przesłanki zmiany kierownika zostały wskazane w ustawie w taki sposób by pozostawić pewien zakres decyzyjności Prezesowi Agencji. Jednocześnie należy zauważyć, iż proces ten został poddany kontroli sądowej.</p>

1306.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77 ust. 1 pkt 1 i 2	Powiat Stargardzki	<p>Nieprecyzyjne kryteria braku współpracy</p> <p>Niewskazanie na brak współpracy z winy kierownika podmiotu szpitalnego</p> <p>Doprecyzować zapis</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przesłanki zmiany kierownika zostały wskazane w ustawie w taki sposób by pozostawić pewien zakres decyzyjności Prezesowi Agencji. Jednocześnie należy zauważyć, iż proces ten został poddany kontroli sądowej.</p>
1307.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77 ust. 1 pkt 1-4	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	<p>Możliwość zmiany (odwołania) kierownika podmiotu szpitalnego kategorii C (niebędącego spółką) wiąże się ze zbyt dużą swobodą oraz uznaniowością jednego organu (Prezesa Agencji Rozwoju Szpitali).</p> <p>Wskazane w projekcie przesłanki uzasadniające zmianę kierownika mają charakter zbyt ogólny i niejednoznaczny; dają zbyt dużą swobodę Prezesowi Agencji przy podejmowaniu decyzji o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego.</p> <p>Ponadto zmiana kierownika podmiotu szpitalnego przewidziana została jako wyłączna kompetencja Prezesa Agencji bez jakiegokolwiek na to wpływu faktycznego pracodawcy - podmiotu tworzącego, (podmiotu, który zatrudnia kierownika sp zoz). Podmiotowi tworzącemu przysługuje jedynie zażalenie, tymczasem już na etapie postępowania prowadzącego do zmiany umowy kierownika organ tworzący jest pozbawiony udziału w postępowaniu. Przepis pozostaje w sprzeczności z postanowieniami ustawy o działalności leczniczej w zakresie powoływania i odwoływania kierownika.</p> <p>Sprecyzowanie jednoznacznych i konkretnych przesłanek wiążących się z rażącym naruszeniem dobrych zasad współpracy, uzasadniających skorzystanie z prawa zmiany pomimo upływu terminu do usunięcia zarzucanych uchybień – w porozumieniu, przy udziale i na mocy decyzji podmiotu tworzącego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przesłanki zmiany kierownika zostały wskazane w ustawie w taki sposób by pozostawić pewien zakres decyzyjności Prezesowi Agencji. Jednocześnie należy zauważyć, iż proces ten został poddany kontroli sądowej.</p> <p>Ponadto w uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych.</p>
1308.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77 ust. 1, art. 78	Wielkopolski Związek Szpitali	<p>Art. 77. 1. Prezes Agencji może, z zastrzeżeniem art. 79, w drodze postanowienia, dokonać zmiany kierownika podmiotu szpitalnego kategorii niebędącego spółką, w przypadku:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) braku współpracy kierownika podmiotu szpitalnego z nadzorcą umożliwiającej przygotowanie planu naprawczo-rozwojowego;</li> <li>2) braku współpracy kierownika podmiotu szpitalnego z nadzorcą umożliwiającej realizację zatwierdzonego planu naprawczo-rozwojowego;</li> <li>3) braku realizacji zatwierdzonego planu naprawczo-rozwojowego;</li> <li>4) braku realizacji obowiązków, o których mowa w art. 124.</li> </ol> <p>Art. 78 Prezes Agencji może, z zastrzeżeniem art. 79, w każdym czasie wydać postanowienie o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego kategorii D niebędącego spółką.</p> <p>Brak transparentnych kryteriów określających „brak współpracy”.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przesłanki zmiany kierownika zostały wskazane w ustawie w taki sposób by pozostawić pewien zakres decyzyjności Prezesowi Agencji. Jednocześnie należy zauważyć, iż proces ten został poddany kontroli sądowej.</p>

				<p>Lakoniczne, niezdefiniowane zapisy mogą doprowadzić do nadużyć i usuwania ze stanowisk kierowników podmiotów szpitalnych tzw. „osób niewygodnych” z przyczyn innych niż merytoryczne. Kolejny raz pozbawia się organ tworzący wpływu na osobą zarządzającą jego majątkiem.</p> <p>Bezwzględna konieczność uszczegółowienia kryteriów będących powodem zmiany kierownika. Podmiot nadzorujący winien mieć głos stanowiący w decyzji o zmianie kierownika.</p>	
1309.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77 ust. 1 oraz art. 78 ust.1	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Nieuzasadnione nadanie Prezesowi Agencji uprawnień do powoływania i odwoływania kierownika podmiotu szpitalnego, który w ocenie agencji uzyskał kategorię D, bez względu na okoliczności (przesłanki). Projektowane rozwiązanie narusza ustawowe uprawnienia podmiotów tworzących do nadzorowania podmiotów leczniczych, w tym uprawnienia do powoływania (w drodze konkursowej) oraz odwoływania kierowników tych podmiotów.</p> <p>Decydujące zdanie w zakresie zmiany kierownika powinien mieć podmiot nadzorujący, a nie nadzorca, któremu – co najwyżej – powinno przysługiwać prawo umotywowanego wnioskowania do podmiotu nadzorującego o dokonanie takiej zmiany. Zgodnie z przepisem art. 47 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej z kierownikiem podmiotu leczniczego podmiot tworzący nawiązuje stosunek pracy na podstawie powołania, umowy o pracę albo zawiera umowę cywilnoprawną. Stosunek pracy lub stosunek cywilnoprawny, na podstawie którego kierownik podmiotu leczniczego wykonuje swoje obowiązki regulują odpowiednie przepisy prawa. To one określają, kto i na jakiej podstawie może rozwiązać dany stosunek pracy lub umowę cywilnoprawną. Podmiotem uprawnionym do podejmowania czynności związanych z zwartym stosunkiem jest podmiot tworzący. Brak jest jakichkolwiek podstaw do przyznania uprawnień w tym zakresie Prezesowi Agencji. Przedmiotowe zapisy stanowią nieuprawnioną ingerencję w uprawnienia i kompetencje podmiotu tworzącego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych</p>
1310.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77 ust. 2	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Wykreślić zapis.</p> <p>Uprawnienie zbyt daleko idące. Tego rodzaju decyzja powinna być przynajmniej uzgadniana z podmiotem nadzorującym, szczególnie, że w wielu przypadkach podmioty szpitalne władają majątkiem (nieruchomościami) oddanym im w użytkowanie przez podmiot tworzący.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Kompetencja ta została powierzona Prezesowi Agencji by mógł mieć realny wpływ na realizację programów naprawczo-rozwojowych. Jednocześnie należy zauważyć, iż proces ustanowienia zarządcy został poddany kontroli sądowej.</p>
1311.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77 ust. 2	Wielkopolski Związek Szpitali	<p>Art. 77. 2. W przypadku podmiotu szpitalnego kategorii C w formie spółki, co do którego zachodzą okoliczności wskazane w ust. 1 pkt 1–4, Prezes Agencji może, z zastrzeżeniem art. 79, wydać postanowienie o odebraniu podmiotowi szpitalnemu zarządu własnym majątkiem, ustanowieniu zarządcy oraz ustaleniu kosztów związanych z funkcjonowaniem organów podmiotu szpitalnego, dla którego ustanowiono zarządcę.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B). Niniejsze założenie reformy zostało upublicznione przez Ministerstwo Zdrowia już w maju</p>

				<p>Podmiot nadzorujący zostaje pozbawiony praw do własnego majątku.</p> <p>Proponowany zapis „ubezłasnowolnia” po raz kolejny podmioty tworzące odbierając możliwość dysponowania własnym majątkiem.</p> <p>Bezwzględna konieczność usunięcia art. 72.2.</p>	<p>2021 r. – z 3 wariantów został wybrany najbardziej optymalny.</p> <p>Kompetencja ustanowienia zarządcy została powierzona Prezesowi Agencji by mógł mieć on realny wpływ na realizację programów naprawczo-rozwojowych. Jednocześnie należy zauważyć, iż proces ustanowienia zarządcy został poddany kontroli sądowej.</p>
1312.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77 ust. 2	Powiat Stargardzki	<p>Nieprecyzyjne zapisy pozwalające na wyłączenie zarządu</p> <p>Uprawnienie zbyt daleko idące. Tego rodzaju decyzja powinna być przynajmniej uzgadniana z podmiotem nadzorującym, szczególnie, że w wielu przypadkach podmioty szpitalne władają majątkiem (nieruchomościami) oddanym im w użytkowanie przez podmiot tworzący</p> <p>Doprecyzować zapis</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Kompetencja ta została powierzona Prezesowi Agencji by mógł mieć realny wpływ na realizację programów naprawczo-rozwojowych. Jednocześnie należy zauważyć, iż proces ustanowienia zarządcy został poddany kontroli sądowej.</p>
1313.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77 ust. 2	Związek Województw RP - Województwo Lubuskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Art. 77 ust. 2</p> <p>Odebranie podmiotu szpitalnemu zarządu własnym majątkiem oraz Art..78 ust. 3 brak możliwości zażalenia decyzji.</p> <p>Proponowana zmiana:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wskazanie wprost odpowiedzialności oraz uprawnień zarządu.</li> <li>2. Zmiana iż "zażalenie przysługuje".</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brak wskazania odpowiedzialności Zarządu</li> <li>2. Nierówne traktowanie podmiotów, ponieważ SP ZOZ zażalenie może wnieść.</li> </ol>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>
1314.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77 ust. 2 oraz art. 78 ust.2	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Pozbawienie podmiotu tworzącego prawa zarządu własnym majątkiem.</p> <p>Uprawnienie zbyt daleko idące. Tego rodzaju decyzja powinna być przynajmniej uzgadniana z podmiotem nadzorującym, szczególnie, że w wielu przypadkach podmioty szpitalne władają majątkiem (nieruchomościami) oddanym im w użytkowanie przez podmiot tworzący.</p> <p>Rozwiązanie niedopuszczalne, na ustalenie kosztów związanych z funkcjonowaniem organów podmiotu szpitalnego, dla którego ustanowiono zarządcę.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B). Niniejsze założenie reformy zostało upublicznione przez Ministerstwo Zdrowia już w maju 2021 r. – z 3 wariantów został wybrany najbardziej optymalny.</p> <p>Kompetencja ustanowienia zarządcy została powierzona Prezesowi Agencji by mógł mieć on realny wpływ na realizację programów naprawczo-rozwojowych.</p>
1315.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 77 ust. 3	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	<p>Kierownik podmiotu szpitalnego powinien zachowywać prawo wniesienia zażalenia i uczestniczenia w charakterze strony w postępowaniu zażaleniowym.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>

				<p>Wydaje się zasadnym aby osoba najbardziej zainteresowana („interes faktyczny”) miała legitymację do wniesienia zażalenia i aby skutek zawieszenia natychmiastowej wykonalności postanowienia Prezesa Agencji następował ex lege.</p> <p>Proponuje się dodać : „kierownikowi podmiotu szpitalnego”.</p>	
1316.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Zmiana brzmienia ust. 3 poprzez wskazanie trybu zażalenia jako trybu odwoławczego.</p> <p>Wprowadzenie zapisu umożliwiającego skorzystanie z prawa do skutecznego środka odwoławczego.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1317.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78	Polska Federacja Szpitali	<p>Podmiot tworzący w skutek powyższych zapisów jest pozbawiany wpływu na wybór i odwołanie kierownika podmiotu szpitalnego</p> <p>Proponujemy: art. 78. 1. Prezes Agencji może, z zastrzeżeniem art. 79, w uzgodnieniu z podmiotem tworzącym w każdym czasie wydać postanowienie o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego kategorii D niebędącego spółką.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Dopuszczono zażalenie.</p>
1318.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Takie same kompetencje do zmiany kierownika szpitala zaliczonego do kat. D przyznano Prezesowi Agencji w art. 78. Z tym, że w tym przypadku organ założycielski pozbawiony nawet został prawa do złożenia zażalenia na postanowienie prezesa Agencji.</p> <p>Przepis zbyt ogólnikowy, nadający zbyt szerokie uprawnienia prezesowi Agencji.</p> <p>Propozycja: Zmiana przepisu w stosunku do szpitali samorządowych i uczelni medycznych</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
1319.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Pełna dowolność Prezesa Agencji w zmianie kierownika podmiotu szpitalnego kategorii D, bez określenia przesłanek odwołania i wyłączając możliwość zażalenia tego postanowienia wydaje się niezasadna.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>W kategorii D według symulacji przyznania kategorii według danych za 2020 r. było tylko 29 podmiotów.</p>
1320.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Brak przesłanek zmiany kierownika podmiotu leczniczego kategorii D uniemożliwia kontrolę prawidłowości decyzji Prezesa Agencji w zakresie usunięcia ze stanowiska kierownika podmiotu leczniczego, zwłaszcza, że postanowienie w tym zakresie nie jest zaskarżalne. Konieczne wprowadzenie jednoznacznych przesłanek które mogłyby stanowić podstawę do usunięcia kierownika podmiotu leczniczego ze stanowiska oraz możliwość zaskarżenia postanowienia do sądu.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B). Niniejsze założenie reformy zostało upublicznione przez Ministerstwo Zdrowia już w maju 2021 r. – z 3 wariantów został wybrany najbardziej optymalny.</p> <p>W kategorii D według symulacji przyznania kategorii według danych za 2020 r. było tylko 29 podmiotów.</p>

					Kategoria D tym różni się od kategorii C, że jest to podmiot szpitalny wymagający pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes Agencji w każdym czasie może zmienić kierownika podmiotu szpitalnego. Ponadto proces zmiany kierownika poddano kontroli sądowej.
1321.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Art. 78 - prezes ARS w każdym czasie w przypadku podmiotu kat. D w formie spółki może odebrać podmiotowi zarząd własnym majątkiem i powołać zarządcę (ponadto na postanowienie takie nie przysługuje zażalenie). Nie jest jasne, czy wiąże się to z odwołaniem dotychczasowego Zarządu, czy być może jego zawieszeniem (a tym samym, co z wynagrodzeniem, celami zarządczymi, odpowiedzialnością, kto będzie realizował obowiązki wynikające z Ksh i umowy spółki etc.), jak to się ma do kadencji Zarządu etc. Rozwinięcie uwag, dotyczących tych regulacji (art. 54 i art. 78) znajduję się w końcowej części niniejszego dokumentu.	<b>Uwaga uwzględniona.</b> Doprecyzowano uzasadnienie.
1322.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78 ust. 1	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Art. 78. 1. Prezes Agencji może, z zastrzeżeniem art. 79, w każdym czasie wydać postanowienie o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego kategorii D niebędącego spółką.  Podmiot tworzący w skutek powyższych zapisów jest pozbawiany wpływu na wybór i odwołanie kierownika podmiotu szpitalnego  Proponuje się zapis: Art. 78. 1. Prezes Agencji może, z zastrzeżeniem art. 79, w uzgodnieniu z podmiotem tworzącym w każdym czasie wydać postanowienie o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego kategorii D niebędącego spółką.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Dopuszczono zażalenie.
1323.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Mazowieckie (za pośrednictwem KWRiST)	Prezes Agencji może w każdym czasie wydać postanowienie o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego kategorii D niebędącego spółką. W przypadku podmiotu szpitalnego funkcjonującego w formie spółki, Prezes Agencji może w każdym czasie, wydać postanowienie o odebraniu podmiotowi szpitalnemu zarządu własnym majątkiem, ustanowieniu zarządcy oraz ustaleniu kosztów związanych z funkcjonowaniem organów podmiotu szpitalnego, dla którego ustanowiono zarządcę. Na postanowienia w przedmiocie odwołania kierownika podmiotu szpitalnego oraz odebrania podmiotowi szpitalnemu zarządu własnym majątkiem, zażalenie nie przysługuje. Proponuje się wprowadzenie możliwości odwołania kierownika podmiotu szpitalnego kategorii D, wyłącznie na podstawie przesłanek, o których mowa w art. 77 ust. 1, przy jednoczesnym zapewnieniu kontroli sądowej zasadności podejmowanego rozstrzygnięcia.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Dopuszczono zażalenie.

				Uzasadnienie: Przyjęcie takich regulacji może prowadzić do nadużyć, a tym samym do występowania dowolności przy interpretacji i ocenie przesłanek pozwalających na odwołanie kierownika podmiotu szpitalnego. Należy pamiętać, że zgodnie z Konstytucją RP samodzielność jednostek samorządu terytorialnego podlega ochronie sądowej (art. 165 ust. 2).	
1324.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78 ust. 1	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	<p>Możliwość zmiany (odwołania) kierownika podmiotu szpitalnego kategorii D (niebędącego spółką) wiąże się ze zbyt dużą swobodą oraz uznaniowością jednego organu (Prezesa Agencji Rozwoju Szpitalnictwa).</p> <p>Brak jakichkolwiek przesłanek uzasadniających zmianę kierownika dają zbyt dużą swobodę Prezesowi Agencji przy zmianie kierownika podmiotu szpitalnego. Decyzja będzie wyłącznie uznaniowa.</p> <p>Ponadto zmiana kierownika podmiotu szpitalnego przewidziana została jako wyłączna kompetencja Prezesa Agencji bez jakiegokolwiek na to wpływu faktycznego pracodawcy - podmiotu tworzącego, (podmiotu, który zatrudnia kierownika sp zoz). Przepis pozostaje w sprzeczności z postanowieniami ustawy o działalności leczniczej w zakresie powoływania i odwoływania kierownika.</p> <p>Sprecyzowanie jednoznacznych i konkretnych przesłanek wiążących się z rażącym naruszeniem dobrych zasad współpracy, uzasadniających skorzystanie z prawa zmiany pomimo upływu terminu do usunięcia zarzucanych uchybień – w porozumieniu, przy udziale i na mocy decyzji podmiotu tworzącego.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wnioski B). Niniejsze założenie reformy zostało upublicznione przez Ministerstwo Zdrowia już w maju 2021 r. – z 3 wariantów został wybrany najbardziej optymalny.</p> <p>W kategorii D według symulacji przyznania kategorii według danych za 2020 r. było tylko 29 podmiotów. Kategoria D tym różni się od kategorii C, że jest to podmiot szpitalny wymagający pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes Agencji w każdym czasie może zmienić kierownika podmiotu szpitalnego.</p> <p>Ponadto proces zmiany kierownika poddano kontroli sądowej.</p> <p>Jednocześnie w uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych.</p>
1325.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78 ust. 1	Województwo Pomorskie	<p>Zmiana kierownika podmiotu szpitalnego kategorii D niebędącego spółką</p> <p>Jest to zbyt daleka ingerencja w wolność podmiotu gospodarczego. Brak jest kontroli sądowej, dla działań wobec podmiotów szpitalnych kategorii D, a jest wobec kategorii C? Doprecyzowania wymaga, czy nadzorca jest nadzorowany z kolei przez Sąd? A Zarządca? Odjęcie uprawnień właściciela, przy iluzorycznej i wybiórczej możliwości kontroli przez sąd jest zbyt daleko idące.</p> <p>Wskazane powyżej uprawnienia powinny być przyznane sądom, a nie Agencji.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Proces zmiany kierownika poddano kontroli sądowej.</p>
1326.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78 ust 1 w związku z art. 25 ust. 4	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Opis sytuacji: Po upływie roku 2022 zgodnie z danymi, jakie zawarte będą w sprawozdaniu finansowym danego podmiotu szpitalnego, jednostka ta otrzyma kategorię D. Dodatkowo od dnia 1 stycznia 2023 r. podmiot nadzorujący, zgodnie ze swoimi uprawnieniami powoła nowego kierownika podmiotu szpitalnego, który będzie spełniał wymogi określone w projekcie analizowanej ustawy. W związku z powyższym proponowane przepisy są</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zmiana kierownika jest uprawnieniem a nie obowiązkiem Prezesa Agencji.</p>



				niespójne i wymagają zmiany, ze względu na fakt, że Agencja nabiera uprawnień do odwołania osoby niemającej wpływu na osiągnięty przed jej zatrudnieniem wynik finansowy podmiotu szpitalnego.	
1327.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78 ust. 1 i 3 i art. 79	POLMED – Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych	Przepis przewiduje możliwość zmiany kierownika jednostki tylko na podstawie decyzji Prezesa Agencji bez kontroli sądu. Proponowane rozwiązanie daje Prezesowi możliwość zmiany kierownika podmiotu szpitalnego bez żadnej kontroli.  Należy dodać punkt, że na postanowienie Prezesa przysługuje także zażalenie do sądu.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1328.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78 ust. 2	Związek Województw RP – Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Wykreślić zapis.  Uprawnienie zbyt daleko idące. Tego rodzaju decyzja powinna być przynajmniej uzgadniana z podmiotem nadzorującym, szczególnie, że w wielu przypadkach podmioty szpitalne władają majątkiem (nieruchomościami) oddanym im w użytkowanie przez podmiot tworzący.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B). Niniejsze założenie reformy zostało upublicznione przez Ministerstwo Zdrowia już w maju 2021 r. – z 3 wariantów został wybrany najbardziej optymalny. W kategorii D według symulacji przyznania kategorii według danych za 2020 r. było tylko 29 podmiotów. Kategoria D tym różni się od kategorii C, że jest to podmiot szpitalny wymagający pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes Agencji w każdym czasie może zmienić kierownika podmiotu szpitalnego.
1329.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78 ust. 2	Związek Województw RP – Województwo Mazowieckie (za pośrednictwem KWRiST)	Regulacja dopuszczająca, w przypadku podmiotu szpitalnego kategorii D w formie spółki możliwość wydania przez Prezesa Agencji postanowienia o odebraniu podmiotowi szpitalnemu zarządu własnym majątkiem, ustanowieniu zarządcy oraz ustaleniu kosztów związanych z funkcjonowaniem organów podmiotu szpitalnego, dla którego ustanowiono zarządcę powinna zostać usunięta. Uzasadnienie: Proponowane rozwiązania w znacznym stopniu ingerują w samodzielność jednostek samorządu terytorialnego, których uprawnienia jako jednostek będących właścicielami podmiotów szpitalnych, zostają w znaczący sposób ograniczone w zakresie pozbawienia prawa sprawowania nadzoru nad działalnością jednostek oraz pozbawienia uprawnień majątkowych, co prowadzi de facto do czasowego wyłączenia samorządów i przejęcia zarządu nad ich majątkiem przez jednostkę nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Taka regulacja budzi znaczący sprzeciw jednostek samorządu terytorialnego, które przeznaczając od lat środki finansowe na funkcjonowanie szpitali w postaci dotacji na inwestycje, pożyczek, spłaty zaciąganych kredytów czy corocznego pokrywania starty netto, a więc powiększając ich majątek,	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B). Niniejsze założenie reformy zostało upublicznione przez Ministerstwo Zdrowia już w maju 2021 r. – z 3 wariantów został wybrany najbardziej optymalny. W kategorii D według symulacji przyznania kategorii według danych za 2020 r. było tylko 29 podmiotów. Kategoria D tym różni się od kategorii C, że jest to podmiot szpitalny wymagający pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes Agencji w każdym czasie może zmienić kierownika podmiotu szpitalnego.

				zostaną pozbawione wpływu na sprawowanie nad nim zarządu, zgodnie z obowiązującymi przepisami.	
1330.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78 ust. 2	Powiat Stargardzki	<p>Nieuzasadnione nadanie Prezesowi Agencji uprawnienia do powoływania i odwoływania kierownika podmiotu szpitalnego, który w ocenie agencji uzyskał kategorię D, bez względu na okoliczności (przesłanki).</p> <p>Uprawnienie zbyt daleko idące. Tego rodzaju decyzja powinna być przynajmniej uzgadniana z podmiotem nadzorującym, szczególnie, że w wielu przypadkach podmioty szpitalne władają majątkiem (nieruchomościami) oddanym im w użytkowanie przez podmiot tworzący</p> <p>Doprecyzować okoliczności (przesłanki)</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B). Niniejsze założenie reformy zostało upublicznione przez Ministerstwo Zdrowia już w maju 2021 r. – z 3 wariantów został wybrany najbardziej optymalny.</p> <p>W kategorii D według symulacji przyznania kategorii według danych za 2020 r. było tylko 29 podmiotów. Kategoria D tym różni się od kategorii C, że jest to podmiot szpitalny wymagający pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes Agencji w każdym czasie może zmienić kierownika podmiotu szpitalnego.</p>
1331.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78 ust. 2	Województwo Pomorskie	<p>Postępowanie wobec podmiotu szpitalnego kategorii D w formie spółki.</p> <p>Postanowienie pozwalające na daleką ingerencję w zarządzanie podmiotem bez konieczności wykazania jakichkolwiek przesłanek i bez zapewnienia podmiotowi ochrony w postaci prawa do obrony przed sądem.</p> <p>Propozycja: Usunięcie zapisu</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Postępowanie naprawczo rozwojowe dotyczy wyłącznie podmiotów kategorii C i D (ewentualnie na wniosek B). Niniejsze założenie reformy zostało upublicznione przez Ministerstwo Zdrowia już w maju 2021 r. – z 3 wariantów został wybrany najbardziej optymalny.</p> <p>W kategorii D według symulacji przyznania kategorii według danych za 2020 r. było tylko 29 podmiotów. Kategoria D tym różni się od kategorii C, że jest to podmiot szpitalny wymagający pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes Agencji w każdym czasie może zmienić kierownika podmiotu szpitalnego.</p> <p>Proces ustanowienia zarządcy poddano kontroli sądowej.</p>
1332.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78 ust. 3	Rada Główna Instytutów Badawczych	z jakiego powodu zażalenie nie przysługuje?	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Usunięto przepis.</p>
1333.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78 ust. 3	SGH-WUM MBA w	z jakiego powodu zażalenie nie przysługuje?	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

			ochronie zdrowia		Usunięto przepis.
1334.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78 ust. 3	Związek Województw RP – Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Brak możliwości złożenia zażalenia na postanowienie w przedmiocie zmiany kierownika podmiotu szpitalnego kat. D oraz pozbawienia tego podmiotu zarządu własnym majątkiem.</p> <p>Rozwiązanie niedopuszczalne, ingerujące zbyt daleko art. w uprawnienia majątkowe podmiotu szpitalnego oraz podmiotu nadzorującego.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1335.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78 ust. 3	Sąd Najwyższy	<p>Brak możliwości wywiedzenia zażalenia na postanowienia Prezesa Agencji budzi wątpliwości co do zgodności z konstytucyjną zasadą sądowej ochrony samodzielności j.s.t. (art. 165 ust. 2 Konstytucji)</p> <p>Projekt przewiduje niezaskarżalność postanowień Prezesa ARS o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego kategorii D niebędącego spółką lub o odebraniu podmiotowi szpitalnemu zarządu własnym majątkiem, ustanowieniu zarządcy oraz ustaleniu kosztów związanych z funkcjonowaniem organów podmiotu szpitalnego, dla którego ustanowiono zarządcę. Uzasadnienie nie wyjaśnia dostatecznie przyczyn tego rozwiązania.</p> <p>W demokratycznym państwie prawnym (art. 2 Konstytucji) ustawodawca zwykły nie może arbitralnie decydować o przyznaniu lub odmowie przyznania prawa do sądu. Ponieważ każde postanowienie Prezesa Agencji może być źródłem sporu z podmiotem tworzącym oraz podmiotem szpitalnym, niedopuszczalne wydaje się tworzenie przepisów wykluczających zaskarżalność postanowień, nawet gdyby były one merytorycznie jak najbardziej zasadne. Nawet jeśli samodzielność j.s.t., będących głównymi podmiotami założycielskimi podmiotów szpitalnych, nie ma charakteru absolutnego, to jednak powinny istnieć środki prawne pozwalające kwestionować daleko idącą ingerencję organu państwowego, jakim byłby Prezes Agencji (por. art. wyrok TK z 29.10.2010 r., P 34/08, OTK-A 2010, nr 8, poz. 84).</p> <p>Proponowane rozwiązanie: Dopuszczyć zaskarżalność ww. postanowień; generalnie przemyśleć zasadność ograniczenia prawa do sądu.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1336.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78 ust. 3	Związek Województw RP – Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Brak możliwości złożenia zażalenia na postanowienie w przedmiocie zmiany kierownika podmiotu szpitalnego.</p> <p>Zmiana zapisu na: Na postanowienia, o których mowa w ust. 1 i 2 podmiotowi tworzącemu służy zażalenie. Rozwiązanie niedopuszczalne.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1337.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78 ust. 3	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	Podmiot szpitalny, Kierownik podmiotu szpitalnego, podmiot tworzący powinni zachowywać prawo wniesienia zażalenia i uczestniczenia w charakterze strony w postępowaniu zażaleniowym	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				<p>Wskazany w projekcie zapis wprowadza brak jakiejkolwiek kontroli sądowej nad decyzjami personalnymi Prezesa Agencji.</p> <p>Proponuje się wprowadzić regulację analogiczną do art. 77 ust. 3 z uwagą zgłoszoną powyżej w uwadze Lp.: 15</p>	
1338.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78 ust. 3	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>brak zażalenia na postanowienie o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego kategorii D niebędącego spółką oraz brak zażalenia na postanowienie o odebraniu zarządu majątkiem, ustanowieniu zarządcy oraz ustaleniu kosztów podmiotu szpitalnego kategorii D będącego spółką – ograniczenie w możliwości wniesienia zażalenia w tych wypadkach należy uznać za zbyt daleko idące.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1339.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78 ust. 3	Powiat Stargardzki	<p>Niedopuszczalny brak możliwości złożenia zażalenia na postanowienie w przedmiocie zmiany kierownika podmiotu szpitalnego kat. D oraz pozbawienia tego podmiotu zarządu własnym majątkiem.</p> <p>Rozwiązanie niedopuszczalne, ingerujące zbyt daleko m.in. w uprawnienia majątkowe podmiotu szpitalnego oraz podmiotu nadzorującego.</p> <p>Umożliwić złożenie zażalenia na postanowienie w przedmiocie zmiany kierownika</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1340.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78 ust. 3	Województwo Pomorskie	<p>Brak możliwości zaskarżenia postanowienia do sądu</p> <p>Proponowana zmiana ma na celu podniesienie jakości proponowanych rozwiązań legislacyjnych oraz doprowadzenie do ich zgodności z zasadami techniki prawodawczej.</p> <p>Propozycja: Wykreślić</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Wprowadzono możliwość zaskarżenia postanowień.</p>
1341.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78 ust. 3	Pracodawcy Pomorza	<p>Brak możliwości zaskarżenia postanowienia do sądu</p> <p>Propozycja: Wykreślić</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Wprowadzono możliwość zaskarżenia postanowień.</p>
1342.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78 ust. 3	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Usunięcie zapisu.</p> <p>Przy odwołaniu Dyrektora i odebraniu podmiotowi tworzącemu zarządu nad podmiotem szpitalnym powinny zostać uwzględnione wszystkie okoliczności i przyczyny sytuacji ekonomiczno-finansowej Jednostki (może ona np. znajdować się w trakcie restrukturyzacji). Odebranie możliwości złożenia zażalenia i umotywowania argumentów podmiotu tworzącego przed sądem stanowi pogwałcenie jego praw właścicielskich.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Wprowadzono możliwość zaskarżenia postanowień.</p>
1343.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78-81	Związek Województw RP - Województwo	<p>Brak kontroli instancyjnej jak również przesłanek do wydania postanowienia o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Wprowadzono możliwość zaskarżenia postanowień.</p>

			Małopolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Powinny zostać wskazane możliwie szczegółowe przesłanki dla wydania decyzji jak również zapewnienie kontroli instancyjnej. W sprawie przepisu umożliwiającego pozbawienie stanowisk w służbie publicznej bez właściwego, sprecyzowanego trybu wypowiedział się TK wyrokiem z dnia 20 kwietnia 2004 r. sygn. akt K 45/02 (Dz.U.2004.109.1159) uznając przewidziany w ustawie tryb wypowiedzenia stosunku służbowego za niezgodny z art. 7 i art. 60 konstytucji.	
1344.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78-81	Związek Województw RP - Województwo Małopolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Brak udziału podmiotu tworzącego w zmianie kierownika podmiotu tworzącego  Zapisy nie uwzględniają zasięgnięcia opinii Organu nadzorującego przed zmianą kierownika, wręcz wykluczają jego udział w tym procesie.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Kompetencja ustanowienia zarządcy została powierzona Prezesowi Agencji by mógł mieć on realny wpływ na realizację programów naprawczo-rozwojowych.
1345.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 78-81	Związek Województw RP - Województwo Małopolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Brak wskazania, kto będzie określał formę zatrudnienia kierownika podmiotu szpitalnego (umowa o pracę, kontrakt menadżerski) i wysokość wynagrodzenia (czy wysokość wynagrodzenia określi agencja, czy podmiot tworzący, czy kierownik sam sobie określi wysokość wynagrodzenia).  Skoro ustawa określa kompetencje do powołania kierownika powinna jasno określać in exsteso, co taka decyzja powinna zawierać, w szczególności zawierać kompetencje do określenia formy zatrudnienia kierownika podmiotu szpitalnego i wysokość wynagrodzenia.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1346.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 79	Związek Województw RP – Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Nieuzasadnione różnicowanie (w zależności od kategorii podmiotu nadzorującego) wykonywania uprawnień wskazanych w art. 77 i art. 78.  Nierówne traktowanie podmiotów nadzorujących. Nie ma żadnych merytorycznych przesłanek dla wyłączenia stosowania art. 77 i art. 78 w przypadku podmiotów nadzorowanych przez ministra.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Przesłanki dla wyłączenia stosowania art. 77 i art. 78 w przypadku podmiotów nadzorowanych przez ministra zostały wskazane w uzasadnieniu.
1347.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 79	Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Szpitali Specjalistycznych w Olsztynie	Nieuzasadnione wyłączenie spod rygorów ustawy szpitali, dla których podmiotem tworzącym jest minister. Brak jest uzasadnienia dla całkowitego wyłączenia spod rygorów ustawy szpitali ministerialnych, co narusza w sposób ewidentny zasadę równego traktowania. Dążąc do poprawy sytuacji szpitalnictwa w Polsce nie można pomijać sytuacji finansowo-ekonomicznej także tych placówek, które z dużym zaangażowaniem wpływają na zobowiązania w ochronie zdrowia. Art. 79 powinien być wykreślony. Mając na uwadze powód wskazany w uzasadnieniu projektu ustawy, tj. podleganie Agencji pod MZ, należy stworzyć inny mechanizm monitorowania wskaźników ekonomicznych tych szpitali.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Przesłanki dla wyłączenia stosowania art. 77 i art. 78 w przypadku podmiotów nadzorowanych przez ministra zostały wskazane w uzasadnieniu.

1348.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 79	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	<p>Nieuzasadnione wyłączenie spod rygorów ustawy szpitali, dla których podmiotem tworzącym jest minister.</p> <p>Brak jest uzasadnienia dla całkowitego wyłączenia spod rygorów ustawy szpitali ministerialnych, co narusza w sposób ewidentny zasadę równego traktowania. Dążąc do poprawy sytuacji szpitalnictwa w Polsce nie można pomijać sytuacji finansowo-ekonomicznej także tych placówek, które z dużym zaangażowaniem wpływają na zobowiązania w ochronie zdrowia.</p> <p>Treść art. 79 powinna być wykreślona. Mając na uwadze powód wskazany w uzasadnieniu projektu ustawy, tj. podleganie Agencji pod MZ, należy stworzyć inny mechanizm monitorowania wskaźników ekonomicznych tych szpitali.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przesłanki dla wyłączenia stosowania art. 77 i art. 78 w przypadku podmiotów nadzorowanych przez ministra zostały wskazane w uzasadnieniu.</p>
1349.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 79	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Pominięcie roli szpitali klinicznych w projektowanej ustawie może wpłynąć negatywnie na funkcjonowanie uczelni medycznych, dodatkowo uczelnie medyczne zostały pozbawione wpływu na obsadę kierownika podmiotu leczniczego</p> <p>Proponuje się zapis: Art. 79. Przepisów art. 77 i art. 78 nie stosuje się do podmiotów szpitalnych, dla których podmiotem nadzorującym lub wykonującym prawa z akcji lub udziałów jest minister lub uczelnia medyczna.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przesłanki dla wyłączenia stosowania art. 77 i art. 78 w przypadku podmiotów nadzorowanych przez ministra zostały wskazane w uzasadnieniu. Przedmiotowej argumentacji nie da się odnieść do szpitali klinicznych.</p>
1350.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 79	Wielkopolski Związek Szpitali	<p>Art. 79. Przepisów art. 77 i art. 78 nie stosuje się do podmiotów szpitalnych, dla których podmiotem nadzorującym lub wykonującym prawa z akcji lub udziałów jest minister.</p> <p>Brak równego traktowania podmiotów z uwagi na podmiot nadzorujący.</p> <p>Niezrozumiałe jest wyłączenie szpitali, dla których podmiotem nadzorującym jest minister. Z danych finansowych wynika, że właśnie te szpitale mają największe zobowiązania finansowe. Działania naprawcze powinny w pierwszym rzędzie dotyczyć szpitali ministerialnych.</p> <p>Równe potraktowanie podmiotów szpitalnych. Niewyłączanie z przepisów szpitali ministerialnych.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przesłanki dla wyłączenia stosowania art. 77 i art. 78 w przypadku podmiotów nadzorowanych przez ministra zostały wskazane w uzasadnieniu.</p>
1351.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 79	Związek Województw RP – Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Zwracamy się o wykreślenie art. 79.</p> <p>Wskazane jest wprowadzenie jednakowych zasad w zakresie zmian na stanowisku kierownika podmiotu szpitalnego niezależnie od tego czy podmiotem nadzorującym jest minister czy jednostka samorządu terytorialnego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przesłanki dla wyłączenia stosowania art. 77 i art. 78 w przypadku podmiotów nadzorowanych przez ministra zostały wskazane w uzasadnieniu.</p>
1352.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 79	Związek Województw	<p>Nieuzasadnione różnicowanie (w zależności od kategorii podmiotu nadzorującego) wykonywania uprawnień wskazanych w art.77 i art.78.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p>

			RP – Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Nierówne traktowanie podmiotów nadzorujących. Nie ma żadnych merytorycznych przesłanek dla wyłączenia stosowania art.77 i art.78 w przypadku podmiotów nadzorowanych przez ministra.	Przesłanki dla wyłączenia stosowania art. 77 i art. 78 w przypadku podmiotów nadzorowanych przez ministra zostały wskazane w uzasadnieniu.
1353.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 79	Konferencja Rektorów Akademykich Uczelni Medycznych	Postulowane jest dodanie do określonego w tym artykule wyłączenia podmiotu szpitalnego, dla którego podmiotem tworzącym i nadzorującym jest państwowa uczelnia medyczna lub państwowa uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Przesłanki dla wyłączenia stosowania art. 77 i art. 78 w przypadku podmiotów nadzorowanych przez ministra zostały wskazane w uzasadnieniu. Przedmiotowej argumentacji nie da się odnieść do szpitali klinicznych.
1354.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 79	Konferencja Rektorów Akademykich Uczelni Medycznych	W szpitalach dla których podmiotem nadzorującym jest Minister Zdrowia nie stosuje się przepisów o zmianie kierownika podmiotu przez Prezesa Agencji. Zapis ten wprowadza nierówność podmiotów tworzących.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Przesłanki dla wyłączenia stosowania art. 77 i art. 78 w przypadku podmiotów nadzorowanych przez ministra zostały wskazane w uzasadnieniu.
1355.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 79	Konferencja Rektorów Akademykich Uczelni Medycznych	Proponowane rozszerzenie zapisu o podmioty dla których podmiotem tworzącym jest uczelnia medyczna.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Przesłanki dla wyłączenia stosowania art. 77 i art. 78 w przypadku podmiotów nadzorowanych przez ministra zostały wskazane w uzasadnieniu. Przedmiotowej argumentacji nie da się odnieść do szpitali klinicznych.
1356.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 79	Powiat Stargardzki	Nieuzasadnione różnicowanie (w zależności od kategorii podmiotu nadzorującego) wykonywania uprawnień wskazanych w art.77 i art.78.  Nierówne traktowanie podmiotów nadzorujących. Nie ma żadnych merytorycznych przesłanek dla wyłączenia stosowania art.77 i art.78 w przypadku podmiotów nadzorowanych przez ministra.  Zmienić zapis	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Przesłanki dla wyłączenia stosowania art. 77 i art. 78 w przypadku podmiotów nadzorowanych przez ministra zostały wskazane w uzasadnieniu.
1357.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 79	Województwo Podlaskie	Wszystkie jednostki powinny być traktowane jednakowo, bez względu na organ założycielski  Art. 79 do usunięcia	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Przesłanki dla wyłączenia stosowania art. 77 i art. 78 w przypadku podmiotów nadzorowanych przez ministra zostały wskazane w uzasadnieniu.
1358.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 79	Instytut Strategie 2050	Przedstawianych powyżej przepisów o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego niebędącego spółką oraz w formie spółki kategorii C i D nie stosuje się do podmiotów szpitalnych, dla których podmiotem nadzorującym	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

				lub wykonującym prawa z akcji lub udziałów jest minister właściwy ds. zdrowia (art. 79). Jest to przykład nierównego traktowania podmiotów szpitalnych. Szpitale zależne od ministra zdrowia również generują zobowiązania: 24% zobowiązań ogólnych i 29% zobowiązań wymagalnych wszystkich szpitali publicznych w Polsce, a wielkość tych zobowiązań wzrasta pomimo aktywnych programów rozwojowo-naprawczych i redukcji zatrudnienia do granic niebezpiecznych dla chorych. Tłumaczenia ustawodawcy o potencjalnym konflikcie interesów w sytuacji, gdy minister zdrowia nadzoruje instytuty medyczne i szpitale kliniczne i jednocześnie jest podmiotem nadzorującym działalność ARS nie można zaakceptować.	Przesłanki dla wyłączenia stosowania art. 77 i art. 78 w przypadku podmiotów nadzorowanych przez ministra zostały wskazane w uzasadnieniu.  Uwaga w rzeczywistości stanowi komentarz do zaproponowanych rozwiązań.
1359.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 79	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	Usunięcie zapisu.  Ograniczenie stosowania przepisów Art. 77 oraz 78 do szpitali, dla których podmiotem tworzącym są JST wskazuje na złą wolę ustawodawcy i celowe kierowanie abuzywnych zapisów w stronę podmiotów, nad którymi nie posiada pełnej władzy politycznej.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Przesłanki dla wyłączenia stosowania art. 77 i art. 78 w przypadku podmiotów nadzorowanych przez ministra zostały wskazane w uzasadnieniu.
1360.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 79	Związek Województw RP - Województwo Warmińsko-Mazurskie (za pośrednictwem KWRiST)	Nieuzasadnione wyłączenie spod rygorów ustawy szpitali, dla których podmiotem tworzącym jest minister.  Brak jest uzasadnienia dla całkowitego wyłączenia spod rygorów ustawy szpitali ministerialnych, co narusza w sposób ewidentny zasadę równego traktowania. Dążąc do poprawy sytuacji szpitalnictwa w Polsce nie można pomijać sytuacji finansowo-ekonomicznej także tych placówek, które z dużym zaangażowaniem wpływają na zobowiązania w ochronie zdrowia.  Art. 79 powinien być wykreślony. Mając na uwadze powód wskazany w uzasadnieniu projektu ustawy, tj. podleganie Agencji pod MZ, należy stworzyć inny mechanizm monitorowania wskaźników ekonomicznych tych szpitali.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Przesłanki dla wyłączenia stosowania art. 77 i art. 78 w przypadku podmiotów nadzorowanych przez ministra zostały wskazane w uzasadnieniu.
1361.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 79	Związek Województw RP - Województwo Podkarpackie (za pośrednictwem KWRiST)	Treść art. 79 projektowanej ustawy powoduje nierówność traktowania publicznych jednostek leczniczych w zakresie w jakim art. 77 i 78 tejże projektowanej ustawy nie stosuje się do podmiotów szpitalnych, dla których podmiotem nadzorującym lub wykonującym prawa z akcji lub udziałów jest minister.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Przesłanki dla wyłączenia stosowania art. 77 i art. 78 w przypadku podmiotów nadzorowanych przez ministra zostały wskazane w uzasadnieniu.
1362.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 79 w zw. z art. 77 i art. 78	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Wnosimy zmianę art. 79 poprzez dodanie do określonego w nim wyłączenia podmiotu szpitalnego, dla którego podmiotem tworzącym i nadzorującym jest państwowa uczelnia medyczna lub państwowa uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. Wyłączenie z zakresu działania art. 77 i 78 podmiotów szpitalnych	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Przesłanki dla wyłączenia stosowania art. 77 i art. 78 w przypadku podmiotów nadzorowanych przez



				nadzorowanych przez poszczególne ministerstwa powinno również dotyczyć szpitali tworzonych przez uczelnie medyczne. Jest to uzasadnione specyfiką działalności podmiotów leczniczych dla których podmiotem tworzącym jest uczelnia medyczna, gdyż podmioty te udzielają świadczeń zdrowotnych w połączeniu z prowadzeniem działalności dydaktycznej i nie ulega wątpliwości, że podmiot tworzący powinien mieć realny wpływ na działalność takiego podmiotu szpitalnego w zakresie w jakim dotyczy zapewnienia właściwego procesu dydaktycznego kadr medycznych, prowadzenia badań klinicznych itp. czyli funkcji dedykowanych bezpośrednio szpitalom klinicznym. W związku z powyższym uprawnienia Prezesa Agencji przewidziane w art. 77 i następane nie powinny mieć zastosowania do podmiotów leczniczych dla których podmiotem tworzącym jest uczelnia medyczna lub państwowa uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. Podmioty te powinny zatem mieć bezpośredni wpływ na możliwość wyboru kierownika podmiotu leczniczego.	ministra zostały wskazane w uzasadnieniu. Przedmiotowej argumentacji nie da się odnieść do szpitali klinicznych.
1363.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 80	Związek Województw RP - Województwo Mazowieckie (za pośrednictwem KWRiST)	Na czas trwania postępowania naprawczo-rozwojowego, zawieszono zostają uprawnienia podmiotu tworzącego do powoływania i odwoływania kierownika podmiotu szpitalnego. Przepis ten powinien zostać usunięty. Uzasadnienie: Jest to ograniczenie kompetencji nadzorczych podmiotów tworzących lub właścicielskich.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Przepis ten stosuje się wyłącznie od dnia odwołania dotychczasowego kierownika podmiotu szpitalnego. Jest to uprawnienie a nie obowiązek Prezesa Agencji.
1364.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 80	Związek Województw RP - Województwo Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)	Od dnia doręczenia podmiotowi tworzącemu postanowienia Prezesa Agencji o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego, o którym mowa w art. 77 ust. 1 i art. 78 ust. 1, na czas trwania postępowania naprawczo-rozwojowego, zawieszono zostają uprawnienia podmiotu tworzącego do powoływania i odwoływania kierownika podmiotu szpitalnego.  Brak trybu odwoławczego. Powyższe uniemożliwia kontrolę zasadności wydania postanowienia.  Propozycja: Doprecyzowanie zapisów projektu ustawy w tym zakresie.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1365.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 80	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Zawieszenie uprawnień organu tworzącego w zakresie powoływania i odwoływania kierownika podmiotu leczniczego powoduje destabilizację funkcjonowania tego podmiotu. Jest to w szczególności istotny argument w odniesieniu do szpitali klinicznych, których ważnym zadaniem jest kształcenie, dydaktyka, realizacja badań klinicznych i innych projektów badawczych. Zapisy art. 80 właściwie wyłączają wpływ organu tworzącego podmiotu leczniczego na jego funkcjonowanie i zarządzanie. Przepis winien przewidywać okres nie dłuższy niż 6 miesięcy na pełnienie obowiązków kierownika podmiotu leczniczego przez osobę wskazaną przez Prezesa Agencji i zobowiązać podmiot tworzący do przeprowadzenia postępowania	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Przepis ten stosuje się wyłącznie od dnia odwołania dotychczasowego kierownika podmiotu szpitalnego. Jest to uprawnienie a nie obowiązek Prezesa Agencji.

				konkursowego co pozwoli na ustabilizowanie sytuacji zarządczej w podmiocie leczniczym.	
1366.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 80	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Nieuzasadnione pozbawienie wpływu podmiotu tworzącego na działanie podmiotu leczniczego w czasie trwania postępowania naprawczo-rozwojowego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Przepis ten stosuje się wyłącznie od dnia odwołania dotychczasowego kierownika podmiotu szpitalnego. Jest to uprawnienie a nie obowiązek Prezesa Agencji.
1367.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 80	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Projekt nie zawiera rozwiązań odnośnie trybu postępowania w przypadku rezygnacji z pełnienia funkcji kierownika podmiotu szpitalnego i określenia wytycznych dla przeprowadzenia postępowania konkursowego. Konieczność doprecyzowania kto i w jakim terminie w takim przypadku przeprowadza postępowanie konkursowe.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1368.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 80-81	Sąd Najwyższy	<p>Zbyt daleko idące zawieszenie uprawnień podmiotu tworzącego do powoływania i odwoływania kierownika podmiotu szpitalnego; nieuzasadnione wyłączenie procedury konkursowej.</p> <p>Samodzielność działania podmiotów tworzących podmioty szpitalne nie jest wprawdzie absolutna, jednak nie może być poddawana nadmiernej ingerencji organów państwowych, zwłaszcza zależnych od władzy wykonawczej, takich jak Prezes Agencji.</p> <p>Całkowite zawieszenie prawa podmiotu tworzącego do powoływania i odwoływania kierownika podmiotu szpitalnego na czas trwania postępowania naprawczo-rozwojowego może być sprzeczne z chronioną konstytucyjnie zasadą samodzielności j.s.t., zwłaszcza że organ założycielski szpitala może sam dostrzegać potrzebę usprawnienia kierowania jednostką. Co więcej, kiedy szpital jest zorganizowany jako spółka prawa handlowego, ingerencja czynnika administracyjnego (Prezes ARS) godzi wprost w prawa korporacyjne wspólnika lub akcjonariusza i tym samym jest niezgodna z zasadą pewności prawa (art. 2 Konstytucji), nie mówiąc o ochronie własności i praw majątkowych (art. 64 Konstytucji).</p> <p>Wyłączenie procedury konkursowej rodzi obawy przed obniżeniem standardów naboru na ważne stanowiska publiczne, których funkcjonowanie jest przedmiotem szczególnego zainteresowania społeczeństwa oraz dotyczy dóbr sytuowanych najwyżej w hierarchii systemu prawnego (zdrowie i życie). Może również budzić uzasadnione obawy przed skrajną polityzacją zarządzania szpitalami oraz przeniesieniem preferencji partyjnych do sfery, w której o obsadzie stanowisk powinny decydować wyłącznie względy merytoryczne.</p> <p>Proponowane rozwiązanie: W art. 80 ewentualnie wprowadzić procedurę opiniowania powołania lub odwołania kierownika podmiotu szpitalnego przez Prezesa Agencji.</p> <p>Skreślić przewidywaną regulację art. 81 projektu.</p>	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Przepis ten stosuje się wyłącznie od dnia odwołania dotychczasowego kierownika podmiotu szpitalnego. Jest to uprawnienie a nie obowiązek Prezesa Agencji.

1369.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 80-81	Wielkopolski Związek Szpitali	<p>Art. 80. Od dnia doręczenia podmiotowi tworzącemu postanowienia Prezesa Agencji o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego, o którym mowa w art. 77 ust. 1 i art. 78 ust. 1, na czas trwania postępowania naprawczo-rozwojowego, zawieszane zostają uprawnienia podmiotu tworzącego do powoływania i odwoływania kierownika podmiotu szpitalnego.</p> <p>Art. 81 Zmiana przez Prezesa Agencji kierownika podmiotu szpitalnego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest dokonywana bez przeprowadzania konkursu, o którym mowa w art. 49 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.</p> <p>Podmiot nadzorujący zostaje pozbawiony wpływu na własny majątek – poprzez brak wpływu na osobę kierującą podmiotem szpitalnym.</p> <p>Zapisy te noszą znamiona zarządzania scentralizowanego z pomniejszeniem udziału podmiotów nadzorujących, nie wykluczając tendencji do „obsadzania” stanowisk bez określonych kryteriów (brak konkursu na stanowisko kierownika podmiotu szpitalnego).</p> <p>Podmiot nadzorujący winien mieć głos stanowiący w decyzji o zmianie, powoływaniu i odwoływaniu na każdym etapie trwania postępowania naprawczo-rozwojowego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepis ten stosuje się wyłącznie od dnia odwołania dotychczasowego kierownika podmiotu szpitalnego. Jest to uprawnienie a nie obowiązek Prezesa Agencji.</p>
1370.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 80 i 83	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Brak wpływu Podmiotu Tworzącego, który był zobowiązany przeprowadzić konkurs na Kierownika jednostki i jego zatrudnienie (zgodnie z zapisami Ustawy o działalności leczniczej ) na zmianę kierownika podmiotu szpitalnego kategorii D przez Prezesa ARS w trybie powołania.</p> <p>Podmiot Tworzący w procesie przeprowadzonego konkursu decyduje kto obejmie stanowisko kierownika. Wg. zapisów ustawy zmiana kierownika podmiotu szpitalnego następuje bez udziału, akceptacji i zgody właściciela szpitala.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych.</p>
1371.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 81	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Zmiana przez Prezesa Agencji kierownika podmiotu szpitalnego w formie SPZOZ jest dokonywana bez przeprowadzania konkursu</p> <p>Zmiana przez Prezesa Agencji kierownika podmiotu szpitalnego w formie SPZOZ bez przeprowadzania konkursu, o którym mowa w art. 49 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej całkowicie podważa transparentność wyboru. Będzie to więc osoba z tzw. nadania przez Prezesa Agencji i faktycznie całkowicie podporządkowana wytycznym administracji rządowej.</p> <p>Ta propozycja zapisu obnaża prawdziwe intencje zmian legislacyjnych. Nie chodzi tu ani o podniesienie poziomu świadczeń medycznych, ani o podniesienie poziomu efektywności szpitali.</p> <p>Ważne żeby robotę dostał mierny, ale wierny przedstawiciel Prezesa Agencji.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepis ma na celu zapewnienie ciągłości i skuteczności postępowania naprawczo-rozwojowego, które jest w toku. Kierownik powołany przez Prezesa każdorazowo będzie musiał spełnić warunki przewidziane w art. 120 projektu ustawy.</p>

1372.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 81	Polska Federacja Szpitali	<p>Zmiana przez Prezesa Agencji kierownika podmiotu szpitalnego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest dokonywana bez przeprowadzenia konkursu, o którym mowa w art. 49 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.</p> <p>Brak wpływu Podmiotu Tworzącego, który był zobowiązany przeprowadzić konkurs na Kierownika jednostki i jego zatrudnienie (zgodnie z zapisami Ustawy o działalności leczniczej) na zmianę kierownika podmiotu szpitalnego kategorii D przez Prezesa ARS w trybie powołania.</p> <p>Podmiot Tworzący w procesie przeprowadzonego konkursu decyduje kto obejmie stanowisko kierownika. Wg. zapisów ustawy zmiana kierownika podmiotu szpitalnego następuje bez udziału, akceptacji i zgody właściciela szpitala. Brak konkursu może prowadzić do niepotrzebnych podejrzeń i pomówień, a także podważania kompetencji zastępczego kierownictwa.</p> <p>Nie określono trybu wyboru kierownika, nie zawarto uzgodnienia z Organem nadzorującym</p> <p>Proponujemy, aby Prezes zmiany kierownika dokonywał poprzez przeprowadzenia konkursu w trybie przyspieszonym, z koniecznością poinformowania o konkursie min. trzech kandydatów spełniających wymagania na dane stanowisko.</p> <p>Art. 81 należy dodać tryb powołania kierownika uwzględniając głosy Organu nadzorującego</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepis ma na celu zapewnienie ciągłości i skuteczności postępowania naprawczo-rozwojowego, które jest w toku. Kierownik powołany przez Prezesa każdorazowo będzie musiał spełnić warunki przewidziane w art. 120 projektu ustawy.</p>
1373.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 81	Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Szpitali Specjalistycznych w Olsztynie	<p>Zmiana przez Prezesa Agencji kierownika podmiotu szpitalnego jest dokonywana bez przeprowadzania konkursu, o którym mowa w art. 49 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nie określono trybu wyboru kierownika.</li> <li>- Nie zawarto uzgodnienia z Organem nadzorującym</li> </ul> <p>Art. 81 należy dodać tryb powołania kierownika uwzględniając głosy Organu nadzorującego</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p>
1374.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 81	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	<p>Zmiana przez Prezesa Agencji kierownika podmiotu szpitalnego jest dokonywana bez przeprowadzania konkursu, o którym mowa w art. 49 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nie określono trybu wyboru kierownika.</li> <li>- nie zawarto uzgodnienia z Organem nadzorującym.</li> </ul> <p>Art. 81 należy dodać tryb powołania kierownika uwzględniając głosy Organu nadzorującego.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p>
1375.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 81	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Bezzasadna rezygnacja z trybu konkursowego przy obsadzie stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego przez Prezesa Agencji (art. 81).</p> <p>Brak jakichkolwiek zasad obsady stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego (w trybie zmiany przez Prezesa Agencji) stanowi bardzo duże pole do ewentualnych nieprawidłowości w tym procesie. Nie zostanie zachowana transparentność wyboru (zmiany), brak też pewności co</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Każdy kierownik podmiotu szpitalnego, niezależnie od trybu jego wyłonienia będzie musiał spełniać wymagania przewidziane w art. 120 projektu ustawy.</p>

				spełniania przez kandydata wymogów w zakresie spełniania art.120 i nast. projektu ustawy. Pożądane jest wskazanie wymogów jakie powinien spełniać kierownik podmiotu szpitalnego wyłoniony w tym trybie.	
1376.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 81	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Pożądana jest modyfikacja przepisu w taki sposób, żeby procedura konkursowa była dalej procedurą obowiązującą, z wyłączeniem możliwości ubiegania się o stanowisko przez kierownika wobec którego sąd prawomocnie orzekł o zasadności decyzji Prezesa Agencji określonej w art. 77 projektu ustawy.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Każdy kierownik podmiotu szpitalnego, niezależnie od trybu jego wyłonienia będzie musiał spełniać wymagania przewidziane w art. 120 projektu ustawy. Przepis ma na celu zapewnienie ciągłości i skuteczności postępowania naprawczo-rozwojowego, które jest w toku.
1377.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 81	Związek Województw RP - Województwo Mazowieckie (za pośrednictwem KWRiST)	Powinien zostać utrzymany tryb konkursu wynikający z ustawy o działalności leczniczej pozwalający na wybór kierownika podmiotu szpitalnego w działającego formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Należy usunąć zapis i wprowadzić wybór w drodze konkursu. Uzasadnienie: Brak jest podstaw merytorycznych do obniżenia wymagań dla powoływanego przez Prezesa Agencji nowego kierownika podmiotu szpitalnego. Postępowanie to powoduje brak jawności i brak możliwości wyboru najlepszego kandydata. Rozstrzygnięcie w sprawie będzie miało charakter uznaniowy i narusza uprawnienia właścicielskie podmiotu nadzorującego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Każdy kierownik podmiotu szpitalnego, niezależnie od trybu jego wyłonienia będzie musiał spełniać wymagania przewidziane w art. 120 projektu ustawy. Przepis ma na celu zapewnienie ciągłości i skuteczności postępowania naprawczo-rozwojowego, które jest w toku.
1378.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 81	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Bezzasadna rezygnacja z trybu konkursowego przy obsadzie stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego przez Prezesa Agencji (art.81). Brak jakichkolwiek zasad obsady stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego (w trybie zmiany przez Prezesa Agencji) stanowi bardzo duże pole do ewentualnych nieprawidłowości w tym procesie. Nie zostanie zachowana transparentność wyboru (zmiany), brak też pewności co do „jakości” kandydata zwłaszcza w zakresie spełniania wymogów określonych w art.120 . Pożądane jest wskazanie wymogów jakie powinien spełniać kierownik podmiotu szpitalnego wyłoniony w tym trybie.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Każdy kierownik podmiotu szpitalnego, niezależnie od trybu jego wyłonienia będzie musiał spełniać wymagania przewidziane w art. 120 projektu ustawy.
1379.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 81	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	Brak postępowania konkursowego jest nieuzasadniony i sprzeczny z ustawą o działalności leczniczej. Zapis projektu daje zbyt dużą swobodę Prezesowi Agencji Rozwoju Szpitalnictwa w zakresie wyznaczenia osoby nowego kierownika, co do której nie zastrzeżono również i tego, by musiała spełniać obowiązki określone w art. 120-124. Procedura wyłonienia kandydata na stanowisko kierownika podmiotu szpitalnego w formie spzoz powinna być stosowana jednolicie. Przemawiają za tym względy niedyskryminacji i równego traktowania wobec prawa. Zgodnie z art. 49 ustawy o działalności leczniczej - na stanowisko kierownika podmiotu leczniczego nie będącego przedsiębiorcą przeprowadza się	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Każdy kierownik podmiotu szpitalnego, niezależnie od trybu jego wyłonienia będzie musiał spełniać wymagania przewidziane w art. 120 projektu ustawy. W uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych.

				<p>konkurs i żadnych wyjątków w tym zakresie ustawa o działalności leczniczej nie przewiduje.</p> <p>Proponuje się wykreślić przepis zaprojektowany w art. 81.</p>	
1380.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 81	<p>Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych</p>	<p>Wymagania w stosunku do kierownika powoływanego przez Prezesa Agencji.</p> <p>Dodanie art. 81 ust. 2 Kierownik powoływany w trybie ust 1, spełnia wymagania wynikające z art. 120.</p> <p>Nie wynika z proponowanego zapisu, że kierownik powoływany przez Prezesa Agencji powinien spełniać określone warunki, chociażby proponowane w art. 120. Należy uzupełnić wymagania lub odniesienie.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepisy projektu ustawy już to przewidują. Każdy kierownik podmiotu szpitalnego, niezależnie od trybu jego wyłonienia będzie musiał spełniać wymagania przewidziane w art. 120 projektu ustawy.</p>
1381.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 81	<p>SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia</p>	<p>Wymagania w stosunku do kierownika powoływanego przez Prezesa Agencji.</p> <p>Dodanie art. 81 ust. 2 Kierownik powoływany w trybie ust 1, spełnia wymagania wynikające z art. 120.</p> <p>Nie wynika z proponowanego zapisu, że kierownik powoływany przez Prezesa Agencji powinien spełniać określone warunki, chociażby proponowane w art. 120. Należy uzupełnić wymagania lub odniesienie.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepisy projektu ustawy już to przewidują. Każdy kierownik podmiotu szpitalnego, niezależnie od trybu jego wyłonienia będzie musiał spełniać wymagania przewidziane w art. 120 projektu ustawy.</p>
1382.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 81	<p>Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych</p>	<p>Brak wskazania warunków np.: okresu powoływania kierownika podmiotu szpitalnego w przypadku dokonania zmiany przez Prezesa Agencji.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>
1383.	Rozdział 7 (Oddział 5)	art. 81	<p>Związek Województw RP - Województwo Warmińsko-Mazurskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Zmiana przez Prezesa Agencji kierownika podmiotu szpitalnego jest dokonywana bez przeprowadzania konkursu, o którym mowa w art. 49 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.</p> <p>- Nie określono trybu wyboru kierownika. - nie zawarto uzgodnienia z Organem nadzorującym</p> <p>Propozycja: Art. 81 należy dodać tryb powołania kierownika uwzględniając głosy Organu nadzorującego</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p>
1384.	Rozdział 7 (Oddział 6)	-	<p>Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Zmiana i urealnienie zapisów dotyczących zakończenia postępowania naprawczo – rozwojowego poprzez rozszerzenie o kategorię B Wprowadzenie zapisów o zakończeniu postępowania naprawczo-rozwojowego jedynie w przypadku wydania postanowienia Prezesa Agencji o przyznaniu kategorii A wydaje się utopią. W dzisiejszych realiach znikomy procent szpitali znajduje się w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej i spełnia łącznie zaproponowane w art. 27 ust 3 wskaźniki. Należy zadać retoryczne pytanie: ile czasu resort zdrowia przewiduje na doprowadzenie do</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przyznanie we wskazanym trybie kategorii innej niż A nie zwalnia z obowiązku kontynuowania realizacji planu naprawczo-rozwojowego.</p>

				<p>stanu docelowego, tj. uzyskania przez wszystkie działające na terenie kraju podmioty szpitalne, jednolitej kategorii A? Ponadto zgodnie z zapisami projektu w art. 50 mowa jest jedynie o wszczynaniu postępowania wobec podmiotów szpitalnych wobec których przyznano kategorię C i D. W pozostałych przypadkach nie jest to postępowanie obligatoryjne.</p>	
1385.	Rozdział 7 (Oddział 6)	art. 82	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Zakończenie postępowania naprawczo-rozwojowe</p> <p>Postępowanie naprawczo-rozwojowe ulega zakończeniu po przeprowadzeniu kolejnej kategoryzacji podmiotu szpitalnego w terminie określonym w art. 24, z dniem doręczenia podmiotowi szpitalnemu postanowienia Prezesa Agencji o przyznaniu kolejnej kategorii. Nie wiadomo jednak jak należy rozumieć termin „kolejna kategoria” – czy chodzi o wyższą kategorię?</p> <p>Nieostrość sformułowań może prowadzić do wniosku, iż postępowanie będzie toczony w sposób dowolny.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przez przyznanie kolejnej kategorii rozumie się przyznanie kategorii w ramach kolejnej kategoryzacji, która zgodnie z projektowaną ustawą ma się odbywać co 3 lata, niezależnie jaka kategoria przyznana zostanie podmiotowi szpitalnemu.</p>
1386.	Rozdział 7 (Oddział 6)	art. 82 i nn.	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Projekt ustawy nie stanowi rozwiązania problemów związanych z funkcjonowaniem podmiotów w perspektywie długoterminowej, 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.</p> <p>Zła sytuacja finansowa szpitala i jego ogromne zadłużenie nie 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 zatwierdzenia 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).</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Osiągnięcie kategorii C przez podmiot szpitalny znajdujący się w kategorii D nie będzie zwalniało takiego podmiotu z konieczności realizacji planu naprawczo-rozwojowego dążącego do dalszej poprawy sytuacji finansowej.</p> <p>Realizacja planu naprawczo-rozwojowego wiązać się będzie również z możliwością uzyskania wsparcia ARS.</p>
1387.	Rozdział 7 (Oddział 6)	art. 82 i nn.	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	<p>Projekt ustawy nie stanowi rozwiązania problemów związanych z funkcjonowaniem podmiotów w perspektywie długoterminowej, 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.</p> <p>Zła sytuacja finansowa szpitala i jego ogromne zadłużenie nie jest wynikiem złego zarządzania, czy braku nadzoru ze strony podmiotu tworzącego. Jest bezpośrednią konsekwencją trwającego od lat niedofinansowania systemu</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Osiągnięcie kategorii C przez podmiot szpitalny znajdujący się w kategorii D nie będzie zwalniało takiego podmiotu z konieczności realizacji planu naprawczo-rozwojowego dążącego do dalszej poprawy sytuacji finansowej.</p> <p>Realizacja planu naprawczo-rozwojowego wiązać się będzie również z możliwością uzyskania wsparcia ARS.</p>

				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).	
1388.	Rozdział 7 (Oddział 6)	art. 83	Uniwersytet Opolski	Proponuje się wykreślenie art. 83  Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest wykreślenie art. 83	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Uwaga bezzasadna z uwagi na nie wykreślenie art. 38-49.
1389.	Rozdział 8	art. 85	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Jeśli chodzi o restrukturyzację zadłużenia szpitalnego to poza stwierdzeniem w art. 85 faktu możliwości prowadzenia przez podmiot szpitalny postępowania o zatwierdzenie układu w oparciu o znowelizowane przepisy ustawy Prawo restrukturyzacyjne, regulacje ustawy są bardzo oszczędne. Z art. 86 ust. 3 ustawy wynika tylko, że Agencja może zapewnić podmiotowi szpitalnemu formy finansowania o których mowa w art. 110 (pożyczka, częściowo bezzwrotna, finansowanie bezzwrotne, instrumenty poręczeniowe.). Przepis ten nie nakłada jednak w żadnym zakresie zobowiązania na Agencję co do udzielenia danemu podmiotowi finansowania.  Brak nałożenia na Agencję konkretnych obowiązków co do finansowania podmiotu.  Propozycja: Uzupełnienie i doprecyzowanie zapisów.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Agencja będzie dostosowywać formy wsparcia do sytuacji finansowej poszczególnych podmiotów szpitalnych.
1390.	Rozdział 8	art. 85	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Restrukturyzacja zadłużenia Restrukturyzacja zadłużenia podmiotów szpitalnych niewątpliwie może być korzystna – niemniej projekt ustawy zakłada wiele dowolności decyzyjnej Prezesa Agencji. Prawdopodobnie pewnego typu uprzywilejowanie mogą zyskać podmioty podległe administracji rządowej.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Agencja będzie dostosowywać formy wsparcia do sytuacji finansowej poszczególnych podmiotów szpitalnych.
1391.	Rozdział 8	art. 86	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	Proponowany przepis de facto nie daje żadnych praw podmiotowi leczniczemu.	<b>Uwaga nieuwzględniona</b>  Art. 85 i 86 należy odczytywać w kontekście nowego postępowania restrukturyzacyjnego dodanego do tytułu IV poprzez nowy dział IIa prawa restrukturyzacyjnego.
1392.	Rozdział 8	art. 86	Ogólnopolski Związek Pracodawców	Proponowany przepis de facto nie daje żadnych praw podmiotowi leczniczemu.	<b>Uwaga nieuwzględniona</b>  Art. 85 i 86 należy odczytywać w kontekście nowego postępowania restrukturyzacyjnego dodanego do



			Szpitali Powiatowych		tytułu IV poprzez nowy dział IIa prawa restrukturyzacyjnego.
1393.	Rozdział 8	art. 86 ust. 1	Polska Federacja Szpitali	<p>„Prezes Agencji wyraża zgodę, o której mowa w art. 367g ust. 2 lub w art. 367o ust. 2 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, jeżeli zatwierdzenie planu spłaty, o którym mowa w art. 367l ust. 1 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, zwiększy szansę na przyznanie podmiotowi szpitalnemu wyższej kategorii albo utrzymanie kategorii A, uwzględniając stan środków będących w dyspozycji Agencji.”</p> <p>Zgodnie z projektem ustawy, podmiot szpitalny będzie mógł dokonać restrukturyzacji zadłużenia w ramach nowego postępowania odrębnego, o którym mowa w tytule IV dziale IIa Prawa restrukturyzacyjnego. Jak stanowi projektowany art. 367a ust. 2 ustawy Prawo restrukturyzacyjne, podmiot szpitalny może prowadzić wyłącznie postępowanie o zatwierdzenie układu. Przepisy szczególne regulujące przebieg postępowania dedykowanego podmiotom szpitalnym zostały zawarte w art. 367a do 367s. W pozostałym zakresie do postępowania o zatwierdzenie układu prowadzonego przez podmiot szpitalny będzie się stosować przepisy ogólne o postępowaniach restrukturyzacyjnych (art. 1–209 Prawa restrukturyzacyjnego, w tym przepisy proceduralne regulujące przebieg tego postępowania, tj. art. 189–209).</p> <p>Brak przyjęcia układu przez wierzycieli prowadzi do zaspokojenia na podstawie planu spłaty. Zatem, plan spłaty jest środkiem stosowanym po przeprowadzeniu podstawowego postępowania o zatwierdzenie układu - jednego z postępowań restrukturyzacyjnych uregulowanych w ustawie.</p> <p>Przy ocenie możliwości prowadzenia postępowania restrukturyzacyjnego, a w tym przypadku możliwości zatwierdzenia układu, należy brać pod uwagę ogólne przesłanki o charakterze materialnym, wskazane m.in. w art. 6 ustawy Prawo restrukturyzacyjne: „Postępowanie restrukturyzacyjne może być prowadzone wobec dłużnika niewypłacalnego lub zagrożonego niewypłacalnością.” Przez dłużnika niewypłacalnego należy rozumieć dłużnika niewypłacalnego w rozumieniu ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. - Prawo upadłościowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 1228 i 2320 oraz z 2021 r. poz. 1080 i 1177).</p> <p>Obecna treść art. 86 ust. 1 odnosi się do oceny przez Prezesa ARS czy zatwierdzony plan spłaty zwiększy szansę na przyznanie podmiotowi szpitalnemu wyższej kategorii albo <u>utrzymanie kategorii A</u>. Takie założenie stoi w sprzeczności z podstawową przesłanką merytoryczną prowadzenia restrukturyzacji zadłużenia - istnienie stanu niewypłacalności lub zagrożenia niewypłacalnością. Podmioty szpitalne przypisane do kategorii A zostały opisane w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, jako podmioty w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej. Restrukturyzacja zadłużenia w drodze postępowania o zatwierdzenie układu, w szczególności ustalenie planu spłaty w przypadku nieprzyjęcia układu przez wierzycieli, nie powinna być stosowana wobec podmiotów</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Kategoryzacja obligatoryjna będzie odbywała się co 3 lata i nie da się wykluczyć, że podmiot kategorii A w tym czasie stanie się podmiotem zagrożonym niewypłacalnością.</p>

				<p>charakteryzujących się dobrą sytuacją finansową i mogących spłacać swoje zobowiązania w pełnej wysokości, bez uszczerbku dla wierzycieli.</p> <p>Proponujemy zapis: „Prezes Agencji wyraża zgodę, o której mowa w art. 367g ust. 2 lub w art. 367o ust. 2 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, jeżeli zatwierdzenie planu spłaty, o którym mowa w art. 367l ust. 1 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, zwiększy szansę na przyznanie podmiotowi szpitalnemu wyższej kategorii, uwzględniając stan środków będących w dyspozycji Agencji.”</p>	
1394.	Rozdział 8	art. 86 ust. 1	<p>Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>4. Podmiot nadzorujący może zapewnić podmiotowi szpitalnemu środki finansowe na wsparcie realizacji:</p> <p>1) układu, o którym mowa w ust. 3 pkt 1, albo</p> <p>2) planu spłaty, o którym mowa w ust. 1.</p> <p>W rozdziale 8 restrukturyzacja zadłużenia na bazie ustawy Prawo restrukturyzacyjne wskazano, że podmiot tworzący może przekazywać środki na działania układowe i plany spłat. Generalnie ustawa marginalizuje znaczenie podmiotu tworzącego, podmiotu leczniczego i jego rady, natomiast w kwestiach finansowych widzi potencjał w JST, lecz bez podania źródła tychże środków.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Jest to możliwość a nie obowiązek.</p>
1395.	Rozdział 8	art. 86 ust. 1	<p>Związek Banków Polskich</p>	<p>„Prezes Agencji wyraża zgodę, o której mowa w art. 367g ust. 2 lub w art. 367o ust. 2 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, jeżeli zatwierdzenie planu spłaty, o którym mowa w art. 367l ust. 1 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, zwiększy szansę na przyznanie podmiotowi szpitalnemu wyższej kategorii albo utrzymanie kategorii A, uwzględniając stan środków będących w dyspozycji Agencji.”</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>Zgodnie z projektem ustawy, podmiot szpitalny będzie mógł dokonać restrukturyzacji zadłużenia w ramach nowego postępowania odrębnego, o którym mowa w tytule IV dziale IIa Prawa restrukturyzacyjnego. Jak stanowi projektowany art. 367a ust. 2 ustawy Prawo restrukturyzacyjne, podmiot szpitalny może prowadzić wyłącznie postępowanie o zatwierdzenie układu. Przepisy szczególne regulujące przebieg postępowania dedykowanego podmiotom szpitalnym zostały zawarte w art. 367a do 367s. W pozostałym zakresie do postępowania o zatwierdzenie układu prowadzonego przez podmiot szpitalny będzie się stosować przepisy ogólne o postępowaniach restrukturyzacyjnych (art. 1–209 Prawa restrukturyzacyjnego, w tym przepisy proceduralne regulujące przebieg tego postępowania, tj. art. 189–209).</p> <p>Brak przyjęcia układu przez wierzycieli prowadzi do zaspokojenia na podstawie planu spłaty. Zatem, plan spłaty jest środkiem stosowanym po przeprowadzeniu podstawowego postępowania o zatwierdzenie układu - jednego z postępowań restrukturyzacyjnych uregulowanych w ustawie.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Kategoryzacja obligatoryjna będzie odbywała się co 3 lata i nie da się wykluczyć, że podmiot kategorii A w tym czasie stanie się podmiotem zagrożonym niewypłacalnością.</p>

				<p>Przy ocenie możliwości prowadzenia postępowania restrukturyzacyjnego, a w tym przypadku możliwości zatwierdzenia układu, należy brać pod uwagę ogólne przesłanki o charakterze materialnym, wskazane m.in. w art. 6 ustawy Prawo restrukturyzacyjne: „Postępowanie restrukturyzacyjne może być prowadzone wobec dłużnika niewypłacalnego lub zagrożonego niewypłacalnością.” Przez dłużnika niewypłacalnego należy rozumieć dłużnika niewypłacalnego w rozumieniu ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. - Prawo upadłościowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 1228 i 2320 oraz z 2021 r. poz. 1080 i 1177).</p> <p>Obecna treść art. 86 ust. 1 odnosi się do oceny przez Prezesa ARS czy zatwierdzony plan spłaty zwiększy szansę na przyznanie podmiotowi szpitalnemu wyższej kategorii albo utrzymanie kategorii A. Takie założenie stoi w sprzeczności z podstawową przesłanką merytoryczną prowadzenia restrukturyzacji zadłużenia - istnienie stanu niewypłacalności lub zagrożenia niewypłacalnością. Podmioty szpitalne przypisane do kategorii A zostały opisane w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, jako podmioty w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej. Restrukturyzacja zadłużenia w drodze postępowania o zatwierdzenie układu, w szczególności ustalenie planu spłaty w przypadku nieprzyjęcia układu przez wierzycieli, nie powinna być stosowana wobec podmiotów charakteryzujących się dobrą sytuacją finansową i mogących spłacać swoje zobowiązania w pełnej wysokości, bez uszczerbku dla wierzycieli.</p> <p>Proponowane brzmienie zmienionego przepisu art. 86 ust. 1:</p> <p>„Prezes Agencji wyraża zgodę, o której mowa w art. 367g ust. 2 lub w art. 367o ust. 2 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, jeżeli zatwierdzenie planu spłaty, o którym mowa w art. 367l ust. 1 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, zwiększy szansę na przyznanie podmiotowi szpitalnemu wyższej kategorii, uwzględniając stan środków będących w dyspozycji Agencji.”</p>	
1396.	Rozdział 8	art. 86 ust. 1	BFF Polska S.A.	<p>„Prezes Agencji wyraża zgodę, o której mowa w art. 367g ust. 2 lub w art. 367o ust. 2 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. - Prawo restrukturyzacyjne, jeżeli zatwierdzenie planu spłaty, o którym mowa w art. 367l ust. 1 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. - Prawo restrukturyzacyjne, zwiększy szansę na przyznanie podmiotowi szpitalnemu wyższej kategorii albo utrzymanie kategorii A, uwzględniając stan środków będących w dyspozycji Agencji.”</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>Zgodnie z projektem ustawy, podmiot szpitalny będzie mógł dokonać restrukturyzacji zadłużenia w ramach nowego postępowania odrębnego, o</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Kategoryzacja obligatoryjna będzie odbywała się co 3 lata i nie da się wykluczyć, że podmiot kategorii A w tym czasie stanie się podmiotem zagrożonym niewypłacalnością.</p>

którym mowa w tytule IV dziale IIa Prawa restrukturyzacyjnego. Jak stanowi projektowany art. 367a ust. 2 ustawy Prawo restrukturyzacyjne, podmiot szpitalny może prowadzić wyłącznie postępowanie o zatwierdzenie układu. Przepisy szczególne regulujące przebieg postępowania dedykowanego podmiotom szpitalnym zostały zawarte w art. 367a do 367s. W pozostałym zakresie do postępowania o zatwierdzenie układu prowadzonego przez podmiot szpitalny będzie się stosować przepisy ogólne o postępowaniach restrukturyzacyjnych (art. 1-209 Prawa restrukturyzacyjnego, w tym przepisy proceduralne regulujące przebieg tego postępowania, tj. art. 189-209).

Brak przyjęcia układu przez wierzycieli prowadzi do zaspokojenia na podstawie planu spłaty. Zatem, plan spłaty jest środkiem stosowanym po przeprowadzeniu podstawowego postępowania o zatwierdzenie układu - jednego z postępowań restrukturyzacyjnych uregulowanych w ustawie.

Przy ocenie możliwości prowadzenia postępowania restrukturyzacyjnego, a w tym przypadku możliwości zatwierdzenia układu, należy brać pod uwagę ogólne przesłanki o charakterze materialnym, wskazane m.in. w art. 6 ustawy Prawo restrukturyzacyjne: „Postępowanie restrukturyzacyjne może być prowadzone wobec dłużnika niewypłacalnego lub zagrożonego niewypłacalnością/” Przez dłużnika niewypłacalnego należy rozumieć dłużnika niewypłacalnego w rozumieniu ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. - Prawo upadłościowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 1228 i 2320 oraz z 2021 r. poz. 1080 i 1177).

Obecna treść art. 86 ust. 1 odnosi się do oceny przez Prezesa ARS czy zatwierdzony plan spłaty zwiększy szansę na przyznanie podmiotowi szpitalnemu wyższej kategorii albo utrzymanie kategorii A. Takie założenie stoi w sprzeczności z podstawową przesłanką merytoryczną prowadzenia restrukturyzacji zadłużenia - istnienie stanu niewypłacalności lub zagrożenia niewypłacalnością. Podmioty szpitalne przypisane do kategorii A zostały opisane w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, jako podmioty w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej. Restrukturyzacja zadłużenia w drodze postępowania o zatwierdzenie układu, w szczególności ustalenie planu spłaty w przypadku nieprzyjęcia układu przez wierzycieli, nie powinna być stosowana wobec podmiotów charakteryzujących się dobrą sytuacją finansową i mogących spłacać swoje zobowiązania w pełnej wysokości, bez uszczerbku dla wierzycieli.

Proponowane brzmienie zmienionego przepisu art. 86 ust. 1:

„Prezes Agencji wyraża zgodę, o której mowa w art. 367g ust. 2 lub w art. 367o ust. 2 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. - Prawo restrukturyzacyjne, jeżeli zatwierdzenie planu spłaty, o którym mowa w art. 367i ust. 1 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. - Prawo restrukturyzacyjne, zwiększy szansę na przyznanie podmiotowi szpitalnemu wyższej kategorii, uwzględniając stan środków będących w dyspozycji Agencji.”

1397.	Rozdział 8	art. 86 ust. 4	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Art. 86 ust. 4 – stanowiący, iż podmiot nadzorujący, tj. jst może zapewnić podmiotowi szpitalnemu środki finansowe na wsparcie realizacji układu albo planu spłaty – w rzeczywistości generuje dodatkowe koszty po stronie podmiotu nadzorującego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Przepis daje możliwość podmiotowi nadzorującemu wsparcia podmiotu szpitalnego, a nie stanowi takiego obowiązku. W sytuacji gdy podmioty nadzorujące będą chciały przekazać środki finansowe podmiotom szpitalnym, przepis taki będzie stanowił podstawę prawną przekazania tych środków.
1398.	Rozdział 8	art. 86 ust. 4	Pracodawcy RP	Projekt nie jest skorelowany z przepisami innych ustaw, np.: 5) jak się ma art. 86 ust. 4 projektu ustawy do przepisów o finansach publicznych? Jaka jest forma „zapewnienia” środków finansowych – dotacja? Jeśli tak, to jaka? Przy regulacji, że rozliczenie dotacji jest roczne – potem następuje zwrot środków – jak się to ma do realizacji układu, który zwykle jest wieloletni?	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Wsparcie, o którym mowa w przedmiotowym przepisie powinno odbywać w zgodzie z innymi przepisami prawa.
1399.	Rozdział 9		Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Art. 92 ust. 1 pkt 5 – nieprecyzyjnie wskazane wymagania odnośnie kwalifikacji do zajmowania stanowiska Prezesa Agencji (posiada wyższe wykształcenie magisterskie LUB RÓWNORZĘDNE ). Przepis art. 95 ust. 4 stanowi, że prezes agencji działa przy pomocy zastępców Prezesa, dyrektora biura Agencji, głównego księgowego, dyrektorów komórek organizacyjnych i pracowników agencji, jednakże w kolejnym przepisie (ust. 5) ustanowiono możliwość powoływania przez prezesa agencji „pełnomocników” DO DOKONANIA CZYNNOŚCI PRAWNYCH I FAKTYCZNYCH, co stwarza szerokie pole do działania przy jednoczesnym braku jakichkolwiek wymagań odnośnie kwalifikacji i doświadczenia dla osób wyznaczonych pełnomocnikiem.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Wykształcenie równorzędne do magisterskiego to np. lekarz. Brak uzasadnienia do precyzowania wymagań dla pełnomocników (podobne rozwiązanie jest w ustawie o Agencji Badań Medycznych).
1400.	Rozdział 9	-	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Agencja Rozwoju Szpitali Nieograniczony wpływ na funkcjonowanie jednostki Powołanie agencji nie poprawi sytuacji w ochronie zdrowia. Reformowanie tylko jednego z elementów (szpital) z pominięciem POZ i AOS, nie ma w ogóle sensu. Są to działania pozorowane.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Brak propozycji rozwiązań. Uwaga poza regulacją projektu ustawy.
1401.	Rozdział 9	-	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Zauważmy również pewne ryzyko w prowadzeniu przez Agencję działalności gospodarczej, w prowadzeniu usług doradczych i eksperckich, organizowaniu szkoleń, co może sprzyjać np. monopolizacji rynku.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Agencja będzie miała prawo prowadzić działalność gospodarczą na równych zasadach z innymi podmiotami gospodarczymi. Dodatkowo, skala prowadzonej przez Agencję działalności gospodarczej nie będzie na tyle istotna żeby wpłynąć na monopolizację rynku.
1402.	Rozdział 9	-	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Wątpliwości budzą formalne podstawy oraz charakter działania Prezesa Agencji. Z jednej strony Prezes Agencji ma być uprawniony do wydania w sposób władczy postanowień (w tym postanowień z rygorem	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

				<p>natychmiastowej wykonalności) na zasadach przewidzianych w Kodeksie postępowania administracyjnego – innymi słowy: Prezes Agencji ma realizować uprawnienia typowe dla organu administracji publicznej. Z kolei zgodnie z treścią art. 10 projektu ustawy „w sprawach dotyczących dowodów w postępowaniu przed Prezesem Agencji w zakresie nieuregulowanym w ustawie stosuje się odpowiednio art. 227–315 Kodeksu postępowania cywilnego”. Procedura cywilna charakteryzuje się m.in. tym, że strony postępowania mają równorzędny status. Przepisy projektu ustawy wskazują wprost na swoisty „zlepek” trybów (administracyjnego oraz cywilnego) w odniesieniu do Prezesa Agencji, z bezpośrednimi potencjalnie niekorzystnymi skutkami dla podmiotów szpitalnych, których pozycja w odniesieniu do Prezesa Agencji będzie – co do zasady – podrzędna. W naszej ocenie nic nie stoi na przeszkodzie, aby wszystkie elementy postępowania przed Prezesem Agencji w sprawach załatwianych w drodze postanowień (tj. władczego działania organu administracji publicznej) były prowadzone w oparciu o Kodeks postępowania administracyjnego. Takie podejście poskutkowałoby rozpatrywaniem ewentualnych odwołań podmiotów szpitalnych od postanowień Prezesa przez sądy administracyjne, a więc została zachowana spójność porządku proceduralnego – tu: porządku administracyjnego. Wydaje się, że jedynym powodem, dla którego ustawodawca zaproponował swoiste „zapożyczenie” rozwiązań prawnych przypisanych procedurze cywilnej, jest potrzeba takiego ukształtowania dowodów w sprawie, aby ewentualne sprawy odwoławcze mógł rozpatrywać sąd cywilny – konkretnie Sąd Okręgowy w Warszawie.</p>	<p>O dopuszczalności bądź niedopuszczalności drogi sądowej nie decyduje obiektywne istnienie albo nieistnienie roszczenia podlegającego ochronie na drodze sądowej, lecz przesądzają twierdzenia (powoda) o istnieniu stosunku prawnego z zakresu objętego pojęciem sprawy cywilnej w rozumieniu art. 1 i art. 2 § 1 i 3 k.p.c. "Sprawa cywilna" to abstrakcyjny stosunek prawny z zakresu prawa cywilnego i dopiero proces ma na celu wiążące ustalenie istnienia albo nieistnienia konkretnego stosunku cywilnoprawnego (rozstrzygnięta przez jej przedmiot zgodnie z art. 1 k.p.c.). Przedmiot ma charakter cywilny sensu largo, bo o ile występuje organ, to reguluje (generuje skutki) w stosunkach cywilnych - np. zmiana zasad regulowania zobowiązań. Jednocześnie uznać należy że, jeżeli dochodzi do wszczęcia sprawy w rozumieniu art. 45 Konstytucji RP, a więc sprawy cywilnej, sądowno-administracyjnej, ale także sprawy, która nie może być przypisana do którejkolwiek z tych kategorii musi ona być - w związku z bezwzględnym charakterem konstytucyjnego prawa do sądu - rozpoznana przez sąd powszechny, zgodnie z art. 177 Konstytucji RP.</p>
1403.	Rozdział 9	-	Związek Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur	<p>Tworzenie kolejnego podmiotu jakim ma być Agencja Rozwoju Szpitali, w żaden sposób nie poprawi efektywności działalności podmiotów leczniczych. Nakłady przewidziane na jej stworzenie należałoby przeznaczyć na zmianę wyceny świadczeń medycznych.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Utworzenie Agencji pozwoli na stworzenie profesjonalnego, skutecznego, kompetentnego, centralnego systemu nadzoru nad podmiotami szpitalnymi, którego zasadniczym celem będzie zapewnienie rozwoju sektora szpitalnictwa oraz wspieranie procesów restrukturyzacji podmiotów szpitalnych.</p> <p>Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.</p>
1404.	Rozdział 9 (Oddział 1)	art. 87 i n.	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	<p>Należy rozważyć czy zadania planowane do realizacji przez Agencję Rozwoju Szpitali nie powinno się powierzyć już istniejącym podmiotom.</p> <p>Należy rozważyć czy zadania planowane do realizacji przez Agencję Rozwoju Szpitali nie powinno się powierzyć w drodze rozszerzenia kompetencji już istniejącym podmiotom.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Utworzenie Agencji pozwoli na stworzenie profesjonalnego, skutecznego, kompetentnego, centralnego systemu nadzoru nad podmiotami szpitalnymi, którego zasadniczym celem będzie zapewnienie rozwoju sektora szpitalnictwa oraz</p>

				<p>Analizę i zbieranie danych można poprowadzić przez CEZ, który zbiera już obecnie dużą ilość danych. Sprawozdania finansowe podmioty przekazują w formie elektronicznej do KRS i KAS. Można wypracować metodę pozyskiwania tych danych. Dane dot. działalności powinny być zaciągane z CEZ lub MZ.</p> <p>Należy rozważyć czy zadania planowane do realizacji przez Agencje Rozwoju Szpitali nie powinno się powierzyć AOTMiT w drodze rozszerzenia jej kompetencji.</p>	<p>wspieranie procesów restrukturyzacji podmiotów szpitalnych.</p> <p>Projekt ustawy przewiduje, że Agencja będzie wykorzystywać dane pozostające w dyspozycji Centrum e-Zdrowia. Natomiast główne zadania Agencji to procesy rozwojowe i naprawczo-rozwojowe oraz wsparcie inwestycyjne i restrukturyzacyjne podmiotów szpitalnych.</p>																																	
1405.	Rozdział 9 (Oddział 1)	art. 87 i n.	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Agencja Rozwoju Szpitali Agencja Rozwoju Szpitali ma być państwową osobą prawną. Będzie zatem jednostką całkowicie podległą administracji rządowej i prawdopodobnie stanie się narzędziem do pozbawiania JST wpływu na szpitale podległe JST. To pokazuje prawdziwy powód i cel tych zmian. Projekt ustawy w żadnym zakresie nie poprawia sytuacji w ochronie zdrowia w Polsce, nie poprawia kondycji finansowej szpitali (oddłużenie może realizować i w obecnej sytuacji prawnej), nie wpływa na wycenę świadczeń NFZ itd.</p> <p>Jedyny cel tego projektu to przejście szpitali samorządowych w zarządzanie bez ponoszenia kosztów faktycznej nacjonalizacji.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga zawiera nieprawdziwe tezy.</p>																																	
1406.	Rozdział 9 (Oddział 1)	art. 87-88	Powiat Starachowicki	<p>Jak wskazano w uzasadnieniu projektu szacunkowo roczny koszt funkcjonowania ARS (finansowany z dotacji podmiotowej oraz celowej udzielanej z budżetu państwa, z części 46 – Zdrowie) w pierwszym roku jej działalności (2022 r.) wyniesie ok. 24,2 mln zł.</p> <p>Koszty działalności ARS zostały skalkulowane przy założeniach określonych w ocenie skutków regulacji przy wskazanym projekcie.</p> <p>Pokuszono się o sporządzenie zestawienia, w którym łatwo można porównać jak wysokość środków finansowych przeznaczanych przez ARS na wsparcie i rozwój działań naprawczo – rozwojowych podmiotów leczniczych mają się do wysokości środków finansowych przeznaczonych na utrzymanie ARS w kolejnych latach. Ww. przedstawia poniższa tabela:</p> <table border="1" data-bbox="748 1023 1487 1385"> <thead> <tr> <th>Rok</th> <th>Środki finansowe przeznaczane przez ARS na wsparcie rozwoju i działań naprawczo- rozwojowych podmiotów szpitalnych w zł</th> <th>Koszty działalności Agencji Rozwoju Szpitali w zł</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2023 r.</td> <td>100 mln</td> <td>94,1 mln</td> </tr> <tr> <td>2024 r.</td> <td>1 200 mln</td> <td>131,4 mln</td> </tr> <tr> <td>2025 r.</td> <td>1 200 mln</td> <td>131,8 mln</td> </tr> <tr> <td>2026 r.</td> <td>300 mln</td> <td>132,2 mln</td> </tr> <tr> <td>2027 r.</td> <td>300 mln</td> <td>126,7 mln</td> </tr> <tr> <td>2028 r.</td> <td>300 mln</td> <td>128,8 mln</td> </tr> <tr> <td>2029 r.</td> <td>300 mln</td> <td>128,6 mln</td> </tr> <tr> <td>2030 r.</td> <td>300 mln</td> <td>122,5 mln</td> </tr> <tr> <td>2031 r.</td> <td>300 mln</td> <td>122,8 mln</td> </tr> <tr> <td>2032 r.</td> <td>200 mln</td> <td>124,0 mln</td> </tr> </tbody> </table>	Rok	Środki finansowe przeznaczane przez ARS na wsparcie rozwoju i działań naprawczo- rozwojowych podmiotów szpitalnych w zł	Koszty działalności Agencji Rozwoju Szpitali w zł	2023 r.	100 mln	94,1 mln	2024 r.	1 200 mln	131,4 mln	2025 r.	1 200 mln	131,8 mln	2026 r.	300 mln	132,2 mln	2027 r.	300 mln	126,7 mln	2028 r.	300 mln	128,8 mln	2029 r.	300 mln	128,6 mln	2030 r.	300 mln	122,5 mln	2031 r.	300 mln	122,8 mln	2032 r.	200 mln	124,0 mln	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Utworzenie Agencji pozwoli na stworzenie profesjonalnego, skutecznego, kompetentnego, centralnego systemu nadzoru nad podmiotami szpitalnymi, którego zasadniczym celem będzie zapewnienie rozwoju sektora szpitalnictwa oraz wspieranie procesów restrukturyzacji podmiotów szpitalnych.</p> <p>Procesy naprawczo-rozwojowe podmiotów szpitalnych wspierane będą finansowo przez ARS, a forma i wysokość wsparcia wynikać będą z planowanych działań zawartych w indywidualnych planach naprawczo-rozwojowych, które przygotowane zostaną po pierwszej kategoryzacji tych podmiotów planowanej na 2023 rok i rzeczywistych potrzeb danego podmiotu.</p> <p>Zgodnie z art. 76 projektu ustawy, środki na sfinansowanie kosztów związanych z przeprofilowaniem podmiotu szpitalnego będą zapewniane przez ARS na zasadach ustalonych w planie naprawczo-rozwojowym.</p>
Rok	Środki finansowe przeznaczane przez ARS na wsparcie rozwoju i działań naprawczo- rozwojowych podmiotów szpitalnych w zł	Koszty działalności Agencji Rozwoju Szpitali w zł																																				
2023 r.	100 mln	94,1 mln																																				
2024 r.	1 200 mln	131,4 mln																																				
2025 r.	1 200 mln	131,8 mln																																				
2026 r.	300 mln	132,2 mln																																				
2027 r.	300 mln	126,7 mln																																				
2028 r.	300 mln	128,8 mln																																				
2029 r.	300 mln	128,6 mln																																				
2030 r.	300 mln	122,5 mln																																				
2031 r.	300 mln	122,8 mln																																				
2032 r.	200 mln	124,0 mln																																				

			<p>Dodatkowo projekt ustawy zakłada również, że nadzór nad funkcjonowaniem ARS będzie sprawował minister właściwy do spraw zdrowia. W związku z powyższym, przewiduje się, że konieczne będzie utworzenie dodatkowych etatów w Ministerstwie Zdrowia, co wygeneruje dodatkowy koszt około 285 tys. zł w 2022 r. oraz ok. 271 tys. zł rocznie w kolejnych latach. Projekt ustawy zakłada, że nadzór nad funkcjonowaniem ARS będzie sprawował minister właściwy do spraw zdrowia. W związku z powyższym, przewiduje się, że konieczne będzie utworzenie dwóch dodatkowych etatów w Ministerstwie Zdrowia, co wygeneruje dodatkowy koszt około 285 tys. zł w 2022 r. oraz ok. 271 tys. zł rocznie w kolejnych latach. Ponadto projekt ustawy zakłada powołanie sądu restrukturyzacyjnego dla podmiotów leczniczych. Rozwiązanie to wywoła dodatkowy skutek dla wymiaru sprawiedliwości, w postaci kosztów w wysokości niespełna 1,6 mln zł w 2023 r. i ok. 1,5 mln zł w kolejnych latach związanych z utworzeniem w ramach Sądu Okręgowego w Warszawie ww. etatów sędziowskich, etatów asystenckich i etatów urzędniczych.</p> <p>Wobec tak wysoko ukształtowanych powyżej kosztów utrzymania ARS i Sądów planowana wysokość środków finansowych przeznaczonych na wsparcie podmiotów leczniczych wygląda źle. Wspomniane wyżej koszty z powodzeniem mogłyby przysłużyć się reformie szpitalnictwa w bardziej racjonalny sposób.</p> <p>Projekt ustawy nie przewiduje rozwiązań, które motywowałyby do ponoszenia dodatkowych nakładów przez jednostki samorządu terytorialnego i inne podmioty publiczne nadzorujące podmioty szpitalne, ponad te, które są ponoszone w chwili obecnej w związku z pełnieniem funkcji nadzorczych nad podmiotami szpitalnymi. Nie przewiduje również innych źródeł finansowania dla działań restrukturyzacyjnych i wsparcia podmiotów leczniczych niż ich własny budżet.</p> <p>W ustawie nie ma żadnego powiązania między procesem naprawczo-rozwojowym a finansowaniem z NFZ.</p> <p>Ustawa dokładnie nie precyzuje kto i w jakim stopniu poniesie koszty związane z przeprowadzeniem i wdrożeniem w życie zapisów zawartych w planie naprawczo – rozwojowym, w tym nakładów związanych z dostosowaniem infrastruktury, koszt zakupu aparatury i sprzętu, koszt wynagrodzeń postojowych dla pracowników komórek organizacyjnych, jednostek organizacyjnych lub zakładów leczniczych podmiotu szpitalnego podlegających przeprofilowaniu.</p> <p>Propozycja: Weryfikacja rozwiązań w zakresie ARS oraz racjonalne przesunięcie kosztów.</p> <p>Wskazanie również innych (nie obciążanie dodatkowo budżetu podmiotów leczniczych) źródeł finansowania dla działań restrukturyzacyjnych i wsparcia podmiotów leczniczych.</p>	<p>Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.</p> <p>Ponadto, nakłady ogółem na ochronę zdrowia rosną w ostatnich latach w nienotowanym dotychczas tempie, zarówno w ujęciu nominalnym, jak i procentowym.</p> <p>Odnosząc się do części uwagi dotyczącej braku rozwiązań motywujących jednostki samorządu terytorialnego do ponoszenia dodatkowych nakładów na podmioty szpitalne należy stwierdzić, że obowiązujące przepisy dają taką możliwość tym jednostkom, a ewentualne wprowadzenie mechanizmów o charakterze obligatoryjnym w tym zakresie spotkałoby się z protestami strony samorządowej.</p>
--	--	--	--	--



				W dobie pandemii i ciągle rosnących kosztów bez dodatkowych środków finansowych ze strony NFZ dotyczących doszacowania świadczeń zdrowotnych wiele programów naprawczo – finansowych nie ma szans powodzenia.	
1407.	Rozdział 9 (Oddział 1)	art. 88	Polska Federacja Szpitali	<p>Określono zadania ARS, w których całkowicie pominięto organy nadzorujące, co budzi konflikt kompetencyjny pomiędzy Agencją a tymi Organami. jest: "5) rozwoju podmiotów szpitalnych przez:" Projekt zakłada powołanie nowej instytucji - Agencji Restrukturyzacji Szpitali, aby zaradzić problemom placówek wciąż borykających się z długami. Wg projektu Agencja ma pełnić rolę nadzoru właścicielskiego. - Wątpliwości budzi jaką rolę będzie pełnił organ założycielski i prowadzący, np. jednostki samorządowe (województwo/powiat). Projekt ustawy tej kwestii nie wyjaśnia a nawet pomija, co rodzi konflikt kompetencyjny pomiędzy Agencją a Podmiotami Nadzorującymi. Agencja zgodnie z zapisami projektu jest jedynym dużym Organem Nadzorującym dla wszystkich szpitali, czyli pozbawia te organy wpływu na decyzje.</p> <p>Art. 88 należy uwzględnić miejsce Organów nadzorujących w realizacji zadań przez Agencję.</p> <p>Proponujemy (poprawka stylistyczna) "5) wsparciu rozwoju podmiotów szpitalnych przez:"</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1408.	Rozdział 9 (Oddział 1)	art. 88	Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Szpitali Specjalistycznych w Olsztynie	<p>Określono zadania ARS, w których całkowicie pominięto organy nadzorujące, co budzi konflikt kompetencyjny pomiędzy Agencją a tymi Organami. Projekt zakłada powołanie nowej instytucji - Agencji Restrukturyzacji Szpitali, aby zaradzić problemom placówek wciąż borykających się z długami. Wg projektu Agencja ma pełnić rolę nadzoru właścicielskiego. - Wątpliwości budzi jaką rolę będzie pełnił organ założycielski i prowadzący, np. jednostki samorządowe (województwo/powiat). Projekt ustawy tej kwestii nie wyjaśnia a nawet pomija, co rodzi konflikt kompetencyjny pomiędzy Agencją a Podmiotami Nadzorującymi. Agencja zgodnie z zapisami projektu jest jedynym dużym Organem Nadzorującym dla wszystkich szpitali, czyli pozbawia te organy wpływu na decyzje.</p> <p>Art. 88 należy uwzględnić miejsce Organów nadzorujących w realizacji zadań przez Agencję.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 88 określa zadania Agencji. Relacje pomiędzy Agencją a podmiotami nadzorującymi określają inne przepisy ustawy i przepisy innych ustaw.</p>
1409.	Rozdział 9 (Oddział 1)	art. 88	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	<p>Określono zadania ARS, w których całkowicie pominięto organy nadzorujące, co budzi konflikt kompetencyjny pomiędzy Agencją a tymi Organami.</p> <p>Projekt zakłada powołanie nowej instytucji - Agencji Restrukturyzacji Szpitali, aby zaradzić problemom placówek wciąż borykających się z długami. Wg projektu Agencja ma pełnić rolę nadzoru właścicielskiego. Wątpliwości budzi, jaką rolę będzie pełnił organ założycielski i prowadzący, np. jednostki samorządowe. Projekt ustawy tej kwestii nie wyjaśnia a nawet pomija, co rodzi konflikt kompetencyjny pomiędzy Agencją a Podmiotami</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 88 określa zadania Agencji. Relacje pomiędzy Agencją a podmiotami nadzorującymi określają inne przepisy ustawy i przepisy innych ustaw.</p>

				<p>Nadzorującymi. Agencja zgodnie z zapisami projektu jest jedynym dużym Organem Nadzorującym dla wszystkich szpitali, czyli pozbawia te organy wpływu na decyzje.</p> <p>W treści art. 88 należy uwzględnić miejsce Organów nadzorujących w realizacji zadań przez Agencję.</p>	
1410.	Rozdział 9 (Oddział 1)	art. 88	Śląski Związek Gmin i Powiatów	<p>Art. 88 – na jego podstawie samorzady będą zobowiązane współdziałać z Prezesem ARS i nieodpłatnie udostępniać informacje i dokumenty oraz udzielać mu pomocy przy wykonywaniu jego zadań – nie jest jasne w jakiej formie, terminach, czy nie będzie to, np. naruszało tajemnicę handlowej spółki etc.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Forma i terminy przekazywania danych zależą od bieżących potrzeb i dostosowane będą do możliwości podmiotu dysponującego danymi. Przekazanie danych odbywać się będzie w zgodzie z innymi przepisami prawa.</p>
1411.	Rozdział 9 (Oddział 1)	art. 88	Związek Województw RP - Województwo Warmińsko-Mazurskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Określono zadania ARS, w których całkowicie pominięto organy nadzorujące, co budzi konflikt kompetencyjny pomiędzy Agencją a tymi Organami.</p> <p>Projekt zakłada powołanie nowej instytucji - Agencji Restrukturyzacji Szpitali, aby zaradzić problemom placówek wciąż borykających się z długami. Wg projektu Agencja ma pełnić rolę nadzoru właścicielskiego.</p> <p>- Wątpliwości budzi jaką rolę będzie pełnił organ założycielski i prowadzący, np. jednostki samorządowe (województwo/powiat). Projekt ustawy tej kwestii nie wyjaśnia a nawet pomija, co rodzi konflikt kompetencyjny pomiędzy Agencją a Podmiotami Nadzorującymi. Agencja zgodnie z zapisami projektu jest jedynym dużym Organem Nadzorującym dla wszystkich szpitali, czyli pozbawia te organy wpływu na decyzje.</p> <p>Propozycja: Art. 88 należy uwzględnić miejsce Organów nadzorujących w realizacji zadań przez Agencję.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 88 określa zadania Agencji. Relacje pomiędzy Agencją a podmiotami nadzorującymi określają inne przepisy ustawy i przepisy innych ustaw.</p>
1412.	Rozdział 9 (Oddział 1)	art. 88	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Konieczność ścisłej współpracy podmiotu tworzącego z Agencją. Jednostronna konieczność, która skutkuje obowiązkiem przekazywania informacji i dokumentów na żądanie Agencji, przykład na osłabioną pozycję podmiotu tworzącego w przedmiotowej reformie.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Przepis dotyczy wszystkich organów administracji rządowej i samorządowej, państwowych i samorządowych osób prawnych, państwowych i samorządowych jednostek organizacyjnych oraz podmiotów szpitalnych. Dodano przepis, na podstawie którego Agencja będzie mogła udostępniać dane podmiotom tworzącym.</p>
1413.	Rozdział 9 (Oddział 1)	art. 88	Federacja Przedsiębiorców w Polskich	<p>Zakres działania agencji wymaga doprecyzowania. W zapisach zawiera punkt dotyczący realizacji wspólnych zakupów podczas gdy cały projekt nie zawiera żadnych przepisów</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak konkretnych propozycji zmian. Zdaniem projektodawcy przepis nie wymaga szczegółowych regulacji.</p>

1414.	Rozdział 9 (Oddział 1)	art. 88 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Dodanie ppkt 9) o treści: „Przeprowadzanie egzaminu, o którym mowa w Art. 121 ust. 1 na polecenie Ministra właściwego do spraw zdrowia”.</p> <p>Ujednolicenie w kontekście Art. 121 ust. 5</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zgodnie z projektem ustawy w brzmieniu przekazanym do konsultacji przeprowadzanie egzaminu jest zadaniem ministra właściwego do spraw zdrowia, a nie Agencji.</p>
1415.	Rozdział 9 (Oddział 1)	art. 88 ust. 1 pkt 6	Związek Województw RP - Województwo Mazowieckie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Agencja nie powinna prowadzić działalności polegającej na: (...) organizowaniu i koordynowaniu wspólnych zakupów dla podmiotów szpitalnych. Należy usunąć zapis i wprowadzić przepisy, które nie doprowadzą do monopolizacji rynku towarów i usług medycznych oraz zapewnią realizację indywidualnych potrzeb zakupowych poszczególnych podmiotów szpitalnych.</p> <p>Uzasadnienie: Przekazanie kompetencji do organizowania i koordynowania wspólnych zakupów dla podmiotów szpitalnych zarządzanych przez Agencję Rozwoju Szpitali może doprowadzić do naruszenia konkurencji po stronie dostawców towarów i usług, a nadto wyparcia z rynku mniejszych firm z uwagi na to, iż z reguły to duże koncerny są w stanie zrealizować największe kontrakty, tym bardziej państwowe. Istnieje ponadto wątpliwość czy Agencja realizując kontrakty dla wielu szpitali, zapewni indywidualne potrzeby zakupowe określone dla poszczególnych jednostek.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Wspólne zakupy dla podmiotów szpitalnych organizowane przez ARS nie będą miały charakteru obligatoryjnego i nie będą obejmowały wszystkich postępowań zakupowych podmiotów szpitalnych. Działalność Agencji w tym zakresie będzie miała charakter fakultatywny i adresowana będzie tylko do zainteresowanych podmiotów. Dostosowanie postępowań zakupowych do wymagań poszczególnych podmiotów szpitalnych jest oczywiste i nie wymaga szczególnych regulacji ustawowych. Przedsięwzięcie ma na celu obniżenie kosztów zakupów dla podmiotów szpitalnych. W opinii projektodawcy, skala wspólnych zakupów jakie będzie organizować ARS nie powinna doprowadzić do monopolizacji rynku dostawców materiałów medycznych. W chwili obecnej szpitale również mają możliwość dokonywania wspólnych zakupów w celu uzyskania możliwie najlepszych cen. Projektowane rozwiązania sprawią jedynie, że obsługą techniczną wspólnych postępowań zakupowych podmiotów szpitalnych zajmować się będzie ARS. Opracowanie konkretnych procedur dotyczących przeprowadzania wspólnych zakupów dla podmiotów szpitalnych pozostawiono ARS jako podmiotowi, który będzie przeprowadzał te postępowania.</p>
1416.	Rozdział 9 (Oddział 1), Rozdział 9 (Oddział 4)	art. 88 ust. 1, art.109 pkt 14	Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów	<p>Uwaga nr 1</p> <p>Wątpliwości budzi fakt, że wymienione przepisy tylko wskazują, że zadaniem Agencji Rozwoju Szpitali (ARS) jest organizowanie i dokonywanie wspólnych zakupów, natomiast nie opisują w jaki sposób będzie przebiegać procedura określania potrzeb szpitali. W powyższym kontekście, w ocenie UOKiK, konieczne byłoby doprecyzowanie wskazanych przepisów, a co najmniej uzupełnienie uzasadnienia projektowanego rozwiązania.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Wspólne zakupy dla podmiotów szpitalnych organizowane przez ARS nie będą miały charakteru obligatoryjnego i nie będą obejmowały wszystkich postępowań zakupowych podmiotów szpitalnych. Działalność Agencji w tym zakresie będzie miała charakter fakultatywny i adresowana będzie tylko do</p>

				<p>Przepisy nie wskazują czy ARS będzie organizować wszystkie wspólne zakupy, czy tylko dany rodzaj zakupów. Należy mieć na uwadze, że są pewne kategorie zakupów, na które mają zapotrzebowanie wszystkie szpitale, np. rękawiczki medyczne czy środki opatrunkowe, jednak istnieją także kategorie produktów i usług indywidualne dla konkretnych jednostek, np. usługi i dostawy z zakresu IT, zaawansowany sprzęt diagnostyczny bądź inne rozwiązania przeznaczone dla wyspecjalizowanych placówek szpitalnych.</p> <p>W OSR wskazuje się, że dedykowana grupa pracowników będzie zajmować się przygotowaniem i uzgadnianiem warunków oraz specyfikacji wspólnych postępowań przetargowych, dla zachowania przejrzystości procedury i uniknięcia potencjalnych naruszeń w toku sporządzania specyfikacji. W ocenie UOKiK należałoby określić zasady współpracy między szpitalami a ARS.</p> <p>Celem wyeliminowania wskazanych wątpliwości proponuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-zdefiniowanie pojęcia wspólnych zakupów,</li> <li>-wskazanie przypadków, w których są dokonywane wspólne zakupy (czy dotyczy to konkretnej kategorii zakupów czy też wszystkich zakupów dokonywanych dotychczas przez szpitale),</li> <li>-wskazanie procedury wszczynającej dokonanie wspólnych zakupów,</li> <li>- opisanie procedury przeprowadzania inwentaryzacji w szpitalach celem określenia konkretnych potrzeb danej jednostki,</li> <li>- określenie konkretnych kompetencji ARS w ramach organizacji i koordynacji postępowań przetargowych.</li> </ul>	<p>zainteresowanych podmiotów. Dostosowanie postępowań zakupowych do wymagań poszczególnych podmiotów szpitalnych jest oczywiste i nie wymaga szczególnych regulacji ustawowych. Przedsięwzięcie ma na celu obniżenie kosztów zakupów dla podmiotów szpitalnych. Opracowanie konkretnych procedur dotyczących przeprowadzania wspólnych zakupów dla podmiotów szpitalnych pozostawiono ARS jako podmiotowi, który będzie przeprowadzał te postępowania.</p>
1417.	Rozdział 9 (Oddział 1), Rozdział 9 (Oddział 4)	art. 88 ust. 1, art.109 pkt 14	Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów	<p>Uwaga nr 2</p> <p>Regulacja zawarta w art. 88 ust. 1 w zakresie działalności Agencji Rozwoju Szpitali, która ma polegać m.in. na "organizowaniu i koordynowaniu wspólnych zakupów dla podmiotów szpitalnych" potencjalnie może prowadzić do wyeliminowania z rynku części podmiotów oferujących np. leki, sprzęt medyczny, tlen. Jeżeli zamówienia dla szpitali będą organizowane centralnie z poziomu ARS to podmioty, które nie zdobędą zamówień, mogą zostać pozbawione dostępu do znaczącej części rynku na którym działają.</p> <p>Zwracamy uwagę na potencjalne zagrożenie jakie może nieść centralizacja wspólnych zakupów. W krótkim okresie tego typu zamówienia prawdopodobnie, z uwagi na większą skalę, mogą przyczynić się do ograniczenia wydatków. Jednakże z uwagi na specyfikę zamówień szpitalnych, w szczególności w zakresie produktów leczniczych refundowanych, których obrót skierowany jest głównie na rynek szpitalny (takich dla których rynek szpitalny jest w zasadzie jedynym rynkiem zbytu), wspólne zakupy mogą doprowadzić do wyeliminowania z rynku konkurentów, a w dłuższej perspektywie do wzrostu cen czy też utrzymania ich na wyższym poziomie niż w przypadku istnienia konkurencji. W tym kontekście bardzo ważnymi parametrami przy ustalaniu ram wspólnych zakupów, które powinny</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Wspólne zakupy dla podmiotów szpitalnych organizowane przez ARS nie będą miały charakteru obligatoryjnego i nie będą obejmowały wszystkich postępowań zakupowych podmiotów szpitalnych. Działalność Agencji w tym zakresie będzie miała charakter fakultatywny i adresowana będzie tylko do zainteresowanych podmiotów. Dostosowanie postępowań zakupowych do wymagań poszczególnych podmiotów szpitalnych jest oczywiste i nie wymaga szczególnych regulacji ustawowych. Przedsięwzięcie ma na celu obniżenie kosztów zakupów dla podmiotów szpitalnych. W opinii projektodawcy, skala wspólnych zakupów jakie będzie organizować ARS nie powinna doprowadzić do monopolizacji rynku dostawców materiałów medycznych. W chwili obecnej szpitale również mają możliwość dokonywania wspólnych zakupów w celu uzyskania możliwie najlepszych cen.</p>

				<p>być brane pod uwagę są także: dywersyfikacja dostawców oraz okres obowiązywania umów.</p> <p>Poza uzupełnieniem wskazanym wyżej, dodatkowo zasadne wydaje się dokonanie oceny wpływu projektowanych regulacji na podmioty zaopatrujące podmioty szpitalne (w szczególności możliwości ich dalszego działania na rynku), a następnie ewentualna zmiana lub doprecyzowanie projektowanych przepisów.</p>	<p>Projektowane rozwiązania sprawią jedynie, że obsługą techniczną wspólnych postępowań zakupowych podmiotów szpitalnych zajmować się będzie ARS.</p> <p>Opracowanie konkretnych procedur dotyczących przeprowadzania wspólnych zakupów dla podmiotów szpitalnych pozostawiono ARS jako podmiotowi, który będzie przeprowadzał te postępowania.</p>
1418.	Rozdział 9 (Oddział 1)	art. 88 ust. 1 pkt 6, art. 109 pkt 14	<p>POLMED – Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych</p>	<p>Projekt ustawy powinien w wyczerpujący sposób przedstawić model przygotowania i wdrożenia organizowaniu i koordynowaniu wspólnych zakupów dla podmiotów szpitalnych, ponieważ ich wprowadzenie w ogromnym stopniu zmieni dotychczasową praktykę.</p> <p>Negatywnym skutkiem wdrożenia takiego rozwiązania będzie zaburzenie i ograniczenie konkurencji podmiotów, które dostarczają wyroby medyczne do Szpitali, spowodowane tym, że zakontraktowanie jednego dostawcy na kilka lat, zamknie ścieżkę dostępu dla pozostałych. W dokumencie OSR zostało wskazane, że tego typu rozwiązanie pozwoli ograniczyć koszty po stronie Szpitali, natomiast stanie się dokładnie odwrotnie. Odgórne zakontraktowanie dostawy danego wyrobu medycznego na kilka lat ograniczy Szpitalom możliwość negocjacji cen i wyboru wyrobu dopasowanego do jego potrzeb.</p> <p>Warto zaznaczyć, że zmiany w modelach wyrobów medycznych zachodzą w szybkim tempie, z tego powodu wobec odgórnego kontraktowania zostanie ograniczony dostęp do najnowszych modeli wyrobów medycznych. Wejście na rynek nowego modelu wyrobu medycznego, zwykle powoduje obniżenie ceny poprzedniej wersji, a w proponowanych schemacie Szpitale nie będą miały możliwości skorzystania z obniżki ceny.</p> <p>Co więcej, proponowane rozwiązanie ograniczy dostęp do różnorodnych wyrobów medycznych. Obecnie dobrą praktyką jest, że dany Szpital może testować różne rozwiązania i wybrać te, które odpowiada potrzebom pacjentów i personelu medycznego. Podobne rozwiązanie do proponowanego funkcjonuje we Włoszech i jak pokazała pandemia COVID-19, tamtejsza służba zdrowia jest jedną z najmniej efektywnych w Europie.</p> <p>To rozwiązanie jest zdecydowanie nietrafione w momencie, kiedy globalnie występują problemy z dostawami wyrobów medycznych z powodu pandemii COVID. Dotyczy to również polskich podmiotów szpitalnych. Brak dywersyfikacji dostawców naraża Szpitale na paraliż w sytuacji, jeśli dany dostawca będzie niewydolny np. produkcyjnie lub gdy zajdą inne okoliczności, których nie można było przewidzieć.</p> <p>Te propozycje przeczą założeniom ustawy PZP. Ostatnia zmiana ustawy Prawo zamówień publicznych była spowodowana przede wszystkim niskim zainteresowaniem udziału podmiotów w przetargach, szczególnie wśród MŚP. Centralizacja zakupów nie pozwoli na udział właśnie małym i średnim</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Wspólne zakupy dla podmiotów szpitalnych organizowane przez ARS nie będą miały charakteru obligatoryjnego i nie będą obejmowały wszystkich postępowań zakupowych podmiotów szpitalnych. Działalność Agencji w tym zakresie będzie miała charakter fakultatywny i adresowana będzie tylko do zainteresowanych podmiotów. Dostosowanie postępowań zakupowych do wymagań poszczególnych podmiotów szpitalnych jest oczywiste i nie wymaga szczególnych regulacji ustawowych. Przedsięwzięcie ma na celu obniżenie kosztów zakupów dla podmiotów szpitalnych. Dążenie do obniżenia kosztów nie będzie się odbywało w żaden sposób kosztem jakości i innowacyjności kupowanych produktów.</p> <p>Projektowany przepis nie zakłada naruszenia przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych.</p> <p>Opracowanie konkretnych procedur dotyczących przeprowadzania wspólnych zakupów dla podmiotów szpitalnych pozostawiono ARS jako podmiotowi, który będzie przeprowadzał te postępowania.</p>

				<p>przedsiębiorstwom, a duże firmy zniechęci do kontynuowania obecności w Polsce.</p> <p>Propozycja: Rezygnacja z wprowadzenia organizacji i koordynacji wspólnych zakupów dla podmiotów szpitalnych.</p> <p>Ewentualnie szczegółowa propozycja regulacji zawarta w projekcie ustawy zamiast odesłania do rozporządzenia.</p>	
1419.	Rozdział 9 (Oddział 1)	art. 88 ust. 2	<p>Związek Województw RP - Województwo Lubuskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Art. 88 ust. 2 Organy administracji rządowej i samorządowej, państwowe i samorządowe osoby prawne, państwowe i samorządowe jednostki organizacyjne oraz podmioty szpitalne są obowiązane współdziałać z Prezesem Agencji, nieodpłatnie udostępniać Prezesowi Agencji informacje i dokumenty oraz udzielać mu pomocy przy wykonywaniu zadań, o których mowa w niniejszej ustawie.</p> <p>Proponowana zmiana: Art. 88 ust. 2 Organy administracji rządowej i samorządowej, państwowe i samorządowe osoby prawne, państwowe i samorządowe jednostki organizacyjne oraz podmioty szpitalne są obowiązane współdziałać z Prezesem Agencji, udostępniać Prezesowi Agencji informacje i dokumenty oraz udzielać mu pomocy przy wykonywaniu zadań, o których mowa w niniejszej ustawie.</p> <p>Agencje przekazuje podmiotom leczniczym dodatkowe środki finansowe na pokrycie kosztów związanych z obsługą zadań dotyczący współpracy z Agencją.</p> <p>Koszty przygotowania analiz, dokumentów i innych działań na rzecz Agencji, podniesie koszty funkcjonowania jednostki.</p> <p>Ustawa zakłada przesyłanie wszelkich informacji dot. sytuacji operacyjnej i ekonomiczno-finansowej, a także planów i sprawozdań (czyli właściwie wszystkich informacji) w trybie i terminie określonym przez Agencję.</p> <p>Zauważyć należy, że w Agencji będzie zatrudniony personel, który będzie mógł w każdej chwili żądać informacji. Zasoby kadrowe w podmiotach leczniczych już są niewystarczające i wystąpi konieczność zwiększenia zatrudnienia w szpitalach do kontaktów i obsługi Agencji, a przecież koszty powinny być w podmiotach ograniczane.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepis jest niezbędny do zapewnienia sprawnego i skutecznego realizowania zadań Agencji wykonywanych w interesie publicznym i dla dobra pacjenta.</p> <p>W interesie podmiotu szpitalnego jest skuteczna realizacja procesów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych, które z założenia zwiększą efektywność ich funkcjonowania. W procesach tych niezbędny jest nadzór Agencji i związana z tym konieczność pozyskiwania danych od podmiotów szpitalnych.</p>
1420.	Rozdział 9 (Oddział 2)	-	<p>Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Rozbudowa struktura Agencji, zatrudnienie pracowników Agencji niewspółmierne do sytuacji w szpitalnictwie.</p> <p>W zakresie przepisów przejściowych - powołanie Prezesa Agencji przez właściwego Ministra ds. Zdrowia pierwszej kadencji bez procedury konkursowej.</p> <p>Niezgodne z zasadami przyjętej procedury konkursowej i zasadami praworządności.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga stanowi komentarz do zaproponowanych projektem ustawy rozwiązań. Nie wskazano propozycji zmian. Należy zauważyć, iż kadencja pierwszego Prezesa będzie trwała jedynie rok.</p>

1421.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 90	Instytut Strategie 2050	Pewne kontrowersje wzbudza rozdział projektu ustawy traktujący o organach i organizacji Agencji Rozwoju Szpitali. Prezes Agencji jest powoływany przez ministra właściwego do spraw zdrowia spośród osób wyłonionych w drodze konkursu na okres 6 lat (art. 90 ust.1). Prezesa wybiera minister zdrowia z trzech przedstawionych mu kandydatów zakwalifikowanych przez komisję konkursową (art. 90 ust. 12). Skład komisji konkursowej powołuje i odwołuje sam minister zdrowia (art. 90 ust. 10). Lepszego prawnego zabezpieczenia wygranej jedyne go właściwego kandydata na Prezesa ARS chyba nie ma. Prezes ARS może zostać odwołany w każdej chwili (art. 90 ust. 3), co pozostawiamy bez komentarza. Wymagania określone ustawą, które powinien wypełniać Prezes ARS nie dają gwarancji jego fachowości i merytoryczności, może poza oczekiwaniem, że ma to być „osoba o nieskazitelnym charakterze, która swym dotychczasowym zachowaniem daje rękojmię prawidłowego wykonywania powierzonych obowiązków” (art. 92 ust.1). Osoba ta nie musi natomiast posiadać wykształcenia z zakresu ochrony zdrowia, czy zarządzania w ochronie zdrowia, nie musi mieć też właściwego doświadczenia zawodowego. Podobne wymagania dotyczą również zastępców prezesa ARS (art. 92 ust.2).	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Należy zauważyć, iż analogiczne rozwiązania obowiązują przy przeprowadzaniu naboru oraz powoływaniu na stanowiska kierownicze w innych instytucjach np. w Narodowym Funduszu Zdrowia czy Agencji Badań Medycznych. Ponadto nie można zgodzić się ze stwierdzeniem, iż Prezes Agencji będzie mógł być odwołany w każdym czasie gdyż art. 90 ust. 3 projektu ustawy wskazuje na zamknięty katalog przesłanek umożliwiających jego odwołanie. Jednocześnie należy wskazać, iż uwaga stanowi jedynie krytykę zaproponowanych projektem ustawy rozwiązań bez konkretnych propozycji zmian w tym zakresie.
1422.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 90 ust. 2	Polska Federacja Szpitali	Ta sama osoba może zajmować stanowisko Prezesa Agencji nie dłużej niż przez dwie następujące po sobie kadencje. Brzmienie zapisu sugeruje, że wystarczy kadencja przerwy i osoba może pełnić funkcję Prezesa ponownie.  Proponujemy zapis: Ta sama osoba może zajmować stanowisko Prezesa Agencji nie więcej niż przez dwie kadencje.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1423.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 90 ust. 3 pkt 6	Rada Główna Instytutów Badawczych	brak informacji o terminie	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1424.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 90 ust. 3 pkt 6	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	brak informacji o terminie	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1425.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 90 ust. 9 vs art. 104 ust. 2	Powiat Stargardzki	Minimalne terminy publikacji ogłoszenia o naborze powinny być jednakowe  Brak podstaw do różnego czasu na składanie ofert pracy  Ujednolicić terminy	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1426.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 90 ust. 10	Związek Województw RP - Województwo Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)	Nabór na stanowisko Prezesa Agencji przeprowadza zespół, którego członkowie są powoływani i odwoływani przez ministra właściwego do spraw zdrowia, liczący co najmniej 3 osoby, których wiedza i doświadczenie dają rękojmię wyłonienia najlepszych kandydatów. W toku naboru ocenia się doświadczenie zawodowe kandydata, wiedzę niezbędną do wykonywania zadań na stanowisku, na które jest przeprowadzany nabór oraz kompetencje kierownicze.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W opinii projektodawcy liczebność członków komisji zaproponowana w projekcie ustawy jest wystarczająca i zbieżna z podobnymi regulacjami w innych aktach prawnych.

				<p>Zasadnym jest rozważenie zmiany wysokości minimalnej ilości członków zespołu prowadzącego nabór na stanowisko Prezesa Agencji.</p> <p>Nabór na stanowisko Prezesa Agencji przeprowadza zespół, którego członkowie są powoływani i odwoływani przez ministra właściwego do spraw zdrowia, liczący co najmniej 5 osób, których wiedza i doświadczenie dają rękojmię wyłonienia najlepszych kandydatów. W toku naboru ocenia się doświadczenie zawodowe kandydata, wiedzę niezbędną do wykonywania zadań na stanowisku, na które jest przeprowadzany nabór oraz kompetencje kierownicze.</p>	
1427.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 90 ust. 10	Stowarzyszenie IFIC Polska	<p>Dot. art. 90 pkt 10 „10. Nabór na stanowisko Prezesa Agencji przeprowadza zespół, którego członkowie są powoływani i odwoływani przez ministra właściwego do spraw zdrowia, liczący co najmniej 3 osoby, których wiedza i doświadczenie dają rękojmię wyłonienia najlepszych kandydatów. W toku naboru ocenia się doświadczenie zawodowe kandydata, wiedzę niezbędną do wykonywania zadań na stanowisku, na które jest przeprowadzany nabór oraz kompetencje kierownicze”</p> <p>Nie precyzyjne zapisy. Co daje rękojmię kwalifikacji</p> <p>Prośba o sprecyzowanie co autor ma na myśli.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepis analogiczny do obecnie obowiązujących przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych.</p>
1428.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 90 ust. 10	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Rozszerzenie składu zespołu o przedstawicieli JST.</p> <p>Wybór Prezesa Agencji będzie miał istotny wpływ na funkcjonowanie wszystkich podmiotów szpitalnych, dla których podmiotem tworzącym są w przeważającej mierze JST. Skład zespołu powinien uwzględniać udział ich przedstawicieli, z uwzględnieniem proporcji w zakresie struktury właścicielskiej.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepis analogiczny do obecnie obowiązujących przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w zakresie przeprowadzania naboru na stanowisko Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji) oraz ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych.</p>
1429.	Rozdział 9 (Oddział 2), Rozdział 9 (Oddział 3)	art. 90 ust. 13, art. 106 ust. 2	Urząd Ochrony Danych Osobowych	<p>Art. 90 ust. 13 projektu ustawy przewiduje, że z przeprowadzonego naboru zespół sporządza protokół zawierający m.in. imiona, nazwiska i adresy 3 najlepszych kandydatów, informację o zastosowanych metodach i technikach naboru, skład zespołu. Wyjaśnienia wymaga cel w jakim przewiduje się przetwarzanie w protokole adresów kandydatów na stanowisko Prezesa Agencji. Proponowany przepis w obecnym kształcie narusza zasadę przejrzystości (art. 5 ust. 1 lit. a). Przewidywane jest wyłanianie kandydatów na stanowisko Prezesa Agencji lecz nie zostały sprecyzowane metody i techniki naboru albo chociaż minimalne kryteria jakie mogą być stosowane. Dopuszczalne i jednocześnie niezbędne w tym zakresie rozwiązania powinny być przepisami określone, nie powinna być w tym zakresie pozostawiona dobrowolność. Sposób przetwarzania danych osobowych, w tym stosowane metody i techniki naboru powinny być odzwierciedlone w przepisach ustawy, uregulowane w sposób szczegółowy i przejrzysty dla określenia praw i</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepis analogiczny do obecnie obowiązujących przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w zakresie przeprowadzania naboru na stanowisko Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji) oraz ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (w zakresie naboru na stanowisko Prezesa Agencji).</p> <p>Analogicznie do powyższego stworzono przepisy dotyczące naboru na wolne stanowiska pracy.</p>



				<p>obowiązków wykonawców norm a także osób biorących udział w naborze, będących podmiotami danych. Uzupełnienia wymaga również projektowana norma o wskazanie katalogu danych osobowych jaki przetwarzany jest na potrzeby wskazania składu zespołu. Niewskazanie danych w tym zakresie może powodować naruszenie zasady minimalizacji danych z art. 5 ust. 1 lit. c rozporządzenia 2016/679.</p> <p>Analogiczną uwagę należy podnieść do art. 106 ust. 2 projektu ustawy.</p>	
1430.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 92	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Konieczność zwiększenia wymogów w stosunku do Prezesa Agencji</p> <p>W obecnym kształcie wymogi wobec Prezesa Agencji są niższe niż w stosunku do kierowników podmiotów szpitalnych – nie jest nawet wymagane doświadczenia w zarządzaniu w sektorze ochrony zdrowia. W kontekście wpływu na funkcjonowanie wszystkich podmiotów szpitalnych w Polsce, rozwiązanie takie jest absolutnie niedopuszczalne.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1431.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 92 ust 1	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Takie jak do artykułu 39 (Wymogi stawiane nadzorcy są bardzo skromne w porównaniu z Artykułem 120)</p> <p>Patrz uwagi do artykułu 39 (To typowo urzędnicze podejście)</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1432.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 92 ust 1	Polska Federacja Szpitali	<p>Wymogi na stanowisko prezesa Agencji są niższe niż na stanowisko kierownika podmiotu szpitalnego.</p> <p>Prezes Agencji nadzorujący działalność szpitali powinien się legitymować dużo wyższymi kompetencjami niż „przeciętny” kierownik podmiotu szpitalnego, aby móc kompetentnie oceniać pracę kierowników podmiotów szpitalnych. W tym powinien biegle władać językiem angielskim, aby móc czytać międzynarodową literaturę fachową i nawiązywać międzynarodowe kontakty. Bowiem problem zarządzania szpitalami dotyczy całego świata i wiedza co w tym zakresie dzieję się w innych krajach jest konieczna.</p> <p>Problem polega na tym, że w związku z wyżej punktowany publikacjami naukowymi w j. angielskim i otwarciem polskiej nauki na świat (co jest bardzo korzystne) również badania dotyczące polskich szpitali są publikowane w j. angielskim. Zatem, prezes Agencji bez znajomości j. angielskiego nie będzie mógł kompetentnie pełnić swojej funkcji.</p> <p>W art. 92, ust. 1 proponujemy dopisać:</p> <p>8) zdała państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo ukończyła studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 122; albo w dniu wejścia w życie ustawy posiadał co najmniej 5-letni okres pracy na stanowisku kierownika podmiotu szpitalnego i studia MBA (co najmniej 3</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>

				semestry).9) uzyskał zaświadczenie o znajomości języka angielskiego co najmniej na poziomie B2.	
1433.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 92 ust 1	Rzecznik Praw Pacjenta	<p>Rozważyć należy dodanie wymagania dla Prezesa Agencji ukończenia studiów podyplomowych Master of Business Administration (MBA)</p> <p>W chwili obecnej wymagania stawiane kandydatom na stanowisko Prezesa Agencji są niższe niż wobec kierowników szpitali. Oznacza to, że osoba kierująca Agencją zajmującą się m.in. udzielaniem wsparcia finansowego, monitorowaniem funkcjonowania czy sprawowaniem nadzoru nad planem naprawczo-rozwojowym szpitali, będzie mogła mieć mniejszą wiedzę niż osoby kierujące szpitalem, którym Agencja ma pomagać. Ze względu na kompetencje Agencji konieczne jest co najmniej zrównanie wymagań stawianych wobec Prezesa Agencji do wymagań nałożonych na kierowników, w szczególności w zakresie posiadania wiedzy potwierdzonej dyplomem z zakresu zarządzania.</p> <p>Dodanie ustępu: „studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA), o których mowa w art. 122”.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1434.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 92 ust 1	Zarząd Powiatu w Wieluniu	<p>Prezesem Agencji może być osoba posiadająca obywatelstwo polskie.</p> <p>Dodać w art. 92 ust. 1 pkt „posiada obywatelstwo polskie”</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
1435.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 92 ust 1 pkt 4	Rada Główna Instytutów Badawczych	zmiana sformułowania „nieskazitelny charakter” charakter nie powinien być przedmiotem oceny, dodatkowo jest, trudny do oceny, subiektywny	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Wymóg posiadania nieskazitelnego charakteru zawarty jest w szeregu ustaw.</p>
1436.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 92 ust 1 pkt 4	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	zmiana sformułowania „nieskazitelny charakter” charakter nie powinien być przedmiotem oceny, dodatkowo jest, trudny do oceny, subiektywny	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Wymóg posiadania nieskazitelnego charakteru zawarty jest w szeregu ustaw.</p>
1437.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 92 ust 1 pkt 4	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Brak mierników dla określenia parametru dotyczącego „nieskazitelności charakteru” kandydata na Prezesa Agencji. Propozycja usunięcia tego wymogu, z uwagi na jego niemierzalny charakter i uznaniowość w ocenie.	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Wymóg posiadania nieskazitelnego charakteru zawarty jest w szeregu ustaw.</p>
1438.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 92 ust 1 pkt 4, 5, 6	Województwo Pomorskie	Prezes Agencji – kwalifikacje mając na uwadze nadzorczą rolę Agencji wobec podmiotów szpitalnych brak jest podstaw aby wymogi wykształcenia dla kierowników podmiotów szpitalnych (zatem kierowników podmiotów nadzorowanych przez Agencję) były bardziej rygorystyczne niż dla Prezesa Agencji	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>

				Propozycja: Zmiana zapisu, wprowadzenie obligatoryjnych kwalifikacji Prezesa Agencji w zakresie wykształcenie i doświadczenie, związanego z zarządzaniem podmiotami leczniczymi	
1439.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 92 ust 1 pkt 5	Urząd Ochrony Danych Osobowych	Art. 92 ust. 1 pkt 5 projektu ustawy przewiduje, że „Prezesem Agencji może być osoba, która jest nieskazitelnego charakteru i swym dotychczasowym zachowaniem daje rękojmię prawidłowego wykonywania powierzonych obowiązków”. Z proponowanych przepisów nie wynika jednak, jak będą weryfikowane wskazywane przesłanki, na podstawie jakich danych osobowych, z jakich dokumentów oraz z jakich źródeł mają pochodzić informacje nt. nieskazitelnego charakteru i dotychczasowego zachowania dającego ww. rękojmię. Przepis art. 92 ust. 1 pkt 5 projektu ustawy, w proponowanym kształcie ma charakter nieostrej i ocennej, a zatem konieczne jest jego doprecyzowanie celem zapewnienia zgodności z zasadą legalizmu, rzetelności i przejrzystości z art. 5 ust. 1 lit. a oraz zasadą minimalizacji danych z art. 5 ust. 1 lit. c rozporządzenia 2016/679.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Wymóg posiadania nieskazitelnego charakteru zawarty jest w szeregu innych przepisów prawa obowiązującego.
1440.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 92 ust 1 pkt 5	Pracodawcy Pomorza	wymogi wykształcenia dla Prezesa Agencji dopuszczają wykształcenie inne niż określone dla kierowników podmiotów szpitalnych (art.120 ust.1 pkt 4) Propozycja: zapisy art.92 ust.1 pkt 5 i art. 120 ust.1 pkt 4 powinny być analogiczne Uzasadnienie: mając na uwadze nadzorczą rolę Agencji wobec podmiotów szpitalnych brak jest podstaw aby wymogi wykształcenia dla kierowników podmiotów szpitalnych (zatem kierowników podmiotów nadzorowanych przez Agencję) były bardziej rygorystyczne niż dla Prezesa Agencji	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
1441.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 92 ust 1 pkt 5 i 6	Polska Unia Szpitali Klinicznych	- sposób sformułowania warunków jaki ma spełniać osoba aplikująca na stanowiska Prezesa Agencji, nie wynika aby warunki miały być spełnione łącznie. Co skutkuje możliwością wyboru lub powołania przez MZ na pierwszego prezesa a to osoby, która nie ma nawet kwalifikacji przewidywanych dla kierownika podmiotu leczniczego SPZOZ, czy menadżera, o którym mowa w art. 120 projektu ustawy	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Z konstrukcji przepisu art. 92 ust. 1 wynika, że Prezesem Agencji może zostać osoba, która łącznie spełnia wymagania wskazane w punktach 1-7.
1442.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 92 ust 1 pkt 5 i 6	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	ze sposobu sformułowania warunków, jakie ma spełniać osoba aplikująca na stanowiska Prezesa Agencji, nie wynika, aby warunki miały być spełnione łącznie. Co skutkuje możliwością wyboru lub powołania przez MZ na pierwszego prezesa a to osoby, która nie ma nawet kwalifikacji przewidywanych dla kierownika podmiotu leczniczego SPZOZ, czy menadżera, o którym mowa w art. 120 projektu ustawy.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Z konstrukcji przepisu art. 92 ust. 1 wynika, że Prezesem Agencji może zostać osoba, która łącznie spełnia wymagania wskazane w punktach 1-7.
1443.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 92 ust 1 pkt 6	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Fromborku	Ustawa zakłada, że Prezesem Zarządu Agencji Rozwoju Szpitali, może być osoba bez doświadczenia lub z małym doświadczeniem praktycznym w zarządzaniu szpitalami. To zdecydowanie zbyt krótki okres na zdobycie wiedzy i doświadczenia. Po wejściu w życie niniejszej Ustawy, funkcja „Prezesa Zarządu Agencji Rozwoju Szpitali” będzie najważniejszą funkcją z punktu widzenia poprawy efektywności polskiego szpitalnictwa, zatem osoba ta musi mieć przynajmniej jedną kadencję doświadczenia w zarządzaniu jednostką ochrony zdrowia, zasilaną ze środków NFZ.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Dodano wymóg ukończenia studiów MBA, co do stażu pracy rozwiązanie analogiczne jak w przypadku Prezesa NFZ.

				Art. 92 1. Prezesem Agencji może być osoba, która: ..... 6) posiada co najmniej 6-letnie doświadczenie zawodowe na stanowisku kierowniczym w jednostce ochrony zdrowia, zasilanej ze środków NFZ.	
1444.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 92 ust 1 pkt 6	Rada Główna Instytutów Badawczych	doprecyzowanie o „stanowisko pracy” doprecyzowanie wymogów formalnych  posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie zawodowe na stanowisku ..... w sektorze gospodarczym, ochrony zdrowia, finansowym lub administracji publicznej, w tym 3-letnie doświadczenie zawodowe w zarządzaniu zasobami ludzkimi;	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
1445.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 92 ust 1 pkt 6	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	doprecyzowanie o „stanowisko pracy” doprecyzowanie wymogów formalnych posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie zawodowe na stanowisku ..... w sektorze gospodarczym, ochrony zdrowia, finansowym lub administracji publicznej, w tym 3-letnie doświadczenie zawodowe w zarządzaniu zasobami ludzkimi;	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
1446.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 92 ust 1 pkt 6	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	Warunkiem powinno być wieloletnie zarządzanie podmiotem leczniczym posiadającym szpital, w sektorze publicznym.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Dodano wymóg ukończenia studiów MBA, co do stażu pracy rozwiązanie analogiczne jak w przypadku Prezesa NFZ.
1447.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 92 ust 1 pkt 6	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	Warunkiem powinno być wieloletnie zarządzanie podmiotem leczniczym posiadającym szpital, w sektorze publicznym.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Dodano wymóg ukończenia studiów MBA, co do stażu pracy rozwiązanie analogiczne jak w przypadku Prezesa NFZ.
1448.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 92 ust. 2	Rzecznik Praw Pacjenta	Brak wymogu doświadczenia w zarządzaniu dla osoby pełniącej funkcję zastępcy Prezesa Agencji  Wymagania przewidują wyłącznie 5 lat doświadczenia w ochronie zdrowia i innych wskazanych niezależnie od stanowiska. Ze względu na istotny wpływ na organizację i zarządzanie funkcjonowaniem Agencji wskazane jest by osoba na tym stanowisku miała doświadczenie w zarządzaniu.  Dodanie wymogu posiadania doświadczenia na stanowisku kierowniczym (przynajmniej 1 rok).	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1449.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 92 ust. 2 pkt 1	Polska Federacja Szpitali	Wymogi na stanowisko Zastępcy Prezesa Agencji są niższe niż na stanowisko kierownika podmiotu szpitalnego. Prezes Agencji nadzorujący działalność szpitali powinien się legitymować dużo wyższymi kompetencjami niż „przeciętny” kierownik podmiotu szpitalnego, aby móc kompetentnie oceniać pracę kierowników podmiotów szpitalnych. W tym powinien biegle władać językiem angielskim, aby móc czytać międzynarodową literaturę fachową i nawiązywać międzynarodowe	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  W zakresie znajomości języka angielskiego rozwiązanie analogiczne jak w przypadku Prezesa NFZ.

				<p>kontakty. Bowiern problem zarządzania szpitalami dotyczy całego świata i wiedza co w tym zakresie dzieję się w innych krajach jest konieczna.</p> <p>Problem polega na tym, że w związku z wyżej punktowanymi publikacjami naukowymi w j. angielskim i otwarciem polskiej nauki na świat (co jest bardzo korzystne) również badania dotyczące polskich szpitali są publikowane w j. angielskim. Zatem, prezes Agencji bez znajomości j. angielskiego nie będzie mógł kompetentnie pełnić swojej funkcji.</p> <p>Art. 92, ust. 2, pkt. 1 powinien brzmieć: „spełnia wymagania, o których mowa w ust. 1 pkt 1–5 i 7-9;”</p>	
1450.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 92 ust. 2 pkt 1	Polska Federacja Szpitali	<p>Usunąć z uwagi na modyfikację wprowadzoną w art. 92, ust. 2, pkt. 1 Prezes Agencji nadzorujący działalność szpitali powinien się legitymować dużo wyższymi kompetencjami niż „przeciętny” kierownik podmiotu szpitalnego, aby móc kompetentnie oceniać pracę kierowników podmiotów szpitalnych. W tym powinien biegle władać językiem angielskim, aby móc czytać międzynarodową literaturę fachową i nawiązywać międzynarodowe kontakty. Bowiern problem zarządzania szpitalami dotyczy całego świata i wiedza co w tym zakresie dzieję się w innych krajach jest konieczna.</p> <p>Problem polega na tym, że w związku z wyżej punktowanymi publikacjami naukowymi w j. angielskim i otwarciem polskiej nauki na świat (co jest bardzo korzystne) również badania dotyczące polskich szpitali są publikowane w j. angielskim. Zatem, prezes Agencji bez znajomości j. angielskiego nie będzie mógł kompetentnie pełnić swojej funkcji.</p> <p>Usunąć: pkt. 1 w art. 92, ust. 2</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepis dotyczy zastępców Prezesa Agencji.</p>
1451.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 93	Rada Główna Instytutów Badawczych	<p>czy przesłanka ta dotyczy również członków Rady, o których mowa w art. 97. ust. 1</p> <p>konieczność zapewnienia wiarygodności/ bezstronności członków Rady</p> <p>doprecyzowanie zapisu poprzez wskazanie możliwości lub braku możliwości skorzystania przez członków Rady z przesłanek art. 93 – zgody na dodatkowe zatrudnienie</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepis art. 93 nie dotyczy członków Rady Agencji. Powołanie do organu jakim jest Rada nie będzie powodowało nawiązania stosunku pracy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy inaczej niż w przypadku Prezesa i Zastępców Prezesa. Gwarancję bezsenności członków Rady ma zapewniać art. 98 ust. 1 projektu ustawy.</p>
1452.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 93	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	<p>czy przesłanka ta dotyczy również członków Rady, o których mowa w art. 97. ust. 1</p> <p>konieczność zapewnienia wiarygodności/bezstronności członków Rady</p> <p>doprecyzowanie zapisu poprzez wskazanie możliwości lub braku możliwości skorzystania przez członków Rady z przesłanek art. 93 – zgody na dodatkowe zatrudnienie</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepis art. 93 nie dotyczy członków Rady Agencji. Powołanie do organu jakim jest Rada nie będzie powodowało nawiązania stosunku pracy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy inaczej niż w przypadku Prezesa i Zastępców Prezesa. Gwarancję bezsenności członków Rady ma zapewniać art. 98 ust. 1 projektu ustawy.</p>

1453.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 93	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	Usunięcie zapisu. Dopuszczenie podejmowania dodatkowego zatrudnienia przez osobę wykonującą funkcję Prezesa Agencji, ze względu na mnogość obowiązków z dużym prawdopodobieństwem mogłoby negatywnie wpłynąć na jakość wykonywanej pracy.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Należy zauważyć, iż przepisy prawa dopuszczają możliwość podejmowania dodatkowego zatrudnienia np. przez Prezesa Agencji Badań Medycznych, Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji czy Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie ma więc podstaw by takie ograniczenie wprowadzać w stosunku do Prezesa Agencji.
1454.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 97	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Należy ten artykuł przepracować W proponowanym składzie rady, w większości złożonej z urzędników ministerialnych i NFZ, na dwunastu członków jest przewidziane jedno miejsce dla przedstawiciela pracodawców. Nie może to być jednak osoba zarządzająca podmiotem leczniczym ani też jego współwłaściciel. Przyglądając się wymaganym kwalifikacjom, to są one określone jako posiadanie wiedzy i doświadczenia zawodowego w ochronie zdrowia. Będziemy zatem mieli urzędników praktyków, specjalistów, profesjonalistów, słowem najlepszych ludzi, jakich mamy w obszarze zarządzania w ochronie zdrowia. Skład rady nie obiecuje reprezentacji najistotniejszych uczestników systemu.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Brak konkretnej propozycji. Zgodnie z art. 97 ust. 1 pkt 2 w składzie Rady Agencji zagwarantowany jest udział przedstawiciela samorządu wojewódzkiego.
1455.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 97	Naczelna Izba Aptekarska	Naczelna Rada Aptekarska wskazuje, że w skład Rady, o której mowa w art. 97 projektu, składającej się z 12 członków powoływanych i odwoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, powinna wchodzić osoba będąca przedstawicielem środowiska farmaceutów szpitalnych, która będzie posiadała kompetencje całościowej oceny gospodarki lekowej podmiotów.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Ze względu na tematykę objętą regulacją projektu ustawy brak jest uzasadnienia dla udziału przedstawiciela środowiska farmaceutycznego w składzie Rady Agencji.
1456.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 97	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Skład rady Agencji nie pozwala na wystarczające reprezentowanie samorządów terytorialnych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Brak konkretnej propozycji. Zgodnie z art. 97 ust. 1 pkt 2 w składzie Rady Agencji zagwarantowany jest udział 2 przedstawicieli samorządu wojewódzkiego i powiatowego.
1457.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 97	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	Zwiększenie liczby przedstawicieli samorządu terytorialnego. Kandydatów samorządowych powinien wskazywać Związek Województw RP oraz Związek Powiatów Polskich, a nie Komisja. Skład Rady powinien odzwierciedlać strukturę właścicielską podmiotów szpitalnych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Brak uzasadnienia dla przedstawionych propozycji.
1458.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 97 ust. 1 pkt 2	Związek Powiatów	Zamienić brzmienie przepisu na: „dwóch członków wskazanych przez stronę samorządową Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, przy	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

			Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	<p>czym w radzie powinien być reprezentowany samorząd wojewódzki i samorząd powiatowy”.</p> <p>Strona samorządowa KWRiST powinna mieć wprost możliwość wskazania przedstawicieli do Rady.</p>	<p>W art. 97 ust. 1 pkt 2 zagwarantowano, że strona samorządowa Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego zgłasza czterech kandydatów na członków Rady Agencji, a dopiero spośród tych kandydatów minister zdrowia powołuje 2 członków. Tak więc 2 osoby wskazane przez stronę samorządową KWRiST znajdują się w składzie Rady Agencji.</p>
1459.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 97 ust. 1 pkt 2	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	<p>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”.</p> <p>Strona samorządowa KWRiST powinna mieć wprost możliwość wskazania przedstawicieli do Rady.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W art. 97 ust. 1 pkt 2 zagwarantowano, że strona samorządowa Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego zgłasza czterech kandydatów na członków Rady Agencji, a dopiero spośród tych kandydatów minister zdrowia powołuje 2 członków. Tak więc 2 osoby wskazane przez stronę samorządową KWRiST znajdują się w składzie Rady Agencji.</p>
1460.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 97 ust. 1 pkt 9	Rada Główna Instytutów Badawczych	<p>pominięto instytuty badawcze w projekcie wskazano że ma on dotyczyć również instytutów badawczych, a w składzie Rady instytuty zostały pominięte</p> <p>wyłączenie instytutów badawczych z projektu ustawy lub dodanie zapisu np. następnego pkt: „jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez instytuty badawcze nadzorowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia , przy czym każdy z instytutów może przedstawić tylko jednego kandydata.”</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Instytuty badawcze reprezentowane są w radzie ARS za pośrednictwem swoich organów nadzorujących.</p>
1461.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 97 ust. 1 pkt 9	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	<p>pominięto instytuty badawcze w projekcie wskazano że ma on dotyczyć również instytutów badawczych, a w składzie Rady instytuty zostały pominięte</p> <p>wyłączenie instytutów badawczych z projektu ustawy lub dodanie zapisu np. następnego pkt: „jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez instytuty badawcze nadzorowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia , przy czym każdy z instytutów może przedstawić tylko jednego kandydata.”</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Instytuty badawcze reprezentowane są w radzie ARS za pośrednictwem swoich organów nadzorujących.</p>
1462.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 97 ust. 2 pkt 6	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	<p>Doprecyzowanie pkt 6 dotyczącego wiedzy i doświadczenia zawodowego członków Rady Agencji</p> <p>Sformułowanie tego punktu jest enigmatyczne i nieprecyzyjne - dotyczy zróżnicowanych obszarów (np. finanse) bez odwołania do ochrony zdrowia, a także nie wskazuje na poziom oczekiwanej wiedzy i zakres doświadczenia zawodowego.</p> <p>Określenie minimalnej długości okresu doświadczenia zawodowego oraz zawężenie tego doświadczenia do stanowisk kierowniczych w podmiotach leczniczych</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W ocenie projektodawcy przepis jest wystarczająco precyzyjny. Ponadto należy zauważyć, iż w art. 97 ust. 2 pkt 8 wskazano, iż członkiem Rady może być osoba, która spełnia przynajmniej jedno z wymagań, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1 lit. a–k ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. o zasadach zarządzania</p>

					mieniem państwowym, a który to przepis zawiera wymagania dotyczące wiedzy i kwalifikacji.
1463.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 97 ust. 2 pkt 6	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Aktualne brzmienie: 6) posiada wiedzę i doświadczenie zawodowe w dziedzinie ochrony zdrowia, finansów, ekonomii lub zarządzania w ochronie zdrowia;</p> <p>Proponowane brzmienie: 6) posiada wiedzę i co najmniej 2 letnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie ochrony zdrowia, finansów, ekonomii lub zarządzania w ochronie zdrowia;</p> <p>Posiadanie określonych lat doświadczenia wydaje się być koniecznym do sprawowania funkcji członka Rady Agencji. Koniecznym jest również określenie w jaki sposób będzie sprawdzona wiedza, o której mowa w pkt 6.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Zmieniono brzmienie przepisu.</p>
1464.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 97 ust. 2 pkt 6	Związek Województw RP - Województwo Mazowieckie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Należy wprowadzić zmianę polegającą na dodaniu w art. 97 ust. 2 pkt 6 wymogu udokumentowania minimum 5-letniego doświadczenia zawodowego, tj.: „6) posiada wiedzę i co najmniej 5 -letnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie ochrony zdrowia, finansów, ekonomii lub zarządzania w ochronie zdrowia;”.</p> <p>Uzasadnienie: Wymagania dotyczące posiadania wiedzy i doświadczenie zawodowe w dziedzinie ochrony zdrowia, finansów, ekonomii lub zarządzania w ochronie zdrowia” są zbyt liberalne i nie dają rękojmi prawidłowego wykonywania funkcji Członka Rady. Powinny zostać doprecyzowane o wymóg udokumentowanego doświadczenia minimum 5-letniego doświadczenia zawodowego.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Zmieniono brzmienie przepisu.</p>
1465.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 97 ust. 2 pkt 6	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>6) posiada wiedzę i doświadczenie zawodowe w dziedzinie ochrony zdrowia, finansów, ekonomii lub zarządzania w ochronie zdrowia.</p> <p>Propozycja: 6) posiada wiedzę i co najmniej 3 letnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie ochrony zdrowia, finansów, ekonomii lub zarządzania w ochronie zdrowia.</p> <p>Posiadanie określonych lat doświadczenia wydaje się być koniecznym do sprawowania funkcji członka Rady Agencji. Koniecznym jest również określenie w jaki sposób będzie sprawdzona wiedza, o której mowa w pkt 6.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>
1466.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 97 ust. 2 pkt 6	Pracodawcy Pomorza	<p>zastrzeżenia analogiczne jak w przypadku art. 92 ust.1 pkt 5 tzn. dopuszczenie wykształcenia również w postaci innych studiów niż określone dla kierowników podmiotów szpitalnych)</p> <p>Propozycja: zapisy art. 97 ust.1 pkt 6 i art. 120 ust.1 pkt 4 powinny być analogiczne</p> <p>Uzasadnienie: mając na uwadze nadzorczą rolę Agencji brak jest podstaw aby wymogi wykształcenia dla kierowników podmiotów szpitalnych (zatem podmiotów nadzorowanych przez Agencję) były bardziej rygorystyczne niż dla członków Agencji</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zadania Rady są odmienne od zadań kierownika podmiotu szpitalnego, dlatego też i wymagania stawiane członkom Rady i kierownikowi podmiotu szpitalnego są odmienne. Jednocześnie należy zauważyć, iż kandydat na członka Rady musi spełniać jedno z wymagań, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1 lit. a–k ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym.</p>



1467.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 98 ust.1 pkt 3	Związek Województw RP - Województwo Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Członkowie Rady nie mogą:</p> <p>3) być pracownikami lub członkami organów podmiotów tworzących, z wyjątkiem pracowników urzędów obsługujących ministrów będących podmiotami tworzącymi;</p> <p>Należy wyłączyć możliwość zasiadania w Radzie Członków, którzy jako organ opiniodawczo-doradczy będą mieli interes np. w konkretnym rozstrzygnięciu Prezesa Agencji.</p> <p>Propozycja: Członkowie Rady nie mogą:</p> <p>3) być pracownikami lub członkami organów podmiotów tworzących</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1468.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 98 ust.1 pkt 3	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Skreślić</p> <p>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.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1469.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 98 ust.1 pkt 3	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	<p>Skreślić</p> <p>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.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1470.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 98 ust.1 pkt 3	Zarząd Powiatu w Wieluniu	<p>Pracownicy lub członkowie organów podmiotów tworzących powinni móc wchodzić w skład Rady.</p> <p>Pracownicy lub członkowie organów podmiotów tworzących są osobami bezpośrednio zainteresowane szpitalnictwem, możliwość wniesienia wartościowych informacji w Radzie.</p> <p>Wykreślić w art. 98 ust. 1 pkt. 3) „być pracownikami lub członkami organów podmiotów tworzących, z wyjątkiem pracownik urzędów obsługujących ministrów będących podmiotami tworzącymi”</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zastrzeżenie, że członkami Rady Agencji nie mogą być pracownicy lub członkowie organów podmiotów tworzących ma za zadanie uniknięcie sytuacji, w której członkiem organu Agencji byłby przedstawiciel podmiotu tworzącego podmiotu szpitalnego, który jest poddany procesom naprawczo-rozwojowym przez Agencję, co mogłoby naruszać zasadę bezstronności.</p>
1471.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 98 ust.1 pkt 3	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Usunięcie zapisu.</p> <p>Brak uzasadnienia, dla którego członkami Rady mogą być pracownicy podlegli Ministrowi, ale pracownicy JST już nie.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1472.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 98 ust.1 pkt 4	Zarząd Powiatu w Wieluniu	<p>Prezesem Agencji może być osoba, która jest nieskazitelnego charakteru i swym dotychczasowym zachowaniem daje rękojmię prawidłowego wykonywania powierzonych obowiązków.</p>	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

				Nieemożność sprawdzenia tego warunku.  Wykreślić w art. 92 ust. 1 pkt. 4) „jest nieskazitelnego charakteru i swym dotychczasowym zachowaniem daje rękojmię prawidłowego wykonywania powierzonych obowiązków”	Wymóg posiadania nieskazitelnego charakteru zawarty jest w szeregu obowiązujących przepisów prawa.
1473.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 102	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Rada jest organem opiniodawczo-kontrolnym, co biorąc pod uwagę stan ustawodawstwa jest niespotykanym połączeniem.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Należy zauważać, iż Rada Narodowego Funduszu Zdrowia ma uprawnienia zarówno opiniodawcze, jak i kontrolne, mimo, że wprost nie używa się w stosunku do niej określenia organu opiniodawczo-kontrolnego.
1474.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 102	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Wśród zadań Rady Agencji znalazło się m.in. finansowanie inwestycji i rozwoju podmiotów, finansowanie planów-naprawczych, wsparcie płynnościowe – nie jest natomiast określone wg jakich kryteriów finansowanie, czy wsparcie będzie się odbywało. Czy nie będzie to, np. wg klucza politycznego.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Zadania wskazane w uwadze nie należą do zadań Rady.
1475.	Rozdział 9 (Oddział 2)	art. 102 ust. 2	Związek Województw RP - Województwo Małopolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Dodanie w art. 102 ust 2 pkt. 6 o treści „odmowy wpisu na listę nadzorców o której mowa w art. 40 ust 1 oraz listę menedżerów o której mowa w Art. 123 ust 1 i postanowień o skreśleniu z tych list”  Art. 40 ust. 7 przewiduje sprzeciw do Rady, podczas gdy kompetencje rady wyrażone w art. 102 nie przewidują kompetencji rady do rozpoznania sprzeciwu.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W art. 102 ust. 2 wskazano kompetencje Rady ARS do rozpatrywania sprzeciwów od postanowień Prezesa Agencji o odmowie wpisu na listę nadzorców oraz listę menedżerów i postanowień o skreśleniu z tych list.
1476.	Rozdział 9 (Oddział 4)	-	Związek Województw RP - Województwo Wielkopolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Ustawowym zadaniem Agencji jest finansowanie planów naprawczo – rozwojowych podmiotów szpitalnych, wsparciu płynnościowym podmiotów oraz udzielaniu poręczeń i gwarancji podmiotom szpitalnym bez określenia klucza do podziału środków.  Środki pieniężne Agencji są ograniczone, jaki za tym będzie klucz podziału środków zważywszy na skalę problemów szpitali w Polsce.  Ustalenie zasad podziału środków.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Decyzję co do podziału środków finansowych podejmował będzie Prezes Agencji w zależności od potrzeb wynikających z przygotowanych planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych.
1477.	Rozdział 9 (Oddział 4)	art. 109	Naczelna Izba Aptekarska	Proponuje się w art. 109 dodać pkt 15 w następującym brzmieniu: „15) kompleksowa analiza efektywności gospodarki lekowej szpitala oraz opracowanie indywidualnych dla danej placówki rekomendacji działań naprawczych w tej dziedzinie.”. Uzasadnienie W ocenie Naczelnej Rady Aptekarskiej jednym z podstawowych rozwiązań, które w dużym stopniu pomogłyby uporządkować w skali ogólnopolskiej problem niegospodarności, byłyby właśnie jednolite procedury dotyczące gospodarki lekowej. Procedury te powinny bezwzględnie wskazywać	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Ze względu na duży udział kosztów leków w kosztach ogółem podmiotów szpitalnych, analiza efektywności gospodarki lekowej, będzie jednym z istotnych elementów branych pod uwagę przy tworzeniu i realizacji planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych.

				<p>farmaceutów szpitalnych, jako realizatorów działań optymalizacyjnych np. w zakresie racjonalnego zarządzania produktami, ograniczenia kosztów wynikających z przeterminowania, polipragmazji, interakcji i uczuleń lekowych prowadzących do kosztownych powikłań polekowych etc. Procedury takie uzasadniają obecność w szpitalach większej liczby farmaceutów, którzy działając w obszarze pozadystrybucyjnym, wspomagaliby szpitale w optymalizacji procesowej. Z powyższych powodów w skład Rady, o której mowa w art. 97 projektu, powinna wchodzić osoba będąca przedstawicielem środowiska farmaceutów szpitalnych.</p> <p>W uzasadnieniu do projektu używany jest termin „wielowładztwa”, rozumiany jako negatywnego czynnik sprawczy obecnej sytuacji. Tożsame określenie można użyć do wewnętrznych regulacji dotyczących kluczowych procedur gospodarki lekowej szpitali - ich ujednoczenie, z wyraźnym wskazaniem kluczowej roli farmaceutów szpitalnych, wydaje się być całkowicie zgodne z intencją ustawodawcy.</p> <p>Naczelna Rada Aptekarska wskazuje, że produkty lecznicze oraz wyroby medyczne są drugim, po kosztach utrzymania personelu, składnikiem kosztowym szpitali. Dlatego projekt powinien zawierać regulację o obowiązkowej analizie efektywności gospodarki lekowej oraz konkretne rekomendacje działań naprawczych. Analiza powinna zawierać audyt wewnętrznych procedur szpitala, wskaźniki farmakoekonomiczne oraz wyniki audytów lokalnych, w aptece szpitalnej, a także każdym ze szpitalnych ośrodków kosztów. Ponadto plan, o którym mowa w Rozdziale 6 projektu powinien zawierać informację o spełnieniu warunków zatrudnienia odpowiedniej ilości farmaceutów, jak również określeniu usług szpitalnych przez nich świadczonych (poza dystrybucją wewnętrzną).</p>	
1478.	Rozdział 9 (Oddział 4)	art. 109 w zw. z art. 88 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Mazowieckie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Konieczność zrewidowania roli oraz uprawnień Agencji, a także zapewnienie w budżecie Agencji wystarczających środków finansowych na realizację przypisanych zadań.</p> <p>Uzasadnienie: Konieczne jest zrewidowanie roli oraz uprawnień Agencji Rozwoju Szpitali z ukierunkowaniem przypisanych jej zadań i kompetencji na działania wspierające restrukturyzację zobowiązań i modernizację podmiotów szpitalnych. W roku 2023 r. Agencja z uwagi na brak dostatecznego finansowania nie będzie mogła finansować inwestycji na rozwój podmiotów szpitalnych oraz innych działań przewidzianych ustawą.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak konkretnej propozycji zmian w projekcie ustawy. Zwiększanie budżetu Agencji będzie wprost proporcjonalne do zwiększania się skali działalności Agencji.</p>
1479.	Rozdział 9 (Oddział 4)	art. 110	Województwo Pomorskie	<p>Sparcie finansowe od Agencji dla podmiotów szpitalnych</p> <p>Zgodnie z proponowanym zapisem Agencja na finansowanie działań rozwojowych, inwestycyjnych, optymalizacyjnych, naprawczych i restrukturyzacyjnych będzie mogła zapewnić podmiotom finansowanie we wskazanych w propozycji przepisu formach. Jednocześnie przepis nie wskazuje na jakich zasadach wsparcie będzie udzielane. Wskazano także możliwość częściowego umorzenia pomocy udzielonej w ramach wskazanych instrumentów finansowych w oparciu o arbitralnie ustalone</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak konkretnej propozycji zmian w projekcie ustawy. Wsparcie finansowe Agencji dla podmiotów szpitalnych będzie uzależnione od potrzeb wynikających z przygotowanych planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych, a ewentualne umorzenia od realizacji ww. planów.</p>

				osiągnięcie przez podmiot wysokiego poziomu realizacji planu rozwojowego lub naprawczo rozwojowego.  Niezbędne jest określenie szczegółowych wymagań dla zasad udzielania wsparcia finansowego w ramach wskazanych w projekcie instrumentów oraz szczegółowych zasad ustalania warunków ich częściowego umorzenia.	
1480.	Rozdział 9 (Oddział 4)	art. 110-111	Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	Zasadne jest wskazanie warunków jakie podmiot szpitalny musi spełnić w celu uzyskania od Agencji poszczególnych form finansowania wskazanych w przedmiotowym przepisie oraz możliwości umorzenia pożyczki.  Projekt ustawy wskazuje formy finansowania działań podmiotów szpitalnych łącznie z możliwością umorzenia pożyczki ale nie wskazuje kryteriów do ubiegania się o wsparcie finansowe.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Brak konkretnej propozycji zmian w projekcie ustawy. Wsparcie finansowe Agencji dla podmiotów szpitalnych będzie uzależnione od potrzeb wynikających z przygotowanych planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych, a ewentualne umorzenia od realizacji ww. planów.
1481.	Rozdział 9 (Oddział 4)	art. 111	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Z przepisu art. 111 wynika, że podmioty kat. A mogą jedynie ubiegać się w Agencji o udzielenie pożyczki, która w zależności od stopnia realizacji planu rozwoju może być częściowo umorzona. Ustawa znów nie nakłada tu na Agencję żadnego konkretnego obowiązku.  Brak nałożenia na Agencję konkretnych obowiązków co pożyczki  Uzupełnienie i doprecyzowanie zapisów	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Brak konkretnej propozycji zmian w projekcie ustawy. Wsparcie finansowe Agencji dla podmiotów szpitalnych będzie uzależnione od potrzeb wynikających z przygotowanych planów rozwojowych podmiotów szpitalnych, a ewentualne umorzenia od realizacji ww. planów.
1482.	Rozdział 9 (Oddział 5)	art. 112 ust. 5	Rada Główna Instytutów Badawczych	Dodanie słów „każdego roku” doprecyzowanie zapisu  Prezes Agencji, w terminie do dnia 30 kwietnia każdego roku, przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia następujące dokumenty dotyczące poprzedniego roku obrotowego:	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1483.	Rozdział 9 (Oddział 5)	art. 112 ust. 5	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	Dodanie słów „każdego roku” doprecyzowanie zapisu  Prezes Agencji, w terminie do dnia 30 kwietnia każdego roku, przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia następujące dokumenty dotyczące poprzedniego roku obrotowego:	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1484.	Rozdział 9 (Oddział 5)	art. 112 ust. 6	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	W ust. 6 błędnie przywołano numerację ustępów i punktów dotyczących dokumentów podlegających publikacji przez Agencję. Prawidłowe brzmienie „Dokumenty o których mowa w ust. 2 oraz ust. 5 pkt. 1 i 2(…)”	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Zmodyfikowano brzmienie art. 112 ust. 6.
1485.	Rozdział 9 (Oddział 5)	art. 113	Federacja Przedsiębiorców w Polskich	Czy koszty funkcjonowania ARS są wliczane do odsetka PKB przeznaczanego na zdrowie  Koszty funkcjonowania agencji nie powinny być wliczane do odsetka przeznaczanego na zdrowie	<b>Uwaga uwzględniona.</b>  Na obecnym etapie prac zakłada się, iż koszty te nie będą wliczane do odsetka PKB przeznaczanego na zdrowie.

1486.	Rozdział 9 (Oddział 5)	art. 114 pkt 1	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dokonanie korekty pkt 1)</p> <p>Z uwagi na wykreślenie z ustawy art. 38-49, uzasadnionym jest dokonanie korekty pkt 1)</p> <p>Propozycja: "Art. 114. Kosztami Agencji są koszty: 1) działalności Agencji, w tym koszty wynagrodzeń, koszty związane z utrzymaniem nieruchomości i infrastruktury technicznej oraz koszty amortyzacji;"</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga bezzasadna w związku z nieuwzględnieniem uwagi o wykreśleniu z projektu ustawy art. 38-49.</p>
1487.	Rozdział 9 (Oddział 5)	art. 115	Województwo Pomorskie	<p>Uprawnienie Agencji do tworzenia spółek, obejmowania lub nabywania udziałów i akcji w spółkach</p> <p>Uprawnienie powyższe, biorąc pod uwagę rolę i zadania agencji może prowadzić do działań na szkodę podmiotów szpitalnych w celu ich przejmowania oraz na szkodę właścicieli, wspólników lub udziałowców. Przepis ten w sposób oczywisty nadaje uprawnienia Agencji znacząco wykraczające poza projektowane cele jej działalności.</p> <p>Propozycja: Usuniecie zapisu.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Mimo, że w początkowym stadium funkcjonowania Agencji nie przewiduje się tworzenia spółek, niewykluczone, że rozwój Agencji w kolejnych latach może wymagać ich tworzenia.</p>
1488.	Rozdział 9 (Oddział 5)	art. 116 ust. 2 pkt 1	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Prowadzenie komercyjnej działalności eksperckiej i doradczej może prowadzić do sytuacji korupcyjnych.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga niezrozumiała, nie wskazuje konkretnych zagrożeń ani propozycji zmian.</p>
1489.	Rozdział 9 (Oddział 5)	art. 116 ust. 2 pkt 1	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	<p>Prowadzenie komercyjnej działalności eksperckiej i doradczej może prowadzić do sytuacji korupcyjnych.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga niezrozumiała, nie wskazuje konkretnych zagrożeń ani propozycji zmian.</p>
1490.	Rozdział 9 (Oddział 6)	art. 119 ust. 1	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Przepis może prowadzić do konfliktu interesów i celowego premiowania w działaniach podejmowanych przez Agencję podmiotów podległych Ministrowi Zdrowia.</p> <p>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.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Minister właściwy do spraw zdrowia odpowiada za całokształt funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, a wśród podmiotów przez niego nadzorowanych jest Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
1491.	Rozdział 9 (Oddział 6)	art. 119 ust. 1	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	<p>Przepis może prowadzić do konfliktu interesów i celowego premiowania w działaniach podejmowanych przez Agencję podmiotów podległych Ministrowi Zdrowia.</p> <p>Wydaje się kuriozalnym, że minister właściwy do spraw zdrowia, który nadzoruje podmioty lecznicze, które mogą podlegać działaniom naprawczo-</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Minister właściwy do spraw zdrowia odpowiada za całokształt funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, a wśród podmiotów przez niego nadzorowanych jest Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>

				rozwojowym ze strony Agencji, jednocześnie nad tą Agencją będzie sprawował nadzór i to również z punktu widzenia celowości i rzetelności.	
1492.	Rozdział 10	-	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Regulacje dot. wymagań stanowiskowych dla kierowników w podmiotach szpitalnych w zakresie nowych obligatoryjnych wymagań zw. z potwierdzeniem uzyskania kwalifikacji - w ramach studiów podyplomowych MBA - zdania państwowego egzaminu przed ministrem zdrowia - wpisu na listę menadżerów powinny uwzględniać okres trwania studiów, tak aby osoby zajmujące dotychczas stanowiska kierowników sp zoz miały realną możliwość uzyskania i potwierdzenia uprawnień dla pełnienia dotychczasowej funkcji, skoro zgodnie z art. 141 ust. 3 – stosunek pracy z dniem 1 lipca 2024 wygasa, w przypadku jeżeli kierownik sp zoz na ten dzień nie spełnia wymagań z art. 120 ust. 1 ustawy. Art. 142 stanowi jedynie o tym, że pierwszy egzamin o którym mowa w art. 120 ust. 1 pkt 4 przeprowadza się w 1Q 2022 roku.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1493.	Rozdział 10	-	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Obowiązek zdawania nieokreślonego egzaminu lub konieczność uzupełniania wykształcenia o MBA spowoduje masowe niedobrowolne odejścia dyrektorów z dużym doświadczeniem zawodowym. Obowiązek egzaminu lub MBA powinien dotyczyć tylko osób, które chcą być kandydatami na dyrektorów szpitali (nigdy nie były dyrektorami szpitali), a nie dyrektorów szpitali z wieloletnim stażem.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Kierownik posiadający wysokie kompetencje i doświadczenie w kierowaniu podmiotem szpitalnym nie powinien mieć problemów ze zdaniem egzaminu przewidzianego przepisami projektu ustawy.
1494.	Rozdział 10	-	Śląski Związek Gmin i Powiatów	Częstotliwość przeprowadzania egzaminu uprawniającego do kierowania podmiotem szpitalnym może w znaczący sposób negatywnie wpłynąć na możliwość znalezienia odpowiedniej kadry.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Projekt ustawy określa jedynie minimalną częstotliwość przeprowadzania egzaminu na kierownika podmiotu szpitalnego. W praktyce częstotliwość przeprowadzania egzaminów będzie dostosowana do zainteresowania tą formą potwierdzenia kwalifikacji.
1495.	Rozdział 10	art. 120	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu	Postuluje się dopuszczenie – studiów podyplomowych MBA w zakresie zarządzania podmiotami publicznymi.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1496.	Rozdział 10	art. 120	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	Pozostawienie bez zmian Uwzględnienie studiów Master of Business Administration w ochronie zdrowia jest słusznym kierunkiem, podkreśla bowiem znaczenie holistycznej edukacji menedżerskiej i wskazuje, jak ważne na stanowisku kierownika szpitalnego podmiotu leczniczego jest połączenie wiedzy z zakresu ochrony zdrowia i systemu ochrony zdrowia z wiedzą z zakresu ekonomii i zarządzania. Żadne pojedyncze studia podyplomowe ani II poziomu nie dają tak kompleksowego spojrzenia i właściwego przygotowania do przedmiotowego stanowiska.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Rozszerzono katalog studiów MBA.

1497.	Rozdział 10	art. 120	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Wyłączenie z artykułu punktu 4, MBA w ochronie zdrowia lub zdany egzamin nie dają gwarancji prawidłowym zarządzaniem podmiotem leczniczym, powinno się liczyć doświadczenie i dorobek zawodowy.	
1498.	Rozdział 10	art. 120	Związek Województw RP - Województwo Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>1. Kierownikiem podmiotu szpitalnego, a także osobą pełniącą obowiązki kierownika podmiotu szpitalnego, może być osoba, która spełnia łącznie następujące warunki:</p> <p>1) posiada wykształcenie wyższe lub wykształcenie wyższe uzyskane za granicą uznane w Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie przepisów odrębnych</p> <p>2) posiada co najmniej 5-letni staż pracy na stanowisku kierowniczym albo co najmniej 3-letni staż pracy na stanowisku kierowniczym w podmiocie szpitalnym;</p> <p>3) posiada pełną zdolność do czynności prawnych i nie została skazana prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;</p> <p>4) zdała państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo ukończyła studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 122;</p> <p>5) znajduje się na liście menedżerów, o której mowa w art. 123 ust. 1.</p> <p>2. Jeżeli kierownik podmiotu szpitalnego nie jest lekarzem to w podmiocie szpitalnym tworzy się stanowisko zastępcy kierownika do spraw medycznych, który jest lekarzem.</p> <p>W pierwszej kolejności wskazać należy, iż powyższe kwalifikacje winny zostać wprowadzone do Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U.2021.711 ze zm.). Kolejno wskazać należy, iż przepis nie odnosi się do kierowników podmiotów leczniczych mających wieloletni staż w zakresie zarządzania podmiotem, przewidując jednocześnie w myśl art. 141 projektowanej ustawy wygaśnięcie stosunku pracy z kierownikiem nie spełniającym wskazanym wymogów w dniu 1 lipca 2024 r. Powyższe kwalifikacje winny obejmować np. ukończenie studiów podyplomowych w zakresie zarządzania podmiotem leczniczym. Państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego nie dawałby gwarancji należytego zarządzania podmiotem leczniczym, w przeciwieństwie do wieloletniego doświadczenia. Stąd zasadnym jest rezygnacja z konieczności zdania państwowego egzaminu celem możliwości pełnienia funkcji kierownika podmiotu szpitalnego.</p> <p>Propozycja: Doprecyzowanie zapisów projektu ustawy w tym zakresie oraz skorelowanie ich z zapisami wynikających z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzenie wymagań dotyczących kierownika podmiotu szpitalnego zawartych w projektowanej ustawie na kierowników innych podmiotów leczniczych nie znajduje uzasadnienia z uwagi na fakt, iż zarządzanie podmiotem szpitalnym cechuje znacznie większy poziom skomplikowania niż w przypadku innych podmiotów leczniczych, dlatego też od kierowników tych wymagane są wyższe kompetencje.</p> <p>Kierownik posiadający wysokie kompetencje i wieloletnie doświadczenie w kierowaniu podmiotem szpitalnym nie powinien mieć problemów ze zdaniem egzaminu przewidzianego przepisami projektu ustawy.</p>
1499.	Rozdział 10	art. 120	Związek Województw	Kierownik podmiotu szpitalnego	<b>Uwaga uwzględniona</b>

			RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Porównanie kwalifikacji nadzorcy a kierownika podmiotu szpitalnego  Wykreślenie zapisu	Zmieniono wymagania dla nadzorcy i kierownika podmiotu szpitalnego.
1500.	Rozdział 10	art. 120	Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Sklodowskiej- Curie – Państwowy Instytut Badawczy (za pośrednictwem Rady Głównej Instytutów Badawczych)	<p>Ponadto od osób z wieloletnim doświadczeniem w danej dziedzinie medycyny i posiadają umiejętności menadżerskie (prowadzenie Oddziałów/Kliniki, czy samego Instytutu) wymagane będzie dodatkowo zdanie państwowego egzaminu uprawniającego do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego organizowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo uzyskanie dyplomu ukończenia studiów podyplomowych Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia (nie wskazano alternatyw MBA w ochronie zdrowie – co z osobami posiadającymi po prostu MBA). Dodany do art. 24 ustawy o instytutach badawczych ustęp o treści: „Wymagania związane ze stanowiskiem dyrektora instytutu będącego podmiotem szpitalnym określają przepisy ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa” również nie jest zrozumiałe - czy oznacza rezygnację z dotychczasowych wymagań stawianych dyrektorom instytutu?</p> <p>Alternatywą dla powyższego rozwiązania, zasadną w przypadku instytutu naukowo-badawczego będącego jednocześnie szpitalem, byłoby zredagowanie zapisów projektu, tak aby wymogi dotyczące egzaminu czy studiów podyplomowych spełniał nie dyrektor naczelny, a dyrektor ds. zarządzania. Zachowanie zapisów w obecnym brzmieniu, w odniesieniu do instytutów spowoduje, że dyrektorem może zostać osoba nieznająca specyfiki danej dziedziny medycyny, z doświadczeniem na dowolnym stanowisku kierowniczym (co najmniej 5-letni staż pracy na stanowisku kierowniczym albo co najmniej 3-letni staż pracy na stanowisku kierowniczym w podmiocie szpitalnym), posiadająca jedynie wiedzę i umiejętności w zakresie zarządzania i znajomości aktów prawnych. dyrektor/zastępcy z brakami wiedzy w podstawowym zakresie działalności instytutu (udzielanie świadczeń zdrowotnych, czy prowadzenie prac naukowo-badawczych) będą odpowiedzialni za podejmowanie decyzji w sprawach dotyczących leczenia pacjentów oraz działalności naukowo-badawczej instytutu.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p> <p>Kierownik posiadający wysokie kompetencje i wieloletnie doświadczenie w kierowaniu podmiotem szpitalnym nie powinien mieć problemów ze zdaniem egzaminu przewidzianego przepisami projektu ustawy.</p> <p>To od kierownika podmiotu szpitalnego jako osoby odpowiedzialnej za zarządzanie całym podmiotem, a nie od jego zastępcy wymagane jest posiadanie wysokich kompetencji.</p> <p>Wymaganie określone w ustawie są wymaganiami minimalnymi, co oznacza, że organ nadzorujący powołując kierownika podmiotu szpitalnego może od niego wymagać dodatkowo doświadczenia w zakresie podstawowej działalności podmiotu szpitalnego.</p>
1501.	Rozdział 10	art. 120	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Przepis art. 120 ustawy wprowadza nowy wymóg co do wymaganych kwalifikacji kierownika podmiotu szpitalnego. Mianowicie od 30.06.2024r. będzie obowiązywał wymóg legitymowania się przez kierownika podmiotu szpitalnego zdaniem egzaminem państwowym uprawniającym do zajmowania takiego stanowiska lub ukończonymi studiami MBA w zakresie ochrony zdrowia oraz wpisem na listę menedżerów prowadzoną przez prezesa Agencji.	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przepis kreuje rozwiązania na przyszłość.</p>



				Wprowadzenie tego wymogu narusza prawa nabyte kierowników podmiotów szpitalnych zajmujących swe stanowiska w chwili wejścia w życie ustawy w ramach ochrony praw nabytych.  Propozycja: Zmiana zapisów	
1502.	Rozdział 10	art. 120	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	Uzupełnienie wymogów stawianych kierownikowi podmiotu leczniczego  Od wymogu zdania egzaminu państwowego albo ukończenia studiów MBA winni być zwolnieni ci menadżerowie podmiotów szpitalnych, których jakość zarządzania została zweryfikowana na tle wieloletniej praktyki i doświadczenia w zarządzaniu podmiotem szpitalnym.  W art. 120 ust 2 proponuje się nadać treść: 2. Wymogów określonych w ust 1 pkt 1 nie stosuje się do osób, które pełniły przez okres co najmniej ostatnich 5 lat funkcję kierownika podmiotu szpitalnego. a dotychczasowy ust 2 oznaczyć jako ust 3	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Kierownik posiadający wysokie kompetencje i wieloletnie doświadczenie w kierowaniu podmiotem szpitalnym nie powinien mieć problemów ze zdaniem egzaminu przewidzianego przepisami projektu ustawy.  Fakt pełnienia funkcji dyrektora szpitala przez okres 5 lat nie gwarantuje wysokich kompetencji takiej osoby.
1503.	Rozdział 10	art. 120	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Zmiana punktu 4 .zdała państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo ukończyła studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 122 pkt 1-3, albo ukończyła wyższe studia magisterskie, w co najmniej jednej z dyscyplin wymienionych w art. 122 pkt 1-3, albo ukończyła studia doktoranckie prowadzone przez uczelnię o kategorii naukowej A, w co najmniej jednej z dyscyplin wymienionych w art. 122 pkt 1-3 Treść artykułu zaproponowana w projekcie ustawy może mieć znamiona dyskryminacji. Oznaczałoby to bowiem w praktyce, że osoba po kierunkowych studiach magisterskich oraz dodatkowo doktoranckich ma gorsze przygotowanie do pełnienia funkcji dyrektora podmiotu leczniczego niż osoba z dowolnymi studiami wyższymi, a jedynie 1,5-rocznymi studiami podyplomowymi. Ponadto wymagania dotyczące nadzorca, będącej pracownikiem Agencji są mniejsze, a przecież będzie to osoba nadzorująca kierownika podmiotu leczniczego.	<b>Uwaga uwzględniona</b>  Zmieniono wymagania dla nadzorca i kierownika podmiotu szpitalnego.
1504.	Rozdział 10	art. 120	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Wyłączenie z artykułu punktu 4, MBA w ochronie zdrowia lub zdany egzamin nie dają gwarancji prawidłowym zarządzaniem podmiotem leczniczym, powinno się liczyć doświadczenie i dorobek zawodowy.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Kierownik posiadający wysokie kompetencje i wieloletnie doświadczenie w kierowaniu podmiotem szpitalnym nie powinien mieć problemów ze zdaniem egzaminu przewidzianego przepisami projektu ustawy.
1505.	Rozdział 10	art. 120	Związek Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur	Kolejna kwestia budząca wiele zastrzeżeń dotyczy wymogów stawianych dyrektorom szpitali, m.in. ukończenia 3-semestralnych studiów MBA lub zdania egzaminu państwowego oraz krótki termin dostosowania swoich kwalifikacji. Ukończenie studiów MBA jest zarówno czasochłonne, jak i kosztochłonne, natomiast egzaminowanie z zakresu znajomości aktów	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Rozszerzono katalog studiów MBA.

				<p>prawnych, przy obecnym tempie wprowadzanych zmian jest niepraktyczne i nieuzasadnione. Dyrektorzy posiadają w swoich zasobach kadrowych specjalistów w określonych dziedzinach. Nie ma zasadności uczenia się aktów prawnych na pamięć w celu zdania egzaminu. Jest to działanie bardzo demotywujące aktualne kierownictwo każdego szpitala i niesprawiedliwie traktujące uczelnie realizujące studia MBA.</p>	<p>Egzamin, o którym mowa w projektowanej ustawie będzie miał za zadanie zweryfikowanie kompetencji do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu leczniczego.</p> <p>Do pełnienia funkcji kierownika podmiotu szpitalnego niezbędna jest znajomość przepisów prawa związanych z funkcjonowaniem podmiotu szpitalnego.</p>
1506.	Rozdział 10	art. 120	<p>Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Fromborku</p>	<p>Ustawa nie uznaje doświadczenia wieloletnich managerów jednostek ochrony zdrowia.</p> <p>Istnieje część Polskich szpitali, które nie są zadłużone i są przez wiele lat zarządzane (np.6-8 lat). Zatem są kierownicy podmiotów szpitalnych mający wysoki poziom kompetencji menedżerskich, którzy nie są brani pod uwagę w niniejszej Ustawie.</p> <p>Art. 120. 1. Kierownikiem podmiotu szpitalnego, a także osobą pełniącą obowiązki kierownika podmiotu szpitalnego, może być osoba, która posiada 6-letnie doświadczenie zawodowe na stanowisku kierowniczym w jednostce ochrony zdrowia, zasilanej ze środków NFZ, albo spełnia łącznie następujące warunki:</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Kierownik posiadający wysokie kompetencje i wieloletnie doświadczenie w kierowaniu podmiotem szpitalnym nie powinien mieć problemów ze zdaniem egzaminu przewidzianego przepisami projektu ustawy.</p> <p>Fakt pełnienia funkcji dyrektora szpitala przez okres 6 lat nie gwarantuje wysokich kompetencji takiej osoby.</p>
1507.	Rozdział 10	art. 120	<p>Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie</p>	<p>reprezentując instytucję otwartą na racjonalne zmiany w sektorze ochrony zdrowia, doceniam inicjatywę ukierunkowaną na uporządkowanie i wzmocnienie działań mających na celu poprawę kompetencji kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi, które zostały przedstawione w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa w rozdziale 10, artykuł 120.1, pkt 4.</p> <p>Jako Dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, czuję się uprawniona do zabrania głosu w tej kwestii, ponieważ reprezentowany przeze mnie Instytut posiada najdłuższe w Polsce, 30-letnie doświadczenie w kształceniu kadr menedżerskich dla ochrony zdrowia.</p> <p>Projekt ustawy przewiduje wprowadzenie obowiązku ukończenia 3-semesteralnych studiów MBA lub zdania egzaminu państwowego dla dyrektorów szpitali. Są to rozwiązania zarówno czaso-, jak i kosztochłonne. Tymczasem, jak wskazują wyniki badań przeprowadzonych przez Polską Federację Szpitali, dyrektorzy polskich szpitali to w zdecydowanej większości profesjonalisci z doskonałym przygotowaniem merytorycznym i wieloletnim doświadczeniem praktycznym. Sprawne zarządzanie placówką zależy nie tylko od kierunku ukończonych studiów, ale przede wszystkim od osobowości lidera, stylu zarządzania, umiejętności współpracy z otoczeniem oraz stabilnych, racjonalnych warunków funkcjonowania systemu. Wymóg ukończenia studiów MBA w ochronie zdrowia nie wprowadza konieczności ukończenia tych studiów na najwyższej ocenianych uczelniach (posiadających kategorię naukową A+ i A), ale na uczelniach posiadających kategorię co najmniej B (w jednej z takich dziedzin jak: nauki prawne, nauki o zarządzaniu</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Kierownik posiadający wysokie kompetencje i wieloletnie doświadczenie w kierowaniu podmiotem szpitalnym jak również absolwent renomowanej uczelni jaką jest Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum nie powinien mieć problemów ze zdaniem egzaminu przewidzianego przepisami projektu ustawy.</p>

				<p>i jakości, ekonomia i finanse, nauki o zdrowiu). Zgodnie z planowanymi regulacjami, funkcję dyrektora szpitala (lub pełniącego obowiązki) będzie mogła pełnić wyłącznie osoba, która została wpisana na listę menedżerów prowadzoną przez prezesa ARS. Warto zwrócić uwagę, że regulacja ta odnosi się także do tych szpitali, które uzyskają w ocenie najwyższe kategorie klasyfikacji.</p> <p>Wprowadzenie takich zapisów automatycznie wyklucza z możliwości zwolnienia z konieczności zdawania egzaminu absolwentów studiów podyplomowych UJ CM <i>Zarządzanie jednostkami opieki zdrowotnej</i>. W podobnej sytuacji znajduje się wiele innych renomowanych uczelni w Polsce, prowadzących studia podyplomowe z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia.</p> <p>Prowadzone przez Instytut Zdrowia Publicznego studia podyplomowe na kierunku <i>Zarządzanie jednostkami opieki zdrowotnej</i>, we wszystkich dotychczasowych rankingach zajmowały wiodące miejsce w kraju. Dla potwierdzenia przytaczam poniżej zestawienie liderów ostatniego Rankingu Szkół Kształcących Menedżerów Zdrowia (ranking opracowany przez zespół ekspertów Wydawnictwa Termedia i czasopisma <i>Menedżer Zdrowia</i>, 2018)<sup>1</sup>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. miejsce: SGH-WUM <i>MBA w ochronie zdrowia</i> – 366 pkt.</li> <li>2. miejsce: <b>Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM <i>Zarządzanie jednostkami opieki zdrowotnej</i> - 363 pkt.</b></li> <li>3. miejsce: Uczelnia Łazarskiego – <i>MBA w ochronie zdrowia</i> – 292 pkt.</li> </ol> <p>W mojej opinii proponowane zapisy dotyczące wymogów kształcenia menedżerów są krzywdzące i dyskryminujące dla absolwentów studiów podyplomowych UJ CM i innych renomowanych uczelni wyższych w Polsce.</p>	
1508.	Rozdział 10	art. 120	Pracodawcy PR	<p>Nie do przyjęcia są również propozycje wprowadzające nowe wymogi dla kierujących szpitalami – to działanie niezwykle demotywujące aktualne kierownictwo każdego szpitala i niesprawiedliwie traktujące uczelnie realizujące studia MBA oraz menedżerów pracujących w ochronie zdrowia po ukończeniu w latach wcześniejszych Programu MBA. Rozwiązania zawarte w art. 120 i 122 projektowanej ustawy prowadzą do niekorzystnych zmian na rynku szkoleń oraz przyczyniają się do zaprzepaszczenia pracy i doświadczenia setek menedżerów pracujących w ochronie zdrowia, w tym zablokowania lub ograniczenia prowadzenia Programów MBA przez podmioty prywatne (z uwagi na to, że większość podmiotów prywatnych to uczelnie zawodowe, fundacje i firmy szkoleniowe), odejście od idei praktyki biznesowej i aktywnego nauczania warsztatowego menedżerów i przejście w kierunku akademickości. Wprowadzenie wymogu dotyczącego profilowanego branżowo MBA dokonane zostało z całkowitym pominięciem istotnych nakładów finansowych oraz wysiłku związanego z ukończeniem</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p>

<sup>1</sup> Lurka K. Gdzie kształcą najlepszych menedżerów ochrony zdrowia? *Menedżerze Zdrowia*" numer 4-5/2018.  
[www.termedia.pl/mz/Gdzie-ksztalca-najlepszych-menedzerow-ochrony-zdrowia-,30448.html](http://www.termedia.pl/mz/Gdzie-ksztalca-najlepszych-menedzerow-ochrony-zdrowia-,30448.html)

				<p>MBA (nieprofilowanego), a włożonego przez osoby zatrudnione w sektorze zdrowia, podnoszące kwalifikacje zawodowe, bazując na obowiązującym dotychczas stanie prawnym. Tymczasem menedżerowie pracujący w ochronie zdrowia, po ukończeniu w latach wcześniejszych Programu MBA o charakterze skierowanym do całej kadry menedżerskiej, posiadają niezbędne doświadczenie i wiedzę do zarządzania. Nieuczciwym byłoby również pozbawienie możliwości kierowania podmiotem szpitalnym osób, które są w trakcie realizacji programu MBA o charakterze ogólnym, a nawet profilowanym, który najczęściej w pełnym wydaniu trwa dwa lata. Wiele osób rozpoczęło naukę w 2020 lub 2021 r. i są na początku lub w trakcie procesu nauczania. Naukę rozpoczęło m.in. w formule programu (nie studia), na uczelniach zawodowych, zagranicznych. Ustawodawca, projektując przepisy, powinien uwzględnić istniejące realia, sam proces nauki oraz skutki ekonomiczne – zarówno dla absolwentów, jak i dla podmiotów uczących. Należy również uwzględnić samą ideę i charakter nauki ukierunkowany na praktykę, a nie na akademicki/badawczy proces nauczania.</p>	
1509.	Rozdział 10	art. 120	<p>Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Modyfikacja przepisów</p> <p>Wprowadzanie dodatkowych nieuzasadnionych praktyką wymogów dla dyrektorów podmiotów szpitalnych spowoduje jedynie odpływ fachowców do innych podmiotów leczniczych. Wymogi te są nieadekwatne do rzeczywistych potrzeb rynku w systemie ochrony zdrowia, w których powinna zostać doceniona dotychczasowa praktyka zawodowa w zarządzaniu tego rodzaju podmiotami jako wartość podstawowa.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Kierownik posiadający wysokie kompetencje i wieloletnie doświadczenie w kierowaniu podmiotem szpitalnym nie powinien mieć problemów ze zdaniem egzaminu przewidzianego przepisami projektu ustawy.</p> <p>Fakt pełnienia funkcji dyrektora szpitala przez okres kilku lat nie gwarantuje wysokich kompetencji takiej osoby.</p>
1510.	Rozdział 10	art. 120	<p>Związek Województw RP - Województwo Wielkopolskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Ograniczenie wpisu na listę menedżerów do osób, które ukończyły studia podyplomowe MBA w ochronie zdrowia.</p> <p>Studia MBA przeznaczone są dla kadry kierowniczej wyższego szczebla, członków organów statutowych spółek prawa handlowego i skarbu państwa, dyrektorów spółek handlowych, menedżerów lub tych, którzy chcą zajmować stanowiska kierownicze, w celu jak najlepszego wykorzystania ich wiedzy oraz umiejętności w różnych dziedzinach biznesu. Wyodrębnianie podzbiorów w zakresie studiów MBA jest ograniczaniem wiedzy kadry Kierowniczej dotyczącej działania rynku. Szpitale nie działają na zasadach wyłączonych z rynku.</p> <p>Wpisanie na listę menedżerów osób, które ukończyły studia podyplomowe MBA. MBA w ochronie zdrowia jest podzbiorem studiów MBA.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p>
1511.	Rozdział 10	art. 120	<p>Związek Województw</p>	<p>Art. 120</p> <p>Kwalifikacje kierowników podmiotów szpitalnych</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>

			RP - Województwo Lubuskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Proponowana zmiana: Proponuje się rozszerzyć kwalifikacje kierowników podmiotów szpitalnych również o osoby, które ukończyły studia podyplomowe MBA i jednocześnie ukończyły studia podyplomowe co najmniej 2-semestralne z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia.</p> <p>Projekt ustawy nakłada w art. 120 ust 4 obowiązek w zakresie kwalifikacji kierowników – alternatywnie obok zdanego egzaminu państwowego – do posiadania ukończonych co najmniej 3-semestralnych studiów podyplomowych MBA w ochronie zdrowia. W znaczny sposób ograniczy to kadre doświadczonych i wykwalifikowanych menadżerów, którzy ukończyli (często obok ogólnego MBA) studia podyplomowe w zakresie zarządzania w ochronie zdrowia.</p>	Rozszerzono katalog studiów MBA.
1512.	Rozdział 10	art. 120	Wojewoda Warmińsko- Mazurski	<p>Z przedstawionego projektu wynika, iż poprawa sytuacji w ochronie zdrowia nastąpi, jeśli dyrektorami będą osoby, które ukończą wskazane studia MBA w ochronie zdrowia w wybranej kategorii uczelni lub zdadzą egzamin państwowy do zajmowania stanowisk kierownika podmiotu leczniczego. Brak w projekcie założeń dotyczących formy egzaminu, z której wynikałby zakres wiedzy niezbędny do zarządzania szpitalem jak i zakres weryfikacji kompetencji tzw. miękkich- często niezwykle istotnych w procesie zarządzania.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1513.	Rozdział 10	art. 120 i nn.	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	<p>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.</p> <p>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.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak propozycji rozwiązań.</p> <p>Nieuzasadnione jest twierdzenie, że sytuacja finansowa podmiotu szpitalnego nie jest zależna od kompetencji osoby nim zarządzającej.</p> <p>Według symulacji kategoryzacji podmiotów szpitalnych na podstawie danych za 2020 r. do kategorii A i B, których nie dotyczy konieczność realizacji planów naprawczych, zakwalifikowało się 2/3 podmiotów szpitalnych.</p>
1514.	Rozdział 10	art. 120 i nn.	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	<p>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.</p> <p>Analiza wskaźników zaproponowanych w projekcie ustawy wskazuje, że gdyby za rok bazowy przyjąć 2020 r. (który i tak był pod względem</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak propozycji rozwiązań.</p> <p>Nieuzasadnione jest twierdzenie, że sytuacja finansowa podmiotu szpitalnego nie jest zależna od kompetencji osoby nim zarządzającej.</p>

				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.	Według symulacji kategoryzacji podmiotów szpitalnych na podstawie danych za 2020 r. do kategorii A i B, których nie dotyczy konieczność realizacji planów naprawczych, zakwalifikowało się 2/3 podmiotów szpitalnych.
1515.	Rozdział 10	art. 120 art. 122	Polska Federacja Szpitali	<p>Artykuł 120 ust 1 pkt 4) w związku z art 122, przewiduje, dla możliwości ubiegania się o sprawowanie funkcji kierownika podmiotu szpitalnego, wymóg m.in. ukończenia studiów podyplomowych Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia, które powinny trwać nie krócej niż 3 semestry, co stanowi nadmierne i nieadekwatne zaostrenie wymogów formalnych.</p> <p>Projektowana treść art. 120 ust 1 pkt 4) w związku z art 122 ogranicza możliwość sprawowania funkcji kierownika podmiotu szpitalnego przez menadżerów wykształconych w uznanych, międzynarodowych ośrodkach naukowych (np. Uniwersytet Cambridge), w których standardem jest przeprowadzanie studiów MBA trwających jedynie dwa semestry.</p> <p>Dodatkowo zastosowanie tych samych, wysokich wymagań formalnych względem osób pełniących obowiązki kierownika podmiotu szpitalnego, może doprowadzić do paraliżu tych jednostek w przypadku niemożności niezwłocznego zatrudnienia osoby spełniającej wymagania. Znalezienie odpowiednio wykwalifikowanej osoby aby pełniła obowiązki kierownika może być niemożliwe z dnia na dzień, a żaden szpital nie może sobie pozwolić na choćby chwilowy brak osoby uprawnionej od jego reprezentowania, z uwagi na codzienną konieczność podejmowania działań i czynności zapewniających ratowania zdrowia i życia ludzkiego.</p> <p>Niezasadne wydaje się uznanie tylko studiów MBA. Istnieje wiele innych kierunków studiów, które tematykę zarządzania szpitalem przybliżają w nie mniejszym stopniu. Również kilkuletnie doświadczenie może mieć większą wartość poznawczą.</p> <p>Proponujemy:</p> <p>a) wprowadzenie zmiany w art. 120 ust 1 pkt 4) projektowanej ustawy w ten sposób aby dotychczasowa treść tego ustępu zastąpiona została treścią:  „4. zdała państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo ukończyła studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia.”</p> <p>b) usunięcie z projektu ustawy treści zawartej w art. 122.</p> <p>c) złagodzenie wymogów formalnych umożliwiających zatrudnienie osób pełniących obowiązki kierownika podmiotu szpitalnego przy ewentualnym</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Zmieniono wymagania dotyczące kierownika podmiotu szpitalnego i rozszerzono katalog studiów MBA.</p>

				skróceniu okresu przez jaki taka osoba może sprawować obowiązki (zmiana w zakresie ustawy o działalności leczniczej).	
1516.	Rozdział 10	art. 120 i pkt 4	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	Dokładne doprecyzowanie rodzaju ukończonych studiów MBA dyskryminuje wielu menadżerów, którzy swoje kompetencje zdobyli inną ścieżką kształcenia. Należy usunąć doprecyzowanie „w ochronie zdrowia” dotyczące studiów MBA.  Wielu doświadczonych zarządzających ukończyło studia z zarządzania w ochronie zdrowia oraz studia MBA, których obszar nie był zawężony wyłącznie do ochrony zdrowia, jednak nie powinno to obniżać ich znaczenia i dyskredytować absolwentów.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>  Rozszerzono katalog studiów MBA.
1517.	Rozdział 10	art. 120, art. 122	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Niezwykle wysokie wymagania stawiane kierownikom podmiotu szpitalnego w szczególności pkt 4 dotyczący konieczności zdawania egzaminu państwowego uprawniającego do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego. Ograniczenie zwolnienia z przedmiotowego egzaminu jedynie osób legitymujących się zdaniem egzaminem MBA, który powinien trwać minimum 3 semestry a realizowany w uczelni o określonej kategorii naukowej. Nieuzasadnionym w przedmiotowym zakresie jest pominięcie osób legitymujących się doktoratem, dyplomami w zakresie studiów zagranicznych, tytułami zawodowymi i uprawnieniami specjalistycznymi. Przepisy ukierunkowane na wybrane uczelnie, które kształcą obecnie niektórych z dyrektorów, postulowane jest wykreślenie przedmiotowego przepisu. Wysokie wymagania stawiane kierownikom podmiotów szpitalnych względem wymagań stawianym nadzorcy czy zarządcy oraz Prezesa Agencji.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>  Zmieniono wymagania dotyczące kierownika podmiotu szpitalnego i nadzorcy, rozszerzono katalog studiów MBA.
1518.	Rozdział 10	art. 120-122	Federacja Przedsiębiorców w Polskich	Wymagania wobec kierownika szpitala są zbyt szczegółowe i nieadekwatne.  Zupełnie irracjonalne jest wymagania ukończenia kierunkowych studiów, zrobienia MBA oraz zdania egzaminu od kierownika szpitala. Przy tym założeniu w Polsce nikt nie będzie spełniał tych kryteriów.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Teza zawarta w uwadze niezgodna z treścią projektowanej ustawy.  Wymogiem do pełnienia funkcji kierownika podmiotu leczniczego jest zdanie egzaminu państwowego LUB ukończenie studiów podyplomowych MBA, a nie łączne spełnienie obu warunków.  Ponadto, zmieniono wymagania dla kierownika podmiotu szpitalnego.
1519.	Rozdział 10	art. 120-123	Związek Województw RP -	Określone kryteria są krzywdzące dla osób, które są w trakcie lub ukończyły studia MBA na uczelniach innych niż rekomendowane w projekcie ustawy	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

			Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Identyfikując nie zawsze wystarczający poziom kompetencji menedżerskich osób zarządzających podmiotami szpitalnymi, projektodawca przewidział, iż zarówno kierownikiem podmiotu szpitalnego jak i osobą pełniącą obowiązki kierownika podmiotu szpitalnego będzie mogła być wyłącznie osoba wpisana na listę menedżerów prowadzoną przez Prezesa Agencji. Aby zostać wpisany na ww. listę trzeba będzie wykazać się nie tylko doświadczeniem na stano-wisku kierowniczym oraz wyższym wy-kształceniem ,ale ponadto także zdać państwowy egzamin organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo ukończyć studia podyplomowe Master of Business Administration (dalej: „MBA”) w ochronie zdrowia. Wpis na listę menedżerów będzie dokonywany z urzędu po zdaniu ww. państwowego egzaminu, bądź też na wniosek zainteresowanej osoby, która ukończyła studia MBA w ochronie zdrowia oraz spełnia pozostałe przesłanki ustawowe warunkujące wpis. Chcąc ujednoczyć poziom i zakres kompetencji menedżerskich projektodawca przyjął, iż z konieczności przystąpienia do państwowego egzaminu zwalniać będą jedynie studia MBA w ochronie zdrowia, trwają-ce nie krócej niż 3 semestry	Zmieniono wymagania dotyczące kierownika podmiotu szpitalnego i rozszerzono katalog studiów MBA.
1520.	Rozdział 10	art. 120-123	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Wymogi stawiane kierownikowi podmiotu szpitalnego są zbyt ostre i mogą ograniczyć i spowodować brak kadry.  Aktualnie 3 -semestrowe studia MBA prowadzą tylko dwie uczelnie w kraju, Do kosza wyrzucamy wszystkie pozostałe dyplomy -studiów podyplomowych etc.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>  Zmieniono wymagania dotyczące kierownika podmiotu szpitalnego i rozszerzono katalog studiów MBA.
1521.	Rozdział 10	art. 120-125	Związek Województw RP - Województwo Podkarpackie (za pośrednictwem KWRiST)	Treść przepisów art. 120-125 projektowanej ustawy wprowadza de facto nowy wolny zawód, a to „menadżerów w ochronie zdrowia”. Będzie to zawód regulowany, a przez co bardzo blisko do powstania samorządu zawodowego, chociażby nieformalnego – na zasadzie stowarzyszenia. Należy także przedłużyć termin wskazany w art. 141 ust. 1 i ust. 3 co najmniej o dwa lata, a to odpowiednio do 30 czerwca 2026 roku oraz 1 lipca 2026 roku – należy założyć, że po wejściu w życie projektowanej ustawy nastąpi wzmożony ruch na rynku „menadżerów w ochronie zdrowia”, a co za tym idzie może zdarzyć się tak, że popyt na rynku, w szczególności studiów MBA będzie tak duży, że podaż będzie zbyt mała, tj. brakować będzie miejsc gdzie będzie można szybko – w pierwszej fazie obowiązywania nowych przepisów uzupełnić wykształcenie, a jednocześnie czas oczekiwania na państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego będzie wydłużony.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>  Zmieniono wymagania dotyczące kierownika podmiotu szpitalnego i rozszerzono katalog studiów MBA.  Podaż egzaminów na kierowników podmiotów szpitalnych będzie dostosowana do popytu ze strony osób zainteresowanych.
1522.	Rozdział 10	art. 120 ust. 1	Osoba fizyczna	Art. 120 dotyczący kierownika podmiotu leczniczego powinien, prócz wymienionych, uwzględniać stopień doktora w dyscyplinach wymienionych w art. 122. Staż pracy na stanowisku kierowniczym nie potwierdza w żaden sposób umiejętności i wiedzy menedżerskich niezbędnych do kierowania publicznym podmiotem leczniczym. Niestety z obserwacji i analiz wynika, że	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Zmieniono wymagania dotyczące kierownika podmiotu szpitalnego i rozszerzono katalog studiów MBA.



				wielu kierowników nie posiada wymaganych kwalifikacji kierunkowych na zajmowanych stanowiskach. Uważam także, że uwzględniony powinien zostać kierunek studiów: finanse i zarządzanie w ochronie zdrowia oraz studia podyplomowe z zarządzania w ochronie zdrowia.	
1523.	Rozdział 10	art. 120 ust. 1	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Rozszerzenie listy warunków o wymogi np. zawarte w Art. 19 ustawy o zasadach zarządzania mieniem państwowym Zbytne ograniczenie zakresu osób mogących pełnić funkcję kierownika podmiotu szpitalnego.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Zmieniono wymagania dotyczące kierownika podmiotu szpitalnego i rozszerzono katalog studiów MBA.
1524.	Rozdział 10, Rozdział 12	art. 120 ust. 1, art. 121-123, art. 142	Związek Województw RP - Województwo Warmińsko-Mazurskie (za pośrednictwem KWRiST)	Ustawodawca założył, że wszystkie szpitale są źle zarządzane, że wszyscy dyrektorzy szpitali są niekompetentni i nie posiadają właściwej wiedzy do zarządzania szpitalem, a poprawa sytuacji w ochronie zdrowia nastąpi, jeśli dyrektorami będą osoby, które ukończą wskazane studia MBA w ochronie zdrowia w wybranej kategorii uczelni lub zdadzą egzamin państwowy do zajmowania stanowisk kierownika podmiotu szpitalnego. Ustawodawca nie uwzględnił doświadczenia i wiedzy praktycznej aktualnych kierowników podmiotów szpitalnych, którzy mają doskonałe wyniki zarządzania jednostkami, nabyli kompetencje w wyniku różnych form kształcenia. Nieuzasadnionym jest negowanie uzyskanych kompetencji menedżerskich przed wejście w życie ustawy projektowanej i uzyskanych w innych formach kształcenia niż przewidział ustawodawca.  Nie wszystkie szpitale w Polsce są źle zarządzane i zadłużone, a co za tym idzie nie wszyscy kierownicy podmiotów szpitalnych mają niewystarczający poziom kompetencji menedżerskich. Jest spora grupa szpitali w Polsce kwalifikujących się (wg projektu Ustawy) do kategorii A lub B, zarządzanych przez dyrektorów posiadających wiedzę, umiejętności i kompetencje menedżerskie. Wielu obecnych dyrektorów szpitali posiada różne wykształcenie, w tym ekonomiczne, posiadają uprawnienia dla kandydatów rad nadzorczych spółek skarbu państwa, przewodniczyło lub było członkami rad nadzorczych, ukończyło liczne studia podyplomowe z zarządzania w ochronie zdrowia, prestiżowe studia MBA „ogólne”, posiada równoległe specjalizacje z medycyny społecznej, ze zdrowia publicznego, prowadzi zajęcia na uczelniach medycznych z przedmiotów związanych z zarządzaniem w ochronie zdrowia, uczestniczy regularnie w szkoleniach, konferencjach, co w połączeniu z doświadczeniem w zarządzaniu szpitalem, można przypuszczać, daje większe kompetencje menedżerskie niż tylko ukończenie profilowanego MBA w ochronie zdrowia lub zdanie teoretycznego egzaminu. Dlatego wymaganie uzupełniania kwalifikacji od świetnie wykształconych i obecnie najlepszych menedżerów szpitali, w szczególności, gdy kierowane przez nich lecznice można zaliczyć do kategorii A lub B jest	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Kierownik posiadający wysokie kompetencje i wieloletnie doświadczenie w kierowaniu podmiotem szpitalnym nie powinien mieć problemów ze zdaniem egzaminu przewidzianego przepisami projektu ustawy.

				<p>niepotrzebne, a nawet szkodliwe. Bowiem z jednej strony, będzie niepotrzebnie zabierało czas i energię tym menedżerom, którą mogliby poświęcić swoim placówkom.</p> <p>- zbytecznym jest dodatkowe testowanie z wiedzy teoretycznej skutecznych obecnie kierowników podmiotów szpitalnych, jeżeli przez wielu lat, przed wprowadzeniem proponowanej ustawy, szpital kierowany przez takiego menedżera mógłby być zakwalifikowany do kategorii A lub B. Gdyż oznacza to, że ten menedżer posiadał wystarczającą wiedzę, aby taką placówką kierować. W tym wiedzę ukrytą, w szczególności dotyczącą konkretnej placówki, której nie można przetestować ani przekazać teoretycznie. Zatem, testowanie takiego menedżera jest nie tylko zbyteczne, gdyż traci się czas dyrektorom, którzy mógłby poświęcić swoim placówkom, ale również komisji egzaminacyjnej, która mogłaby w tym czasie wykonać inną niezbędną pracę, a z drugiej strony, może być postrzegane jako próba wymiany kadr z powodów politycznych a nie merytorycznych</p> <p>Propozycja: Art. 120 ust 1 pkt 4 i 5 w brzmieniu projektu wykreślić. Dodać nowe brzmienie dla art. 120 ust 1 pkt 4 i 5 o treści: 4) posiada specjalizację z medycyny społecznej lub zdrowia publicznego lub studia podyplomowe z zakresu zarządzania ochroną zdrowia, lub posiada uprawnienia do zasiadania w radach nadzorczych spółek skarbu państwa 5) „ albo w dniu wejścia w życie ustawy posiadał co najmniej 3-letni okres pracy na stanowisku kierownika podmiotu szpitalnego zakwalifikowanego do kategorii A lub B”, Art. 121 wykreślić Art. 122 wykreślić Art. 123 wykreślić Art. 142 wykreślić</p>	
1525.	Rozdział 10	art. 120 ust. 1 pkt 2	<p>Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Fromborku</p>	<p>Ustawa zakłada, że szpitalem może sprawnie zarządzać osoba z małym doświadczeniem. To zdecydowanie zbyt krótki okres na zdobycie doświadczenia. Funkcja „Kierownika Podmiotu Szpitalnego” jest ważnym stanowiskiem, zatem osoba ta musi mieć minimum doświadczenia w zarządzaniu jednostką ochrony zdrowia, zasilaną ze środków NFZ. 2) posiada co najmniej 5-letni staż pracy na stanowisku kierowniczym, w tym co najmniej 3-letni staż pracy na stanowisku kierowniczym w podmiocie szpitalnym;</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Długość doświadczenia na stanowisku kierowniczym jest tylko jednym z wymogów stawianych kierownikowi podmiotu szpitalnego.</p>
1526.	Rozdział 10	art. 120 ust. 1 pkt 2	<p>Ośrodek Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych</p>	<p>Proponuje się zmianę brzmienia projektowanego przepisu na 2) posiada co najmniej 5-letni staż pracy na stanowisku kierowniczym albo co najmniej 3-letni staż pracy na stanowisku kierowniczym w podmiocie leczniczym; Proponowane ograniczenie jest bezzasadne. Kierujący podmiotem leczniczym (niezależnie od tego czy jest on szpitalem i czy podmiotem prowadzącym inny rodzaj działalności leczniczej), który posiada przeszło 3</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzenie wymagań dotyczących kierownika podmiotu szpitalnego zawartych w projektowanej ustawie na kierowników innych podmiotów leczniczych nie znajduje uzasadnienia z uwagi na fakt, iż zarządzanie podmiotem szpitalnym cechuje</p>

				letnie doświadczenie winien spełniać kryterium ustawowe uprawniające go do kierowania szpitalem (jak i również każdym innym podmiotem leczniczym).	znacznie większy poziom skomplikowania niż w przypadku innych podmiotów leczniczych, dlatego też od kierowników tych wymagane są wyższe kompetencje.
1527.	Rozdział 10	art. 120 ust. 1 pkt 4	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Fromborku	<p>Ustawa mylnie przyjmuje, że 3-semestralne podyplomowe studium można uznać za Akredytowane Studia Master of Business Administration. Ustawa nie uznaje akredytowanych kwalifikacji międzynarodowych oraz mylnie nazywa poszerzone studia podyplomowe Studiami MBA z dodatkiem „w Ochronie Zdrowia”.</p> <p>Studia MBA są to uznane, międzynarodowe studia specjalistyczne dedykowane dla kadry zarządczej, realizowane pod nadzorem międzynarodowych programów akredytacyjnych. Studia te prowadzone są przez polskie uczelnie w oparciu i we współpracy z Uniwersytetami zagranicznymi. Trwają najczęściej 3 lata (5 lub 6 semestrów) i prowadzone są najczęściej w języku angielskim. Absolwenci uzyskują dyplom uczelni zagranicznej, np. University of Manitoba, University of Windsor (SGH Warszawa), Nottingham University (WSB AE Poznań).</p> <p>Jeżeli manager ma plany doszczegółowienia i ukierunkowania wykształcenia, realizuje w dalszej kolejności specjalistyczne studia z zarządzania w danej dziedzinie, np. Zarządzanie w Logistyce, Zarządzanie w Lotnictwie, Zarządzanie w Ochronie Zdrowia, etc. Natomiast w tej drodze edukacja zawodowa, trwa około 7-8 semestrów.</p> <p>Określenie 3-semestralne studia Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia jest częstym skrótem marketingowym, stosowanym przez uczelnie w celu obejścia wymogu akredytacji, obniżenia kosztów czesnego i pozyskania chętnych. Programy te generalnie nie są uznawane ani w krajowych wiodących przedsiębiorstwach, ani tym bardziej za granicą. Stoimy na stanowisku, że Ustawa nie może wspierać i sankcjonować takiej edukacyjnej” drogi na skróty”, którą przyjęły niektóre Uczelnie.</p> <p>4) zdała państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo ukończyła akredytowane, międzynarodowe studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA), albo krajowe studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 122</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p>
1528.	Rozdział 10	art. 120 ust. 1 pkt 4	Ośrodek Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych	<p>Proponuje się zmianę brzmienia projektowanego przepisu na „4) zdała państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo ukończyła studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia lub zarządzanie w ochronie zdrowia o których mowa w art. 122”</p> <p>Studia na kierunku zarządzanie w ochronie zdrowia prowadzone są przez prestiżowe uczelnie wyższe w naszym kraju. Studia takie przygotowują</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Studia MBA zapewniają holistyczną edukację menedżerską natomiast inne studia podyplomowe nie zapewniają zdobycia tak kompleksowego przygotowania w zakresie zarządzania.</p>

				zarządzających w sektorze ochrony zdrowia do zajmowania określonych stanowisk kierowniczych, rozwijając techniki kreatywnego myślenia i umiejętności stosowania nowoczesnych metod zarządzania i podejmowania decyzji w sytuacjach konfliktowych, turbulentnym otoczeniu i kompresji czasu. Rozszerzenie zapisu jest zatem jak najbardziej zasadne.	
1529.	Rozdział 10	art. 120 ust. 1 pkt 4	Województwo Pomorskie	<p>Wymagania dla kierowników podmiotów szpitalnych</p> <p>Niezasadne jest nieuwzględnienie wykształcenia w postaci innych studiów kierunkowych lub studiów podyplomowych z zarządzania w ochronie zdrowia, stopni lub tytułów naukowych, których wartość merytoryczna jest tożsama lub wyższa ze studiami MBA.</p> <p>Postanowienie to w zasadzie eliminuje wiele osób, nawet takie, które od dziesiątek lat kierowały podmiotami leczniczymi.</p> <p>Ustawa nie przewiduje wyjątków dla osób z wieloletnim doświadczeniem w tym zakresie, nawet pełniących funkcje w podmiotach szpitalnych kategorii A lub B.</p> <p>Brak jest uzasadnienia dla takiego zawężenia zakresu wykształcenia kierownika, szczególnie biorąc pod uwagę niewielki zakres uczelni posiadających w swojej ofercie studia MBA w ochronie zdrowia. Jednocześnie studia MBA czterosemestralne o profilu ogólnym nie powinny być gorsze niż studia MBA o profilu zarządzanie w ochronie zdrowia - trzyletnie. Za nieracjonalne należy uznać zobowiązanie osób posiadających już ukończone studia MBA do odbywania kolejnych studiów MBA w zakresie ochrony zdrowia, pomimo doświadczenia zawodowego.</p> <p>Zasadne byłoby wprowadzenie wymagań w zakresie wykształcenia w art.120 ust.1 pkt 4 jak w art. 92 ust.1 pkt 5 dla Prezesa Agencji tj. posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne lub wykształcenie wyższe uzyskane za granicą, uznane w Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie przepisów odrębnych, w zakresie finansów, ekonomii, prawa, organizacji ochrony zdrowia lub zarządzania.</p> <p>Modyfikacja przepisu poprzez dopuszczenie ukończenia przez kierownika podmiotu szpitalnego wszystkich rodzajów studiów podyplomowych Master of Business Administration (MBA) nie krótszych niż 3 semestry, a nie tylko przewidzianych w art. 122 ustawy, tj. MBA w ochronie zdrowia.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Zmieniono wymagania dotyczące kierownika podmiotu szpitalnego i rozszerzono katalog studiów MBA.</p>
1530.	Rozdział 10	art. 120 ust. 1 pkt 4	Pracodawcy Pomorza	<p>Propozycja: Zasadne byłoby wprowadzenie wymagań w zakresie wykształcenia w art.120 ust.1 pkt 4 jak w art. 92 ust.1 pkt 5 dla Prezesa Agencji tj. posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne lub wykształcenie wyższe uzyskane za granicą uznane w Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie przepisów odrębnych, w zakresie finansów, ekonomii, prawa, organizacji ochrony zdrowia lub zarządzania</p> <p>Uzasadnienie: niezasadne jest nieuwzględnienie wykształcenia w postaci innych studiów kierunkowych lub studiów podyplomowych z zarządzania w</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Studia MBA zapewniają holistyczną edukację menedżerską natomiast inne studia podyplomowe nie zapewniają zdobycia tak kompleksowego przygotowania w zakresie zarządzania.</p>

				ochronie zdrowia, stopni lub tytułów naukowych, których wartość merytoryczna jest tożsama lub wyższa ze studiami MBA.	
1531.	Rozdział 10	art. 120 ust. 1 pkt 4	Naczelna Izba Aptekarska	<p>Art. 120 ust. 1 pkt 4 projektu zawiera regulację, która wskazuje, że kierownikiem podmiotu szpitalnego, a także osobą pełniącą obowiązki kierownika podmiotu szpitalnego, może być osoba, która zdała państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo ukończyła studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 122.</p> <p>W ocenie Naczelnej Rady Aptekarskiej studia podyplomowe MBA w ochronie zdrowia pozwalają na nabycie kompetencji do pełnienia funkcji kierownika podmiotu leczniczego i stanowi to bezpośrednie nawiązanie do aktualnego wymogu min. posiadania ukończonych studiów podyplomowych z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia zgodnie z brzmieniem art. 46 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 Nr 112 poz. 654). Ukończenie studiów podyplomowych MBA w ochronie zdrowia słusznie może też zwalniać z konieczności odbycia egzaminu na kierownika podmiotu szpitalnego podobnie jak zgodnie z oraz z art. 19 ust. 1 pkt 1 lit. c Ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. - o zasadach zarządzania mieniem państwowym (Dz. U. z 2019r. poz. 1302, 1309, 1571, 1655) - ukończone studia MBA zwalniają kandydata na członka rady nadzorczej SSP z egzaminu dla kandydatów na członków przedmiotowych rad nadzorczych.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Uwaga w formie tezy, bez zgłoszenia konkretnych rozwiązań.</p>
1532.	Rozdział 10	art. 120 ust. 1 pkt 4	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Określenie szczegółowych zasad oraz trybu egzaminu państwowego, umożliwiających ocenę projektowanego rozwiązania.</p> <p>Ocena kompetencji kierowniczych powinna uwzględniać także doświadczenie oraz jego tzw. kompetencje miękkie. Kryterium to jest uwzględnione w dotychczasowych regulacjach. Zgodnie bowiem z art. 46 ust. 2. pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 ze zm.), kierownik podmiotu leczniczego posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika.</p> <p>Zapisy te wywołały słuszne oburzenie wśród wieloletnich dyrektorów szpitali w Polsce ze względu na całkowite pominięcie znaczenia ich wieloletniego doświadczenia praktycznego dla stabilności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.</p> <p>Ponadto, w projekcie ustawy powinien zostać zawarty zapis, że wszystkie wszczęte i niezakończone procesy doskonalenia zawodowego przed wejściem tejże ustawy są prawidłowe i upoważniające do wpisu na listę Agencji.</p> <p>Brak określenia kryteriów/wymagań państwowych egzaminów uprawniających do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Kierownik posiadający wysokie kompetencje i wieloletnie doświadczenie w kierowaniu podmiotem szpitalnym nie powinien mieć problemów ze zdaniem egzaminu przewidzianego przepisami projektu ustawy.</p> <p>Charakter studiów MBA pozwala na zdobycie przez ich absolwentów zarówno wiedzy teoretycznej jak i umiejętności praktycznych.</p>

				<p>lecniczego. Wskazanie alternatywnego miernika kompetencji kierowników podmiotów leczniczych (studia MBA).</p> <p>Wobec braku odesłania do projektu aktów wykonawczych, określających w szczególności zasady, tryb oraz zakres proponowanego egzaminu państwowego, nie można realnie ocenić tej regulacji. Rozwiązanie to jest podejściem do tej pory niestosowanym w ochronie zdrowia i powinno zostać odpowiednio doprecyzowane przed ewentualnym wdrożeniem.</p> <p>Drugie założenie, polegające na uzależnieniu oceny kompetencji kierownika podmiotu leczniczego od ukończenia odpowiednich studiów podyplomowych MBA jest rozwiązaniem promującym teoretyczne przygotowanie kandydata do sprawowania określonej funkcji, a nie kładącym nacisk na rzeczywiste kompetencje oraz doświadczenie zarządcze.</p>	
1533.	Rozdział 10	art. 120 ust. 1 pkt 4	Związek Województw RP - Województwo Lubuskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Art. 120 ust. 1 pkt 4 po "albo ukończyła studia podyplomowa Master of Business Administration ( MBA) w ochronie zdrowia" proponuje się dodać "albo ukończyła studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA) oraz 2 semestralne studia podyplomowe w zakresie Zarządzania w Służbie Zdrowia".</p> <p>MBA w ochronie zdrowia oraz MBA menedżerskie w zakresie programu realizowanego w poszczególnych semestrach są zbieżne. W projekcie ustawy następuje wykluczenie oraz dyskryminacja kierowników podmiotów leczniczych którzy studia Master of Business Administration ( Menedżerskie) już posiadają.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p>
1534.	Rozdział 10, Rozdział 12	art. 120 ust. 1 pkt 4, art. 122, art. 135-148	Wyższa Szkoła Techniczna w Katowicach	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konieczność poszerzenia katalogu dyscyplin naukowych w art. 122 Projektu o dyscyplinę „nauki medyczne”</li> <li>2. Konieczność zmiany minimalnego czasu trwania studiów MBA w ochronie zdrowia poprzez zastąpienie wymogu 3 semestrów, na rzecz określenia minimalnego wymiaru 350 godzin dydaktycznych</li> <li>3. Konieczność uzupełnienia Projektu o przepisy przejściowe odnoszące się do uznawalności kwalifikacji zdobytych przez absolwentów studiów MBA w ochronie zdrowia, zakończonych prze dniem albo trwających w dniu wejścia w życie projektowanej ustawy.</li> </ol> <p>Ad. treść uwagi 1) Zgodnie z art. 1 pkt 5 Projektu, ustawa określa wymagania związane ze stanowiskiem kierownika podmiotu szpitalnego. Wymagania te sprecyzowane zostały w art. 120 – 125 Projektu. Wedle art. 120 ust. 1 pkt 4 Projektu, kierownikiem podmiotu szpitalnego może być osoba, która zdała państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo ukończyła studia podyplomowe Master of</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p>

			<p>Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 122 Projektu.</p> <p>Powołany art. 122 Projektu określa wymagania dla studiów MBA, których ukończenie zwalniać będzie z ww. egzaminu państwowego, wskazując iż studia takie powinny:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- trwać nie krócej niż 3 semestry oraz</li> <li>- być realizowane w uczelni, która posiada co najmniej kategorię naukową B dla jednostki prowadzącej kształcenie, w co najmniej jednej z następujących dyscyplin:</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nauki prawne;</li> <li>2) nauki o zarządzaniu i jakości;</li> <li>3) ekonomia i finanse;</li> <li>4) nauki o zdrowiu.</li> </ol> <p>Jak wskazał projektodawca, uzasadnieniem powyższych regulacji jest konieczność ujednolicenia poziomu i zakresu kompetencji menedżerskich kierowników podmiotów szpitalnych (str. 119-120 uzasadnienia Projektu).</p> <p>---</p> <p>W ocenie WST przyjęte powyżej założenia, odnośnie do konieczności określenia wymagań dla studiów MBA (których ukończenie uprawnia do zwolnienia kandydata na kierownika podmiotu szpitalnego z egzaminu państwowego), są kierunkowo słuszne. Niemniej, Uczelnia wskazuje, iż konieczna jest korekta projektowanych regulacji, z jednej strony gwarantująca posiadanie przez absolwentów studiów MBA odpowiedniej wiedzy oraz kompetencji, z drugiej zapewniająca nabycie powyższych uprawnień osobom które ukończyły studia MBA lub studiują w ramach tych programów na uczelniach prowadzących kierunek lekarski i/lub lekarsko-dentystyczny, ewaluowanych w dyscyplinie nauki medyczne. W celu uwzględnienia powyższego koniecznym wydaje się także uregulowanie uprawnień absolwentów ww. studiów, ukończonych na takich uczelniach, poprzez przepisy przejściowe.</p> <p>---</p> <p>Pominięcie w projektowanym art. 122 dyscypliny „nauki medyczne” jest nieuzasadnione.</p> <p>Uczelnie medyczne sensu largo (kształcące w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu), stanowią podmioty wiodące w zakresie prowadzenia studiów podyplomowych MBA w ochronie zdrowia. Uczelnie takie, postrzegane są jako podmioty posiadające najwyższe kompetencje dla prowadzenia studiów MBA w ochronie zdrowia, gromadząc z jednej strony dużą liczbę słuchaczy programów MBA, z drugiej zaś dając rękojmię prawidłowości i wysokiej jakości kształcenia w ramach tych programów poprzez posiadanie wysoko wyspecjalizowanej kadry realizującej plany studiów MBA. Potwierdzają to m. in. akredytacje przyznawane programom MBA prowadzonym w tych uczelniach przez podmioty krajowe i zagraniczne. Innymi słowy uczelnie takie zapewniają słuchaczom zdobycie kompetencji</p>	
--	--	--	---	--

			<p>zarządczych na poziomie gwarantującym prawidłowe wykonywanie obowiązków stawianych przed przyszłymi kierownikami podmiotów szpitalnych.</p> <p>Część z tychże szkół wyższych ewaluowana będzie natomiast wyłącznie w dyscyplinie „nauki medyczne”, nie zaś w dyscyplinie „nauki o zdrowiu”. Dyscyplina „nauki medyczne”, jest bowiem wiodąca na uczelniach prowadzących kierunki medyczne i „okołomedyczne” i jako taka będzie podstawową dyscypliną poddawaną ocenie.</p> <p>Projektodawca zapisami art. 122 Projektu pośrednio wyłączył z grona podmiotów uprawnionych do kształcenia przyszłych kierowników podmiotów szpitalnych w ramach programów MBA w ochronie zdrowia, uczelnie które poddane zostaną ewaluacji w dyscyplinie „nauki medyczne”, a jednocześnie nie będą ewaluowane w pozostałych dyscyplinach wskazanych w art. 122 Projektu.</p> <p>Powyższe wyłączenie, zapewne nieintencjonalne, spowoduje iż absolwenci studiów MBA w ochronie zdrowia prowadzonych w takich uczelniach (mimo spełniania przez studia pozostałych wymogów, jak choćby długości ich trwania – o czym dalej, jak też posiadania przez programy zewnętrznych akredytacji i międzynarodowych partnerów), nie będą zwolnieni z egzaminu państwowego, mimo posiadania wystarczających kwalifikacji i wiedzy nabytych w ramach programu MBA.</p> <p>Na poparcie powyższego WST zaznacza, iż prowadzi edycję studiów MBA w ochronie zdrowia, w której uczestniczy niemal 50 słuchaczy – potencjalnych kierowników podmiotów szpitalnych w rozumieniu Projektu. Choć program spełniać będzie pozostałym wymagania art. 122 (aktualnie 3 semestry – o czym dalej), to istnieje ryzyko, że osoby te mimo kilkusetgodzinnego kursu MBA nie nabyte będą uprawnienia do zwolnienia z egzaminu państwowego, wyłącznie z powodu ewaluacji WST w dyscyplinie „nauki medyczne” (pominiętej w art. 122 Projektu). Nadto, mimo dużego zainteresowania, wobec niepewnego stanu prawnego, wstrzymany został nabór na kolejną edycję programu MBA w WST.</p> <p>Ze względu na powyższe WST podkreśla i uprzejmie wnosi o dodanie dyscypliny „nauki medyczne” do katalogu określonego w art. 122 Projektu, co umożliwi zwolnienie z egzaminu państwowego absolwentów studiów MBA w uczelniach ewaluowanych w tej dyscyplinie.</p> <p>---</p> <p>Ad. treść uwagi 2)</p> <p>Poza omówioną, kluczową uwagę, WST wskazuje również, że nie w pełni precyzyjny jest określony w Projekcie wymóg co najmniej 3-semesteralnego trwania studiów MBA (art. 122 Projektu). Ogólne wskazanie ilości semestrów powoduje daleko sięgającą uznaniowość co do faktycznej ilości godzin dydaktycznych obejmowanych programem MBA.</p> <p>---</p>	
--	--	--	---	--



W związku z powyższym WST postuluje zmianę art. 122 Projektu, poprzez wskazanie w nim minimalnej długości trwania programu MBA poprzez wskazanie minimalnej ilości godzin dydaktycznych.

Mając przy tym na uwadze pierwotny zamysł Projektodawcy obejmujący 3 semestry, w ocenie WST minimalna ilość godzin dydaktycznych programu MBA w ochronie zdrowia powinna wynosić 350 godzin dydaktycznych.

Powyższy wymiar – z doświadczenia WST – gwarantuje przeprowadzenie studiów podyplomowych MBA w cyklach weekendowych, średnio co 2 tygodnie i przy uwzględnieniu świąt i dni wolnych od pracy, mieszcząc się jednocześnie w pierwotnie zakładanym przez Projektodawcę. 3-semestralnym minimum.

Jednocześnie, w celu doprecyzowania pojęcia godziny dydaktycznej, postuluje się odniesienie się do definicji tego pojęcia zawartej w art. 127 ust. 2 in fine ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

---

Ad. treść uwagi 3)

Projekt nie określa statusu programów MBA w ochronie zdrowia i absolwentów tychże, które zakończone zostały lub rozpoczęły się i nie zakończyły przed wejściem w życie projektowanej ustawy.

Pominięcie w Projekcie ww. kwestii powoduje, iż nie jest możliwe zidentyfikowanie uprawnień słuchaczy takich studiów/ absolwentów, w kontekście uznania ich wykształcenia jako wystarczającego dla zwolnienia z egzaminu wskazanego w art. 120 ust. 1 pkt 4 Projektu. Skrajnie niekorzystna interpretacja, biorąca pod uwagę okoliczność braku wyników (ocen) z ewaluacji uczelni, powoduje, iż osoby takie – nawet w przypadku ukończenia programów MBA trwających dłużej niż 3 semestry w renomowanych uczelniach –nie uzyskają prawa do zwolnienia z egzaminu państwowego.

Tym samym, dla dużej liczby absolwentów studiów MBA w ochronie zdrowia, często wybitnych menedżerów w ochronie zdrowia, którzy programy MBA traktowali (zgodnie z ich przeznaczeniem) jako możliwość uzyskania wiedzy i kompetencji przede wszystkim na potrzeby kierowania podmiotami leczniczymi (w Projekcie podmiotami szpitalnymi), uzyskane dyplomy MBA nie umożliwią zwolnienia z egzaminu państwowego. Tym samym osoby takie będą musiały albo przystąpić do egzaminu albo powtórzyć cały kurs MBA na właściwej uczelni, co wiązać będzie się z koniecznością poświęcenia ponownie istotnej ilości czasu jak i funduszy przez te osoby.

---

Z tych względów Projekt winien być skorygowany poprzez dodanie przepisów rozstrzygających ww. wątpliwości.

---

Zdaniem Uczelni, w zakresie programów MBA w ochronie zdrowia, zakończonych przed wejściem w życie projektowanej ustawy lub trwających w chwili wejścia jej w życie, jeśli studia obejmowały/ obejmują, co najmniej 3 semestry (WST rekomenduje co najmniej 350 godzin dydaktycznych – vide

			<p>uzasadnienie wyżej) oraz prowadzone są/ były w uczelniach prowadzących kształcenie w dyscyplinach:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nauki prawne;</li> <li>2) nauki o zarządzaniu i jakości;</li> <li>3) ekonomia i finanse;</li> <li>4) nauki o zdrowiu</li> <li>5) nauki medyczne,</li> </ol> <p>lub odpowiednio dyscyplinach albo dziedzinach wcześniej odpowiadającym lub zawierającym się w powyżej określonych dyscyplinach.</p> <p>absolwenci takich studiów powinni mieć możliwość zwolnienia z egzaminu państwowego określonego w art. 120 ust. 1 pkt 4 Projektu.</p> <p>Jednocześnie w powyższym zakresie uzasadnionym jest odejście od wymogu wskazania oceny wynikającej z ewaluacji uczelni prowadzących programy MBA. Podyktowane jest to okolicznością, iż część edycji ww. programów ukończona została przed ewaluacją we wskazanych dyscyplinach, jak też faktem że część uczelni uzyskała uprawnienia do kształcenia w wylistowanych dyscyplinach przed ewaluacją, nie uzyskując żadnej oceny.</p> <p>---</p> <p>W przypadku podtrzymania przez projektodawcę konieczności określenia w ustawie oceny uczelni jako kryterium akceptacji danego programu MBA jako zwalniającego z egzaminu państwowego, WST proponuje zawarcie warunku negatywnego, poprzez wykluczenie z kręgu akceptowanych uczelni, wszelkich szkół wyższych, które w okresie 3 lat przed wejściem w życie ustawy uzyskały na którymkolwiek z kierunków prowadzonych w uczelni negatywną ocenę programową, o której mowa w art. 242 ust. 4 Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce.</p> <p>***</p> <p>Podsumowując, w ocenie WST powyżej wskazane zmiany umożliwią w pierwszej kolejności objęcie zwolnieniem z egzaminu państwowego wysoko wykwalifikowanych absolwentów studiów MBA w ochronie zdrowia, którzy uzyskali dyplomy na uczelniach ewaluowanych w dyscyplinie „nauki medyczne”.</p> <p>Uzasadniane zmiany Projektu pozwolą także na doprecyzowanie wymogu minimalnego czasu trwania studiów podyplomowych MBA w ochronie zdrowia.</p> <p>Wreszcie, postulowane przepisy przejściowe jednoznacznie określą status programów MBA w ochronie zdrowia i absolwentów tychże, w szczególności określą warunki programów MBA których ukończenie uznane zostanie za wystarczające dla zwolnienia z egzaminu państwowego wskazane w art. 120 ust. 1 pkt 4 Projektu.</p> <p>Uzasadniane zmiany umożliwią pozyskanie w sposób szybki i wysoko wykształconej kadry menedżerskiej, niezbędnej dla prawidłowej</p>	
--	--	--	--	--

				<p>implementacji i wykonywania projektowanej ustawy oraz skutecznego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.</p> <p>Proponowane przez WST rozwiązanie obejmuje 3 elementy.</p> <p>Po pierwsze proponuje się dodanie w art. 122 pkt 5) o treści: „nauki medyczne”.</p> <p>Po drugie proponuje się zastąpienie w art. 122 zwrotu: „(...)powinny trwać nie krócej niż 3 semestry (...)” zwrotem: „powinny obejmować nie mniej niż 350 godzin dydaktycznych”.</p> <p>Po trzecie proponuje się dodanie w rozdziale 12 Projektu, przepisu przejściowego wskazującego, iż: „Warunek określony w art. 120ust. 1 pkt 4 uznaje się za spełniony przez osoby które uzyskały dyplom studiów podyplomowych Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia rozpoczętych albo zakończonych przed wejściem w życie niniejszej ustawy, jeżeli jeśli studia te obejmowały co najmniej 350 godzin dydaktycznych oraz prowadzone były w uczelni prowadzącej kształcenie na w dyscyplinach: 1) nauki prawne; 2) nauki o zarządzaniu i jakości; 3) ekonomia i finanse; 4) nauki o zdrowiu 5) nauki medyczne. lub odpowiednio dyscyplinach albo dziedzinach wcześniej odpowiadającym lub zawierającym się w powyżej określonych dyscyplinach”.</p>	
1535.	Rozdział 10	art. 120 ust. 1 i 2	Rada Główna Instytutów Badawczych	<p>rezygnacja z państwowego egzaminu oraz MBA w odniesieniu do instytutów, doprecyzowanie wymagań dotyczących wykształcenia/ doświadczenia czy w pkt 2) stanowisko kierownicze rozumiane jest jako Dyrektora/kierownika podmiotu, czy również Kliniki/Działów w strukturze podmiotu? Uwagi dotyczą również Uzasadnienia do ustawy Rozdział 10 – Kierownik podmiotu szpitalnego Art. 120–123</p> <p>wyłączenie instytutów badawczych z projektu ustawy lub zmiana zapisów art. 120-123 dodanie zapisu, w przypadku instytutu naukowo-badawczego będącego jednocześnie szpitalem wymogi dotyczące „managera” spełniał Dyrektor ds. Zarządzania, a nie Dyrektor Naczelny</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Brak uzasadnienia dla wyłączenia dyrektorów instytutów badawczych z wymagań określonych dla kierownika podmiotu szpitalnego.</p> <p>To od kierownika podmiotu szpitalnego jako osoby odpowiedzialnej za zarządzanie całym podmiotem, a nie od jego zastępcy wymagane jest posiadanie wysokich kompetencji.</p>
1536.	Rozdział 10, Rozdział 12	art. 120, ust. 1, art. 121, art. 122, art. 123, art. 142	Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Szpitali	<p>Ustawodawca założył, że wszystkie szpitale są źle zarządzane, że wszyscy dyrektorzy szpitali są niekompetentni i nie posiadają właściwej wiedzy do zarządzania szpitalem, a poprawa sytuacji w ochronie zdrowia nastąpi, jeśli dyrektorami będą osoby, które ukończą wskazane studia MBA w ochronie zdrowia w wybranej kategorii uczelni lub zdadzą egzamin państwowy do</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Kierownik posiadający wysokie kompetencje i wieloletnie doświadczenie w kierowaniu podmiotem szpitalnym nie powinien mieć problemów ze zdaniem</p>

			<p>Specjalistycznych w Olsztynie zajmowania stanowisk kierownika podmiotu szpitalnego. Ustawodawca nie uwzględnił doświadczenia i wiedzy praktycznej aktualnych kierowników podmiotów szpitalnych, którzy mają doskonałe wyniki zarządzania jednostkami, nabyli kompetencje w wyniku różnych form kształcenia. Nieuzasadnionym jest negowanie uzyskanych kompetencji menedżerskich przed wejście w życie ustawy projektowanej i uzyskanych w innych formach kształcenia niż przewidział ustawodawca.</p> <p>Nie wszystkie szpitale w Polsce są źle zarządzane i zadłużone, a co za tym idzie nie wszyscy kierownicy podmiotów szpitalnych mają niewystarczający poziom kompetencji menedżerskich. Jest spora grupa szpitali w Polsce kwalifikujących się (wg projektu Ustawy) do kategorii A lub B, zarządzanych przez dyrektorów posiadających wiedzę, umiejętności i kompetencje menadżerskie. Wielu obecnych dyrektorów szpitali posiada różne wykształcenie, w tym ekonomiczne, posiadają uprawnienia dla kandydatów rad nadzorczych spółek skarbu państwa, przewodniczyło lub było członkami rad nadzorczych, ukończyło liczne studia podyplomowe z zarządzania w ochronie zdrowia, prestiżowe studia MBA „ogólne”, posiada równoległe specjalizacja z medycyny społecznej, ze zdrowia publicznego, prowadzi zajęcia na uczelniach medycznych z przedmiotów związanych z zarządzaniem w ochronie zdrowia, uczestniczy regularnie w szkoleniach, konferencjach, co w połączeniu z doświadczeniem w zarządzaniu szpitalem, można przypuszczać, daje większe kompetencje menedżerskie niż tylko ukończenie profilowanego MBA w ochronie zdrowia lub zdanie teoretycznego egzaminu. Dlatego wymaganie uzupełniania kwalifikacji od świetnie wykształconych i obecnie najlepszych menedżerów szpitali, w szczególności, gdy kierowane przez nich lecznice można zaliczyć do kategorii A lub B jest niepotrzebne, a nawet szkodliwe. Bowiem z jednej strony, będzie niepotrzebnie zabierało czas i energię tym menedżerom, którą mogliby poświęcić swoim placówkom.</p> <p>- zbytecznym jest dodatkowe testowanie z wiedzy teoretycznej skutecznych obecnie kierowników podmiotów szpitalnych, jeżeli przez wielu lat, przed wprowadzeniem proponowanej ustawy, szpital kierowany przez takiego menedżera mógłby być zakwalifikowany do kategorii A lub B. Gdyż oznacza to, że ten menedżer posiadał wystarczającą wiedzę, aby taką placówką kierować. W tym wiedzę ukrytą, w szczególności dotyczącą konkretnej placówki, której nie można przetestować ani przekazać teoretycznie. Zatem, testowanie takiego menedżera jest nie tylko zbyteczne, gdyż traci się czas dyrektorom, którzy mogliby poświęcić swoim placówkom, ale również komisji egzaminacyjnej, która mogłaby w tym czasie wykonać inną niezbędną pracę, a z drugiej strony, może być postrzegane jako próba wymiany kadr z powodów politycznych a nie merytorycznych.</p> <p>Art. 120 ust 1 pkt 4 i 5 w brzmieniu projektu wykreślić. Dodać nowe brzmienie dla art. 120 ust 1 pkt 4 i 5 o treści:</p>	<p>egzaminu przewidzianego przepisami projektu ustawy.</p>
--	--	--	--	--

				<p>4) posiada specjalizację z medycyny społecznej lub zdrowia publicznego lub studia podyplomowe z zakresu zarządzania ochroną zdrowia, lub posiada uprawnienia do zasiadania w radach nadzorczych spółek skarbu państwa</p> <p>5) „ albo w dniu wejścia w życie ustawy posiadał co najmniej 3-letni okres pracy na stanowisku kierownika podmiotu szpitalnego zakwalifikowanego do kategorii A lub B”,</p> <p>Art. 121 wykreślić  Art. 122 wykreślić  Art. 123 wykreślić  Art. 142 wykreślić</p>	
1537.	Rozdział 10, Rozdział 12	art. 120, ust. 1, art. 121, art. 122, art. 123, art. 124	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	<p>Projektodawca założył, że wszystkie szpitale są źle zarządzane, że wszyscy dyrektorzy szpitali są niekompetentni i nie posiadają właściwej wiedzy do zarządzania szpitalem, a poprawa sytuacji w ochronie zdrowia nastąpi, jeśli dyrektorami będą osoby, które ukończą wskazane studia MBA w ochronie zdrowia w wybranej kategorii uczelni lub zdadzą egzamin państwowy do zajmowania stanowisk kierownika podmiotu szpitalnego.</p> <p>Projektodawca nie uwzględnił doświadczenia i wiedzy praktycznej aktualnych kierowników podmiotów szpitalnych, którzy mają doskonałe wyniki zarządzania jednostkami, nabyli kompetencje w wyniku różnych form kształcenia.</p> <p>Nieuzasadnionym jest negowanie uzyskanych kompetencji menedżerskich przed wejście w życie projektowanej ustawy i uzyskanych w innych formach kształcenia niż przewidział ustawodawca.</p> <p>Nie wszystkie szpitale w Polsce są źle zarządzane i zadłużone, a co za tym idzie nie wszyscy kierownicy podmiotów szpitalnych mają niewystarczający poziom kompetencji menedżerskich. Jest spora grupa szpitali w Polsce kwalifikujących się (wg projektu Ustawy) do kategorii A lub B, zarządzanych przez dyrektorów posiadających wiedzę, umiejętności i kompetencje menadżerskie. Wielu obecnych dyrektorów szpitali posiada różne wykształcenie, w tym ekonomiczne, posiadają uprawnienia dla kandydatów rad nadzorczych spółek skarbu państwa, przewodniczyło lub było członkami rad nadzorczych, ukończyło liczne studia podyplomowe z zarządzania w ochronie zdrowia, prestiżowe studia MBA „ogólne”, posiada równoległe specjalizację z medycyny społecznej, ze zdrowia publicznego, prowadzi zajęcia na uczelniach medycznych z przedmiotów związanych z zarządzaniem w ochronie zdrowia, uczestniczy regularnie w szkoleniach, konferencjach, co w połączeniu z doświadczeniem w zarządzaniu szpitalem, można przypuszczać, że daje większe kompetencje menedżerskie niż tylko ukończenie profilowanego MBA w ochronie zdrowia lub zdanie teoretycznego egzaminu. Dlatego wymaganie uzupełniania kwalifikacji od świetnie wykształconych i obecnie najlepszych menedżerów szpitali, w szczególności, gdy kierowane przez nich lecznice można zaliczyć do kategorii A lub B jest niepotrzebne, a nawet szkodliwe. Bowiem z jednej strony, będzie</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Kierownik posiadający wysokie kompetencje i wieloletnie doświadczenie w kierowaniu podmiotem szpitalnym nie powinien mieć problemów ze zdaniem egzaminu przewidzianego przepisami projektu ustawy.</p>

				<p>niepotrzebnie zabierało czas i energię tym menedżerom, którą mogliby poświęcić swoim placówkom.</p> <p>Zbytecznym jest dodatkowe testowanie z wiedzy teoretycznej skutecznych obecnie kierowników podmiotów szpitalnych, jeżeli przez wiele lat, przed wprowadzeniem proponowanej ustawy, szpital kierowany przez takiego menedżera mógłby być zakwalifikowany do kategorii A lub B. Gdyż oznacza to, że ten menedżer posiadał wystarczającą wiedzę, aby taką placówką kierować. W tym wiedzę ukrytą, w szczególności dotyczącą konkretnej placówki, której nie można przetestować ani przekazać teoretycznie. Zatem, testowanie takiego menedżera jest nie tylko zbyteczne, gdyż traci się czas dyrektorom, którzy mogliby poświęcić swoim placówkom, ale również komisji egzaminacyjnej, która mogłaby w tym czasie wykonać inną niezbędną pracę, a z drugiej strony, może być postrzegane jako próba wymiany kadr z powodów politycznych a nie merytorycznych.</p> <p>W Art. 120 ust. 1 należy dodać nowe brzmienie pkt 4 i 5 o treści:</p> <p>4) posiada specjalizację z medycyny społecznej lub zdrowia publicznego lub studia podyplomowe z zakresu zarządzania ochroną zdrowia, lub posiada uprawnienia do zasiadania w radach nadzorczych spółek skarbu państwa.</p> <p>5) albo w dniu wejścia w życie ustawy posiadał co najmniej 3-letni okres pracy na stanowisku kierownika podmiotu szpitalnego zakwalifikowanego do kategorii A lub B.</p> <p>Art. 121 wykreślić Art. 122 wykreślić Art. 123 wykreślić Art. 124 wykreślić</p>	
1538.	Rozdział 10	art. 120 ust. 1 pkt 4, art. 122	Forum Pracodawców Północy	<p>Proponujemy skreślenie w całości artykułu 122 projektu ustawy oraz nadanie pkt 4) ustępu 1 art 120 projektu ustawy następującego brzmienia:</p> <p>"4) zdała państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia."</p> <p>Uzasadnienie:</p> <p>W świetle całej historii Programu MBA w Polsce oraz stanu obecnego proponowane zapisy w art. 120 i 122 projektu Ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa z dnia 29.12.2021 roku wprowadzając wymóg uzyskania dyplomu studiów podyplomowych na uczelni, która posiada co najmniej kategorię naukową B dla jednostki prowadzącej kształcenie w co najmniej jednej z następujących dyscyplin:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nauki prawne;</li> <li>2) nauki o zarządzaniu i jakości;</li> <li>3) ekonomia i finanse;</li> <li>4) nauki o zdrowiu,</li> </ol> <p>prowadzą do niekorzystnych zmian na rynku szkoleń oraz zaprzepaszczają pracę i doświadczenie setek menedżerów pracujących w ochronie zdrowia.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p>

			<p>Wprowadzone zmiany idą w kierunku teoretycznego kształcenia i akademickości co jest zaprzeczeniem idei powstania programów MBA - praktyki i nauczania przez praktyków biznesu.</p> <p>Menedżerowie z co najmniej paroletnim doświadczeniem zawodowym uczestniczą w programach MBA w celu pozyskania aktualnej wiedzy od praktyków biznesu będących równocześnie dobrymi Trenerami. Tytuły naukowe i akademickość przynależy do okresu zdobywania wiedzy na studiach wyższych, podyplomowych oraz kształcenia naukowego. MBA to praktyka i praktycy.</p> <p>Wprowadzenie proponowanych przepisów powoduje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-zniszczenie zasobu jakim są profesjonalnie prowadzone i znane na rynku Programy MBA wypracowywane w okresie nawet 30 lat we współpracy z uczelniami zagranicznymi, certyfikowane i walidowane,</li> <li>-zablokowanie lub ograniczenie prowadzenia Programów MBA przez podmioty prywatne (z uwagi na to, że większość podmiotów prywatnych to uczelnie zawodowe, fundacje i firmy szkoleniowe),</li> <li>-odejście od idei praktyki biznesowej i aktywnego nauczania warsztatowego menedżerów i przejście w kierunku akademickości,</li> <li>-pozbawienie dotychczasowych (z 30 letniej historii MBA w Polsce) absolwentów renomowanych Programów (lecz nie będących studiami podyplomowymi) możliwości uznania ich doświadczenia i kwalifikacji,</li> <li>-pozbawienie absolwentów Programu MBA zagranicznych szkół biznesu i uczelni możliwości uznania ich doświadczenia i kwalifikacji jakie zdobywali w renomowanych podmiotach,</li> <li>-skutki ekonomiczne i finansowe dla wielu podmiotów (szkoleniowych) z uwagi na wprowadzenie w formie fragmentarycznej rozwiązań dotyczących istniejących programów MBA jak również niespójnego powiązania ich z ustawą o szkolnictwie wyższym bez odpowiednich analiz,</li> <li>-wprowadzenie zamieszania i zmianę reguł wobec osób, które rozpoczęły Program MBA w latach 2020, 2021 w formule nie profilowanej (MBA bez odniesienia branżowego) i poza formą studiów podyplomowych (z poważnym odniesieniem do ponoszonych aktualnie kosztów nauki),</li> <li>-przymus ponownego kształcenia dla osób z doświadczeniem i wiedzą tylko w celu poniesienia kosztu stanowiącego dochód dla określonych podmiotów,</li> <li>-wprowadzenie przywileju dla jednego dyplomu i jednej ścieżki kształcenia.</li> </ul> <p>Wprowadzając odrębne regulacje dla studiów podyplomowych w ochronie zdrowia ustawodawca uznaje program MBA dla ochrony zdrowia za szczególną odmianę Programu MBA. Tymczasem Program MBA o charakterze ogólnym przygotowuje menedżerów pod kątem wszystkich niezbędnych do zarządzania kompetencji. Samo tworzenie profilowanego Programu w sposób opisany w ustawie bez należytego przyjrzenia się Programom MBA, ich zakresowi i programowi jest głębokim</p>	
--	--	--	--	--

nieporozumieniem metodologicznym. Kolejnym jest kierowanie programu w akademickość pomijając praktykę i zawodowy charakter bycia menedżerem. Wprowadzenie wymogu dotyczącego profilowanego branżowo MBA dokonane zostanie z całkowitym pominięciem istotnych nakładów finansowych oraz wysiłku związanego z ukończeniem MBA (nieprofilowanego) a włożonego przez osoby zatrudnione w sektorze służby zdrowia, podnoszące kwalifikacje zawodowe bazując na obowiązującym dotychczas stanie prawnym. Dyskwalifikacja uzyskanych przez takie osoby dyplomów tylko z tego względu, że ukończyły program nieprofilowany i stawianie takich osób przed koniecznością uzyskiwania kolejnego dyplomu bądź podchodzenia do egzaminu państwowego, jawi się jako niesprawiedliwa i nadmiernie obciążająca.

Tymczasem Menedżerowie pracujący w ochronie zdrowia po ukończeniu w latach wcześniejszych Programu MBA o charakterze skierowanym do całej kadry menedżerskiej posiadają niezbędne doświadczenie i wiedzę do zarządzania.

Nieuczciwym byłoby również pozbawienie możliwości kierowania podmiotem szpitalnym osób, które są w trakcie realizacji programu MBA o charakterze ogólnym a nawet profilowanym, który najczęściej w pełnym wydaniu trwa dwa lata. Wiele osób rozpoczęło naukę w 2020 lub 2021 i są na początku lub w trakcie procesu nauczania. Naukę rozpoczęło m in. w formule programu (nie studia) w firmach szkoleniowych, na uczelniach zawodowych lub zagranicznych. Ustawodawca projektując przepisy powinien uwzględnić istniejące realia, sam proces nauki oraz skutki ekonomiczne zarówno dla absolwentów jak i dla podmiotów uczących. Należy również uwzględnić samą ideę i charakter nauki ukierunkowany jak już wspomniano na praktykę a nie na akademicki/badawczy proces nauczania.

Pojawia się pytanie czy Ustawodawca projektując zmiany dokonał analizy i powiązał swoją ocenę kadry kierowniczej szpitali (uzasadnienie do zapisów art. 120 i 122 ustawy) z ukończonymi programami MBA? A może innymi programami? Jakie analizy doprowadziły do wniosku, że taka a nie inna forma kształcenia ma przełożenie na praktyczne kwalifikacje menedżerów? Jakie skutki w innych obszarach wprowadzą projektowane zmiany?

W przypadku kierowania menedżerów w obszar kształcenia związany z zarządzaniem właściwe jest również uznanie za odpowiednie przygotowanie ukończenie innych kursów, szkoleń, studiów. Temat jest niezmiernie rozległy i wymagałby uznania za właściwe również innych form nauki i edukacji.

W związku z przeprowadzoną dogłębną oceną tematu projektowanych zmian jak i brakiem oceny skutków ich wprowadzenia oraz sposobu wdrażania rekomendujemy jak na wstępie naszego wystąpienia. Wydaje się, że należy pozostawić sposób zdobywania wiedzy samym zainteresowanym i skupić się efekcie jakim jest po prostu zdanie odpowiedniego egzaminu. Wyróżnianie i wprowadzanie do ustawy studiów podyplomowych MBA wydaje się nieuzasadnionym wskazaniem.



1539.	Rozdział 10, Rozdział 11	art. 120 ust. 1, art. 130 pkt 2	Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Wskazane jest wprowadzenie jednakowych wymagań dla wszystkich kierowników podmiotów leczniczych, w tym podmiotów szpitalnych.</p> <p>Projekt zakłada odmienne wymogi dla kierowników podmiotów szpitalnych oraz dla kierowników pozostałych podmiotów leczniczych. Mając na względzie jednakową odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym zasadne jest stosowanie tych samych wymagań.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzenie wymagań dotyczących kierownika podmiotu szpitalnego zawartych w projektowanej ustawie na kierowników innych podmiotów leczniczych nie znajduje uzasadnienia z uwagi na fakt, iż zarządzanie podmiotem szpitalnym cechuje znacznie większy poziom skomplikowania niż w przypadku innych podmiotów leczniczych, dlatego też od kierowników tych wymagane są wyższe kompetencje.</p>
1540.	Rozdział 10	art. 120 ust. 1 pkt 4	Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	<p>Projektowane brzmienie przepisu: "Kierownikiem podmiotu szpitalnego, a także osobą pełniącą obowiązki kierownika podmiotu szpitalnego, może być osoba, która spełnia łącznie następujące warunki:[...] 4) zdała państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo ukończyła studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 122;" Zakres ww. kwalifikacji pozwalających na kierowanie podmiotem szpitalnym jest zbyt wąski. Proponuje się, aby z konieczności przystąpienia do państwowego egzaminu oprócz studiów MBA w ochronie zdrowia, zwalniało również posiadanie stopnia naukowego doktora w dyscyplinie nauk o zarządzaniu. Uzyskanie stopnia naukowego doktora w dyscyplinie nauk o zarządzaniu stanowi gwarancję wiedzy z zakresu zarządzania na odpowiednim poziomie dla kierownika podmiotu szpitalnego.</p> <p>Proponuje się następujące brzmienie przepisu: "Kierownikiem podmiotu szpitalnego, a także osobą pełniącą obowiązki kierownika podmiotu szpitalnego, może być osoba, która spełnia łącznie następujące warunki:[...] 4) zdała państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo ukończyła studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 122 lub uzyskała stopień naukowy doktora w dyscyplinie nauk o zarządzaniu."</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Zmieniono wymagania dla kierownika podmiotu szpitalnego.</p>
1541.	Rozdział 10	art. 120 ust. 1 pkt 4	Ogólnopolski Związek Pracodawców Rehabilitacji Dziecięcej	<p>Podobnie jak w innych aktach prawnych dotyczących różnych zawodów w służbie zdrowia, osoby, które od lat pracują jako kierownicy podmiotów szpitalnych i mają duże doświadczenie oraz kierunkowe wykształcenie powinny być uwzględnione w proponowanych zmianach. W szczególności, gdy kierowane przez tych menedżerów szpitale mogą być zakwalifikowane do kategorii A lub B. Wiele szpitali w Polsce jest dobrze zarządzanych i nie są zadłużone, zatem warto byłoby uwzględnić doświadczenie i wiedzę tych menedżerów w nowej</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.  Kierownik posiadający wysokie kompetencje i wieloletnie doświadczenie w kierowaniu podmiotem szpitalnym nie powinien mieć problemów ze zdaniem</p>

				<p>ustawie. Ponieważ co do tych menedżerów jest pewność, że mają wystarczające kompetencje do zarządzania, w szczególności swoją placówką. Natomiast samo formalne wykształcenie (MBA w ochronie zdrowia) lub zdanie nawet najtrudniejszego egzaminu jest tylko pewną przesłanką co do przyszłych sukcesów w zarządzaniu. Już teraz część menedżerów zadłużonych placówek ma MBA w ochronie zdrowia i nie wpływa to pozytywnie na wyniki kierowanych przez nich szpitali.</p> <p>Ponadto, wielu menedżerów ma ukończone roczne studia podyplomowe w ochronie zdrowia i warto byłoby uwzględnić to wykształcenie chociażby w połączeniu z doświadczeniem w zarządzaniu szpitalem. Na przykład, gdy szpital w ciągu ostatnich 4 lat, przed 1 lipca 2024 roku, pod kierownictwem danego menedżera był zaliczony do kategorii A lub B.</p> <p>Jeżeli chodzi o MBA, to część kierowników podmiotów szpitalnych uzyskało ten tytuł w ramach renomowanych polskich i zagranicznych programów. Dlatego należałoby również uwzględnić MBA dotyczące ogólnego zarządzania zdobyte w najlepszych polskich programach, np. tych, które są realizowane z zagranicznymi uczelniami i w ostatnich kilku latach znajdowały się w pierwszej 10-tce „Rankingu MBA Perspektywy”. Również w połączeniu z kategorią A lub B zarządzanego szpitala.</p> <p>Propozycja rozwiązania: W art. 120, ust. 1, pkt. 4 należy dopisać:  ..., albo w dniu wejścia w życie ustawy posiadał co najmniej 5-letni okres pracy na stanowisku kierownika podmiotu szpitalnego kwalifikującego się do kategorii A lub B,  albo w dniu wejścia w życie ustawy posiadał co najmniej 4-letni okres pracy na stanowisku kierownika podmiotu szpitalnego zakwalifikowanego do kategorii A lub B i roczne studia podyplomowe w ochronie zdrowia,  albo w dniu wejścia w życie ustawy posiadał co najmniej 3-letni okres pracy na stanowisku kierownika podmiotu szpitalnego zakwalifikowanego do kategorii A lub B i studia MBA uzyskane w programach wymienionych w załączniku do ustawy*.  *W załączniku do ustawy można byłoby wymienić programy MBA uzyskujące wysokie noty w „Rankingu MBA Perspektywy”</p>	egzaminu przewidzianego przepisami projektu ustawy.
1542.	Rozdział 10	art. 120 ust. 1 pkt 4	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Projektowane brzmienie przepisu:  "Kierownikiem podmiotu szpitalnego, a także osobą pełniącą obowiązki kierownika podmiotu szpitalnego, może być osoba, która spełnia łącznie następujące warunki:[...]</p> <p>4) zdała państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo ukończyła studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 122;"</p> <p>Zakres ww. kwalifikacji pozwalających na kierowanie podmiotem szpitalnym jest zbyt wąski.</p> <p>Proponuje się, aby z konieczności przystąpienia do państwowego egzaminu oprócz studiów MBA w ochronie zdrowia, zwalniało również posiadanie</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Zmieniono wymagania dla kierownika podmiotu szpitalnego.</p>

				<p>stopnia naukowego doktora w dyscyplinie nauk o zarządzaniu. Uzyskanie stopnia naukowego doktora w dyscyplinie nauk o zarządzaniu stanowi gwarancję wiedzy z zakresu zarządzania na odpowiednim poziomie dla kierownika podmiotu szpitalnego.</p> <p>Proponuje się następujące brzmienie przepisu:  "Kierownikiem podmiotu szpitalnego, a także osobą pełniącą obowiązki kierownika podmiotu szpitalnego, może być osoba, która spełnia łącznie następujące warunki:[...]  4) zdała państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo ukończyła studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 122 lub uzyskała stopień naukowy doktora w dyscyplinie nauk o zarządzaniu."</p>	
1543.	Rozdział 10	art. 120 ust. 1 pkt 4	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Zawężenie wymogu posiadania przez kierownika podmiotu szpitalnego wykształcenia do studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia jest kryterium dyskryminującym wykształcenie obecnie posiadanych kierowników podmiotów leczniczych.</p> <p>Kursy MBA w ochronie zdrowia są przeznaczane dla osób które nie znają zasad organizacji systemu opieki zdrowotnej w Polsce a którzy chcą podjąć pracę w tym obszarze, trudno znaleźć argumenty za wprowadzeniem takiego wymogu dla obecnych kierowników podmiotów leczniczych, zwłaszcza iż brak jest dowodów naukowych iż ekonomicznych że akurat specjaliści którzy posiadają akurat tą konkretną specjalizację są bardziej predysponowani do pełnienia tej funkcji niż osoby które np. ukończyły kursy podyplomowe np.: MBA, EMBA.</p> <p>Proponuje się zatem:  Art. 120. 1. Ppkt 4) zdała państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo ukończyła studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA) lub Executive Master of Business Administration (EMBA) albo pełniła przez ostatnie 5 lat funkcję kierownika podmiotu leczniczego</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p>
1544.	Rozdział 10	art. 120 ust. 1 pkt 4	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Proponuje się zmianę brzmienia projektowanego przepisu na „4) zdała państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo ukończyła studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA)/ Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia lub zarządzanie w ochronie zdrowia o których mowa w art. 122 albo zdała egzamin dla kandydatów na członków rad/organów nadzorczych”</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA, dodano posiadanie stopnia naukowego doktora nauk ekonomicznych albo stopnia naukowego doktora w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie ekonomia i finanse lub nauki o zarządzaniu i jakości jako warunek zwalniający z konieczności zdawania egzaminu uprawniającego do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego.</p>

				<p>Studia na kierunku zarządzanie w ochronie zdrowia prowadzone są przez prestiżowe uczelnie wyższe w naszym kraju. Studia takie przygotowują zarządzających w sektorze ochrony zdrowia do zajmowania określonych stanowisk kierowniczych, rozwijając techniki kreatywnego myślenia i umiejętności stosowania nowoczesnych metod zarządzania i podejmowania decyzji w sytuacjach konfliktowych, turbulentnym otoczeniu i kompresji czasu. Rozszerzenie zapisu jest zatem jak najbardziej zasadne.</p> <p>Egzamin dla kandydatów na członków rad/organów nadzorczych-jest to egzamin państwowy potwierdzający wiedzę w szerokim zakresie: prawa, ekonomii, zarządzania, nadzoru.</p> <p>Ponadto należy zwrócić uwagę kwalifikacje osób, która może być powołany do rady nadzorczej spółki z większościowym udziałem Skarbu Państwa, bez zdawania egzaminu.</p> <p>Osoba, która spełnia przynajmniej jeden z poniższych wymogów:</p> <p>a) posiada stopień naukowy doktora nauk ekonomicznych, prawnych lub technicznych,</p> <p>b) posiada tytuł zawodowy radcy prawnego, adwokata, biegłego rewidenta, doradcy podatkowego, doradcy inwestycyjnego lub doradcy restrukturyzacyjnego,</p> <p>c) ukończyła studia Master of Business Administration (MBA)</p> <p>d) posiada certyfikat Chartered Financial Analyst (CFA),</p> <p>e) posiada certyfikat Certified International Investment Analyst (CIIA),</p> <p>f) posiada certyfikat Association of Chartered Certified Accountants (ACCA),</p> <p>g) posiada certyfikat Certified in Financial Forensics (CFF).</p>	
1545.	Rozdział 10	art. 120 ust. 1 pkt 4	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Odstąpienie od egzaminu dla kierownika podmiotu szpitalnego, którego podmiot szpitalny uzyskał kategorię A</p> <p>Ze względu na dobrą sytuację podmiotu, która nie wymaga wdrażania postępowania naprawczo-rozwojowego i świadczy jednocześnie o kompetencjach kierowników podmiotów szpitalnych wybranych przez podmiot tworzący, niezrozumiałym jest wymóg dodatkowego poświadczania przez te osoby umiejętności związanych z zarządzaniem daną jednostką</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Kierownik posiadający wysokie kompetencje w kierowaniu podmiotem szpitalnym nie powinien mieć problemów ze zdaniem egzaminu przewidzianego przepisami projektu ustawy.</p>
1546.	Rozdział 10	art. 120 ust. 1 pkt 4	Polska Federacja Szpitali	<p>Projektowane brzmienie przepisu:</p> <p>"Kierownikiem podmiotu szpitalnego, a także osobą pełniącą obowiązki kierownika podmiotu szpitalnego, może być osoba, która spełnia łącznie następujące warunki:[...]</p> <p>4) zdała państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo ukończyła studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 122;"</p> <p>Zakres ww. kwalifikacji pozwalających na kierowanie podmiotem szpitalnym jest zbyt wąski.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Zmieniono wymagania dla kierownika podmiotu szpitalnego.</p>

				<p>Proponuje się, aby z konieczności przystąpienia do państwowego egzaminu oprócz studiów MBA w ochronie zdrowia, zwalniało również posiadanie stopnia naukowego doktora w dyscyplinie nauk o zarządzaniu. Uzyskanie stopnia naukowego doktora w dyscyplinie nauk o zarządzaniu stanowi gwarancję wiedzy z zakresu zarządzania na odpowiednim poziomie dla kierownika podmiotu szpitalnego.</p> <p>Uzasadnionym jest wskazanie, że studia podyplomowe MBA w ochronie zdrowia pozwalają na nabycie kompetencji do pełnienia funkcji kierownika podmiotu leczniczego, jest to bowiem bezpośrednio nawiązania do aktualnego wymogu min. posiadania ukończonych studiów podyplomowych z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia zgodnie z art. 46 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 Nr 112 poz. 654). Ukończenie studiów podyplomowych MBA w ochronie zdrowia słusznie może też zwalniać z konieczności odbycia egzaminu na kierownika podmiotu szpitalnego podobnie jak zgodnie z oraz z art. 19 ust. 1 pkt 1 lit. c Ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. – o zasadach zarządzania mieniem państwowym (Dz. U. z 2019r. poz. 1302, 1309, 1571, 1655) - ukończone studia MBA zwalniają kandydata na członka rady nadzorczej SSP z egzaminu dla kandydatów na członków przedmiotowych rad nadzorczych</p> <p>Proponujemy następujące brzmienie przepisu:  "Kierownikiem podmiotu szpitalnego, a także osobą pełniącą obowiązki kierownika podmiotu szpitalnego, może być osoba, która spełnia łącznie następujące warunki:[...]  4) zdała państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego organizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo ukończyła studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 122 lub uzyskała stopień naukowy doktora w dyscyplinie nauk o zarządzaniu."</p>	
1547.	Rozdział 10	art. 120 ust. 1 pkt 4	Polska Federacja Szpitali	<p>Ustawa nie uwzględnia doświadczenia i wiedzy praktycznej aktualnych kierowników podmiotów szpitalnych, którzy mają doskonałe wyniki zarządzania jednostkami, stawiając jedynie na formalne wykształcenie i wiedzę teoretyczną</p> <p>Nie wszystkie szpitale w Polsce są źle zarządzane i zadłużone, a co za tym idzie nie wszyscy kierownicy podmiotów szpitalnych mają niewystarczający poziom kompetencji menedżerskich. Ponadto, wielu obecnych menedżerów ukończyło prestiżowe studia MBA „ogólne”, co w połączeniu z doświadczeniem w zarządzaniu szpitalem, można przypuszczać, daje większe kompetencje menedżerskie niż tylko ukończenie profilowanego MBA w ochronie zdrowia lub zdanie teoretycznego egzaminu. Dlatego wymaganie uzupełniania kwalifikacji od świetnie wykształconych i obecnie najlepszych menedżerów szpitali, w szczególności, gdy kierowane przez nich lecznice można zaliczyć do kategorii A lub B jest niepotrzebne, a nawet szkodliwe. Bowiem z jednej strony, będzie niepotrzebnie zabierało czas i energię tym menedżerom, którą mogliby poświęcić swoim placówkom, a z drugiej strony,</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Kierownik posiadający wysokie kompetencje i wieloletnie doświadczenie w kierowaniu podmiotem szpitalnym nie powinien mieć problemów ze zdaniem egzaminu przewidzianego przepisami projektu ustawy.</p>

				<p>może być postrzegane jako próba wymiany kadr z powodów politycznych a nie merytorycznych.</p> <p>Trudno uzasadnić wymóg uzupełniania wykształcenia o MBA w ochronie zdrowia od doświadczonych kierowników podmiotów szpitalnych - absolwentów najlepszych tego typu programów w Polsce, które często są prowadzone w języku angielskim przy współpracy z dobrymi zachodnimi uczelniami (np. Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Szkoła Biznesu Politechniki Warszawskiej, Akademia Leona Koźmińskiego, Międzynarodowe Centrum Zarządzania Wydz. Zarządzania UW, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu).</p> <p>Podobnie, zbytecznym jest dodatkowe testowanie z wiedzy teoretycznej skutecznych kierowników podmiotów szpitalnych, jeżeli przez wielu lat, przed wprowadzeniem proponowanej ustawy, szpital kierowany przez takiego menedżera mógłby być zakwalifikowany do kategorii A lub B. Gdyż oznacza to, że ten menedżer posiadał wystarczającą wiedzę, aby taką placówką kierować. W tym wiedzę ukrytą, w szczególności dotyczącą konkretnej placówki, której nie można przetestować ani przekazać teoretycznie. Zatem, testowanie takiego menedżera jest nie tylko zbyteczne, ale także potencjalnie niebezpieczne, gdyż w przypadku jego wymiany może doprowadzić do pogorszenia wyników danej placówki.</p> <p>W art. 120, ust. 1, pkt. 4 proponujemy dopisać: albo w dniu wejścia w życie ustawy posiadał co najmniej 3-letni okres pracy na stanowisku kierownika podmiotu szpitalnego zakwalifikowanego do kategorii A lub B, albo w dniu wejścia w życie ustawy posiadał co najmniej 5-letni okres pracy na stanowisku kierownika podmiotu szpitalnego i studia MBA (co najmniej 3 semestry).</p> <p>Rozszerzenie kwalifikacji o podyplomowe studia zarządzania w ochronie zdrowia (min. 2 semestry), studia stacjonarne i zaoczne pierwszego stopnia w dziedzinie zdrowia publicznego</p>	
1548.	Rozdział 10	art. 120 ust. 1 pkt 4	Rzecznik Praw Pacjenta	<p>Usunięcie wyrazów: „w ochronie zdrowia”</p> <p>Zawężenie wyłącznie do MBA w ochronie zdrowia wydaje się być niezasadne, z uwagi na zdecydowane zmniejszenie puli potencjalnych kierowników podmiotów szpitalnych spośród osób o porównywalnych kompetencjach. Zawężenie to wykluczy również osoby o większych kompetencjach i wiedzy, tylko z uwagi na nieukończenie określonego kursu. Może to również spowodować problemy z dostępem kierowników podmiotów leczniczych ze względu na nieznaczną liczbę osób, które kończyły tak specyficzne studia.</p> <p>Należy przy tym wskazać na rozwiązanie funkcjonujące na gruncie ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym, która przywiduje dla kandydata na członka organu nadzorczego (np. członka rady</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p>

				<p>nadzorczej spółki skarbu państwa takiej jak Orlen S.A., czy członka komisji rewizyjnej spółki) między innymi wymóg ukończenia studiów podyplomowych Master of Business Administration (MBA) (a więc bez zawężenia zakresu kursu)</p> <p>Proponuje się usunięcie wymagania stawianego wobec kierownika szpitala - ukończenia studiów MBA w ochronie zdrowia. Wystarczającym wydaje się wskazanie wymagania posiadania dyplomu MBA lub ukończonych studiów wyższych drugiego stopnia na kierunku zarządzania albo posiadanie tytułu naukowego co najmniej doktora w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie zarządzania i jakości.</p>	
1549.	Rozdział 10	art. 120 ust. 2	<p>Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych</p>	<p>Stworzenie stanowiska zastępcy do spraw medycznych.</p> <p>Zastąpić „ tworzy się stanowisko” na „obsadza się stanowisko zastępcy kierownika do spraw medycznych w trybie art. 49 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej.</p> <p>Samo stworzenie stanowiska zastępcy nie jest równoznaczne z powołaniem osoby spełniającej określone wymagania. Z uwagi na istniejące w tym zakresie przepisy w ustawie o działalności leczniczej, wskazanym byłoby odwołanie się do istniejących rozwiązań.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Obsadzenie stanowiska poprzedza jego formalne utworzenie.</p>
1550.	Rozdział 10	art. 120 ust. 2	<p>SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia</p>	<p>Stworzenie stanowiska zastępcy do spraw medycznych.</p> <p>Zastąpić „ tworzy się stanowisko” na „obsadza się stanowisko zastępcy kierownika do spraw medycznych w trybie art. 49 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej.</p> <p>Samo stworzenie stanowiska zastępcy nie jest równoznaczne z powołaniem osoby spełniającej określone wymagania. Z uwagi na istniejące w tym zakresie przepisy w ustawie o działalności leczniczej, wskazanym byłoby odwołanie się do istniejących rozwiązań.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Obsadzenie stanowiska poprzedza jego formalne utworzenie.</p>
1551.	Rozdział 10	art. 120 ust. 4	<p>Polska Unia Szpitali Klinicznych</p>	<p>Zwolnienie z egzaminu państwowego winno dotyczyć także osoby posiadającej tytuł dr. w dyscyplinie naukowej wskazanej w art. 122.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Dodano posiadanie stopnia naukowego doktora nauk ekonomicznych albo stopnia naukowego doktora w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie ekonomia i finanse lub nauki o zarządzaniu i jakości jako warunek zwalniający z konieczności zdawania egzaminu uprawniającego do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego.</p>
1552.	Rozdział 10	art. 120 ust. 4	<p>Związek Województw RP - Województwo</p>	<p>Zmiana w zakresie warunków na stanowisko kierownika podmiotu szpitalnego poprzez nadanie następującego brzmienia art. 120 ust. 1 pkt 4: „zdała państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego organizowany przez ministra właściwego do</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p>

			Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>spraw zdrowia albo ukończyła studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 122 lub ukończyła studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA) oraz studia podyplomowe z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia”.</p> <p>Z uwagi na ograniczoną liczbę osób, które mogłyby spełniać warunki określone w projekcie do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego zasadna jest zmiana zapisu w przedmiotowym zakresie. Prestiżowe studia - Master of Business Administration (MBA) uzupełnione o studia podyplomowe z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia umożliwiają nabycie kwalifikacji menedżerskich i skuteczne przygotowanie się do roli kierownika podmiotu szpitalnego.</p>	
1553.	Rozdział 10	art. 121	Powiat Starachowicki	<p>Zasady przeprowadzania państwowego egzaminu uprawniającego do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego nie zostały określone. Wiadomo jedynie, że skład komisji egzaminacyjnej będzie ustalany przez ministra zdrowia. W projekcie nie ma mowy o wymaganiach stawianych członkom komisji egzaminacyjnej, a to właśnie ta komisja ma potem decydować o osobach, które zdając egzamin, zasiła listę menedżerów do kierowania podmiotami szpitalnymi.</p> <p>Propozycja: Wskazanie jasnych zasad przeprowadzania państwowego egzaminu uprawniającego do zajmowania stanowiska podmiotu szpitalnego.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1554.	Rozdział 10	art. 121	Rzecznik Praw Pacjenta	<p>Należy pod rozwagę zasygnalizować brak doprecyzowania wymagań dla organizacji egzaminu - w celu zapewnienia transparentności i równości szans egzaminowanych.</p> <p>Należy pod rozwagę podnieść, czy zawarte w projekcie przepisy dają gwarancję przejrzystości procesu i równości szans osób egzaminowanych, w szczególności w przypadku powierzenia organizacji egzaminu Agencji.</p> <p>Pod rozwagę proponuje się wprowadzenie uregulowań egzaminu analogicznych do egzaminu zawodowego adwokatów lub radców prawnych.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1555.	Rozdział 10	art. 121 ust. 1 pkt 3	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Pojawia się wątpliwość, w jaki sposób w ramach egzaminu można zweryfikować wskazany element?</p> <p>Taki zapis wprowadza element uznaniowości, co w przypadku egzaminów państwowych, których celem jest weryfikacja wiedzy, nie powinno mieć miejsca.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Doprecyzowano przepisy dotyczące egzaminu.</p>
1556.	Rozdział 10	art. 121 ust. 1 pkt 3	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	<p>Pojawia się wątpliwość, w jaki sposób w ramach egzaminu można zweryfikować wskazany element?</p> <p>Taki zapis wprowadza element uznaniowości, co w przypadku egzaminów państwowych, których celem jest weryfikacja wiedzy, nie powinno mieć miejsca.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Doprecyzowano przepisy dotyczące egzaminu.</p>



1557.	Rozdział 10	art. 121 ust. 4	Województwo Pomorskie	<p>brak określenia wymagań stawianych członkom komisji egzaminacyjnej.</p> <p>nie jest wystarczający sam zapis, że skład komisji egzaminacyjnej będzie ustalany przez ministra zdrowia. Zapis umożliwia przypadkowy skład członków komisji, których wiedza i wykształcenie nie powinny być niższe od kandydatów na kierowników</p> <p>Propozycja: Określenie wymagań stawianych członkom komisji egzaminacyjnej na poziomie co najmniej wymaganym od kierowników podmiotów leczniczych</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
1558.	Rozdział 10	art. 121 ust. 4	Pracodawcy Pomorza	<p>brak określenia wymagań stawianych członkom komisji egzaminacyjnej.</p> <p>Propozycja: Określenie wymagań stawianych członkom komisji egzaminacyjnej na poziomie co najmniej wymaganym od kierowników podmiotów leczniczych</p> <p>Uzasadnienie: nie jest wystarczający sam zapis, że skład komisji egzaminacyjnej będzie ustalany przez ministra zdrowia. Zapis umożliwia przypadkowy skład członków komisji, których wiedza i wykształcenie nie powinny być niższe od kandydatów na kierowników</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
1559.	Rozdział 10	art. 121 ust. 6	Województwo Pomorskie	<p>brak określenia zasad przeprowadzania państwowego egzaminu.</p> <p>nie jest wystarczający sam zapis, że sposób przygotowania i przeprowadzania egzaminu określi minister właściwy do spraw zdrowia.</p> <p>Określenie zasad przeprowadzenia egzaminu państwowego - ram materiału i dziedzin wiedzy</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1560.	Rozdział 10	art. 121 ust. 6	Pracodawcy Pomorza	<p>brak określenia zasad przeprowadzania państwowego egzaminu.</p> <p>Propozycja: Określenie zasad przeprowadzenia egzaminu państwowego - ram materiału i dziedzin wiedzy</p> <p>Uzasadnienie: nie jest wystarczający sam zapis, że sposób przygotowania i przeprowadzania egzaminu określi minister właściwy do spraw zdrowia.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1561.	Rozdział 10	art. 121-122	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Egzamin, MBA</p> <p>MBA to studia zawodowe o wymiarze praktycznym, zatem wykluczenie z rynku uczelni zawodowych nie jest zgodne z deklarowaną intencją prawodawcy – doskonaleniem praktyki zarządzania szpitalami.</p> <p>Proponowane rozwiązanie nie jest przejawem standaryzacji, nie znajduje odzwierciedlenia w aktach prawnych dotyczących innych sektorów i nie wpływa na merytoryczną wartość studiów. Wbrew założeniom nie będziemy mieli do czynienia z poprawą jakości, a z wprowadzeniem nieuprawnionych i niepopartych przekonującymi argumentami ograniczeń w działalności szkół wyższych.</p> <p>Ocena jakości studiów MBA powinna odbywać się na podstawie kryteriów mających wpływ na jakość kształcenia zawodowego, czyli programu studiów oraz doświadczenia kadry wykładowej.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b> Rozszerzono katalog studiów MBA.

				<p>Kwalifikacja programów MBA powinna być przejrzysta i nie budzić niepewności odnośnie uznania w przyszłości dyplomu MBA uzyskanego w ramach programu będącego w realizacji lub ukończonego.</p> <p>Zastrzeżenia budzi brak ochrony praw nabytych osób, które ukończyły studia MBA obejmujące dwa semestry i uzyskały określone kwalifikacje. Wielu menedżerów ochrony zdrowia, kierując się obecnie obowiązującymi przepisami i zachętą ze strony MZ do podnoszenia kwalifikacji menedżerskich, podjęło studia MBA i jest w trakcie ich realizacji lub bezpośrednio po ich ukończeniu. Udział w studiach uzupełniających wiąże się z ponownym kosztem i zaangażowaniem. Nie podniesiono w uzasadnieniu ustawy czy Ocenie Skutków Regulacji następstw finansowych konieczności doskonalenia zawodowego dyrektorów szpitali oraz ewentualnego uzupełnienia kwalifikacji osób, które ukończyły studia MBA w trybie lub na uczelni niespełniającej wymogów.</p> <p>Wykreślenie art. 122</p>	
1562.	Rozdział 10	art. 122	<p>Polska Federacja Szpitali</p>	<p>Powyższe sformułowanie, uzależniające prowadzenie studiów podyplomowych MBA od posiadania kategorii naukowej B, jest niezwykle krzywdzące, dyskryminujące i proponujące wprowadzenie niezgodnych z aktualnym stanem prawnym przepisów monopolistycznych faworyzujących określone uczelnie państwowe oraz niektóre uczelnie niepubliczne. Przepis w tej treści wprowadzi monopol na kształcenie na studiach MBA dla ww. jednostek oraz znacząco ograniczy dostęp do ww. studiów ze względu na wysoką cenę oraz niedostępność dla osób z małych środowisk (wykluczenie społeczne), bowiem uniemożliwi ich realizację ok. 80% uczelni w Polsce (większości niepublicznych).</p> <p>Studia MBA są studiami podyplomowymi, których definicja i realizowanie zagwarantowane jest każdej uczelni w Polsce zgodnie z art. 160, art. 161 i Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – <i>Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce</i> (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 i 619) tj.:</p> <p><i>Art. 160. 1. Studia podyplomowe trwają nie krócej niż 2 semestry i umożliwiają uzyskanie kwalifikacji cząstkowych na poziomie 6, 7 albo 8 PRK.</i></p> <p><i>2. Program studiów podyplomowych określa efekty uczenia się dla kwalifikacji cząstkowych uwzględniające charakterystyki drugiego stopnia PRK na poziomie 6, 7 albo 8 PRK określone w przepisach wydanych na podstawie art. 7 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji oraz umożliwia uzyskanie co najmniej 30 punktów ECTS.</i></p> <p><i>Art. 161. 1. Kształcenie specjalistyczne trwa nie krócej niż 3 semestry i umożliwia uzyskanie kwalifikacji pełnej na poziomie 5 PRK.</i></p> <p>Wskazany w projekcie obowiązek posiadania przez jednostkę kategorii naukowej B, aby mogła prowadzić studia podyplomowe MBA w ochronie zdrowia jest sprzeczny z powyższymi przepisami. Uczelnie w polskim systemie szkolnictwa wyższego dzielą się bowiem na akademickie</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p>

				<p>(uniwersytety i kilkanaście uczelni niepublicznych) oraz zawodowe (95% uczelni niepublicznych oraz PWSZ- państwowe uczelnie zawodowe). Uzyskanie kategorii naukowej jest głównie z związane z prowadzeniem badań naukowych, kształcenia na profilach ogólnoakademickich, nie zaś jak czyni to większość uczelni zawodowych na profilach praktycznych. Uczelnie nie mają ustawowego obowiązku poddawania się ocenie parametrycznej. Należy też wskazać, że posiadanie kategorii B nie nadaje żadnych szczególnych uprawnień takiej uczelni (zaczynają się one dopiero od kategorii B+). Uczelnie nie mają obowiązku prowadzenia badań naukowych, a jedynie ustawy obowiązek dbania o jakość kształcenia. Studia podyplomowe zaś ze swej istoty mają mieć charakter praktyczny i podnoszący kwalifikacje. Powiązanie zatem prawa do prowadzenia studiów MBA w ochronie zdrowia z obowiązkiem kategorii naukowej jest nieuzasadnione prawnie, praktycznie, etycznie i z założenia prowadzi do patologii. Należy także podkreślić, że studia MBA nie są zdefiniowane w żadnym akcie dotyczącym szkolnictwa w Polsce, i są zwykłymi studiami podyplomowymi. Przepis ten jest także sprzeczny z założeniami art. Art. 97. 1. Projektu ustawy dotyczący kwalifikacji członków Rady Agencji Rozwoju Szpitali tj. posiadania min. zdanego egzaminu na kandydata na członka rad nadzorczych SSP lub ukończonych studiów MBA zgodnie z z art. 19 ust. 1 pkt 1 lit. c <i>Ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. – o zasadach zarządzania mieniem państwowym</i> (Dz. U. z 2019r. poz. 1302, 1309, 1571, 1655) - ukończone studia MBA zwalniają kandydata na członka rady nadzorczej SSP z egzaminu dla kandydatów na członków przedmiotowych rad nadzorczych, tj.: ukończyła studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA), w instytucji szkolnictwa wyższego w Polsce lub zagranicznej uczelni, uznawanej w Polsce.</p> <p>Studia podyplomowe na kierunku MBA w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 120 ust. 1 pkt 4, powinny trwać nie krócej niż 3 semestry, umożliwić uzyskanie kwalifikacji częściowych na poziomie 6, 7 albo 8 PRK i co najmniej 30 punktów ECTS oraz być realizowane w uczelni należącej do polskiego systemu szkolnictwa wyższego.</p>	
1563.	Rozdział 10	art. 122	Osoba fizyczna	<p>ART 122 wymogi nie uwzględniają lepszej (wg, kadry dydaktycznej) dostępnej alternatywy dla MBA zarządzanie jednostkami opieki zdrowotnej, podyplomowe realizowane przez Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński ul. Skawińska 8, 31-066 Kraków</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Studia MBA zapewniają holistyczną edukację menedżerską natomiast inne studia podyplomowe nie zapewniają zdobycia tak kompleksowego przygotowania w zakresie zarządzania.</p>
1564.	Rozdział 10	art. 122	Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku	<p>Prezesi, Dyrektorzy, kierownicy oraz wielu innych pracowników ochrony zdrowia podjęli trud ukończenia studiów MBA w ochronie zdrowia. Jedni już ukończyli inni są w trakcie, każdy z nich poniósł bardzo duże koszty ( od kilkunastu do kilkudziesięciu tys. zł ) Proponowane rozwiązanie może być potraktowane jak zmiana reguł w trakcie trwania procesu reformowania placówek w ochronie zdrowia. Zachodzi duże prawdopodobieństwo</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p>

				występowania na drogę sądową o zwrot poniesionych kosztów. Jednocześnie należy podkreślić, że nie ilość semestrów ale ich jakość, udział wybitnych wykładowców może świadczyć o jakości studiów. Proponowane rozwiązanie: Wykreślenie art. 122	
1565.	Rozdział 10	art. 122	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej	Dotychczasową treść artykułu zapisać jako ust. 1. Dopisać ust. 2 o treści: Studia podyplomowe na kierunku MBA w ochronie zdrowia o których mowa w art. 120 ust. 1 pkt. 4 ukończone przed wejściem w życie ustawy uznane zostaną jako zgodne z zapisami niniejszej ustawy.	<b>Uwaga uwzględniona.</b> Rozszerzono katalog studiów MBA.
1566.	Rozdział 10	art. 122	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Zmiana na określenie „trwają” lub „muszą trwać”. Określenie „powinny trwać” nie jest precyzyjne. Nie wprowadza się obowiązku przy użyciu określenia „powinny”, ponieważ rodzi to pole do interpretacji, że jest to jedynie rekomendacja a nie obowiązek.	<b>Uwaga uwzględniona.</b> Wykreślono art. 122.
1567.	Rozdział 10	art. 122	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Fromborku	Ustawa nie uznaje międzynarodowych, akredytowanych programów Studiów Master of Business Administration. Ustawa nie uznaje akredytowanych kwalifikacji międzynarodowych, zawężając, że musi być wyszczególniony dopisek „w Ochronie Zdrowia”. Studia MBA są to uznane, międzynarodowe studia specjalistyczne dedykowane dla kadry zarządczej, realizowane pod nadzorem międzynarodowych programów akredytacyjnych. Studia te prowadzone są przez polskie uczelnie w oparciu i we współpracy z Uniwersytetami zagranicznymi. Trwają najczęściej 3 lata (5 lub 6 semestrów) i prowadzone są najczęściej w języku angielskim. Absolwenci uzyskują dyplom uczelni zagranicznej, np. University of Manitoba, University of Windsor (SGH Warszawa), Nottingham University (WSB AE Poznań). Art. 122. Studia podyplomowe Master of Business Administration, muszą być realizowane w oparciu o międzynarodowe programy akredytacyjne trwające nie krócej niż 5 semestrów. Studia podyplomowe na krajowym kierunku MBA w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 120 ust. 1 pkt 4, powinny trwać nie krócej niż 3 semestry i być realizowane w uczelni, która posiada co najmniej kategorię naukową B dla jednostki prowadzącej kształcenie w co najmniej jednej z następujących dyscyplin:	<b>Uwaga uwzględniona.</b> Rozszerzono katalog studiów MBA.
1568.	Rozdział 10	art. 122	Związek Województw RP - Województwo	Wymiar określany jako 3 semestry jest nieprecyzyjny. W trakcie trzech semestrów można zaplanować bardzo różną liczbę godzin. Nie wydaje się, aby liczba semestrów była optymalnym wyznacznikiem	<b>Uwaga uwzględniona.</b> Rozszerzono katalog studiów MBA.

			Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	jakości. Przyjętym na świecie kryterium oceny MBA, poza renomą instytucji edukacyjnej i wykładowców, jest liczba godzin kontaktowych lub całkowitego zaangażowania studenta. Nie ograniczają one konkurencji na rynku edukacyjnym, która jest najlepszym motywatorem do poprawy jakości kształcenia.	Zmieniono długość trwania studiów MBA z minimum 3 semestrów do minimum 400 godzin dydaktycznych.
1569.	Rozdział 10	art. 122	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Zawężenie katalogu uczelni uprawnionych do prowadzenia studiów podyplomowych MBA w ochronie zdrowia do uczelni, która posiada co najmniej kategorię naukową B dla jednostki prowadzącej kształcenie w co najmniej jednej z następujących dyscyplin: 1) nauki prawne; 2) nauki o zarządzaniu i jakości; 3) ekonomia i finanse; 4) nauki o zdrowiu nie jest merytorycznie zasadne. Kategoria jednostki prowadzącej nie ma prostego przełożenia na jakość kształcenia w zakresie zarządzania w ochronie zdrowia. Wykreślić zastrzeżenie dotyczące kategorii jednostki prowadzącej lub wprowadzić mechanizm oceny i akceptacji przez Prezesa ARS konkretnych programów studiów podyplomowych w ochronie zdrowia.	<b>Uwaga uwzględniona.</b> Rozszerzono katalog studiów MBA.
1570.	Rozdział 10	art. 122	Wielkopolski Związek Szpitali	Art. 122 Studia podyplomowe na kierunku MBA w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 120 ust. 1 pkt 4, powinny trwać nie krócej niż 3 semestry i być realizowane w uczelni, która posiada co najmniej kategorię naukową B dla jednostki prowadzącej kształcenie w co najmniej jednej z następujących dyscyplin: 1) nauki prawne; 2) nauki o zarządzaniu i jakości; 3) ekonomia i finanse; 4) nauki o zdrowiu. Zapis o konieczności posiadania przez kierownika podmiotu szpitalnego studiów MBA w OZ, na uczelni kat. B bezprawnie unieważni studia MBA w OZ, które kierownicy ukończyli przed wejściem w życie przepisu.. Proponowane rozwiązanie nie jest przejawem standaryzacji, nie znajduje odzwierciedlenia w aktach prawnych dotyczących innych sektorów i nie wpływa na merytoryczną wartość studiów. Wbrew założeniom nie będziemy mieli do czynienia z poprawą jakości, a z wprowadzeniem nieuprawnionych i niepopartych przekonującymi argumentami ograniczeń w działalności szkół wyższych. Zastrzeżenia budzi brak ochrony praw nabytych osób, które ukończyły studia MBA w OZ obejmujące dwa semestry i uzyskały określone kwalifikacje. Wielu menedżerów ochrony zdrowia, kierując się obecnie obowiązującymi przepisami i zachętą ze strony MZ do podnoszenia kwalifikacji menedżerskich, podjęło studia MBA i jest w trakcie ich realizacji lub	<b>Uwaga uwzględniona.</b> Rozszerzono katalog studiów MBA.

				<p>bezpośrednio po ich ukończeniu. Udział w studiach uzupełniających wiąże się z ponownym kosztem i zaangażowaniem.</p> <p>Wykreślenie z ustawy art. 122 lub uznanie za wystarczające ukończenie studiów MBA w OZ na każdej uczelni, która posiada państwowe uprawnienia do ich przeprowadzania.</p>	
1571.	Rozdział 10	art. 122	<p>Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Doprecyzowanie zapisu poprzez wskazanie, że studia powinny być realizowane na uczelni, która w dniu ich rozpoczęcia posiadała kategorię naukową B.</p> <p>Mając na względzie terminy ewaluacji, przyznawania kategorii naukowych oraz możliwość zmiany kategorii w czasie trwania przedmiotowych studiów zasadne jest doprecyzowanie przepisu.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p>
1572.	Rozdział 10	art. 122	<p>Związek Województw RP - Województwo Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Studia podyplomowe na kierunku MBA w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 120 ust. 1 pkt 4, powinny trwać nie krócej niż 3 semestry i być realizowane w uczelni, która posiada co najmniej kategorię naukową B dla jednostki prowadzącej kształcenie w co najmniej jednej z następujących dyscyplin:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nauki prawne;</li> <li>2) nauki o zarządzaniu i jakości;</li> <li>3) ekonomia i finanse;</li> <li>4) nauki o zdrowiu.</li> </ol> <p>Wszystkie uczelnie wyższe oferujące kierunek studiów podyplomowych Master of Business Administration w ochronie zdrowia muszą spełniać wymagania formalno-prawne do prowadzenia tego kierunku. Większość uczelni prowadzących w/w studia podyplomowe nie posiada kategorii naukowej B we wskazanych w projekcie ustawy dyscyplinach nauk oraz prowadzone są w formule z reguły dwusemestralnej a zawierają określony zakres przedmiotów wynikający z realizowanego programu nauczania.</p> <p>Ograniczenie dotyczące minimalnej liczby semestrów oraz kategoryzacji naukowej uczelni prowadziłyby do ponownego ukończenia studiów podyplomowych MBA w ochronie zdrowia osób już posiadających tego typu studia a także zawężenia możliwości wyboru uczelni przez kierowników podmiotu szpitalnego w celu uzyskania wymagań związanych ze stanowiskiem kierownika podmiotu leczniczego wynikających z projektowanej ustawy.</p> <p>Propozycja: Studia podyplomowe na kierunku MBA w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 120 ust. 1 pkt 4, powinny trwać nie krócej niż 2 semestry i być realizowane w uczelni, która posiada uprawnienia do prowadzenia kształcenia zgodnie z ustawą z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p> <p>Zmieniono długość trwania studiów MBA z minimum 3 semestrów do minimum 400 godzin dydaktycznych.</p>

1573.	Rozdział 10	art. 122	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Proponuje się zmianę brzmienia projektowanego przepisu na „Studia podyplomowe na kierunku MBA/Master of Business Administration w ochronie zdrowia lub zarządzanie w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 120 ust. 1 pkt 4, powinny trwać nie krócej niż dwa semestry i być realizowane w uczelni, która posiada co najmniej kategorię naukową B dla jednostki prowadzącej kształcenie w co najmniej jednej z następujących dyscyplin:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nauki prawne;</li> <li>2) nauki o zarządzaniu i jakości;</li> <li>3) ekonomia i finanse;</li> <li>4) nauki o zdrowiu.”</li> </ol> <p>Ustawa z dnia 16 grudnia 2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym stanowi w art. 19, że jako kandydata na członka organu nadzorczego wskazuje się osobę, posiadającą pozytywną opinię Rady do spraw spółek z udziałem Skarbu Państwa i państwowych osób prawnych, o której mowa w art. 24 pkt 1, która: c) ukończyła studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA). Przepis ten nie dookreśla liczby semestrów czy kategorii naukowej uczelni, która takie studia prowadzi. Bezzasadnym jest zatem stosowanie takiego ograniczenia w projektowanej ustawie.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p> <p>Zmieniono długość trwania studiów MBA z minimum 3 semestrów do minimum 400 godzin dydaktycznych.</p>
1574.	Rozdział 10	art. 122	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	<p>Fakt zakończenia studiów podyplomowych na kierunku MBA uzyskaniem dyplomu powinien być uznany za okoliczność wyczerpującą spełnienie obowiązków wskazanych a art. 120 ust. 1 pkt 4) w zw. z art. 122. Szczegółowe warunki określone w art. 122 powinny być stosowane co najwyżej do osób, które rozpoczną kształcenie w tym kierunku już po wejściu w życie ustawy.</p> <p>Z punktu widzenia wymogów stawianych kierownikowi podmiotu leczniczego wystarczającym jest zastrzeżenie zawarte w art.120 ust. 1 pkt 4).</p> <p>Wiele osób piastujących te stanowiska od wielu lat to doskonali praktycy w tej dziedzinie z niepodważalnym doświadczeniem. Wielu z nich w dobrej wierze oraz z woli samokształcenia ukończyło studia na kierunku MBA w uprawnionych do tego uczelniach prowadzących szkolenia w tym kierunku, lecz nie spełniających postawionych w projekcie ustawy warunków (studia trzysemestralne, uczelnia klasy B). Formuła postawionego w art. 122 wymagania nie może niweczyć dokonań i praw nabytych przez obecnych kierowników podmiotów leczniczych. Ci kierownicy podmiotów leczniczych ukończyli wymagane studia MBA, w systemie 2 semestralnym i otrzymali potwierdzenie uzyskania kwalifikacji do pełnienia funkcji kierownika podmiotu leczniczego na podstawie art. 164 ustawy z dnia 20 lipca 2018r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2018 poz.1668) oraz Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 września 2018r. w sprawie dokumentów wydawanych w związku z przebiegiem lub ukończeniem</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p> <p>Zmieniono długość trwania studiów MBA z minimum 3 semestrów do minimum 400 godzin dydaktycznych.</p>

				<p>studiów podyplomowych i kształcenia specjalistycznego (Dz. U. 2018 poz. 1791) w zw. z art. 46 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 Nr 112 poz. 654).</p> <p>Zgodnie z zasadą ochrony praw nabytych, osoby które ukończyły określone formy kształcenia uprawniające do uzyskania dyplomu ukończenia studiów MBA w ochronie zdrowia, powinny zatem zachować uzyskane kwalifikacje, bez konieczności ich powtarzania w nowoprzewidzianej formie.</p> <p>Propozycja: Wykreślenie w całości,</p> <p>ewentualnie</p> <p>wnioskujemy o zmianę art. 122 i uznanie ukończonych studiów podyplomowych MBA w ochronie zdrowia, nie na podstawie ilości semestrów i oceny uczelni, ale na podstawie zrealizowanego programu studiów. Większość uczelni wyższych prowadzi studia MBA w systemie 2 semestralnym, co nie znaczy, że realizowany program nie spełnia wymogów określonych obowiązującymi przepisami prawa. Kadra zarządzająca obecnie podmiotami leczniczymi, która nie pod przymusem ustawowym, ale w ramach samokształcenia już wcześniej uzupełniła kwalifikacje, jest dyskryminowana w związku z zapisami art.122, który unieważnia już uzyskane uprawnienia. Zwracamy również uwagę, że ukończenie studiów podyplomowych MBA w ochronie zdrowia, wiązało się z poniesieniem znacznych kosztów finansowych.</p>	
1575.	Rozdział 10	art. 122	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Treść art.122 projektu ustawy wskazuje, że studia podyplomowe na kierunku MBA nie powinny trwać krócej niż 3 semestry i należy je zrealizować w uczelni, która posiada co najmniej kategorię naukową B dla jednostki prowadzącej kształcenie w co najmniej jednej z nauk: prawnych, o zarządzaniu i jakości, ekonomii i finansów, o zdrowiu. Na podstawie takiego zapisu, nie ma pewności, które uczelnie spełnią wymagania wskazane w ustawie, a także problemem będzie sposób uznawania uprawnień już nabytych. Co z osobami z ważnością dyplomów MBA uzyskanych do tej pory na podstawie studiów dwusemestralnych?</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p> <p>Zmieniono długość trwania studiów MBA z minimum 3 semestrów do minimum 400 godzin dydaktycznych.</p>
1576.	Rozdział 10	art. 122	Związek Województw RP - Województwo Małopolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Studia podyplomowe uprawniające do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego powinny trwać minimum 2 semestry</p> <p>W myśl art. 160 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce „studia podyplomowe trwają nie krócej niż 2 semestry i umożliwiają uzyskanie kwalifikacji cząstkowych na poziomie 6, 7 albo 8 PRK”. Jeżeli ustawa dopuszcza realizowanie studiów MBA w ochronie zdrowia 2 semestralnych a ich program posiada akceptacje Polskiej Komisji Akredytacyjnej to trudno absolwentów tych studiów pozbawiać możliwości sprawowania funkcji kierownika podmiotu szpitalnego. Przy ocenie studiów PKA ocenia nie tylko ich długość, ale również intensywność – ten sam</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p> <p>Zmieniono długość trwania studiów MBA z minimum 3 semestrów do minimum 400 godzin dydaktycznych.</p>



				program można realizować przez 2 semestry i 3 semestry. Narzucenie dłuższego okresu odbywania studiów nie przesądza o tym, że zostanie zrealizowany większy objętościowo program.	
1577.	Rozdział 10	art. 122	Związek Województw RP - Województwo Małopolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego powinny uprawniać wszystkie studia MBA w ochronie zdrowia, a nie wyłącznie te odbyte na uczelni o danej kategorii naukowej.  W myśl ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce uczelniom uprawnia do prowadzenia studiów nadaje jak również systematycznie weryfikuje komisja akredytacyjna, a fakt posiadania akredytacji oznacza, że od strony zarówno siły naukowej jak procesu dydaktycznego wymogi i standardy są zachowywane dla nie ma przesłanek dla dodatkowego różnicowania wagi studiów. Wątpliwość budzi również zróżnicowanie według kategorii naukowej w sytuacji, gdy regulacja traktuje o nastawionych na aspekty praktyczne studiach o zawodowo-menedżerskim charakterze, a nie charakterze naukowym takim jaki posiadają np. studia doktoranckie.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Rozszerzono katalog studiów MBA.  Zmieniono długość trwania studiów MBA z minimum 3 semestrów do minimum 400 godzin dydaktycznych.
1578.	Rozdział 10	art. 122	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	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.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Rozszerzono katalog studiów MBA.  Zmieniono długość trwania studiów MBA z minimum 3 semestrów do minimum 400 godzin dydaktycznych.
1579.	Rozdział 10	art. 122	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	Wnioskujemy o wykreślenie w całości. O jakości studiów podyplomowych świadczy liczba godzin zajęć oraz dobór wykładowców. Uzależnienie uznawania kwalifikacji od liczby semestrów i kategorii uczelni jest bezzasadne.  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.  W wielu jednostkach ochrony zdrowia, kadra zarządzająca w ramach samokształcenia ukończyła wymagane studia MBA, w systemie 2 semestralnym i otrzymała potwierdzenie uzyskania kwalifikacji do pełnienia funkcji kierownika podmiotu leczniczego na podstawie art. 164 ustawy z dnia 20 lipca 2018r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2018 poz.1668) oraz Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 września 2018r. w sprawie dokumentów wydawanych w związku z przebiegiem lub ukończeniem studiów podyplomowych i kształcenia specjalistycznego (Dz. U. 2018 poz. 1791) w zw. z art. 46 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 Nr 112 poz. 654). Jako	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Rozszerzono katalog studiów MBA.  Zmieniono długość trwania studiów MBA z minimum 3 semestrów do minimum 400 godzin dydaktycznych.

				<p>kadra zarządzająca w placówkach ochrony zdrowia, wnioskujemy o zmianę art. 122 i uznanie ukończonych studiów podyplomowych MBA w ochronie zdrowia, nie na podstawie ilości semestrów i oceny uczelni, ale na podstawie zrealizowanego programu studiów. Większość uczelni wyższych prowadzi studia MBA w systemie 2 semestralnym, co nie znaczy, że realizowany program nie spełnia wymogów określonych obowiązującymi przepisami prawa. Kadra zarządzająca obecnie podmiotami leczniczymi, która nie pod przymusem ustawowym, ale w ramach samokształcenia już wcześniej uzupełniła kwalifikacje, czuje się oszukana i dyskryminowana w związku z zapisami art.122, który unieważnia już uzyskane uprawnienia. Zwracamy również uwagę, że ukończenie studiów podyplomowych MBA w ochronie zdrowia, wiązało się z poniesieniem znacznych kosztów finansowych.</p>	
1580.	Rozdział 10	art. 122	Powiat Stargardzki	<p>Ograniczenie wpisu na listę menedżerów do osób, które ukończyły studia podyplomowe MBA.</p> <p>Wymiar określany jako 3 semestry jest nieprecyzyjny. W trakcie trzech semestrów można zaplanować bardzo różną liczbę godzin. Trafniejszym byłoby określenie zakresu studiów – treści programowych, np. :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zagadnienia związane z koncepcjami zarządzania;</li> <li>- zagadnienia związane z zarządzaniem procesowym;</li> <li>- zagadnienia związane z prawem i polityką ochrony zdrowia;</li> <li>- zagadnienia związane z finansami jednostek, w tym rachunkowością zarządczą;</li> <li>- zagadnienia związane z prawem restrukturyzacyjnym i upadłościowym;</li> <li>- zagadnienia związane z ochroną danych osobowych oraz prawami pacjentów;</li> <li>- zagadnienia związane z technikami mediacji i negocjacji;</li> <li>- zagadnienia związane z zastosowaniem systemów informatycznych w podmiotach leczniczych lub wskazania minimalnej ilości punktów ECTS.</li> </ul> <p>Studia MBA przeznaczone są dla kadry kierowniczej wyższego szczebla, członków organów statutowych spółek prawa handlowego i skarbu państwa, dyrektorów spółek handlowych, menedżerów lub tych, którzy chcą zajmować stanowiska kierownicze, w celu jak najlepszego wykorzystania ich wiedzy oraz umiejętności w różnych dziedzinach biznesu. Wyodrębnianie podzbiorów w zakresie studiów MBA jest ograniczaniem wiedzy kadry Kierowniczej dotyczącej działania rynku. Szpitale nie działają na zasadach wyłączonych z rynku.</p> <p>Nie wydaje się, aby liczba semestrów była optymalnym wyznacznikiem jakości. Przyjętym na świecie kryterium oceny MBA, poza renomą instytucji edukacyjnej i wykładawców, jest liczba godzin kontaktowych lub całkowitego zaangażowania studenta. Nie ograniczają one konkurencji na rynku</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p> <p>Zmieniono długość trwania studiów MBA z minimum 3 semestrów do minimum 400 godzin dydaktycznych.</p>

				<p>edukacyjnym, która jest najlepszym motywatorem do poprawy jakości kształcenia.</p> <p>Zmiana zapisów</p>	
1581.	Rozdział 10	art. 122	Rzecznik Praw Pacjenta	<p>Usunięcie wyrazów: „w ochronie zdrowia”</p> <p>Zawężenie wyłączenie do MBA w ochronie zdrowia wydaje się być niezasadne, z uwagi na zdecydowane zmniejszenie puli potencjalnych kierowników podmiotów szpitalnych spośród osób o porównywalnych kompetencjach. Zawężenie to wykluczy również osoby o większych kompetencjach i wiedzy, tylko z uwagi na nieukończenie określonego kursu. Może to również spowodować problemy z dostępem kierowników podmiotów leczniczych ze względu na nieznaczną liczbę osób, które kończyły tak specyficzne studia.</p> <p>Należy przy tym wskazać na rozwiązanie funkcjonujące na gruncie ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym, która przywiduje dla kandydata na członka organu nadzorczego (np. członka rady nadzorczej spółki takiej jak Orlen S.A., czy, członka komisji rewizyjnej spółki) między innymi wymóg ukończenia studiów podyplomowych Master of Business Administration (MBA) (a więc bez zawężenia zakresu kursu)</p> <p>Proponuje się usunięcie wymagania stawianego wobec kierownika szpitala - ukończenia studiów MBA w ochronie zdrowia. Wystarczającym wydaje się wskazanie wymagania posiadania dyplomu MBA lub ukończonych studiów wyższych drugiego stopnia na kierunku zarządzania albo posiadanie tytułu naukowego co najmniej doktora w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie zarządzania i jakości</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p>
1582.	Rozdział 10	art. 122	Uniwersytet Medyczny w Lublinie	<p>Wnoszę o zmianę zapisu art. 122</p> <p>„Studia podyplomowe na kierunku MBA w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 120 ust. 1 pkt 4, powinny trwać nie krócej niż 3 semestry i być realizowane w uczelni, która posiada co najmniej kategorię naukową B dla jednostki prowadzącej kształcenie w co najmniej jednej z następujących dyscyplin:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nauki prawne;</li> <li>2) nauki o zarządzaniu i jakości;</li> <li>3) ekonomia i finanse;</li> <li>4) nauki o zdrowiu.”</li> </ol> <p>1.Kryterium liczby semestrów studiów podyplomowych nie odzwierciedla treści merytorycznych . Proponujemy, aby rolę tę pełniło określenie 7 poziomu Polskiej Ramy Kwalifikacji.</p> <p>2.Pozostały fragment art. 122 należy usunąć ze względu na nieprawidłowy zapis dotyczący uzyskania oceny parametrycznej. Ewaluacja uczelni (parametryzacja) w dyscyplinie odbędzie się po raz pierwszy w 2022r. i</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p> <p>Zmieniono długość trwania studiów MBA z minimum 3 semestrów do minimum 400 godzin dydaktycznych.</p>

				<p>dotyczyć będzie uczelni, a nie jej poszczególnych jednostek organizacyjnych.</p> <p>Interdyscyplinarność studiów podyplomowych MBA w ochronie zdrowia przemawia przeciw powiązaniu prawa kształcenia z jedną dyscypliną .</p> <p>3. Osoby, które rozpoczęły studia podyplomowe na kierunku MBA w ochronie zdrowia przed wejściem w życie Ustawy zainwestowały czas, zaangażowanie i środki finansowe w edukację proponowaną przez uczelnie wyższe na zasadach zgodnych z ustawą Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, w tym studia 2 semestralne na poziomie 6-8 PRK kwalifikacji częściowych.</p> <p>Proponowana regulacja podważa zaufanie uczestników studiów i uczelni prowadzących kształcenie do systemu prawa, gdyż kompetencje nabyte w ramach obowiązującego prawa stają się nieprzydatne dla celów, którym wąsko wyspecjalizowane kształcenie menagerów w ochronie zdrowia służyło.</p> <p>Propozycja: Art. 122 ust.1 Studia podyplomowe MBA w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 120 ust. 1 pkt 4, powinny zapewnić uzyskanie kwalifikacji częściowych na poziomie co najmniej 7 PRK z zastrzeżeniem ustępu 2.</p> <p>Ust.2 Wymogu zapewnienia uzyskania kwalifikacji częściowych na poziomie co najmniej 7 PRK nie stosuje się do studiów podyplomowych MBA w ochronie zdrowia rozpoczętych przed dniem wejścia w życie niniejszej Ustawy.</p>	
1583.	Rozdział 10	art. 122	Województwo Podlaskie	<p>Art. 122 "Studia podyplomowe na kierunku MBA w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 120 ust. 1 pkt 4, powinny trwać nie krócej niż 3 semestry i być realizowane w uczelni, która posiada co najmniej kategorię naukową B dla jednostki prowadzącej kształcenie w co najmniej jednej z następujących dyscyplin.."</p> <p>Przedłożony zapis ogranicza możliwość prowadzenia studiów podyplomowych przez większość uczelni w Polsce.</p> <p>nowy zapis: art. 122 "Studia podyplomowe na kierunku MBA w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 120 ust. 1 pkt 4, powinny trwać nie krócej niż 2 semestry i być realizowane w uczelni, która posiada kategorię naukową A, B lub C dla jednostki prowadzącej kształcenie w co najmniej jednej z następujących dyscyplin.."</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p> <p>Zmieniono długość trwania studiów MBA z minimum 3 semestrów do minimum 400 godzin dydaktycznych.</p>
1584.	Rozdział 10	art. 122	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Wygórowane wymagania w zakresie uczelni prowadzących studia podyplomowe na kierunku MBA w ochronie zdrowia. ( 3 semestry i uczelnia posiadająca kategorię naukową B)</p> <p>Zwykle uczelnie prowadzą wszelkie studia podyplomowe trwające 2 semestry.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p> <p>Zmieniono długość trwania studiów MBA z minimum 3 semestrów do minimum 400 godzin dydaktycznych.</p>

				MBA to studia zawodowe o wymiarze praktycznym, zatem wykluczenie z rynku uczelni zawodowych nie jest zgodne z deklarowaną intencją prawodawcy – doskonaleniem praktyki zarządzania szpitalami.	
1585.	Rozdział 10	art. 122	Naczelna Izba Aptekarska	<p>Proponuje się w art. 122 nadać następujące brzmienie:          „122. Studia podyplomowe na kierunku MBA w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 120 ust. 1 pkt 4, powinny trwać nie krócej niż 3 semestry, umożliwiać uzyskanie kwalifikacji częściowych na poziomie 6, 7 albo 8 PRK i co najmniej 30 punktów ECTS oraz być realizowane w uczelni należącej do polskiego systemu szkolnictwa wyższego.”.</p> <p>Uzasadnienie          W ocenie Naczelnej Rady Aptekarskiej uzależnienie prowadzenia studiów podyplomowych MBA od posiadania kategorii naukowej B, jest niezwykle krzywdzące, dyskryminujące i niezgodne z aktualnym stanem prawnym przepisów dot. regulacji antymonopolowych faworyzujących określone uczelnie państwowe oraz niektóre uczelnie niepubliczne. Przepis w tej treści wprowadzi monopol na kształcenie na studiach MBA dla ww. jednostek oraz znacząco ograniczy dostęp do ww. studiów ze względu na wysoką cenę oraz niedostępność dla osób z małych środowisk (wykluczenie społeczne), bowiem uniemożliwi ich realizację ok. 80% uczelni w Polsce (większości niepublicznych).</p> <p>Studia MBA są studiami podyplomowymi, których definicja i realizowanie zagwarantowane jest każdej uczelni w Polsce zgodnie z art. 160, art. 161 i Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 i 619) tj.: art. 160.1. Studia podyplomowe trwają nie krócej niż 2 semestry i umożliwiają uzyskanie kwalifikacji częściowych na poziomie 6, 7 albo 8 PRK.</p> <p>2. Program studiów podyplomowych określa efekty uczenia się dla kwalifikacji częściowych uwzględniające charakterystyki drugiego stopnia PRK na poziomie 6, 7 albo 8 PRK określone w przepisach wydanych na podstawie art. 7 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji oraz umożliwia uzyskanie co najmniej 30 punktów ECTS.</p> <p>Art. 161. 1. Kształcenie specjalistyczne trwa nie krócej niż 3 semestry i umożliwia uzyskanie kwalifikacji pełnej na poziomie 5 PRK.</p> <p>Wskazany w projekcie obowiązek posiadania przez jednostkę kategorii naukowej B, aby mogła prowadzić studia podyplomowe MBA w ochronie zdrowia jest sprzeczny z powyższymi przepisami. Uczelnie w polskim systemie szkolnictwa wyższego dzielą się bowiem na akademickie (uniwersytety i kilkanaście uczelni niepublicznych) oraz zawodowe (95% uczelni niepublicznych oraz PWSZ - państwowe uczelnie zawodowe). Uzyskanie kategorii naukowej jest głównie z związane z prowadzeniem badań naukowych, kształcenia na profilach ogólnoakademickich, nie zaś jak czyni to większość uczelni zawodowych na profilach praktycznych. Uczelnie nie mają ustawowego obowiązku poddawania się ocenie parametrycznej.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p> <p>Zmieniono długość trwania studiów MBA z minimum 3 semestrów do minimum 400 godzin dydaktycznych.</p>

				Należy też wskazać, że posiadanie kategorii B nie nadaje żadnych szczególnych uprawnień takiej uczelni (zaczynają się one dopiero od kategorii B+). Uczelnie nie mają obowiązku prowadzenia badań naukowych, a jedynie ustawowy obowiązek dbania o jakość kształcenia. Studia podyplomowe ze swej istoty mają mieć charakter praktyczny i podnoszący kwalifikacje. Powiązanie zatem prawa do prowadzenia studiów MBA w ochronie zdrowia z obowiązkiem kategorii naukowej jest nieuzasadnione prawnie, praktycznie oraz etycznie.	
1586.	Rozdział 10	art. 122	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	Doprecyzowanie pracochłonności semestru poprzez określenie liczby godzin pracy i ich synchronicznej formy Ustawa nie precyzuje długości trwania semestru. Intencja ustawodawcy (3 semestry) jest właściwa, wskazuje bowiem na oczekiwaną długość studiów. Proponuje się jej doprecyzowanie poprzez wskazanie ilości godzin dydaktycznych - 500 h, co odpowiada pracochłonności na studiach 3-semestralnych. Ponadto proponuje się wskazanie, że forma zajęć powinna obejmować zajęcia synchroniczne, w celu uniknięcia zastępowania ich zajęciami asynchronicznymi, których efektywność w zakresie efektów kształcenia jest istotnie niższa.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>  Zmieniono długość trwania studiów MBA z minimum 3 semestrów do minimum 400 godzin dydaktycznych.
1587.	Rozdział 10	art. 122	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	Brak dyscypliny "nauki medyczne" na listy dyscyplin. Uczelnie medyczne jako organy tworzące szpitalnych podmiotów leczniczych mają doświadczenie i kompetencje w zakresie prowadzenia studiów MBA w ochronie zdrowia. Dodanie dyscypliny "nauki medyczne" do listy dyscyplin.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>  Rozszerzono katalog studiów MBA.
1588.	Rozdział 10	art. 122	Prometria Akademia Zarządzania sp. z o.o.	Rozumiejąc, że za propozycją różnicowania programów MBA kryje się troska o zapewnienie jakości i praktycznej przydatności kształcenia, proponujemy rezygnację z parametru pozostającego poza wpływem MZ i kształtowego na podstawie odrębnych regulacji inicjowanych przez MEiN (kat. B). Proponujemy wykorzystanie podejścia stosowanego w innych krajach europejskich, tj. oceny jakości studiów na podstawie: liczby godzin studiów, liczby uzyskanych przez studentów ECTS, doświadczenia kadry dydaktycznej, międzynarodowej pozycji placówki edukacyjnej. Wskazanie na wyższość uczelni z kategorią B (zależną głównie od lic/by publikacji naukowych) jako lepszego ośrodka dydaktycznego w dziedzinie zawodowej jaką jest MBA. nie jest spójne z deklarowaną intencją ustawy - poprawą jakości zarządzania szpitalami w praktyce, a nie tylko w teorii.  Propozycja 1: Wykreślenie art. 122  Propozycja 2 („kadra dydaktyczna" zamiast B): Modyfikacja Art. 122. Studia podyplomowe na kierunku MBA w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 120 ust. 1 pkt 4, powinny trwać nie krócej niż 3 semestry i być realizowane w wymiarze nie mniejszym niż 250 godzin zajęć prowadzonych przez kadre dydaktyczną, wśród której nie mniej niż 50% osób posiada stopień naukowy doktora, w co najmniej jednej z następujących dyscyplin:	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Rozszerzono katalog studiów MBA.  Zmieniono długość trwania studiów MBA z minimum 3 semestrów do minimum 400 godzin dydaktycznych.

			<p>1) nauki prawne;  2) nauki o zarządzaniu i jakości;  3) ekonomia i finanse;  4) nauki o zdrowiu.</p> <p>Propozycja 3 („akredytacje” +B opcjonalnie): Modyfikacja Art. 122. Studia podyplomowe na kierunku MBA w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 120 ust. 1 pkt 4, powinny trwać nie krócej niż 3 semestry i być realizowane w uczelni, która posiada akredytację międzynarodową MBA lub jest walidowana przez uczelnię zagraniczną posiadającą akredytację międzynarodową MBA lub posiada co najmniej kategorię naukową B dla jednostki prowadzącej kształcenie, w co najmniej jednej z następujących dyscyplin:</p> <p>1) nauki prawne;  2) nauki o zarządzaniu i jakości;  3) ekonomia i finanse;  4) nauki o zdrowiu.</p> <p>UZASADNIENIE:</p> <p>1. MBA to studia zarodowe o wymiarze praktycznym, zatem wykluczenie z rynku uczelni zawodowych nie jest zgodne z deklarowaną intencją prawodawcy - doskonaleniem praktyki zarządzania szpitalami. W uzasadnieniu projektu ustawy wskazano, że w związku z brakiem jasnych wymogów określających niezbędne kwalifikacje osób mogących zarządzać podmiotami leczniczymi pojawiają się sytuacje, gdzie poziom kompetencji menedżerskich jest niewystarczający, dlatego też w celu zwiększenia profesjonalizacji kadry zarządzającej niezbędna jest jej certyfikacja. Zapisano również, że chcąc ujednoczyć poziom i zakres kompetencji menedżerskich projektodawca przyjął, iż z konieczności przystąpienia do państwowego egzaminu zwalniać będą jedynie studia MBA w ochronie zdrowia, trwające nie krócej niż 3 semestry, realizowane w uczelni, która posiada co najmniej kategorię naukową B dla jednostki prowadzącej kształcenie w co najmniej jednej z następujących dyscyplin: nauki prawne, nauki o zarządzaniu i jakości, ekonomia i finanse lub nauki o zdrowiu. Nie wyjaśniono jednak, dlaczego przyjęto takie, a nie inne kryteria doboru uczelni i czasu trwania studiów.</p> <p>Proponowane rozwiązanie nie jest przejawem standaryzacji, nie znajduje odzwierciedlenia w aktach prawnych dotyczących innych sektorów i nie wpływa na merytoryczną wartość studiów Wbrew założeniom nie będziemy mieli do czynienia z poprawą jakości, a z wprowadzeniem nieuprawnionych i niepopartych przekonującymi argumentami ograniczeń w działalności szkół wyższych (w tym uczelni zawodowych posiadających uprawnienia</p>	
--	--	--	--	--

			<p>nadawania tytułu naukowego magistra w dyscyplinach nauki prawne, nauki o zarządzaniu i jakości, ekonomia i finanse lub nauki o zdrowiu).</p> <p>Programy MBA realizowane są obecnie zarówno przez uczelnie akademickie, jak i zawodowe Część uczelni oferujących studia MBA nie spełnia wymogu uzyskania kategorii naukowej B, mimo że do tej pory, kierując się pozytywną opinią absolwentów, studia podyplomowe ukończyły na nich dziesiątki. osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych na terenie całej Polski. Wiele z tych osób zostało zachęconych do podnoszenia kompetencji praktycznym charakterem studiów, wynikającym m.in. z doboru kadry wykładowej, dysponującej dużym doświadczeniem w problematyce zarządzania podmiotami leczniczymi. Co istotne, często były to studia współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Decyzję o przyznaniu środków unijnych poprzedza zawsze wieloetapowa analiza zasadności ich wydatkowania. Trudno zatem przyjąć, że prowadzone w ramach unijnego dofinansowania programy nie przedstawiały dostatecznej wartości merytorycznej.</p> <p>Natomiast posiadanie przez daną uczelnię kategorii naukowej B w żadnym razie nie oznacza, że uczelnia ta jest wyspecjalizowana w problematyce ochrony zdrowia. Jest to bowiem bardzo specyficzna dziedzina wiedzy i np. posiadanie w swojej strukturze wydziału prawa, nie jest jednoznaczne z tym, że pracownicy naukowcy zajmują się tematyką ochrony zdrowia. Nie oznacza to, że działa np. katedra prawa medycznego czy publikowane są artykuły poruszające kwestie prawne dotyczące organizacji lub zarządzania w podmiotach leczniczych a nie np. wyłącznie kwestii bioetycznych. W praktyce może zatem zdarzyć się, że uczelnia ta nie dysponuje w ogóle personelem o odpowiednich kwalifikacjach, a pozyskani przez nią do prowadzenia zajęć współpracownicy nie prezentują oczekiwanego poziomu merytorycznego. Będzie to oczywista strata dla uczestników studiów podyplomowych organizowanych przez uczelnie o wysokiej kategorii naukowej, ale faktycznie bez odpowiedniego dorobku w danej dziedzinie. Projektowana ustawa nie proponuje narzędzi weryfikujących podstawowy warunek odpowiedniej jakości studiów - wysokich, praktycznych kompetencji wykładowców. W szczególności to dotyczy zarządzania, czyli dziedziny kluczowej dla deklarowanej intencji autorów projektu - poprawy efektywności funkcjonowania szpitali. Jest wysoce dyskusyjnym zrównanie dyscypliny nauk o zarządzaniu i jakości z prawem, naukami o zdrowiu i ekonomią, chociaż z oczywistych powodów wszystkie te dyscypliny odnoszą się do sprawności w zarządzania (podobnie zresztą jak wiele innych np.).</p> <p>Biorąc pod uwagę praktyczny wymiar studiów jest zupełnie niezasadne wprowadzanie zmian, które generalnie wymierzone są w podmioty działające jako uczelnie zawodowe czyli uczelnie, które w myśl ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, prowadzi kształcenie uwzględniające potrzeby otoczenia społeczno-gospodarczego.</p>	
--	--	--	--	--



			<p>MBA to studia o charakterze zawodowym, skierowane do praktyków, zatem ograniczenia względem rodzaju uczelni wydają się nie być trafne. Już dzisiaj przepisy nie dają uprawnień do kierowania polskimi podmiotami leczniczymi absolwentom MBA renomowanych, zagranicznych szkół biznesu (np. Harvard Business School) lub krajowych instytucji naukowych (np. Polska Akademia Nauk), gdyż nie posiadają one statusu szkoły wyższej w Polsce. Kolejne ograniczenia nie wydają się gwarantować poprawy jakości zarządzania, natomiast wpływają na niepewność i odwlekanie decyzji o dalszym kształceniu (zgodnie z projektem ustawy uprawnienia do zarządzania szpitalami utracą m.in. absolwenci studiów podyplomowych „Zarządzanie w ochronie zdrowia” najbardziej znanej polskiej uczelni ekonomicznej. Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie). Uwarunkowanie formalnych kwalifikacji kadry zarządzającej szpitalami od decyzji będących w gestii innego resortu, w tym wypadku MEiN nie wydaje się być optymalnym rozwiązaniem, gdyż wymaga nieustannego monitoringu podejmowanych tam inicjatyw i procesu decyzyjnego. Obecnie dostępne wyniki kompleksowej oceny jednostek naukowych straciły ważność wraz z końcem roku 2021. Nie są znane wyniki przyszłej oceny, w oparciu o nowe kryteria, których dokładny termin publikacji nie został wskazany Ponadto ocena uczelni ma charakter okresowy co powoduje, że słuchacz rozpoczynający trzyletnie studia nie zawsze będzie miał gwarancje, że ukończy je na uczelni spełniającej wymagania wynikające z aktualnych przepisów. Pomimo istotnego wpływu ustawy na uczelnie obecnie oferujące kształcenie na studiach podyplomowych MBA w ochronie zdrowia, w ogóle nie zostały one wymienione w OSR jako podmioty, na które wpłynie regulacja.</p> <p>Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na intencję zawartą w projekcie ustawy. Jąką jest wzrost praktycznych kompetencji kadry menedżerskiej. Trudno stawiać znak równości pomiędzy zdaniem państwowego egzaminu bazującego na wiedzy teoretycznej a przejściem całego cyklu zajęć w ramach MBA lub innych, specjalistycznych studiów podyplomowych. Wydaje się niemożliwym zweryfikowanie w trakcie egzaminu całokształtu kompetencji, na które składają się wiedza, umiejętności oraz postawa społeczna. Tak rozumiane kompetencje (zgodnie z naukowym podejściem do zarządzania), doskonalą się w procesie studiów praktycznych, jakimi są studia MBA, poprzez udział w wykładach, ale także warsztatach, grach symulacyjnych, dyskusjach, zespołach problemowych, interakcji w grupie osób zajmujących podobne stanowiska i napotykających podobne problemy zawodowe. Co więcej, studia MBA umożliwiają nawiązanie trwałych relacji, umożliwiających stałe doskonalenie kompetencji również po ich ukończeniu, dzięki korzystaniu z doświadczenia innych praktyków. Zatem egzamin nie powinien być traktowany jako podstawowy, a raczej zastępczy wobec ukończenia studiów MBA i tylko wyjątkowy tryb potwierdzenia posiadanych kompetencji menedżerskich (a tym samym nabywania uprawnień do kierowania szpitalem).</p>	
--	--	--	---	--

2. Ocena jakości studiów MBA powinna odbywać się na podstawie kryteriów mających wpływ na jakość kształcenia zawodowego, czyli programu studiów oraz doświadczenia kadry wykładowej. Jakkolwiek optymalnym rozwiązaniem jest wykreślenie art. 122 z ustawy alternatywnie można rozważyć wprowadzenie narzędzi, które służyłyby rzeczywistemu zapewnieniu jakości w obszarze szkoleń podyplomowych dla kadry kierowniczej podmiotów szpitalnych. Bardziej adekwatnym do deklarowanej intencji prawodawcy rozwiązaniem służącym standaryzacji kształcenia byłoby dokonywanie oceny studiów podyplomowych MBA w ochronie zdrowia prowadzonych przez poszczególne uczelnie przez Prezesa Agencji, z uwzględnieniem takich aspektów jak np.:

- 1) wykładowcy:
  - a) odsetek osób posiadających określone tytuły zawodowe i naukowe,
  - b) odsetek praktyków wśród wykładowców tj. osób zatrudnionych w podmiotach sektora ochrony zdrowia lub z nimi współpracujących,
  - c) liczba publikacji wykładowców dotyczących sektora ochrony zdrowia,
  - d) odsetek wykładowców współpracujących z podmiotami zagranicznymi,
  - e) doświadczenie dydaktyczne wykładowców,
  - f) profil wykształcenia wykładowców - z zakresu nauk prawnych, ekonomicznych, nauk o zarządzaniu, nauk o zdrowiu.
- 2) uczestnicy:
  - a) wymagany do podjęcia studiów staż zawodowy w tym staż na samodzielnych lub kierowniczych stanowiskach,
  - b) poziom wykształcenia, tytuły zawodowe i naukowe,
- 3) współpraca zagraniczna,
- 4) liczba godzin wizyt studyjnych lub zajęć praktycznych w toku kształcenia,
- 5) zastosowanie w kształceniu nowoczesnych technologii.

Procedura oceny mogłaby opierać się na zasadach podobnych jak np. ma to miejsce w przypadku procedur akceptacji organizatorów kształcenia podyplomowego prowadzących kursy dla pielęgniarek i położnych (art. 75 i nast. ustaw) z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki . położnej) ery ratowników medycznych (art. 12c ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym). Weryfikacja mogłaby się odbywać za pomocą ankiet, również przy wykorzystaniu systemów informatycznych, z możliwością wezwania przez Prezesa Agencji do złożenia wyjaśnień i dowodów w przypadku niejasności.

Studia MBA mają wymiar praktyczny i stanowią realną wartość w podnoszeniu kompetencji zawodowych kadry zarządzającej, gdy zarówno wykładowcy, jak i uczestnicy posiadają odpowiednie kwalifikacje, wiedzę i

doświadczenie. Stawianie organizatorom wymogów odnoszących się do tych założeń wydaje się bardziej zasadne niż kierowanie się kryteriami niezwiązanymi z oceną konkretnego kierunku kształcenia prowadzonego przez daną uczelnię. Rozwiązanie systemowe nie powinno tracić z oczu głównego celu ustawy, jakim jest poprawa efektywności funkcjonowania szpitali. Zapewnienie odpowiednio wykształconej kadry jest jedną ze składowych dla realizacji tego planu, stąd tak istotne jest by w tym przypadku skupić się na wykształceniu menedżerów przez podmioty dobrze przygotowane do prowadzenia zajęć.

3. Kwalifikacja programów MBA powinna być przejrzysta i nie budzić niepewności odnośnie uznania w przyszłości dyplomu MBA uzyskanego w ramach programu będącego w realizacji lub ukończonego.

Zastrzeżenia budzi brak ochrony praw nabytych osób, które ukończyły studia MBA obejmujące dwa semestry i uzyskały określone kwalifikacje. Wielu menedżerów ochrony zdrowia, kierując się obecnie obowiązującymi przepisami i zachętą ze strony MZ do podnoszenia kwalifikacji menedżerskich, podjęło studia MBA i jest w trakcie ich realizacji lub bezpośrednio po ich ukończeniu. Udział w studiach uzupełniających wiąże się 7 ponownym kosztem i zaangażowaniem. Nie podniesiono w uzasadnieniu ustawy czy Ocenie Skutków Regulacji następstw finansowych konieczności doskonalenia zawodowego dyrektorów szpitali oraz ewentualnego uzupełnienia kwalifikacji osób, które ukończyły studia MBA w trybie lub na uczelni niespełniającej wymogów.

Nie ma gwarancji, że przyszła nowelizacja obecnie projektowanej ustawy nie wprowadzi kolejnych zmian. Regulacje dotyczące szkolnictwa wyższego leżą poza gestią resortu zdrowia. Można sobie wyobrazić, że w przyszłości uczelnie nie będą klasyfikowane w grupy A, B, C tylko np. w systemie punktowym (lub klasyfikacja zostanie zaniechana całkowicie), co spowoduje kolejne trudności w ocenie zgodności uzyskiwanego wykształcenia z treścią obecnego projektu ustawy. Należy także zwrócić uwagę na potencjalne problemy ze stwierdzeniem kwalifikowalności dyplomu MBA wobec zmian w systemie klasyfikacji uczelni oraz przyznanego konkretnej uczelni statusu, który zawsze pozostanie tymczasowy. Dla udokumentowania ważności dyplomu absolwenci MBA będą musieli posiadać zaświadczenie o odpowiednim statusie uczelni we wskazanym czasie (np. rozpoczęcia i/lub zakończenia kształcenia - nie ma bowiem pewności, że status uczelni nie zmieni się w trakcie trwania studiów).

Brak stabilności utrudnia planowanie kariery i doskonalenia zawodowego, co jest sprzeczne z deklarowaną intencją projektodawcy ustawy. Nie zaznaczono również w ocenie skutków dla rynku pracy realnej utraty wartości tytułów uzyskanych przez menedżerów przed wejściem w życie ustawy. Tymczasem dla niektórych może to oznaczać utratę zatrudnienia, bez

				<p>względu na faktycznie posiadane kompetencje (wiedzę, umiejętności i postawę społeczną).</p> <p>W Ocenie Skutków Regulacji wskazano, że zaprojektowane przepisy doprowadzą do efektywniejszego wykorzystania dostępnych zasobów kadrowych podmiotów szpitalnych i nowoczesnej infrastruktury medycznej, a także do wzmocnienia kadry zarządzającej i popularyzacji nowoczesnych systemów narzędzi i metod zarządzania w ochronie zdrowia, jak również certyfikacji umiejętności kadry zarządzającej. Trudno zgodzić się z tym twierdzeniem, jeżeli przyjęte zostaną przepisy w projektowanym kształcie.</p> <p>Mając na uwadze przytoczone wątpliwości, kierując się troską o jakość i przejrzystość i społeczny odbiór proponowanych regulacji oraz ich praktyczny, pozytywny wpływ na efektywność zarządzania szpitalami, proponujemy wykreślenie z ustawy art. 122 lub taką modyfikację jego treści, aby kryterium oceny dyplomu MBA była jakość kształcenia a nie tymczasowa klasyfikacja uczelni nie będąca pochodną praktycznej przydatności studiów.</p>	
1589.	Rozdział 10	art. 122	<p>Wyższa Szkoła Biznesu - National Louis University</p>	<p>zapis art. 122 w Projekcie ustawy z dnia 29.12.2021r. tj. Ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa dotyczący wymogu posiadania kategorii naukowej dla uczelni o profilu praktycznym</p> <p>Studia Master of Business Administration wywodzą się ze Stanów Zjednoczonych. W USA cały czas studia te realizowane są na poziomie odpowiadającym polskim studiom magisterskim. W Polsce, przyjęło się, że podobne merytorycznie programy oferowane są również w formie studiów podyplomowych.</p> <p>Idea studiów Master of Business Administration, jest związana z praktycznymi aspektami zarządzania, kierowanymi w dużej mierze do absolwentów kierunków nie ekonomicznych z sąd standardem w wymogach rekrutacyjnych na program jest posiadanie 3-5 lat doświadczenia zawodowego.</p> <p>W naszej ocenie, jako Uczelni która jedna z pierwszych w Polsce, kształciła najwyższej klasy specjalistów na programach Master of Business Administration, zapis dotyczący konieczności posiadania określonej kategorii naukowej, wyłącza z możliwości prowadzenia ww. studiów szereg Uczelni oferujących programy o profilu praktycznym, których absolwenci z sukcesem do dnia dzisiejszego zajmowali wysokie stanowisko we wskazanych podmiotach. Warto wspomnieć, że Uczelnie te także podlegają tym samym wymogom akredytacyjnym co Uczelnie prowadzące programy o profilu ogólnoakademickim. Zakres regulacji, mający przygotować przyszłym kierownikom podmiotów leczniczych, powinien w głównej mierze dotyczyć przewidywanych efektów uczenia się i treści programowych. Natomiast wprowadzenie wymogu posiadania kategorii naukowej, nie wpłynie na jakość poziomu kształcenia.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p> <p>Zmieniono długość trwania studiów MBA z minimum 3 semestrów do minimum 400 godzin dydaktycznych.</p>

				<p>Propozycja: Wprowadzenie, zgodnie z projektem ustawy studiów 3 semestralnych. Dłuższy czas, da możliwość zwiększenia programu studiów o dodatkowe elementy, jakże niezbędne w pracy osób kierujących podmiotami opieki zdrowotnej. Również uważamy, że ustawodawca, powinien określić minimalny próg punktów ECTS na poziomie 45 pkt oraz minimalną liczbę godzin na programie na minimum 270 h. Właśnie zakres regulacji, mający przygotować przyszłym kierownikom podmiotów leczniczych, powinien w głównej mierze dotyczyć przewidywanych efektów uczenia się i treści programowych. W tym tkwi istota i pewność, że prowadzone studia spełnią oczekiwania ustawodawcy. Brak zagadnień merytorycznych, z powoduje pewną dowolność w ich doborze, co nie daje gwarancji osiągnięcia przez wszystkich absolwentów jednakowych efektów.</p>	
1590.	Rozdział 10	art. 122	<p>Wyższa Szkoła Biznesu - National Louis University</p>	<p>Brak wprowadzenia okresu przejściowego oraz rozwiązań dla osób już kształcących się na kierunku MBA w ochronie zdrowia dla uczelni o profilu praktycznym nie podlegających parametryzacji</p> <p>Wprowadzony zapis, dotyczący wymogu posiadania przez Uczelnie kategorii naukowej, wzbudził spore wzburzenie, wśród osób obecnie studiujących na tym kierunku, które w zaufaniu i wierząc w obowiązujące przepisy prawa, przyjęły się na studia z chęcią uzyskania wskazanych kwalifikacji. Zatem zmiana w tym zakresie obecnej ustawy, z powoduje iż ich studia będą niewystarczające, pomimo, że zapisując się na nie, mieli świadomość, że uzyskają pełne kompetencje na ich podstawie. Również Uczelnie, które nie znały zamierzeń legislacyjnych, nie mogły w żaden sposób zapobiec powstałej sytuacji. Biorąc pod uwagę doświadczenia Uczelni wyższych na innych kierunkach, takie zmiany zawsze wiązały się z okresem przejściowym i dawały Uczelni, możliwość zakończenia prowadzonych studiów z pełnymi kwalifikacjami( np. studia na kierunku pedagogika).</p> <p>Propozycja: W przypadku utrzymania zapisu dotyczącego konieczności posiadania przez Uczelnie kategorii naukowej B, wprowadzenie okresu przejściowego i nadanie osobą, które rozpoczęły niniejszy kierunek przed wejściem w życie ustawy takich samych uprawnień.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p> <p>Zmieniono długość trwania studiów MBA z minimum 3 semestrów do minimum 400 godzin dydaktycznych.</p>
1591.	Rozdział 10	art. 122	<p>Ośrodek Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych</p>	<p>Proponuje się zmianę brzmienia projektowanego przepisu na „Studia podyplomowe na kierunku MBA w ochronie zdrowia lub zarządzanie w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 120 ust. 1 pkt 4, powinny trwać nie krócej niż dwa semestry i być realizowane w uczelni, która posiada co najmniej kategorię naukową B dla jednostki prowadzącej kształcenie w co najmniej jednej z następujących dyscyplin:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nauki prawne;</li> <li>2) nauki o zarządzaniu i jakości;</li> <li>3) ekonomia i finanse;</li> <li>4) nauki o zdrowiu.”</li> </ol>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p> <p>Zmieniono długość trwania studiów MBA z minimum 3 semestrów do minimum 400 godzin dydaktycznych.</p>

				Ustawa z dnia 16 grudnia 2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym stanowi w art. 19, że jako kandydata na członka organu nadzorczego wskazuje się osobę, posiadającą pozytywną opinię Rady do spraw spółek z udziałem Skarbu Państwa i państwowych osób prawnych, o której mowa w art. 24 pkt 1, która: c) ukończyła studia podyplomowe Master of Business Administration (MBA). Przepis ten nie dookreśla liczby semestrów czy kategorii naukowej uczelni, która takie studia prowadzi. Bezzasadnym jest zatem stosowanie takiego ograniczenia w projektowanej ustawie.	
1592.	Rozdział 10	art. 122	Pracodawcy Pomorza	Studia podyplomowe na kierunku MBA w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 120 ust. 1 pkt 4, powinny trwać nie krócej niż 3 semestry i być realizowane w uczelni, która posiada co najmniej kategorię naukową B dla jednostki prowadzącej kształcenie w co najmniej jednej z następujących dyscyplin: 1) nauki prawne; 2) nauki o zarządzaniu i jakości; 3) ekonomia i finanse; 4) nauki o zdrowiu. Proponuje się obniżenie do 2 semestrów Propozycja: Proponuje się obniżenie ilość semestrów studiów MBA do 2 lub ewentualnie obniżenie do 2 w sytuacji, w której osoba posiada jednocześnie studia zarządzania w ochronie zdrowia lub jest absolwentem studiów z zakresu zdrowia publicznego. Uzasadnienie: Wiele prowadzonych obecnie kierunków studiów MBA obejmujących aktualną tematykę obejmuje 2 semestry, rzadko kiedy 3.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Rozszerzono katalog studiów MBA. Zmieniono długość trwania studiów MBA z minimum 3 semestrów do minimum 400 godzin dydaktycznych.
1593.	Rozdział 10	art. 122	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	Modyfikacja zapisu o czasie trwania studiów MBA nie krótszym niż 3 semestry na określenie minimalnej liczby godzin dydaktycznych. Ponadto, Art. 120 ust. 1 pkt. 4 powinien zostać rozszerzony o tytuł naukowy doktora w dyscyplinach naukowych wskazanych w art. 122. O jakości studiów nie decyduje czas trwania mierzony w semestrach, tylko liczba godzin dydaktycznych. Należy także rozważyć uznanie tytułów MBA nie spełniających wymienionych kryteriów, przyznanych przed dniem wejścia w życie ustawy. Wskazane jest również uznanie innych, pokrewnych studiów MBA, np. w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi. Ponadto, wskazane jest zwolnienie z obowiązku zdania egzaminu Państwowego osoby posiadające tytuł naukowy doktora w dziedzinach ekonomicznych oraz opcjonalnie naukach prawnych oraz naukach o zdrowiu.	<b>Uwaga uwzględniona.</b> Rozszerzono katalog studiów MBA. Zmieniono długość trwania studiów MBA z minimum 3 semestrów do minimum 400 godzin dydaktycznych. Dodano posiadanie stopnia naukowego doktora nauk ekonomicznych albo stopnia naukowego doktora w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie ekonomia i finanse lub nauki o zarządzaniu i jakości jako warunek zwalniający z konieczności zdawania egzaminu uprawniającego do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego.
1594.	Rozdział 10	art. 122	Związek Województw	Wykreślenie art. 122	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

			RP - Województwo Lubuskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Proponowana zmiana: Dopuszczenie wszystkich uczelni, które prowadzą Studia podyplomowe na kierunku MBA w ochronie zdrowia</p> <p>Ograniczenie poprzez narzucenie ilości semestrów i uczelni, które dają uprawnienia powoduje dyskryminację osób, które posiadają niejednokrotnie ogromne doświadczenie w zarządzaniu podmiotami leczniczymi i podjęły trud podniesienia kwalifikacji na innej uczelni, który jak się może okazać ostatecznie nie pozwoli na uzyskanie dyplomu honorowanego przez ustawę.</p>	Rozszerzono katalog studiów MBA.
1595.	Rozdział 10	art. 122	Związek Pracodawców Polska Miedź	<p>Studia podyplomowe na kierunku MBA w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 120 ust. 1 pkt 4, powinny trwać nie krócej niż 3 semestry i być realizowane w uczelni, która posiada co najmniej kategorię naukową B dla jednostki prowadzącej kształcenie w co najmniej jednej z następujących dyscyplin:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nauki prawne;</li> <li>2) nauki o zarządzaniu i jakości;</li> <li>3) ekonomia i finanse;</li> <li>4) nauki o zdrowiu.</li> </ol> <p>Wszystkie uczelnie wyższe oferujące kierunek studiów podyplomowych Master of Business Administration w ochronie zdrowia muszą spełniać wymagania formalno-prawne do prowadzenia tego kierunku. Większość uczelni prowadzących w/w studia podyplomowe nie posiada kategorii naukowej B we wskazanych w projekcie ustawy dyscyplinach nauk oraz prowadzone są w formule z reguły dwusemestralnej a zawierają określony zakres przedmiotów wynikający z realizowanego programu nauczania. Ograniczenie dotyczące minimalnej liczby semestrów oraz kategoryzacji naukowej uczelni prowadziłyby do ponownego ukończenia studiów podyplomowych MBA w ochronie zdrowia osób już posiadających tego typu studia a także zawężenia możliwości wyboru uczelni przez kierowników podmiotu szpitalnego w celu uzyskania wymagań związanych ze stanowiskiem kierownika podmiotu leczniczego wynikających z projektowanej ustawy.</p> <p>Studia podyplomowe na kierunku MBA w ochronie zdrowia, o których mowa w art. 120 ust. 1 pkt 4, powinny trwać nie krócej niż 2 semestry i być realizowane w uczelni, która posiada uprawnienia do prowadzenia kształcenia zgodnie z ustawą z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce. <del>co najmniej kategorię naukową B dla jednostki prowadzącej kształcenie w co najmniej jednej z następujących dyscyplin:</del></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nauki prawne;</li> <li>2) nauki o zarządzaniu i jakości;</li> </ol>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Rozszerzono katalog studiów MBA.</p> <p>Zmieniono długość trwania studiów MBA z minimum 3 semestrów do minimum 400 godzin dydaktycznych.</p>

				3) ekonomia i finanse; 4) nauki o zdrowiu.	
1596.	Rozdział 10	art. 123	Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych	<p>dodanie do art. 123 ust. 10 Zmiana ta umożliwi już doświadczonym osobom, które pełniły dotychczas funkcję kierownika szpitalnego kontynuowanie świadczonej pracy na podstawie dotychczasowych przepisów, zgodnie z zasadą lex retro non agit. Wnoszę o dodanie w art. 123 dodać ust. 10 w brzmieniu: <i>Do osób pełniących funkcję kierownika szpitalnego przed wejściem w życie ustawy nie stosuje się pkt 1 – 9.</i></p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Kierownik posiadający wysokie kompetencje i wieloletnie doświadczenie w kierowaniu podmiotem szpitalnym nie powinien mieć problemów ze zdaniem egzaminu przewidzianego przepisami projektu ustawy.</p> <p>Zasada działania prawa wstecz nie ma miejsca w przedmiotowej sytuacji gdyż projekt ustawy kreuje zasady prawne na przyszłość.</p>
1597.	Rozdział 10	art. 123	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Brak możliwości wniesienia odwołania Projektowany przepis w istocie wyłącza kontrolę sądową uchwały rady będącej efektem odwołania kandydata od postanowienia o odmowie wpisu na listę menedżerów prowadzoną przez Prezesa Agencji. Rozwiązanie to stanowi naruszenie konstytucyjnego prawa do sądu oraz przy obecnie projektowanym składzie Rady budzi zastrzeżenia co do obiektywności rozpoznawania sprzeciwów od decyzji Prezesa Agencji. Zarówno bowiem postanowienie w sprawie wpisu na listę jak i odwołanie od niej będzie rozpoznawane przez osoby powołane przez administrację rządową.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W ocenie projektodawcy możliwość wniesienia sprzeciwu do Rady jest wystarczającym środkiem kontroli rozstrzygnięcia Prezesa.</p>
1598.	Rozdział 10	art. 123	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Postulowane jest wprowadzenie postępowania ukierunkowanego na badanie spełnienia warunków formalnych wniosku. Obecnie proponowane rozwiązanie powoduje, że wniosek niekompletny spotyka się z odmową, co jest rozwiązaniem radykalnym. Kolejnym postulowanym rozwiązaniem jest wprowadzenie regulacji dającej możliwość kwestionowania odmowy na drodze postępowania sądowego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Odmowa wpisu na skutek złożenia wniosku niekompletnego nie blokuje możliwości ponownego złożenia wniosku kompletnego.</p>
1599.	Rozdział 10	art. 123	Powiat Starachowicki	<p>Tworzenie listy menedżerów, do której automatycznie będą kwalifikowani wszyscy absolwenci większości studiów podyplomowych Master of Business Administration (MBA) w ochronie zdrowia, nie gwarantuje eksperckiego poziomu i zawodowego doświadczenia menedżerów. Tak jak w przypadku każdego kierunku studiów poziom kształcenia w przypadku studiów MBA, a więc i menedżerskiego przygotowania, może być bardzo różny.  Propozycja: Weryfikacji zawodowej przed prawidłowo powołaną komisją egzaminacyjną powinny zostać poddane również wszystkie osoby wpisane na listę menedżerów z racji posiadanego certyfikatu MBA, z uwzględnieniem dotychczasowej drogi zawodowej.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uzyskanie dyplomu studiów MBA jest już potwierdzeniem zdobycia wiedzy i umiejętności wymaganych na tych studiach.</p>
1600.	Rozdział 10	art. 123 ust. 1	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Psychiatryczny Zakład Opieki	<p>Ustawa nie uznaje doświadczenia wieloletnich managerów jednostek ochrony zdrowia, co powinno być zawarte w Ustawie. Istnieje część Polskich szpitali, które nie są zadłużone i są przez wiele lat zarządzane. Zatem są kierownicy podmiotów szpitalnych mający wysoki poziom kompetencji menedżerskich, którzy nie są brani pod uwagę w</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Kierownik posiadający wysokie kompetencje i wieloletnie doświadczenie w kierowaniu podmiotem szpitalnym nie powinien mieć problemów ze zdaniem</p>



			Zdrowotnej we Fromborku	niniejszej Ustawie. Osoby takie, ze względu na doświadczenie oraz poziom kompetencji, powinny być wpisane na listę managerów Prezesa Agencji, co powinno być zawarte w Ustawie.  Art. 123. 1. Prezes Agencji prowadzi listę menedżerów, którzy spełniają kryteria określone w art. 120 ust. 1.	egzaminu przewidzianego przepisami projektu ustawy.
1601.	Rozdział 10	art. 123 ust. 1 pkt 9	Rada Główna Instytutów Badawczych	czy za równoznaczne będą traktowane studia MBA, MBA zarządzanie, MBA administracja, itp. bez rozszerzania w ochronie zdrowia pierwszą formą studiów MBA nie posiadała specjalizacji w ochronie zdrowia, zatem czy osoby które je ukończyły lub ukończą inne pokrewne specjalizacje mają możliwość ubiegania się o wpisanie na listę  doprecyzowanie zapisu	<b>Uwaga uwzględniona.</b>  Rozszerzono katalog studiów MBA.
1602.	Rozdział 10	art. 123 ust. 5	Polska Federacja Szpitali	literówka jest „następuję” powinno być „następuje” Poprawka stylistyczna	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1603.	Rozdział 10	art. 123 ust. 8	Województwo Pomorskie	Sprzeciw – rozpatrzenie  Wnioskodawca nie ma zapewnionego prawa do sądu w celu ochrony swych praw.  Rozstrzygnięcie powinno być zaskarżalne do sądu (WSA lub NSA)	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W ocenie projektodawcy możliwość wniesienia sprzeciwu do Rady jest wystarczającym środkiem kontroli rozstrzygnięcia Prezesa.
1604.	Rozdział 10	art. 124	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	W zakresie obowiązku zdania egzaminu przez kierowników jednostek - brak wskazania terminu, w jakim mają go zdać oraz szczegółowego zakresu merytorycznego. Konieczność dokształcania przez kierowników podmiotów szpitalnych – udział w przynajmniej 2 formach dokształcania. Niezbędne przepisy wykonawcze w przedmiotowym zakresie. Brak doprecyzowania wymagań w przedmiotowym zakresie	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W art. 142 wskazano termin pierwszego egzaminu na kierownika podmiotu szpitalnego, natomiast w art. 141 został wskazany termin wygaśnięcia umowy zawartej z kierownikiem podmiotu szpitalnego zawartej na dotychczasowych zasadach. W art. 124 wskazano zasady kształcenia ustawicznego, pozostawiając swobodę wyboru kierownikom podmiotów szpitalnych.
1605.	Rozdział 10	art. 124	Polska Unia Szpitali Klinicznych	Aktualne brzmienie: 1. Kierownik podmiotu szpitalnego jest obowiązany dbać o doskonalenie zawodowe przez kształcenie ustawiczne. 2. Doskonalenie zawodowe, o którym mowa w ust. 1, obejmuje stałą aktywność w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia. 3. Kierownik podmiotu szpitalnego jest obowiązany przedkładać Prezesowi Agencji do dnia 15 stycznia każdego roku dokumenty potwierdzające udział w co najmniej dwóch zorganizowanych formach kształcenia, o których mowa w ust. 2, w roku poprzednim.  Formy kształcenia winny być doprecyzowane, czyli powinna być doprecyzowana minimalna liczba godzin, zakres tematyczny oraz forma (czy	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W art. 124 wskazano zasady kształcenia ustawicznego, pozostawiając swobodę kierownikom podmiotów szpitalnych.

				dopuszczalna jest forma on-line, webinarium). Winno być określone, czy kształcenie winno zakończyć się certyfikatem ukończenia kształcenia oraz określenie jaki podmiot może organizować kształcenie, aby było ono uznane.	
1606.	Rozdział 10	art. 124	Związek Województw RP - Województwo Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>1. Kierownik podmiotu szpitalnego jest obowiązany dbać o doskonalenie zawodowe przez kształcenie ustawiczne.</p> <p>2. Doskonalenie zawodowe, o którym mowa w ust. 1, obejmuje stałą aktywność w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia.</p> <p>3. Kierownik podmiotu szpitalnego jest obowiązany przedkładać Prezesowi Agencji do dnia 15 stycznia każdego roku dokumenty potwierdzające udział w co najmniej dwóch zorganizowanych formach kształcenia, o których mowa w ust. 2, w roku poprzednim.</p> <p>Należy uszczegółowić zapis, poprzez dodanie ust. 4, dotyczącego pokrycia kosztów doskonalenia zawodowego kierowników podmiotu szpitalnego.</p> <p>Propozycja: 4. Koszty doskonalenia zawodowego, o którym mowa w ust. 1, ponosi podmiot szpitalny, którego kierownikiem jest osoba zobowiązana do doskonalenia zawodowego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projektodawca zakłada, że finansowanie doskonalenia zawodowego kierownika podmiotu szpitalnego odbywać się będzie na dotychczasowych zasadach.</p>
1607.	Rozdział 10	art. 124	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	<p>Dopuszczalne formy doskonalenia zawodowego powinny zostać uzupełnione.</p> <p>Wielu kierowników jako liderów środowiskowych poszerza swój osobisty dorobek naukowy czy też aktywnie uczestniczy w życiu publicznym związanym z prowadzoną działalnością.</p> <p>Proponuje się doprecyzować obowiązek samokształcenia poprzez „zaliczenie” w jego poczet przejawów aktywności naukowej (artykuły/książki) czy publicznej (udział w konferencjach/kongresach ) kierownika.</p> <p>Ponadto proponuje się wprowadzenie systemu punktowego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Przez doskonalenie zawodowe należy rozumieć zdobywanie i poszerzanie kompetencji niezbędnych kierownikowi do efektywnego zarządzania podmiotem szpitalnym.</p>
1608.	Rozdział 10	art. 124	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>"1. Kierownik podmiotu szpitalnego jest obowiązany dbać o doskonalenie zawodowe przez kształcenie ustawiczne.</p> <p>2. Doskonalenie zawodowe, o którym mowa w ust. 1, obejmuje stałą aktywność w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia.</p> <p>3. Kierownik podmiotu szpitalnego jest obowiązany przedkładać Prezesowi Agencji do dnia 15 stycznia każdego roku dokumenty potwierdzające udział w co najmniej dwóch zorganizowanych formach kształcenia, o których mowa w ust. 2, w roku poprzednim."</p> <p>Likwidacja funkcjonowania nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w szpitalach z listy podstawowego szpitalnego zabezpieczenia, nie zmienia obowiązku posiadania jednostki NPL wynikającego z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego. Wymóg utworzenia</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W art. 124 wskazano zasady kształcenia ustawicznego, pozostawiając swobodę wyboru kierownikom podmiotów szpitalnych.</p>

				<p>najpóźniej do 1.07.2022 jednostki NPL przez szpitale ze szpitalnym oddziałem ratunkowym w strukturze, nie został zniesiony w zapisach projektu przedmiotowej ustawy. Likwidacja NPL nie została uzupełniona w projekcie zapisami dotyczącymi obowiązkiem wykonywania przez POZ badań diagnostycznych dla pacjentów, którym wystawiane jest skierowanie na hospitalizację. Brak jest w uzasadnieniu projektu komentarza, co się proponuje zamiast likwidowanej NPL. Skutkiem tego będzie znaczne zwiększenie liczby pacjentów na SOR-ach, co ponownie zdestabilizuje ich pracę.</p> <p>Formy kształcenia winny być doprecyzowane, czyli powinna być doprecyzowana minimalna liczba godzin, zakres tematyczny oraz forma (czy dopuszczalna jest forma on-line, webinarium). Winno być określone, czy kształcenie winno zakończyć się certyfikatem ukończenia kształcenia oraz określenie jaki podmiot może organizować kształcenie, aby było ono uznane.</p>	
1609.	Rozdział 10	art. 124 ust. 1	Województwo Podlaskie	<p>Art. 124 1. Kierownik podmiotu szpitalnego jest obowiązany dbać o doskonalenie zawodowe przez kształcenie ustawiczne.</p> <p>2. Doskonalenie zawodowe, o którym mowa w ust. 1, obejmuje stałą aktywność w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia."</p> <p>Proponuje się, dookreślić jakie kształcenie ustawiczne ustawodawca miał na myśli. Czy chodzi o dodatkowe studia podyplomowe, czy szkolenia organizowane przez wybrane uczelnie ?? Należy doszczegółowić zapis, ponieważ może wystąpić problem w przyszłości w ocenie czy zrealizowane szkolenie przez Dyrektora będzie akceptowalne przez Prezesa Agencji.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W art. 124 wskazano zasady kształcenia ustawicznego, pozostawiając swobodę wyboru kierownikom podmiotów szpitalnych.</p>
1610.	Rozdział 10	art. 124 ust. 1 pkt 3	Rada Główna Instytutów Badawczych	<p>nie wskazano zakresu /dziedzin kształcenia czy przez udział dorozumiane jest rozpoczęcie czy ukończenie kształcenia (np. dyplom) – Kierownik co roku może rozpoczynać inne kształcenie i żadnego nie ukończyć zapis budzi wątpliwości w interpretacji i wymaga doprecyzowania zmiana zapisu poprzez wskazanie dziedziny/dziedzin których ma dotyczyć oraz definicji „udziału”</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1611.	Rozdział 10	art. 124 ust. 1 pkt 3	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	<p>nie wskazano zakresu /dziedzin kształcenia czy przez udział dorozumiane jest rozpoczęcie czy ukończenie kształcenia (np. dyplom) – Kierownik co roku może rozpoczynać inne kształcenie i żadnego nie ukończyć zapis budzi wątpliwości w interpretacji i wymaga doprecyzowania zmiana zapisu poprzez wskazanie dziedziny/dziedzin których ma dotyczyć oraz definicji „udziału”</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1612.	Rozdział 10	art. 124 ust. 2	Województwo Podlaskie	<p>W art. 124 ust.2 brakuje dookreślenia jakie formy samokształcenia będą wypełniały obowiązek określony w art.124 i nie będą stanowiły podstawy do zastosowania art.77 ust.1 pkt 4)</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>

				<p>Samokształcenie jest jednym z obowiązków określonych w art. 124, którego niespełnienie daje podstawę do zmiany kierownika podmiotu szpitalnego (art.77 ust.1.pkt 4). Można mieć wątpliwości, czy np. czytanie przepisów zmieniającego się prawa jest samokształceniem? Czy oświadczenie kierownika podmiotu szpitalnego jest wystarczające do potwierdzenia wypełnienia tego obowiązku?</p> <p>Doprecyzowanie uznania tej formy doskonalenia zawodowego.</p>	
1613.	Rozdział 11	-	Sąd Okręgowy w Warszawie	<p>Brak propozycji zmiany w ustawie Prawo o Ustroju Sądów Powszechnych. Obowiązująca ustawa Prawo o Ustroju Sądów Powszechnych nie przewiduje możliwości powołania Sądu restrukturyzacyjnego na poziomie Sądu Okręgowego.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W ocenie projektodawcy brak konieczności wprowadzania zmian w ustawie Prawo o ustroju sądów powszechnych.</p>
1614.	Rozdział 11	-	Związek Województw RP - Województwo Wielkopolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Projekt ustawy w rozdziale o zmianach w przepisach obowiązujących wykreśla w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zapis zapewnienia w ramach podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej usługi nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.</p> <p>Przepis niespójny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego który wskazuje, że szpitalny oddział ratunkowy działa w podmiotach szpitalnych udzielających świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.</p> <p>Propozycja: Ujednolicenie zapisów.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Proponuje się pozostawienie art. 132b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w następującym zmodyfikowanym brzmieniu: Art. 132b 1. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1, przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego. 2. W przypadku konieczności zabezpieczenia dodatkowych świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, na danym obszarze terytorialnym określonym w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, świadczenia te mogą być udzielane również przez świadczeniodawcę zakwalifikowanego do systemu zabezpieczenia, innego niż wymieniony w ust. 1, na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1, po złożeniu wniosku o umożliwienie ich udzielania do Prezesa Funduszu i uwzględnieniu ich w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1. 3. W przypadku braku zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 1 i 2, stosuje się przepisy dotyczące konkursu ofert i rokowań.</p>

1615.	Rozdział 11	-	Związek Banków Polskich	Obecnie obowiązuje w stosunku do PZOZ ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej; projektowana ustawa w przepisach przejściowych i końcowych nie uchyla ani nie zmienia ww. ustawy. Wyjaśnienia wymaga wzajemny stosunek tych dwóch aktów prawnych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Należy zauważyć, iż projektowana ustawa obejmuje swoim zakresem jedynie podmioty szpitalne, które zostały zdefiniowane w art. 2 i którymi są nie tylko SP ZOZy ale i spółki kapitałowe. W uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex specialis</i> w stosunku do innych ustaw.
1616.	Rozdział 11	art. 126 pkt 1	Uniwersytet Opolski	Proponuje się wykreślenie pkt 1) Wykreślenie z projektu ustawy art. 38-49, skutkuje brakiem konieczności dodania pkt 1 w art. 44 ustawy dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz. U. z 2021 r. poz. 112 oraz z 2020 r. poz. 2320 oraz z 2021 r. poz. 1598 i 1641).	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Art. 38-49 nie zostały wykreślone.
1617.	Rozdział 11	art. 126 pkt 2	Uniwersytet Opolski	Proponuje się wykreślenie w art. 53 ust. 2 Wykreślenie z projektu ustawy art. 38-49, skutkuje brakiem konieczności dokonania zmian w art. 53 ust. 2 ustawy dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym, z uwagi na dokonanie korekty wcześniejszych zapisów projektowanej ustawy	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Art. 38-49 nie zostały wykreślone.
1618.	Rozdział 11	art. 127	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Projekt ustawy – art. 127 – przewiduje zmianę w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych polegającą na przededefiniowaniu tzw. sieci szpitali. Projekt m.in. ma zlikwidować poziomy szpitali (w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uchylić ma w art. 95l ust. 2–4). Obecnie w ramach systemu zabezpieczenia wyróżnia się następujące poziomy: 1) szpitale I stopnia; 2) szpitale II stopnia; 3) szpitale III stopnia; 4) szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne; 5) szpitale pediatryczne; 6) szpitale ogólnopolskie. Zostaną one zniesione. Twórca projektu ustawy w zasadzie przyznaje się, że było to rozwiązanie niewłaściwe (kolejny przykład nieracjonalnej „reformy”). Można w całej rozciągłości zgodzić się z tezą z uzasadnienia do projektu ustawy, gdzie stwierdzono cyt. „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 poziomy PSZ w dość powszechnej świadomości były postrzegane jako rodzaj poziomów referencyjnych, nie mając w rzeczywistości takiego charakteru”.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Uwaga nie zawiera żadnych propozycji dot. treści projektu, ani nie kwestionuje zasadności wprowadzanych zmian.

				Obecnie projekt ustawy zakłada wprowadzenie profili kwalifikujących szpitali oraz innych rodzajów świadczeń, w ramach których będzie on udzielał świadczenia opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia.	
1619.	Rozdział 11	art. 127	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Brak możliwości kwalifikacji do systemu zabezpieczenia monoprofilowych podmiotów rehabilitacyjnych, realizujących stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne z zakresu rehabilitacji leczniczej (art.8 pkt.1 lit. a) ustawy o działalności leczniczej). Po raz kolejny nie zostały uwzględnione wielokrotnie zgłaszane, merytorycznie uzasadnione postulaty ujęcia w systemie PSZ również monoprofilowych podmiotów leczniczych, realizujących świadczenia stacjonarne i całodobowe świadczenia rehabilitacyjne.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) ze swojej istoty obejmuje podmioty udzielające świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego. Rehabilitacja w trybie stacjonarnym jest objęta tym systemem jedynie jako uzupełnienie leczenia szpitalnego (ze względu na promowanie kompleksowości i ciągłości udzielanych świadczeń). Nie ma uzasadnienia dla włączania do PSZ monoprofilowych jednostek rehabilitacyjnych, które mają możliwość ubiegania się o kontrakty z NFZ w ramach postępowań konkursowych.
1620.	Rozdział 11	art. 127	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	"1.W zakresie art. 127 projektu dotyczącego Art. 95m Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych: ust. 4 pkt 1c – prosimy o uwzględnienie także chemioterapii wykonywanej w trybie ambulatoryjnym, tak aby ww. zapis całościowo regulował kwestię realizacji świadczeń chemioterapeutycznych, ust. 4 pkt 2 – proponujemy ujęcie w tym zakresie również rehabilitacji leczniczej wykonywanej w trybie ambulatoryjnym, w tym fizjoterapii ambulatoryjnej oraz domowej, w celu zachowania możliwości kompleksowej realizacji świadczeń rehabilitacyjnych przez podmioty ujęte w systemie zabezpieczenia, ust. 4 pkt 3 – proponujemy nadanie brzmienia: „świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanych przez podmioty zakwalifikowane do systemu zabezpieczenia, w poradniach przyszpitalnych oraz pozostałych komórkach udzielających świadczeń ambulatoryjnych, jeżeli Świadczeniodawca udziela takich świadczeń w dniu kwalifikacji, na podstawie umowy z Funduszem, której okres trwania wynosi co najmniej 1 rok”. Taka zmiana pozwoli na ujęcie w ramach systemu zabezpieczenia (PSZ) również poradni, które u danego świadczeniodawcy nie udzielają świadczeń w powiązaniu z odpowiednim oddziałem szpitalnym, jednak działają jako samodzielne jednostki zapewniając dostępność do świadczeń (kompleksowość) dla pacjentów leczonych w ramach innych specjalności szpitalnych lub ambulatoryjnych. Ponadto umożliwi to ujęcie w umowach w ramach systemu zabezpieczenia również świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (np. TK, badania scyntygraficzne) oraz świadczeń kontraktowanych odrębnie (np. badania genetyczne, badania zgodności tkankowej), podobnie jak przyjęte jest to obecnie. 2. Proponujemy rezygnację z uregulowań, w zakresie których, w przypadku	<b>Uwagi niezasadne.</b>  1.a) /b) Udzielanie świadczeń ambulatoryjnych co do zasady powinno być zlokalizowane jak najbliżej pacjenta i udzielane jest w wielu miejscach na terenie obszaru objętego zasięgiem szpitala. Nie wpływa też bezpośrednio na kompleksowość udzielanych świadczeń  1.c) Zapewnienie w ramach PSZ kompleksowości i ciągłości świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych opiera się na powiązaniu rodzajów porad realizowanych w ramach umów PSZ z odpowiednimi profilami szpitalnymi, zgodnie ze szczegółowym przyporządkowaniem określonym w przepisach wykonawczych. Proponowane przepisy nie zmieniają niczego w zakresie możliwości udzielania w ramach PSZ świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (tak jak obecnie będą mogły być udzielane, w poradniach przyszpitalnych) - zastrzeżenie dot. posiadania odpowiednich profili szpitalnych dotyczy tylko porad specjalistycznych.  2.

				<p>profilu zabiegowych, określono dodatkowy warunek „osiągnięcia co najmniej minimalnej wartości określonej dla danego profilu zabiegowego w przepisach wydanych na podstawie ust. 5 pkt 1”. W naszej ocenie pozostawienie takich zapisów może skutkować ograniczeniem dostępności do świadczeń w podmiotach dotychczas realizujących zabiegowe zakresy świadczeń, które z uwagi na niespełnienie ww. warunku, nie zostaną zakwalifikowane do systemu zabezpieczenia w ramach hospitalizacji.</p> <p>3. Ponadto w związku z zakładanym uchYLENIEM zapisów dotyczących wyodrębniania poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia, wnosimy o utrzymanie możliwości stosowania współczynników korygujących przy rozliczaniu świadczeń zdrowotnych, które dotychczas ustalone były dla podmiotów ogólnopolskich np. w zakresie świadczeń chemioterapeutycznych.”</p>	<p>W proponowanych przepisach stworzono możliwość zachowania kontraktu w odniesieniu do profili zabiegowych niespełniających kryterium minimalnego progu zabiegowości, w ramach umowy na hospitalizację planową/ leczenie jednego dnia.</p> <p>3. Uwaga wykracza poza zakres projektowanych regulacji</p>
1621.	Rozdział 11	art. 127	<p>Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ "Solidarność"</p>	<p>W art.127 dot.art.95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej(...)wprowadza profile kwalifikacyjne do sieci podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) uwzględniające wielokrotnie zgłaszane uwagi NSZZ Solidarność co do obowiązującego od 5 lat rozwiązania definiującego poziomy PSZ, które stanowiły odpowiednik poziomów referencyjnych nie ustanawiając jednak mechanizmów zapobiegających wykonywaniu wszystkich świadczeń we wszystkich szpitalach, zamiast wykonywania świadczeń o wyższym stopniu złożoności w szpitalach o zasięgu wojewódzkim i ogólnopolskim i skupienia w nich pracowników, aparatury i sprzętu wysokospecjalistycznego.</p> <p>W wykonaniu powyższych przepisów w ust.5 tego art. należy doprecyzować, że minister właściwy do spraw zdrowia powinien określić w wydanym rozporządzeniu w ramach minimalnego udziału świadczeń zabiegowych dla danego profilu kwalifikującego, również świadczenia rewizyjne a więc o charakterze reoperacyjnym, wykonywane z zasady powodu jatrogennych albo pozajatrogennych powikłań, co pozwoli równocześnie w praktyce wykorzystać stosować zarówno zasoby danych jak i w wyniku bieżącego monitorowania i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Świadczenia zabiegowe wykonywane w ramach rehospitalizacji będą również uwzględnione przy ustalaniu ogólnego udziału świadczeń zabiegowych u danego świadczeniodawcy.</p>
1622.	Rozdział 11	art. 127	<p>Związek Województw RP - Województwo Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - Art. 95m ust. 5 pkt. 2</p> <p>W zależności od intencji Ustawodawcy zmiana treści na:  „zakresy ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych odpowiadające poszczególnym profilom kwalifikującym”  Lub  „wykaz świadczeń ambulatoryjnych odpowiadających poszczególnym profilom kwalifikującym”</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Proponowany zapis (analogiczny do aktualnie obowiązującego) jest precyzyjny i odzwierciedla intencję projektodawców. Określenie „zakres” na gruncie ustawy ma inne znaczenie (w tym przypadku oznacza ogół świadczeń AOS), natomiast określenie „świadczenia ambulatoryjne” jest również zbyt szerokie, gdyż przypisanie do profili szpitalnych ma się odnosić tylko do porad, a nie do świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych, stanowiących odrębne zakresy świadczeń AOS w rozumieniu</p>

				W kontekście pozostałych zmian, intencją Ustawodawcy było raczej przypisanie do poszczególnych profili poszczególnych zakresów świadczeń ambulatoryjnych lub konkretnych typów świadczeń, a nie porad specjalistycznych, która to nazwa odnosi się raczej do jednostkowych świadczeń udzielanych poszczególnym świadczeniobiorcom”.	przepisów wykonawczych określających ogólne warunki umów.
1623.	Rozdział 11	art. 127, art. 130	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Ustawa wprowadza również szereg zmian do innych ustaw, w tym szczególnie istotne są zmiany dokonane art. 127 i 130 ustawy to jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zmiany w ustawie z 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w szczególności w zakresie organizacji i funkcjonowania systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ)</li> <li>• zmiany w ustawie o działalności leczniczej, w szczególności polegające na zmianie przepisu art.61 poprzez przyjęcie, że podmiot tworzący taki jak Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego oraz uczelnia medyczna, po likwidacji SPZOZ odpowiada za jego zobowiązania tylko w przypadku SPZOZ nie będącego podmiotem szpitalnym. Odstąpiono więc od obowiązującej od kilkudziesięciu lat zasady odpowiedzialności za zobowiązania SPZOZ ich organów założycielskich. Przyjęcie tego rozwiązania budzi dwojakiego rodzaju wątpliwości. Po pierwsze kontrahenci podmiotów szpitalnych, kierując się złą ich kondycją finansową, będą żądali od szpitali przed dostawą zabezpieczeń płatności, co będzie miało negatywny wpływ na funkcjonowanie szpitali. Po drugie, z uwagi na ochronę praw nabytych, wątpliwości budzi wyłączenie odpowiedzialności organów założycielskich za zobowiązania SPZOZ zaciągnięte wobec ich wierzycieli przed zmianą przepisu. Bardzo prawdopodobne jest zaskarżenie przez wierzycieli tego przepisu do Trybunału Konstytucyjnego. <p>Zachodzą wątpliwości konstytucyjne</p> <p>Propozycja: Zmiana zapisów</p> </li></ul>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zaproponowana zmiana art. 61 ustawy o działalności leczniczej ma na celu uspoźnienie brzmienia tej regulacji z przepisami Prawa restrukturyzacyjnego, a w szczególności z dodanym działem IIa – postępowanie restrukturyzacyjne wobec podmiotów szpitalnych. Powyższe ma na celu uniknięcie sytuacji, w której przeprowadzenie postępowania restrukturyzacyjnego wobec podmiotu szpitalnego działającego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej byłoby mniej korzystne dla wierzycieli niż przeprowadzenie postępowania likwidacyjnego tego podmiotu. Podmioty szpitalne są specyficznymi jednostkami niezwykle istotnymi z punktu widzenia Państwa oraz zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych pacjentów. W ocenie projektodawcy projekt nie jest sprzeczny z Konstytucją.</p>
1624.	Rozdział 11	art. 127 pkt 2	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Kwalifikacja do systemu zabezpieczenia na okres 4 lat ma się odbywać na podstawie kryteriów, które będą określone na bieżąco przez ministra zdrowia - co może prowadzić do zbyt niskiej uznaniowości.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Kryteria kwalifikacji (tj. dodatkowe kryteria dla profili zabiegowych) nie będą określone „na bieżąco”, lecz zostaną określone przed kwalifikacją na kolejny okres i nie ulegną zmianie w trakcie tego 4-letniego okresu.</p>
1625.	Rozdział 11	art. 127 pkt 2	Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Proponujemy zmianę art. 95m ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych: „2. Profilami kwalifikującymi są profile, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, realizowane na podstawie umowy z Funduszem, której okres trwania wynosi co najmniej 2 lata według stanu na dzień kwalifikacji, w trybie hospitalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, z wyłączeniem hospitalizacji planowej.”.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Podobne rozwiązanie obowiązywało także przy pierwszej kwalifikacji do PSZ.</p>



				Wprowadzenie do procesu kwalifikacji dwuletniego okresu ciągłości wykonywania świadczeń w ramach profilu pozwala na zachowanie stabilizacji systemu i zapewnienie włączenia podmiotów leczniczych o odpowiednim doświadczeniu. Określenie „2 pełne lata kalendarzowe” w przypadku kwalifikacji prowadzonej pod koniec roku oznacza w praktyce prawie trzyletni okres ciągłości udzielania świadczeń.	
1626.	Rozdział 11	art. 127 pkt 2	Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	Z uwagi na inną specyfikę funkcjonowania oddziałów przeszczepowych, konieczne jest odrębne określenie warunku kwalifikacji dla profilu „transplantologia kliniczna” w odniesieniu do świadczeń przeszczepienia komórek krwiotwórczych.  Przeszczepianie komórek krwiotwórczych realizowane jest zarówno w ramach profilu zachowawczego „hematologia”, jak i profilu zabiegowego „transplantologia kliniczna”. Z uwagi na specyfikę udzielania świadczeń konieczne jest doprecyzowanie wymogu kwalifikacji odrębnie dla przedmiotowego zakresu.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Dodatkowe kryteria kwalifikacji zostaną określone dla profili zabiegowych, zatem w tym przypadku dla profilu transplantologia kliniczna.
1627.	Rozdział 11	art. 127 pkt 2 (art. 95m ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	Upoważnienie do wydania rozporządzenia wykonawczego 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.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W proponowanych przepisach stworzono możliwość zachowania kontraktu w odniesieniu do profili zabiegowych niespełniających kryterium minimalnego progu zabiegowości, w ramach umowy na hospitalizację planową/ leczenie jednego dnia. W związku z tym projektowane regulacje nie doprowadzą do pogorszenia dostępu do świadczeń.
1628.	Rozdział 11	art. 127 pkt 2 (art. 95m ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	Upoważnienie do wydania rozporządzenia wykonawczego 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.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W proponowanych przepisach stworzono możliwość zachowania kontraktu w odniesieniu do profili zabiegowych niespełniających kryterium minimalnego progu zabiegowości, w ramach umowy na hospitalizację planową/ leczenie jednego dnia. W związku z tym projektowane regulacje nie doprowadzą do pogorszenia dostępu do świadczeń.
1629.	Rozdział 11	art. 127 pkt 2 (zmiana dotycząca art. 95m ust. 1)	Grupa Nowy Szpital Holding S.A.	Treść uwagi: Naruszenie zasady pewności prawa i ochrony interesów w toku Uzasadnienie: Zgodnie z projektem ustawy minimalna wartość dla danego profilu zabiegowego oraz dla położnictwa i ginekologii dla potrzeb uznania je za profile kwalifikujące określana będzie rozporządzeniem Ministra Zdrowia. Nie sprzyja to pewności prawa i zasadzie ochrony interesów w toku.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Nowe reguły dot. profili zabiegowych mają mieć zastosowanie od nowego okresu kwalifikacji do PSZ, wobec czego nietrafne jest odwoływania się do

		pkt 1) oraz pkt 2) ustawy)		Proponowane rozwiązanie: Proponuję się wykreślenie w obu punktach odwołania do przepisów wydanych na podstawie ust. 5 pkt 1 oraz wykreślenie art. 95m ust. 5 pkt 1) ustawy w całości. Proponuje się ustalenie minimalnych wartości w ustawie.	kwestii „ochrony interesów w toku”. Doszczegółowienie kryteriów kwalifikacji było materiały przepisów wykonawczych również przy wprowadzeniu PSZ w obecnym kształcie.
1630.	Rozdział 11	art. 127 pkt 2 (zmiana dotycząca art. 95m ustawy)	Grupa Nowy Szpital Holding S.A.	Treść uwagi: Uzyskanie kompleksowej regulacji Uzasadnienie: Oddziałami kwalifikującymi się do sieci szpitali powinny być też oddziały, które udzielają świadczeń w trybie hospitalizacji planowej. Konsolidacja kadry medycznej oraz sprzętu medycznego w danym podmiocie powinna skutkować kompleksową umową, która gwarantuje danemu podmiotowi stabilizację finansową i rozwojową. Proponowane rozwiązanie: Proponuje się dodanie w ust. 4 po pkt 4) dodatkowego punktu 5) o treści: „świadczeń opieki zdrowotnej w trybie hospitalizacji planowej.”.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  PSZ od początku miał stanowić trzon zabezpieczenia świadczeń szpitalnych, skupiając podmioty gotowe do udzielania świadczeń (również) w trybie ostrym. Obok PSZ funkcjonuje (i nadal będzie funkcjonował) konkursowy model kontraktowania świadczeń, w ramach którego, w zależności od zidentyfikowanych na danym terenie potrzeb zdrowotnych, można zawierać dodatkowe umowy, w tym na hospitalizację planową/ leczenie jednego dnia.
1631.	Rozdział 11	art. 127 pkt 4	Sąd Najwyższy	Błąd techniki legislacyjnej W art. 131b ust. 1 zdanie pierwsze ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwrot „na obszarze województwa” występuje dwukrotnie. Proponowane rozwiązanie: Przepis zmieniający sformułować poprzez podanie w całości nowego brzmienia art. 131b ust. 1 ustawy zmienianej.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1632.	Rozdział 11	art. 127 pkt 4	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Zmiana dotycząca art. 131b ust.1 Ustawy o świadczeniach (...) jest nieprecyzyjna. W zdaniu pierwszym zmienianego przepisu wyrazy; ”na obszarze województwa” występują dwukrotnie, z tego względu należy wskazać po których wyrazach należy wprowadzić dodane słowa.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1633.	Rozdział 11	art. 127 ust. 1	Instytut Strategie 2050	W rozdziale 11 projektu Ustawy wpisano proponowane zmiany w przepisach już obowiązujących. W artykule 127 ustęp 1 punkt b projekt nowelizuje w „ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” punkt 95l ustęp 2-4, likwidując w ten sposób poziomy szpitali, zapewne w celu umożliwienia podejmowania przez „zarządcę” decyzji o zamykaniu w podmiocie leczniczym konkretnej działalności medycznej, np. oddziału położniczego lub chirurgicznego nie spełniających określonych wymagań. Poziomy szpitali z godnie z art. 127 ustęp 2 projektu Ustawy zastępuje się profilami kwalifikującymi: zabiegowymi, zachowawczymi i z zakresu ginekologii i położnictwa. Minister zdrowia ma określić w drodze rozporządzenia: minimalny udział świadczeń zabiegowych dla danego profilu kwalifikującego zabiegowego i minimalną liczbę porodów w jednym roku oraz oczekiwaną liczbę porad specjalistycznych w przypadku poszczególnych profili kwalifikujących, przy uwzględnieniu potrzeby właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Szczególnie ograniczenia w odsetku procedur zabiegowych i liczbie porodów w ciągu roku będą decydowały o zachowaniu ciągłości pracy jednostek lub o ich	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Uwaga nie zawiera żadnych propozycji dot. treści projektu, ani nie kwestionuje zasadności wprowadzanych zmian.

				wygaszeniu. W tej kwestii konieczne będzie precyzyjnie uregulowanie kryteriów w trakcie przygotowywania właściwego rozporządzenia.	
1634.	Rozdział 11	art. 127 ust. 1	Instytut Strategie 2050	<p>Artykuł 127 ustęp 1 podpunkt a projektu nowelizuje zapis 95l ustęp 1 w „ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”. Nowelizacja likwiduje funkcjonowanie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NPL) w szpitalach z listy podstawowego szpitalnego zabezpieczenia (PSZ). Jest to przyznanie się do porażki projektu ministra Radziwiłła, który konieczność utworzenia w strukturze szpitali z listy PSZ nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej uczynił swoim głównym pomysłem na poprawę funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych. Podejmując decyzję o rezygnacji z obowiązku posiadania przez szpitale NPL ustawodawca powinien pamiętać o wynikającym z rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 28 maja 2021 zmieniającego rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. 2021. 991) wymogu posiadania takiej jednostki (NPL) przez szpitale ze szpitalnym oddziałem ratunkowym w strukturze. Wielu świadczeniodawców poniosło już koszty związane z utworzeniem NPL, albo właśnie teraz je ponosi. Ostateczny czas uruchomienia w szpitalach jednostek NPL został rozporządzeniem określony na dzień 1 lipca 2022 roku. Przypomnę, że według ustawodawcy jednostki NPL miały pełnić zadania odciążające szpitalne oddziały ratunkowe, którym działający w ramach TOP SOR system segregacyjny ESI uniemożliwia odsyłanie pacjentów w kodzie niebieskim (ESI5) i zielonym (ESI4) do jednostek POZ / NPL poza szpitalem.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Proponuje się pozostawienie art. 132b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w następującym zmodyfikowanym brzmieniu: Art. 132b 1. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1, przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego. 2. W przypadku konieczności zabezpieczenia dodatkowych świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, na danym obszarze terytorialnym określonym w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, świadczenia te mogą być udzielane również przez świadczeniodawcę zakwalifikowanego do systemu zabezpieczenia, innego niż wymieniony w ust. 1, na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1, po złożeniu wniosku o umożliwienie ich udzielania do Prezesa Funduszu i uwzględnieniu ich w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1. 3. W przypadku braku zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 1 i 2, stosuje się przepisy dotyczące konkursu ofert i rokowań.</p>
1635.	Rozdział 11	art. 127 ust. 2	Powiat Starachowicki	<p>Ze względu na przekształcenie części szpitali w szpitale covidowe i brak możliwości realizacji świadczeń na oddziałach zabiegowych w pełnym zakresie przez cały 2022 rok, migrację kadry lekarskiej oddziałów zabiegowych do placówek nie objętych przekształceniami, wskaźnik udziału zabiegów za 2022 rok będzie zaniżony.</p> <p>Propozycja: Jako podstawę kwalifikacji do profili zabiegowych wskazanym byłoby przyjąć dane z wykonania świadczeń udzielonych w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia za 2019 rok. Nie mniej jednak najważniejszym byłby okres jak w pkt 1.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Wprowadzono zapis, zgodnie z którym przy pierwszej kwalifikacji za podstawę przyjmuje się dane za rok 2019.</p>
1636.	Rozdział 11	art. 127 ust. 2	Powiat Starachowicki	<p>Ze względu na przekształcenie części oddziałów ginekologiczno-położniczych w oddziały covidowe i braku możliwości przyjmowania porodów w pełnym zakresie przez cały 2022 rok, liczba przyjętych porodów będzie</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p>

				<p>zaniżona. Ponadto w ustawie nie uwzględniono realizacji świadczeń z zakresu ginekologii uzależniając kwalifikację do profilu wyłącznie od liczby porodów.</p> <p>Propozycja: Jako podstawę kwalifikacji do profili zabiegowych należy przyjąć dane z wykonania świadczeń udzielonych w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia za 2019 rok, ustalając jako dodatkowe kryterium kwalifikacji do profilu przy braku przekroczenia minimalnej liczby porodów, % udział zabiegów ginekologicznych w ogólnej liczbie hospitalizacji niezwiązanych z ciążą, porodem i położeniem. Nie mniej jednak najwłaściwszym byłby okres jak w pkt 1.</p>	Wprowadzono zapis, zgodnie z którym przy pierwszej kwalifikacji za podstawę przyjmuje się dane za rok 2019.
1637.	Rozdział 11	art. 127 ust. 2	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Zmiana zapisu art. 95m ustawy o świadczeniach (...) dotycząca kwalifikacji do systemu zabezpieczenia na podstawie „jednego profilu” umożliwi wejście do sieci podmiotów dotychczas niespełniających tych warunków - co potencjalnie zwiększy liczbę „szpitali sieciowych”.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Uwaga nie zawiera żadnych propozycji dot. treści projektu, ani nie kwestionuje zasadności wprowadzanych zmian.
1638.	Rozdział 11	art. 127 ust. 3	Instytut Strategii 2050	W artykule 127 ustęp 3 projektu ustawy nowelizowany jest art. 95n „ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”. Nowelizacja nadaje szczególne uprawnienia Prezesowi NFZ do decydowania o realizowanych przez podmioty szpitalne konkretnych rodzajów świadczeń lub określonych profili kwalifikujących, bez określenia precyzyjnie kryteriów branych pod uwagę przy wydawaniu decyzji.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Projektowane przepisy nie przyznają Prezesowi NFZ żadnych dyskrecyjnych uprawnień w zakresie kwalifikowania podmiotów do PSZ. Kwalifikacja ma się odbywać w oparciu o obiektywne i precyzyjne kryteria, podobnie jak miało to miejsce przy pierwszej kwalifikacji do PSZ.
1639.	Rozdział 11	art. 127 ust. 3 pkt. 5	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Uzupełnienie rozdziału „Zmiany w przepisach obowiązujących” poprzez uchylenie odpowiednich zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28 maja 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. 2021 poz. 991) w §4 , § 12 i w załączniku. Zmiany w przepisach np. ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej w zakresie organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Nie uchyla się przepisów rozporządzeń w ustawach (potrzebna będzie natomiast nowelizacja wskazanego rozporządzenia). Nie zachodzi potrzeba zmian w ustawie o POZ, ponieważ ta ustawa w żaden sposób nie określa zasad organizacji NiŚOZ. Usunięcie przepisów dot. udzielania świadczeń NiŚOZ w ramach PSZ oznacza powrót do stanu prawnego sprzed utworzenia PSZ, gdy takie świadczenia były kontraktowane na zasadach ogólnych, tj. w ramach konkursów ofert lub rokowań. Przywrócenie tego stanu rzeczy nie wymaga żadnych szczególnych zapisów na poziomie ustaw. Szczegółowe warunki umów reguluje odpowiednie zarządzenie Prezesa NFZ.
1640.	Rozdział 11	art. 127 ust. 3 pkt. 5	SGH-WUM MBA w	(uchylenie art. 132b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

			ochronie zdrowia	<p>Propozycja: Uzupełnienie rozdziału „Zmiany w przepisach obowiązujących” poprzez uchylenie odpowiednich zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28 maja 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. 2021 poz. 991) w §4 , § 12 i w załączniku. Zmiany w przepisach np. ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej w zakresie organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.</p> <p>Uzasadnienie: Likwidacja funkcjonowania nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w szpitalach z listy podstawowego szpitalnego zabezpieczenia, nie zmienia obowiązku posiadania jednostki NPL wynikającego z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego. Wymóg utworzenia najpóźniej do 1.07.2022 jednostki NPL przez szpitale ze szpitalnym oddziałem ratunkowym w strukturze, nie został zniesiony w zapisach projektu przedmiotowej ustawy.</p> <p>Likwidacja NPL nie została uzupełniona w projekcie zapisami dotyczącymi obowiązkiem wykonywania przez POZ badań diagnostycznych dla pacjentów, którym wystawiane jest skierowanie na hospitalizację. Brak jest w uzasadnieniu projektu komentarza, co się proponuje zamiast likwidowanej NPL. Skutkiem tego będzie znaczne zwiększenie liczby pacjentów na SOR-ach, co ponownie zdestabilizuje ich pracę.</p>	<p>Nie uchyla się przepisów rozporządzeń w ustawach (potrzebna będzie natomiast nowelizacja wskazanego rozporządzenia).</p> <p>Kwestia zakresu obowiązków lekarza POZ całkowicie wykracza poza materię projektowanej ustawy.</p> <p>Usunięcie przepisów dot. udzielania świadczeń NiŚOZ w ramach PSZ oznacza powrót do stanu prawnego sprzed utworzenia PSZ, gdy takie świadczenia były kontraktowane na zasadach ogólnych, tj. w ramach konkursów ofert lub rokowań. Przywrócenie tego stanu rzeczy nie wymaga żadnych szczególnych zapisów na poziomie ustaw. Szczegółowe warunki umów reguluje odpowiednie zarządzenie Prezesa NFZ.</p>
1641.	Rozdział 11	art. 127 ust. 4	Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych	<p> dodanie do art. 127 ust. 4 po pkt 4 pkt 5  Zmiana ta ma na celu zagwarantowanie diagnostyce laboratoryjnej miejsca wśród dodatkowych świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w systemie zabezpieczenia w ramach podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.  wnoszę o dodanie do art. 127 ust. 4 po pkt 4 pkt 5 w brzmieniu:  <i>5) badań laboratoryjnych realizowanych w miejscu świadczenia usług przez medyczne laboratoria diagnostyczne</i></p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Badania laboratoryjne nie stanowią odrębnego zakresu/ rodzaju świadczeń, lecz stanowią integralny element świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, objętych umowami w ramach PSZ.</p>
1642.	Rozdział 11	art. 127 ust. 5	Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Proponujemy wprowadzenie zmiany: „uchyla się art. 132b ust 1, 1a oraz 2”.</p> <p>W celu zapewnienia dostępu i możliwości objęcia umową z płatnikiem dodatkowych świadczeń konieczne jest zachowanie zapisu art.132b ust.3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym „W przypadku konieczności zabezpieczenia dodatkowych świadczeń [...], na danym obszarze terytorialnym określonym w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, świadczenia te mogą być udzielane również przez świadczeniodawcę zakwalifikowanego do systemu zabezpieczenia na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1, po złożeniu wniosku o umożliwienie ich udzielania do Prezesa Funduszu i uwzględnieniu ich w wykazie [...]”</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>Proponuje się pozostawienie art. 132b <i>ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej</i> w następującym zmodyfikowanym brzmieniu:  Art. 132b  1. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1, przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego.  2. W przypadku konieczności zabezpieczenia</p>

					<p>dodatkowych świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, na danym obszarze terytorialnym określonym w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, świadczenia te mogą być udzielane również przez świadczeniodawcę zakwalifikowanego do systemu zabezpieczenia, innego niż wymieniony w ust. 1, na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1, po złożeniu wniosku o umożliwienie ich udzielania do Prezesa Funduszu i uwzględnieniu ich w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1.</p> <p>3. W przypadku braku zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 1 i 2, stosuje się przepisy dotyczące konkursu ofert i rokowań.</p>
1643.	Rozdział 11	art. 128	Sąd Najwyższy	<p>Możliwa potrzeba dodania zmiany art. 96 u.k.s.c. Zob. uwaga SN do art. 22. Propozycja rozwiązania: Zob. uwaga SN do art. 22.</p>	<p><b>Uwaga uwzględniona.</b></p> <p>W związku z uwzględnieniem uwagi do art. 22.</p>
1644.	Rozdział 11	art. 129 pkt 5	Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy (za pośrednictwem Rady Głównej Instytutów Badawczych)	<p>Ograniczenia nakładane przez projekt ustawy na dyrektora instytutu i jego zastępców są niezwykle restrykcyjne, np. zakaz uczestniczenia w konferencjach, szkoleniach, sympozjach, seminariach finansowanych przez podmioty komercyjne jest przejawem braku zaufania (sugestią iż ww. działania mają podejrzany charakter), nie mówiąc o konieczności całkowitego „odcięcia się” tych osób od często wartościowych spotkań, możliwości zapoznania się z osiągnięciami naukowymi/technicznymi, wymiany poglądów np. na temat leczenia pacjentów, itp. Oznaczać to będzie wyłączenie z zarządzania instytutem każdej osoby merytorycznie zaangażowanej w środowisku. Autorzy ustawy zdecydowanie nie brali pod uwagę, że postęp w ochronie zdrowia często jest wynikiem prac naukowców pracujących w ośrodkach naukowych koncernów. Zatem powyższe restrykcje spowodują ograniczenia w dostępie do wiedzy naukowo-technicznej dyrektorom i ich zastępcom. Jednocześnie wskazuję, że zakaz działalności konkurencyjnej zawiera szereg zwrotów mało precyzyjnych powielając zwrot „działalność konkurencyjna”. W przypadku dyrektorów będących lekarzami, zakaz prowadzenia działalności gospodarczej odpowiadającej działalności instytutu lub zbliżonej do tej działalności (brak definicji sformułowania „zbliżonej”) praktycznie eliminuje te osoby z udzielania świadczeń zdrowotnych.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zgodnie z art. 28 ust. 3 obecnie obowiązującej ustawy o instytutach badawczych dyrektora, jego zastępców oraz głównego księgowego w okresie trwania stosunku pracy obowiązuje zakaz prowadzenia działalności konkurencyjnej. Zakaz ten stosownie do treści ww. przepisu jest określony w odrębnej umowie.</p> <p>W celu doprecyzowania pojęcia „działalność konkurencyjna”, a także ujednoczenia zasad obowiązujących poszczególnych dyrektorów, ich zastępców i głównych księgowych w instytutach badawczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia zasadne należy uznać doprecyzowanie powyższej kwestii w przepisach ustawy.</p> <p>Jednocześnie należy wskazać, że ustawa w sposób możliwie precyzyjny określa zarówno granice zakazu konkurencji, jak i wyszczególnia (w art. 22k ust. 4) przykłady działalności konkurencyjnej.</p>
1645.	Rozdział 11	art. 129 pkt 5 (art. 22n. ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o	Związek Województw RP - Województwo Mazowieckie	<p>Rozszerzenie o instytucje współprowadzenia instytutu badawczego przez JST na podstawie umowy, analogicznie do mechanizmu współprowadzenia instytucji kultury w rozumieniu art. 21 ustawy z dnia 25 października 1991 r. o organizowaniu i prowadzeniu działalności kulturalnej.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga wykracza poza zakresem regulacji.</p>

		instytutach badawczych)	(za pośrednictwem KWRiST)	<p>Uzasadnienie: Stworzenie instytutu badawczego na bazie podmiotu leczniczego, dla którego Minister Zdrowia nie jest podmiotem tworzącym jest obecnie możliwe. Przepis nie stanowi jakościowej zmiany ponad obecny stan prawny. Ważnym elementem jakiegoś brakuje jest wprowadzenie ram prawnych, które uczyniłyby taką zmianę atrakcyjną dla podmiotów tworzących takich jak np. jednostki samorządu terytorialnego (JST).</p> <p>Z punktu widzenia JST które:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zainwestowały duże środki finansowe w rozwój bazy podmiotów leczniczych;</li> <li>- zbudowały potencjał podmiotów leczniczych przez dobrą politykę kadrową i zarządzanie;</li> <li>- dofinansowywały podmioty lecznicze, zapewniając stabilizację sytuacji finansowej,</li> </ul> <p>kluczowym jest, aby na zasadach wskazanych w porozumieniu móc w dalszym ciągu wspierać rozwój jednostek. Porozumienie takie mogłoby obejmować kwestie partycypacji finansowej czy współdecydowania o kluczowych inwestycjach.</p>	
1646.	Rozdział 11	art. 129 pkt 5	<p>Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy (za pośrednictwem Rady Głównej Instytutów Badawczych)</p>	<p>Wprowadza się dodatkowy organ tj. rady instytutu, której głównym zadaniem jest dodatkowy nadzór nad dyrektorem (poza nadzorem sprawowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia). Trudno stwierdzić, jakie korzyści miałyby odnieść instytut z tego organu - członkowie rady będą wynagradzani. Wpływ dyrektora na ostateczny wybór członków rady instytutu jest żaden, członkiem rady instytutu może być osoba, której kwalifikacje są opisane ogólnikowo i w sposób trudny do weryfikacji. Odwołanie członka rady z powodu „nierzetelnego wypełniania obowiązków członka rady” także może prowadzić do dowolności podejmowania decyzji przez organ polityczny. Zdumienie budzi zapis, że w posiedzeniu rady może brać udział dyrektor, zastępca, główny księgowy bez prawa głosu.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Rada instytutu jest organem opiniodawczym i doradczym instytutu oraz ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie działalności statutowej, strategicznej, finansowej, rozwojowej i naprawczej instytutu.</p> <p>Tym samym odnosząc się do jej zadań i celu powstania w kontekście potrzeb instytutu, należy wskazać, że ma ona wspierać dyrektora w zarządzaniu instytutem, nie będzie natomiast sprawować nadzoru nad instytutem lub jego dyrektorem. Członkowie rady instytutu będą posiadać wyższe wykształcenie z dziedziny prawa, ekonomii, ochrony zdrowia lub zarządzania, a także wiedzę i doświadczenie zawodowe w zakresie zarządzania działalnością państwowej osoby prawnej lub podmiotu szpitalnego, nadzoru nad działalnością organów tych podmiotów, doradztwa gospodarczego oraz specyfiki funkcjonowania ww. podmiotów w obrocie. Powyższe kompetencje poszczególnych członków rady mają zapewnić profesjonalizm ww. organu.</p> <p>Należy wskazać, że dwóch na pięciu członków rady będzie powoływanych spośród kandydatów wskazanych przez dyrektora, tym samym nie można</p>

					<p>zgodzić się ze stwierdzeniem, iż: „wpływ dyrektora na ostateczny wybór członków rady instytutu jest żaden”.</p> <p>Ponadto zauważenia wymaga, że art. 22i ust. 2 odnosi się do prawa głosu w kontekście podejmowania rozstrzygnięć, o których mowa w art. 22i ust. 1.</p>
1647.	Rozdział 11	art. 129 pkt 6	<p>Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy (za pośrednictwem Rady Głównej Instytutów Badawczych)</p>	<p>Dodany do art. 24 ustawy o instytutach badawczych ustęp o treści: „Wymagania związane ze stanowiskiem dyrektora instytutu będącego podmiotem szpitalnym określają przepisy ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa” również nie jest zrozumiałe - czy oznacza rezygnację z dotychczasowych wymagań stawianych dyrektorom instytutu?</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projektowany art. 24 ust. 6a w sposób precyzyjny wskazuje, że wymagania związane ze stanowiskiem dyrektora instytutu będącego podmiotem szpitalnym określają przepisy ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa.</p>
1648.	Rozdział 11	art. 130	<p>Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Gorzycach</p>	<p>Wprowadzenie regulacji prawnej w zakresie ochrony przez egzekucją i wypowiedaniem umów także dla podmiotów leczniczych udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych inne niż świadczenie szpitalne.</p> <p>W uzasadnieniu do projektu ustawy przewidziano iż "podstawowym zjawiskiem utrudniającym rozwój podmiotów szpitalnych jest ich pogarszająca się sytuacja finansowa, przejawiająca się głównie rosnącym zadłużeniem" oraz w odniesieniu do podmiotów szpitalnych jednym z kilku negatywnych czynników charakteryzujących działalność podmiotów szpitalnych jest zjawisko niedoinwestowania sektora szpitalnictwa. Opiniujący podnosi, że przytoczone wyżej w uzasadnieniu do projektu ustawy argumenty, zaistniały w równym stopniu również w podmiotach leczniczych udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych inne niż świadczenie szpitalne, w szczególności w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Pojawiające się też stale ogniska zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wśród pacjentów i/lub personelu pogłębiają coraz dramatyczniejszą ich sytuację finansową. Zdaniem więc opiniującego, niczym nie jest uzasadnione pomijanie w proponowanych rozwiązaniach w zakresie ochrony przed egzekucją i przed wypowiedaniem umów podmiotów leczniczych udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych inne niż świadczenie szpitalne. Podnosimy również, iż utrzymanie zaś postanowień wynikających z art. 59 ust.4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej bez dodatkowego wsparcia w</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga poza zakresem regulacji – projekt ustawy dotyczy wyłącznie podmiotów szpitalnych.</p>



				<p>zakresie wprowadzenia uregulowań związanych z ochroną przed egzekucją i wypowiedaniem umów nie spowoduje polepszenia sytuacji finansowej tych podmiotów. Natomiast nie wprowadzenie tych rozwiązań spowoduje znaczne ograniczenie możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych w np. zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień chociaż jak pokazują wszelkie statystyki wzrasta w bardzo dużym stopniu ich zapotrzebowanie w społeczeństwie.</p> <p>Wprowadzenie zapisu lub regulacji prawnych odnoszący się także do podmiotów leczniczych udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych inne niż świadczenie szpitalne w zakresie ochrony przed egzekucją i wypowiedaniem umów.</p>	
1649.	Rozdział 11	art. 130	<p>Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Gorzycach</p>	<p>Wyłączenie kompetencji Rady Społecznej przy postępowaniach rozwojowych, naprawczo rozwojowych i restrukturyzacyjnych.</p> <p>Konieczność uzyskiwania opinii członków Rady Społecznej z uwagi na terminy jak całkowitą kontrolę działań przez Agencję wydaje czynnością zbędną.</p> <p>Dodanie odpowiedniego pkt w brzmieniu: „W art. 48 dodaje się ust.13. w brzmieniu: Przy postępowaniach rozwojowych, naprawczo rozwojowych i restrukturyzacyjnych nie stosuje się obowiązku uzyskania opinii Rady Społecznej, o której mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.”.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych. Dla przykładu można wskazać art. 54 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej czy regulacje dotyczące podziału i reorganizacji instytutu badawczego będącego podmiotem szpitalnym, które nie będą mogły być stosowane w trakcie trwania postępowania naprawczo-rozwojowego.</p>
1650.	Rozdział 11	art. 130	<p>Ośrodek Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych</p>	<p>Proponuje się zmianę brzmienia pkt 4) poprzez nadanie mu treści: 4) w art. 59: a) ust. 2 otrzymuje brzmienie: 2. Jeżeli strata netto za rok obrotowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną, Agencja reprezentując Skarb Państwa pokrywa w całości stratę netto tego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w kwocie jaka nie może być pokryta zgodnie z ust. 1.</p> <p>Uzasadnienie: Wyrok Trybunału Konstytucyjnego w sprawie K 4/17.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Wskazany wyrok jest wyrokiem zakresowym, z którego sentencja brzmi: Art. 59 ust. 2 w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6 i art. 61 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219 oraz z 2019 r. poz. 492, 730 i 959) oraz w związku z art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960) w zakresie, w jakim zobowiązuje jednostkę samorządu terytorialnego, będącą podmiotem tworzącym samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, do pokrycia straty netto stanowiącej ekonomiczny skutek wprowadzania przepisów powszechnie obowiązujących, które wywołują obligatoryjne skutki finansowe dla działania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jest niezgodny z art. 167 ust. 4 w związku z art. 166 ust. 2, art. 68 ust. 2 i art.</p>

					2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz nie jest niezgodny z art. 166 ust. 1 Konstytucji.
1651.	Rozdział 11	art. 130 pkt 4	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Brak określenia terminu na pokrycie straty finansowej Zwraca się uwagę, że w projekcie ww. ustawy nie został określony termin pokrycia straty przez podmiot tworzący ani ewentualnego podjęcia takiej decyzji. W przepisach ustawy o działalności leczniczej obowiązujących do dnia 13.X.2021 r., termin na podjęcie decyzji o pokrywaniu straty nie był określony, a terminem granicznym pokrycia straty netto przez podmiot tworzący było 9 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego spzoz. Zarówno aktualny zapis art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej jak i proponowane nowe brzmienie ww. artykułu nie odnoszą się do tych kwestii.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W związku z tym, że pokrycie straty nie jest już obowiązkiem, a możliwością nie jest konieczne wskazywanie konkretnego terminu na dokonanie tej czynności.
1652.	Rozdział 11	art. 130 pkt 4	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Proponuje się zmianę brzmienia pkt 4) poprzez nadanie mu treści: 4) w art. 59: a) ust. 2 otrzymuje brzmienie: 2. Jeżeli strata netto za rok obrotowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną, Agencja reprezentując Skarb Państwa pokrywa w całości stratę netto tego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w kwocie jaka nie może być pokryta zgodnie z ust. 1. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego w sprawie K 4/17. Trybunał Konstytucyjny wskazał, że powszechne zadłużenie SPZOZ-ów prowadzących szpitale i jego rozmiar oraz podejmowane okresowo „akcje oddłużeniowe” stanowią koronny dowód, że środki przekazywane przez NFZ szpitalom są nieadekwatne do kosztu realizowanych przez nie świadczeń, a konsekwencji jednostki samorządu terytorialnego tworzące SPZOZ-y nie powinny być zobowiązane do pokrywania tak wygenerowanych strat.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Wskazany wyrok jest wyrokiem zakresowym, z którego sentencja brzmi: Art. 59 ust. 2 w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6 i art. 61 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219 oraz z 2019 r. poz. 492, 730 i 959) oraz w związku z art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960) w zakresie, w jakim zobowiązuje jednostkę samorządu terytorialnego, będącą podmiotem tworzącym samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, do pokrycia straty netto stanowiącej ekonomiczny skutek wprowadzania przepisów powszechnie obowiązujących, które wywołują obligatoryjne skutki finansowe dla działania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jest niezgodny z art. 167 ust. 4 w związku z art. 166 ust. 2, art. 68 ust. 2 i art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz nie jest niezgodny z art. 166 ust. 1 Konstytucji.
1653.	Rozdział 11	art. 130 pkt 4 lit. a (art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej)	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	Proponowane brzmienie przepisu w dalszym stopniu nie rozwiązuje kwestii wdrożenia wyroku TK K 4/17.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Dodanie w art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej sformułowania „Jeżeli strata netto za rok obrotowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną” ma na celu zachowanie dotychczasowych zasad i logiki pokrywania strat netto przez podmioty tworzące tylko w sytuacji, gdy strata netto w wartości bezwzględnej przewyższa poziom amortyzacji. Wynika to między innymi z tego,

					<p>że amortyzacja jest kosztem, ale nie stanowi wydatku środków pieniężnych.</p> <p>Ponadto, w związku z konstrukcją przepisu, która daje jedynie możliwość pokrycia straty netto podmiotu leczniczego, a nie stanowi już obowiązku, doprecyzowano przepis w taki sposób, żeby podmiot tworzący mógł pokrywać stratę, o której mowa w przepisie nie tylko w całości, ale również w części, mając na względzie, że sytuacja finansowa podmiotu tworzącego może pozwalać jedynie na pokrycie określonej części straty podmiotu leczniczego.</p>
1654.	Rozdział 11	art. 130 pkt 4 lit. a (art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej)	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	Proponowane brzmienie przepisu w dalszym stopniu nie rozwiązuje kwestii wdrożenia wyroku TK K 4/17.	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Dodanie w art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej sformułowania „Jeżeli strata netto za rok obrotowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną” ma na celu zachowanie dotychczasowych zasad i logiki pokrywania strat netto przez podmioty tworzące tylko w sytuacji, gdy strata netto w wartości bezwzględnej przewyższa poziom amortyzacji. Wynika to między innymi z tego, że amortyzacja jest kosztem, ale nie stanowi wydatku środków pieniężnych.</p> <p>Ponadto, w związku z konstrukcją przepisu, która daje jedynie możliwość pokrycia straty netto podmiotu leczniczego, a nie stanowi już obowiązku, doprecyzowano przepis w taki sposób, żeby podmiot tworzący mógł pokrywać stratę, o której mowa w przepisie nie tylko w całości, ale również w części, mając na względzie, że sytuacja finansowa podmiotu tworzącego może pozwalać jedynie na pokrycie określonej części straty podmiotu leczniczego.</p>
1655.	Rozdział 11	art. 130 pkt 5 (art. 61 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej)	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	Z brzmienia przepisu nie wynika co stanie się ze zobowiązaniami likwidowanego SPZOZ będącego podmiotem szpitalnym.	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Niezaspokojone w procesie likwidacji podmiotu szpitalnego zobowiązania tego podmiotu, zgodnie z nowym brzmieniem ustawy o działalności leczniczej, nie zostaną uregulowane i stanowiąc będą koszt dla niezaspokojonych wierzycieli podmiotu szpitalnego. Zaproponowana zmiana art. 61 ustawy o działalności leczniczej ma na celu uspojnienie brzmienia tej regulacji z przepisami Prawa restrukturyzacyjnego, a</p>

					<p>w szczególności z dodanym działem IIa – postępowanie restrukturyzacyjne wobec podmiotów szpitalnych. Powyższe ma na celu uniknięcie sytuacji, w której przeprowadzenie postępowania restrukturyzacyjnego wobec podmiotu szpitalnego działającego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej byłoby mniej korzystne dla wierzycieli niż przeprowadzenie postępowania likwidacyjnego tego podmiotu.</p>
1656.	Rozdział 7 (Oddział 3)	art. 61	Pracodawcy RP	<p>Kolejne kontrowersje wzbudzają kwestie odpowiedzialności za długi szpitali publicznych podczas ich likwidacji. Obecne przepisy w ustawie o działalności leczniczej (art. 61) wskazują, że przy likwidacji podmiotu, jego zobowiązania i należności przechodzą na podmiot tworzący. Natomiast w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, w przepisach zmieniających, pojawia się modyfikacja ww. przepisu, która dzieli podmioty na:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- „niebędące podmiotem szpitalnym” – w tym zakresie powyższy przepis nie ulega zmianie,</li> <li>- „będącego podmiotem szpitalnym” – w stosunku do tych podmiotów jest mowa tylko o należnościach (projektowany art. 61 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej: „2. Należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej będącego podmiotem szpitalnym pozostałe po jego likwidacji stają się należnościami Skarbu Państwa albo uczelni medycznej, albo właściwej jednostki samorządu terytorialnego. Przepis zdania pierwszego stosuje się odpowiednio do mienia”). Po lekturze tych przepisów można odnieść wrażenie, że jest to pewnego rodzaju zachęta do likwidacji szpitali, celem pozbycia się wszystkich wierzycieli szpitala i równoległe założenie nowego szpitala. W ten sposób tracą wszyscy dostawcy i podwykonawcy szpitali, którzy mają niezapłacone faktury. Kontrahenci zostaną pozbawieni źródła zaspokojenia, a to pogarsza sytuację kontrahentów szpitala w przypadku umów zawartych przed dniem wejścia w życie projektowanej ustawy. Dodatkowo wprowadza się w przepisach zmieniających postępowanie restrukturyzacyjne dla szpitali (w ustawie prawo restrukturyzacyjne), które ma zachęcać do oficjalnej restrukturyzacji zadłużenia, czego skutkiem będzie umorzenie części zobowiązań szpitali, kosztem ich dostawców usług (często małe i średnie lokalne firmy, które obsługują szpitale w różnych zakresach, dla których umorzenie nawet części zobowiązań szpitali, można oznaczać widmo bankructwa). W naszej ocenie nieuzasadnionym prawnie oraz społecznie jest, aby koszty niewystarczającego finansowania szpitali z powodu nieadekwatnych wycen świadczeń przerzucać na przedsiębiorstwa współpracujące ze szpitalami. Wyceny świadczeń zdrowotnych i poziom finansowania szpitali są pośrednio zależne od decyzji rządu, dlatego nie występuje w tym zakresie „rynkowe </li></ul>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Niezaspokojone w procesie likwidacji podmiotu szpitalnego zobowiązania tego podmiotu, zgodnie z nowym brzmieniem ustawy o działalności leczniczej, nie zostaną uregulowane i stanowiąc będą koszt dla niezaspokojonych wierzycieli podmiotu szpitalnego. Zaproponowana zmiana art. 61 ustawy o działalności leczniczej ma na celu uspołnienie brzmienia tej regulacji z przepisami Prawa restrukturyzacyjnego, a w szczególności z dodanym działem IIa – postępowanie restrukturyzacyjne wobec podmiotów szpitalnych. Powyższe ma na celu uniknięcie sytuacji, w której przeprowadzenie postępowania restrukturyzacyjnego wobec podmiotu szpitalnego działającego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej byłoby mniej korzystne dla wierzycieli niż przeprowadzenie postępowania likwidacyjnego tego podmiotu. Podmioty szpitalne są specyficznymi jednostkami niezwykle istotnymi z punktu widzenia Państwa oraz zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych pacjentów. W ocenie projektodawcy projekt nie jest sprzeczny z Konstytucją.</p>

				<p>ryzyko gospodarcze”. Na dzisiaj wyceny te nie uwzględniają aktualnej inflacji, skokowego wzrostu wynagrodzeń i dalszej presji płacowej, skokowego wzrostu cen gazu, energii, wywozu śmieci i wielu innych usług, co powoduje pogłębianie się strat szpitali. Ponadto od wielu lat wyceny tariff są nieaktualizowane, co w ocenie Pracodawców RP jest pierwotną przyczyną zwiększających się problemów z zadłużeniem i płynnością finansową polskich szpitali.</p> <p>Podsumowując – rozwiązania zawarte w projektowanej ustawie dot. oddłużenia szpitali częściowo kosztem prywatnych przedsiębiorstw, które dostarczają usługi, produkty, sprzęty, leki do szpitali, poprzez redukcję czy też umorzenie zadłużenia w procesie restrukturyzacji albo w skrajnych przypadkach – poprzez likwidację – są nie do przyjęcia, a poza tym wydają się być niekonstytucyjne.</p>	
1657.	Rozdział 11	art. 130 pkt 5 (art. 61 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej)	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	<p>Z brzmienia przepisu nie wynika co stanie się ze zobowiązaniami likwidowanego SPZOZ będącego podmiotem szpitalnym.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Niezaspokojone w procesie likwidacji podmiotu szpitalnego zobowiązania tego podmiotu, zgodnie z nowym brzmieniem ustawy o działalności leczniczej, nie zostaną uregulowane i stanowiąc będą koszt dla niezaspokojonych wierzycieli podmiotu szpitalnego. Zaproponowana zmiana art. 61 ustawy o działalności leczniczej ma na celu uspoźnienie brzmienia tej regulacji z przepisami Prawa restrukturyzacyjnego, a w szczególności z dodanym działem IIa – postępowanie restrukturyzacyjne wobec podmiotów szpitalnych. Powyższe ma na celu uniknięcie sytuacji, w której przeprowadzenie postępowania restrukturyzacyjnego wobec podmiotu szpitalnego działającego w formie samodzielnej publicznej zakładu opieki zdrowotnej byłoby mniej korzystne dla wierzycieli niż przeprowadzenie postępowania likwidacyjnego tego podmiotu.</p>
1658.	Rozdział 11	art. 131	Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Gorzycach	<p>Wprowadzenie do Prawa restrukturyzacyjnego zapisu wprowadzającego w art. 4 nowy podmiot do którego stosuje postanowienia ustawy.</p> <p>Nie dookreślono faktu iż ustawa z dnia 15 maja 2015r. - Prawo restrukturyzacyjne będzie dotyczyła również podmiotów szpitalnym i w związku z tym istnieje konieczność dodania w Prawie restrukturyzacyjnym podmiotów szpitalnych – w tej części tego prawa, które ustala jakie podmioty mają zdolność restrukturyzacyjną.</p> <p>W zmianach dot. Prawa restrukturyzacyjnego: Dodanie nowego punktu w brzmieniu: „w art. 4 ust. 1 dodaje się nowy punkt 5 w brzmieniu: 5) samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej będących podmiotami szpitalnymi,</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Problematyk wyjaśniona w uzasadnieniu.</p>

				w zakresie ustalonym w Dziale IIa. Postępowanie restrukturyzacyjne wobec podmiotów szpitalnych.	
1659.	Rozdział 11	art. 131	Bank Gospodarstwa Krajowego	<p>Art. 131 – zmiany w ustawie prawo restrukturyzacyjne</p> <p>Wprowadzenie zmian w zaproponowanym brzmieniu w ocenie BGK spowoduje zablokowanie działania i finansowania szpitali:</p> <p>1. Wprowadzenie przepisów postępowania układowego, które na tym etapie nie pozwala na ocenę stopnia odzyskanie istniejących już wierzytelności po wejściu w życie ustawy spowoduje po stronie instytucji finansowych działania zmierzające do odzyskania wierzytelności przed wejściem w życie ustawy. Po stronie dostawców handlowych przepisy spowodują zablokowanie dostaw materiałów i leków z odroczonym terminem płatności.</p> <p>2. Uniemożliwia udzielenie nowych finansowań ze względu m.in. na brak możliwości oceny działalności szpitala w latach przyszłych oraz niechęć do udostępniania dodatkowego zabezpieczenie po stronie podmiotów tworzących.</p> <p>3. Rosnąca luka pomiędzy wzrostem kosztów a wzrostem przychodów oraz brak możliwości udzielenia nowego finansowania przez Banki (rygory prawa bankowego) spowodują istotne ograniczenia działalności szpitala i dalszy lawinowy wzrost zobowiązań, w tym zobowiązań wymagalnych (wzrost egzekucji po stronie dostawców i komorników).</p> <p>4. Bank (pośrednio) uczestniczył w 2 postępowaniach restrukturyzacyjnych toczących się w podmiotach leczniczych – w żadnym z nich restrukturyzacja pod rygorem prawa restrukturyzacyjnego nie została zakończona sukcesem. Rodzi to obawy, że obligatoryjna restrukturyzacja oparta na art. 131 Zmiany do prawa restrukturyzacyjnego wprowadzi nowe postępowanie w ramach postępowań odrębnych w Prawie restrukturyzacyjnym, co również nie przyniesie oczekiwanego skutku.</p> <p>5. Wprowadza się całkowicie nowe postępowanie dla podmiotów szpitalnych jako postępowanie restrukturyzacyjne odrębne, oparte na postępowaniu o zatwierdzenie układu. Wskazać należy, iż dotychczas postępowanie o zatwierdzenie układu było postępowaniem „martwym”. W praktyce rzadko spotykanym.</p> <p>6. Art. 367k i art. 367l wprowadzają dotychczas całkowicie nieznaną zasadę prawa restrukturyzacyjnego, iż w sytuacji gdy układ nie zostanie przyjęty to zaspokojenie wierzycieli następuje wg sporządzonego przez nadzorcę planu spłaty podmiotu szpitalnego. W takiej sytuacji wierzyciele, którzy głosowali za układem będą zaspokajani na warunkach jak w układzie, zaś wierzycielce, którzy głosowali przeciwko układowi - na warunkach jak w art. 367l ust. 4 – przy czym te warunki są tak określone, że wg nich wyliczenie kwot będzie zależało de facto od nadzorcy, jego doświadczenia i wiedzy. Nie będzie to obiektywne wyliczenie.</p> <p>Brak przegłosowania układu nie będzie oznaczał jak obecnie brak akceptacji wierzycieli i umorzenia/zakończenia postępowania, lecz będzie narzucony wierzycielom sposób zaspokojenia pomimo ich sprzeciwu - będą zaspokajani</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Wskazane potencjalne negatywne skutki nie wystąpiły na rynku po wejściu w życie ustawy – Prawo restrukturyzacyjne w 2016 r., w tym po objęciu zdolnością upadłościową i restrukturyzacyjną szpitali prowadzonych w formie spółek kapitałowych. Obecnie postępowanie o zatwierdzenie układu nie jest postępowaniem „martwym”, lecz jest najbardziej popularnym ze wszystkich postępowań restrukturyzacyjnych. Instytucja planu spłaty jest znana w polskim prawie, funkcjonuje ona w postępowaniu upadłościowym osób fizycznych, w tym przedsiębiorców indywidualnych. Określenie egzekucyjnej wartości majątku szpitala będzie podlegało weryfikacji sądu restrukturyzacyjnego.</p> <p>Uwzględniono uwagę w zakresie określenia, że nadzorcą układu w postępowaniu odrębnym dotyczącym podmiotów szpitalnych może być wyłącznie kwalifikowany doradca restrukturyzacyjny.</p>

				<p>wg jakiegoś planu spłaty, który zostanie im niejako narzucony. Test zaspokojenia, który pojawia się w tej ustawie nie występuje obecnie w pr. restrukturyzacyjnym. Trudno zatem ocenić, jak będzie ten test wykonywany, zwłaszcza że brak jakikolwiek wskazówek w proponowanych nowych przepisach jak ten test robić.</p> <p>7. Przepisy dot. zaspokojenia wierzycieli w ocenie BGK są niekorzystne dla wierzycieli. Bo jeśli wierzyciele uznają, że układ jest dla nich niekorzystny i zgłoszą przeciwko układowi to nadzorca na podstawie swoich wyliczeń co do prawdopodobieństwa ich zaspokojenia w egzekucji sporządzi plan spłaty, który nie podlega ocenie wierzycieli w głosowaniu w postępowaniu .restrukturyzacyjnym. W ocenie BGK funkcja nadzorcy układu powinna być zastrzeżona wyłącznie dla kwalifikowanych doradców restrukturyzacyjnych z uwagi na rozmiar prowadzonej działalności, skomplikowany jej charakter i konieczność posiadania dużej wiedzy i doświadczenia. W ustawie powinno być wprost wskazane, że nadzorcą może być jedynie kwalifikowany doradca restrukturyzacyjny.</p>	
1660.	Rozdział 11	art. 131	Sąd Najwyższy	<p>Zmiany w prawie restrukturyzacyjnym powinny być traktowane priorytetowo, czego nie można powiedzieć o pozostałej części ustawy.</p> <p>Zamysł zmian w ustawie z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne zasługuje generalnie na pozytywną ocenę. Dostosowanie ustawy do specyfiki szpitalnictwa wydaje się potrzebne.</p> <p>Wątpliwości budzi natomiast pakietowe powiązanie tych zmian z daleko idącą reformą zarządzania szpitalami oraz równoległe obciążanie finansów publicznych tworzeniem nowych instytucji, w postaci Agencji Rozwoju Szpitali i jej Prezesa. Koszty administracyjne utworzenia nowego podmiotu będą niebagatelne, natomiast korzyść dla sprawności postępowania restrukturyzacyjnego — generalnie wątpliwa.</p> <p>Tak szeroka nowelizacja powinna być poprzedzona — na etapie założeń legislacyjnych, nie zaś gotowego projektu — pogłębioną debatą publiczną, czego ewidentnie zabrakło.</p> <p>Proponowane rozwiązanie: Wprowadzić zmiany do ustawy – Prawo restrukturyzacyjne jako odrębną ustawę.</p> <p>Zrezygnować z ustanowienia nowej instytucji do czasu wypracowania odpowiednich rozwiązań prawnych w wyniku ogólnokrajowej debaty z udziałem ekspertów reprezentujących wszystkich interesariuszy.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zmiany zaproponowane w Prawie restrukturyzacyjnym są ściśle powiązane z innymi projektowanymi rozwiązaniami i muszą być procedowane łącznie i jednocześnie. Należy podkreślić, iż prace nad niniejszą reformą zostały zapoczątkowane pod koniec 2020 r. Założenia reformy zostały opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia w dniu 31 maja 2021 r. W założeniach tych wskazano trzy warianty rozwiązań, spośród których wybrano najbardziej optymalny Wariant III „Agencja Rozwoju Szpitali i ewaluacja szpitali” – obecnie realizowany w formalnym procesie legislacyjnym.</p>
1661.	Rozdział 11	art. 131	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Konieczność doprecyzowania zasad spłaty wierzycieli, którzy nie wyrazili zgody na zawarcie układu, ponieważ projekt wskazuje, iż byłaby to kwota, którą wierzyciele uzyskaliby w przypadku prowadzenia przez wszystkich wierzycieli podmiotu szpitalnego egzekucji z mienia podmiotu szpitalnego z uwzględnieniem kolejności zaspokajania wierzycieli w postępowaniu egzekucyjnym. Tymczasem wobec braku zdolności upadłościowej i zazwyczaj stałego finansowania podmiotu szpitalnego przez NFZ może to oznaczać faktycznie całą kwotę zadłużenia, a tym samym nieopłacalne byłoby wyrażanie zgody na układ dla wierzycieli.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt ustawy opracowany został m.in. przez specjalistów zewnętrznych wchodzących w skład powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu do spraw przygotowania projektu przepisów w zakresie postępowań naprawczych podmiotów szpitalnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 45, z późn. zm.).</p>

1662.	Rozdział 11	art. 131	POLMED – Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych	<p>Wprowadzany art. 367l ust. 4 pkt 1 Prawa restrukturyzacyjnego nie precyzuje, w jaki dokładnie sposób ma nastąpić ustalenie wysokości, którą wierzyciele uzyskaliby w przypadku prowadzenia przez wszystkich wierzycieli podmiotu szpitalnego egzekucji z mienia podmiotu szpitalnego z uwzględnieniem kolejności zaspokajania wierzycieli w postępowaniu egzekucyjnym. Projekt milczy na temat możliwości zastosowanie art. 1025 Kodeksu postępowania cywilnego oraz czy będą brane pod uwagę koszty egzekucji wynikające z już wydanych postanowień komorniczych o ustaleniu kosztów wydanych przed datą wszczęcia postępowania naprawczo – rozwojowego.</p> <p>Propozycja: Doprecyzowanie wymienionych kwestii.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt ustawy opracowany został m.in. przez specjalistów zewnętrznych wchodzących w skład powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu do spraw przygotowania projektu przepisów w zakresie postępowań naprawczych podmiotów szpitalnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 45, z późn. zm.).</p>
1663.	Rozdział 11	art. 131	POLMED – Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych	<p>Wprowadzany art. 367o Prawa restrukturyzacyjnego nie precyzuje, jakie będą ewentualne skutki odmowy zatwierdzenia przez sąd planu spłaty.</p> <p>Doprecyzowanie wymienionej kwestii.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt ustawy opracowany został m.in. przez specjalistów zewnętrznych wchodzących w skład powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu do spraw przygotowania projektu przepisów w zakresie postępowań naprawczych podmiotów szpitalnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 45, z późn. zm.).</p>
1664.	Rozdział 11	art. 131	Uniwersytet Opolski	<p>Proponuje się dokonanie korekty art. 131</p> <p>Wykreślenie z projektu ustawy art. 38-49, skutkuje brakiem konieczności dodania w ustawie z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1588 i 2140) Działu IIa, w zakresie zadań nadzorcy i zarządcy.</p> <p>Korekta zapisów dodawanego, w ustawie z dnia 15 maja 2015 r. Prawo restrukturyzacyjne, Działu II a, polegająca na wykreśleniu zapisów dotyczących nadzorcy i zarządcy</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Art. 38-49 nie zostały wykreślone.</p>
1665.	Rozdział 11	art. 131	Związek Banków Polskich	<p>Uwaga w zakresie przepisu art. 367l ust. 1- 4 ustawy Prawo restrukturyzacyjne</p> <p>„Art. 367l</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. W razie braku przyjęcia układu, wierzyciele zostają zaspokojeni na podstawie planu spłaty podmiotu szpitalnego.</li> <li>2. Plan spłaty sporządza nadzorca układu.</li> <li>3. W przypadku wierzycieli z grupy lub grup, które wypowiedziały się za przyjęciem układu, plan spłaty przewiduje, zaspokojenie w sposób określony w propozycjach układowych, przy czym za dzień zatwierdzenia układu uznaje się dzień zatwierdzenia planu spłaty.</li> <li>4. W przypadku wierzycieli z grupy lub grup, które wypowiedziały się przeciw przyjęciu układu, plan spłaty przewiduje zaspokojenie wierzycieli przez spłatę:</li> </ol>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Proponowane rozwiązanie w postaci planu spłaty wynika z braku zdolności upadłościowej SPZOZ, natomiast jego istota sprowadza się do określenia sytuacji prawnej wierzycieli grup kontestujących układ tak, jakby doszło do uniwersalnej egzekucji. Nie doszło więc do naruszenia standardu ochrony wierzycieli, dla którego punktem odniesienia jest stopień zaspokojenia w postępowaniu o charakterze ultima ratio , czyli w przypadku SPZOZ – postępowaniu egzekucyjnym prowadzonym przez wszystkich wierzycieli. Takie postępowanie jest de lege lata dopuszczalne w polskim porządku</p>



			<p>1) w terminie sześciu miesięcy od dnia zatwierdzenia planu spłaty w wysokości, którą wierzyciele uzyskaliby w przypadku prowadzenia przez wszystkich wierzycieli podmiotu szpitalnego egzekucji z mienia podmiotu szpitalnego z uwzględnieniem kolejności zaspokajania wierzycieli w postępowaniu egzekucyjnym, oraz</p> <p>2) w terminie 5 lat od dnia upływu 6 miesięcy od dnia zatwierdzenia planu spłaty w wysokości, która odpowiada możliwościom finansowym podmiotu szpitalnego w tym okresie.”</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>Rozwiązanie zaproponowane w art. 367I, który ma być dodany do ustawy Prawo restrukturyzacyjne, ma charakter rozwiązania przymusowego- w braku przyjęcia układu przez wierzycieli, nadzorca układu sporządzi plan spłaty. Wierzyciele z grup, które wypowiedziały się za przyjęciem układu zostaną zaspokojeni w sposób określony w propozycjach układowych, natomiast wierzyciele, którzy wypowiedzieli się przeciw przyjęciu układu zostaną spłaceni, ale na gorszych warunkach.</p> <p>W świetle obowiązującego Prawa restrukturyzacyjnego, nieprzyjęcie układu jest przesłanką umorzenia postępowania restrukturyzacyjnego. Z sytuacją tą mamy do czynienia wówczas, gdy nie została uzyskana większość głosów wierzycieli potrzebna do przyjęcia układu. Projektowane rozwiązanie unormowane w art. 367I stanowi de facto i de iure mechanizm przymuszający wierzycieli do zawarcia układu.</p> <p>Zgodnie z obowiązującym prawem, ani samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, ani instytuty badawcze uczestniczące w systemie ochrony zdrowia nie posiadają zdolności upadłościowej. Wierzyciele, nawiązując stosunki gospodarcze z tymi podmiotami, biorą ten aspekt pod uwagę przy dokonywaniu oceny podmiotu szpitalnego jako kontrahenta, np. możliwy próg zaangażowania finansowego/zaangażowania we współpracę wobec konkretnego podmiotu szpitalnego. Przymiot braku zdolności upadłościowej jest bardzo istotny z punktu widzenia polityki sprzedażowej wierzyciela.</p> <p>Stosowanie rozwiązań właściwych procedurze upadłościowej do podmiotów bez zdolności upadłościowej (określanie potencjalnego stopnia zaspokojenia w innym trybie w przypadku braku przyjęcia układu przez wierzycieli) narusza zasadę pewności prawa, będącą jedną z najważniejszych składowych Konstytucyjnej zasady demokratycznego państwa prawnego. Zarówno przedsiębiorcy indywidualni, jak i korporacyjni powinni mieć możliwość podejmowania decyzji o sposobie i kierunku prowadzenia działalności gospodarczej w oparciu o pełną znajomość przesłanek i konsekwencji prawnych.</p>	<p>prawnym, a zatem projektowana regulacja nie stanowi zarzucanego naruszenia konstytucyjnej zasady pewności prawa oraz prawa własności. Wskazani w uwadze wierzyciele finansowi, udzielając finansowania, z pewnością kalkulują ryzyko takiego postępowania egzekucyjnego.</p> <p>Polski system prawny zna różne sposoby rozwiązania sytuacji niewypłacalności lub zagrożenia niewypłacalnością dłużnika. Dłużnik może zawrzeć układ z wierzycielami, może ogłosić upadłość, w ramach której zostanie ustalony plan spłaty wierzycieli, może podjąć decyzję o likwidacji i spłacie wierzycieli w ramach postępowania likwidacyjnego. Projektowane rozwiązanie stanowi w pewnym sensie połączenie instytucji układu oraz planu spłaty wierzycieli i korzysta ze znanych i wykorzystywanych instytucji prawnych.</p>
--	--	--	---	---

				<p>Jak wskazuje się w doktrynie sprawa restrukturyzacyjna ma za przedmiot kompleksowe rozwiązanie konfliktu interesów pomiędzy dłużnikiem a wierzycielami oraz pomiędzy samymi wierzycielami w związku z niewypłacalnością lub zagrożeniem niewypłacalnością dłużnika w sposób zgodny przyjęty przez dłużnika i określoną większość wierzycieli. (A. Hrycaj (w:) System prawa handlowego, tom 6, Prawo restrukturyzacyjne, 2016 r.).</p> <p>Proponowane rozwiązanie, uregulowane w art. 367I ustawy Prawo restrukturyzacyjne, narusza zasadę poszanowania zgodnej woli dłużnika i wierzycieli, a także zasadę ochrony słusznych praw wierzycieli przy dominacji grupowego interesu wierzycieli. Koszty niewydolności systemu ochrony zdrowia zostaną przerzucone na wierzycieli podmiotów szpitalnych.</p>	
1666.	Rozdział 11	art. 131	BFF Polska S.A.	<p>Uwaga w zakresie przepisu art. 367I ust. 1- 4 ustawy Prawo restrukturyzacyjne</p> <p>„Art. 367I</p> <p>1. W razie braku przyjęcia układu, wierzyciele zostają zaspokojeni na podstawie planu spłaty podmiotu szpitalnego.</p> <p>2. Plan spłaty sporządza nadzorca układu.</p> <p>3. W przypadku wierzycieli z grupy lub grup, które wypowiedziały się za przyjęciem układu, plan spłaty przewiduje, zaspokojenie w sposób określony w propozycjach układowych, przy czym za dzień zatwierdzenia układu uznaje się dzień zatwierdzenia planu spłaty.</p> <p>4. W przypadku wierzycieli z grupy lub grup, które wypowiedziały się przeciw przyjęciu układu, plan spłaty przewiduje zaspokojenie wierzycieli przez spłatę:</p> <p>1) w terminie sześciu miesięcy od dnia zatwierdzenia planu spłaty w wysokości, którą wierzyciele uzyskaliby w przypadku prowadzenia przez wszystkich wierzycieli podmiotu szpitalnego egzekucji z mienia podmiotu szpitalnego z uwzględnieniem kolejności zaspokajania wierzycieli w postępowaniu egzekucyjnym, oraz</p> <p>2) w terminie 5 lat od dnia upływu 6 miesięcy od dnia zatwierdzenia planu spłaty w wysokości, która odpowiada możliwościom finansowym podmiotu szpitalnego w tym okresie.”</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>Rozwiązanie zaproponowane w art. 367I, który ma być dodany do ustawy Prawo restrukturyzacyjne, ma charakter rozwiązania przymusowego- w braku przyjęcia układu przez wierzycieli, nadzorca układu sporządzi plan spłaty. Wierzyciele z grup, które wypowiedziały się za przyjęciem układu zostaną zaspokojeni w sposób określony w propozycjach układowych,</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Proponowane rozwiązanie w postaci planu spłaty wynika z braku zdolności upadłościowej SPZOZ, natomiast jego istota sprowadza się do określenia sytuacji prawnej wierzycieli grup kontestujących układ tak, jakby doszło do uniwersalnej egzekucji. Nie doszło więc do naruszenia standardu ochrony wierzycieli, dla którego punktem odniesienia jest stopień zaspokojenia w postępowaniu o charakterze ultima ratio , czyli w przypadku SPZOZ – postępowaniu egzekucyjnym prowadzonym przez wszystkich wierzycieli. Takie postępowanie jest de lege lata dopuszczalne w polskim porządku prawnym, a zatem projektowana regulacja nie stanowi zarzucanego naruszenia konstytucyjnej zasady pewności prawa oraz prawa własności. Wskazani w uwadze wierzyciele finansowi, udzielając finansowania, z pewnością kalkulują ryzyko takiego postępowania egzekucyjnego.</p> <p>Polski system prawny zna różne sposoby rozwiązania sytuacji niewypłacalności lub zagrożenia niewypłacalnością dłużnika. Dłużnik może zawrzeć układ z wierzycielami, może ogłosić upadłość, w ramach której zostanie ustalony plan spłaty wierzycieli, może podjąć decyzję o likwidacji i spłacie wierzycieli w ramach postępowania likwidacyjnego. Projektowane rozwiązanie stanowi w pewnym sensie połączenie instytucji układu oraz planu spłaty</p>

				<p>natomiast wierzyciele, którzy wypowiedzieli się przeciw przyjęciu układu zostaną spłaceni, ale na gorszych warunkach.</p> <p>W świetle obowiązującego Prawa restrukturyzacyjnego, nieprzyjęcie układu jest przesłanką umorzenia postępowania restrukturyzacyjnego. Z sytuacją tą mamy do czynienia wówczas, gdy nie została uzyskana większość głosów wierzycieli potrzebna do przyjęcia układu. Projektowane rozwiązanie unormowane w art. 3671 stanowi de facto i de iure mechanizm przymuszający wierzycieli do zawarcia układu.</p> <p>Zgodnie z obowiązującym prawem, ani samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, ani instytuty badawcze uczestniczące w systemie ochrony zdrowia nie posiadają zdolności upadłościowej. Wierzyciele, nawiązując stosunki gospodarcze z tymi podmiotami, biorą ten aspekt pod uwagę przy dokonywaniu oceny podmiotu szpitalnego jako kontrahenta, np. możliwy próg zaangażowania finansowego/zaangażowania we współpracę wobec konkretnego podmiotu szpitalnego. Przymiot braku zdolności upadłościowej jest bardzo istotny z punktu widzenia polityki sprzedażowej wierzyciela.</p> <p>Stosowanie rozwiązań właściwych procedurze upadłościowej do podmiotów bez zdolności upadłościowej (określanie potencjalnego stopnia zaspokojenia w innym trybie w przypadku braku przyjęcia układu przez wierzycieli) narusza zasadę pewności prawa, będącą jedną z najważniejszych składowych Konstytucyjnej zasady demokratycznego państwa prawnego. Zarówno przedsiębiorcy indywidualni, jak i korporacyjni powinni mieć możliwość podejmowania decyzji o sposobie i kierunku prowadzenia działalności gospodarczej w oparciu o pełną znajomość przesłanek i konsekwencji prawnych.</p> <p>Jak wskazuje się w doktrynie sprawa restrukturyzacyjna ma za przedmiot kompleksowe rozwiązanie konfliktu interesów pomiędzy dłużnikiem a wierzycielami oraz pomiędzy samymi wierzycielami w związku z niewypłacalnością lub zagrożeniem niewypłacalnością dłużnika w sposób zgodnie przyjęty przez dłużnika i określona większość wierzycieli. (A. Hrycaj (w:) System prawa handlowego, tom 6, Prawo restrukturyzacyjne, 2016 r.).</p> <p>Proponowane rozwiązanie, uregulowane w art. 3671 ustawy Prawo restrukturyzacyjne, narusza zasadę poszanowania zgodnej woli dłużnika i wierzycieli, a także zasadę ochrony słusznych praw wierzycieli przy dominacji grupowego interesu wierzycieli. Koszty niewydolności systemu ochrony zdrowia zostaną przerzucone na wierzycieli podmiotów szpitalnych.</p>	wierzycieli i korzysta ze znanych i wykorzystywanych instytucji prawnych.
1667.	Rozdział 11	art. 131 pkt 4	Związek Banków Polskich	<p>Wprowadzany przez projekt ustawy art. 3671 ust. 4 p.r. (art. 131 pkt 4 projektu ustawy), dotyczący spłaty wierzycieli z grupy lub grup, które wypowiedziały się przeciw przyjęciu układu (w postępowaniu sądowym) jest nie tylko co do zasady niekorzystny dla wierzycieli, ale przede wszystkim bardzo nieprecyzyjny - dlatego wymaga innego, bardziej precyzyjnego sformułowania. Art. 3671 ust. 4 dotyczy spłaty wierzycieli z grupy lub grup, które wypowiedziały się przeciw przyjęciu układu, a więc kwestii z natury narażonej na bardzo duże ryzyko spornych interpretacji. Ryzyko to jest</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pojęcie „spłaty wierzycieli z grupy lub grup, które wypowiedziały się przeciw przyjęciu układu” jest klarowne i nie wywołuje ryzyka spornych interpretacji.</p>

				<p>potęgowane przez użyte w tym przepisie sformułowania wysokości spłat przypadających tym wierzycielom („w terminie sześciu miesięcy od dnia zatwierdzenia planu spłaty w wysokości, którą wierzyciele uzyskaliby w przypadku prowadzenia przez wszystkich wierzycieli podmiotu szpitalnego egzekucji z mienia podmiotu szpitalnego z uwzględnieniem kolejności zaspokajania wierzycieli w postępowaniu egzekucyjnym” oraz „w terminie 5 lat od dnia upływu 6 miesięcy od dnia zatwierdzenia planu spłaty w wysokości, która odpowiada możliwościom finansowym podmiotu szpitalnego w tym okresie”). Oba te sformułowania, a zwłaszcza drugie, dają pole do bardzo rozbieżnych interpretacji. Ich stosowanie w sposób przewidywalny dla wierzycieli i wolny od zarzutu arbitralności czy to przez nadzorcę układu, czy przez sąd wydaje się niemożliwe.</p>	<p>Określenie spłaty w terminie 5 lat w zakresie i „w wysokości, która odpowiada możliwościom finansowym podmiotu szpitalnego w tym okresie” nie jest problematyczne w kontekście praktyki interpretacyjnej wytworzonej na przestrzeni wielu lat obowiązywania regulacji o zawarciu i wykonaniu układu.</p>
1668.	Rozdział 11	art. 131 pkt 4	<p>Polska Federacja Szpitali</p>	<p>„Art. 367l  1. W razie braku przyjęcia układu, wierzyciele zostają zaspokojeni na podstawie planu spłaty podmiotu szpitalnego.  2. Plan spłaty sporządza nadzorca układu.  3. W przypadku wierzycieli z grupy lub grup, które wypowiedziały się za przyjęciem układu, plan spłaty przewiduje, zaspokojenie w sposób określony w propozycjach układowych, przy czym za dzień zatwierdzenia układu uznaje się dzień zatwierdzenia planu spłaty.  4. W przypadku wierzycieli z grupy lub grup, które wypowiedziały się przeciw przyjęciu układu, plan spłaty przewiduje zaspokojenie wierzycieli przez spłatę:  1) w terminie sześciu miesięcy od dnia zatwierdzenia planu spłaty w wysokości, którą wierzyciele uzyskaliby w przypadku prowadzenia przez wszystkich wierzycieli podmiotu szpitalnego egzekucji z mienia podmiotu szpitalnego z uwzględnieniem kolejności zaspokajania wierzycieli w postępowaniu egzekucyjnym, oraz  2) w terminie 5 lat od dnia upływu 6 miesięcy od dnia zatwierdzenia planu spłaty w wysokości, która odpowiada możliwościom finansowym podmiotu szpitalnego w tym okresie.”</p> <p>Rozwiązanie zaproponowane w art. 367l, który ma być dodany do ustawy Prawo restrukturyzacyjne, ma charakter rozwiązania przymusowego- w razie braku przyjęcia układu przez wierzycieli, nadzorca układu sporządzi plan spłaty. Wierzyciele z grup, które wypowiedziały się za przyjęciem układu zostaną zaspokojeni w sposób określony w propozycjach układowych, natomiast wierzyciele, którzy wypowiedzieli się przeciw przyjęciu układu zostaną spłaceni, ale na gorszych warunkach.</p> <p>W świetle obowiązującego Prawa restrukturyzacyjnego, nieprzyjęcie układu jest przesłanką umorzenia postępowania restrukturyzacyjnego. Z sytuacją tą mamy do czynienia wówczas, gdy nie została uzyskana większość głosów wierzycieli potrzebna do przyjęcia układu. Projektowane rozwiązanie unormowane w art. 367l stanowi <i>de facto</i> i <i>de iure</i> mechanizm przymuszający wierzycieli do zawarcia układu.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Proponowane rozwiązanie w postaci planu spłaty wynika z braku zdolności upadłościowej SPZOZ, natomiast jego istota sprowadza się do określenia sytuacji prawnej wierzycieli grup kontestujących układ tak, jakby doszło do uniwersalnej egzekucji. Nie doszło więc do naruszenia standardu ochrony wierzycieli, dla którego punktem odniesienia jest stopień zaspokojenia w postępowaniu o charakterze ultima ratio, czyli w przypadku SPZOZ – postępowaniu egzekucyjnym prowadzonym przez wszystkich wierzycieli. Takie postępowanie jest de lege lata dopuszczalne w polskim porządku prawnym, a zatem projektowana regulacja nie stanowi zarzucanego naruszenia konstytucyjnej zasady pewności prawa oraz prawa własności. Wskazani w uwadze wierzyciele finansowi, udzielając finansowania, z pewnością kalkulują ryzyko takiego postępowania egzekucyjnego.</p> <p>Polski system prawny zna różne sposoby rozwiązania sytuacji niewypłacalności lub zagrożenia niewypłacalnością dłużnika. Dłużnik może zawrzeć układ z wierzycielami, może ogłosić upadłość, w ramach której zostanie ustalony plan spłaty wierzycieli, może podjąć decyzję o likwidacji i spłacie wierzycieli w ramach postępowania likwidacyjnego. Projektowane rozwiązanie stanowi w pewnym sensie połączenie instytucji układu oraz planu spłaty wierzycieli i korzysta ze znanych i wykorzystywanych instytucji prawnych.</p>

				<p>Zgodnie z obowiązującym prawem, ani samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, ani instytuty badawcze uczestniczące w systemie ochrony zdrowia nie posiadają zdolności upadłościowej. Wierzyciele, nawiązując stosunki gospodarcze z tymi podmiotami, biorą ten aspekt pod uwagę przy dokonywaniu oceny podmiotu szpitalnego jako kontrahenta, np. możliwy próg zaangażowania finansowego/zaangażowania we współpracę wobec konkretnego podmiotu szpitalnego. Przymiot braku zdolności upadłościowej jest bardzo istotny z punktu widzenia polityki sprzedażowej wierzyciela.</p> <p>Stosowanie rozwiązań właściwych procedurze upadłościowej do podmiotów bez zdolności upadłościowej (określanie potencjalnego stopnia zaspokojenia w innym trybie w przypadku braku przyjęcia układu przez wierzycieli) narusza zasadę pewności prawa, będącą jedną z najważniejszych składowych Konstytucyjnej zasady demokratycznego państwa prawnego. Zarówno przedsiębiorcy indywidualni, jak i korporacyjni powinni mieć możliwość podejmowania decyzji o sposobie i kierunku prowadzenia działalności gospodarczej w oparciu o pełną znajomość przesłanek i konsekwencji prawnych.</p> <p>Jak wskazuje się w doktrynie sprawa restrukturyzacyjna ma za przedmiot kompleksowe rozwiązanie konfliktu interesów pomiędzy dłużnikiem a wierzycielami oraz pomiędzy samymi wierzycielami w związku z niewypłacalnością lub zagrożeniem niewypłacalnością dłużnika <u>w sposób zgodny przyjęty przez dłużnika i określoną większość wierzycieli</u>. (A. Hrycaj (w:) System prawa handlowego, tom 6, Prawo restrukturyzacyjne, 2016 r.).</p> <p>Proponowane rozwiązanie, uregulowane w art. 367l ustawy Prawo restrukturyzacyjne, narusza zasadę poszanowania zgodnej woli dłużnika i wierzycieli, a także zasadę ochrony słuszných praw wierzycieli przy dominacji grupowego interesu wierzycieli. Koszty niewydolności systemu ochrony zdrowia zostaną przerzucone na wierzycieli podmiotów szpitalnych.</p>	
1669.	Rozdział 11	Art. 133	Prezes Urzędu Zamówień Publicznych	<p>Art. 133 Projektu dodaje w ustawie z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129, z późn. zm.), dalej „ustawa Pzp”, pkt 15 w art. 11 ust. 5 wyłączając w ten sposób stosowanie ustawy Pzp do zamówień publicznych o wartości mniejszej niż tzw. progi unijne, związanych z przygotowaniem i przeprowadzeniem postępowania o zatwierdzenie układu w rozumieniu ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1588 i 2140). Proponuje się ograniczenie projektowanego wyłączenia do zamówień o wartości mniejszej niż progi unijne, których przedmiotem są usługi nadzorca układu w rozumieniu ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne, udzielanych przez podmiot szpitalny.</p> <p>Projektowany art. 133 ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa ma na celu wyłączenie stosowania procedur ustawy Pzp z przyczyn związanych z poufnością etapu przygotowawczego do postępowania restrukturyzacyjnego, a w szczególności poufnością decyzji o skorzystaniu z restrukturyzacji zadłużenia.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Niezasadne jest ograniczenie wyłączenia tylko do wykonywania funkcji nadzorca układu, która jest poprzedzana pracami przygotowawczymi o charakterze analitycznym. Również w jej trakcie konieczne jest przeprowadzenie wielu działań, które nie są stricte wykonywaniem czynności (funkcji) nadzorca układu.</p> <p>Uwaga jest słuszna w kontekście doprecyzowania, że jednym z obszarów wyłączenia są usługi nadzorca układu.</p>

				<p>Należy jednak zauważyć, że w oparciu o projektowane rozwiązania w przypadku, gdy dla podmiotu szpitalnego został ustanowiony nadzorca w rozumieniu art. 38 ust. 1 Projektu, upublicznienie zamiaru wszczęcia postępowania o zatwierdzenie układu nie odniesie wpływu na sferę już istniejących stosunków prawnych i wynikających z nich wierzytelności. Zgodnie z rozwiązaniami przewidzianymi w Projekcie, od dnia obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego podmiot szpitalny podlegać będzie bowiem z mocy prawa ochronie przed egzekucją i wypowiedzeniem umów (art. 71 i art. 72 Projektu).</p> <p>Ponieważ jednak, jak wynika z np. z art. 131 pkt 4 Projektu, a w szczególności dodawanego w tej ustawie art. 367c pkt 1, umowa o sprawowanie nadzoru nad przebiegiem postępowania o zatwierdzenie układu może być zawierana również samodzielnie przez podmiot szpitalny, dla którego nie został ustanowiony nadzorca podmiotu szpitalnego, dla której Projekt nie przewiduje takich rozwiązań jak zawarte w art. 71 i 72 Projektu, upublicznienie zamiaru wszczęcia postępowania o zawarcie układu może mieć w takich okolicznościach negatywny na sferę stosunków prawnych i finansowych podmiotu szpitalnego.</p> <p>Stąd z uwagi na możliwe zagrożenia związane z zakłóceniami w działalności podmiotów szpitalnych w przypadku ujawnienia informacji o zamiarze wszczęcia przez te podmioty postępowania układowego w wyniku opublikowania ogłoszenia o zamówieniu na wybór nadzorcy układu projektowane wyłączenie jest uzasadnione, ale tylko w zakresie zamówień, których przedmiotem są usługi nadzorcy układu w rozumieniu ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne. Nie ma natomiast uzasadnienia dla wyłączenia ogólnie usług związanych z przygotowaniem i przeprowadzeniem postępowania o zatwierdzenie układu.</p> <p>Proponowane rozwiązanie: Proponuje się nadanie art. 133 Projektu następującego brzmienia:</p> <p>Art. 133. W ustawie z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129, 1598, 2054 i 2269 oraz z 2022 r. poz. 25) w art. 11 w ust. 5 w pkt 14 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 15 w brzmieniu:</p> <p>„15) których przedmiotem są usługi nadzorcy układu w rozumieniu ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1588 i 2140), udzielanych przez podmioty szpitalne.”</p>	
1670.	Rozdział 11	Art. 134 pkt 3	<p>Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Zasadne jest dookreślenie wysokości limitu na leki w ramach RDTL.</p> <p>Przepisy ustawy nie wskazują czy limit, którym dysponuje świadczeniodawca jest limitem wyliczonym dla umów tego świadczeniodawcy, czy limit jest wspólny dla wszystkich świadczeniodawców.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Poza zakresem regulacji.</p>

1671.	Rozdział 12	-	Związek Województw RP - Województwo Wielkopolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Przygotowywane plany rozwojowe i naprawczo – rozwojowe mają opierać się o analizy za rok 2022 r.</p> <p>Rok 2022 podobnie jak i 2021 oraz 2020 są okresami związanymi z szalejącą pandemią COVID-19 oraz wpływu jego skutków na poziom realizacji świadczeń zwłaszcza w podmiotach wyłączonych całkowicie lub częściowo z normalnego funkcjonowania i przekształcone na rzecz leczenia pacjentów covidowych.</p> <p>Jeżeli muszą być brane pod uwagę do analiz dane za rok 2022, to winny uwzględniać okoliczności pandemii oraz realne i obiektywne kryteria.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Ministerstwo Zdrowia dokonało na podstawie danych za 2020 r. (aktualnie brak jeszcze danych za 2021 r.) symulacji procesu kategoryzacji szpitali publicznych przewidywanego przepisami projektu ustawy. W efekcie symulacji przeprowadzonej w oparciu o wskaźniki ekonomiczno-finansowe wskazane w projektowanej ustawie, tylko co trzeci szpital (33%) zakwalifikowany został do kategorii C lub D, z którymi wiąże się konieczność podjęcia działań naprawczo-rozwojowych. Pozostałe 67% szpitali znalazłoby się w kategoriach A i B, co oznacza brak problemów w zakresie sytuacji finansowej.</p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.</p>
1672.	Rozdział 12	art. 136-139	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Konsekwencja to powstanie kosztochłonnej instytucji w systemie ochrony zdrowia.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt zakłada utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji (Agencji Rozwoju Szpitali), która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów. Koszty funkcjonowania Agencji są wprost proporcjonalne do przypisanych ARS zadań oraz odpowiedzialności.</p>
1673.	Rozdział 12	art. 139 ust. 1 i ust. 2 pkt 1	Rada Główna Instytutów Badawczych	<p>inne wartości dla 2022 r. wskazane w artykułach należy zweryfikować którą wartość przyjąć dla 2022 r.</p> <p>zmiana zapisu</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W art. 139 ust. 1 wskazano wartości dotacji podmiotowej i celowej jakie mają być przekazane w 2022 r. Agencji, natomiast w ust. 2 pkt. 1 przedstawiono maksymalny limit wydatków będących skutkiem finansowym ustawy obejmujący</p>

					(oprócz przywołanych dotacji) również skutki wynikające ze sprawowania przez Ministra Zdrowia nadzoru nad Agencją.																												
1674.	Rozdział 12	art. 139 ust. 1 i ust. 2 pkt 1	SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia	inne wartości dla 2022 r. wskazane w artykułach należy zweryfikować którą wartość przyjąć dla 2022 r. zmiana zapisu	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  W art. 139 ust. 1 wskazano wartości dotacji podmiotowej i celowej jakie mają być przekazane w 2022 r. Agencji, natomiast w ust. 2 pkt. 1 przedstawiono maksymalny limit wydatków będących skutkiem finansowym ustawy obejmujący (oprócz przywołanych dotacji) również skutki wynikające ze sprawowania przez Ministra Zdrowia nadzoru nad Agencją.																												
1675.	Rozdział 12	art. 139-140	Institut Strategie 2050	<p>W rozdziale 12 ustawy traktującym o przepisach przejściowych, dostosowujących i końcowych uwagę zwracają artykuły 139 i 140. W artykule 139 ust. 2 przedstawiono wykaz maksymalnych limitów wydatków w związku z utworzeniem Agencji Rozwoju Szpitali, będących skutkiem finansowym ustawy w kolejnych latach 2022-2032. Z kolei w uzasadnieniu do projektu ustawodawca wspomina jedynie, że maksymalny limit wydatków będących skutkiem realizacji ustawy będzie związany przede wszystkim ze zwiększaniem środków przekazywanych Agencji w ramach dotacji celowej na realizację i finansowanie zadań, wskazując wielkości tych środków w kolejnych latach. Z różnicy pomiędzy wymienionymi kwotami wynika wartość kosztów bieżących Agencji (obejmuje to m.in. wynagrodzenia osób pracujących na rzecz ARS). Dane te zebrano w tabeli 1.</p> <p>Tabela 1. Maksymalny limit wydatków Agencji Rozwoju Szpitali będących skutkiem finansowym ustawy w latach 2022 - 2032, w tym dotacja podmiotowa, o której mowa w art. 113 ust. 1 pkt 1 na koszty bieżące Agencji związane z realizacją zadań określonych w ustawie, oraz dotacja celowa na pokrycie kosztów inwestycyjnych związanych z działalnością Agencji.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Lata</th> <th>Dotacja celowa na pokrycie kosztów inwestycyjnych związanych z restrukturyzacją działalnością ARS (w mln zł)</th> <th>Dotacja podmiotowa na koszty bieżące ARS związane z realizacją zadań określonych w ustawie (w mln zł)</th> <th>Koszt funkcjonowania ARS - limit wydatków będących skutkiem finansowym ustawy (w mln zł)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2022</td> <td>4,0</td> <td>20,2</td> <td>24,2</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>100,0</td> <td>95,9</td> <td>195,9</td> </tr> <tr> <td>2024</td> <td>1200,0</td> <td>133,1</td> <td>1333,1</td> </tr> <tr> <td>2025</td> <td>1200,0</td> <td>133,6</td> <td>1333,6</td> </tr> <tr> <td>2026</td> <td>300,0</td> <td>133,9</td> <td>433,9</td> </tr> <tr> <td>2027</td> <td>300,0</td> <td>125,8</td> <td>425,8</td> </tr> </tbody> </table>	Lata	Dotacja celowa na pokrycie kosztów inwestycyjnych związanych z restrukturyzacją działalnością ARS (w mln zł)	Dotacja podmiotowa na koszty bieżące ARS związane z realizacją zadań określonych w ustawie (w mln zł)	Koszt funkcjonowania ARS - limit wydatków będących skutkiem finansowym ustawy (w mln zł)	2022	4,0	20,2	24,2	2023	100,0	95,9	195,9	2024	1200,0	133,1	1333,1	2025	1200,0	133,6	1333,6	2026	300,0	133,9	433,9	2027	300,0	125,8	425,8	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Uwaga o charakterze komentarza, niezawierająca propozycji rozwiązań.
Lata	Dotacja celowa na pokrycie kosztów inwestycyjnych związanych z restrukturyzacją działalnością ARS (w mln zł)	Dotacja podmiotowa na koszty bieżące ARS związane z realizacją zadań określonych w ustawie (w mln zł)	Koszt funkcjonowania ARS - limit wydatków będących skutkiem finansowym ustawy (w mln zł)																														
2022	4,0	20,2	24,2																														
2023	100,0	95,9	195,9																														
2024	1200,0	133,1	1333,1																														
2025	1200,0	133,6	1333,6																														
2026	300,0	133,9	433,9																														
2027	300,0	125,8	425,8																														



				<table border="1"> <tr> <td>2028</td> <td>300,0</td> <td>130,8</td> <td>430,8</td> </tr> <tr> <td>2029</td> <td>300,0</td> <td>130,4</td> <td>430,4</td> </tr> <tr> <td>2030</td> <td>300,0</td> <td>124,2</td> <td>424,2</td> </tr> <tr> <td>2031</td> <td>300,0</td> <td>124,6</td> <td>424,6</td> </tr> <tr> <td>2032</td> <td>200,0</td> <td>125,8</td> <td>325,8</td> </tr> <tr> <td>Koszty razem</td> <td>4504,0</td> <td>1278,3</td> <td>5782,3</td> </tr> </table> <p>Z tabeli wynika, że skutkiem finansowym ustawy będzie wydatkowanie maksymalnie 5782,3 mln zł w związku z realizowaniem wszystkich zadań ARS. Dotacja celowa na pokrycie kosztów inwestycyjnych, w tym wdrażanie rozwiązań restrukturyzacyjnych, związanych z działalnością ARS wyniesie 4504 mln, z czego 3 mld zł mają zostać wydane w ciągu pierwszych 5 lat (2022-2026). Dotacja podmiotowa na tzw. koszty bieżące ARS (głównie wynagrodzenia) wyniesie łącznie 1278,3 mln zł (lata 2022-2032)</p>	2028	300,0	130,8	430,8	2029	300,0	130,4	430,4	2030	300,0	124,2	424,2	2031	300,0	124,6	424,6	2032	200,0	125,8	325,8	Koszty razem	4504,0	1278,3	5782,3	
2028	300,0	130,8	430,8																										
2029	300,0	130,4	430,4																										
2030	300,0	124,2	424,2																										
2031	300,0	124,6	424,6																										
2032	200,0	125,8	325,8																										
Koszty razem	4504,0	1278,3	5782,3																										
1676.	Rozdział 12	art. 140	Polska Federacja Szpitali	<p>Projektowane brzmienie przepisu: "Pierwsza ocena i przyznanie kategorii, o których mowa w art. 24, nastąpi w 2023 r. na podstawie danych podmiotów szpitalnych za 2022 r."</p> <p>Biorąc pod uwagę czynniki makroekonomiczne bardziej zasadnym jest oparcie kategoryzacji podmiotów szpitalnych na podstawie danych za 2021 r.</p> <p>Rok 2022 niesie za sobą wiele czynników o charakterze makroekonomicznym kształtujących sytuację ekonomiczno-finansową podmiotów szpitalnych i mogących mieć negatywny wpływ na ich wyniki finansowe, a tym samym na wskaźniki, które będą stanowiły podstawę do przypisania im kategorii (wzrost inflacji skutkujący drastycznymi podwyżkami materiałów i usług nabywanych przez podmioty szpitalne, niestabilna sytuacja na rynkach surowców, paliw i energii (drastyczne podwyżki energii elektrycznej i gazu), ryzyko braku zapewnienia dalszego finansowania wzrostu wynagrodzeń pracowników zawodów medycznych, których zasadnicze wynagrodzenie jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego określonego ustawowo).</p> <p>W związku z tym proponuje się, aby pierwsza ocena i przyznanie kategorii podmiotom szpitalnym odbyło się na podstawie danych za rok 2021, w którym sytuacja była znacznie bardziej ustabilizowana, w tym również pod względem realizacji świadczeń zdrowotnych w dobie pandemii.</p> <p>Proponujemy następujące brzmienie przepisu: "Pierwsza ocena i przyznanie kategorii, o których mowa w art. 24, nastąpi w 2023 r. na podstawie danych podmiotów szpitalnych za 2021 r."</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.</p>																								
1677.	Rozdział 12	art. 140	Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka	<p>Projektowane brzmienie przepisu: "Pierwsza ocena i przyznanie kategorii, o których mowa w art. 24, nastąpi w 2023 r. na podstawie danych podmiotów szpitalnych za 2022 r."</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej</p>																								

			Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	<p>Biorąc pod uwagę czynniki makroekonomiczne bardziej zasadnym jest oparcie kategoryzacji podmiotów szpitalnych na podstawie danych za 2021 r.</p> <p>Rok 2022 niesie za sobą wiele czynników o charakterze makroekonomicznym kształtujących sytuację ekonomiczno-finansową podmiotów szpitalnych i mogących mieć negatywny wpływ na ich wyniki finansowe, a tym samym na wskaźniki, które będą stanowiły podstawę do przypisania im kategorii (wzrost inflacji skutkujący drastycznymi podwyżkami materiałów i usług nabywanych przez podmioty szpitalne, niestabilna sytuacja na rynkach surowców, paliw i energii (drastyczne podwyżki energii elektrycznej i gazu), ryzyko braku zapewnienia dalszego finansowania wzrostu wynagrodzeń pracowników zawodów medycznych, których zasadnicze wynagrodzenie jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego określonego ustawowo).</p> <p>W związku z tym proponuje się, aby pierwsza ocena i przyznanie kategorii podmiotom szpitalnym odbyło się na podstawie danych za rok 2021, w którym sytuacja była znacznie bardziej ustabilizowana, w tym również pod względem realizacji świadczeń zdrowotnych w dobie pandemii.</p> <p>Proponuje się następujące brzmienie przepisu: "Pierwsza ocena i przyznanie kategorii, o których mowa w art. 24, nastąpi w 2023 r. na podstawie danych podmiotów szpitalnych za 2021 r. ".</p>	<p>sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.</p>
1678.	Rozdział 12	art. 140	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>zmiana okresu za który przyznawana będzie kategoria, stan epidemii nie odzwierciedla prawidłowego funkcjonowania podmiotu leczniczego, niemożliwe jest określenie wiarygodnych danych na podstawie zaburzonego funkcjonowania podmiotów ochrony zdrowia.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Skutki pandemii Covid-19 mogą wpływać na sytuację finansową podmiotów szpitalnych jeszcze przez jakiś czas. Natomiast sytuacja finansowa podmiotów szpitalnych wskazuje na konieczność podjęcia działań bez zbędnej zwłoki.</p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.</p>
1679.	Rozdział 12	art. 140	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Projektowane brzmienie przepisu: "Pierwsza ocena i przyznanie kategorii, o których mowa w art. 24, nastąpi w 2023 r. na podstawie danych podmiotów szpitalnych za 2022 r."</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p>

				<p>Biorąc pod uwagę czynniki makroekonomiczne bardziej zasadnym jest oparcie kategoryzacji podmiotów szpitalnych na podstawie danych za 2021 r.</p> <p>Rok 2022 niesie za sobą wiele czynników o charakterze makroekonomicznym kształtujących sytuację ekonomiczno-finansową podmiotów szpitalnych i mogących mieć negatywny wpływ na ich wyniki finansowe, a tym samym na wskaźniki, które będą stanowiły podstawę do przypisania im kategorii (wzrost inflacji skutkujący drastycznymi podwyżkami materiałów i usług nabywanych przez podmioty szpitalne, niestabilna sytuacja na rynkach surowców, paliw i energii (drastyczne podwyżki energii elektrycznej i gazu), ryzyko braku zapewnienia dalszego finansowania wzrostu wynagrodzeń pracowników zawodów medycznych, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego określonego ustawowo).</p> <p>W związku z tym proponuje się, aby pierwsza ocena i przyznanie kategorii podmiotom szpitalnym odbyło się na podstawie danych za rok 2021, w którym sytuacja była znacznie bardziej ustabilizowana, w tym również pod względem realizacji świadczeń zdrowotnych w dobie pandemii. Proponuje się następujące brzmienie przepisu: "Pierwsza ocena i przyznanie kategorii, o których mowa w art. 24, nastąpi w 2023 r. na podstawie danych podmiotów szpitalnych za 2021 r."</p>	<p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.</p>
1680.	Rozdział 12	art. 140	<p>Polska Unia Szpitali Klinicznych</p>	<p>Aktualne brzmienie: Pierwsza ocena i przyznanie kategorii, o których mowa w art. 24, nastąpi w 2023 r. na podstawie danych podmiotów szpitalnych za 2022 r.</p> <p>Proponowane brzmienie: Pierwsza ocena i przyznanie kategorii, o których mowa w art. 24, nastąpi w 2023 r. na podstawie danych podmiotów szpitalnych za 2020-2022 r.</p> <p>Z uwagi na fakt, iż kategoryzacja dokonywana jest na okres 3 lat, powinna opierać się na danych z 3 ostatnich lat, a nie ostatniego roku, który nie jest w pełni miarodajny w perspektywie następnych lat. Oczywiście dane z ostatniego roku są najważniejsze, ale na sytuację finansową szpitala mają też wpływ lata poprzednie, dlatego kategoryzacja winna opierać się na dwóch dodatkowych latach z odpowiednią wagą punkową za każdy poprzedni rok. Kryteria nadające odpowiednią kategoryzację winny być zmienione, tak, aby obejmowały również wagę dwóch dodatkowych poprzednich lat.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.</p>
1681.	Rozdział 12	art. 140	<p>Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Kategoryzacja podmiotów szpitalnych na podstawie parametrów ekonomiczno-finansowych uzyskanych w okresie pandemii Covid-19.</p> <p>Przyznanie kategorii podmiotowi szpitalnemu odbędzie się na podstawie (wyłącznie) wskaźników finansowych, dodatkowo uzyskanych w okresie trwania pandemii Covid-19 od 2020 r., która wpłynęła negatywnie na zakres prowadzonej działalności, w tym na osiągnięte wyniki finansowe. W czasie trwania pandemii podmioty szpitalne nie są w większości w stanie, w pełni realizować umów zawartych z płatnikiem świadczeń (wielokrotnie</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Skutki pandemii Covid-19 mogą wpływać na sytuację finansową podmiotów szpitalnych jeszcze przez jakiś czas. Natomiast sytuacja finansowa podmiotów szpitalnych wskazuje na konieczność podjęcia działań bez zbędnej zwłoki. Jednocześnie, nie można zakładać jedynie negatywnego wpływu pandemii</p>

				<p>przesuwane były terminy rozliczania ryczałtów sieciowych). Ponadto, podmioty dostosowują swoją działalność do aktualnej sytuacji epidemicznej i realizują polecenia/decyzje w zakresie zapewnienia w podmiocie leczniczym odpowiedniej ilości łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2. W okresie pandemii nastąpił również znaczny wzrost kosztów działalności, spowodowany m.in. wzrostem kosztów: energii elektrycznej, energii cieplnej, materiałów i usług oraz wynagrodzeń, co nie znajduje adekwatnego odzwierciedlenia w poziomie kontraktu z płatnikiem publicznym. W związku z powyższym, rozważyć należy zmianę terminu dokonania pierwszej oceny do czasu ustabilizowania się sytuacji wywołanej przez czynniki niezależne od podmiotów leczniczych tj. pandemia czy inflacja lub dokonanie analizy wskaźnikowej w szerszej perspektywie czasowej, uwzględniającej okres również sprzed pandemii.</p>	<p>Covid-19 na sytuację finansową podmiotów szpitalnych. Rok 2020 będący pierwszym rokiem funkcjonowania w warunkach pandemicznych, a jednocześnie będący aktualnie ostatnim rokiem, za który Ministerstwo Zdrowia dysponuje pełnymi danymi finansowymi pokazuje, że nastąpiła poprawa sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych w stosunku do 2019 roku.</p>
1682.	Rozdział 12	art. 140	<p>Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Szpitali Specjalistycznych w Olsztynie</p>	<p>Projekt ustawy przewiduje, iż pierwsza ocena i kategoryzacja podmiotów szpitalnych dokonana zostanie w 2023 r. w oparciu o dane za rok 2022, co zważywszy na prognozy ekonomiczne, jest wybitnie niekorzystne dla szpitali. Biorąc pod uwagę galopującą inflację, drastyczny wzrost cen kosztów stałych szpitali począwszy od 1 stycznia 2022r. tj. energia, gaz, ogrzewanie itp, wprowadzenie mechanizmu oceny w oparciu o dane z 2022r., będzie niemiarodajne i może postawić wiele podmiotów leczniczych, dotychczas znajdujących się w dobrej sytuacji finansowej, w niższej kategorii. Ustawodawcy nie zależy aby sztucznie zwiększać ilość szpitali objętych programem naprawczo-rozwojowym, a tylko te, które wymagają w wyniku trudnej sytuacji utrzymującej się od kilku lat. Art. 140 powinien brzmieć: „Pierwsza ocena i przyznanie kategorii, o której mowa w art. 24, nastąpi w 2023 roku, na podstawie danych podmiotów szpitalnych za 2021 rok.”</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej. W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.</p>
1683.	Rozdział 12	art. 140	<p>Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych</p>	<p>Projekt ustawy przewiduje, iż pierwsza ocena i kategoryzacja podmiotów szpitalnych dokonana zostanie w 2023 r. w oparciu o dane za rok 2022, co zważywszy na prognozy ekonomiczne, jest wybitnie niekorzystne dla szpitali.  Biorąc pod uwagę rosnącą inflację, drastyczny wzrost cen kosztów stałych szpitali począwszy od 1 stycznia 2022 r. tj. energia, gaz, ogrzewanie itp., wprowadzenie mechanizmu oceny w oparciu o dane z 2022 r., będzie niemiarodajne i może postawić wiele podmiotów leczniczych, dotychczas znajdujących się w dobrej sytuacji finansowej, w niższej kategorii. Projektodawcy nie zależy, aby sztucznie zwiększać ilość szpitali objętych programem naprawczo-rozwojowym, a tylko te, które wymagają w wyniku trudnej sytuacji utrzymującej się od kilku lat.  Treść art. 140 powinien otrzymać nowe brzmienie: „Pierwsza ocena i przyznanie kategorii, o której mowa w art. 24, nastąpi w 2023 roku, na podstawie danych podmiotów szpitalnych za lata 2021 i 2022.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej. W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.</p>

1684.	Rozdział 12	art. 140	Wielkopolski Związek Szpitali	<p>Art. 140 Pierwsza ocena i przyznanie kategorii, o których mowa w art. 24, nastąpi w 2023 r. na podstawie danych podmiotów szpitalnych za 2022 r.</p> <p>Kategoryzacja szpitali w oparciu o wyniki finansowe uzyskane w 2022 roku, nie może stanowić podstawy do wiarygodnej analizy i oceny, ponieważ na sytuację szpitali w dużym stopniu wpływa pandemia, powodując zniekształcenie ich wyników finansowych, zwłaszcza w szpitalach wyłączonych całkowicie lub częściowo z normalnego funkcjonowania i przekształconych na rzecz leczenia pacjentów covidowych.</p> <p>Ponadto na sytuację finansową szpitali w 2022 r. istotny wpływ będzie miała inflacja oraz brak wsparcia finansowego ze strony MZ i NFZ dla podmiotów leczniczych w związku z drastycznymi podwyżkami cen energii elektrycznej, gazu i innych paliw opałowych a także wzrostem wynagrodzeń.</p> <p>Negatywny wpływ na wyniki finansowo-ekonomiczne wywiera słaba lub nieprzeprowadzana przez całe lata aktualizacja wycen usług medycznych.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Skutki pandemii Covid-19 mogą wpływać na sytuację finansową podmiotów szpitalnych jeszcze przez jakiś czas. Natomiast sytuacja finansowa podmiotów szpitalnych wskazuje na konieczność podjęcia działań bez zbędnej zwłoki.</p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.</p>
1685.	Rozdział 12	art. 140	Związek Województw RP - Województwo Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Pierwsza ocena i przyznanie kategorii o których mowa w art. 24, nastąpi w 2023 r. na podstawie wyników szpitali za 2022 r.</p> <p>Podjęte działania będą obarczone błędem związanym ze skutkami wpływu pandemii COVID-19 na finanse podmiotów szpitalnych.</p> <p>Propozycja: Mając na uwadze, że w 2020 r. wprowadzono stan pandemii na terytorium RP, należy rozważyć zmianę okresu, za który dokonana zostanie ocena szpitali i przyjęcie za rok bazowy np. 2019 roku (przed pandemią).</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Skutki pandemii Covid-19 mogą wpływać na sytuację finansową podmiotów szpitalnych jeszcze przez jakiś czas. Natomiast sytuacja finansowa podmiotów szpitalnych wskazuje na konieczność podjęcia działań bez zbędnej zwłoki.</p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.</p>
1686.	Rozdział 12	art. 140	Związek Województw RP - Województwo	<p>Pierwsza ocena i kategoryzacja powinna być po ustaniu pandemii.</p> <p>Pandemia, galopująca inflacja etc.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Skutki pandemii Covid-19 mogą wpływać na sytuację finansową podmiotów szpitalnych jeszcze przez jakiś</p>

			Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)		czas. Natomiast sytuacja finansowa podmiotów szpitalnych wskazuje na konieczność podjęcia działań bez zbędnej zwłoki.
1687.	Rozdział 12	art. 140	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Pierwsza ocena i przyznanie kategorii, o których mowa w art. 24, nastąpi w 2023 r. na podstawie danych podmiotów szpitalnych za 2022 r. 2022r. to wciąż rok walki z pandemią, ponadto w bieżącym roku wprowadza się podwyżki gazu, energii podnosząc koszty utrzymani. Wysokości finansowania świadczeń medycznych przez NFZ od kilku lat jest na podobnym poziomie. Od kiedy funkcjonujemy w pandemii, to świadczenia i usługi zdrowotne są niedoszacowane i niedofinansowane, co sygnalizujemy od dłuższego czasu.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Skutki pandemii Covid-19 mogą wpływać na sytuację finansową podmiotów szpitalnych jeszcze przez jakiś czas. Natomiast sytuacja finansowa podmiotów szpitalnych wskazuje na konieczność podjęcia działań bez zbędnej zwłoki. Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej. W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.
1688.	Rozdział 12	art. 140	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	Pierwsza ocena i przyznanie kategorii, o której mowa w art. 25, nie powinna odbywać się na podstawie danych z 2022 r., w którym przewidywalnie stan epidemii ponownie odegra dominującą rolę.  Problematycznym wydaje się poddanie ocenie sprawozdania, kiedy już sam początek roku wykazuje zaburzenia działalności spowodowane epidemią Covid-19. Epidemia Covid-19 powoduje, że Wojewoda może wyznaczyć szpital jako szpital covidowy na trudny do przewidzenia okres. W tym czasie szpital nie realizuje lub w ograniczonym stopniu realizuje kontrakt z NFZ, co z przyczyn od niego niezależnych zaburza faktyczny obraz sytuacji finansowej szpitala.  Ocenie powinny podlegać sprawozdania sporządzone za 1-szy pełny rok obrotowy działalności po zniesieniu stanu epidemii Covid-19 w Polsce, czyli po powrocie do normalnej działalności.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Skutki pandemii Covid-19 mogą wpływać na sytuację finansową podmiotów szpitalnych jeszcze przez jakiś czas. Natomiast sytuacja finansowa podmiotów szpitalnych wskazuje na konieczność podjęcia działań bez zbędnej zwłoki.
1689.	Rozdział 12	art. 140	Konferencja Rektorów Akademicznych Uczelni Medycznych	Pierwsza ocena i przyznanie kategorii, o których mowa w art. 24, nastąpi w 2023 r. na podstawie danych podmiotów szpitalnych za 2022 r.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej

				<p>Pierwsza ocena i przyznanie kategorii, o których mowa w art. 24, nastąpi w 2023 r. na podstawie danych podmiotów szpitalnych za co najmniej okres 3 lat (np. za lata 2020-2022).</p> <p>Z uwagi na fakt, iż kategoryzacja dokonywana jest na okres 3 lat, powinna opierać się na danych z co najmniej 3 ostatnich lat, a nie ostatniego roku, który nie jest w pełni miarodajny w perspektywie następnych lat. Oczywiście dane z ostatniego roku są najważniejsze, ale na sytuację finansową szpitala mają też wpływ lata poprzednie, dlatego kategoryzacja winna opierać się na dwóch dodatkowych latach z odpowiednią wagą punkową za każdy poprzedni rok. Kryteria nadające odpowiednią kategoryzację winny być zmienione, tak, aby obejmowały również wagę dwóch dodatkowych poprzednich lat.</p>	<p>sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.</p>
1690.	Rozdział 12	art. 140	<p>Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych</p>	<p>Wskazanie roku bazowego.</p> <p>Pierwsza ocena za rok 2023.</p> <p>Określenie 2022 r. jako roku bazowego nie uwzględnia faktu nakładania przez wojewodów decyzji przekształcających szpitale/oddziały/łóżka na tzw. covidowe. Wyłącza to praktycznie od 2020 r. możliwość realizowania świadczeń medycznych zgodnie z zawartymi kontraktami z NFZ lub wykorzystaniem przyznanego ryczału w ramach sieci. Nie bez znaczenia są radykalne podwyżki cen w roku 2022, które powodują znaczne zwiększenie kosztów stałych, które nie mają pokrycia w zwiększonych przychodach ze strony płatnika. Generalnie, wprowadzenie w życie projektowanych przepisów ustawy o modernizacji i efektywności szpitalnictwa, powinno być wprowadzane równoległe ze zmianami w zasadach funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i wzajemnych relacji ze szpitalami. Konieczne jest doprecyzowanie obowiązków we wzajemnych relacjach, żeby nie dochodziło np. do przerzucania kosztów diagnostycznych pacjentów kierowanych do hospitalizacji. Proponowana ocena wskaźnikowa, nie uwzględnia aspektu niedoszacowanych wartości świadczeń medycznych, zwłaszcza psychiatrycznych, pediatrycznych, internistycznych. Należy dokonać retaryfikacji świadczeń medycznych oraz w momencie wdrażania ustawy zweryfikować umowy zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia. Z tego też powodu rokiem bazowym dla oceny szpitala byłby rok po weryfikacji wartości zakontraktowanych świadczeń oraz uzupełnieniu regulacji relacji szpitali z AOS i POZ.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Skutki pandemii Covid-19 mogą wpływać na sytuację finansową podmiotów szpitalnych jeszcze przez jakiś czas. Natomiast sytuacja finansowa podmiotów szpitalnych wskazuje na konieczność podjęcia działań bez zbędnej zwłoki. Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.</p>
1691.	Rozdział 12	art. 140	<p>SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia</p>	<p>Wskazanie roku bazowego.</p> <p>Pierwsza ocena za rok 2023.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Skutki pandemii Covid-19 mogą wpływać na sytuację finansową podmiotów szpitalnych jeszcze przez jakiś czas. Natomiast sytuacja finansowa podmiotów</p>

				<p>Określenie 2022 r. jako roku bazowego nie uwzględnia faktu nakładania przez wojewodów decyzji przekształcających szpitale/oddziały/łóżka na tzw. covidowe. Wyłącza to praktycznie od 2020 r. możliwość realizowania świadczeń medycznych zgodnie z zawartymi kontraktami z NFZ lub wykorzystaniem przyznanego ryczału w ramach sieci. Nie bez znaczenia są radykalne podwyżki cen w roku 2022, które powodują znaczne zwiększenie kosztów stałych, które nie mają pokrycia w zwiększonych przychodach ze strony płatnika. Generalnie, wprowadzenie w życie projektowanych przepisów ustawy o modernizacji i efektywności szpitalnictwa, powinno być wprowadzane równoległe ze zmianami w zasadach funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i wzajemnych relacji ze szpitalami. Konieczne jest doprecyzowanie obowiązków we wzajemnych relacjach, żeby nie dochodziło np. do przerzucania kosztów diagnostycznych pacjentów kierowanych do hospitalizacji. Proponowana ocena wskaźnikowa, nie uwzględnia aspektu niedoszacowanych wartości świadczeń medycznych, zwłaszcza psychiatrycznych, pediatrycznych, internistycznych. Należy dokonać retaryfikacji świadczeń medycznych oraz w momencie wdrażania ustawy zweryfikować umowy zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia. Z tego też powodu rokiem bazowym dla oceny szpitala byłby rok po weryfikacji wartości zakontraktowanych świadczeń oraz uzupełnieniu regulacji relacji szpitali z AOS i POZ.</p>	<p>szpitalnych wskazuje na konieczność podjęcia działań bez zbędnej zwłoki. Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.</p>
1692.	Rozdział 12	art. 140	Instytut Strategie 2050	<p>Na sam koniec art. 140, który przewiduje, że pierwsza ocena i przyznanie podmiotowi szpitalnemu kategorii, o których mowa w art. 24, nastąpi w 2023 r. na podstawie danych podmiotów szpitalnych za 2022 r. Rok 2022 to rok konsekwencji pozostających w związku z uruchomieniem programu „Polski Ład”, rok wysokich podwyżek, w tym co najmniej trzykrotnych gazu, rok 9-10% inflacji oraz rok wciąż trwającej pandemii.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.</p>
1693.	Rozdział 12	art. 140	Związek Województw RP - Województwo Warmińsko-Mazurskie (za	<p>Projekt ustawy przewiduje, iż pierwsza ocena i kategoryzacja podmiotów szpitalnych dokonana zostanie w 2023 r. w oparciu o dane za rok 2022, co zważywszy na prognozy ekonomiczne, jest wybitnie niekorzystne dla szpitali</p> <p>Biorąc pod uwagę galopującą inflację, drastyczny wzrost cen kosztów stałych szpitali począwszy od 1 stycznia 2022r. tj. energia, gaz, ogrzewanie itp, wprowadzenie mechanizmu oceny w oparciu o dane z 2022r., będzie</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p>



			pośrednictwem KWRiST)	<p>niemiarodajne i może postawić wiele podmiotów leczniczych, dotychczas znajdujących się w dobrej sytuacji finansowej, w niższej kategorii. Ustawodawcy nie zależy aby sztucznie zwiększać ilość szpitali objętych programem naprawczo-rozwojowym, a tylko te, które wymagają w wyniku trudnej sytuacji utrzymującej się od kilku lat.</p> <p>Art. 140 powinien brzmieć: „Pierwsza ocena i przyznanie kategorii, o której mowa w art. 24, nastąpi w 2023 roku, na podstawie danych podmiotów szpitalnych za 2021 rok. „</p>	<p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.</p>
1694.	Rozdział 12	art. 140	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Ustanowienie roku 2022 jako bazowego, który będzie pierwszym do oceny i nadania kategorii dla podmiotów szpitalnych jest naruszeniem zasad równego traktowania przedmiotowych jednostek, jest też sprzeczne z uzasadnieniem do projektu ustawy. Okres trwania epidemii wirusa SAR-COV-2 również dotyczy roku 2022, co doprowadza, jak słusznie zauważono w uzasadnieniu projektu do trudnej sytuacji podmiotów leczniczych. Niejednokrotnie ich kierownicy, ze względu na narzucone odgórnie regulacje prawne, nie mają wpływu na kształtowanie wysokości przychodów i kosztów jednostek, a co za tym idzie na realne kształtowanie wartości wskaźników, o których nowa w art. 27 ust. 2. W przypadku szpitali, które w swoich strukturach posiadają szpitale tymczasowe, tj. jednostki generujące znaczne straty finansowe, wartość wskaźników, o których nowa w art. 27 ust. 2, będzie znacznie zaniżona i nieadekwatna do ich realnej sytuacji. Warto zauważyć, że utworzenie szpitali tymczasowych wynikało z narzuconych przez Ministra Zdrowia poprzez odpowiednie organy administracji rządowej decyzji administracyjnych. Obowiązujące w 2022 r. wyceny procedur od wielu lat w wielu zakresach nie były aktualizowane, a w znaczącej liczbie przypadków ich podniesienie jest dalece niewystarczające. Powyższe w nawiązaniu do przekazanej przez NFZ szpitalom propozycji finansowania na rok 2022 oraz zmieniającej się rzeczywistości ekonomicznej (znaczny wzrost poziomu inflacji) jest niedopuszczalne. Brak właściwego finansowania ze strony Płatnika permanentnie pogłębia stale rosnąca inflacja, której przyczyny mają swoje korzenie w narzuconych przez właściwe Ministerstwa regulacjach płacowych (w szczególności wzrost minimalnego wynagrodzenia) oraz we wzroście kosztów mediów. W związku z powyższym kształtowanie wartości wskaźników o których nowa w art. 27 ust. 2. Uzależnione również jest od decyzji Ministra Zdrowia.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Skutki pandemii Covid-19 mogą wpływać na sytuację finansową podmiotów szpitalnych jeszcze przez jakiś czas. Natomiast sytuacja finansowa podmiotów szpitalnych wskazuje na konieczność podjęcia działań bez zbędnej zwłoki.</p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania. Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.</p>
1695.	Rozdział 12	art. 140	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	<p>Podstawą dokonania oceny podmiotów szpitalnych będą dane finansowe roku 2022, niezwykle trudnego i nieprzewidywalnego kosztowo z uwagi na: poziom inflacji, wzrosty cen gazu i energii, wzrostów od 1 lipca 2022 kosztów wynagrodzeń personelu medycznego - zapowiedź Ministra Zdrowia oraz przy braku wzrostu wartości kontraktów – aneksowanie przez NFZ umów na poziomie roku 2021.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania</p>

					rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.
1696.	Rozdział 12	art. 140	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Zmiana okresu za który przyznawana będzie kategoria, stan epidemii nie odzwierciedla prawidłowego funkcjonowania podmiotu leczniczego, niemożliwe jest określenie wiarygodnych danych na podstawie zaburzonego funkcjonowania podmiotów ochrony zdrowia.	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Skutki pandemii Covid-19 mogą wpływać na sytuację finansową podmiotów szpitalnych jeszcze przez jakiś czas. Natomiast sytuacja finansowa podmiotów szpitalnych wskazuje na konieczność podjęcia działań bez zbędnej zwłoki.</p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.</p>
1697.	Rozdział 12	art. 140	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Pierwsza ocena i przyznanie kategorii nie powinna bazować na podstawie danych podmiotów szpitalnych za 2022 rok, który nadal będzie okresem pandemii, odbiegającym od normalnych warunków funkcjonowania szpitali.	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Skutki pandemii Covid-19 mogą wpływać na sytuację finansową podmiotów szpitalnych jeszcze przez jakiś czas. Natomiast sytuacja finansowa podmiotów szpitalnych wskazuje na konieczność podjęcia działań bez zbędnej zwłoki.</p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji</p>

					podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.
1698.	Rozdział 12	art. 140	Związek Województw RP - Województwo Małopolskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Przeprowadzenie procesu kategoryzacji na podstawie danych za 2022r. w sytuacji trwania pandemii nie daje możliwości adekwatnej oceny modelu zarządzania w podmiocie szpitalnym.</p> <p>Decyzje zarządcze podejmowane w stanie epidemii, wymuszone są dynamicznie zmieniającym się otoczeniem wpływającym na możliwość określania krótko i długoterminowych celów i działań, oddziałujących na kondycję podmiotu, niejednokrotnie wynikają z poleceń wojewody.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Skutki pandemii Covid-19 mogą wpływać na sytuację finansową podmiotów szpitalnych jeszcze przez jakiś czas. Natomiast sytuacja finansowa podmiotów szpitalnych wskazuje na konieczność podjęcia działań bez zbędnej zwłoki.</p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.</p>
1699.	Rozdział 12	art. 140	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Rokiem oceny i przyznania kategorii nie powinien być rok, w którym podmioty lecznicze pracują w warunkach pandemii.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Skutki pandemii Covid-19 mogą wpływać na sytuację finansową podmiotów szpitalnych jeszcze przez jakiś czas. Natomiast sytuacja finansowa podmiotów szpitalnych wskazuje na konieczność podjęcia działań bez zbędnej zwłoki.</p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.</p>

1700.	Rozdział 12	art. 140	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	Rokiem oceny i przyznania kategorii nie powinien być rok, w którym podmioty lecznicze pracują w warunkach pandemii.	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Skutki pandemii Covid-19 mogą wpływać na sytuację finansową podmiotów szpitalnych jeszcze przez jakiś czas. Natomiast sytuacja finansowa podmiotów szpitalnych wskazuje na konieczność podjęcia działań bez zbędnej zwłoki.</p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.</p>
1701.	Rozdział 12	art. 140	Rzecznik Praw Pacjenta	<p>Z uwagi na trwającą pandemię i podejmowane działania kryzysowe, sytuacja finansowania podmiotów szpitalnych może nie odzwierciedlać jakości zarządzania i błędnie (nieobiektywnie) spowodować przypisanie do poszczególnych kategorii.</p> <p>Zgodnie z uwagą do art. 27 pod rozważę zgłasza się kategoryzację podmiotów nie tylko w oparciu o dane finansowe za jeden rok. W szczególności działania kryzysowe podejmowane w 2022 r. dla przeciwdziałania skutkom epidemii COVID-19, niezależne od podmiotu szpitalnego i jego kierownika, mogą wpłynąć na nieadekwatną kategoryzację podmiotu.</p> <p>Sugerowana jest zmiana kryteriów kategoryzacji, zgodnie z uwagą do art. 27. W razie braku tej zmiany preferowane jest dokonania oceny w odniesieniu do dłuższego okresu (np. 5 ostatnich lat).</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Skutki pandemii Covid-19 mogą wpływać na sytuację finansową podmiotów szpitalnych jeszcze przez jakiś czas. Natomiast sytuacja finansowa podmiotów szpitalnych wskazuje na konieczność podjęcia działań bez zbędnej zwłoki.</p> <p>Do analizy i przyznania kategorii podmiotom szpitalnym istotnym jest branie pod uwagę aktualnej sytuacji i problemów tych podmiotów, a nie sytuacji historycznej.</p> <p>W wyniku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii podejmowane są adekwatne działania rozwojowe lub naprawczo-rozwojowe, które skutkują zmianą sytuacji finansowej podmiotu w trzyletnim okresie realizacji planu. Dlatego też do przyznania kolejnej kategorii istotna jest ocena bieżącej sytuacji podmiotu szpitalnego, po zakończeniu realizacji procesu rozwojowego lub naprawczo-rozwojowego, a nie w sytuacji sprzed lub w trakcie jego wdrażania.</p>
1702.	Rozdział 12	art. 140	Związek Województw RP - Województwo	Zmiana zapisu na: „Pierwsza ocena i przyznanie kategorii, o których mowa w art. 24, nastąpi w terminie 3 miesięcy od terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego za	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Skutki pandemii Covid-19 mogą wpływać na sytuację finansową podmiotów szpitalnych jeszcze przez jakiś</p>

			Zachodniopomorskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>rok następujący po zakończeniu roku kalendarzowego, w którym ogłoszone zostanie zakończenie obowiązywania stanu epidemii.”</p> <p>Trwająca pandemia w znaczącym stopniu wpływa na sytuację finansową podmiotów leczniczych. Ich działalność jest w dużej mierze uzależniona od decyzji Wojewodów oraz NFZ, a czynniki ekonomiczne ustępują miejsca aspektom związanym z ratowaniem życia ludzkiego. Dodatkowy chaos w danych finansowych wprowadza brak jednoznacznych decyzji dotyczących umorzeń świadczeń finansowanych zaliczkowo od 2020 roku.</p> <p>Należy podkreślić, że w związku z pandemią duża część Jednostek, które dotychczas były rentowne, zaczęły przynosić straty, natomiast Jednostki deficytowe odnotowały dodatnie wyniki finansowe. Dokonywanie oceny, a następnie dalszych planów i prognoz w perspektywie 3-letniej, w oparciu o zaburzone i niewiarygodne dane finansowe, zamiast przynieść oczekiwaną poprawę, przyczyni się do pogłębienia problemów na rynku opieki zdrowotnej.</p>	czas. Natomiast sytuacja finansowa podmiotów szpitalnych wskazuje na konieczność podjęcia działań bez zbędnej zwłoki.
1703.	Rozdział 12	art. 141	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Okres na dostosowanie się kierownika podmiotu szpitalnego do nowych wymagań dot. posiadanych kwalifikacji.</p> <p>Projekt zakłada, że do dnia 30 czerwca 2024 r. do wymagań związanych ze stanowiskiem kierownika podmiotu szpitalnego stosuje się przepisy dotychczasowe – czyli UDL. Czyli do tego czasu ich „kwalifikacje” muszą być uzupełnione np. poprzez zdanie egzaminu państwowego. Stosunek pracy kierownika podmiotu szpitalnego oparty na podstawie powołania albo umowy o pracę oraz umowy cywilnoprawnej zawartej z kierownikiem podmiotu szpitalnego, w oparciu o którą zarządza on podmiotem szpitalnym, wygasa z dniem 1 lipca 2024 r., w przypadku gdy kierownik podmiotu szpitalnego nie spełnia w tym dniu wymagań określonych w art. 120 ust. 1. Jest to zdecydowanie zbyt krótki okres dostosowawczy.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1704.	Rozdział 12	art. 141	Polska Federacja Szpitali	<p>Zawarte w przedmiotowym artykule przepisy naruszają prawa pracownicze, które zostały już nabyte przez osoby sprawujące funkcje kierownika podmiotu szpitalnego. Ingerują również w kompetencje podmiotu nadzorującego, który powołał kierownika danego podmiotu szpitalnego oraz który jest odpowiedzialny za finansowanie tegoż podmiotu.</p> <p>Abstrahując od powyższego, przepisy przejściowe zawarte w tym artykule przewidują zbyt krótki termin na dostosowanie się kadry kierowniczej podmiotów szpitalnych do nowych, wysokich wymagań oraz nie pozwalają na nabycie uprawnień niezbędnych do zachowania stanowisk, które zostały objęte zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa.</p> <p>Art. 141 przewiduje wygaśnięcie stosunku pracy lub powołania kierownika podmiotu szpitalnego z dniem 1 lipca 2024 r. w przypadku gdy kierownik podmiotu szpitalnego nie spełnia w tym dniu wymagań określonych w art. 120 ust. 1.</p> <p>Taka konstrukcja przepisów godzi w słusznie nabyte prawa pracownicze osób kierujących podmiotami szpitalnymi w dacie wejścia w życie ustawy.</p>	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Należy zauważyć, iż przepis dotyczy wymagań stawianych na przyszłość, które zaczną obowiązywać, z zachowaniem odpowiednio długiego vacatio legis. W związku z tym odwoływanie się do zasady ochrony praw nabytych należy uznać za niezasadne.

				<p>W projektowanym kształcie przepis ten jest zatem sprzeczny z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, zgodnie z którym ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw.</p> <p>Istnieje duże prawdopodobieństwo, że pozostawienie kwestionowanego przepisu w niezmienionym kształcie doprowadzi do konieczności wypłaty odszkodowań na rzecz kierowników, których umowy wygasną na podstawie ustawy.</p> <p>Relatywnie krótki termin na dostosowanie się do wymogów może doprowadzić do paraliżu poszczególnych podmiotów, z uwagi na brak odpowiedniej ilości wykwalifikowanej kadry kierowniczej.</p> <p>Proponujemy wprowadzenie do art. 141 ust. 4. o treści:  „4. Przepisy zawarte w ust. 1-3 nie mają zastosowania do osoby sprawującej funkcję kierownika podmiotu szpitalnego na podstawie powołania albo umowy o pracę oraz umowy cywilnoprawnej, w oparciu o którą zarządzała ona podmiotem szpitalnym w dacie wejścia w życie niniejszej ustawy. Osoby te mogą sprawować funkcję kierownika podmiotu szpitalnego w oparciu o przepisy dotychczasowe do daty wygaśnięcia stosunku prawnego, na podstawie którego zostały zatrudnione.”</p>	
1705.	Rozdział 12	art. 141	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Stosunkowo krótki termin na uzyskanie kwalifikacji wymaganych przez kierowników podmiotów szpitalnych (do dnia 30 czerwca 2024 r.). automatyczne wygaśnięcie umowy o pracę oraz umowy cywilnoprawnej z kierownikiem z dniem 1 lipca 2024 r., w przypadku gdy nie spełnia on w tym dniu wymagań określonych w art. 120 ust. 1.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1706.	Rozdział 12	art. 141	Związek Województw RP - Województwo Lubelskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Wydłużenie terminu na stosowanie przepisów dotychczasowych odnoszących się do wymagań na stanowisku kierownika podmiotu szpitalnego z 30 czerwca 2024 r. na 31 grudnia 2024 r. oraz terminu wygaśnięcia stosunku pracy z kierownikiem podmiotu szpitalnego z 1 lipca 2024 r. na 1 stycznia 2025 r.</p> <p>Konieczne jest dostosowanie terminów do możliwości uzupełnienia kwalifikacji przez osoby zajmujące stanowiska kierowników podmiotów szpitalnych, którzy zamierzają ukończyć studia, o których mowa w art. 122 ustawy, biorąc pod uwagę czas ich trwania i otrzymania świadectwa ukończenia studiów oraz wpisu na listę menedżerów.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1707.	Rozdział 12	art. 141	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	<p>Termin dostosowania się kierowników podmiotów szpitalnych do wymagań jest zdecydowanie zbyt krótki i nie gwarantuje wszystkim fizycznej możliwości zrealizowania przedstawionych oczekiwań.</p> <p>Projekt zakłada, że do dnia 30 czerwca 2024 r. do wymagań związanych ze stanowiskiem kierownika podmiotu szpitalnego stosuje się przepisy</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>

				<p>dotychczasowe. Oznacza to, że do tego czasu kwalifikacje kierowników podmiotów szpitalnych muszą być uzupełnione np. poprzez zdanie egzaminu państwowego. Stosunek pracy kierownika podmiotu szpitalnego oparty na podstawie powołania albo umowy o pracę oraz umowy cywilnoprawnej zawartej z kierownikiem podmiotu szpitalnego, w oparciu o którą zarządza on podmiotem szpitalnym, wygasa z dniem 1 lipca 2024 r., w przypadku gdy kierownik podmiotu szpitalnego nie spełnia w tym dniu wymagań określonych w art. 120 ust. 1. Jest to zdecydowanie zbyt krótki okres dostosowawczy. Przepis jest ponadto niespójny z art. 49 ust. 6a. ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym „W przypadku ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, okres, o którym mowa w ust. 6, zostaje przedłużony o czas trwania danego stanu oraz o kolejne 90 dni od dnia jego odwołania.” oraz z art. 46 ust. 3a. „W przypadku odwołania kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą albo w innym przypadku nieobsadzenia stanowiska kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, podmiot tworzący wyznacza do pełnienia obowiązków kierownika jednego z jego zastępców albo innego pracownika spełniającego warunki określone w ust. 2 albo zatrudnia w tym celu inną osobę spełniającą warunki określone w ust. 2 na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy liczony od dnia odwołania kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą albo od dnia nieobsadzenia tego stanowiska. Przepis art. 49 ust. 6a stosuje się odpowiednio.”</p> <p>Automatyczne wygaśnięcie umowy sprawia, że przepis pozostaje w sprzeczności z postanowieniami ustawy o działalności leczniczej w zakresie powoływania i odwoływania kierownika podmiotu. Projekt ustawy nie wskazuje trybu i podstawy rozwiązania stosunku pracy kierownika podmiotu szpitalnego opartego na podstawie powołania albo umowy o pracę oraz umowy cywilnoprawnej.</p> <p>Termin dostosowawczy powinien zostać przedłużony do co najmniej 6 lat, zwłaszcza że od 2 lat państwo stale funkcjonuje w stanie epidemii, która ogranicza, a nawet czasowo wyłącza, niektóre dziedziny życia i działalności.</p> <p>Ponadto sposób ewentualnego rozwiązania umowy nie może pomijać bezpośredniego udziału podmiotu zatrudniającego – podmiotu tworzącego oraz bezwzględnie powinien pozostawać w zgodzie z postanowieniami ustawy o działalności leczniczej w zakresie powoływania i odwoływania kierownika podmiotu.</p>	
1708.	Rozdział 12	art. 141	Związek Powiatów Polskich (za	<p>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.</p>	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>

			pośrednictwem KWRiST)	Wejście w życie art. 141 ust. 3 może spowodować, że z dnia na dzień podmioty lecznicze pozostaną bez kierowników.	
1709.	Rozdział 12	art. 141	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	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.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
1710.	Rozdział 12	art. 141, art. 142	Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Szpitali Specjalistycznych w Olsztynie	Wg projektu obecni dyrektorzy podmiotów leczniczych zachowują stanowiska do 30 czerwca 2024. Od 1 lipca 2024 ich stosunki pracy wygasają. W 3 kwartale 2022 organizuje się pierwsze egzaminy dla dyrektorów. Ustawodawca założył weryfikację wszystkich dyrektorów w ok 700 podmiotów szpitalnych, nie uwzględniając dotychczasowych osiągnięć oraz efektów działalności kierowanych przez nich podmiotów szpitalnych. We wszystkich szpitalach w Polsce dyrektorzy zamiast zajmować się walką z epidemią, będą przygotowywać się do weryfikacji i egzaminu. Pozostała część uzasadnienia taka jak dotycząca art. 120. Art. 141.1 powinien brzmieć: „Do dnia 30 czerwca 2024 do wymagań związanych ze stanowiskiem kierownika podmiotu szpitalnego stosuje się przepisy dotychczasowe. Od 1 lipca 2024 kierownik powinien spełniać wymogi określone w art. 120 ust 1: 1) jak w projekcie b/z 2) jak w projekcie b/z 3) jak w projekcie b/z 4) posiada specjalizację z medycyny społecznej lub zdrowia publicznego lub studia podyplomowe z zakresu zarządzania ochroną zdrowia, lub posiada uprawnienia nadane przez MF do zasiadania w radach nadzorczych spółek skarbu państwa 5) „ albo w dniu wejścia w życie ustawy posiadał co najmniej 3-letni okres pracy na stanowisku kierownika podmiotu szpitalnego zakwalifikowanego do kategorii A lub B”, Art. 141.2 – wykreślić (uzasadnienie powyżej dotyczące art. 79) Art. 141.3 wykreślić Art 142 wykreślić	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Szerzej odniesiono się do problematyki rozpatrując uwagi do art. 120.
1711.	Rozdział 12	art. 141, art. 142	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	Wg projektu obecni dyrektorzy podmiotów leczniczych zachowują stanowiska do 30 czerwca 2024. Od 1 lipca 2024 ich stosunki pracy wygasają. W 3 kwartale 2022 organizuje się pierwsze egzaminy dla dyrektorów. Projektodawca zakłada weryfikację wszystkich dyrektorów w ok 700 podmiotach szpitalnych, nie uwzględniając dotychczasowych osiągnięć oraz efektów działalności kierowanych przez nich podmiotów szpitalnych. We wszystkich szpitalach w Polsce dyrektorzy zamiast zajmować się walką z epidemią, będą przygotowywać się do weryfikacji i egzaminu. Pozostała część uzasadnienia taka jak dotycząca art. 120.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Szerzej odniesiono się do problematyki rozpatrując uwagi do art. 120.



				<p>Art. 141 ust. 1 powinien brzmieć następujące brzmienie: „Do dnia 30 czerwca 2024 do wymagań związanych ze stanowiskiem kierownika podmiotu szpitalnego stosuje się przepisy dotychczasowe. Od 1 lipca 2024 kierownik powinien spełniać wymogi określone w art. 120 ust. 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) jak w projekcie b/z</li> <li>2) jak w projekcie b/z</li> <li>3) jak w projekcie b/z</li> <li>4) posiada specjalizację z medycyny społecznej lub zdrowia publicznego lub studia podyplomowe z zakresu zarządzania ochroną zdrowia, lub posiada uprawnienia nadane przez MF do zasiadania w radach nadzorczych spółek skarbu państwa.</li> <li>5) albo w dniu wejścia w życie ustawy posiadał co najmniej 3-letni okres pracy na stanowisku kierownika podmiotu szpitalnego zakwalifikowanego do kategorii A lub B.</li> </ol> <p>Art. 141 ust. 2 – wykreślić (uzasadnienie powyżej dotyczące art. 79). Art. 141 ust. 3 wykreślić. Art. 142 wykreślić.</p>	
1712.	Rozdział 12	art. 141, art. 142	<p>Związek Województw RP - Województwo Warmińsko-Mazurskie (za pośrednictwem KWRiST)</p>	<p>Wg projektu obecni dyrektorzy podmiotów leczniczych zachowują stanowiska do 30 czerwca 2024. Od 1 lipca 2024 ich stosunki pracy wygasają. W 3 kwartale 2022 organizuje się pierwsze egzaminy dla dyrektorów</p> <p>Ustawodawca założył weryfikację wszystkich dyrektorów w ok 700 podmiotów szpitalnych, nie uwzględniając dotychczasowych osiągnięć oraz efektów działalności kierowanych przez nich podmiotów szpitalnych. We wszystkich szpitalach w Polsce dyrektorzy zamiast zajmować się walką z epidemią, będą przygotowywać się do weryfikacji i egzaminu. Pozostała część uzasadnienia taka jak dotycząca art. 120.</p> <p>Art. 141.1 powinien brzmieć: „Do dnia 30 czerwca 2024 do wymagań związanych ze stanowiskiem kierownika podmiotu szpitalnego stosuje się przepisy dotychczasowe. Od 1 lipca 2024 kierownik powinien spełniać wymogi określone w art. 120 ust 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) jak w projekcie b/z</li> <li>2) jak w projekcie b/z</li> <li>3) jak w projekcie b/z</li> <li>4) posiada specjalizację z medycyny społecznej lub zdrowia publicznego lub studia podyplomowe z zakresu zarządzania ochroną zdrowia, lub posiada uprawnienia nadane przez MF do zasiadania w radach nadzorczych spółek skarbu państwa</li> <li>5) „ albo w dniu wejścia w życie ustawy posiadał co najmniej 3-letni okres pracy na stanowisku kierownika podmiotu szpitalnego zakwalifikowanego do kategorii A lub B”,</li> </ol>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Szerzej odniesiono się do problematyki rozpatrując uwagi do art. 120.</p>

				Art. 141.2 – wykreślić (uzasadnienie powyżej dotyczące art. 79) Art. 141.3 wykreślić Art 142 wykreślić	
1713.	Rozdział 12	art. 141 ust. 3	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	3. Stosunek pracy kierownika podmiotu szpitalnego oparty na podstawie powołania albo umowy o pracę oraz umowa cywilnoprawna zawarta z kierownikiem podmiotu szpitalnego, w oparciu o którą zarządza on podmiotem szpitalnym, wygasa z dniem 1 lipca 2024 r., w przypadku, gdy kierownik podmiotu szpitalnego nie spełnia w tym dniu wymagań określonych w art. 120 ust. 1. Przepis niespójny z art. 49 ust. 6a. „W przypadku ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, okres, o którym mowa w ust. 6, zostaje przedłużony o czas trwania danego stanu oraz o kolejne 90 dni od dnia jego odwołania.” oraz z art. 46 ust. 3a. „W przypadku odwołania kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą albo w innym przypadku nieobsadzenia stanowiska kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, podmiot tworzący wyznacza do pełnienia obowiązków kierownika jednego z jego zastępców albo innego pracownika spełniającego warunki określone w ust. 2 albo zatrudnia w tym celu inną osobę spełniającą warunki określone w ust. 2 na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy liczony od dnia odwołania kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą albo od dnia nieobsadzenia tego stanowiska. Przepis art. 49 ust. 6a stosuje się odpowiednio.” Ponadto, projekt ustawy nie wskazuje trybu i podstawy rozwiązania stosunku pracy kierownika podmiotu szpitalnego opartego na podstawie powołania albo umowy o pracę oraz umowy cywilnoprawnej, co może narazić na powstanie roszczeń ze strony kierownika na drodze cywilnej.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>
1714.	Rozdział 12	art. 141 ust. 3	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	"Stosunek pracy kierowników podmiotów szpitalnych nie powinien wygasać jednocześnie w tym samym, wskazanym w projekcie dniu, lecz w terminach obowiązujących w poszczególnych przypadkach tak, by nie spowodować ewentualnych problemów organizacyjnych, a przede wszystkim nie generować sytuacji nadmiernej konkurencji, w przypadku rozpoczęcia w tym samym okresie wielu identycznych procesów rekrutacyjnych. Brak jest zapisów dotyczących odpowiedzialności nadzorców za niepowodzenie procesu restrukturyzacji, co powoduje nierówne traktowanie podmiotów zaangażowanych w ten proces: kierownik podmiotu ma ograniczone możliwości wpływu na ostateczny kształt planu naprawczo-rozwojowego, a spoczywa na nim pełna odpowiedzialność za jego realizację."	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Projekt przewiduje odpowiednio długi okres przejściowy.
1715.	Rozdział 12	art. 142	Związek Województw RP - Województwo	Pierwsze egzaminy powinny być po ustaniu pandemii o ile powinny w ogóle być. Pandemia, galopująca inflacja etc.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>

			Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)		
1716.	Rozdział 12	art. 142	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	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.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1717.	Rozdział 12	art. 142	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	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.	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1718.	Rozdział 12	art. 143	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Przepis sugeruje, że w okresie od 1 lipca do 31 grudnia 2022 r. nie będą obowiązywały ustawowe przesłanki zakazujące zmian w ryczałcie bez zmiany ilościowo-jakościowej udzielanych świadczeń przez podmiot leczniczy. Koniecznym jest ustalenie, czy w takim wypadku wysokość ryczałtu nie będzie kształtowana w sposób arbitralny.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Ryczałt systemu zabezpieczenia na 1 okres funkcjonowania PSZ w nowym kształcie zostanie określony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia, którego projekt będzie podlegał konsultacjom publicznym. Proponuje się nadać art. 143 następujące brzmienie: Art. 143. 1. Do ustalenia ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na okres od 1 stycznia 2023 r. do 30 czerwca 2023 r. nie stosuje się przepisów art. 136c ustawy, o której mowa w art. 127. 2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób ustalenia ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na okres od dnia 1 stycznia 2023 r. do dnia 30 czerwca 2023 r., kierując się potrzebą zapewnienia właściwego poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.
1719.	Rozdział 12	art. 143	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopom orskie (za	Usunięcie zapisu.  Ustalenie wartości ryczałtu powinno odbyć się na dotychczasowych zasadach, z ewentualnym uwzględnieniem niewykonanych wyników z trwającej pandemii.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Ryczałt systemu zabezpieczenia na 1 okres funkcjonowania PSZ w nowym kształcie zostanie określony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia, którego projekt będzie podlegał konsultacjom publicznym.

			pośrednictwem KWRiST)	Część podmiotów leczniczych podejmowała działania mające na celu realizację świadczeń „ponadlimitowych”, nastawionych na zwiększenie ryczału w kolejnych okresach, wg dotychczasowych zasad. Jeśli ustawodawca planował dokonanie zmian w finansowaniu, to powinno ono zostać ogłoszone przed rozpoczęciem okresu rozliczeniowego, który miał stanowić bazę do wyznaczenia ryczału na okres 07.2022-12.2022. Niedopuszczalna jest zmiana zasad w momencie, kiedy podmioty lecznicze poniosły już znaczące koszty.	Proponuje się nadać art. 143 następujące brzmienie: Art. 143. 1. Do ustalenia ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na okres od 1 stycznia 2023 r. do 30 czerwca 2023 r. nie stosuje się przepisów art. 136c ustawy, o której mowa w art. 127. 2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób ustalenia ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na okres od dnia 1 stycznia 2023 r. do dnia 30 czerwca 2023 r., kierując się potrzebą zapewnienia właściwego poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.
1720.	Rozdział 12	art. 144	Polska Unia Szpitali Klinicznych	144a. Prezes Funduszu w terminie do 28 lutego każdego roku ogłasza wskaźnik wzrostu wartości jednostki rozliczeniowej stosowanej w umowach ze świadczeniodawcami. Wskaźnik wzrostu stosuje się do wszystkich umów zawartych przez świadczeniodawcę i obowiązuje od dnia 1 stycznia danego roku. Wskaźnik nie może być niższy, niż wskaźnik wzrostu cen towarów i usług ogłaszany przez Prezesa GUS za poprzedni rok kalendarzowy.  Uzasadnienie: świadczeniodawcy jako podmioty funkcjonujące na rynku usług zdrowotnych są w pełni poddawane rynkowym mechanizmom cen w zakresie kupowanych towarów i usług, a także wynagrodzeń pracowników. Co więcej ustawodawca zobowiązał podmioty publiczne do wprowadzenia mechanizmów umożliwiających wzrost cen w zawartych umowach przetargowych w sytuacji zmian sytuacji na rynku. Tym samym szpitale powinny mieć gwarancję analogicznego rozwiązania w stosunku do uzyskiwanych przychodów. Bez takiego mechanizmu nie mogą de facto ponosić odpowiedzialności za uzyskiwane wyniki finansowe	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Kwestia wyceny świadczeń wykracza poza zakres projektowanej ustawy.
1721.	Rozdział 12	art. 147	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Pierwsza ocena i kategoryzacja powinna być po ustaniu pandemii.  Pandemia, galopująca inflacja etc.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>  Skutki pandemii Covid-19 mogą wpływać na sytuację finansową podmiotów szpitalnych jeszcze przez jakiś czas. Natomiast sytuacja finansowa podmiotów szpitalnych wskazuje na konieczność podjęcia działań bez zbędnej zwłoki.
1722.	Rozdział 12	art. 148	Sąd Najwyższy	Zbyt krótka vacatio legis Ogólnie przewiduje się wejście w życie zmian po upływie zaledwie 14 dni od dnia ogłoszenia (z określonymi wyjątkami). Jest to czas zdecydowanie zbyt krótki, biorąc pod uwagę kompleksowość proponowanej regulacji oraz konieczność przygotowania się przez licznych adresatów aktu normatywnego do jego stosowania.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Większość przepisów wejdzie w życie dopiero z dniem 1 kwietnia 2023 r.

				Proponowane rozwiązanie: Wydłużyć termin spoczywania ustawy, najlepiej do końca 2022 r. (zakładając, że ustawa będzie dość szybko uchwalona).	Reforma stanowi kamień milowy w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności z terminem wejścia w życie uzgodnionym z Komisją Europejską na III kwartał 2022 r.
1723.	Rozdział 12	art. 148	Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Szpitali Specjalistycznych w Olsztynie	14 dniowe vacatio legis Ustawy- zbyt krótkie. 14 dniowy termin na wejście w życie tak istotnej ustawy jest zbyt krótki. Ustawa wprowadza zbyt wiele zmian aby już po 14 dniach mogła funkcjonować. Art. 148 – wydłużyć co najmniej do 6 miesięcy vacatio legis.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Większość przepisów wejdzie w życie dopiero z dniem 1 kwietnia 2023 r.  Reforma stanowi kamień milowy w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności z terminem wejścia w życie uzgodnionym z Komisją Europejską na III kwartał 2022 r.
1724.	Rozdział 12	art. 148	Polska Federacja Szpitali	14 dniowe vacatio legis Ustawy- zbyt krótkie 14 dniowy termin na wejście w życie tak istotnej ustawy jest zbyt krótki. Ustawa wprowadza zbyt wiele zmian aby już po 14 dniach mogła funkcjonować.  Proponujemy art. 148 – wydłużyć co najmniej do 6 miesięcy vacatio legis,	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Większość przepisów wejdzie w życie dopiero z dniem 1 kwietnia 2023 r.  Reforma stanowi kamień milowy w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności z terminem wejścia w życie uzgodnionym z Komisją Europejską na III kwartał 2022 r.
1725.	Rozdział 12	art. 148	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	14 dniowe vacatio legis projektu ustawy- zbyt krótkie. 14 dniowy termin na wejście w życie tak istotnej ustawy jest zbyt krótki. Projekt ustawy wprowadza zbyt wiele zmian, aby już po 14 dniach mogła ona funkcjonować.  Art. 148 wydłużyć co najmniej do 6 miesięcy vacatio legis.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Większość przepisów wejdzie w życie dopiero z dniem 1 kwietnia 2023 r.  Reforma stanowi kamień milowy w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności z terminem wejścia w życie uzgodnionym z Komisją Europejską na III kwartał 2022 r.
1726.	Rozdział 12	art. 148	Związek Województw RP - Województwo Śląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Wydłużyć okres <i>vacatio legis</i> . Projektowane (co do zasady) 14 -dniowe <i>vacatio legis</i> nie pozwoli na dostosowanie się do tak istotnych zmian w szczególności przez podmioty nadzorujące.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Większość przepisów wejdzie w życie dopiero z dniem 1 kwietnia 2023 r.  Reforma stanowi kamień milowy w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności z terminem wejścia w życie uzgodnionym z Komisją Europejską na III kwartał 2022 r.
1727.	Rozdział 12	art. 148	Związek Województw RP - Województwo	Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia (...)  Z uwagi na rangę przepisów i wprowadzane zmiany mające istotny charakter, zasadnym jest rozważenie wydłużenia vacatio legis.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b>  Większość przepisów wejdzie w życie dopiero z dniem 1 kwietnia 2023 r.

			Świętokrzyskie (za pośrednictwem KWRiST)	Propozycja: Ustawa wchodzi w życie po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia (...)	Reforma stanowi kamień milowy w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności z terminem wejścia w życie uzgodnionym z Komisją Europejską na III kwartał 2022 r.
1728.	Rozdział 12	art. 148	Związek Województw RP - Województwo Opolskie (za pośrednictwem KWRiST)	Zbyt krótkie vacatio legis. Projektowane (co do zasady) 14-dniowe vacatio legis nie pozwoli na dostosowanie się do tak istotnych zmian w szczególności przez podmioty nadzorujące.	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Większość przepisów wejdzie w życie dopiero z dniem 1 kwietnia 2023 r. Reforma stanowi kamień milowy w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności z terminem wejścia w życie uzgodnionym z Komisją Europejską na III kwartał 2022 r.
1729.	Rozdział 12	art. 148	Związek Województw RP - Województwo Warmińsko-Mazurskie (za pośrednictwem KWRiST)	14 dniowe vacatio legis Ustawy- zbyt krótkie 14 dniowy termin na wejście w życie tak istotnej ustawy jest zbyt krótki. Ustawa wprowadza zbyt wiele zmian aby już po 14 dniach mogła funkcjonować. Propozycja: Art. 148 – wydłużyć co najmniej do 6 miesięcy vacatio legis,	<b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b> Większość przepisów wejdzie w życie dopiero z dniem 1 kwietnia 2023 r. Reforma stanowi kamień milowy w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności z terminem wejścia w życie uzgodnionym z Komisją Europejską na III kwartał 2022 r.
1730.	Rozdział 12	-	Związek Województw RP - Województwo Dolnośląskie (za pośrednictwem KWRiST)	Brak przepisu przejściowego dotyczącego osób, które ukończyły studia podyplomowe MBA w ochronie zdrowia przed wejściem w życie ustawy lub które ukończą je najpóźniej rok po wejściu w życie ustawy. Zgodnie z zasadą ochrony praw nabytych, osoby które ukończyły określone formy kształcenia uprawniające do uzyskania dyplomu ukończenia studiów MBA w ochronie zdrowia, powinny zachować uzyskane kwalifikacje, bez konieczności ich potwierdzania czy uzupełniania w dodatkowej formie. Dodać przepis przejściowy, np.: „Osoby, które przed dniem wejścia w życie ustawy ukończyły studia podyplomowe MBA w ochronie zdrowia <u>lub ukończą je do dnia</u> ....., zachowują uprawnienia wynikające z ukończonej formy kształcenia, nawet jeżeli tryb ich przeprowadzania lub uczelnia je prowadząca nie spełnia wymogów art. 122”.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Zaproponowany przepis jest zbędny. Studia MBA ukończone przed dniem wejścia w życie ustawy i spełniające warunki w niej określone (ilość godzin dydaktycznych) będą honorowane. Żaden przepis projektu nie stanowi, że należy je ukończyć po dniu wejścia w życie ustawy.
1731.	Rozdział 12	-	Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Gorzycach	Dodanie nowego art. 147a. Brak uwzględnienia, przy tworzeniu planu rozwojowego, planu naprawczo rozwojowego oraz przy wykonywaniu czynności w ramach postępowania restrukturyzacyjnego procedur podmiotu tworzącego dotyczących zbycia aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Ustawa o działalności leczniczej i przepisy ustalone przez podmioty tworzące określają procedury dotyczące zbycia aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, oddania ich w dzierżawę, najem,	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> W uzasadnieniu wskazano, iż niniejszy projekt ustawy będzie w zakresie swojej regulacji <i>lex specialis</i> w stosunku do takich ustaw jak np. ustawa o działalności leczniczej czy ustawa o instytutach badawczych. Dla przykładu można wskazać art. 54 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej czy regulacje

				<p>użytkowanie oraz użyczenie, gdyż te czynności prawne podlegają tym zasadom zgodnie z art. 54 ust.2 ustawy o działalności leczniczej. Brak dookreślenia w projektowanej ustawie uwzględnienia tych zasad przy relacji wyżej wymienionych czynności może spowodować, że podmioty szpitalne przeoczą postanowienia art. 54 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.</p> <p>Art. 147a otrzymuje brzmienie: "Przy tworzeniu planu rozwojowego, planu naprawczo rozwojowego oraz przy wykonywaniu czynności w ramach postępowania restrukturyzacyjnego uwzględnia się przepisy ustawy o działalności leczniczej oraz przepisy ustalone przez podmiot tworzący dotyczące gospodarowania mieniem."</p>	dotyczące podziału i reorganizacji instytutu badawczego będącego podmiotem szpitalnym, które nie będą mogły być stosowane w trakcie trwania postępowania naprawczo-rozwojowego.
1732.	Uwaga poza regulacją projektu ustawy	-	Osoba fizyczna	<p>Proponuję dodać także w ustawie o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w art. 53 ust. 1, 54 pkt 2, 56 pkt 1 i 58 przed wyrazami "publicznych zakładów opieki zdrowotnej" wyraz "samodzielnych". Służy to uporządkowaniu użytej terminologii.</p>	<b>Uwaga uwzględniona.</b>
1733.	Uwaga poza regulacją projektu ustawy		Prokuratura Generalna RP	<p>Dodać nowy przepis. Poddajemy pod rozważenie zamieszczenie w projektowanej ustawie przepisu przejściowego dotyczącego wszczętych i niezakończonych przed dniem jej wejścia w życie postępowań sądowych, administracyjnych, sądownoadministracyjnych i przed sądami polubownymi dotyczących podmiotu szpitalnego, dla którego ustanowiono zarządcę lub nadzorcę w postępowaniu restrukturyzacyjnym na podstawie Prawa restrukturyzacyjnego. Należy zauważyć, że zgodnie z art. 45 ust. 1 projektu, wymienione postępowania dotyczące podmiotu szpitalnego, dla którego ustanowiono zarządcę, mogą być wszczęte i prowadzone wyłącznie przez zarządcę albo przeciwko niemu. Postępowania te zarządca prowadzi w imieniu własnym na rzecz podmiotu szpitalnego. Tym niemniej, zgodnie z art. 38 ust. 1 projektu, udział zarządcy w postępowaniu naprawczo-rozwojowym podmiotu szpitalnego kategorii C albo D w formie spółki jest prowadzone również z udziałem zarządcy, jeżeli Prezes Agencji wydał stosowne postanowienie. Mając na uwadze powyższe, zasadne wydaje się doprecyzowanie przepisów dotyczących toczących się postępowań z udziałem zarządcy lub nadzorcy ustanowionych przed dniem wejścia w życie projektowanej ustawy, którzy nie spełniają wymagań określonych w projektowanej ustawie. Nadzorcą uczestniczącym w postępowaniu naprawczo-rozwojowym może być wyłącznie pracownik Agencji spełniający szczególne warunki określone w art. 39 projektowanej ustawy. Dodanie nowego przepisu przejściowego.</p>	<p><b>Uwaga częściowo uwzględniona.</b></p> <p>Nie ma potrzeby wprowadzania przepisu przejściowego dotyczącego wszczętych i niezakończonych przed dniem jej wejścia w życie postępowań sądowych, administracyjnych, sądownoadministracyjnych i przed sądami polubownymi dotyczących podmiotu szpitalnego, w związku z ustanowieniem zarządcy na podstawie projektowanej ustawy. Do tych postępowań stosuje się bowiem odpowiednio art. 174 § 1 pkt 4 i 5 oraz art. 180 § 1 pkt 5 co oznacza, że postępowania te ulegną zawieszeniu, a następnie podjęciu z udziałem zarządcy.</p> <p>Jest to rozwiązanie analogiczne do przyjętego w ustawie Prawo restrukturyzacyjne, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.</p> <p>Wprowadzono przepis przejściowy dot. braku konieczności wyznaczenia zarządcy jeżeli został już on ustanowiony w postępowaniu restrukturyzacyjnym.</p>
1734.	Uwaga poza regulacją	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza	<p>w zakresie zmiany w ustawie o działalności leczniczej Art. 61 ust. 2 w zakresie likwidacji podmiotów szpitalnych brak postanowień – co się stanie z zobowiązaniami likwidowanego podmiotu.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Niezaspokojone w procesie likwidacji podmiotu szpitalnego zobowiązania tego podmiotu, zgodnie z</p>

	projekt ustawy		(za pośrednictwem KWRiST)		nowym brzmieniem ustawy o działalności leczniczej, nie zostaną uregulowane i stanowić będą koszt dla niezaspokojonych wierzycieli podmiotu szpitalnego. Zaproponowana zmiana art. 61 ustawy o działalności leczniczej ma na celu uspoźnienie brzmienia tej regulacji z przepisami Prawa restrukturyzacyjnego, a w szczególności z dodanym działem IIa – postępowanie restrukturyzacyjne wobec podmiotów szpitalnych. Powyższe ma na celu uniknięcie sytuacji, w której przeprowadzenie postępowania restrukturyzacyjnego wobec podmiotu szpitalnego działającego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej byłoby mniej korzystne dla wierzycieli niż przeprowadzenie postępowania likwidacyjnego tego podmiotu.
1735.	Uwaga poza regulacją projektu ustawy	-	Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza (za pośrednictwem KWRiST)	Projekt nie zawiera rozwiązań dot. problemu gdy do konkursu na kierownika szpitala - SPZOX (albo poza konkursem) nie zgłosi się nikt kto posiadałby kwalifikacje wymagane na tym stanowisku – np. brak wpisu na liście menedżerów prowadzonej przez Prezesa Agencji. Przy wymaganiach określonych w projekcie ustawy może się okazać, że nie ma odpowiedniej liczby tzw. menadżerów. Wówczas szpital pozostanie bez kierownika.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Projektowana ustawa zmienia tylko wymagania dot. kierownika podmiotu szpitalnego. Postępowanie w przypadku niewyłonienia kierownika w przeprowadzonym konkursie pozostaje bez zmian. Projekt zawiera też długi okres dostosowawczy.
1736.	Uwaga poza regulacją projektu ustawy	-	Powiat Starachowicki	Przeprowadzając reformę podmiotów leczniczych należy wziąć pod uwagę wysokie koszty generowane przez stacjonarną opiekę szpitalną, w związku z czym projekt ustawy powinien zakładać rozszerzenie działalności ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, która odciążałaby zarówno sferę finansową jak i obciążenie oddziałów szpitalnych. Nie mniej jednak za takim rozwiązaniem musi pójść odpowiednie finansowanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w tym poradni, ale również pracowni i podstawowej opieki zdrowotnej zwłaszcza, że lepsze finansowanie pozwoli na możliwość pozyskania kadry medycznej, która w tej części usług podmiotów leczniczych jest szczególnie deficytowa. Wzmocnienie tej części podmiotów leczniczych byłoby z pewnością z korzyścią dla pacjentów.  Propozycja: Restrukturyzacja, rozbudowa i zwiększenie finansowania na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Odciążenie oddziałów poprzez zwiększenie nakładów i pracy poradni specjalistycznych.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Poza zakresem regulacji.
1737.	Uwaga poza regulacją projektu ustawy	-	NZOZ Euromedic Kliniki Specjalistyczne S.A.	W związku z udostępnieniem w dniu 29.12.2021 w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji (RCL) projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa wnoszę o wyjaśnienie zapisu art. 1 pkt 15, projektowanej ustawy a mianowicie:	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Zgodnie z założeniami, projektowana ustawa ma dotyczyć jedynie podmiotów szpitalnych rozumianych jako podmioty lecznicze działające w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki



				<p>„ Gdzie w systemie znajdzie się podmiot leczniczy inny aniżeli wymieniony w art. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej ( Dz.U. z 2021 r, poz. 711 i 1773). Jaka będzie sytuacja takiego podmiotu?”</p> <p>Wnosimy o : ponowne przeanalizowanie projektu ustawy i określenie zasad dla funkcjonowania takich podmiotów jak nasz niepubliczny podmiot leczniczy nie będący w systemie PSZ ale zabezpieczający dużą liczbę potrzeb zdrowotnych regionu oraz utrzymujący stabilną sytuację ekonomiczną.</p>	<p>zdrowotnej, spółki kapitałowej, o której mowa w art. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 i 1773) albo instytutu badawczego, które wykonują działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, z wyłączeniem podmiotów leczniczych wykonujących wyłącznie świadczenia opieki zdrowotnej udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin lub podmiotów leczniczych wykonujących wyłącznie świadczenia szpitalne z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego. Pozostałe podmioty lecznicze funkcjonować będą na podstawie dotychczas obowiązujących przepisów.</p>
1738.	Uzasadnienie	-	Śląski Związek Gmin i Powiatów	<p>Zasadniczo zaprojektowane rozwiązania legislacyjne stanowią de facto odciążenie dla podmiotów nadzorujących szpitale w najtrudniejszej sytuacji finansowej, tj. te zakwalifikowane do kategorii C i D. ARS odciążą te podmioty z części obowiązków nadzorczych wobec podmiotów szpitalnych oraz działań w zakresie procesów naprawczo-rozwojowych, co będzie miało pozytywny wpływ na jednostki samorządu terytorialnego i inne podmioty publiczne nadzorujące podmioty szpitalne. Dodatkowo korzyścią dla podmiotów sprawujących obecnie nadzór nad szpitalami będzie ograniczenie konieczności realizacji przez nie najtrudniejszych czynności nadzorczych z uwagi na fakt, że po zakończeniu procesów naprawczo-rozwojowych podmioty szpitalne będą efektywnie funkcjonującymi jednostkami w dobrej sytuacji finansowej - problemem dla podmiotów nadzorujących nie jest realizacja obowiązków nadzorczych, a konieczność finansowania szpitali z uwagi na pogłębiającą się sytuację kryzysową, której przyczyny przedstawione zostały w stanowisku oraz uwagach powyżej;</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga o charakterze komentarza, niezawierająca propozycji rozwiązań.</p> <p>Realizacja procesów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych przyczyni się do poprawy ich sytuacji ekonomiczno-finansowej.</p>
1739.	Uzasadnienie	-	Śląski Związek Gmin i Powiatów	<p>Sama zmiana struktury PSZ oraz kryteriów kwalifikacji nie przekłada się na zwiększenie wydatków NFZ – z takiego stanowiska prezentowanego przez legislatora należałoby wywnioskować, że nie zamierza rozwiązać faktycznego problemu, jakim jest niedoszacowanie procedur;</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga o charakterze komentarza, niezawierająca propozycji rozwiązań.</p> <p>Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.</p>
1740.	Uzasadnienie	Dział I. Potrzeba i cel projektu ustawy	Związek Województw RP - Województwo Zachodniopom	<p>Uzasadnienie projektu ustawy wskazuje źródła potrzeby wprowadzenia zmian legislacyjnych, nie uwzględniając jednej z podstawowych jego przyczyn- niedoszacowania procedur finansowanych przez NFZ.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga o charakterze komentarza, niezawierająca propozycji rozwiązań.</p>

			orskie (za pośrednictwem KWRiST)	<p>W 2020 roku zaszły istotne zmiany w strukturze zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, zmiany w wycenie świadczeń oraz wprowadzono nowe procedury medyczne. Ryczałtowy system finansowania świadczeń medycznych poprzez nieuwzględnienie rzeczywistej ich wartości oraz realizacja nowych procedur w ramach tej samej wyceny nie umożliwiły szpitalom bilansowania działalności i w konsekwencji powodują zmniejszenie dostępności do świadczeń medycznych.</p> <p>Uzasadnienie projektu ustawy wskazuje także na ograniczenie finansowania jednostek ochrony zdrowia będące konsekwencją wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 r., sygn. akt K 4/17. Należy jednak wskazać, że TK orzekł o niekonstytucyjności art. 59 ust 2 ustawy o działalności leczniczej w zakresie zobowiązującym jednostkę samorządu terytorialnego do pokrycia straty netto jednostki nadzorowanej. Trybunał Konstytucyjny wskazał w tym orzeczeniu, że obowiązek finansowania podmiotów leczniczych nie może być przerzucany na jednostki samorządu terytorialnego. W tym samym orzeczeniu Trybunał Konstytucyjny wskazał, że „Analiza mechanizmu finansowania ochrony zdrowia pozwala sformułować pierwsze spostrzeżenia co do przyczyn powstawania strat finansowych s.p.z.o.z. Okazuje się, że choć system finansowania ochrony zdrowia jest traktowany jako zupełny, a zatem - pokrywający całość poniesionych kosztów w ramach gwarantowanego koszyka świadczeń zdrowotnych, to jednak istnieją sytuacje, w których świadczeniodawca (w tym s.p.z.o.z.) może na leczenie pacjentów ponosić wydatki wyższe niż przewidziane w jego planie finansowym i w umowie zawartej z NFZ.”</p> <p>Ponadto komentatorzy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazują na problem niestabilności rozliczeń w okresie rozliczeniowym (A. Pietraszewska-Macheta [w:] E. Fryźlewicz-Chrapisińska, I. Kowalska-Mańkowska, A. Sidorko, K. Urban, A. Pietraszewska-Macheta, Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz, wyd. III, Warszawa 2018, art. 132.)</p> <p>Powyższe wskazuje, że opisane w uzasadnieniu projektu podstawy systemowe wdrożonej regulacji są niepełne i upatrują w sytuacji finansowej podmiotów leczniczych głównie złego zarządzania i niezdolności jednostek tworzących (jednostek samorządu terytorialnego) do skutecznej oceny i wdrożenia adekwatnej polityki zdrowotnej, odpowiadającej potrzebom określonego województwa.</p>	<p>Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.</p> <p>Projektowana ustawa zmienia brzmienie art. 59 ustawy o działalności leczniczej.</p>
1741.	Uzasadnienie i OSR	-	Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów	<p>W treści OSR wskazano m.in. że:</p> <p>„Zauważalną i niekorzystną dla funkcjonowania szpitali jest także nieuzasadniona konkurencja pomiędzy tymi jednostkami o pacjentów, personel medyczny oraz zasoby materialne. Zjawisko to jest nacechowane negatywnie, gdyż szpitale prowadzące działalność na tym samym terenie nie powinny powielać świadczonych usług, prowadząc de facto wobec siebie działalność konkurencyjną, a wzajemnie się w tym zakresie uzupełniać, co z</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Założeniem projektodawcy jest wyeliminowanie negatywnej konkurencji prowadzącej do wzrostu kosztów realizacji świadczeń opieki zdrowotnej wynikającego np. z rywalizacji podmiotów szpitalnych o personel medyczny.</p>

			<p>punktu widzenia pacjenta zapewniłoby kompleksowość oferowanej opieki zdrowotnej. Z kolei rywalizacja o personel medyczny istotnie wpływa na zwiększenie kosztów wynagrodzeń ponoszonych przez szpitale."</p> <p>"Konieczność przeprowadzenia proponowanych systemowych zmian jest jak najbardziej uzasadniona w szczególności ze względu na pogorszenie sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych, w tym rosnące zadłużenie; zjawisko tzw. „wielowładztwa” – nieskoordynowane działania dotyczące tworzenia, funkcjonowania i rozwoju podmiotów szpitalnych, brak współpracy i kooperacji; utrzymywanie nieefektywnie wykorzystanej bazy, jak również podwyższonej gotowości – generowanie nadmiarowych kosztów działalności; „wyniszczająca” konkurencja (...)”.</p> <p>Podobnej treści sformułowania zawarte są również w uzasadnieniu do projektu ustawy.</p> <p>Wskazywanie konkurencji jako mechanizmu, który ma zostać wyeliminowany na skutek wejścia w życie projektowanej ustawy budzi poważne wątpliwości Prezesa UOKiK.</p> <p>Zwracamy uwagę, że konkurencja sama w sobie nie jest zjawiskiem szkodliwym, niepożądanym, wyniszczającym, a jej działanie może przekładać się pozytywnie przede wszystkim na jakość świadczonych usług. Ponadto, celem lub skutkiem projektowanej ustawy, nie powinno być całkowite wyeliminowanie możliwości konkurencji pomiędzy szpitalami, w szczególności w zakresie ubiegania się o kontrakty NFZ. Całkowita centralizacja systemu w tym zakresie, może bowiem prowadzić do zlikwidowania czynników mogących pozytywnie wpływać na jakość świadczonych usług i chęć szpitali do podejmowania aktywności mających na celu zwiększenie efektywności swoich działań.</p> <p>Ponadto z punktu widzenia spójności systemu prawa, zasadne wydaje się unikanie w procesie legislacyjnym określania zjawiska takiego jak konkurencja jako wyniszczające itp., w sytuacji w której inne akty prawne przewidują ochronę i wsparcie w rozwoju konkurencji, z uwagi na jej pozytywne skutki.</p> <p>Ponadto zwracamy uwagę, że lekarze, oraz pozostały personel medyczny działający na rynkach lokalnych nie powinien zostać pozbawiony możliwości uzyskiwania jak najlepszych ofert, warunków zatrudniania na skutek wyeliminowania konkurencji pomiędzy podmiotami szpitalnymi. Należy zauważyć, że uzyskiwanie krótkoterminowych korzyści poprzez likwidację mechanizmów konkurencyjnych rodzi istotne ryzyko znacznego pogorszenia zarówno dostępności jak i jakości świadczonych usług.</p>	<p>Projekt nie ma na celu zlikwidowanie konkurencji w całości, ale tego rodzaju „negatywnej” konkurencji, która została opisana w uzasadnieniu.</p> <p>Podmioty szpitalne są specyficznymi jednostkami niezwykle istotnymi z punktu widzenia Państwa oraz zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych pacjentów.</p>
--	--	--	---	---

				Propozycja: Zmiana treści OSR i uzasadnienia projektu.	
1742.	OSR	cz. 1	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	<p>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.”</p> <p>Problemem w finansowaniu opieki zdrowotnej nie jest katalog źródeł finansowania, tylko niedostateczna wysokość tych środków.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga o charakterze komentarza.</p> <p>Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.</p> <p>Ponadto, nakłady ogółem na ochronę zdrowia rosną w ostatnich latach w nienotowanym dotychczas tempie, zarówno w ujęciu nominalnym, jak i procentowym.</p> <p>Dodatkowo, zgodnie z art. 131c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nakłady na finansowanie ochrony zdrowia będą corocznie zwiększane aż do osiągnięcia poziomu 7% produktu krajowego brutto w 2027 r.</p>
1743.	OSR	cz. 1	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	<p>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.”</p> <p>Problemem w finansowaniu opieki zdrowotnej nie jest katalog źródeł finansowania, tylko niedostateczna wysokość tych środków.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga o charakterze komentarza.</p> <p>Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.</p> <p>Ponadto, nakłady ogółem na ochronę zdrowia rosną w ostatnich latach w nienotowanym dotychczas tempie, zarówno w ujęciu nominalnym, jak i procentowym.</p> <p>Dodatkowo, zgodnie z art. 131c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nakłady na finansowanie ochrony zdrowia będą corocznie zwiększane aż do osiągnięcia poziomu 7% produktu krajowego brutto w 2027 r.</p>
1744.	OSR	cz. 1	Związek Powiatów	Skreślić fragment „Pogarszająca się sytuacja finansowa nie jest jedynym czynnikiem utrudniającym prawidłowe funkcjonowanie szpitali.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b>

			Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	<p>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.”</p> <p>Nie ma argumentów potwierdzających wskazaną tezę. Przeciwnie, kondycja finansowa instytucji badawczych, dla których podmioty prowadzone przez samorządy nie są żadną konkurencją wskazuje, że problem zasadniczo leży gdzie indziej.</p>	<p>Szpitalne funkcjonujące w formie instytucji badawczych, ze względu na skalę prowadzonej działalności, jak również na znacznie wyższy poziom skomplikowania realizowanych świadczeń są nieporównywalne do szpitali nadzorowanych przez jednostki samorządu terytorialnego.</p> <p>W sytuacji występowania wielu podmiotów tworzących szpitali na danym terenie, każdy z podmiotów tworzących za priorytet przyjmuje działalność szpitala, nad którym sprawuje nadzór, a nie politykę zdrowotną całego regionu.</p>
1745.	OSR	cz. 1	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	<p>Skreślić fragment „Pogarszająca się sytuacja finansowa nie jest jedynym czynnikiem utrudniającym prawidłowe funkcjonowanie szpitali. 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.”</p> <p>Nie ma argumentów potwierdzających wskazaną tezę. Przeciwnie, kondycja finansowa instytucji badawczych, dla których podmioty prowadzone przez samorządy nie są żadną konkurencją wskazuje, że problem zasadniczo leży gdzie indziej.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Szpitalne funkcjonujące w formie instytucji badawczych, ze względu na skalę prowadzonej działalności, jak również na znacznie wyższy poziom skomplikowania realizowanych świadczeń są nieporównywalne do szpitali nadzorowanych przez jednostki samorządu terytorialnego.</p> <p>W sytuacji występowania wielu podmiotów tworzących szpitali na danym terenie, każdy z podmiotów tworzących za priorytet przyjmuje działalność szpitala, nad którym sprawuje nadzór, a nie politykę zdrowotną całego regionu.</p>
1746.	OSR	cz. 1	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	<p>Skreślić „Ponadto, ogłoszony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stan zagrożenia epidemicznego i epidemii w związku z rozprzestrzenieniem się choroby COVID-19 pokazał, jak trudno prowadzić skoordynowane działania zarządcze (zarządzanie kryzysowe) w sytuacji wymuszającej długotrwałe uzgodnienia pomiędzy różnymi podmiotami nadzorującymi szpitale.”</p> <p>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.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W ocenie MZ niniejszy fragment jest w pełni uzasadniony i jako taki nie powinien zostać skreślony. Takie stwierdzenie zostało też zawarte w Założeniach reformy szpitalnictwa z maja 2021 r.</p>
1747.	OSR	cz. 1	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	<p>Skreślić „Ponadto, ogłoszony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stan zagrożenia epidemicznego i epidemii w związku z rozprzestrzenieniem się choroby COVID-19 pokazał, jak trudno prowadzić skoordynowane działania zarządcze (zarządzanie kryzysowe) w sytuacji wymuszającej długotrwałe uzgodnienia pomiędzy różnymi podmiotami nadzorującymi szpitale.”</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>W ocenie MZ niniejszy fragment jest w pełni uzasadniony i jako taki nie powinien zostać</p>

				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.	skreślony. Takie stwierdzenie zostało też zawarte w Założeniach reformy szpitalnictwa z maja 2021 r.
1748.	OSR	cz. 1	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	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.	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga o charakterze komentarza.</p> <p>Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.</p> <p>Brak jest uzasadnienia dla tezy mówiącej o braku stabilności finansowania szpitali w sytuacji kontraktowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p> <p>Ponadto, nakłady ogółem na ochronę zdrowia rosną w ostatnich latach w nienotowanym dotychczas tempie, zarówno w ujęciu nominalnym, jak i procentowym.</p>
1749.	OSR	cz. 1	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	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.	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Uwaga o charakterze komentarza.</p> <p>Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.</p> <p>Brak jest uzasadnienia dla tezy mówiącej o braku stabilności finansowania szpitali w sytuacji kontraktowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p> <p>Ponadto, nakłady ogółem na ochronę zdrowia rosną w ostatnich latach w nienotowanym dotychczas tempie, zarówno w ujęciu nominalnym, jak i procentowym.</p>

1750.	OSR	cz. 2	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	<p>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.”.</p> <p>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.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Realizacja procesów naprawczo-rozwojowych powoduje właśnie długotrwałą naprawę sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych.</p> <p>Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.</p>
1751.	OSR	cz. 2	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt – założono, że:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. rozwiązania zawarte w ustawie pozwolą na optymalizację jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa pacjenta? – zmiana profilu szpitala, rezygnacja z udzielania niektórych świadczeń nie zapewni bezpieczeństwa pacjenta ani optymalizacji jakości leczenia.</li> <li>2. wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących jakości i efektów leczenia, koncentracja leczenia specjalistycznego? – oznacza tworzenie szpitali jednoprofilowych, nie zapewnia to kompleksowości udzielania świadczeń, znacznie lepsza jest gwarantowanie współpracy pomiędzy ośrodkami i monitorowanie realizacji tej współpracy, czyli możliwość przejmowania pacjentów kierowanych do ośrodków specjalistycznych oraz leczenie powikłań przez ośrodki, w których procedury były wykonywane. Wymaganie od szpitali zapewnienia ciągłości/monitorowania leczenia pacjenta, poprzez kontrole w poradniach przyszpitalnych.</li> <li>3. Zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń – planowane jest przeprofilowanie, ograniczenie realizacji świadczeń nierentownych, w efekcie będzie to ograniczeniem dostępu do tych świadczeń, ponieważ są nieefektywne ekonomicznie, najczęściej z powodu zbyt niskiej wyceny, kto zatem będzie je realizował?</li> <li>4. Poprawa sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych – projektodawca nie porusza kwestii poprawy wyceny świadczeń, więc odbędzie się to kosztem jakości udzielanych świadczeń, w tym niskiej jakości zakupywanego przez Agencję sprzętu, aparatury medycznej środków leczniczych lub zmniejszeniem kadry medycznej. Powyższe przełoży się na bezpieczeństwo udzielanych świadczeń, występowaniem roszczeń odszkodowawczych powodujących w dalszym okresie zwiększone koszty funkcjonowania szpitala.</li> <li>5. Prowadzenie spójnej polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń medycznych dzięki optymalnemu zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych obywateli, zgodnego z mapą potrzeb zdrowotnych i planami transformacji - Należy pamiętać, że mapy potrzeb zdrowotnych opierają się na danych historycznych obecnie opracowanie dotyczy 2020 r. oparte na wynikach z 2019. Mapy potrzeb zdrowotnych nie przewidywały wystąpienia pandemii</li> </ol>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zapewnieniu bezpieczeństwa pacjenta oraz optymalizacji jakości leczenia służyć ma realizacja przez podmioty szpitalne planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych oraz wdrażany w ich ramach model zarządzania procesowego w podmiotach szpitalnych. Przedmiotowe procesy będą zmierzać do zwiększenia efektywności wykorzystania wszystkich zasobów znajdujących się w systemie ochrony zdrowia, w tym zasobów kadrowych. Niezależnie od działań projektowanych ustawą, podejmowane są inicjatywy zmierzające do zwiększenia liczebności kadry medycznej w systemie.</p> <p>Koncentracja leczenia specjalistycznego nie będzie oznaczała tworzenia szpitali jednoprofilowych, a jedynie działania dążące do zapewnienia kompleksowości świadczeń dla pacjenta na odpowiednich i adekwatnych poziomach zabezpieczenia. Oferowane przez podmioty szpitalne świadczenia będą brane pod uwagę przy tworzeniu planów naprawczo-rozwojowych, które zgodnie z projektem ustawy będą musiały zawierać informację o aktualnym oraz przyszłym zapotrzebowaniu na świadczenia opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem ich dostępności i mapy potrzeb zdrowotnych oraz uwzględniać obowiązek dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do lokalnych, regionalnych i krajowych regionalnych potrzeb zdrowotnych.</p>

			<p>SARS-CoV-2 i niedostatecznej liczby łóżek zakaźnych. Nie przewidziano, że inne dziedziny medycyny będą zobowiązane realizować świadczenia, niezgodne ze swoim profilem, a pacjenci tym samym nie mogli korzystać ze świadczeń specjalistycznych. W związku z powyższym, mapy potrzeb zdrowotnych jest obecnie kompletnie bezwartościowa, niedostosowana do sytuacji epidemiologicznej nie tylko w regionie ale całym kraju.</p> <p>6. Utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych – ARS odpowiadającą za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie procesów oraz zapewnienie rozwoju sektora szpitalnictwa oraz organizowani i koordynowanie wspólnych zakupów, wsparcie finansowe, merytoryczne i eksperckie. Powyższe przełoży się na dokonywanie zakupów niskiej jakości sprzętu i aparaturą medycznej oraz środków leczniczych</p> <p>7. Wspieranie inwestycji w szpitalach dzięki skoordynowaniu działań na rzecz rozwoju szpitalnictwa, a także skierowaniu na ten cel dodatkowych środków z różnych źródeł: budżet państwa, fundusze unijne, fundusz celowy MZ ARS ma zostać utworzona w celu poprawy zarządzania źle prowadzonych szpitali z uwagi na ich nierentowność, przy czym ma je wspierać finansowo?– Szpitale są źle zarządzane, dlatego wprowadzamy ARS, po czym zostają dotowane przez budżet państwa. Czy teraz nie można ich dotować</p> <p>8. Projekt ustawy wprowadza skuteczne mechanizmy restrukturyzacyjne poprawiające rentowność szpitali i ich stabilność finansową, w tym restrukturyzację zobowiązań jednostek – ocena dokonana przed rozpoczęciem działania.</p> <p>9. Założenia projektodawcy oparte na dublowaniu się oferowanych świadczeń nie znajdują odzwierciedlenia w stanie faktycznym tj. czasie oczekiwania (kolejki oczekujących) na poszczególne świadczenia medyczne oraz korzystanie przez obywateli z realizacji, niektórych świadczeń w ramach transgranicznej opieki. Ponadto, projektodawca zapomniał, że po wprowadzeniu PSZ, NFZ kontynuuje zawarte wcześniej umowy z podmiotami leczniczymi, natomiast nowe umowy zawiera tylko wówczas, gdy stwierdza niewystarczającą bazę do ich realizacji. Należałoby zatem sprawdzić jakie i ile umów na nowe świadczenia zostały zawarte po 2017 r. oraz czy były one uzasadnione, w szczególności przez podmioty z poza PZS czyli tak zwane NZOZ-y w formie świadczeń jednodniowych.</p> <p>10. Założenia dotyczące dokonywania wspólnych zakupów, materiałów i usług wiążą się z ryzykiem powodując, że wyłonieni dostawcy nie będą w stanie sprostać tak olbrzymiemu zapotrzebowaniu, wyeliminowani zostaną średni przedsiębiorcy, zdani na pośredników z wielkich concernów. Przy dużej skali niezbędnym będzie tworzenie wyspecjalizowanego, odrębnego podmiotu zajmującego się realizacją zakupów dla wszystkich szpitali.</p> <p>11. zakresie efektywniejszego wykorzystania zasobów kadrowych – przy obecnym deficycie kadry medycznej, która udziela świadczeń na rzecz</p>	<p>Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.</p> <p>Wspólne zakupy dla podmiotów szpitalnych organizowane przez ARS nie będą miały charakteru obligatoryjnego i nie będą obejmowały wszystkich postępowań zakupowych podmiotów szpitalnych. Działalność Agencji w tym zakresie będzie miała charakter fakultatywny i adresowana będzie tylko do zainteresowanych podmiotów. Twierdzenie o niskiej jakości kupowanego przez Agencję w ten sposób sprzętu, aparatury medycznej, czy środków leczniczych jest bezpodstawne – przeciwnie w postępowaniu o większym wolumenie zamówienia istnieje możliwość uzyskania dobrej jakości sprzętu, zgodnego z oczekiwaniami podmiotów szpitalnych biorących udział w postępowaniu, za niższą cenę. Z drugiej strony, skala organizowanych przez ARS wspólnych zakupów będzie dostosowana do możliwości dostawców i osiągnięcia najlepszej relacji pomiędzy jakością i ceną. Mniejsi dostawcy będą mieli możliwość, tak jak obecnie, wspólnego uczestniczenia w postępowaniach.</p> <p>Mapa potrzeb zdrowotnych jest opracowaniem, które podlega i będzie podlegać w przyszłości aktualizacji. Pandemia jest zjawiskiem, przejściowym, trudnym do przewidzenia jeśli chodzi o skalę, zakres i czas jej trwania. Doświadczenia związane z okresem jej obowiązywania pozwolą jednak na jeszcze lepsze przygotowanie systemu ochrony zdrowia do podobnych zjawisk w przyszłości, których możliwości wystąpienia nie da się wykluczyć.</p> <p>Projekt ustawy nie zakłada, jak zasugerowano to w treści uwagi, trwałego dotowania podmiotów szpitalnych. Procesy naprawczo-rozwojowe tych podmiotów wspierane będą finansowo przez ARS, a forma i wysokość wsparcia wynikać będą z planowanych działań zawartych w indywidualnych planach naprawczo-rozwojowych, które przygotowane zostaną po pierwszej kategoryzacji</p>
--	--	--	---	---



			<p>kilku podmiotów, średnim wieku personelu aktywnego zawodowo trudno jeszcze efektywniej wykorzystać ten potencjał. Zaznaczyć należy, że sposób zatrudnienia tj. umowy cywilno-prawne, realizacja świadczeń w kilku miejscach jest tzw. Obejściem kodeksu pracy, umożliwiającemu realizację pracy w określonym wymiarze godzin. Przy takim niedoborze pracowników medycznych, w tym w głównych zawodach lekarzy i pielęgniarek, których średnia wieku jest powyżej 50 r.ż. obniżeniu wieku emerytalnego, luki pokoleniowej, zmian w zakresie kształcenia i uzyskiwania kwalifikacji bardziej efektywnego wykorzystania kadry medycznej być nie może. Projektodawca ogólnikowo podszedł do efektywnego wykorzystania zasobów kadrowych podmiotów szpitalnych i nowoczesnej infrastruktury. Obecnie infrastruktura przy uwolnionej liczbie świadczeń diagnostycznych wysokospecjalistycznych nie stanowi bariery do wykonywania większej liczby badań. Przeszkodę stanowi liczba i wydolność personelu medycznego, bez którego sama infrastruktura nie zostanie wykorzystana optymalnie. Natomiast, wykorzystanie infrastruktury i personelu z podejściem zintensyfikowanym przełoży się na jakość realizowanych świadczeń i ewentualne błędy medyczne. Projektodawca proponuje ponadto zastosowanie „nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w ochronie zdrowia” oraz „certyfikacji umiejętności kadry zarządzającej”. Jednocześnie nie prezentuje jasno jakie umiejętności musi posiadać przyszła kadra zarządzająca, jakie certyfikaty i kwalifikacje przedstawiać, kto będzie dokonywał weryfikacji tych umiejętności i dokumentów. Wszystko jest w fazie „może zlecić przeprowadzenie”.</p> <p>12. Osiągnięcie korzyści dla pacjenta - jakie kryteria zostaną wybrane do dokonania oceny, czy system leczenia szpitalnego został dobrze dopasowany? Dostosowanie do potrzeb demograficznych i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności – czy określone zostały współczynniki dające satysfakcję? Potrzeby zdrowotne nigdy nie zostaną w pełni zaspokojone, ponieważ środki finansowe przeznaczane na ochronę zdrowia jak i inne ubezpieczenia społeczne wytwarzane są przez określoną grupę społeczną płatników składek i podatków. Pozostałą część społeczeństwa nie partycypuje w składkach, jest tylko jego beneficjentem (biorcą). Inicjator wprowadzanych zmian nieustannie zaprzecza swoim założeniom wprowadzanej reformy. Najpierw krytykuje małą wszechstronność szpitali oraz brak kompleksowości opieki nad pacjentem, nie pełen wachlarz dostępu do diagnostyki – czyli planuje poszerzyć zakres działalności szpitali, zapewnić większą ofertę i dostęp do rodzajów świadczeń medycznych, a następnie krytykuje nieuzasadnione utrzymywanie struktury, po czym planuje doprowadzić do profilowania szpitali czyli ograniczeniu wachlarza specjalistycznych usług w jednym podmiocie. Powyższe uzasadnia dążeniem do koncentracji procedur wysokospecjalistycznych w ośrodkach kompetencyjnych, w celu poprawy wyników leczenia, zwiększenia dostępności do nowoczesnych technologii i terapii medycznych oraz rozwoju</p>	<p>planowanej na 2023 rok i rzeczywistych potrzeb danego podmiotu. Procesy naprawczo-rozwojowe będą projektowane w taki sposób, by pozwalały doprowadzić do poprawy sytuacji finansowej podmiotu szpitalnego i odzyskania trwałej efektywności gospodarki finansowej, niewymagającej dotowania.</p> <p>Nowoczesne systemy, narzędzia i metody zarządzania będą miały za zadanie wspieranie efektywności podmiotów szpitalnych. Proces certyfikacji kadry zarządczej tych podmiotów będzie natomiast służył potwierdzeniu jej wysokich kompetencji i odbywał się w drodze egzaminu państwowego, z którego zwalniać będzie ukończenie studiów MBA.</p> <p>Użyte w treści uwagi sformułowanie „Projektodawca ustawy dąży do scentralizowania zarządzaniem szpitalami w Polsce bez względu czy zostaną one zakwalifikowane do kategorii A, B, C czy D” jest bezpodstawne. Zgodnie z przeprowadzoną przez Ministerstwo Zdrowia symulacją kategoryzacji podmiotów szpitalnych na podstawie danych za 2020 r. zaledwie jedna trzecia jednostek zakwalifikowana zostałaby do kategorii C lub D. Pozostałe 67% podmiotów szpitalnych przygotowywałaby jedynie plany rozwojowe, które tworzone byłyby przez ich kierowników, a nie przez Agencję. Zadaniem Agencji będzie monitorowanie realizacji działań naprawczo-rozwojowych, a nie bieżące zarządzanie szpitalami. To ostatnie w dalszym ciągu pozostawać będzie w gestii kierowników podmiotów szpitalnych, a więc samodzielność tych podmiotów zostanie utrzymana.</p>
--	--	--	--	---

			<p>kadr medycznych. Projektodawca nie orientuje się, że podmioty szpitalne dzielą się na jednospecialistyczne takie m. in. jak ośrodki onkologiczne, ginekologiczno-położnicze oraz opieki nad noworodkiem, rehabilitacyjne, pediatryczne i psychiatryczne. Wyodrębnienie z pośród szpitali kolejnych jednostek jednoprofiliowych stanowi kolejne zaprzeczenie zapewnienia kompleksowej opieki nad pacjentem. Jakie zapewnienie kompleksowości daje np. szpital ortopedyczny w przypadku pacjenta, u którego wystąpił problem rozchwianej cukrzycy lub innej choroby przewlekłej, ewentualnie podczas leczenia wykryto inną chorobę przewlekłą? Szpital zaprzestaje leczyć pacjenta i albo go wypisuje do domu albo przekazuje do innej jednostki nie zamierzając dokończyć swojego udzielania świadczeń.</p> <p>13. Przydzielenie przez ARS co trzy lata (począwszy od 2023 r.) odpowiedniej kategorii, która będzie determinowała procesy rozwojowe i naprawczo-rozwojowe, zachodzące w poszczególnych podmiotach:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) kategoria A – podmiot szpitalny w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej, który obligatoryjnie tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii A;</li> <li>2) kategoria B – podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań optymalizacyjnych, który tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii B albo w stosunku do którego wszczyna się postępowanie naprawczo-rozwojowe, na jego wniosek;</li> <li>3) kategoria C – podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes ARS obligatoryjnie wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe;</li> <li>4) kategoria D – podmiot szpitalny wymagający pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes ARS obligatoryjnie wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe oraz uzyskuje uprawnienie do powoływania i odwoływania kierownika tego podmiotu szpitalnego.</li> </ol> <p>Jednocześnie przewidziano możliwość przeprowadzenia przez Prezesa ARS dodatkowej kategoryzacji na wniosek podmiotu szpitalnego albo podmiotu nadzorującego.</p> <p>Wyżej wymienione kategorie będą przyznawane w oparciu o poniższe kryteria ekonomiczno-finansowe. Kategoria A zostanie przyznana podmiotowi szpitalnemu, w przypadku którego spełnione zostaną łącznie następujące warunki:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość większą niż 0,0%;</li> <li>2) wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość większą niż 1,00;</li> <li>3) wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość mniejszą niż 0,2%;</li> <li>4) wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmuje wartość mniejszą niż 30,0%.</li> </ol>	
--	--	--	--	--

			<p>Kategoria C zostanie przyznana podmiotowi szpitalnemu, który nie będzie kwalifikował się do kategorii D oraz w przypadku którego spełniony będzie warunek wskazany w pkt 1 lub 2, tj.:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż -2,0% i jednocześnie wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,70;</li><li>2) wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 5% i jednocześnie mniejszą lub równą 15%.</li></ol> <p>Kategoria D zostanie przyznana podmiotowi szpitalnemu, w przypadku którego wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmować będzie wartość większą niż 15% lub w przypadku którego spełnione zostaną łącznie następujące warunki:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż -5,0%;</li><li>2) wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,35;</li><li>3) wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 50%.</li></ol> <p>Do określenia poszczególnych kategorii przyznawanych podmiotom szpitalnym zdecydowano się wykorzystać cztery wskaźniki ekonomiczno-finansowe, które najlepiej charakteryzują sytuację finansową podmiotu w najważniejszych jej aspektach: rentowności, płynności finansowej oraz poziomu zobowiązań, w tym zobowiązań wymagalnych, czyli takich, dla których termin płatności upłynął.</p> <p>Projektodawca ustawy dąży do scentralizowania zarządzaniem szpitalami w Polsce bez względu czy zostaną one zakwalifikowane do kategorii A, B, C czy D. Zawsze w zakresie funkcjonowania szpitala decyzje będą podejmowane przez ARS, czy dotyczyć to będzie rozwoju czy wprowadzania restrukturyzacji. Wszystkie decyzje podejmowane będą przez osoby wyznaczone przez ARS tj. plany rozwoju, naprawczo-rozwojowe. W związku z powyższym nie można będzie nazwać tych jednostek samodzielnymi, staną się one jednostkami narodowymi, zarządzanymi przez funkcjonariuszy rządowych, zatrudnionych w kolejnej instytucji, której koszty funkcjonowania i utrzymania wraz z ewentualnymi planami zwrotu nie zbilansują się.</p> <p>Pomysłodawca zmian proponuje również wprowadzenie kolejnego projektu restrukturyzacyjnego zadłużenia szpitali, opartego o fakultatywne postępowanie określone w ustawie Prawo restrukturyzacyjne, w którym również określone zostaną role i zadania ARS. Czy jeden projekt zmian nie wystarczy? Te same cele mają być realizowane przez dwa akty prawne? Wprowadzi to ogromny chaos.</p> <p>Inicjator projektu ustawy zapowiada również wprowadzenie zmian w zakresie obowiązujących od 2017 r. poziomów PSZ. Uzasadnia swoje decyzje dostosowaniem podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych. Dokonywać tego będą osoby wyznaczone przez ARS z siedzibą w Warszawie. Podmioty tworzące, czyli w większej mierze samorządy lokalne, które zostaną</p>	
--	--	--	---	--

				pozbawione wpływu na lokalny rynek ochrony zdrowia, na rzecz decyzji centralnych. Jeżeli pomysłodawca projektu jest zainteresowany poprawą sytuacji ekonomicznej szpitali warto by było dokonać analizy rzetelnej wyceny procedur medycznych, które powinny być dokonane rzetelnie uwzględniając koszty zmienne produktów, usług oraz pochodnych mających wpływ na koszt finalny, a nie na podstawie danych historycznych.	
1752.	OSR	cz. 2	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	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.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Realizacja procesów naprawczo-rozwojowych powoduje właśnie długotrwałą naprawę sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych. Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.
1753.	OSR	OSR cz.. 4 wiersz 3, kolumna 4	Związek Powiatów Polskich (za pośrednictwem KWRiST)	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.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Zgodnie z art. 95l ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zapewnia świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania.
1754.	OSR	OSR cz.. 4 wiersz 3, kolumna 4	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	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.	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Zgodnie z art. 95l ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zapewnia świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania.
1755.	OSR	cz. 6	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	Finansowanie ARS Zaplanowano utworzenie i funkcjonowanie ARS na lata 2022 – 2032. Planowane jest utworzenie docelowo (na dzień dzisiejszy) 400 stanowisk pracy oraz zawarcie 100 umów cywilno-prawnych. W samym 2022 r. koszt ARS planuje się na 24,2 mln zł (nie uwzględniając inflacji obecnie na poziomie 8%). Zaplanowano, że średnie wynagrodzenie pracownika ARS wynosiło będzie 15.000,00 zł nie uwzględniając dodatkowego wynagrodzenia. Koszty rozwoju zawodowego, w tym szkoleń, czasopism,	<b>Uwaga nieuwzględniona.</b> Utworzenie Agencji pozwoli na stworzenie profesjonalnego, skutecznego, kompetentnego, centralnego systemu nadzoru nad podmiotami szpitalnymi, którego zasadniczym celem będzie zapewnienie rozwoju sektora szpitalnictwa oraz

zakup literatury oszacowano na rok 2022 na kwotę 120.000 zł – jaki szpital dysponuje taką kwotą na doksztalcanie? Koszt samej rady ARS – 12 osób to 1.700.000 zł w 2022 r. Ogólnie rzecz biorąc, koszty na 2022 r. zaplanowano w wysokości 24.200.000 zł.

Rok	kwota	Dodatkowe wydatki	Zaplanowane cele
Trudno określić zawiązanie się ARS w 2022 r.	24.200.000 zł	285.000 zł Utworzenie 2 etatów w MZ	Zatrudnienie 60 osób, Powołanie Rady 12 osobowej, Wynajem powierzchni biurowej w pobliżu ul. Miodowej 3.900 m2 na kwotę 4.200.000 zł, Wyposażenie biur, zakup infrastruktury informatycznej, Delegacje, wyjazdy służbowe, wynajem samochodów, koszty administracyjne
2023 r.	94.100.000 zł	271.000 zł	
2024 r.	131.400.000 zł	271.000 zł	
2025 r.	131.800.000 zł	271.000 zł	
2026 r.	132.200.000 zł	271.000 zł	
2027 r.	126.700.000 zł	271.000 zł	
2028 r.	128.800.000 zł	271.000 zł	
W 2029 r.	128.600.000 zł	271.000 zł	
2030 r.	122.500.000 zł	271.000 zł	
2031 r.	122.800.000 zł	271.000 zł	
2032 r.	124.000.000 zł	271.000 zł	
Suma	1.267.100.000 zł	2.995.000 zł	1.270.095.000 zł (+1.700.000 koszt Rady ARS tylko w 2022 r.)

wspieranie procesów restrukturyzacji podmiotów szpitalnych.

Koszty funkcjonowania Agencji są wprost proporcjonalne do przypisanych ARS zadań oraz odpowiedzialności.

Kolejna kategoryzacja podmiotów szpitalnych będzie stanowiła obiektywną ocenę procesów naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych.

				<p>Założenia utworzenia i funkcjonowania ARS dotyczyły restrukturyzacji szpitalnictwa w Polsce, z planów jednak nie wynika, że podporządkowanie szpitali ARS przyniesie efekty, wręcz przeciwnie, stopniowo będzie następował wzrost zatrudnienia w agencji. Jeżeli już teraz zakłada się, 11 letni okres funkcjonowania ze wzrostem zatrudnienia, to na czym ma polegać restrukturyzacja? Jej działania mają poprawić funkcjonowanie szpitali i poprawę ich ocenę, czy utrzymywanie złego stanu w celu zapewnienia stanowisk w ARS? Ponadto czy zasadnym jest aby osoby wyznaczane przez ARS wprowadzały i nadzorowały reformę, której efekt ma zostać weryfikowany nie przez organ niezależny, tylko przez organ powołujący nadzorców? Stanowić to będzie efekt obecnie krytykowany jako upolitycznienie stanowisk dyrektorów/prezesów.</p> <p>Zaznaczyć należy, że szacowany koszt funkcjonowania ARS to 1.270.095.000 zł, przy zobowiązaniach szpitali w Polsce na 31 grudnia 2020 r. to 20.062.000.000 zł, pamiętać należy, że koszty ARS są szacunkowe i co roku będą się zwiększały ponad przedstawione założenia.</p>	
1756.	OSR	cz. 6	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Koszty nadzoru nad ARS</p> <p>Z projektu wynika stworzenie kolejnych 2 stanowisk w Ministerstwie Zdrowia zajmujących się nadzorem nad agencją zatrudniającą 400 osób, w dużej mierze realizujących swoje zadania w całej Polsce. Założenie jest wręcz niemożliwe, w efekcie końcowym liczba etatów w MZ znacznie wzrośnie jak również wynagrodzenie tych pracowników. Przewidywany koszt nadzoru tylko związany z utworzeniem 2 etatów to 2.995.000 zł</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Założenie dotyczące dwóch dodatkowych etatów w Ministerstwie Zdrowia jest realistyczne i wynika z doświadczeń w zakresie nadzoru nad innymi podmiotami.</p>
1757.	OSR	cz. 6	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Wpływ na jednostki samorządu terytorialnego i inne podmioty publiczne nadzorujące podmioty szpitalne</p> <p>Już sam projekt ustawy zaangażuje podmioty tworzące (w większości jednostki samorządu terytorialnego) ok. 303 nadzorujące 489 szpitali w próbę inwestowania w sprzęt i aparaturę w celu zabezpieczenia mieszkańców w dostęp do opieki zdrowotnej, do której są lokalnie przyzwyczajeni. Samorządy, narażone na zmniejszenie wpływów środków finansowych, wynikających ze zmian prawa podatkowego, będą zaciągać zobowiązania (zadłużać się) w celu zabezpieczenia mieszkańców. Samo założenie ustawy, że restrukturyzacja wiązać się będzie z czasową zmianą zakresu praw i obowiązków wynikających z pełnienia funkcji podmiotu tworzącego szpital, stanowi ogromne ryzyko. Podmiot tworzący będzie miał ograniczenie do monitorowania realizacji przez podmiot szpitalny planów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych. Jakie narzędzia będzie posiadał podmiot w czasie wprowadzanej reformy, jeżeli okaże się, iż wprowadzany plan naprawczy nie będzie zgodny z lokalnymi potrzebami zdrowotnymi? Kto poniesie odpowiedzialność i koszty złych założeń transformacji? Sama mapa potrzeb zdrowotnych jest dokumentem, który na razie nie ma wpływu jako taki na</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt ustawy nie angażuje podmiotów tworzących w nowe formy finansowania, inne niż wynikające z dotychczasowych uwarunkowań. Obowiązujące przepisy dają możliwość ponoszenia nakładów na podmioty szpitalne przez jednostki samorządu terytorialnego.</p> <p>Procesy naprawczo-rozwojowe podmiotów szpitalnych wspierane będą finansowo przez ARS, a forma i wysokość wsparcia wynikać będą z planowanych działań zawartych w indywidualnych planach naprawczo-rozwojowych, które przygotowane zostaną po pierwszej kategoryzacji tych podmiotów planowanej na 2023 rok i rzeczywistych potrzeb danego podmiotu.</p>

				<p>zdrowie i życie ludzkie. Wdrożenie założeń wypracowanych na tych danych przyniesie nie odwracalne już skutki zdrowotno-społeczne. Jeżeli projektodawca zarzuca, że większość szpitali nie zapewnia kompleksowości usług, poprzez brak dostępu do bazy diagnostycznej w miejscu, to znaczy, przy założeniach rozwojowych będzie konieczne doposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną. Kto będzie odpowiedzialny za sfinansowanie tych zakupów, skoro szpitale są zadłużone, a podmioty tworzące nie mają ponosić kosztów dodatkowych oprócz tych które obecnie ponoszą? Kto będzie finansował plany rozwojowe podmiotów szpitalnych odbiegające od zaplanowanych inwestycji przez podmioty tworzące obecnie? Decyzje kto, co i jak ma podejmować ARS, a finansować to bez dyskusji mają podmioty tworzące? Założenia ustawy nie przewidują żadnego ryzyka, to tylko teoria a nie praktyka. Już sam autor krytykuje zmiany wcześniej wprowadzone w zakresie PSZ przez inicjatorów obecnie opiniowanego projektu – czyli samokrytyka.</p>	<p>W interesie podmiotów szpitalnych jest skuteczna realizacja procesów rozwojowych i naprawczo-rozwojowych, które z założenia zwiększą efektywność ich funkcjonowania. W procesach tych niezbędny jest nadzór Agencji, a w najbardziej skomplikowanych przypadkach również czasowe przejęcie zarządzania przez ARS, gdyż – jak pokazały wieloletnie doświadczenia – dotychczasowe działania nadzorcze podejmowane przez jednostki samorządu terytorialnego były niewystarczające.</p> <p>Zgodnie jednak z projektem ustawy, plan naprawczo-rozwojowy będzie przekazywany podmiotowi nadzorującemu do zaopiniowania, a dodatkowo podmiot ten monitorował będzie jego realizację. Obowiązek monitorowania realizacji planu naprawczo-rozwojowego będzie również spoczywał na ARS.</p> <p>Ponadto, plan naprawczo-rozwojowy będzie musiał zawierać informację o aktualnym oraz przyszłym zapotrzebowaniu na świadczenia opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem ich dostępności i mapy potrzeb zdrowotnych oraz uwzględniać obowiązek dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do lokalnych, regionalnych i krajowych regionalnych potrzeb zdrowotnych.</p>
1758.	OSR	cz. 6	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Zmiany PSZ</p> <p>Zgodnie z założeniem ustawy, że wprowadzenie jej nie wpłynie na sektor finansów publicznych jest błędne. Już samo utworzenie ARS oraz jej utrzymanie pochodzi ze środków publicznych. Natomiast stwierdzenie, iż nie ulegnie zmianie finansowanie świadczeń zdrowotnych, udzielanych przez podmioty zakwalifikowane na nowych zasadach do PSZ oznacza, że nie ma możliwości uzyskania poprawy finansowej podmiotów szpitalnych. Jeżeli nie dofinansujemy części świadczeń szpitalnych, w tym geriatrycznych, leczenia chorób społecznych, których leczenie ambulatoryjne nie przynosi efektu, to poprawa kondycji finansowej odbędzie się tylko kosztem jakości i bezpieczeństwa pacjentów.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Pierwsze zdanie przedmiotowej uwagi pochodzące z OSR odnosi się do wprowadzenia zmian w PSZ. Cały projekt ustawy nie zawiera natomiast założenia, że nie wpłynie on na sektor finansów publicznych. Przeciwnie – projekt ustawy wpływa na sektor, a wysokość wpływu została przedstawiona w OSR.</p> <p>Wycena świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest systematycznie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji niezależnie od przepisów projektowanej ustawy.</p>
1759.	OSR	cz. 6, Dodatkowe informacje	Związek Powiatów Polskich (za	<p>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</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p>

			pośrednictwem KWRiST)	<p>34% całości zobowiązań. Podobną wartość zobowiązań wygenerowały podmioty nadzorowane przez samorządy województw.”.</p> <p>Taka statystyka jest oczywiście zmanipulowana, biorąc pod uwagę, fakt, że powiaty posiadają łącznie najwięcej szpitali w Polsce, w porównaniu do innych podmiotów właścicielskich.</p>	Zacytowane zdanie jest zgodne ze stanem faktycznym, a liczba szpitali w podziale na podmioty tworzące i nadzorujące przedstawiona została w uzasadnieniu do projektu ustawy, stąd zarzut o zmanipulowaniu należy uznać za nieuprawniony.
1760.	OSR	cz. 6, Dodatkowe informacje	Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych	<p>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 nadzorowane przez samorządy województw.”.</p> <p>Taka statystyka jest oczywiście zmanipulowana, biorąc pod uwagę, fakt, że powiaty posiadają łącznie najwięcej szpitali w Polsce, w porównaniu do innych podmiotów właścicielskich.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Zacytowane zdanie jest zgodne ze stanem faktycznym, a liczba szpitali w podziale na podmioty tworzące i nadzorujące przedstawiona została w uzasadnieniu do projektu ustawy, stąd zarzut o zmanipulowaniu należy uznać za nieuprawniony.</p>
1761.	OSR	cz. 7	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe:</p> <p>Duże przedsiębiorstwa, sektor mikro i małych przedsiębiorstw, rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe – określono, że w przeciągu 10 lat wprowadzana restrukturyzacja nie będzie miała skutków w ujęciu pieniężnym na te podmioty. Nie ujęci zostali w ogóle pracownicy podmiotów leczniczych, na których wpływ bezpośredni będą miały wprowadzane zmiany, w tym również i głównie finansowe. Natomiast wprowadzane zmiany będą miały ogromny wpływ na sektor mikro i małych przedsiębiorstw przy planowanych wspólnych zakupach dla wszystkich przedsiębiorstw.</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt ustawy nie wprowadza przepisów wywołujących bezpośrednie skutki dla pracowników podmiotów szpitalnych. Ewentualne skutki dla poszczególnych podmiotów wynikać będą z planowanych działań zawartych w indywidualnych planach naprawczo-rozwojowych, które przygotowane zostaną po pierwszej kategoryzacji tych podmiotów planowanej na 2023 rok.</p> <p>Wspólne zakupy dla podmiotów szpitalnych organizowane przez ARS nie będą miały charakteru obligatoryjnego i nie będą obejmowały wszystkich postępowań zakupowych podmiotów szpitalnych. Działalność Agencji w tym zakresie będzie miała charakter fakultatywny i adresowana będzie tylko do zainteresowanych podmiotów.</p>
1762.	OSR	cz. 9	Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski	<p>Wpływ na rynek pracy</p> <p>Projektodawca zakłada, że wprowadzane zmiany będą miały pozytywny wpływ na rynek pracy. Z jednej strony zmiany mają obniżyć udział wynagrodzenia pracowników w kosztach szpitali – czyli obniżyć płace personelu lub redukcję zatrudnienia personelu medycznego? Z drugiej strony ARS spowoduje wzrost liczby miejsc pracy poprzez zatrudnianie osób na swoich usługach (obecnie planowane jest utworzenie 400 stanowisk + 2 w MZ) w formie nadzorców restrukturyzacyjnych podmiotów szpitalnych. Nie podana jaka szacowana wielkość pracowników szpitali wg projektodawcy stanowią stanowiska do likwidacji lub jako nieefektywnie wykorzystane –</p>	<p><b>Uwaga nieuwzględniona.</b></p> <p>Projekt ustawy nie wprowadza przepisów wywołujących bezpośrednie skutki dla pracowników podmiotów szpitalnych. Ewentualne skutki dla poszczególnych podmiotów wynikać będą z planowanych działań zawartych w indywidualnych planach naprawczo-rozwojowych, które przygotowane zostaną po pierwszej kategoryzacji tych podmiotów planowanej na 2023 rok.</p>



				wydaje się, że stawiając takie tezy zostały one oparte już o konkretne dane. Wpływ na rynek pracy wprowadzane zmiany będą miały, gdyż pracownicy ARS nie będą wywali na wytworzenie produktu tylko usługi – staną się pracownikami podmiotu budżetowego.	Treść ostatniego zdanie uwagi jest niezrozumiała.
--	--	--	--	--	---