



PREZES RADY MINISTRÓW

Warszawa /elektroniczny znacznik czasu/

DKPL.WK.0610.2.22.2021.ACY(9)

RM-0610-22-21

UD116

Pani Elżbieta WITEK

Marszałek Sejmu

Szanowna Pani Marszałek,

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

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

Z poważaniem,

Mateusz Morawiecki

Prezes Rady Ministrów

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁾

Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.²⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 9a otrzymuje brzmienie:

„Art. 9a. W celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności mapę potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1, wojewódzki plan transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1, oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane.”;

2) w art. 10 w ust. 1 w pkt 1 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 1a–1c w brzmieniu:

„1a) współpraca z ministrem właściwym do spraw zdrowia w zakresie określania w mapie potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1, rekomendowanych kierunków działań dla danego województwa;

1b) ustalanie wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1;

1c) wydawanie opinii o celowości inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1.”;

3) w art. 11 w ust. 1 w pkt 11 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 12–15 w brzmieniu:

„12) opracowywanie, ustalanie i aktualizowanie mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1;

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, ustawę z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz ustawę z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 1492, 1493, 1578, 1875, 2112, 2345 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 97 i 159.

- 13) opracowywanie, ustalanie, monitorowanie i aktualizowanie krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1;
 - 14) ocena projektu wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1, i jego zatwierdzanie;
 - 15) wydawanie opinii o celowości inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1.”;
- 4) w art. 31a:
 - a) w ust. 1 w pkt 1 lit. a otrzymuje brzmienie:

„a) mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1,”
 - b) uchyla się ust. 2 i 3;
 - 5) w art. 31n po pkt 2a dodaje się pkt 2b w brzmieniu:

„2b) przygotowywanie i przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia danych i analiz niezbędnych do sporządzenia mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1;”;
 - 6) w art. 31o w ust. 2 po pkt 1d dodaje się pkt 1e w brzmieniu:

„1e) opiniowanie projektu krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1;”;
 - 7) w art. 48a ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Minister oraz jednostka samorządu terytorialnego opracowują projekt programu polityki zdrowotnej na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1, oraz dostępnych danych epidemiologicznych.”;
 - 8) w art. 48d ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W celu uzyskania dofinansowania, o którym mowa w ust. 1, organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego składa wniosek do Prezesa Funduszu. Do wniosku dołącza się pozytywną opinię Agencji wydaną w trybie, o którym mowa w art. 48a ust. 7 pkt 2, albo oświadczenie o zgodności projektu programu polityki zdrowotnej z rekomendacją Prezesa Agencji, o którym mowa w art. 48aa ust. 11, oraz pozytywną opinię wojewody dotyczącą zgodności planowanego programu z wojewódzkim planem transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1, oraz zgodności z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 183).”;
 - 9) art. 95a–95c otrzymują brzmienie:

„Art. 95a. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje, ustala i aktualizuje mapę potrzeb zdrowotnych, zwaną dalej „mapą”, w celu identyfikacji priorytetowych

potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz zapewnienia zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych, obejmującą:

- 1) analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej, w tym personelu medycznego, udostępniane na dedykowanej stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego;
- 2) wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowane kierunki działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje wyniki analiz, o których mowa w ust. 1 pkt 1.

3. Wyniki analiz, o których mowa w ust. 1 pkt 1, są aktualizowane co roku i zamieszczane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej tego ministra oraz przekazywane do zamieszczenia w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej właściwego wojewody.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia, w celu realizacji zadania określonego w ust. 1, może zlecić Agencji, Funduszowi oraz Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego – Państwowemu Zakładowi Higieny przygotowanie danych i analiz niezbędnych do przygotowania mapy.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia, w celu realizacji zadania określonego w ust. 1, współpracuje z wojewodami w zakresie określania w mapie rekomendowanych kierunków działań dla danego województwa.

6. Mapę ustala się na okres 7 lat.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza mapę, w drodze obwieszczenia, w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia, w terminie do dnia 30 czerwca roku poprzedzającego o jeden rok kalendarzowy pierwszy rok obowiązywania krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1, i wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1.

Art. 95b. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje, ustala, monitoruje i aktualizuje krajowy plan transformacji, zwany dalej „krajowym planem”, uwzględniający rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia.

2. Krajowy plan obejmuje:

- 1) potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie ponadregionalnym;
- 2) działania wymagające koordynowania na poziomie ponadregionalnym;
- 3) planowany rok lub lata, w których działania, o których mowa w pkt 2, będą realizowane;
- 4) podmioty odpowiedzialne za realizację działań, o których mowa w pkt 2;
- 5) szacunkowe koszty działań, o których mowa w pkt 2;
- 6) oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań, o których mowa w pkt 2;
- 7) wskaźniki realizacji poszczególnych działań, o których mowa w pkt 2, w tym określające zabezpieczenie zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 15 ust. 2.

3. Krajowy plan może obejmować działania podejmowane w celu przeciwdziałania wystąpieniu stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, oraz zwalczania skutków wystąpienia tych stanów.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje projekt krajowego planu Radzie Dialogu Społecznego, Prezesowi Funduszu, Prezesowi Agencji oraz Dyrektorowi Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag 30 dni od dnia jego otrzymania. Niewydanie opinii w tym terminie jest równoznaczne z opinią pozytywną.

5. Krajowy plan ustala się na okres 7 lat.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza krajowy plan, w drodze obwieszczenia, w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie do dnia 31 grudnia roku poprzedzającego o 1 rok kalendarzowy pierwszy rok obowiązywania krajowego planu.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia zamieszcza w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej informację o realizacji wskaźników, o których mowa w ust. 2 pkt 7. Informacja jest zamieszczana corocznie, w terminie do dnia 30 kwietnia roku następującego po roku, którego informacja dotyczy.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie do dnia 30 czerwca czwartego roku kalendarzowego obowiązywania krajowego planu, sporządza sprawozdanie śródk okresowe z jego realizacji i zamieszcza w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej.

9. Sprawozdanie śródkresowe z realizacji krajowego planu zawiera:

- 1) opis działań, o których mowa w ust. 2 pkt 2, rozpoczętych lub zrealizowanych w danym okresie;
- 2) opis sposobu wdrożenia rekomendowanych kierunków działań przedstawionych w mapie;
- 3) wskazanie źródeł i wysokości finansowania działań, o których mowa w ust. 2 pkt 2, zrealizowanych lub podjętych w danym okresie;
- 4) stopień realizacji wskaźników, o których mowa w ust. 2 pkt 7;
- 5) nowe priorytetowe potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej;
- 6) wnioski wynikające z realizacji krajowego planu;
- 7) propozycje aktualizacji działań, o których mowa w ust. 2 pkt 2.

10. Sprawozdanie śródkresowe z realizacji krajowego planu może stanowić podstawę do opracowania aktualizacji krajowego planu w przypadku:

- 1) osiągnięcia założonych wartości wskaźników przed upływem okresu 7 lat lub
- 2) identyfikacji nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań koordynowanych na poziomie ponadregionalnym.

11. Do aktualizacji krajowego planu stosuje się odpowiednio przepisy ust. 4 i 6. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza zaktualizowany krajowy plan nie później niż do dnia 31 grudnia roku poprzedzającego pierwszy rok jego obowiązywania.

12. W terminie do dnia 30 czerwca roku następującego po roku, w którym zakończył się okres obowiązywania krajowego planu, minister właściwy do spraw zdrowia sporządza końcowe sprawozdanie z realizacji krajowego planu zawierające dane określone w ust. 9 pkt 1–6, które zamieszcza w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej.

Art. 95c. 1. Wojewoda ustala dla obszaru województwa wojewódzki plan transformacji, zwany dalej „wojewódzkim planem”, uwzględniający krajowy plan i rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia.

2. Wojewódzki plan obejmuje:

- 1) potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa;

- 2) działania wymagające koordynowania na poziomie województwa;
- 3) planowany rok lub lata, w których działania, o których mowa w pkt 2, będą realizowane;
- 4) podmioty odpowiedzialne za realizację działań, o których mowa w pkt 2;
- 5) szacunkowe koszty działań, o których mowa w pkt 2;
- 6) oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań, o których mowa w pkt 2;
- 7) wskaźniki realizacji poszczególnych działań, o których mowa w pkt 2, w tym określające zabezpieczenie zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 15 ust. 2.

3. Wojewódzki plan może obejmować działania podejmowane na danym obszarze w celu przeciwdziałania wystąpieniu stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, oraz zwalczania skutków wystąpienia tych stanów.

4. Wojewoda przekazuje projekt wojewódzkiego planu marszałkowi województwa, konwentowi powiatów danego województwa, Prezesowi Funduszu oraz wojewódzkiej radzie dialogu społecznego do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag 30 dni od dnia jego otrzymania. Niewydanie opinii w tym terminie jest równoznaczne z opinią pozytywną.

5. Wojewoda przekazuje projekt wojewódzkiego planu ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie do ostatniego dnia lutego roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania wojewódzkiego planu.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania projektu wojewódzkiego planu, dokonuje oceny tego projektu w zakresie:

- 1) zgodności z mapą,
- 2) zgodności z krajowym planem,
- 3) zgodności z innymi dokumentami strategicznymi w ochronie zdrowia,
- 4) celowości uwzględnienia działań wykraczających poza zakres rekomendowanych kierunków działań przedstawionych w mapie,
- 5) adekwatności przyjętych w projekcie wojewódzkiego planu działań do potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa

– a następnie zatwierdza projekt wojewódzkiego planu albo przekazuje wojewodzie uwagi do projektu.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia zatwierdza projektu wojewódzkiego planu po uwzględnieniu uwag przez wojewodę.

8. Zatwierdzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia wojewódzki plan wojewoda ogłasza, w drodze obwieszczenia, w wojewódzkim dzienniku urzędowym, nie później niż do dnia 15 lipca roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania wojewódzkiego planu.

9. Wojewódzki plan ustala się na okres 7 lat.

10. Wojewoda zamieszcza w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej informację o realizacji wskaźników, o których mowa w ust. 2 pkt 7, i przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Informacja jest zamieszczana corocznie, w terminie do dnia 30 kwietnia roku następującego po roku, którego informacja dotyczy.

11. Wojewoda, w terminie do dnia 30 czerwca czwartego roku kalendarzowego obowiązywania wojewódzkiego planu, sporządza sprawozdanie śródkresowe z jego realizacji, zamieszcza w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej i przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

12. Sprawozdanie śródkresowe z realizacji wojewódzkiego planu zawiera:

- 1) opis działań, o których mowa w ust. 2 pkt 2, rozpoczętych lub zrealizowanych w danym okresie;
- 2) opis sposobu wdrożenia rekomendowanych kierunków działań przedstawionych w mapie;
- 3) wskazanie źródeł i wysokości finansowania działań, o których mowa w ust. 2 pkt 2, zrealizowanych lub podjętych w danym okresie;
- 4) stopień realizacji wskaźników, o których mowa w ust. 2 pkt 7;
- 5) nowe priorytetowe potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej;
- 6) wnioski wynikające z realizacji wojewódzkiego planu;
- 7) propozycje aktualizacji działań, o których mowa w ust. 2 pkt 2.

13. Sprawozdanie śródkresowe z realizacji wojewódzkiego planu może stanowić podstawę do opracowania aktualizacji wojewódzkiego planu w przypadku:

- 1) osiągnięcia założonych wartości wskaźników przed upływem okresu 7 lat lub

- 2) identyfikacji nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa;
- 3) konieczności dostosowania wojewódzkiego planu do zgodności z krajowym planem po jego aktualizacji.

14. Wojewoda przekazuje projekt zaktualizowanego wojewódzkiego planu do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie 3 miesięcy od dnia zamieszczenia sprawozdania śródkresowego z realizacji wojewódzkiego planu. Do aktualizacji wojewódzkiego planu stosuje się odpowiednio przepisy ust. 4, 6–8. Minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje oceny zaktualizowanego wojewódzkiego planu w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania tego projektu, a wojewoda ogłasza zaktualizowany wojewódzki plan nie później niż do dnia 31 grudnia roku poprzedzającego pierwszy rok jego obowiązywania.

15. W terminie do dnia 30 czerwca roku następującego po roku, w którym zakończył się okres obowiązywania wojewódzkiego planu, wojewoda sporządza końcowe sprawozdanie z realizacji wojewódzkiego planu zawierające dane określone w ust. 12 pkt 1–6, które zamieszcza w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej i przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.”;

- 10) po art. 95c dodaje się art. 95ca w brzmieniu:

„Art. 95ca. 1. W celu opracowania projektu, monitorowania i aktualizacji wojewódzkiego planu tworzy się wojewódzką radę do spraw potrzeb zdrowotnych, zwaną dalej „województwską radą”.

2. W skład wojewódzkiej rady wchodzi:

- 1) wojewoda albo osoba przez niego wyznaczona, jako jej przewodniczący;
- 2) dwóch przedstawicieli wojewody;
- 3) trzech przedstawicieli Prezesa Funduszu;
- 4) jeden przedstawiciel Prezesa Agencji;
- 5) jeden przedstawiciel marszałka województwa;
- 6) jeden przedstawiciel konwentu powiatów danego województwa;
- 7) jeden przedstawiciel państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego;
- 8) jeden przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta;
- 9) jeden przedstawiciel dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny;

10) jeden przedstawiciel ministra właściwego do spraw zdrowia.

3. Wojewoda powołuje członków wojewódzkiej rady, z tym że członkowie, o których mowa w ust. 2 pkt 3–10, są powoływani na wniosek właściwego organu lub podmiotu.

4. W przypadku niezgłoszenia kandydata do wojewódzkiej rady przez organy lub podmiot, o których mowa w ust. 2 pkt 3–10, w terminie 14 dni od dnia powiadomienia przez wojewodę o zamiarze powołania wojewódzkiej rady lub zmianach w jej składzie, członka wskazuje wojewoda spośród ekspertów z zakresu wiedzy reprezentowanej przez organ, który nie zgłosił kandydata.

5. Członkiem wojewódzkiej rady może być wyłącznie osoba, która posiada wiedzę i doświadczenie w zakresie organizacji ochrony zdrowia i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dające rękojmię prawidłowego wypełniania obowiązków członka oraz nie została skazana prawomocnym wyrokiem sądu za umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe.

6. Wojewoda odwołuje członka wojewódzkiej rady z własnej inicjatywy albo na wniosek właściwego organu lub podmiotu, o których mowa w ust. 2 pkt 3–10. W przypadku odwołania członka rady z własnej inicjatywy wojewoda niezwłocznie powiadamia o tym właściwy organ lub podmiot.

7. Wojewoda odwołuje z własnej inicjatywy członka wojewódzkiej rady powoływanego na wniosek właściwego organu lub podmiotu, o których mowa w ust. 2 pkt 3–10, przed upływem kadencji, w przypadku:

- 1) rezygnacji członka;
- 2) utraty zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek długotrwałej choroby, trwającej co najmniej sześć miesięcy, potwierdzonej orzeczeniem lekarskim;
- 3) nieusprawiedliwionej nieobecności na 4 kolejnych posiedzeniach wojewódzkiej rady;
- 4) zaprzestania spełniania któregokolwiek z wymagań, o których mowa w ust. 5.

8. Kadencja wojewódzkiej rady trwa 7 lat, licząc od dnia pierwszego posiedzenia wojewódzkiej rady. Pierwsze posiedzenie wojewódzkiej rady zwołuje przewodniczący wojewódzkiej rady.

9. Wojewódzka rada podejmuje uchwały w formie pisemnej w postaci papierowej albo elektronicznej zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy jej

członków. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos przewodniczącego wojewódzkiej rady.

10. Wojewódzka rada może zasięgać opinii konsultantów wojewódzkich w ochronie zdrowia, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, lub innych ekspertów w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

11. Obsługę wojewódzkiej rady zapewnia komórka organizacyjna odpowiedzialna za prowadzenie spraw związanych ze zdrowiem w urzędzie obsługującym wojewodę.

12. Szczegółowy tryb pracy wojewódzkiej rady określa regulamin pracy wojewódzkiej rady uchwalony przez wojewódzką radę i zatwierdzony przez wojewodę.

13. Członkom wojewódzkiej rady oraz osobom, o których mowa w ust. 10, w związku z wykonywanymi czynnościami przysługuje zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77⁵ § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

14. Pracodawca jest obowiązany zwolnić pracownika od pracy na czas niezbędny do wzięcia udziału w posiedzeniach wojewódzkiej rady. W przypadku skorzystania przez pracownika ze zwolnienia od pracy pracodawca wydaje zaświadczenie określające wysokość utraconego wynagrodzenia za czas tego zwolnienia w celu uzyskania przez pracownika od wojewody rekompensaty pieniężnej z tego tytułu – w wysokości przewidzianej w zaświadczeniu, chyba że obowiązujące u danego pracodawcy przepisy prawa pracy przewidują zachowanie przez pracownika prawa do wynagrodzenia za czas zwolnienia.

15. Koszty funkcjonowania wojewódzkiej rady są pokrywane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji wojewody.”;

11) w art. 95f:

a) w ust. 3:

– pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) krajowego planu albo wojewódzkiego planu;”;

– pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) mapy;”;

– pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) informacji przedstawionych w innych, złożonych wcześniej wnioskach, o których mowa w art. 95e ust. 1, oraz wydanych opiniach, o których

mowa w art. 95d ust. 1, w zakresie, w jakim uwzględniają one realizację mapy, oraz krajowego planu albo wojewódzkiego planu;”;

b) w ust. 6:

– pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) krajowy plan – w przypadku gdy organem wydającym opinię jest minister właściwy do spraw zdrowia, a wniosek dotyczy inwestycji innej niż określona w pkt 1a; ”;

– po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) wojewódzki plan – w przypadku gdy organem wydającym opinię jest wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia, a inwestycja, której dotyczy wniosek, zaspokaja wyłącznie potrzeby zdrowotne o charakterze lokalnym;”;

– pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) mapę.”;

– uchyla się pkt 4;

12) w art. 95h:

a) w ust. 1 część wspólna otrzymuje brzmienie:

„– mając na celu uwzględnienie w opinii mapy, krajowego planu i wojewódzkiego planu, zapewnienie jednolitości wniosków, porównywalnej i spójnej metodyki dokonywania oceny celowości inwestycji i jej przejrzystości oraz jej zbieżności z potrzebami istotnymi z punktu widzenia ochrony zdrowia.”;

b) w ust. 2 część wspólna otrzymuje brzmienie:

„– mając na celu uwzględnienie w opinii mapy, krajowego planu i wojewódzkiego planu, zapewnienie jednolitości wniosków, porównywalnej i spójnej metodyki dokonywania oceny celowości inwestycji i jej przejrzystości oraz jej zbieżności z potrzebami istotnymi z punktu widzenia ochrony zdrowia.”;

13) w art. 95i w ust. 7 pkt 3 i 4 otrzymują brzmienie:

„3) mapy;

4) krajowego planu albo wojewódzkiego planu;”;

14) w art. 97 w ust. 3 w pkt 17 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 18 w brzmieniu:

„18) przygotowywanie i przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia danych i analiz niezbędnych do sporządzenia mapy.”;

- 15) w art. 99 w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:
„1) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Rzecznika Praw Pacjenta;”;
- 16) w art. 102 w ust. 5 po pkt 9 dodaje się pkt 9a–9c w brzmieniu:
„9a) sporządzanie projektu planu zakupu świadczeń i zatwierdzanie planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa;
9b) opiniowanie projektu krajowego planu;
9c) opiniowanie projektu wojewódzkiego planu;”;
- 17) w art. 106 w ust. 10 po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:
„2a) opiniowanie planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, w tym również w zakresie zgodności z krajowym planem i wojewódzkim planem;”;
- 18) w art. 107 w ust. 5 w pkt 3 uchyla się lit. a;
- 19) w art. 131b:
- a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:
„1. Prezes Funduszu sporządza projekt planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa na następny rok, uwzględniając dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, wysokość planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, krajowy plan i wojewódzki plan. Projekt planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa na następny rok Prezes Funduszu przekazuje radzie oddziału wojewódzkiego Funduszu w celu zaopiniowania, w szczególności w zakresie zgodności z krajowym planem i wojewódzkim planem.”;
- b) w ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:
„1) części ogólnej zawierającej w szczególności wskazanie priorytetów w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z uzasadnieniem;”;
- c) dodaje się ust. 3 w brzmieniu:
„3. Prezes Funduszu zatwierdza plan zakupu świadczeń na obszarze województwa.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 702, z późn. zm.³⁾) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 7 w ust. 1 pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) dostęp wojewodów do danych zbiorczych niezbędnych do realizacji zadań określonych w art. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;”;
- 2) w art. 12 ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Wojewodzie przysługuje dostęp do zbiorczych danych przetwarzanych w SIM, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań określonych w art. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ramach posiadanych uprawnień.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 357, 945, 1493, 1875 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 159) w art. 12 pkt 12 otrzymuje brzmienie:

„12) mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy o świadczeniach,”.

Art. 4. W ustawie z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 183) w art. 12:

- 1) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Wojewoda na podstawie informacji, o których mowa w ust. 2, przygotowuje informację zbiorczą wraz z opinią dotyczącą zgodności zrealizowanych lub podjętych zadań z krajowym planem transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, i wojewódzkim planem transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 tej ustawy.”;
- 2) ust. 8 i 9 otrzymują brzmienie:

„8. Na podstawie informacji oraz opinii, o których mowa w ust. 1, 2 i 5, minister właściwy do spraw zdrowia sporządza, co dwa lata, informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, o której mowa w art. 4 ust. 2 pkt 7,

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 1493, 1875, 2345 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 97 i 159.

zawierającą ocenę zgodności zrealizowanych lub podjętych przez jednostki samorządu terytorialnego zadań z krajowym planem transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, i wojewódzkim planem transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 tej ustawy. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje informację Radzie Ministrów do dnia 30 listopada roku następującego po ostatnim roku objętym informacją.

9. W przypadku stwierdzenia niezgodności zadań realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego z krajowym planem transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, i wojewódzkim planem transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 tej ustawy, wojewoda przekazuje swoją opinię w tym zakresie organowi stanowiącemu danej jednostki.”.

Art. 5. 1. Pierwszą mapę potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, minister właściwy do spraw zdrowia ustala na okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2027 r. i ogłasza w terminie 1 miesiąca od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

2. Pierwszy krajowy plan transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, minister właściwy do spraw zdrowia ustala na okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2027 r. i ogłasza w terminie do dnia 31 sierpnia 2021 r.

3. Pierwszy wojewódzki plan transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, wojewoda ustala na okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2027 r. i ogłasza w terminie do dnia 15 grudnia 2021 r. Projekt wojewódzkiego planu transformacji wojewoda przekazuje do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie do dnia 15 września 2021 r.

Art. 6. 1. Wojewódzkie rady do spraw potrzeb zdrowotnych powołane na podstawie art. 95b ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1 rozwiązuje się z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy.

2. Wojewoda powiadamia organy i podmioty, o których mowa w art. 95ca ust. 2 pkt 3–10 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, o zamiarze powołania pierwszej wojewódzkiej rady do spraw potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95ca ust. 1

tej ustawy, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w terminie 2 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy. Do powołania pierwszej wojewódzkiej rady do spraw potrzeb zdrowotnych stosuje się przepisy art. 95ca ust. 3 i 4 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

3. Kadencja pierwszej wojewódzkiej rady do spraw potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95ca ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, trwa 6 lat.

Art. 7. 1. Mapy potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 i 6 ustawy zmienianej w art. 1, sporządzone przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 i 1491, z 2015 r. poz. 2198, z 2016 r. poz. 1355 oraz z 2017 r. poz. 1200) zachowują moc do dnia 31 grudnia 2021 r.

2. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia 31 grudnia 2021 r.

Art. 8. 1. Do oceny projektów programów polityki zdrowotnej przekazanych do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zgodnie z art. 48a ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1, przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

2. Do wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, o których mowa w art. 48d ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, złożonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 9. Do postępowań o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy oraz protestów, o których mowa w art. 95i ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w sprawie negatywnych opinii o celowości inwestycji wydanych w tych postępowaniach stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 10. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia po raz pierwszy sporządza i zatwierdza plan zakupu świadczeń, o którym mowa w art. 131b ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, na 2023 r.

Art. 11. Do postępowań w sprawie objęcia refundacją i ustalenia urzędowej ceny zbytu leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego,

o których mowa w ustawie zmienianej w art. 3, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy ustawy zmienianej w art. 3, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 12. Wojewoda po raz pierwszy dołącza opinię dotyczącą zgodności zrealizowanych lub podjętych zadań z zakresu zdrowia publicznego przez jednostki samorządu terytorialnego z krajowym planem transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, i wojewódzkim planem transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 tej ustawy, do informacji zbiorczej, o której mowa w art. 12 ust. 5 ustawy zmienianej w art. 4, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, za 2022 r.

Art. 13. 1. Kadencja członka Rady Narodowego Funduszu Zdrowia, o którym mowa art. 99 ust. 1 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1, wygasa z mocy prawa z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy.

2. Członka Rady Narodowego Funduszu Zdrowia, o którym mowa w art. 99 ust. 1 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, minister właściwy do spraw zdrowia powołuje w dniu następującym po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy.

3. Kadencja członka Rady Narodowego Funduszu Zdrowia powołanego na podstawie art. 99 ust. 1 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, rozpoczyna z dniem powołania i trwa do końca kadencji pozostałych członków Rady Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 14. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 1 pkt 1, 4, 7, 8, 11–13, 17, art. 3 i art. 4, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.

UZASADNIENIE

Zmiany zaproponowane w projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, zwanej dalej „ustawą nowelizującą”, dotyczą modyfikacji systemu opracowania i wdrażania map potrzeb zdrowotnych.

Wprowadzone w 2014 r. przepisy nowelizujące ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.), zwaną dalej „ustawą o świadczeniach”, w zakresie map potrzeb zdrowotnych wprowadziły rozwiązania mające na celu umożliwienie prowadzenia długoterminowej polityki zdrowotnej opartej o potrzeby zdrowotne świadczeniobiorców.

Publikowane dokumenty map potrzeb zdrowotnych w swojej pierwszej edycji nie spełniły pokładanych w nich oczekiwań z uwagi na ograniczenie analiz do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jednocześnie w dyskusji nad treścią publikowanych dokumentów podnoszono, że nie stanowią one jednoznacznej rekomendacji dla koniecznych do podejmowania działań na poziomie regionalnym i lokalnym.

Od 2016 r. są podejmowane działania służące rozwinięciu systemu map potrzeb zdrowotnych – planowania i wdrażania działań rozwojowych w ochronie zdrowia. Jednym z takich rozwiązań było wprowadzenie Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Ochronie Zdrowia, zwanego dalej „IOWISZ”, z jego wykorzystaniem została wprowadzona ocena celowości inwestycji do oceny zasadności inwestycji istotnych z perspektywy poprawy systemu i wynikających z potrzeb zdrowotnych, a nie lokalnych aspiracji, nieugruntowanych w możliwościach systemu. System ten jest rozwijany przez prace nad uzależnieniem kontraktowania świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia, zwanym dalej „NFZ”, pod warunkiem posiadania pozytywnej opinii o celowości inwestycji.

Rozpoznana została konieczność poprawy systemu map potrzeb zdrowotnych oraz priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej. W tym zakresie w ostatnim czasie wytworzyła się bardzo efektywna praktyka, w której minister właściwy do spraw zdrowia jako organizator systemu i twórca map potrzeb zdrowotnych określa priorytety, korzystając ze wsparcia instytucji, takich jak Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, zwany dalej „NIZP-PZH”, oraz Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwana dalej „AOTMiT”. Dzięki współpracy tych instytucji została wytworzona kompetencja do określania strategii i kierunków priorytetowych. Dalszym krokiem w tym

zakresie musi być zapewnienie publikowanym mapom potrzeb zdrowotnych odpowiedniego oddziaływania na rzeczywistość. Doświadczenia ostatnich kilku lat pokazują, że priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej nie spełniają tej roli w zadawalającym stopniu, co w dużej mierze było efektem słabości dotychczasowej regulacji – w szczególności w zakresie braku odpowiednich narzędzi i mechanizmów, nie tylko do ich opracowania (nie zawsze pozytywne doświadczenie z funkcjonowania Wojewódzkich Rad do spraw Potrzeb Zdrowotnych, zwanych dalej „wojewódzką radą”), ale i zapewnienia odpowiedniego oddziaływania na system (zasięg oddziaływania planów zakupów świadczeń) oraz realizacji ich postanowień (poprawiony z czasem dzięki ocenie celowości inwestycji).

Celem nowelizacji ustawy jest wprowadzenie systemu planowania strategicznego w ochronie zdrowia – umożliwienie funkcjonowania systemu, w którym działania są planowane z należyтым wyprzedzeniem, a także jest przewidziany horyzont czasowy oraz środki finansowe na ich realizację. Nie ulega wątpliwości, że podstawy takich działań muszą być oparte o rzeczywiste – zobiektywizowane potrzeby zdrowotne społeczeństwa. Dla ich efektywnego funkcjonowania konieczne jest określanie priorytetów. Z uwagi na ograniczone zasoby, nie tylko finansowe, ale i czasowe oraz kadrowe, nie jest możliwe realizowanie wszystkich zadań jednocześnie w jednym czasie. Konieczne jest realizowanie w pierwszej kolejności zadań, które przyniosą największą korzyść zdrowotną dla ogółu społeczeństwa – w szczególności skupiających się na obszarach, gdzie uzyskiwane obecnie wyniki zdrowotne są najbardziej oddalone od potencjalnie możliwych do uzyskania i osiągniętych w innych państwach, w tym Unii Europejskiej. Jednocześnie jednak skuteczne wdrożenie takiego systemu jest uzależnione od zapewnienia warunków do uzyskania konsensusu przez kluczowych interesariuszy – zarówno ze strony organizatorów systemu, płatnika publicznego, jak i świadczeniodawców – i zapewnienie warunków do realizacji tak ustalonych priorytetów i wybranych działań.

Obecnie obowiązujące rozwiązania w zakresie sporządzania map potrzeb zdrowotnych zostały uregulowane w ustawie o świadczeniach oraz w art. 19 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138, z późn. zm.). Zgodnie z ich treścią pierwsze dwie edycje regionalnych map potrzeb zdrowotnych, w odniesieniu wyłącznie do świadczeń z zakresu lecznictwa szpitalnego, sporządza Minister Zdrowia na okres od dnia 30 czerwca 2016 r. do dnia 31 grudnia 2021 r.

Po tym okresie przejściowym, zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami, po 2020 r. obowiązki koordynacji sporządzania dokumentów zostanie przeniesiony na NIZP-PZH. W pierwszej kolejności NIZP-PZH jest odpowiedzialny za przygotowanie projektu regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych, zwanej dalej „Regionalną Mapą”, dla danego województwa, który następnie jest przekazywany odpowiedniemu wojewodzie. Wojewoda na podstawie projektu, w porozumieniu z wojewódzką radą, sporządza Regionalną Mapę, na okres 5 lat, którą przekazuje do NIZP-PZH. NIZP-PZH na podstawie Map Regionalnych tworzy Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych, zwaną dalej „Mapą Ogólnopolską”. Następnie zarówno Mapę Ogólnopolską i Mapy Regionalne NIZP-PZH przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia celem zatwierdzenia. Przed zatwierdzeniem minister właściwy do spraw zdrowia może dokonać zmian map. Zatwierdzone mapy są zamieszczane na stronach Biuletynu Informacji Publicznej na stronie podmiotowej ministra właściwego do spraw zdrowia oraz na stronie podmiotowej właściwego wojewody. NIZP-PZH przeprowadza również monitoring map potrzeb zdrowotnych.

Zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami wojewoda, na podstawie Regionalnej Mapy, ustala priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej na okres obowiązywania Regionalnej Mapy, w porozumieniu z wojewódzką radą. W skład wojewódzkiej rady wchodzi konsultanci wojewódzcy oraz 8 członków wyróżniających się wiedzą w zakresie zdrowia publicznego powołanych przez wojewodę, w tym: przedstawiciel wojewody, marszałka województwa, dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, zwanych dalej „OW NFZ”, NIZP-PZH, wojewódzkiego Urzędu Statystycznego, szkół wyższych kształcących na kierunkach medycznych mających siedzibę na terenie województwa, konwentu powiatów danego województwa oraz reprezentatywnych organizacji pracodawców. W przypadku zmian Regionalnej Mapy wojewoda w porozumieniu z wojewódzką radą może dokonać aktualizacji priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej.

W oparciu o doświadczenia Ministra Zdrowia w zakresie tworzenia i wdrażania map potrzeb zdrowotnych podjęto decyzję o nowelizacji systemu ich opracowywania i wdrożenia. Zastrzeżenia dotyczyły, m.in. składu wojewódzkiej rady, terminów tworzenia map, okresu obowiązywania map, niskiej skuteczności realizacji regionalnej polityki zdrowotnej i określania priorytetów, braku wynikających z map wniosków i rekomendacji.

Wobec powyższego ustawą nowelizującą wprowadzono szereg zmian mających na celu usprawnienie organizacji tworzenia map potrzeb zdrowotnych i wykorzystania ich do kreowania polityki zdrowotnej na poziomie kraju i województwa.

Przyjęte mapy potrzeb zdrowotnych oraz priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej zachowają moc do dnia 31 grudnia 2021 r. Wojewódzkie rady powołane na podstawie dotychczasowych przepisów rozwiązuje się z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy.

W związku z tym, że Ministerstwo Zdrowia nabyło przez ostatnie lata doświadczenie w tworzeniu map potrzeb zdrowotnych i zbudowało zespół z odpowiednimi kompetencjami ustawa nowelizująca przewiduje kontynuację tego zadania w Ministerstwie Zdrowia. Kolejnymi argumentami przemawiającymi za pozostawieniem kwestii tworzenia map potrzeb zdrowotnych w Ministerstwie Zdrowia są ograniczone możliwości wojewodów do opracowania map, m.in. przez ograniczony dostęp do danych oraz narzędzi analitycznych. Ponadto pierwotna ustawa nie przewidywała skutków finansowych, dlatego też wojewodowie i NIZP-PZH nie będą w stanie zapewnić pracowników do realizacji przewidzianych zadań w tym zakresie.

Ministrowi Zdrowia przypisano zasoby kadrowe w wysokości 15 etatów, poszczególnym urzędom wojewódzkim po 2 etaty. Odnośnie do pracowników Ministerstwa Zdrowia działania przewidziane w ustawie nowelizującej będą wykonywane przez pracowników zatrudnionych w ramach projektu „Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, na dotychczasowych zasadach, bez konieczności zatrudniania nowych osób. Przewidywane skutki finansowe nie służą zatrudnieniu nowego zespołu, a wyłącznie utrzymaniu dotychczasowego po zakończeniu trwającego obecnie ww. projektu unijnego. Przypisane Ministrowi Zdrowia w projekcie ustawy zasoby kadrowe zostały określone w oparciu o dotychczasowe doświadczenia. Należy podkreślić, że pierwotny akt prawny wprowadzający mapy potrzeb zdrowotnych również w przypadku zadań Ministra Zdrowia nie przewidywał jakichkolwiek zasobów kadrowych do ich realizacji i stąd konieczne było pozyskanie finansowania ze środków europejskich. Obecnie nie ma możliwości przewidzenia, czy taka możliwość wystąpi ponownie w ramach przyszłej perspektywy finansowej Unii Europejskiej.

Odnośnie do pracowników urzędu wojewódzkiego, zwanego dalej „UW”, projektowana ustawa nakłada na nich więcej zadań i co za tym idzie zwiększa rolę UW w systemie projektowania potrzeb zdrowotnych w regionie. Dlatego też proponuje się zwiększenie liczby etatów o 2 w poszczególnych urzędach wojewódzkich, co uwzględnia konieczność realizacji szerokiego zakresu zadań. Pracownicy UW będą stanowili wsparcie dla Ministra Zdrowia w procesie opracowywania mapy potrzeb zdrowotnych, w szczególności przez weryfikację

poprawności danych (w części zbieranych przez wojewodów), a także opiniowanie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie wniosków i rekomendacji dla poszczególnych regionów. Pracownicy UW będą prowadzili pogłębioną analizę potrzeb zdrowotnych w województwie, opracowywali propozycje działań i prowadzili bieżącą współpracę z interesariuszami w zakresie wypracowywanych rozwiązań. Ponadto pracownicy UW będą prowadzili koordynację prac wojewódzkiej rady, w tym opracowanie wojewódzkiego planu transformacji i monitorowanie jego realizacji. Powyższe 2 etaty stanowią wartość uśrednioną w czasie z uwagi na cykliczny charakter tworzenia mapy potrzeb zdrowotnych i dokumentów wdrożeniowych, jak również ich monitorowania. Dotychczasowe doświadczenia pokazują jednak, że działania związane z realizacją działań służących wdrożeniu wniosków i rekomendacji z mapy potrzeb zdrowotnych mają charakter ciągły (np. współpraca z interesariuszami). Przyjęcie powyższych uzasadnione jest dotychczasowymi doświadczeniami wskazującymi na czasochłonność poszczególnych procesów (w oparciu o tworzenie map potrzeb zdrowotnych przez Ministra Zdrowia, jak i opracowywanie i aktualizację priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej przez wojewodów), jak i postulatami zgłaszanymi przez samych wojewodów.

Zgodnie z zaproponowanymi przepisami ustawy nowelizującej Minister Zdrowia będzie opracowywał mapę potrzeb zdrowotnych, zwaną dalej „mapą potrzeb”, obejmującą:

- 1) analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej, w tym personelu medycznego, zamieszczane na dedykowanej stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego;
- 2) wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowane kierunki działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw.

Minister Zdrowia, w celu sporządzenia mapy potrzeb, będzie mógł zlecić AOTMiT, NFZ oraz NIZP-PZH przygotowanie danych i analiz niezbędnych do przygotowania mapy. Zadanie to zostało przypisane w ustawie nowelizującej ww. jednostkom przez dopisanie zadań w art. 31n pkt 2b i art. 97 ust. 3 pkt 18 ustawy o świadczeniach. Po wejściu w życie ustawy nowelizującej ponadto planuje się nowelizację rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 21 stycznia 2020 r. w sprawie połączenia Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny oraz Instytutu Żywności i Żywienia im. prof. dra med. Aleksandra Szczygła (Dz. U. poz. 135) w zakresie zadań NIZP-PZH. Minister właściwy do spraw zdrowia będzie również aktywnie współpracował z wojewodami w zakresie określania

w mapie potrzeb rekomendowanych kierunków działań dla danego województwa. Również to zadanie zostało dopisane w art. 10 ust. 1 pkt 1a ustawy o świadczeniach.

Przy tworzeniu mapy potrzeb będzie się mieć na uwadze potrzebę zapewnienia skutecznego narzędzia planowania zabezpieczenia właściwej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem specyfiki potrzeb zdrowotnych zarówno ogółu ludności Rzeczypospolitej Polskiej, jak i społeczności lokalnych.

Równocześnie z procedowaniem niniejszego projektu ustawy nowelizującej w Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad opracowaniem mapy potrzeb z uwzględnieniem rekomendowanych kierunków działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw, tj. z uwzględnieniem regionalnych różnic w zdrowotności społeczeństwa i dostępności do opieki zdrowotnej. W ustawie nowelizującej wpisano przepis mówiący o współpracy Ministra Zdrowia z wojewodami w zakresie opracowania mapy potrzeb, w założeniu w szczególności w zakresie określania w mapie rekomendowanych kierunków działań dla danego województwa. Na obecnym etapie współpraca ta przejawia się czynnym uczestnictwem UW przy udziale OW NFZ w opracowaniu mapy potrzeb, która zostanie ogłoszona na podstawie ustawy nowelizującej. Działanie to pozwoli skrócić czas od momentu wejścia w życie ustawy nowelizującej do ogłoszenia pierwszej zmienionej na podstawie tej ustawy mapy potrzeb. Ponadto na stronie www.basiw.mz.gov.pl zostały zamieszczone dane statystyczne i analizy w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego stanowiące bazę danych statystycznych i analiz zarówno dla całego kraju, jak też dla poszczególnych województw, z których UW mogą korzystać przy projektowaniu wniosków i rekomendowanych kierunków działań do mapy.

Mapa będzie ustalana na okres 7 lat (pierwsza edycja mapy na 6 lat), przy czym wyniki analiz demograficznych i epidemiologicznych, analiz stanu i wykorzystania zasobów, w tym personelu medycznego, będą aktualizowane co roku.

Minister Zdrowia będzie ogłaszał mapę w drodze obwieszczenia, do dnia 30 czerwca roku poprzedzającego o jeden rok kalendarzowy pierwszy rok obowiązywania planów transformacji, z tym że pierwsza mapa potrzeb zdrowotnych, zgodnie z przepisami przejściowymi, zostanie ogłoszona w terminie 1 miesiąca od dnia wejścia w życie ustawy nowelizującej i będzie obowiązywała od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2027 r.

Dalsze zmiany dotyczą zastąpienia priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej nowym dokumentem o nazwie plan transformacji. Zmiana ta ma za zadanie jednoznaczne zidentyfikowanie i wzmocnienie ról podmiotów uczestniczących w procesie tworzenia

i wdrażania mapy, z wyraźnym rozdzieleniem kompetencji w zakresie określania potrzeb zdrowotnych i wskazywania obszarów wymagających interwencji – przypadających Ministrowi Zdrowia – od proponowania konkretnych rozwiązań w postaci planów transformacji: krajowego – sporządzanego przez Ministra Zdrowia oraz wojewódzkich – sporządzanych przez właściwych wojewodów.

Zmianą zaproponowaną w ustawie nowelizującej jest sporządzenie krajowego planu transformacji dla terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz wojewódzkiego planu transformacji dla obszaru województwa, uwzględniających rekomendowane kierunki działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw wskazane w mapie oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia.

W ocenie Ministra Zdrowia, dotychczas tworzone priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej nie są wystarczającym i efektywnym narzędziem, ponieważ w przeszłości były pisane zbyt ogólnie, a ponadto ich operacjonalizacja była istotnie utrudniona, gdyż wojewodowie nie mieli narzędzi w postaci przepisów prawa umożliwiających ich wdrożenie. Obecnie priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej mogą stanowić w najgorszym przypadku wyłącznie swego rodzaju „listę życzeń” – gdzie są wpisywane różne postulaty poszczególnych konsultantów wojewódzkich – niezależnie od oceny ich celowości, możliwości wdrożenia, czy priorytetyzacji. W praktyce priorytety, w mniejszym niż pierwotnie założono stopniu, oddziałują na rzeczywistość. Nawet jeżeli zawierają one zasadne postulaty, to niestety nie ma żadnych narzędzi do ich wdrożenia, nie ma mechanizmów, które wymuszają, że zostaną podjęte działania w danym kierunku. Wprowadzane plany transformacji będą mieć odmienny charakter od dotychczasowych priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej. Priorytety miały charakter ogólny i bardzo szeroki zakres tematyczny, odzwierciedlający rozdrobniony wachlarz dziedzin medycyny, co istotnie ograniczało zapewnienie efektywności tych priorytetów. Trudno było osiągnąć konsensus wśród członków rady, którzy reprezentowali, jako konsultanci wojewódzcy, wszystkie dziedziny medycyny, a każdy z nich traktował swoją dziedzinę jako bardziej istotną dla systemu ochrony zdrowia. Plany transformacji zostały przewidziane w ustawie nowelizującej jako dokumenty o charakterze wdrożeniowym, które mają przewidywać konkretne działania (z przypisaniem m.in. podmiotu odpowiedzialnego, harmonogramu, kryteriów oceny), mające służyć realizacji rekomendacji zawartych w mapie potrzeb zdrowotnych, a przyjęty proces ich tworzenia ma sprzyjać uzyskaniu konsensusu zainteresowanych stron.

Ponadto wprowadzono po raz pierwszy dokument wdrożeniowy dla mapy potrzeb na poziomie krajowym – krajowy plan transformacji (dotychczas nie miał swojego odpowiednika). Potrzeba jego wprowadzenia wynika z faktu, że podejmowanie działań w części obszarów kluczowych z perspektywy systemu jest możliwe wyłącznie na poziomie krajowym (dotyczy to w szczególności kadr medycznych czy usieciowienia świadczeń zdrowotnych na poziomie ponadregionalnym).

Projektowane przepisy wpłyną również na wzmocnienie nadzoru Ministra Zdrowia nad realizacją rekomendowanych kierunków działań wskazanych w mapie potrzeb zdrowotnych – w obecnym stanie prawnym brak jest mechanizmów jakiegokolwiek nadzoru, który umożliwiłby zapewnienie, że zidentyfikowane potrzeby zdrowotne będą brane pod uwagę w działalności poszczególnych instytucji. Wprowadzone ustawą nowelizującą narzędzia służą jednoznaczemu przypisaniu odpowiedzialności i nadaniu Ministrowi Zdrowia narzędzi dla wdrożenia mapy potrzeb zdrowotnych. Minister Zdrowia będzie miał wpływ na tworzone dokumenty wdrożeniowe – przez akceptację planów transformacji (w tym wojewódzkich) na etapie ich tworzenia, w szczególności weryfikację zgodności z mapą potrzeb i adekwatności proponowanych działań do identyfikowanych problemów i potrzeb, a także nadzór nad planami zakupu świadczeń NFZ i ocenę ich zgodności z mapą potrzeb. Kolejnym przejawem nadzoru Ministra Zdrowia jest wprowadzenie systemu monitorowania i oceny przyjmowanych działań, w szczególności coroczna ocena osiągania wartości wskaźników i raporty śródkresowe, a także możliwość reaktywnej aktualizacji planów transformacji.

Zmniejszono również liczebność wojewódzkiej rady. Efektywność pracy ponad 100 osobowej rady, o zróżnicowanych interesach poszczególnych członków, jest trudna do osiągnięcia. Z uwagi na kompleksowość uwarunkowań lokalnych (np. struktura właścicielska podmiotów leczniczych), a także ograniczone narzędzia prawne, obecnie nie ma możliwości pełnej koordynacji i określania działań na poziomie centralnym. Dlatego w ustawie nowelizującej zaproponowano istotne zmiany, które posłużą poprawie procesu, tj. zmniejszenie liczby członków rad wojewódzkich i zapewnienie wyłącznie doradczej roli konsultantów wojewódzkich, którzy z racji swojej funkcji wycinkowo patrzą na potrzeby pacjentów; przyjęcie, że plan transformacji jest przyjmowany przez wojewodę, a nie jak w przypadku obecnych priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej przez wojewodę w porozumieniu z wojewódzką radą (co w praktyce, dla uzyskania jakiegokolwiek porozumienia, prowadziło do przyjmowania kompromisu w postaci bardzo szerokich list priorytetów, których jednoczesna realizacja nie była możliwa).

W związku z powyższym uchyla się przepis dotyczący obowiązku sporządzania i aktualizowania priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej w ochronie zdrowia. Konsultanci wojewódzcy w danej dziedzinie medycyny nie będą już członkami rady, niemniej będą mieć wpływ na treść planów transformacji, gdyż wojewódzka rada będzie mogła zasięgać opinii konsultantów wojewódzkich lub innych ekspertów w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu przy ich tworzeniu.

Nowy dokument – plan transformacji będzie określał potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie ponadregionalnym lub odpowiednio na poziomie województwa, działania wraz z harmonogramem, podmioty odpowiedzialne za realizację działań, szacowane koszty działań, oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań, wskaźniki realizacji poszczególnych działań, w tym określające zabezpieczenie zakresów świadczeń opieki zdrowotnej. Plany ustalać się będzie na okres 7 lat (pierwsza edycja krajowego planu i wojewódzkich planów transformacji – 6 lat).

W związku z trwającą obecnie pandemią koronawirusa przyjęto założenie, że zarówno krajowym, jak i wojewódzkim planem mogą, ale nie muszą, być obejmowane również działania podejmowane w celu przeciwdziałania wystąpieniu stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, z późn. zm.), oraz zwalczania skutków wystąpienia tych stanów, jak np. przekształcenie szpitali czy oddziałów w szpitala jednoimienne, budowa szpitali polowych, zakup respiratorów, organizacja szczepień ochronnych itd. Plany transformacji nie mają dotyczyć sytuacji nadzwyczajnych, a jedynie przedstawiać system opieki zdrowotnej w typowych okolicznościach polityczno-gospodarczych. Planowane działania związane z walką z pandemią i odbudową systemu opieki zdrowotnej po pandemii są opracowywane w osobnych strategiach i planach.

Za ustalenie i wdrożenie krajowego planu transformacji będzie odpowiedzialny Minister Zdrowia, natomiast wojewódzkiego planu transformacji – wojewoda. W celu opracowania projektu, monitorowania i aktualizacji wojewódzkiego planu przy wojewodzie zaplanowano utworzenie wojewódzkiej rady.

Krajowy plan transformacji będzie ustalany przez Ministra Zdrowia. Rada Dialogu Społecznego, Prezes NFZ, Prezes AOTMiT oraz Dyrektor NIZP – PZH będą mieli prawo do wyrażenia opinii o krajowym planie z 30 – dniowym terminem zgłaszania uwag. Wybór Rady

Dialogu Społecznego jako jednego z podmiotów oceniających projekt krajowego planu został dokonany, gdyż do właściwości Rady oraz jej stron należy m.in. wyrażanie opinii i zajmowanie stanowisk do projektów strategii, projektów programów oraz projektów innych dokumentów rządowych dotyczących planowanych działań Rady Ministrów, przygotowywanych przez Radę Ministrów oraz jej członków. Następnie Minister Zdrowia ogłosi krajowy plan w drodze obwieszczenia. Obwieszczenie to będzie publikowane w dzienniku urzędowym Ministra Zdrowia w terminie do dnia 31 grudnia roku poprzedzającego o 1 rok kalendarzowy pierwszy rok obowiązywania krajowego planu, z tym że pierwszy krajowy plan na okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2027 r., zgodnie z przepisami przejściowymi, Minister Zdrowia ogłosi w terminie do dnia 31 sierpnia 2021 r.

Odnosnie do wojewódzkiego planu transformacji projekt tego planu wojewoda przekaże do opinii marszałkowi województwa, konwentowi powiatów danego województwa, Prezesowi NFZ oraz wojewódzkiej radzie dialogu społecznego z 30-dniowym terminem zgłaszania uwag. Następnie wojewoda będzie przekazywał projekt wojewódzkiego planu Ministrowi Zdrowia w terminie do ostatniego dnia lutego roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania wojewódzkiego planu, z tym że projekt pierwszego wojewódzkiego planu wojewoda przekaże do zatwierdzenia Ministrowi Zdrowia do dnia 15 września 2021 r. Minister Zdrowia w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania projektu wojewódzkiego planu dokona oceny tego projektu w zakresie:

- 1) zgodności z mapą potrzeb;
- 2) zgodności z krajowym planem;
- 3) zgodności z innymi dokumentami strategicznymi w ochronie zdrowia;
- 4) celowości uwzględnienia działań wykraczających poza zakres rekomendowanych kierunków działań przedstawionych w mapie potrzeb;
- 5) adekwatności przyjętych w projekcie wojewódzkiego planu działań do potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa.

Następnie Minister Zdrowia albo zatwierdza projekt wojewódzkiego planu, albo przekazuje wojewodzie uwagi do niego. Uwagi Ministra Zdrowia będą obligatoryjne dla wojewody.

Wojewoda, po zatwierdzeniu wojewódzkiego planu przez Ministra Zdrowia, ogłasza wojewódzki plan w drodze obwieszczenia publikowanego w wojewódzkim dzienniku urzędowym. Robi to nie później niż do dnia 15 lipca roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania wojewódzkiego planu, z tym że pierwszy wojewódzki plan na okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2027 r., zgodnie z przepisami przejściowymi, wojewoda ogłasza do dnia 15 grudnia 2021 r. Projekt wojewódzkiego planu transformacji wojewoda przekazuje do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie do dnia 15 września 2021 r.

Dodatkowym aspektem planów transformacji, który w ocenie projektodawcy ma kluczowe znaczenie z punktu widzenia efektywności i racjonalizacji podjętych działań w sektorze ochrony zdrowia, są takie elementy, jak: monitoring, ocena śródkresowa oraz sprawozdanie końcowe, które w przyszłości pozwolą na ocenę, w jakim stopniu zostały osiągnięte cele i rezultaty zakładane w planie.

W związku z powyższym Minister Zdrowia w stosunku do krajowego planu i analogicznie wojewoda w stosunku do wojewódzkiego planu corocznie do dnia 30 kwietnia będą przygotowywali informację z osiągnięcia w danym roku wartości wskaźników realizacji poszczególnych działań i zamieszczali ją na stronach podmiotowych Biuletynu Informacji Publicznej odpowiednio ministra właściwego do spraw zdrowia lub wojewody.

W ramach oceny śródkresowej minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie do dnia 30 czerwca czwartego roku kalendarzowego po wejściu w życie krajowego planu, będzie sporządzał sprawozdanie śródkresowe z jego realizacji, a następnie zamieszczał je w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej. Analogicznie wojewoda, w terminie do dnia 30 czerwca czwartego roku kalendarzowego po wejściu w życie wojewódzkiego planu, będzie sporządzał sprawozdanie śródkresowe z jego realizacji i zamieszczał w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej.

Wnioski płynące ze sprawozdawczości śródkresowej będą mogły być również wykorzystane przy aktualizacji działań w planie transformacji w wyniku osiągnięcia założonych wartości wskaźników przed upływem okresu 7 lat lub w wyniku identyfikacji nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań koordynowanych na poziomie ponadregionalnym lub na poziomie województwa, a w przypadku wojewódzkiego planu także konieczności dostosowania wojewódzkiego planu do zgodności z krajowym planem po jego aktualizacji. Projektodawca

dopuszcza możliwość aktualizacji planu, której celem jest zapewnienie adekwatności realizowanych planów do istniejącej sytuacji w systemie ochrony zdrowia.

Procedura sporządzania i przyjmowania aktualizacji planu transformacji jest analogiczna jak w przypadku planu pierwotnego.

Kolejnym etapem następującym po okresie 7-letniej realizacji planu, do dnia 30 czerwca roku następującego po roku, w którym zakończył się okres obowiązywania planu transformacji, Minister Zdrowia i analogicznie wojewoda sporządzają końcowe sprawozdanie z całego okresu realizacji planu. Sprawozdanie z realizacji krajowego planu Minister Zdrowia zamieszcza w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej. Sprawozdanie z realizacji wojewódzkiego planu jest zamieszczane w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej wojewody i przekazywane Ministrowi Zdrowia.

Sprawozdanie zarówno śródkresowe, jak i końcowe będzie zawierało:

- 1) opis działań rozpoczętych lub zrealizowanych w danym okresie;
- 2) opis sposobu wdrożenia rekomendowanych kierunków działań przedstawionych w mapie;
- 3) wskazanie źródeł i wysokości finansowania działań zrealizowanych lub podjętych w danym okresie;
- 4) stopień realizacji wskaźników;
- 5) nowe priorytetowe potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej;
- 6) wnioski wynikające z realizacji planu.

Dodatkowo sprawozdanie śródkresowe będzie zawierało propozycje aktualizacji działań.

W celu opracowania projektu, monitorowania i aktualizacji wojewódzkiego planu tworzy się wojewódzką radę.

W skład wojewódzkiej rady będą wchodzić przedstawiciele wojewody, Prezesa NFZ, przedstawiciel Prezesa AOTMiT, przedstawiciel marszałka województwa, konwentu powiatów danego województwa, państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego, Ministra Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta oraz dyrektora NIZP – PZH. Przewodniczącym wojewódzkiej rady będzie wojewoda albo osoba przez niego wyznaczona.

Członkiem wojewódzkiej rady może być osoba, która posiada wiedzę i doświadczenie w zakresie organizacji ochrony zdrowia i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dające rękojmię prawidłowego wypełniania obowiązków członka oraz nie została skazana prawomocnym wyrokiem sądu za umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe. Członków wojewódzkiej rady będzie powoływał wojewoda, na wniosek właściwych organów lub podmiotów. W przypadku niezgłoszenia kandydata do wojewódzkiej rady przez właściwe organy lub podmioty, w terminie 14 dni od powiadomienia przez wojewodę o zamiarze powołania wojewódzkiej rady lub zmianach w jej składzie, członka wskazuje wojewoda spośród ekspertów z zakresu wiedzy reprezentowanej przez organ, który nie zgłosił kandydata, co gwarantuje pewność powołania wojewódzkiej rady. W przypadku pierwszej wojewódzkiej rady wojewoda powiadamia o zamiarze jej powołania w terminie 2 dni od dnia wejścia w życie ustawy nowelizującej. Do powołania pierwszej wojewódzkiej rady stosuje się pozostałe przepisy dotyczące wojewódzkiej rady, czyli członków wojewódzkiej rady będzie powoływał wojewoda, na wniosek właściwych organów lub podmiotów, a w przypadku niezgłoszenia kandydata do wojewódzkiej rady przez właściwe organy lub podmioty, w terminie 14 dni od powiadomienia przez wojewodę o zamiarze powołania wojewódzkiej rady lub zmianach w jej składzie, członka wskazuje wojewoda spośród ekspertów z zakresu wiedzy reprezentowanej przez organ, który nie zgłosił kandydata, co gwarantuje pewność powołania wojewódzkiej rady.

Wojewoda będzie mógł odwołać z własnej inicjatywy członka wojewódzkiej rady powoływanego na wniosek właściwego organu lub podmiotu, przed upływem kadencji, w przypadku rezygnacji członka, utraty zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek długotrwałej choroby, trwającej co najmniej sześć miesięcy, potwierdzonej orzeczeniem lekarskim, nieusprawiedliwionej nieobecności na 4 kolejnych posiedzeniach wojewódzkiej rady oraz zaprzestania spełniania wymagań. Kadencja wojewódzkiej rady będzie trwać 7 lat (kadencja pierwszej wojewódzkiej rady 6 lat), licząc od dnia pierwszego posiedzenia wojewódzkiej rady. Pierwsze posiedzenie wojewódzkiej rady zwołuje przewodniczący właściwej wojewódzkiej rady. Harmonogram kolejnych posiedzeń wojewódzkiej rady będzie wynikać z regulaminu pracy wojewódzkiej rady uchwalony przez wojewódzką radę i zatwierdzony przez wojewodę.

Rada będzie podejmować uchwały w formie pisemnej w postaci papierowej albo elektronicznej zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy jej członków. W przypadku równej liczby głosów będzie decydować głos przewodniczącego rady. Tryb

posiedzeń, w tym możliwość wprowadzenia trybu obiegowego (przy wykorzystaniu środków bezpośredniego porozumiewania się na odległość), będzie określony w regulaminie pracy wojewódzkiej rady. Koszty funkcjonowania wojewódzkiej rady – w tym zwrot kosztów przejazdu na posiedzenia członków rady, konsultantów wojewódzkich w ochronie zdrowia i innych ekspertów w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, którzy zostaną poproszeni o wyrażenie opinii, oraz rekompensata pieniężna z tytułu utraconego wynagrodzenia za czas zwolnienia pracownika, będącego członkiem rady, od pracy na czas niezbędny do wzięcia udziału w posiedzeniach rady – będą finansowane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji wojewody w ramach przyznaných limitów budżetowych.

Nowo powołana wojewódzka rada zastąpi obecnie funkcjonującą Radę do spraw Potrzeb Zdrowotnych działającą na podstawie art. 95b ustawy o świadczeniach. Powyższe rozwiązania zostały wprowadzone z uwagi na konieczność zapewnienia efektywności funkcjonowania rady i wynikają z doświadczeń z funkcjonowaniem dotychczasowych rad, które częstokroć nie mogły efektywnie procedować priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej z uwagi na zbyt liczny skład rady. Zaproponowany w ustawie nowelizującej skład rady ma zapewnić możliwość szerokiej dyskusji nad potrzebami zdrowotnymi i działaniami, które powinny być wdrożone na poziomie wojewódzkim.

Projektowana ustawa nowelizująca wpłynie również na system opieki zdrowotnej, dostosowując realizację zadań przy użyciu narzędzi, jakimi jest opinia o celowości inwestycji, zwana dalej „OCI”, i plany zakupów, które będą bazowały na nowych mapach potrzeb i stworzonych planach transformacji.

Projekt ustawy nowelizującej przewiduje, że OCI będą wydawane, zamiast na podstawie priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, na podstawie krajowego i wojewódzkiego planu. Utrzymuje się w mocy powiązanie OCI z mapą potrzeb, jedynie zmienia się nazwę mapy potrzeb. Analogicznie do zaproponowanych zmian w ustawie nowelizującej dostosowuje się odpowiednie przepisy dotyczące formularza IOWISZ.

Przepisy projektu dotyczące wytycznych co do zawartości planów transformacji nie przesądzają jednoznacznie o zawartości tych planów w odniesieniu do poszczególnych zakresów świadczeń, dlatego postanowiono, aby wyposażyć Prezesa NFZ w odpowiednio elastyczne narzędzia, które umożliwią mu dostosowanie liczby i zakresu realizowanych umów do planu transformacji.

W związku z koniecznością uwzględnienia krajowego czy wojewódzkiego planu w procesie zabezpieczenia dostępu do świadczeń przez Centralę NFZ i poszczególne OW NFZ dodano przepisy, które stanowią wytyczne dla Prezesa NFZ w tym zakresie.

Do zadań Rady OW NFZ będzie dodatkowo należało opiniowanie planu zakupów na obszarze województwa, w tym również w zakresie jego zgodności z krajowym i wojewódzkim planem.

Zamieniono podmiot wskazujący jednego członka Rady Narodowego Funduszu Zdrowia. Zgodnie z dotychczasowymi przepisami członkiem Rady NFZ jest przedstawiciel wskazany przez Rzecznika Praw Obywatelskich, zwany dalej „RPO”. Obecną ustawą nowelizującą przedstawiciel RPO zostanie zamieniony na przedstawiciela wskazanego przez Rzecznika Praw Pacjenta, zwanego dalej „RPP”. Działanie takie jest podyktowane zakresem właściwości danej instytucji. RPP działa w obrębie spraw związanych ze zdrowiem i ochroną zdrowia. Minister Zdrowia powoła nowego członka Rady NFZ w dniu następującym po dniu wejścia w życie ustawy nowelizującej. Kadencja tego członka Rady NFZ rozpocznie się z dniem powołania i będzie trwać do końca kadencji pozostałych członków Rady NFZ.

Zmieniono procedurę sporządzania i ustalania planu zakupu na obszarze województwa. Prezes NFZ będzie sporządzał projekt planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa na następny rok, uwzględniając dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, wysokość planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz krajowy i wojewódzkie plany transformacji. Następnie będzie przekazywał projekt planu zakupu radzie OW NFZ w celu zaopiniowania, w szczególności w zakresie zgodności z krajowym i wojewódzkim planem. Plan zakupu na obszarze województwa będzie zatwierdzał Prezes NFZ. Z tym że pierwszy plan zakupu świadczeń, ustalany według przepisów ustawy nowelizującej, Prezes NFZ będzie sporządzał i zatwierdzał dopiero na rok 2023.

Przyjęte rozwiązania odnoszące się do zatwierdzania wojewódzkich planów zakupu świadczeń służą jednocześnie zapewnieniu, że Minister Zdrowia będzie miał możliwość weryfikacji zgodności tych dokumentów z mapą potrzeb oraz planami transformacji w ramach nadzoru nad czynnościami Prezesa NFZ.

Niniejszą nowelizacją zmienia się również trzy inne ustawy:

- 1) ustawę z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 357, z późn. zm.),
- 2) ustawę z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 183)
 - w zakresie zmiany priorytetów zdrowotnych i priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej na mapę potrzeb zdrowotnych i plany transformacji oraz
- 3) ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 702, z późn. zm.)
 - w zakresie rozszerzenia dostępu przez wojewodów do danych zbiorczych Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych i do zbiorczych danych przetwarzanych w Systemie Informacji Medycznej niezbędnych do współpracy z Ministrem Zdrowia w zakresie wykonywania zadań niezbędnych do realizacji obowiązków określonych w art. 10 ustawy o świadczeniach.

Projektowane zmiany legislacyjne nie określają ani nie modyfikują warunków wykonywania działalności gospodarczej, nie ma zatem potrzeby, aby moment wejścia w życie projektowanej ustawy określać ściśle w sposób zgodny z § 1 uchwały nr 20 Rady Ministrów z dnia 18 lutego 2014 r. w sprawie zaleceń ujednoczenia terminów wejścia w życie niektórych aktów normatywnych (M.P. poz. 205).

Nie przewiduje się istotnego wpływu projektowanych zmian na funkcjonowanie małych i średnich przedsiębiorców lub mikroprzedsiębiorców, co wynika ze specyfiki podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, które będą objęte planowaniem strategicznym w ochronie zdrowia. Zasadniczo będą one realizowane w podmiotach leczniczych, które z punktu widzenia przyjętego podziału przedsiębiorców w oparciu o wielkość zatrudnienia, będą kwalifikowane najczęściej jako duży lub średni przedsiębiorca.

Projektowana ustawa nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597) i w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji.

Proponuje się, aby przepisy ustawy weszły w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 1 pkt 1, 4, 7, 8, 11–13, 17, art. 3 i art. 4, które wejdą w życie z dniem 1 stycznia 2022 r. z uwagi na to, że pierwsze edycje dokumentów: mapa potrzeb

zdrowotnych, krajowy i wojewódzki plan transformacji będą ustalane na okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2027 r.

Projekt nie jest objęty prawem Unii Europejskiej. Uzyskano opinię Ministra do spraw Unii Europejskiej, zgodnie z którą projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej. Projekt nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Nie istnieją alternatywne środki w stosunku do uchwalenia projektowanej ustawy umożliwiające osiągnięcie zamierzonego celu.

Nazwa projektu

Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące

Ministerstwo Zdrowia

Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu

Sławomir Gadomski – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu

Paweł Maryniak – Dyrektor w Departamencie Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia e-mail: p.maryniak@mz.gov.pl

tel. służb.: 880 340 006

Data sporządzenia

08.02.2021 r.

Źródło:

Inicjatywa własna

Nr w Wykazie prac RM:

UD 116

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Rozwiązywanym problemem jest brak wystarczającego wsparcia prawnego dla planowania strategicznego w ochronie zdrowia. Wprowadzone w 2014 r. przepisy nowelizujące ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.), zwaną dalej „ustawą o świadczeniach”, w zakresie map potrzeb zdrowotnych wprowadziły rozwiązania mające na celu umożliwienie prowadzenia długoterminowej polityki zdrowotnej opartej o potrzeby zdrowotne świadczeniobiorców.

Opublikowane dokumenty map potrzeb zdrowotnych w swojej pierwszej edycji nie spełniły pokładanych w nich oczekiwań z uwagi na sposób prezentacji analiz świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dokument statyczny) oraz analizy te nie oddawały w pełni złożoności systemu ochrony zdrowia. Jednocześnie w dyskusji nad treścią opublikowanych dokumentów podnoszono, że nie stanowią one jednoznacznej rekomendacji dla koniecznych do podejmowania działań na poziomie lokalnym.

Konieczne jest zapewnienie możliwości rozwoju systemu w oparciu o zapewnienie finansowania dla świadczeń opieki zdrowotnej potrzebnych pacjentom oraz inwestycji istotnych z perspektywy poprawy systemu i wynikających z potrzeb zdrowotnych, a nie lokalnych aspiracji, nieugruntowanych w możliwościach systemu.

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

Projektodawca rekomenduje rozwiązanie legislacyjne, ponieważ obarczone dużym ryzykiem byłoby osiągnięcie celów projektu za pośrednictwem innych narzędzi niż zmiany w prawie. Rozwiązania legislacyjne wprowadzone w 2014 r. w zakresie map potrzeb zdrowotnych oraz priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej nie spełniły pokładanych w nich oczekiwań – w szczególności oczekiwania co do zmiany aktualnego stanu rzeczy przedstawia Komisja Europejska w związku z koniecznością zapewnienia racjonalnego wydatkowania środków europejskich w ramach kolejnej perspektywy finansowej na lata 2021–2027.

Oczekiwany efektem regulacji jest wprowadzenie systemu planowania strategicznego w ochronie zdrowia – dzięki któremu interwencje – zarówno na poziomie krajowym, jak i wojewódzkim – są planowane z dostatecznym wyprzedzeniem, a także jest przewidziany horyzont czasowy oraz środki finansowe na realizację tych interwencji. Planowane działania są oparte o potrzeby zdrowotne występujące w danej społeczności. Wprowadzone są także narzędzia pozwalające na realizację określonych w ramach tego systemu celów oraz przyjętych działań.

Większa efektywność wprowadzanych rozwiązań w zakresie planowania wynika z różnych aspektów przewidzianych w projekcie ustawy. Wprowadzane plany transformacji będą mieć odmienny charakter od dotychczasowych priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej. Priorytety miały charakter ogólny i bardzo szeroki zakres tematyczny, odzwierciedlający rozdrobniony wachlarz dziedzin medycyny, co istotnie ograniczało zapewnienie efektywności tych priorytetów. Trudno było osiągnąć konsensus wśród członków rady, którzy reprezentowali, jako konsultanci wojewódzcy, wszystkie dziedziny medycyny, a każdy z nich traktował swoją dziedzinę jako bardziej istotną dla systemu ochrony zdrowia. Plan transformacji zostały przewidziane w projekcie ustawy jako dokumenty o charakterze wdrożeniowym, które mają przewidywać konkretne działania (z przypisaniem, m.in. podmiotu odpowiedzialnego, harmonogramu, kryteriów oceny), mające służyć realizacji rekomendowanych kierunków działań zawartych w mapie potrzeb zdrowotnych, a przyjęty proces ich tworzenia ma sprzyjać uzyskaniu konsensusu zainteresowanych stron.

Ponadto wprowadzono po raz pierwszy dokument wdrożeniowy dla mapy potrzeb zdrowotnych na poziomie krajowym – krajowy plan transformacji (dotychczas nie miał swojego odpowiednika). Potrzeba jego wprowadzenia wynika z faktu, że podejmowanie działań w części obszarów kluczowych z perspektywy systemu jest możliwe wyłącznie na poziomie krajowym (dotyczy to w szczególności kadr medycznych czy usieciowienia świadczeń na poziomie ponadregionalnym).

Projektowane przepisy wpłyną również na wzmocnienie nadzoru Ministra Zdrowia nad realizacją rekomendowanych kierunków działań wskazanych w mapie potrzeb zdrowotnych – w obecnym stanie prawnym brak jest mechanizmów

jakiegokolwiek nadzoru, który umożliwiłaby zapewnienie, że zidentyfikowane potrzeby zdrowotne będą brane pod uwagę w działalności poszczególnych instytucji. W projekcie ustawy narzędzia służą jednoznacznie przypisaniu odpowiedzialności i nadaniu Ministrowi Zdrowia narzędzi dla wdrożenia mapy potrzeb zdrowotnych. Minister Zdrowia będzie miał wpływ na tworzone dokumenty wdrożeniowe – przez akceptację planów transformacji (w tym wojewódzkich) na etapie ich tworzenia, w szczególności weryfikację zgodności z mapą potrzeb zdrowotnych i adekwatności proponowanych działań do zidentyfikowanych problemów i potrzeb. Kolejnym przejawem nadzoru Ministra Zdrowia jest wprowadzenie systemu monitorowania i oceny przyjmowanych działań, w szczególności coroczna ocena wskaźników i raporty śródkresowe, a także możliwość reaktywnej aktualizacji planów transformacji.

Poprawa efektywności procesu tworzenia dokumentów wdrożeniowych na poziomie wojewódzkim zostanie uzyskana dzięki zmniejszeniu liczby członków rad wojewódzkich do spraw potrzeb zdrowotnych i zapewnieniu wyłącznie doradczej roli konsultantów wojewódzkich, którzy z racji swojej funkcji wycinkowo patrzą na potrzeby pacjentów. Ponadto przyjęcie, że plan transformacji jest przyjmowany przez wojewodę, a nie jak w przypadku obecnych priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej przez wojewodę w porozumieniu z radą (co w praktyce, dla uzyskania jakiegokolwiek porozumienia, prowadziło do przyjmowania kompromisu w postaci bardzo szerokich list priorytetów, których jednoczesna realizacja nie była możliwa) również przyczyni się do usprawnienia całego procesu planowania strategicznego.

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

Poszczególne kraje Unii Europejskiej wprowadzają różne systemy planowania strategicznego – obecnym trendem jest opieranie analiz o zobiektywizowane potrzeby zdrowotne – czy to z wykorzystaniem metodyki Global Burden of Diseases, która jest obecnie wykorzystywana w pracach Ministerstwa Zdrowia (ale również wykorzystywana w Szkocji i wprowadzana, m.in. we Francji i krajach Europy Środkowo-Wschodniej), czy też z wykorzystaniem własnych – lokalnych rozwinięć analiz obciążenia chorobowością (np. Anglia, Holandia, Niemcy). Rozwiązania lokalne są wprowadzane przez kraje, które w pierwszym etapie rozpoczęły prace z wykorzystaniem wskaźników stworzonych w ramach Global Burden of Diseases, a obecnie rozwijają je dla lepszego odwzorowania warunków lokalnych.

Wykorzystanie map potrzeb zdrowotnych (lub analogicznych dokumentów strategicznych) w poszczególnych krajach jest różne i zależy od lokalnych uwarunkowań – w szczególności kraje, takie jak Dania czy Austria mogą pozwolić sobie na dalej idącą centralizację decyzji, np. w zakresie leczenia szpitalnego, co wynika m.in. ze struktury właścicielskiej szpitali i możliwego oddziaływania na nie.

Rozwiązania zaproponowane w projekcie ustawy stanowią nawiązanie do ostatnich reform systemu angielskiego, gdzie NHS wprowadził w 2016 r. system lokalnych planów działań (tzw. Sustainability and Transformation Partnerships) w 44 regionach, które są opracowywane w drodze konsensusu przez szerokie gremia lokalne. Rozwiązanie to w swojej naturze bardziej odpowiada zdecentralizowanemu zarządzaniu podmiotami leczniczymi w kraju, które w istotny sposób ogranicza możliwości odgórnego planowania zmian w systemie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Podmioty lecznicze	18 600 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w trybie leczenia stacjonarne, ambulatoryjne (według funkcji ochrony zdrowia HC 1.1–1.3); 5 715 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rehabilitacji (według funkcji ochrony zdrowia HC 2.1–2.4, 2.9); 2 906 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w trybie długoterminowej opieki pielęgnacyjnej (według funkcji ochrony	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (niektóre podmioty mogą udzielać świadczeń w więcej niż jednym trybie).	– wdrażanie założeń krajowego i wojewódzkich planów transformacji.

	zdrowia HC 3.1–3.4).		
Jednostki samorządu terytorialnego	2 807 (16 województw, 314 powiatów i 2 477 gmin)	Dane Głównego Urzędu Statystycznego (według stanu na 01.01.2020 r.)	– wdrażanie założeń krajowego i wojewódzkich planów transformacji.
Ministerstwo Zdrowia	1	dane własne	<ul style="list-style-type: none"> – opracowanie mapy potrzeb zdrowotnych, – udział w posiedzeniach wojewódzkich rad do spraw potrzeb zdrowotnych, – opracowanie i wdrożenie krajowego planu transformacji na podstawie rekomendowanych kierunków działań wskazanych w mapie potrzeb zdrowotnych, – nadzór nad opracowaniem i wdrożeniem wojewódzkich planów transformacji, – nadzór i monitoring nad krajowym planem transformacji, – uzyskanie możliwości weryfikacji zgodności planu zakupu świadczeń na obszarze kraju i województwa z mapą potrzeb zdrowotnych oraz planami transformacji w ramach nadzoru nad czynnościami Prezesa NFZ.
Wojewodowie	16 województw	dane własne	<ul style="list-style-type: none"> – współpraca z Ministrem Zdrowia w zakresie określania w mapie potrzeb zdrowotnych, rekomendowanych kierunków działań dla danego województwa, – wydawanie opinii o celowości inwestycji, – powołanie wojewódzkiej rady do spraw potrzeb zdrowotnych i udział w posiedzeniach wojewódzkiej rady, – opracowanie wojewódzkiego planu transformacji na podstawie rekomendowanych kierunków działań wskazanych w mapie potrzeb zdrowotnych, – wdrożenie wojewódzkiego planu transformacji, – nadzór i monitoring nad wojewódzkim planem transformacji.
Marszałkowie województw	16 województw	dane własne	– udział w posiedzeniach wojewódzkiej rady do spraw potrzeb zdrowotnych,

			– opiniowanie projektu wojewódzkiego planu transformacji.
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej „NFZ”,	1	dane własne	– sporządzanie projektu planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa na następny rok, – zatwierdzanie planu zakupu świadczeń na obszarze województwa, – opiniowanie krajowego planu transformacji, – opiniowanie wojewódzkiego planu transformacji.
Rzecznik Praw Pacjenta	1	dane własne	– udział w posiedzeniach Rady NFZ, – udział w posiedzeniach wojewódzkiej rady do spraw potrzeb zdrowotnych.
Rada Dialogu Społecznego	1	dane własne	– opiniowanie krajowego planu transformacji.
Wojewódzka rada dialogu społecznego	16 województw	dane własne	– opiniowanie wojewódzkiego planu transformacji.
Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH), NFZ	1	dane własne	– przygotowanie danych i analiz niezbędnych do przygotowania mapy potrzeb zdrowotnych na zlecenie Ministra Zdrowia, – opiniowanie krajowego planu transformacji, – udział w posiedzeniach wojewódzkiej rady do spraw potrzeb zdrowotnych.
Konwent powiatów danego województwa	1	dane własne	– opiniowanie wojewódzkiego planu transformacji, – udział w posiedzeniach wojewódzkiej rady do spraw potrzeb zdrowotnych.
Państwowy wojewódzki inspektor sanitarny	1	dane własne	– udział w posiedzeniach wojewódzkiej rady do spraw potrzeb zdrowotnych.

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

W ramach 21-dniowych konsultacji publicznych projekt został przesłany do zaopiniowania do następujących podmiotów:

- 1) samorządów zawodów medycznych;
- 2) wojewodów i marszałków województw;
- 3) stowarzyszeń zawodów medycznych i związków zawodowych (m.in.: Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Radiologów, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Forum Związków Zawodowych, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce, Izba Lecznictwa Polskiego);

4) organizacji pracodawców (min. Konfederacja Pracodawców Polskich, Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Ogólnopolski Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej, Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia).

Projekt ustawy został opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248).

Projekt ustawy został również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny” 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.). Projekt przekazano w ramach uzgodnień do Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego. Podmioty prowadzące działalność lobbingsową zgodnie z przepisami ww. ustawy nie zgłosiły zainteresowania pracami nad projektem ustawy.

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostały omówione, po ich zakończeniu, w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z ... r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0–10)	
Dochody ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Wydatki ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Saldo ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													

Źródła finansowania

Przewidywane wydatki, w tym na wynagrodzenia, będą ponoszone z budżetu państwa, z części 46 – Zdrowie będącej w dyspozycji Ministra Zdrowia oraz z części 85 – Województwa będącej w dyspozycji poszczególnych wojewodów i będą finansowane w ramach corocznych limitów wydatków w tych częściach (w tym w ramach niezwiększonego z tego tytułu funduszu wynagrodzeń), bez dodatkowego obciążania budżetu państwa ponad te limity.

Przewidywane wydatki zostaną pokryte ze środków finansowych przeznaczanych na finansowanie ochrony zdrowia zgodnie z art. 131c ust. 1 ustawy o świadczeniach (nie spowodują powiększenia przewidywanej w ustawie o świadczeniach wartości wydatków na zdrowie określonej dla poszczególnych lat jako procent produktu krajowego brutto).

Zgodnie z art. 131c ust. 1 ustawy o świadczeniach środki te obejmują:

- 1) wydatki budżetowe w części budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia;
- 2) wydatki budżetowe w dziale „ochrona zdrowia” w innych częściach budżetu państwa.

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń

Przewidywane wydatki, w tym na wynagrodzenia, będą ponoszone z budżetu państwa, z części 46 – Zdrowie będącej w dyspozycji Ministra Zdrowia oraz z części 85 – Województwa będącej w dyspozycji poszczególnych wojewodów i będą finansowane w ramach corocznych limitów wydatków w tych częściach (w tym w ramach niezwiększonego z tego tytułu funduszu wynagrodzeń), bez dodatkowego obciążania budżetu państwa ponad te limity.

Planuje się utrzymanie po 2022 r. w Ministerstwie Zdrowia zasobów kadrowych w wysokości 15 etatów. Odnośnie do pracowników Ministerstwa Zdrowia działania przewidziane po wejściu w życie ustawy będą nadal, tak jak dotychczas wykonywane przez pracowników zatrudnionych w ramach projektu „Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020, na dotychczasowych zasadach, bez konieczności zatrudniania nowych osób. Przewidywane skutki

finansowe nie służą zatrudnieniu nowego zespołu, a wyłącznie utrzymaniu dotychczasowego po zakończeniu trwającego obecnie ww. projektu unijnego. Należy zaznaczyć, że koszty związane z zatrudnieniem osób przewidzianych do obsługi tworzenia map potrzeb zdrowotnych i planów transformacji zostały obliczone od dnia 1 stycznia 2022 r. Formalnie do dnia 31 grudnia 2021 r. (data zakończenia ww. projektu) działania przewidziane w ustawie będą wykonywane przez pracowników zatrudnionych na dotychczasowych zasadach. Dlatego też, pierwsze koszty związane z wynagrodzeniem pracowników Ministerstwa Zdrowia (Departament Analiz i Strategii) do obsługi nowych zadań określonych w projekcie ustawy zostały obliczone od dnia 1 stycznia 2022 r.

Przypisane Ministrowi Zdrowia zasoby kadrowe zostały określone w oparciu o dotychczasowe doświadczenia. Należy podkreślić, że pierwotny akt prawny wprowadzający mapy potrzeb zdrowotnych również w przypadku zadań Ministra Zdrowia nie przewidział jakichkolwiek zasobów kadrowych do ich realizacji i stąd konieczne było pozyskanie finansowania ze środków europejskich. Obecnie nie ma możliwości przewidzenia, czy taka możliwość wystąpi ponownie w ramach przyszłej perspektywy finansowej Unii Europejskiej.

Praktyka tworzenia map potrzeb zdrowotnych w Ministerstwie Zdrowia pokazuje, że rozwiązaniem optymalnym jest wykonywanie tych zadań w sposób zespołowy. Zakłada się przy tym, że niezbędna liczba pracowników do wykonywania omawianych zadań w ww. urzędzie to co najmniej 15 osób. W tym 13 osób przewidziano do obsługi analitycznej mapy potrzeb zdrowotnych, natomiast pozostałe 2 osoby zostaną zatrudnione do opracowania i wdrażania krajowego planu transformacji, jak również do nadzoru nad pracami nad wojewódzkim planem transformacji. Należy zatem mieć na uwadze, że skutecznie działający, kompetentny zespół musi funkcjonować na wielu płaszczyznach doświadczenia, wiedzy i umiejętności. Konieczne są zatem osoby o zróżnicowanym wykształceniu (statystycy, ekonomiści, matematycy, ekonometrycy, informatycy, prawnicy, eksperci z zakresu zdrowia publicznego). Wynagrodzenie miesięczne w przeliczeniu na 1 etat przewiduje się w wysokości 8 931 zł brutto (równe przeciętnemu wynagrodzeniu całkowitemu na samodzielnym stanowisku w ministerstwach wyliczonym wraz z uwzględnieniem Kancelarii Prezesa Rady Ministrów w służbie cywilnej w 2019 r. ustalone na podstawie załącznika nr 2 „Wynagrodzenia w służbie cywilnej w 2019 r.” do „Sprawozdania Szefa Służby Cywilnej za 2019 rok o stanie służby cywilnej i realizacji zadań tej służby w 2019 r.”).

Aktualnie do realizacji zadań związanych z tworzeniem i obsługą map potrzeb zdrowotnych we wskazanym projekcie „Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych” bez stanowisk związanych z zarządzaniem pracami analitycznymi, rozwojem baz danych, analityków w zakresie poszczególnych obszarów, jak podstawowa opieka zdrowotna, wielochorobowość, zasobów kadrowych i sprzętowych, przewidzianych jest obecnie 21 etatów, tj. 15 stanowisk specjalistów/głównych specjalistów ds. analizy dużych zbiorów danych, 5 stanowisk liderów merytorycznych opracowywania modeli oraz jeden kierownik całego zadania. W 2020 r. łączny koszt 21 etatów wynosił 2 634 506 zł, natomiast w 2022 r., łączny koszt zatrudnienia uwzględniający 15 etatów wyniesie 2 086 790 zł.

W budżecie projektu na podstawie wcześniejszych szacowań jeszcze z 2016 r. przewidziano dla stanowisk specjalistów ds. analizy dużych zbiorów danych stawkę 9 000 zł brutto, dodatkowe wynagrodzenie roczne oraz nagrody okresowe, zaś dla liderów 11 000 zł brutto. Średnie wynagrodzenie w tej pozycji budżetu projektu na podstawie zawartych umów o pracę wynosi dla pracowników początkujących na stanowisku specjalisty ok. 6 700–6 900 zł brutto, zaś dla głównych specjalistów posiadających doświadczenie w zakresie analizy danych 7 100–8 500 zł brutto, w przypadku liderów/kierowników prac mediana to 9 800 zł brutto. Widać zatem, że przyjęte stawki do kalkulacji wynagrodzeń po 2022 r. są optymalne, zważywszy na rosnące zapotrzebowanie pracodawców na pracowników o tej specjalizacji na rynku pracy, gdzie stawki są o wiele bardziej korzystniejsze.

Natomiast w urzędzie wojewódzkim, zwanym dalej „UW”, do obsługi tworzenia i wdrażania wojewódzkiego planu transformacji, zaplanowano zatrudnienie dodatkowo 2 osób. Projekt przewiduje nowe zadania dla wojewodów, a więc ich prawidłowe wykonywanie powinno zostać zabezpieczone odpowiednim wsparciem etatowym. Projektowana ustawa nakłada na UW więcej zadań i co za tym idzie zwiększa rolę UW w systemie projektowania potrzeb zdrowotnych w regionie. Dlatego też zaproponowano zwiększenie liczby etatów o 2 w poszczególnych UW, co uwzględnia konieczność realizacji szerokiego zakresu zadań. Pracownicy UW będą stanowili wsparcie dla Ministra Zdrowia w procesie opracowania mapy potrzeb zdrowotnych, w szczególności przez weryfikację poprawności danych (w części zbieranych przez wojewodów), a także opiniowanie mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie wniosków i rekomendowanych kierunków działań dla poszczególnych regionów. Pracownicy UW będą prowadzili pogłębioną

analizę potrzeb zdrowotnych w województwie i opracowywali propozycje działań oraz prowadzili bieżącą współpracę z interesariuszami w zakresie wypracowywanych rozwiązań. Ponadto pracownicy UW będą prowadzili koordynację prac wojewódzkiej rady ds. potrzeb zdrowotnych, w tym opracowanie wojewódzkiego planu transformacji i monitorowanie jego realizacji. Powyższe 2 etaty stanowią wartość uśrednioną w czasie z uwagi na cykliczny charakter tworzenia mapy potrzeb zdrowotnych i dokumentów wdrożeniowych, jak również ich monitorowania. Dotychczasowe doświadczenia pokazują jednak, że działania związane z realizacją działań służących wdrożeniu wniosków i rekomendacji z mapy potrzeb zdrowotnych mają charakter ciągły (np. współpraca z interesariuszami). Przyjęcie powyższych uzasadnione jest dotychczasowymi doświadczeniami pokazującymi na czasochłonność poszczególnych procesów (w oparciu o proces tworzenia map potrzeb zdrowotnych przez Ministra Zdrowia, jak i opracowywanie i aktualizację priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej przez wojewodów), jak i postulatami zgłaszanymi przez samych wojewodów. Wynagrodzenie miesięczne w przeliczeniu na 1 etat przewiduje się w wysokości 7 444 zł brutto (równe przeciętnemu wynagrodzeniu na stanowisku koordynującym w UW, w 2021 r. wyniesie 3 419 904 zł (bez uwzględnienia dodatkowego wynagrodzenia w 2021 r.).

Powyższe wyliczenie uwzględnia pochodne od wynagrodzeń (18,69%) oraz wzięto pod uwagę skutki całoroczne od 2021 r. Ponadto dodatkowo od 2022 r. uwzględniono środki na dodatkowe wynagrodzenie roczne (8,5%).

Koszty funkcjonowania rady do spraw potrzeb zdrowotnych należy przyjąć na poziomie 400 zł za 1 dzień pracy w przeliczeniu na 1 członka (w pierwszym roku funkcjonowania). Rada będzie spotykała się mniej więcej co miesiąc w ciągu pierwszego roku tworzenia planu transformacji, natomiast w latach następnych w cyklu 7 letnim kadencji ok. 3–6 razy do roku.

W 2021 r. koszt kalkulowany od dnia 1 stycznia dla wszystkich UW wynosić będzie 998 400 zł. Koszty wojewódzkich rad (po 13 członków) przy założeniu 6 lat obowiązywania pierwszych planów transformacji (od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2027 r.) wyniesie 4 052 231 zł. W połowie 2026 r. zaczną się prace nad kolejną edycją planu transformacji (cykl spotkań comiesięcznych).

Łączny koszt wszystkich szesnastu wojewódzkich rad w perspektywie 10-letniej 4 964 769 zł.

Całkowity harmonogram spotkań rad ds. potrzeb zdrowotnych oraz kosztów z nimi związanych znajduje się w załączeniu (załącznik Wpływ na sektor finansów publicznych w perspektywie dziesięcioletniej).

Dodatkowo od 2022 r. uwzględniono skutki całoroczne wzrostu kosztów o prognozowany wskaźnik inflacji (2,5%).

Dodatkowo warto zaznaczyć, że nałożone na NFZ nowe obowiązki związane z np. opiniowaniem (Rady Funduszu) i zatwierdzaniem (Prezes NFZ) planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej będą realizowane w ramach kosztów wynagrodzeń określonych w planie finansowym NFZ bez konieczności ich zwiększania.

Ponadto zadania zlecone AOTMiT, NFZ oraz NIZP-PZH w ramach przygotowania danych i analiz niezbędnych do przygotowania mapy nie będą stanowić tytułu do ubiegania się o dodatkowe środki z budżetu państwa.

W latach 2021–2030 przewiduje się, że wydatki z budżetu państwa, w tym na wynagrodzenia, będące konsekwencją wejścia w życie niniejszej ustawy, wyniosą nie więcej niż 60 561 tys. zł, przy czym w kolejnych latach wyniosą maksymalnie:

- 1) w 2021 r. – 4 418 tys. zł;
- 2) w 2022 r. – 6 053 tys. zł;
- 3) w 2023 r. – 6 060 tys. zł;
- 4) w 2024 r. – 6 335 tys. zł;
- 5) w 2025 r. – 6 073 tys. zł;
- 6) w 2026 r. – 6 362 tys. zł;
- 7) w 2027 r. – 6 955 tys. zł;
- 8) w 2028 r. – 6 094 tys. zł;
- 9) w 2029 r. – 6 102 tys. zł;
- 10) w 2030 r. – 6 109 tys. zł.

W ramach ww. kwoty przewidywane wydatki w części pozostającej w dyspozycji Ministra Zdrowia w kolejnych latach wyniosą maksymalnie:

- a) w 2021 r. – 0 zł,
- b) w 2022 r. – 2 087 tys. zł,
- c) w 2023 r. – 2 087 tys. zł,
- d) w 2024 r. – 2 087 tys. zł,
- e) w 2025 r. – 2 087 tys. zł,

	f) w 2026 r. – 2 087 tys. zł, g) w 2027 r. – 2 087 tys. zł, h) w 2028 r. – 2 087 tys. zł, i) w 2029 r. – 2 087 tys. zł, j) w 2030 r. – 2 087 tys. zł. Natomiast w części pozostającej w dyspozycji poszczególnych wojewodów w kolejnych latach wyniosą: a) w 2021 r. – 4 418 tys. zł, b) w 2022 r. – 3 966 tys. zł, c) w 2023 r. – 3 973 tys. zł, d) w 2024 r. – 4 248 tys. zł, e) w 2025 r. – 3 986 tys. zł, f) w 2026 r. – 4 275 tys. zł, g) w 2027 r. – 4 868 tys. zł, h) w 2028 r. – 4 007 tys. zł, i) w 2029 r. – 4 015 tys. zł, j) w 2030 r. – 4 022 tys. zł.
--	--

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

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0–10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ... r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Przewiduje się wpływ na szpitale, które są kwalifikowane jako duży lub średni przedsiębiorca. Wpływ ten wynikać będzie z rekomendacji zawartych w mapie potrzeb zdrowotnych i będzie polegać np. na konieczności zmiany liczby łóżek, przekwalifikowania się szpitala.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Nie przewiduje się istotnego wpływu projektowanych zmian na funkcjonowanie małych i średnich przedsiębiorców lub mikroprzedsiębiorców, co wynika ze specyfiki podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, które będą objęte planowaniem strategicznym w ochronie zdrowia. Zasadniczo będą one realizowane w podmiotach leczniczych, które z punktu widzenia przyjętego podziału przedsiębiorców w oparciu o wielkość zatrudnienia będą kwalifikowane najczęściej jako duży lub średni przedsiębiorca.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe, w tym na osoby niepełnosprawne i osoby starsze	Nie przewiduje się istotnego wpływu.						
Niemierzalne								

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Nie przewiduje się, aby projektowana nowelizacja ustawy o świadczeniach miała bezpośredni wpływ na konkurencyjność gospodarki, przedsiębiorczości oraz na sytuację rodziny, w tym na sytuację osób starszych i z niepełnosprawnością. Skutek pośredni będzie wynikał ze zmiany organizacji systemu opieki zdrowotnej z uwagi na realizację planów transformacji.
--	---

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

<input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy	
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy

<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy

Komentarz: Projekt nie przewiduje obciążeń regulacyjnych dla podmiotów leczniczych czy innego rodzaju przedsiębiorców. Projekt zawiera przepisy nowelizujące przepisy określające obciążenia regulacyjne (w zakresie Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia – IOWISZ). Jednakże proponowane zmiany nie wpływają na treść i zakres dotychczasowych obciążeń. Zmiany mają charakter techniczny i służą zapewnieniu spójności między poszczególnymi częściami nowelizowanego aktu prawnego.

Projektowana ustawa reguluje zadania organów administracji publicznej oraz NFZ. Jednocześnie zadania po stronie tych instytucji pozostają analogiczne do dotychczas realizowanych z odrębnościami wynikającymi z nowej regulacji (takimi, jak wprowadzenie planów transformacji w miejsce priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej).

9. Wpływ na rynek pracy

Nie przewiduje się istotnego bezpośredniego wpływu projektowanej ustawy na rynek pracy. Jeżeli wpływ ten wystąpi, będzie on marginalny i sprowadzi się przede wszystkim do wzrostu możliwości znalezienia zatrudnienia w UW i Ministerstwie Zdrowia. Będzie to następstwem projektowanych zmian w prawie, które przewidują zwiększone zapotrzebowanie na kompetentnych pracowników do tworzenia i opracowywania mapy potrzeb zdrowotnych oraz planów transformacji.

Skutek pośredni będzie wynikał ze zmiany organizacji systemu opieki zdrowotnej z uwagi na realizację planów transformacji.

10. Wpływ na pozostałe obszary

<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie
--	--	--

Omówienie wpływu	Projektowana ustawa będzie miała pośredni wpływ na zdrowie obywateli z uwagi na skupienie działań i finansowanie świadczeń w ochronie zdrowia na obszarach, które stanowią niezaspokojone potrzeby zdrowotne – w szczególności tam, gdzie poziom opieki na poziomie krajowym oraz wojewódzkim odbiega od uzyskiwanego w innych krajach Unii Europejskiej lub występują faktyczne ograniczenia w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej.
------------------	--

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Proponuje się, aby nowe przepisy weszły w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 1 pkt 1, 4, 7, 8, 11–13, 17, art. 3 i art. 4, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r. Należy zauważyć, że zgodnie z intencją ustawodawcy następuje zastąpienie priorytetów zdrowotnych nowym dokumentem o nazwie mapa potrzeb zdrowotnych i priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej na plany transformacji.

Ponadto będzie wymagana nowelizacja trzech rozporządzeń Ministra Zdrowia:

- rozporządzenia w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
- rozporządzenia w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
- rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie połączenia Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny oraz Instytutu Żywności i Żywienia im. prof. dra med. Aleksandra Szczygła.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Projektowane zmiany stanowią efekt doświadczeń Ministerstwa Zdrowia w wykonywaniu zadań z zakresu procesu tworzenia oraz wdrożenia mapy potrzeb zdrowotnych.

Ewaluacji efektów projektowanych zmian zostanie dokonana przez rozłożony w czasie monitoring, ocenę śródkresową oraz przez końcowe sprawozdanie z wdrożenia planów transformacji (w zakresie tego, czy są postrzegane jako potrzebne i skuteczne narzędzia podejmowania decyzji dotyczących lokacji podmiotów leczniczych, alokacji środków finansowych itp.), czy są wykonywane w duchu realizacji zasady budowania zaufania do organów władzy publicznej i zasady pewności prawa etc.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Koszt na 1 pracownika dla województwa			bez nagrody	Przy 2 pracownikach w województwie
		łącznie koszt 1 pracownika w ciągu roku	106 872,00	213 744,00
		łącznie koszt 1 pracownika w ciągu 3 miesięcy	26 718,00	53 436,00
		Przy 16 województwach roczny koszt	1 709 952,00	3 419 904,00

pensja brutto		7 444,00
składki	17,2%	1 279,62
fundusz pracy	2,5%	182,38
inflacja	0,00%	0,00
koszt 1 pracownika		8 906,00

	łącznie koszt pracowników wojewódzkich	za 1 pracownik na 12 miesięcy	
miesiące	12	106 872,00	
	z nagrodą roczną	8,50%	9 084,12
	łącznie koszt 1 pracownika w ciągu roku		115 956,12
	Przy 16 województwach roczny koszt		1 855 297,92
			3 710 595,84

Koszt na 1 pracownika MZ od 2022

pensja brutto		8 931,00
składki	17,2%	1 535,24
fundusz pracy	2,5%	218,81
koszt 1 pracownika		10 685,05

Koszt pracowników MZ (DAIS) od stycznia 2022 r.		
za 1 pracownika na 12 miesięcy	12	128 220,58
z nagrodą	8,50%	10 898,75
łącznie koszt 1 pracownika w ciągu roku		139 119,33
Przy 15 pracownikach roczny koszt		2 086 789,95

53 436,01 zł Łączny koszt dla budżet państwa

Lata jak w OSR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Rok	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Łącznie
koszt pracowników woj.	3 419 904,00	3 710 595,84	3 710 595,84	3 710 595,84	3 710 595,84	3 710 595,84	3 710 595,84	3 710 595,84	3 710 595,84	3 710 595,84	36 815 266,56
koszt pracowników MZ	0,00	2 086 789,95	2 086 789,95	2 086 789,95	2 086 789,95	2 086 789,95	2 086 789,95	2 086 789,95	2 086 789,95	2 086 789,95	18 781 109,55
koszt Rady woj.	998 400,00	255 840,00	262 236,00	537 588,48	275 514,72	564 807,36	1 157 844,48	296 699,52	304 118,88	311 719,20	4 964 768,64
suma	4 418 304,00	6 053 225,79	6 059 621,79	6 334 974,27	6 072 900,51	6 362 193,15	6 955 230,27	6 094 085,31	6 101 504,67	6 109 104,99	60 561 144,75

	4 418 304,00	3 966 435,84	3 972 831,84	4 248 184,32	3 986 110,56	4 275 403,20	4 868 440,32	4 007 295,36	4 014 714,72	4 022 315,04	41 780 035,20
Suma MZ	0,00	2 086,79	2 086,79	2 086,79	2 086,79	2 086,79	2 086,79	2 086,79	2 086,79	2 086,79	18 781,11
Suma 16 woj.	4 418,30	3 966,44	3 972,83	4 248,18	3 986,11	4 275,40	4 868,44	4 007,30	4 014,71	4 022,32	41 780,03
RAZEM	4 418,30	6 053,23	6 059,62	6 334,97	6 072,90	6 362,19	6 955,23	6 094,09	6 101,50	6 109,11	60 561,14

Koszt rad wojewódzkich											
inflacja 2,5%											
	400,00	410,00	420,25	430,76	441,53	452,57	463,88	475,48	487,37	499,55	
Rok	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Suma
Woj.	998 400,00	255 840,00	262 236,00	537 588,48	275 514,72	564 807,36	1 157 844,48	296 699,52	304 118,88	311 719,20	4 964 768,64

członkowie rad MZ i WOJ. spotkania 13
spotkania 6
spotkania 3
spotkania 12
liczba woj. 16

4 052 231 zł

5,82 5,96 6,33 6,23 6,71 7,45 7,04 6,92 52,46

Raport z konsultacji publicznych oraz opiniowania

do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248), z chwilą skierowania ww. projektu ustawy do konsultacji publicznych i opiniowania, oraz 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.) przedmiotowy projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Rządowego Centrum Legislacji w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

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

Projekt ustawy został przekazany do konsultacji publicznych i opiniowania (z terminem 21 dni na zgłaszanie uwag) do podmiotów wyszczególnionych w pkt 5 OSR.

Jednocześnie projekt ustawy został poddany konsultacjom w trybie przepisów ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 263) oraz ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o organizacjach pracodawców (Dz. U. z 2019 r. poz. 1809) z podmiotami wyszczególnionymi w pkt 5 OSR.

Projekt ustawy został negatywnie oceniony przez Komisję Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego na posiedzeniu w dniu 28 października 2020 r.

Tabela uwag została dołączona do niniejszego raportu.

TABELA UWAG DO PROJEKTU ZMIANY USTAWY O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH ORAZ NIEKTÓRYCH INNYCH USTAW (UD116)

Lp.	PODMIOT ZGŁASZAJĄCY UWAGI	Treść projektu zmienianej ustawy, której dotyczy uwaga*	Treść uwagi*	Stanowisko Ministerstwa Zdrowia
1.	AOTMIT	<p>art. 48d ust. 2 ustawy o świadczeniach otrzymuje brzmienie:</p> <p>„2. W celu uzyskania dofinansowania, o którym mowa w ust. 1, organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego składa wnioski do Prezesa Funduszu. Do wniosku dołącza się pozytywną opinię Agencji wydaną w trybie, o którym mowa w art. 48a ust. 7 pkt 2, oraz pozytywną opinię wojewody dotyczącą zgodności planowanego programu z wojewódzkim planem transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1, oraz zgodności z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 2365 oraz z 2020 r. poz. 322).”;</p>	<p>W związku z wydawaniem przez Prezesa Agencji rekomendacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego (art. 48aa ust. 5 ustawy o świadczeniach), należy mieć na uwadze, co następuje.</p> <p>W myśl art. 48a ust. 5 pkt 1 lit. b ustawy o świadczeniach Prezes nie wydaje opinii do programu polityki zdrowotnej dotyczącego choroby lub problemu zdrowotnego, dla których zostały wydane rekomendacje, o których mowa w art. 48aa ust. 5 lub 6, i program został opracowany zgodnie z tymi rekomendacjami.</p> <p>Biorąc pod uwagę powyższe jednostka samorządu terytorialnego w momencie przesłania oświadczenia o zgodności programu polityki</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Zmieniono zapis przepisu na: „Art. 48d ust. 2. W celu uzyskania dofinansowania, o którym mowa w ust. 1, organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego składa wnioski do Prezesa Funduszu. Do wniosku dołącza się pozytywną opinię Agencji wydaną w trybie, o którym mowa w art. 48a ust. 7 pkt 2 albo oświadczenie o zgodności projektu programu polityki zdrowotnej z rekomendacją Prezesa Agencji, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 oraz pozytywną opinię wojewody dotyczącą zgodności planowanego programu z wojewódzkim planem transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1, oraz zgodności z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 2365, z późn. zm.).”</p>

			<p>zdrowotnej z rekomendacją Prezesa AOTMiT wydaną na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach, nie otrzymuje opinii Prezesa Agencji do wdrażanego programu, co w konsekwencji uniemożliwia przyznanie dofinansowania do programu polityki zdrowotnej wdrażanego na podstawie rekomendacji Prezesa Agencji.</p> <p>Poniższa zmiana rozwiązuje powyższy problem:</p> <p>„2. W celu uzyskania dofinansowania, o którym mowa w ust. 1, organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego składa wnioski do Prezesa Funduszu. Do wniosku dołącza się pozytywną opinię Agencji wydaną w trybie, o którym mowa w art. 48a ust. 7 pkt 2 albo oświadczenie o zgodności projektu programu polityki zdrowotnej z rekomendacją Prezesa Agencji, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 oraz pozytywną opinię wojewody dotyczącą zgodności planowanego programu z wojewódzkim planem transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1, oraz zgodności z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu</p>	
--	--	--	---	--

			publicznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 2365 oraz z 2020 r. poz. 322)”. 2365 oraz z 2020 r. poz. 322)”. 2365 oraz z 2020 r. poz. 322)”.	
2.	AOTMIT	<p>Art. 95a. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia sporządza mapę potrzeb zdrowotnych, zwaną dalej „mapą”, w celu identyfikacji priorytetowych problemów zdrowotnych i kluczowych wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz zapewnienia zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych, obejmującą:</p> <p>1) analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów, w tym personelu medycznego;</p> <p>2) rekomendowane kierunki działań dla obszaru Rzeczypospolitej Polskiej i województw.</p>	<p>1. Proponuje się dodanie PZH, NFZ, AOTMIT, jako organów z którymi współpracuje Minister Zdrowia, w szczególności w zakresie przygotowywania dla Ministra Zdrowia danych i analiz niezbędnych do przygotowania map potrzeb zdrowotnych. Proponuje się dodanie również kierownika Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO), kierownika Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO), Narodowej Strategii Kardiologicznej (NSK) i innych przedstawicieli strategii kluczowych dla poprawy stanu zdrowia jako organów, które opiniują projekt krajowego planu transformacji. Biorąc pod uwagę elementy, jakie wchodzi w skład krajowego planu, Agencja jest podmiotem, który ma dużą wiedzę i doświadczenie, a także jest w posiadaniu odpowiednich danych w zakresie między innymi oceny problemów zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu zdrowotnej, czy ustalania wskaźników realizacji poszczególnych działań. PZH jest instytucją, która posiada odpowiednią wiedzę i doświadczenie</p>	<p>Uwaga częściowo uwzględniona</p> <p>Dodano przepis:</p> <p>„Art. 95a ust. 2. Minister właściwy do spraw zdrowia, w celu realizacji zadania określonego w ust. 1, może zlecić Agencji, Funduszowi oraz Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego - Państwowemu Zakładowi Higieny przygotowanie danych i analiz niezbędnych do przygotowania mapy.”</p> <p>oraz przepis:</p> <p>„w art. 31n po pkt 2a dodaje się pkt 2b w brzmieniu:</p> <p>„2b) przygotowywanie i przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia danych i analiz niezbędnych do sporządzenia mapy potrzeb zdrowotnych, opiniowanie krajowego i wojewódzkich projektów planów transformacji oraz ich aktualizacji;”</p> <p>Nie ma konieczności rozszerzenia konsultacji mapy potrzeb zdrowotnych o inne instytucje np. w zakresie onkologii i kardiologii, ponad te wskazane z ustawie.</p> <p>Odnosnie dodania wyrażenia, że mapa uwzględnia analizy dotyczące dostępności</p>

			<p>przede wszystkim w monitorowaniu i interpretowaniu wskaźników zdrowotnych.</p> <p>2. Onkologia i kardiologia są kluczowymi obszarami dla zdrowotności Polaków. Narodowe strategie w tych obszarach powinny być testowane i wdrażane w oparciu o analizy koniecznych zasobów, rozwiązań organizacyjnych i jakościowych oraz uwzględniania wymaganego czasu w odniesieniu do poszczególnych elementów.</p> <p>Obecnie prowadzenie prac polegających na przygotowaniu analiz do MPZ może odbywać się jedynie na zlecenie Ministra Zdrowia jako inne zadanie Agencji. Liczne prace analityczne związane z szacowaniem potrzeb i zasobów prowadzone są w procesach koszykowych. W związku z tym, że zadanie to jest realizowane przez Agencję stale, zasadnym jest wpisanie tego zadania do ustawy. Agencja jest podmiotem, który ma dużą wiedzę i doświadczenie, a także jest w posiadaniu odpowiednich danych w zakresie między innymi oceny problemów zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej, czy ustalania</p>	<p>nowych technologii medycznych uwagę uważa się za niezasadną. Mapa będzie uwzględniała nowe technologie, nie ma konieczności wymieniania tak dokładnie zakresu treści mapy ustawie. Dlatego też za niezasadną uważa się uwagę 7.</p>
--	--	--	--	--

			<p>wskaźników realizacji poszczególnych działań. Obecnie już Agencja dostarcza wskaźniki wypracowane w toku podpisanej współpracy z IHME Uniwersytetu Waszyngtońskiego w ramach Global Burden of Disease (w tym m.in. wskaźników skorygowanej umieralności, zapadalności i chorobowości oraz Disability Adjusted Life Years -DALY) dla wszystkich województw (za okres ostatnich 30 lat w zakresie kilkuset jednostek chorobowych i czynników ryzyka) i rozwija te kompetencje w ramach Centrum Naukowego GBD AOTMIT współpracując z wybitnymi ekspertami i instytucjami (np. PZH, ABM).</p> <p>Jednocześnie po wejściu w życie standardu rachunku kosztów Agencja będzie w stanie wykonywać analizy związane z szacowaniem skutków finansowych, w związku z wejściem w posiadanie znacznie lepszych niż dotychczas danych finansowych od świadczeniodawców.</p> <p>5. Również mając na uwadze zakres zadań wykonywanych przez PZH oraz gromadzone przez nich dane, powinni oni uczestniczyć w pracach nad mapami potrzeb zdrowotnych, w tym w przygotowywaniu danych do ich sporządzenia. Narodowy Fundusz</p>	
--	--	--	---	--

			<p>Zdrowia poprzez gromadzenie danych wykonywanych świadczeń oraz doświadczenia w finansowaniu i kontraktowania świadczeń jest także kluczowym organem eksperckim w procesie tworzenia map.</p> <p>6. Proponuje się także wyodrębnienie w mapie analiz dotyczących dostępności nowych technologii medycznych. Na zmiany stanów zdrowia społeczności mają wpływ podejmowane działania, ale też dostępne nowe technologie, m. in nowe technologie medyczne. Zatem, ważne jest aby w analizach stanów zdrowia sprawdzać na ile efekty mogą zależeć od wpływu nowych technologii.</p> <p>Proponowane podejście ma na celu wskazanie szerszego spektrum opcji decyzyjnych dla Ministra Zdrowia oraz Wojewodów.</p> <p>7. Podsumowując celem tworzenia map potrzeb zdrowotnych jest określenie rozwoju opieki zdrowotnej i przyszłego stanu zdrowia nie tylko w oparciu o trendy historyczne z uwzględnieniem zmian demograficznych, ale przede wszystkim z uwzględnieniem następujących zagadnień i wariantów:</p>	
--	--	--	---	--

			<p>Identyfikacji obszarów możliwych do zmiany w perspektywie krótkoterminowej i długoterminowej</p> <p>Budowy scenariuszy modyfikacji wybranych elementów</p> <p>Rozwoju i wprowadzaniu nowych technologii w proces organizacji i leczenia</p> <p>Scenariuszy związanych z rozwojem zasobów ludzkich, w tym tworzenia i rozmieszczenia kadr</p> <p>Scenariuszy związanych z finansowaniem i zarządzaniem jakością</p> <p>Uwzględnienie oczekiwanego poziomu bezpieczeństwa (rezerwy na zdarzenia losowe i fluktuacje sezonowe)</p> <p>Jak wskazano powyżej istnieje znaczna trudność w definiowaniu wzorców, wydaje się, że mapy mają wykorzystywać różne źródła danych do określenia potrzeb zdrowotnych oraz do określenia jaka struktura powinna być docelowa struktura opieki zdrowotnej, aby na te wyzwania – potrzeby odpowiedzieć.</p> <p>Uwzględniając powyższe uwagi proponujemy następujące brzmienie</p>	
--	--	--	---	--

			<p>przepisu:</p> <p>Art. 95a. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia na podstawie danych i analiz przekazanych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz konsultacji z kierownikiem Narodowej Strategii Onkologicznej, kierownikiem Krajowej Sieci Onkologicznej, Narodowej Strategii Kardiologicznej i innych przedstawicieli strategii kluczowych dla poprawy stanu zdrowia jako organów, sporządza mapę potrzeb zdrowotnych, zwaną dalej „mapą”, w celu zapewnienia zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych ukierunkowanego na implementację strategii zdrowotnych optymalnych w kontekście zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych.</p> <p>2. Mapa identyfikuje priorytetowe problemy zdrowotne oraz analizuje kluczowe wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej, rekomendowane strategie zdrowotne oraz docelowy stan zasobów w kontekście tych</p>	
--	--	--	--	--

			<p>problemów.</p> <p>3. W stosunku do poszczególnych priorytetów zdrowotnych mapa obejmuje:</p> <p>prognozy epidemiologiczne,</p> <p>analizy stanu i wykorzystania zasobów, w tym personelu medycznego;</p> <p>identyfikację kluczowych krótko i długookresowych wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej;</p> <p>identyfikację optymalnych - dostosowanych do zidentyfikowanych wyzwań - wzorców postępowania diagnostyczno-terapeutycznego</p> <p>identyfikację potencjalnych lub wskazanie rekomendowanych: strategii zdrowotnych, wzorców w zakresie optymalnego standardu minimum oraz wartości oczekiwanej w obszarze organizacji i wymaganych zasobów,</p> <p>rekomendowane kierunki działań lub docelowy stan zasobów opieki zdrowotnej dla obszaru Rzeczypospolitej Polskiej i województw.</p>	
--	--	--	---	--

			<p>W związku z przedstawioną uwagą, w art. 31n po pkt 2a proponuje się dodać pkt 2b w brzmieniu:</p> <p>„2b) przygotowywanie i przekazywanie Ministrowi Zdrowia danych i analiz niezbędnych do sporządzenia map potrzeb zdrowotnych, opiniowanie krajowych i wojewódzkich projektów planów transformacji oraz ich aktualizacji;”</p>	
3.	AOTMIT	<p>Art. 95b. 3. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje projekt krajowego planu Radzie Dialogu Społecznego do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag 14 dni o dnia jego otrzymania. Nieprzedstawienie opinii w tym terminie uważa się za rezygnację z prawa do jej wyrażenia.</p>	<p>Proponuje się dodanie również PZH, NFZ oraz AOTMIT, kierownika NSO, KSO, NSK i innych przedstawicieli strategii kluczowych dla poprawy stanu zdrowia jako organów, które opiniują projekt krajowego planu transformacji.</p> <p>W związku z powyższym proponujemy następujące brzmienie przepisu:</p> <p>„Art. 95b. 3. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje projekt krajowego planu Radzie Dialogu Społecznego oraz Prezesowi Narodowego Fundusz Zdrowia, Prezesowi Agencji, Dyrektorowi Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, Kierownikowi Narodowej Strategii Onkologicznej, Krajowej Sieci Onkologicznej, Narodowej</p>	<p>Uwaga częściowo uwzględniona</p> <p>Do art. 95b dodano przepis ust. „3. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje projekt krajowego planu Radzie Dialogu Społecznego oraz Prezesowi Funduszu, Prezesowi Agencji, Dyrektorowi Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag 30 dni od dnia jego otrzymania. Niewydanie opinii w tym terminie jest równoznaczne z opinią pozytywną.”</p> <p>Pozostałe wskazane osoby nie mają charakteru organu - wyłącznie charakter doradczy dla Ministra Zdrowia.</p>

			Strategii Kardiologicznej i innych przedstawicieli strategii kluczowych dla poprawy stanu zdrowia do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag 14 dni od dnia jego otrzymania. Nieprzedstawienie opinii w tym terminie uważa się za rezygnację z prawa do jej wyrażenia.	
4.	AOTMIT	Art. 95c. ust. 3 Wojewoda przekazuje projekt wojewódzkiego planu marszałkowi województwa, konwentowi powiatów, Prezesowi Funduszu oraz wojewódzkiej radzie dialogu społecznego do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag 14 dni od dnia jego otrzymania. Nieprzedstawienie opinii w tym terminie uważa się za rezygnację z prawa do jej wyrażenia.	W związku z wcześniej już wskazaną argumentacją, zasadne jest, aby NFZ, Agencja, PZH, kierownik NSO, Krajowej Sieci Onkologicznej, Narodowej Strategii Kardiologicznej i innych przedstawicieli strategii kluczowych dla poprawy stanu zdrowia również opiniowała projekt wojewódzkiego planu transformacji. Proponujemy następujące brzmienie: „Art. 95c. ust. 3 Wojewoda przekazuje projekt wojewódzkiego planu marszałkowi województwa, konwentowi powiatów, Prezesowi Funduszu, Prezesowi Agencji, Dyrektorowi Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Kierownikowi Narodowej Strategii Onkologicznej, Krajowej Sieci Onkologicznej, Narodowej Strategii Kardiologicznej i innych przedstawicieli strategii kluczowych dla poprawy stanu zdrowia oraz wojewódzkiej radzie	Uwaga nieuwzględniona Przedstawiciele NFZ, PZH, AOTMiT są członkami Wojewódzkiej Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych i biorą udział w tworzeniu dokumentu. Pozostałe wskazane osoby nie mają charakteru organu - wyłącznie charakter doradczy dla Ministra Zdrowia.

			dialogu społecznego do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag 14 dni od dnia jego otrzymania. Nieprzedstawienie opinii w tym terminie uważa się za rezygnację z prawa do jej wyrażenia.	
5.	AOTMIT	<p>Art. 95ca ust. 2. W skład wojewódzkiej rady wchodzi:</p> <p>1) wojewoda lub osoba przez niego wyznaczona, jako jej przewodniczący;</p> <p>2) dwóch przedstawicieli wojewody;</p> <p>3) trzech przedstawicieli Prezesa Funduszu;</p> <p>4) jeden przedstawiciel marszałka województwa;</p> <p>5) jeden przedstawiciel konwentu powiatów danego województwa;</p> <p>6) jeden przedstawiciel państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego;</p> <p>7) jeden przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta;</p> <p>8) jeden przedstawiciel dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny;</p> <p>9) jeden przedstawiciel ministra właściwego do spraw zdrowia.</p>	<p>Proponuje się dodanie przedstawiciela Agencji do składu wojewódzkiej rady.</p> <p>Proponujemy następujące brzmienie:</p> <p>„Art. 95ca ust. 2. W skład wojewódzkiej rady wchodzi:</p> <p>1) wojewoda lub osoba przez niego wyznaczona, jako jej przewodniczący;</p> <p>2) dwóch przedstawicieli wojewody;</p> <p>3) trzech przedstawicieli Prezesa Funduszu;</p> <p>4) jeden przedstawiciel Prezesa Agencji;</p> <p>(...)”</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Do art. 95ca ust. 2 pkt 4 dodano przepis: „W skład wojewódzkiej rady wchodzi: 4) jeden przedstawiciel Agencji;”</p>

8.	ŚLĄSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	art. 1 ust. 2	<p>W art. 1 ust. 2</p> <p>Powinno być:</p> <p>art. 10 otrzymuje brzmienie:</p> <p>„Art. 10. Do zadań wojewody w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena realizacji zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego; 2) ustalanie wojewódzkich planów transformacji, o których mowa w art. 95c ust. 1; 3) wydawanie opinii o celowości inwestycji, o których mowa w art. 95d ust. 1.”; <p>W projekcie jest błędne odniesienie do art. 95e ust. 1, który dotyczy wniosku o wydanie opinii, natomiast o samym zadaniu w zakresie wydawania opinii stanowi art. 95d ust. 1</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Poprawiono przepis art. 10: „Art. 10. Do zadań wojewody w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena realizacji zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego; 2) ustalanie wojewódzkich planów transformacji, o których mowa w art. 95c ust. 1; 3) wydawanie opinii o celowości inwestycji, o których mowa w art. 95d ust. 1.”
9.	ŚLĄSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	W art. 1 ust. 3	<p>W art. 1 ust. 3</p> <p>Powinno być:</p> <p>w art. 11 w ust. 1 po pkt 11 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Poprawiono przepis art. 11 ust. 1 pkt 12-14: „12) ustalanie, monitorowanie i aktualizacja krajowego planu transformacji,</p>

			<p>pkt 12–14 w brzmieniu:</p> <p>„12) ustalanie krajowego planu transformacji, o których mowa w art. 95b ust. 1;</p> <p>13) opiniowanie wojewódzkich planów transformacji, o których mowa w art. 95c ust. 1;</p> <p>14) wydawanie opinii o celowości inwestycji, o których mowa w art. 95d ust. 1.”;</p> <p>W projekcie jest błędne odniesienie do art. 95e ust. 1, który dotyczy wniosku o wydanie opinii, natomiast o samym zadaniu w zakresie wydawania opinii stanowi art. 95d ust. 1</p>	<p>o których mowa w art. 95b ust. 1;</p> <p>13) ocena projektów wojewódzkich planów transformacji, o których mowa w art. 95c ust. 1, i ich zatwierdzanie;</p> <p>14) wydawanie opinii o celowości inwestycji, o których mowa w art. 95d ust. 1.”.</p>
10.	ŚLĄSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	<p>Art.95 c. 1. Wojewoda ustala dla obszaru województwa wojewódzki plan transformacji, zwany dalej „wojewódzkim planem”, uwzględniający krajowy plan oraz rekomendacje wynikające z mapy.</p> <p>2. Wojewódzki plan obejmuje:</p> <p>1) problemy zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa;</p>	<p>Projekt wskazuje tylko zakres niezbędnych elementów jaki powinien zawierać plan transformacji. Ze względu na rolę planu i jego odległe skutki dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w województwie oraz dla zapewnienia jednolitej struktury planów transformacji opracowywanych w poszczególnych województwach, niezbędne jest wskazanie w projektowanym akcie prawnym delegacji ustawowej do</p>	<p>Uwaga częściowo uwzględniona</p> <p>Zgodnie z art. 95c ust. 3 wojewoda przekazuje projekt wojewódzkiego planu marszałkowi województwa, konwentowi powiatów danego województwa, Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia oraz wojewódzkiej radzie dialogu społecznego do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag 30 dni od dnia jego otrzymania. Zatem przy tworzeniu wojewódzkiego planu wojewoda zasięga opinii innych instytucji, szczególnie za pośrednictwem Prezesa NFZ – OW NFZ, który jest źródłem informacji na temat</p>

		<p>2) działania w obszarach, o których mowa w pkt 1, wraz z harmonogramem;</p> <p>3) podmioty odpowiedzialne za realizację działań;</p> <p>4) szacowane skutki finansowe działań;</p> <p>5) oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań;</p> <p>6) wskaźniki realizacji poszczególnych działań, w tym określające zabezpieczenie</p> <p>określonych zakresów świadczeń opieki zdrowotnej.</p>	<p>wydania przepisów wykonawczych do ustawy regulujących - szczególnie i wyczerpująco - zakres i strukturę planów wojewódzkich. Doświadczenia płynące ze sposobu opracowywania priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej i krytyczne wnioski resortu w tym zakresie stanowią argument przemawiający za przyjęciem takiego rozwiązania.</p> <p>Wojewoda aktualnie nie dysponuje takim zakresem danych i informacji oraz narzędziami, które pozwalałyby na samodzielne opracowanie planu transformacji (w tym np. w szczególności szacowanie skutków finansowych działań określonych w planie), projektowane przepisy nie wskazują na utworzenie platformy współpracy podmiotów współorganizujących regionalną politykę zdrowotną z wojewodą w zakresie opracowywania projektu planu. Projektowane przepisy określają jedynie cel utworzenia wojewódzkiej rady do spraw potrzeb zdrowotnych, gdzie wskazano, że: „w celu opracowania projektu, monitorowania i aktualizacji wojewódzkiego planu tworzy się wojewódzką radę do spraw potrzeb zdrowotnych”, natomiast nie</p>	<p>świadczeń zdrowotnych udzielanych na danym województwie. Ponadto skład wojewódzkiej rady do spraw potrzeb zdrowotnych, która bierze udział w tworzeniu wojewódzkiego planu, jest gwarantem dostępu do odpowiednich danych i informacji koniecznych do opracowania wojewódzkiego planu. Również do składu wojewódzkiej rady dodano jednego przedstawiciela Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, co także wspomogłoby wojewodę w opracowywaniu wojewódzkiego planu.</p> <p>Projektodawca w projekcie ustawy wskazał niezbędny zakres elementów, jaki powinien zawierać plan transformacji.</p> <p>Wojewoda nie musi dysponować specyficznymi zakresami danych i informacjami oraz narzędziami, ponieważ nie sam, a w porozumieniu z radą powinien opracować wojewódzki plan transformacji.</p>
--	--	--	---	--

			określono kompetencji członków rady i zakresu ich zadań, w tym opracowywania i udostępniania niezbędnego zakresu danych i informacji przez podmioty reprezentowane przez poszczególnych członków Rady.	
11.	ŚLĄSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	<p>Art. 1 ust. 7</p> <p>Art. 95b ust. 4 Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza krajowy plan w drodze obwieszczenia, w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie do dnia 31 grudnia roku poprzedzającego o 1 rok kalendarzowy pierwszy rok obowiązywania krajowego planu.</p> <p>Art. 95b ust. 9 Sprawozdanie śródkresowe z realizacji krajowego planu może stanowić podstawę do opracowania aktualizacji krajowego planu w przypadku:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) osiągnięcia założonych wartości wskaźników przed upływem okresu 7 lat lub 2) identyfikacji nowych istotnych problemów zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań. <p>Art. 95b ust. 10 Do aktualizacji krajowego planu stosuje się odpowiednio przepisy</p>	<p>Ustawa nie przewiduje konieczności aktualizacji planu wojewódzkiego wynikającej ze zmiany planu krajowego.</p> <p>Ustawa wprowadza możliwość aktualizacji krajowego planu, która ma zostać ogłoszona do dnia 31 grudnia roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania krajowego planu, czyli opracowany plan wojewódzki przekazany do końca lutego nie będzie mógł uwzględnić ewentualnej aktualizacji ogłoszonej pomiędzy 1 marca a 31 grudnia.</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Dodano przepis w art. 95c ust. 11: „Sprawozdanie śródkresowe z realizacji wojewódzkiego planu może stanowić podstawę do opracowania aktualizacji wojewódzkiego planu w przypadku:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) konieczności dostosowania wojewódzkiego planu do zgodności z krajowym planem po jego aktualizacji.”

		<p>ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem, że minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza aktualizację krajowego planu w terminie do dnia 31 grudnia roku poprzedzającego pierwszy rok jego obowiązywania.</p> <p>Art. 95c ust. 4. Wojewoda przekazuje projekt wojewódzkiego planu ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie do ostatniego dnia lutego roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania wojewódzkiego planu.</p>		
12.	ŚLĄSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	<p>Art. 4.</p> <p>3. Pierwszy wojewódzki plan, o którym mowa w art. 95c ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, wojewoda ustala na okres od 1 lipca 2021 r. do 31 grudnia 2027 r. w terminie do dnia 30 czerwca 2021 r., z zastrzeżeniem, że projekt wojewódzkiego planu wojewoda przekazuje do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia do dnia 31 marca 2021 r.</p>	<p>W związku z tym, że projekt wojewódzkiego planu transformacji ma obowiązek uwzględnienia planu krajowego, a także wniosków z map potrzeb zdrowotnych, wskazane w projekcie ustawy terminy opracowania pierwszego projektu planu wojewódzkiego i przekazania go Ministrowi Zdrowia w terminie do 31 marca 2021, w kontekście terminu ogłoszenia planu krajowego do 31 grudnia 2020 r. i obowiązku opiniowania projektu planu wojewódzkiego przez określone podmioty, a także uwzględniając brak doświadczeń w zakresie opracowywania planów – zakładany harmonogram jest nierealny.</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Poprawiono przepis art. 5 ust. 3: „3. Pierwszy wojewódzki plan, o którym mowa w art. 95c ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, wojewoda ustala na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2027 r. i ogłasza w terminie do dnia 30 września 2021 r., z zastrzeżeniem, że projekt wojewódzkiego planu wojewoda przekazuje do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia do dnia 30 czerwca 2021 r.”.</p>

13.	ŚLĄSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	<p>Art. 7 ust. 8 Art. 95ca ust. 4 W przypadku niezgłoszenia kandydata do wojewódzkiej rady przez organy, o których mowa w ust. 2 pkt 3–9, w terminie 14 dni od powiadomienia przez wojewodę o zamiarze powołania wojewódzkiej rady lub zmianach w jej składzie, członka wskazuje wojewoda.</p> <p>Art. 95ca ust. 5 Członkiem wojewódzkiej rady może być wyłącznie osoba posiadająca wiedzę i doświadczenie w zakresie organizacji ochrony zdrowia i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dające rękojmię prawidłowego wypełniania obowiązków członka.</p>	<p>Wydaje się problematyczne, aby Wojewoda mógł samodzielnie potwierdzić spełnienie powyższych wymagań u typowanych przez siebie przedstawicieli organów, o których mowa w ust. 3-9.</p> <p>Ustawa nie przewiduje szczególnych rozwiązań w tym zakresie.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Wojewoda jest w stanie samodzielnie potwierdzić spełnienie wymagań u typowanych przez siebie przedstawicieli organów lub podmiotów, o których mowa w art. 95ca ust. 3-9.</p> <p>Kandydat na członka powinien przedstawić wojewodzie stosowne dokumenty potwierdzające posiadaną wiedzę i doświadczenie w zakresie organizacji ochrony zdrowia i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dające rękojmię prawidłowego wypełniania obowiązków członka wojewódzkiej rady.</p>
14.	ŁÓDZKI URZĄD WOJEWÓDZKI	art. 10	<p>Art. 1</p> <p>2) art. 10 otrzymuje brzmienie: „Art. 10. Do zadań wojewody w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności: 1) ocena realizacji zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego; 2) ustalanie wojewódzkich planów transformacji, o których mowa w art. 95c ust. 1; 3) wydawanie opinii o celowości inwestycji, o których mowa w art. 95e ust. 1.”;</p> <p>Wśród zadań wojewody powinna się</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Dodano przepis w art. 95a ust. 3: „3. Minister właściwy do spraw zdrowia, w celu realizacji zadania określonego w ust. 1, aktywnie współpracuje w wojewodami w zakresie określania w mapie rekomendowanych kierunków działań dla danego województwa.”</p>

			<p>znaleźć informacja o współpracy z ministrem właściwym do spraw zdrowia w zakresie opracowywania wniosków i rekomendacji regionalnych do mapy potrzeb zdrowotnych.</p> <p>Inicjując współpracę z wojewodami w zakresie aktualnie opracowywanej mapy (pismo znak: ASP.46.2.2020ASP z 23.06.2020 r.), która będzie pierwszą, realizującą przepisy nowelizowanej ustawy, Pan Minister Sławomir Gadomski podkreślał, że jest ona konieczna dla właściwego odzwierciedlenia wyzwań stojących przed województwami z uwagi na potrzeby zdrowotne ich mieszkańców. W piśmie tym, co znalazło później odzwierciedlenie w faktycznie podejmowanych działaniach, wyraźnie wskazano, że ministerstwo liczy na współpracę z urzędami wojewódzkimi w zakresie wniosków i rekomendacji dla województw, gdyż powinny one jak najlepiej odpowiadać perspektywie lokalnej.</p> <p>Takie uzasadnienie zainicjowania ścisłej współpracy przy tworzeniu obecnie powstającej mapy potrzeb zdrowotnych pozwala przypuszczać, że wojewodowie i urzędy wojewódzkie będą angażowani w</p>	
--	--	--	---	--

			tworzenie i aktualizowanie tego dokumentu również w przyszłości, wobec czego taka współpraca powinna zostać zapisana w przedmiotowej ustawie.	
15.	ŁÓDZKI URZĄD WOJEWÓDZKI	art. 11 w ust. 1	<p>Art. 1</p> <p>3) w art. 11 w ust. 1 po pkt 11 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 12–14 w brzmieniu: „12) ustalenie krajowego planu transformacji, o których mowa w art. 95b ust. 1; 13) opiniowanie wojewódzkich planów transformacji, o których mowa w art. 95c ust. 1; 14) wydawanie opinii o celowości inwestycji, o których mowa w art. 95e ust. 1.”;</p> <p>W tej części powinno się dodać, jako jedno z zadań ministra właściwego do spraw zdrowia, sporządzanie mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 we współpracy z wojewodami w odniesieniu do części regionalnych dokumentu.</p> <p>To zadanie jest, co prawda opisane szczegółowo w art. 95a ust. 1, ale pozostałe zadania, takie jak: ustalenie krajowego planu transformacji, opiniowanie wojewódzkich planów transformacji,</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Mapa potrzeb zdrowotnych jest jednym integralnym dokumentem, w związku z powyższym nie ma potrzeby rozdzielać zadań ministra właściwego do spraw zdrowia. Ponadto dopisano ust. 3 do art. 95a mówiący o tym, że Minister Zdrowia współpracuje aktywnie z wojewodami przy opracowywaniu w mapie rekomendowanych kierunków działań dla danego województwa.</p>

			<p>czy wydawanie opinii o celowości inwestycji, również mają swoje rozwinięcie w dalszych przepisach ustawy (art. 95b ust. 1, art. 95c ust. 1 oraz art. 95e ust. 1), mimo to wprowadzono je do brzmienia art. 11, określającego zadania ministra właściwego do spraw zdrowia.</p> <p>Uzasadnienie dla części dotyczącej współpracy ministra właściwego do spraw zdrowia przy realizacji tego zadania z wojewodami jest analogiczne do tego, które znajduje się w treści uwagi do pkt 1.</p>	
16.	ŁÓDZKI URZĄD WOJEWÓDZKI	Art. 95a. 1.	<p>Art. 1</p> <p>7) art. 95a–95c otrzymują brzmienie: „Art. 95a. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia sporządza mapę potrzeb zdrowotnych, zwaną dalej „mapą”, w celu identyfikacji priorytetowych problemów zdrowotnych i kluczowych wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz zapewnienia zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych [...]</p> <p>W nowym brzmieniu art. 95a ust. 1 ustawy powinna się znaleźć informacja o współpracy ministra właściwego do spraw zdrowia w</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Dodano przepis w art. 95a ust. 3: „3. Minister właściwy do spraw zdrowia, w celu realizacji zadania określonego w ust. 1, aktywnie współpracuje w wojewodami w zakresie określania w mapie rekomendowanych kierunków działań dla danego województwa.”.</p>

			<p>zakresie opracowywania wniosków i rekomendacji regionalnych do mapy potrzeb zdrowotnych z wojewodami.</p> <p>Inicjując współpracę z wojewodami w zakresie aktualnie opracowywanej mapy (pismo znak: ASP.46.2.2020ASP z 23.06.2020 r.), która będzie pierwszą, realizującą przepisy nowelizowanej ustawy, Pan Minister Sławomir Gadomski podkreślał, że jest ona konieczna dla właściwego odzwierciedlenia wyzwań stojących przed województwami z uwagi na potrzeby zdrowotne ich mieszkańców. W piśmie tym, co znalazło później odzwierciedlenie w faktycznie podejmowanych działaniach, wyraźnie wskazano, że ministerstwo liczy na współpracę z urzędami wojewódzkimi w zakresie wniosków i rekomendacji dla województw, gdyż powinny one jak najlepiej odpowiadać perspektywie lokalnej.</p> <p>Takie uzasadnienie zainicjowania ścisłej współpracy przy tworzeniu obecnie powstającej mapy potrzeb zdrowotnych pozwala przypuszczać, że wojewodowie i urzędy wojewódzkie będą zaangażowani w tworzenie i aktualizowanie tego dokumentu również w przyszłości, wobec czego taka współpraca</p>	
--	--	--	--	--

			powinna zostać zapisana w przedmiotowej ustawie.	
17.	ŁÓDZKI URZĄD WOJEWÓDZKI	Art. 95a. Pkt 2.	<p>Art. 1</p> <p>7) art. 95a–95c otrzymują brzmienie: „ [...] Art. 95a. 2. Wyniki analiz, o których mowa w ust. 1 pkt 1, są aktualizowane co roku i publikowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej wojewody.</p> <p>W nowym brzmieniu art. 95a ust. 2 ustawy prawdopodobnie jest błąd: minister właściwy do spraw zdrowia publikuje wyniki zaktualizowanych analiz, o których mowa w ust. 1 pkt 1 w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej ministra właściwego do spraw zdrowia, a nie w BIP wojewody.</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Dodano zapis do przepisu w art. 95a ust. 4. „4. Wyniki analiz, o których mowa w ust. 1 pkt 1, są aktualizowane co roku i publikowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu obsługującego tego ministra oraz przekazywane do publikacji w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu właściwego wojewody.”.</p>
18.	ŁÓDZKI URZĄD WOJEWÓDZKI	Art. 95a. Pkt 2.	<p>Art. 1</p> <p>7) art. 95a–95c otrzymują brzmienie: „[...] Art. 95a. 2. Wyniki analiz, o których mowa w ust. 1 pkt 1, są aktualizowane co roku i publikowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej wojewody.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Opracowywane dokumenty mają obowiązywać w średnim i długim terminie – takiego też dotyczą rekomendowane kierunki działań. Potrzeby zdrowotne mieszkańców (wynikające z procesów demograficznych i epidemiologicznych) co do zasady (z wyłączeniem chorób zakaźnych) nie ulegają tak szybkiej zmianą. Dlatego przewidziano w ustawie możliwość</p>

			<p>W nowym brzmieniu art. 95a ust. 2 ustawy mowa jest wyłącznie o aktualizowaniu wyników analiz o których mowa w ust. 1 pkt 1; nie wspomina się o aktualizowaniu rekomendowanych kierunków działań dla obszaru Rzeczypospolitej Polskiej i województw, o których mowa w ust. 1 pkt 2, a przecież na przestrzeni 7 lat (okres obowiązywania mapy) rekomendacje również mogą ulec zmianie.</p>	<p>weryfikacji i aktualizacji dokumentów planów transformacji w ramach oceny śródkresowej.</p>
19.	ŁÓDZKI URZĄD WOJEWÓDZKI	Art. 95b. 1.	<p>Art. 1</p> <p>7) art. 95a–95c otrzymują brzmienie: „[...] Art. 95b. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje projekt krajowego planu transformacji, zwany dalej „krajowym planem”, ustala go, monitoruje i aktualizuje oraz opiniuje projekty wojewódzkich planów transformacji, o których mowa w art. 95c ust. 1, uwzględniający rekomendacje wynikające z mapy.</p> <p>Część dotycząca opiniowania projektów wojewódzkich planów transformacji powinna być wykreślona z art. 95b ust. 1 i przeniesiona do art. 95c, jako odrębny ust. tego art. Opiniowanie planów wojewódzkich nie ma związku z tworzeniem planu</p>	<p>Częściowo uwzględniona</p> <p>Wykreślono z art. 95b ust. 1 dotyczącego krajowego planu niepotrzebny zapis mówiący o tym, że Minister Zdrowia opiniuje projekty wojewódzkich planów transformacji.</p> <p>Odnosnie wykreślenia jednego z wyrażeń – opracowuje i ustala – w związku z krajowym planem uwaga jest niezasadna. Opracowanie oznacza, że Minister Zdrowia tworzy krajowy plan, a ustala to znaczy, na jaki okres jest ustalany dany dokument.</p>

			<p>krajowego, którego dotyczy art. 95b.</p> <p>Ponadto, opracowanie projektu i ustalenie to wyrażenia, które określają tą samą czynność i nie ma potrzeby, aby funkcjonowały równolegle.</p>	
20.	ŁÓDZKI URZĄD WOJEWÓDZKI	Art. 95b. 3.	<p>Art. 1</p> <p>7) art. 95a–95c otrzymują brzmienie: „[...]Art. 95b. 3. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje projekt krajowego planu Radzie Dialogu Społecznego do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag 14 dni o dnia jego otrzymania. Nieprzedstawienie opinii w tym terminie uważa się za rezygnację z prawa do jej wyrażenia</p> <p>Błąd literowy. Jest: „ [...] z terminem zgłaszania uwag 14 dni o dnia jego otrzymania [...]”; powinno być: „ [...] z terminem zgłaszania uwag 14 dni od dnia jego otrzymania [...]”</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Poprawiono zapis przepisu art. 95b ust. 3: „Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje projekt krajowego planu Radzie Dialogu Społecznego oraz Prezesowi Funduszu, Prezesowi Agencji, Dyrektorowi Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag 30 dni od dnia jego otrzymania. Niewydanie opinii w tym terminie jest równoznaczne z opinią pozytywną.”</p>
21.	ŁÓDZKI URZĄD WOJEWÓDZKI	Art. 95b. 11.	<p>Art. 1</p> <p>7) art. 95a–95c otrzymują brzmienie: „[...]Art. 95b. 11. W terminie do dnia 30 czerwca roku następującego po roku, w którym zakończył się okres obowiązywania krajowego planu, minister właściwy do spraw zdrowia sporządza końcowe sprawozdanie z</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Poprawiono przepis art. 95b ust. 11: „11. W terminie do dnia 30 czerwca roku następującego po roku, w którym zakończył się okres obowiązywania krajowego planu, minister właściwy do spraw zdrowia sporządza końcowe sprawozdanie z realizacji krajowego planu zawierające dane</p>

			<p>realizacji krajowego planu zgodnie z ust. 8, które publikuje w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej ministra właściwego do spraw zdrowia.</p> <p>W treści art. 95b. ust. 11 wskazano, że „ (...) minister właściwy do spraw zdrowia sporządza końcowe sprawozdanie z realizacji krajowego planu zgodnie z ust. 8”, natomiast ust. 8 mówi o zawartości sprawozdania śródkresowego. Należałoby to zdanie przeredagować np. w sposób następujący: „ (...) minister właściwy do spraw zdrowia sporządza końcowe sprawozdanie z realizacji krajowego planu, zawierające informacje określone w ust. 8”.</p>	określone w ust. 8 pkt 1-6, które publikuje w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu obsługującego tego ministra.”.
22.	ŁÓDZKI URZĄD WOJEWÓDZKI	Art. 95c. 3.	<p>Art. 1</p> <p>7) art. 95a–95c otrzymują brzmienie: „[...] Art. 95c. 3. Wojewoda przekazuje projekt wojewódzkiego planu marszałkowi województwa, konwentowi powiatów, Prezesowi Funduszu oraz wojewódzkiej radzie dialogu społecznego do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag 14 dni od dnia jego otrzymania [...]</p> <p>W pierwotnych założeniach zmian w</p>	<p>Uwaga uwzględniona.</p> <p>Uchylono w art. 107 w ust. 5 pkt 3 przepis lit. a. Obecnie jest: „16) w art. 107 w ust. 5 w pkt 3 uchyla się lit. a;)”. A dodano przepis w art. 102 w ust. 5 w pkt 9 lit. b: „9b) opiniowanie wojewódzkiego planu”.</p>

			<p>ustawie (projekt z 6 lipca br.) wojewoda miał przekazywać projekt wojewódzkiego planu transformacji do zaopiniowania dyrektorowi OW NFZ. Aktualne brzmienie przepisu może budzić wątpliwości, ponieważ pozostali opiniujący (poza Prezesem Funduszu) reprezentują środowisko lokalne. Ponadto, krótki termin na zaopiniowanie przez Prezesa Funduszu projektów przygotowanych przez wszystkie województwa może być niewystarczający.</p> <p>Ustawa nowelizująca nie wprowadza również zmian w art. 102 ust. 5 ustawy, definiującym zadania Prezesa Funduszu (brak informacji o opiniowaniu przez Prezesa Funduszu wojewódzkich planów transformacji).</p>	
23.	ŁÓDZKI URZĄD WOJEWÓDZKI	Art. 95c. 13.	<p>art. 95a–95c otrzymują brzmienie: „[...] Art. 95c. 13. W terminie do dnia 30 czerwca roku następującego po roku, w którym zakończył się okres obowiązywania wojewódzkiego planu, wojewoda sporządza końcowe sprawozdanie z realizacji wojewódzkiego planu zgodnie z ust. 10, które publikuje w – 7 – Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej wojewody i przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.”;</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Poprawiono przepis art. 95c ust. 13: „13. W terminie do dnia 30 czerwca roku następującego po roku, w którym zakończył się okres obowiązywania wojewódzkiego planu, wojewoda sporządza końcowe sprawozdanie z realizacji wojewódzkiego planu zawierające dane określone w ust. 10 pkt 1-6, które publikuje w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu obsługującego wojewodę i przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.”.</p>

			W treści art. 95c. ust. 13 wskazano, że „wojewoda sporządza końcowe sprawozdanie z realizacji wojewódzkiego planu zgodnie z ust. 10”, natomiast ust. 10 mówi o zawartości sprawozdania śródkresowego. Należałoby to zdanie przeredagować np. w sposób następujący: „wojewoda sporządza końcowe sprawozdanie z realizacji wojewódzkiego planu, zawierające informacje określone w ust. 10”.	
24.	ŁÓDZKI URZĄD WOJEWÓDZKI	95ca. Pkt 2.	<p>Art. 1</p> <p>8) po art. 95c dodaje się art. 95ca w brzmieniu: „[...]2. W skład wojewódzkiej rady wchodzi:</p> <p>[...]</p> <p>3) trzech przedstawicieli Prezesa Funduszu [...]”</p> <p>W pierwotnych założeniach zmian w ustawie (projekt z 6 lipca br.) w skład wojewódzkiej rady mieli wchodzić przedstawiciele dyrektora OW NFZ. Również w radzie działającej na podstawie aktualnie obowiązujących przepisów przedstawiciel NFZ delegowany był przez dyrektora OW NFZ. Takie rozwiązanie wydaje się właściwe (wojewódzki plan transformacji powinien być tworzony we współpracy interesariuszy</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Należy mieć na uwadze, że w obecnym stanie prawnym Prezes NFZ upoważnia dyrektorów OW do prowadzenia działań w jego imieniu na obszarze poszczególnych województw.</p>

			lokalnych). Również ze względów organizacyjnych (zwoływanie posiedzeń rady) wskazanym byłoby, aby członkowie rady byli z danego województwa.	
25.	ŁÓDZKI URZĄD WOJEWÓDZKI	Art. 1 11) w art. 95i w ust. 7 pkt 4	Art. 1 11) w art. 95i w ust. 7 pkt 4 otrzymuje brzmienie: „4) planów transformacji, o których mowa w art. 95b ust. 1 i art. 95c ust. 1.”; W art. 95i ust. 7, poza brzmieniem pkt. 4 powinno się również zmienić brzmienie pkt. 3 (czyli rozszerzyć ten punkt ustawy nowelizującej o zmianę brzmienia art. 95i ust. 7 pkt 3). Obecne brzmienie: „3) właściwej mapy”, powinno być: „3) mapy, o której mowa w art. 95a ust. 1”, ponieważ będzie obowiązywała jedna mapa potrzeb zdrowotnych.	Uwaga uwzględniona Dodano w art. 95i w ust. 7 przepis pkt 3: „3) mapy, o której mowa w art. 95a ust. 1;”
26.	ŁÓDZKI URZĄD WOJEWÓDZKI	w art. 107 w ust. 5 pkt 3a	Art. 1 15) w art. 107 w ust. 5 pkt 3a otrzymuje brzmienie: „3a) sporządzanie projektu planu zakupu świadczeń;”; Obecne brzmienie art. 107 ust. 5: „Realizując kompetencje określone w ust. 1, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu:	Uwaga nieaktualna na skutek zmian po konsultacjach zewnętrznych.

			<p>[...]</p> <p>3) sporządza:</p> <p>a) projekt planu zakupu świadczeń w zakresie oddziału wojewódzkiego Funduszu, [...]”.</p> <p>Wobec powyższego nowe brzmienie pkt 3a powinno wyglądać następująco: „3a) projekt planu zakupu świadczeń [...]”</p>	
27.	ŁÓDZKI URZĄD WOJEWÓDZKI	<p>Art. 2. W ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 357, 945 i 1493) w art. 12 pkt 12.</p>	<p>Art. 2. W ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 357, 945 i 1493) w art. 12 pkt 12 otrzymuje brzmienie: „12) mapę, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy o świadczeniach,”.</p> <p>W pkt 12 Jest: „[...]„12) mapę, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy o świadczeniach,”; powinno być: „12) mapy, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy o świadczeniach, (...)”.</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Poprawiono przepis art. 3: „Art. 3. W ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 357, z późn. zm.) w art. 12 pkt 12 otrzymuje brzmienie:</p> <p>„12) mapy, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy o świadczeniach,”.”</p>
28.	ŁÓDZKI URZĄD WOJEWÓDZKI	Ogólna uwaga do projektu ustawy	W ustawie nowelizującej przewidziano mało czasu dla wojewodów na sporządzenie wojewódzkich planów transformacji w porównaniu z czasem zagwarantowanym dla ministra właściwego do spraw zdrowia na ich	<p>Uwaga częściowo uwzględniona</p> <p>Czas dla wojewodów na sporządzenie wojewódzkich planów transformacji jest optymalny. Dłuższy czas zagwarantowany dla Ministra Zdrowia jest podyktowany tym, że w jednym czasie będzie on zobligowany do oceny i weryfikacji aż 16 wojewódzkich</p>

			ocenę (projekty pierwszych wojewódzkich planów transformacji będą musiały być przekazane ministrowi właściwemu do spraw zdrowia do 31.03.2021 r., przy czym ich ustalanie prawdopodobnie rozpocznie się w styczniu 2021 r., ponieważ mają uwzględniać krajowy plan transformacji, który ma powstać do 31.12.2020 r. Odejmując czas konieczny na przekazanie projektu planu wojewódzkiego do zaopiniowania marszałkowi województwa, konwentowi powiatów, Prezesowi Funduszu oraz wojewódzkiej radzie dialogu społecznego (14 dni) oraz czas potrzebny na ewentualne korekty po uzyskaniu opinii, na sporządzenie planu pozostaje około 2 miesiące, a minister właściwy do spraw zdrowia będzie miał na ocenę gotowego materiału 3 miesiące.	planów transformacji. Ponadto wydłużono czas na przekazanie przez wojewodę projektu pierwszego wojewódzkiego planu transformacji do zatwierdzenia przez Ministra Zdrowia z 31 marca 2021 r. na 30 czerwca 2021 r.
29.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO REGIONALNE CENTRUM NAUKOWO – TECHNOLOGICZNE PODZAMCZE 45 26-060 CHĘCINY	Art. 95c Pkt2.	Proponuję dodać do punktu – a/ popularyzacja i wdrożenie wysoce-efektywnych rozwiązań badań przesiewowych b/zapewnienie bezpieczeństwa diagnostycznego w sytuacjach zagrożenia biologicznego c/ koordynacja działań wraz kontrolą	Uwaga nieuwzględniona Proponowane punkty wykraczają poza zakres mapy potrzeb zdrowotnych.

			<p>jakości usług medycznych</p> <p>d/ koordynacja potrzeb kadrowych z regionalnymi uczelniami wyższymi z uwzględnieniem liczby kandydatów na określone kierunki medyczne</p> <p>e/ okresowy audyt sprzętu medycznego w jednostkach publicznych służby zdrowia oraz ocena poziomu ich wykorzystania,</p>	
30.	<p>URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO</p> <p>REGIONALNE CENTRUM NAUKOWO – TECHNOLOGICZNE</p> <p>PODZAMCZE 45 26-060 CHĘCINY</p>	Art. 95c, Pkt 7	<p>Plan uchwała się na 7 lat i może być korygowany w odstępach 2 letnich po osiągnięciu niskich wskaźników wykonania</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Opracowywane dokumenty mają obowiązywać w średnim i długim terminie – takiego też dotyczą rekomendowane kierunki działań. Potrzeby zdrowotne mieszkańców (wynikające z procesów demograficznych i epidemiologicznych) co do zasady (z wyłączeniem chorób zakaźnych) nie ulegają tak szybkim zmianą. Dlatego przewidziano w ustawie możliwość weryfikacji i aktualizacji dokumentów w ramach oceny śródkresowej.</p>
31.	<p>URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO</p> <p>REGIONALNE CENTRUM NAUKOWO – TECHNOLOGICZNE</p> <p>PODZAMCZE 45 26-060 CHĘCINY</p>	Art. 95a	<p>Kontrolę na lokalnymi zasobami ludzkimi i sprzętowymi przesunąć do zadań wojewódzkich</p> <p>Kontrola ministerialna powinna być wypadkową stanu w województwach z uwzględnieniem migracji personelu i audytu posiadanego sprzętu</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Wojewódzkie plany transformacji mają charakter lokalny. Ponadto Urzędy Wojewódzkie biorą udział w opracowaniu wniosków i rekomendowanych kierunków działań dla danego województwa, które są integralną częścią mapy potrzeb zdrowotnych.</p>

32.	LUBUSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	<p>Art. 9. 1. W latach 2020–2029 maksymalny limit wydatków z budżetu państwa, będących konsekwencją wejścia w życie niniejszej ustawy, wynosi 23 446 860 zł, przy czym w kolejnych latach wyniesie maksymalnie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w 2020 r. – 230 400 zł; 2) w 2021 r. – 944 640 zł; 3) w 2022 r. – 2 372 460 zł; 4) w 2023 r. – 2 431 771 zł; 5) w 2024 r. – 2 699 047 zł; 6) w 2025 r. – 2 524 603 zł; 7) w 2026 r. – 2 885 945 zł; 8) w 2027 r. – 3 505 840 zł; 9) w 2028 r. – 3 032 046 zł; 10) w 2029 r. – 2 820 109 zł. <p>2. W ramach limitu, o którym mowa w ust. 1, maksymalny limit wydatków z budżetu państwa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia w kolejnych latach wyniesie maksymalnie: (...) 2) w części pozostającej w dyspozycji poszczególnych wojewodów w kolejnych latach wyniesie: 	<p>Proponuje się dodanie w art.9 ustępu 8 w brzmieniu:</p> <p>„W ramach limitu, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, zatrudnienie w urzędach wojewódzkich wyniesie 2 etaty na dany urząd.”</p> <p>Konsekwencją proponowanej zmiany konieczne będzie zwiększenie limitu wydatków dla wojewodów w art. 9. ust. 2 pkt 2 .</p> <p>Uzasadnienie: Proponowane zmiany w zakresie opracowywania map potrzeb zdrowotnych oraz planów transformacji w znaczny sposób zwiększą obciążenie pracą wojewodów. Wojewodowie realizować będą podobne zadania jak Ministerstwo Zdrowia, przy czym w Ministerstwie Zdrowia liczba etatów wzrośnie o 15, a wojewodowie mają te zadania realizować w ramach posiadanych zasobów kadrowych. Mając na względzie sukcesywne nakładanie na wojewodów dodatkowych zadań oraz zwiększanie zakresu zadań już realizowanych (np. w zakresie kształcenia podyplomowego kadr medycznych, rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, map potrzeb zdrowotnych i planów transformacji) bez dodatkowego wsparcia</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Dodano przepis ust. 8 w obecnym art. 12: „8. W ramach limitu, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, zatrudnienie w urzędach wojewódzkich nie przekroczy 2 etatów na dany urząd.” I odpowiednio zwiększono limit wydatków wojewody.</p>
-----	--------------------------	--	--	---

		<p>a) w 2020 r. – 230 400 zł, b) w 2021 r. – 944 640 zł, c) w 2022 r. – 242 064 zł, d) w 2023 r. – 248 116 zł, e) w 2024 r. – 460 800 zł, f) w 2025 r. – 230 400 zł, g) w 2026 r. – 534 387 zł, h) w 2027 r. – 1 095 493 zł, i) w 2028 r. – 561 440 zł, j) w 2029 r. – 287 738 zł.</p> <p>(...)</p> <p>7. W ramach limitu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, zatrudnienie w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia nie przekroczy 15 etatów.</p>	<p>kadrowego może prowadzić do ograniczenia wydolności, jakości i terminowości załatwianych spraw w komórkach organizacyjnych realizujących zadania w zakresie ochrony zdrowia.</p> <p>Mając powyższe na uwadze wnioskuję się o zwiększenie liczby etatów w urzędach wojewódzkich, skoro ma to miejsce w przypadku Ministerstwa Zdrowia.</p>	
33.	LUBUSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	<p>Art.95b ust. 3 u.o.ś.o.z.</p> <p>Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje projekt krajowego planu Radzie Dialogu Społecznego do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag 14 dni o dnia jego otrzymania. Nieprzedstawienie opinii w tym terminie uważa się za rezygnację z prawa do jej wyrażenia</p>	<p>Wątpliwości budzi termin publikacji corocznie przez Ministra Zdrowia informacji o realizacji wskaźników określonych w krajowym planie transformacji wskazany na dzień 31 marca roku następującego po roku, którego informacja dotyczy.</p> <p>Z uwagi na terminy okresów sprawozdawczych istnieją wątpliwości czy wszystkie niezbędne dane do obliczenia wskaźników będą</p>	<p>Uwaga częściowo uwzględniona</p> <p>Zmieniono przepis art. 95b ust. 6: „Minister właściwy do spraw zdrowia publikuje w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu obsługującego tego ministra informację o realizacji wskaźników, o których mowa w ust. 2 pkt 7. Informacja jest publikowana corocznie, w terminie do dnia 30 kwietnia roku następującego po roku, którego informacja dotyczy.”. I w art. 95c ust. 8: „8. Wojewoda publikuje w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu obsługującego wojewodę</p>

			<p>już dostępne.</p> <p>Taki sam termin (31 marca) mają wojewodowie, aby przelać do Ministra Zdrowia informację o realizacji wskaźników określonych w wojewódzkich planach transformacji - czy Minister Zdrowia nie będzie wykorzystywał informacji przesłanych przez wojewodów?</p>	<p>informację o realizacji wskaźników, o których mowa w ust. 2 pkt 7, i przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Informacja jest publikowana corocznie, w terminie do dnia 30 kwietnia roku następującego po roku, którego informacja dotyczy.”.</p> <p>Minister Zdrowia monitoruje corocznie wartości wskaźników określające stan realizacji krajowego planu transformacji, a wojewoda wartości wskaźników określające stan realizacji wojewódzkiego planu.</p>
34.	LUBUSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	<p>Art.95c ust. 8 ustawy o ś o.z.</p> <p>8. Wojewoda publikuje w Biuletynie Informacji Publiczne na stronie podmiotowej wojewody informację o realizacji wskaźników określonych w wojewódzkim planie i przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Informacja jest publikowana corocznie, w terminie do dnia 31 marca roku następującego po roku, którego informacja dotyczy.</p>	<p>błąd techniczny - „Biuletynie Informacji Publiczne” - brak litery „j” w słowie Publicznej</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Zmieniono przepis art. 95c ust. 8: „8. Wojewoda publikuje w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu obsługującego wojewodę informację o realizacji wskaźników, o których mowa w ust. 2 pkt 7, i przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Informacja jest publikowana corocznie, w terminie do dnia 30 kwietnia roku następującego po roku, którego informacja dotyczy.”.</p>
35.	LUBUSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	<p>Art.95ca ust. 4 ustawy o ś o.z.</p>	<p>Wskazane jest doprecyzowanie, czy w przypadku niezgłoszenia przez właściwy organ kandydata do Wojewódzkiej Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych - wojewoda wskazuje członka spośród przedstawicieli danego organu, czy z jakiegokolwiek instytucji (np. urzędu</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Członkiem wojewódzkiej rady do spraw potrzeb zdrowotnych może być osoba posiadająca wiedzę i doświadczenie w zakresie organizacji ochrony zdrowia i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dające rękojmię prawidłowego wypełniania obowiązków członka. Członków</p>

			wojewódzkiego).	wojewódzkiej rady będzie powoływał wojewoda, na wniosek właściwych organów lub podmiotów. W przypadku niezgłoszenia kandydata do rady przez właściwe organy lub podmioty, w terminie 14 dni od powiadomienia przez wojewodę o zamiarze powołania rady lub zmianach w jej składzie, członka wskazuje wojewoda.
36.	LUBUSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	Art.95ca ust. 8	<p>Wątpliwości budzi termin publikacji corocznie przez wojewodę informacji o realizacji wskaźników określonych w wojewódzkim planie transformacji wskazany na dzień 31 marca roku następującego po roku, którego informacja dotyczy. Informacja jest przekazywana także do Ministra Zdrowia.</p> <p>Z uwagi na terminy okresów sprawozdawczych są wątpliwości, czy wszystkie niezbędne dane do obliczenia wskaźników będą już dostępne.</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Wydłużono termin publikacji wskaźników z 31 marca na 30 kwietnia. Poprawiono zapis w art. 95c ust. 8: „8. Wojewoda publikuje w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu obsługującego wojewodę informację o realizacji wskaźników, o których mowa w ust. 2 pkt 7, i przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Informacja jest publikowana corocznie, w terminie do dnia 30 kwietnia roku następującego po roku, którego informacja dotyczy.”.</p>
37.	LUBUSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	Art. 3 opiniowanej ustawy dot. ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym - art. 12 ust. 9	<p>Proponuje się usunięcie zapisu art. 12 ust. 9 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.</p> <p>Zapis budzi wątpliwości co do zasadności przekazywania przez wojewodę do organu stanowiącego jednostki samorządu terytorialnego opinii o stwierdzeniu niezgodności</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Kluczowym elementem podejmowanych interwencji w ochronie zdrowia jest fakt, że odpowiadają one na rzeczywiste potrzeby zdrowotne społeczności. W tym kontekście zasadna jest ocena celowości podejmowanych działań w województwie. Jednocześnie jednostki samorządu terytorialnego ze względu na swój charakter</p>

			<p>zadań realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego z planami transformacji.</p> <p>Zwrócić należy uwagę, że zgodnie z ustawą o zdrowiu publicznym obowiązkowi sprawozdawczemu podlegają wszystkie działania z zakresu zdrowia publicznego, także te które nie wpisują się w katalog zadań określonych w Narodowym Programie Zdrowia, bądź nie są zgodne z obecnie obowiązującymi priorytetami regionalnej polityki zdrowotnej (w przyszłości planem transformacji), ale wpisujących się w zadania w zakresie zdrowia publicznego. Przesyłanie do samorządu informacji o niezgodności zadań realizowanych z planami transformacji może działać zniechęcająco i doprowadzić do rezygnacji z działań w zakresie zdrowia publicznego, które mają dużo szerszy zakres.</p>	<p>i własny budżet mogą w jego ramach decydować o podejmowanych inicjatywach.</p>
38.	PREZYDIUM NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ	Ogólna uwaga do projektu ustawy	<p>Prezydium Naczelnej Izby Lekarskiej negatywnie ocenia przedmiotowy projekt. Prezydium Naczelnej Izby Lekarskiej uważa, iż mapy potrzeb zdrowotnych powinny być tworzone i analizowane na terenie danego województwa, gdyż na poziomie lokalnym najpełniej i najbardziej precyzyjnie można określić potrzeby</p>	<p>Uwaga częściowo uwzględniona</p> <p>Mapa potrzeb zdrowotnych jest opracowywana w porozumieniu z Urzędami Wojewódzkimi. Dodano przepis art. 95a ust. 3: „3. Minister właściwy do spraw zdrowia, w celu realizacji zadania określonego w ust. 1, aktywnie współpracuje w wojewodami w zakresie określania w mapie</p>

			zdrowotne społeczeństwa.	rekomendowanych kierunków działań dla danego województwa.”
39.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO	Art. 95a ust. 3 ustawy zmienianej, zgodnie z którym mapa potrzeb zdrowotnych sporządzana będzie na okres 7 lat	<p>Z uwagi na dynamicznie zmieniające się potrzeby zdrowotne ludności wydaje się, iż zaproponowany okres obowiązywania mapy potrzeb zdrowotnych jest zbyt długi, co w konsekwencji może doprowadzić do spóźnionego dostosowywania rynku usług zdrowotnych do jego realnych potrzeb.</p> <p>Z uwagi na powyższe proponuje się, aby okres obowiązywania mapy potrzeb zdrowotnych był krótszy – np. spójny z okresem na jaki kwalifikowani są świadczeniodawcy do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (na 4 lata).</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Potrzeby zdrowotne ludności nie zmieniają się dynamicznie. Zaproponowany okres obowiązywania mapy potrzeb zdrowotnych jest optymalny, ponadto mapa jest poddawana corocznej aktualizacji z zakresu analiz demograficznych i epidemiologicznych, analiz stanu i wykorzystania zasobów, w tym personelu medycznego. A krajowy i wojewódzki plan transformacji, stanowiący dokument wdrażający wnioski płynące z mapy i rekomendowane kierunki działań w niej określone, może być zaktualizowany po 4 latach realizacji w skutek osiągnięcia założonych wartości wskaźników przed upływem okresu 7 lat lub identyfikacji nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań.</p>
40.	CENTRUM E-ZDROWIA	Ogólna uwaga do projektu ustawy	Projekt ustawy przewiduje, iż OCI będą wydawane na podstawie krajowego i wojewódzkich planów transformacji konieczne będzie uwzględnienie w Ocenie Skutków Regulacji kosztów dostosowania systemu IOWISZ do projektowanej zmiany zarówno na poziomie ustawy	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>W OSR w punkcie 11 jest przewidziana konieczność nowelizacji m. in. tych dwóch rozporządzeń Ministra Zdrowia:</p> <p>– rozporządzenia w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla</p>

			oraz ewentualnie wszelkich zmian jakie wynikną z uwagi na wydanie nowych aktów wykonawczych, minimum w zakresie wzorów formularzy i treści kryteriów.	inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, – rozporządzenia w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.
41.	CENTRUM E-ZDROWIA	Ogólna uwaga do projektu ustawy	Projektowana ustawa powinna również uwzględniać czas na wprowadzenie odpowiednich zmian w systemie przy czym nie powinien to być okres krótszy niż 3 miesiące od określenia ostatecznego kształtu ustawy i rozporządzeń w sprawie formularzy Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. Jednakże wskazać w tym miejscu należy, że zarówno czas ten jak i koszty są uzależnione od zakresu zmian, który w chwili obecnej nie jest znany i nie wynika jednoznacznie z projektowanej ustawy.	Uwaga nieuwzględniona Zmiana wynikająca z konieczności dostosowania do nowej ustawy obejmować będzie zmianę treści pojedynczych pytań (odniesienie do planów transformacji, a nie priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej) nie wpływając na konstrukcję całego kwestionariusza ani logikę punktacji. Z całą pewnością nie ma podstaw do twierdzenia, że taka zmiana wymagałaby 3 miesięcy pracy.
42.	CENTRUM E-ZDROWIA	Ogólna uwaga do projektu ustawy	Dodatkowo podkreślić należy, że na podstawie uzyskanych informacji od Właściciela Biznesowego (Departament Oceny Inwestycji w Ministerstwie Zdrowia) w lipcu br., iż nie są planowane prace rozwojowe systemu w 2021 r., nie zostały uwzględnione żadne koszty na	Uwaga nieuwzględniona Nieuzasadnione koszty, cały zakres zmian polega na podmianie nazwy dokumentów z Priorytetów dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej na plany transformacji.

			<p>rozwój IOWISZ na etapie planowania budżetu na 2021 r., w związku z tym niezbędne jest zapewnienie środków finansowych na realizację prac mających na celu dostosowanie go do projektowanych przepisów i uwzględnienie tych kosztów w OSR do projektowanej ustawy.</p> <p>Koszty dostosowania IOWISZ oszacowano na poziomie: 195 714,00 zł.</p> <p>Na koszty składają się: koszty wydatków płacowych dla pracowników dedykowanego zespołu odpowiedzialnego za wprowadzenie zmian w IOWISZ:</p> <p>1) łącznie - Wykonawca: 171 864 zł;</p> <p>2) Zespół CeZ: 0,5 etatu przez 3 miesiące: 23 850 zł (wartość etatu kalkulacyjnego wraz z pochodnymi – 15 900 zł).</p>	
43.	CENTRUM E-ZDROWIA	Proponuje się dokonanie zmian w obrębie art. 27 ustawy o zmianę ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 702 i 1493)	Jednocześnie rozważyć należy rozszerzenie zakresu przedmiotowej ustawy o zmianę ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 702 i 1493) w zakresie art. 27 odpowiedzialnego za Systemem Monitorowania Dostępności do Świadczeń Opieki	Uwaga nieuwzględniona Uwaga poza zakresem projektu ustawy.

			<p>Zdrowotnej. Zgodnie z obecnym brzmieniem przywołanego przepisu administratorem danych przetwarzanych w Systemie Monitorowania Dostępności do Świadczeń Opieki Zdrowotnej jest minister właściwy do spraw zdrowia zaś administratorem systemu jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia. Jednakże wskazać należy, że istotnie System Monitorowania Dostępności do Świadczeń Opieki Zdrowotnej jest systemem teleinformatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z czym CeZ proponuje nadanie art. 27 następującego brzmienia:</p> <p>„Art. 27. 1. Systemem Monitorowania Dostępności do Świadczeń Opieki Zdrowotnej jest system teleinformatyczny Narodowego Funduszu Zdrowia, w którym przetwarzane są dane i informacje, o których mowa w art. 23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, gromadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p> <p>2. Administratorem danych</p>	
--	--	--	--	--

			przetwarzanych w Systemie Monitorowania Dostępności do Świadczeń Opieki Zdrowotnej jest Narodowy Fundusz Zdrowia.”.	
44.	LUBELSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	<p>art. 3 dot. zmian w ustawie o zdrowiu publicznym, m. In. zapis pkt 1) ust. 5 otrzymuje brzmienie:</p> <p>„5. Wojewoda na podstawie informacji, o których mowa w ust. 2, przygotowuje informację zbiorczą wraz z opinią dotyczącą zgodności zrealizowanych lub podjętych zadań z planami transformacji...”</p> <p>art. 6 ust. 2 Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują swoją moc do dnia 30 czerwca 2021 r.</p>	<p>Określona ważność PRPZ do dnia 30 czerwca 2021 i pierwszego wojewódzkiego planu transformacji od dnia 1 lipca 2021 r., spowoduje problem w 2022 roku w zakresie przygotowania przez Wojewodę informacji zbiorczej wraz z opinią dotyczącą zgodności zrealizowanych lub podjętych zadań przez jednostki samorządu terytorialnego w 2021 roku z planami transformacji. Ponadto do dnia 30 września 2021 r. Wojewoda będzie przekazywał do MZ informację zbiorczą za 2020 r. wraz z opinią, gdzie w tym roku będą obowiązywać jeszcze PRPZ.</p>	<p>Uwaga nieaktualna na skutek zmian po konsultacjach zewnętrznych.</p> <p>Zgodnie z art. 7 ust. 2 priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia 31 grudnia 2021 r. A pierwszy wojewódzki plan, o którym mowa w art. 95c ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, wojewoda ustala na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2027 r.</p> <p>Z uwagi na datę wejścia w życie dokumentów należy oczekiwać, że ocena zgodności będzie dotyczyła wyłącznie okresu od 1 stycznia 2022 r.</p>
45.	LUBELSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	<p>art. 9 ust. 7 w swojej treści zawiera zatrudnienie w MZ – 15 etatów</p>	<p>Powinna być również uwzględniona liczba 2 etatów w poszczególnych Urzędach Wojewódzkich, mając na względzie przypisane wojewodom zadania w zakresie wojewódzkich planów transformacji. Przy obecnym stanie zatrudnienia nie jest możliwa realizacja przypisanych zadań.</p> <p>Szacowany koszt wynagrodzenia na 1</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Dodano przepis ust. 8 w obecnym art. 12: „8. W ramach limitu, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, zatrudnienie w urzędach wojewódzkich nie przekroczy 2 etatów na dany urząd.” I odpowiednio zwiększono limit wydatków wojewody.</p> <p>Jednakże, należy mieć na uwadze, że w</p>

			<p>etat miesięcznie wyniesie 6.200,00 brutto – roczny 74.400,00 x 2 = 148.800,00.</p> <p>W związku z tym, należy uzupełnić uwagę o koszty zatrudnienia pracowników wykonujących zadania przypisane wojewodom i zabezpieczenie środków w rezerwie celowej budżetu państwa.</p>	<p>projekcie ustawy koszt zatrudnienia pracowników został oszacowany inaczej. Szczegóły w OSR lub w załączniku.</p>
46.	LUBELSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	<p>art. 9 ust. 2 pkt 2 – limit środków pozostających wojewodom w poszczególnych latach winien uwzględniać zabezpieczenie kosztów opisanych w uwagach nr 2 i 4 we wszystkich latach.</p>	<p>Limit środków nie zawiera kosztów 2 etatów w każdym Urzędzie Wojewódzkim oraz funkcjonowania wojewódzkiej rady.</p> <p>Z uwagi na brak finansowania ww. zadań konieczne jest zapewnienie środków i ujęcie ich zarówno w OSR jak i wskazanym przepisie.</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Dodano przepis ust. 8 w obecnym art. 12: „8. W ramach limitu, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, zatrudnienie w urzędach wojewódzkich nie przekroczy 2 etatów na dany urząd.” I odpowiednio zwiększono limit wydatków wojewody.</p>
47.	LUBELSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	<p>Art.1 pkt 8) ust. 13 projektu</p>	<p>otrzymuje brzmienie:</p> <p>„ust. 13 . Koszty funkcjonowania wojewódzkiej rady są pokrywane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji wojewody”</p> <p>Według oceny skutków regulacji do projektowanych zmian, koszty funkcjonowania rady do spraw potrzeb zdrowotnych przyjęto na poziomie 400 zł za 1 dzień pracy w przeliczeniu na 1 członka. Ponadto planuje się, że Rada będzie spotykała się co miesiąc w ciągu pierwszego 1,5</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Wejście w życie niniejszej ustawy nastąpi najwcześniej na koniec 2020 r. Uwzględniono powyższe w poprawionej kalkulacji.</p>

			<p>roku tworzenia planu transformacji, natomiast w latach następnych w cyklu 7 letnim kadencji ok. 3- 6 razy do roku. W 2020 r. koszty skalkulowane powinny być od dnia 1 października, tj. na 3 miesiące. Jako źródło pokrycia ewentualnych kosztów w ocenie skutków regulacji ww. wymienionego projektu ustawy w przypadku zadań nałożonych na wojewodów wskazano środki pozostające w dyspozycji części 85 - województwa. W wydatkach zaplanowanych w budżecie Wojewody Lubelskiego na 2020 r. nie ma możliwości zabezpieczenia środków na finansowanie przedmiotowych zadań. W związku z powyższym, realizacja nałożonych na wojewodę zadań wynikających z projektowanej ustawy będzie możliwa jedynie w przypadku uzyskania dodatkowego wsparcia środkami rezerwy celowej budżetu państwa. Skutki finansowe projektowanej zmiany powinny też znaleźć odzwierciedlenie w projekcie ustawy budżetowej na 2021 r. oraz w budżetach na kolejne lata.</p>	
48.	NIZP - PZH	Art 1 pkt 7.	<p>Zadania, które mają realizować plany transformacji są opisane niezwykle skrótowo. Nie wiadomo jakich zagadnień będą dotyczyły, jaki będzie</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Dokument wskazuje na konieczność zawarcia w planach transformacji działań, które mają być podjęte dla realizacji</p>

			<p>poziom ich szczegółowości oraz poziom oddziaływania na rzeczywistość ochrony zdrowia. Nie jest też określone, jaka będzie rola i znaczenie tego planu vs wszystkie pozostałe plany strategiczne i polityki zdrowotne przygotowywane przez ministerstwo właściwe do spraw zdrowia i inne instytucje współpracujące z ministerstwem. Spowoduje to albo rozejście się planu z rzeczywistymi potrzebami, albo jego niepraktyczną ogólność.</p>	<p>wniosków i rekomendowanych kierunków działań zawartych w mapie potrzeb zdrowotnych. Szczegółowe opisanie zawartości dokumentu jest niecelowe ze względu na potencjalną różnorodność stanów faktycznych i interwencji, które zostaną w nim zawarte. Jednocześnie zgodność z MPZ i innymi dokumentami strategicznymi będzie weryfikowana przez Ministra Zdrowia.</p>
49.	NIZP - PZH	Art 1 pkt 7.	<p>Z proponowanego zapisu projektu ustawy wynika, że wpływ planu (choćby ze względu na jego wynikanie z map potrzeb zdrowotnych) na działanie systemu ochrony zdrowia może być bardzo duży. Nie proponuje się jednak żadnego mechanizmu uzgadniania tego planu z innymi dokumentami strategicznymi ministerstwa właściwego do spraw zdrowia, nie ma także mechanizmu konsultacji planu z przedstawicielami organizacji reprezentujących interesariuszy systemu ochrony zdrowia. Proponowane konsultacje tylko z Radą Dialogu Społecznego, w tym termin, należy uznać za bardzo daleko niewystarczające, zważywszy potencjalny zakres szczegółowości</p>	<p>Uwaga częściowo uwzględniona</p> <p>Dodano przepis art. 95 ust. 3: „3. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje projekt krajowego planu Radzie Dialogu Społecznego oraz Prezesowi Funduszu, Prezesowi Agencji, Dyrektorowi Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag 30 dni od dnia jego otrzymania. Niewydanie opinii w tym terminie jest równoznaczne z opinią pozytywną.”.</p> <p>Zgodność z dokumentami z strategicznymi Ministra Zdrowia będzie badana przez niego na etapie oceny planu transformacji przed jego publikacją.</p>

			planu. 14 dni na przygotowanie opinii w sprawie zapewne szczegółowego dokumentu to zdecydowanie za krótki czas.	
50.	NIZP - PZH	Art 1 pkt 7.	Dynamika trendów w systemie ochrony zdrowia jest bardzo duża. Wynika ze zmian społecznych, medycznych, technologicznych i w zakresie środowiska naturalnego. 7 letnia perspektywa planu jest słuszna, ze względu na uniezależnienie go od cykli politycznych. Jednak rewizja planu w połowie czasu jego obowiązywania jest zbyt późna, rzeczywistość w wymienionych aspektach może spowodować jego całkowitą dezaktualizację. Proponuje się wprowadzenie corocznego przeglądu realizacji planu, z możliwością jego modyfikacji - zarówno na poziomie kraju, jak i województw.	Uwaga nieuwzględniona Celem nowelizacji ustawy jest wprowadzenie systemu planowania strategicznego w ochronie zdrowia – umożliwienie funkcjonowania systemu, w którym działania są planowane z należyтым wyprzedzeniem, a także jest przewidziany horyzont czasowy oraz środki finansowe na ich realizację. Opracowywane dokumenty mają obowiązywać w średnim i długim terminie – takiego też dotyczą rekomendowane kierunki działań. Potrzeby zdrowotne mieszkańców (wynikające z procesów demograficznych i epidemiologicznych) co do zasady (z wyłączeniem chorób zakaźnych) nie ulegają tak szybkim zmianą. Dlatego przewidziano w ustawie możliwość weryfikacji i aktualizacji dokumentów w ramach oceny śródkresowej, czyli po 4 latach obowiązywania. Ponadto realizacja planu transformacji będzie monitorowana corocznie przy pomocy wskaźników określonych w planie.
51.	NIZP - PZH	Komentarz do Oceny Skutków Regulacji	Wydaje się, że zakres planu będzie bardzo szeroki. Zatem planowane zasoby w sensie liczby analityków zaangażowanych w jego	Uwaga nieuwzględniona OSR opracowany jest w oparciu o dotychczasowe doświadczenia i współpracę.

			przygotowanie, ich kompetencji (patrząc na poziom wynagrodzeń) i termin przygotowania planu są nierealistycznie małe, jeśli przyjąć, że plan ma rzeczywiście skutecznie oddziaływać na system ochrony zdrowia. Warto zwrócić uwagę, że OSR nie przewiduje żadnych środków na konsultacje planu z ekspertami, co wydaje się przecież niezbędne.	
52.	NIZP - PZH	Komentarz do Oceny Skutków Regulacji	Wojewódzkie plany transformacji wymagają przygotowania analitycznego. Środki przewidziane na działanie Rad do spraw Potrzeb Zdrowotnych będą finansować spotkania tych rad, ale nie przygotowanie planów. Tymczasem jest to praca analityczna w skali podobnej do pracy analitycznej na poziomie krajowym.	Uwaga uwzględniona W projekcie ustawy dodano 2 etaty w poszczególnych Urzędach Wojewódzkich, mając na względzie przypisane wojewodom zadania w zakresie tworzenia wojewódzkich planów transformacji oraz przy opracowywaniu wniosków i rekomendowanych kierunków działań do kolejnej edycji mapy.
53.	KRAJOWA IZBA FIZJOTERAPEUTÓW	art. 95ca	Krajowa Rada Fizjoterapeutów informuje, iż zgłasza uwagę do przepisu art. 95ca ww. ustawy, na mocy którego tworzy się wojewódzką radę do spraw potrzeb zdrowotnych. W ocenie Krajowej Rady Fizjoterapeutów skład ww. rady powinien zostać uzupełniony o przedstawicieli samorządów zawodów medycznych, w tym przedstawiciela Krajowej Izby Fizjoterapeutów (zwanej dalej „KIF”). Należy zwrócić uwagę, iż zadaniem	Uwaga nieuwzględniana Nie ma możliwości, aby w wojewódzkiej radzie do spraw potrzeb zdrowotnych umieścić wszystkich przedstawicieli samorządów zawodów medycznych. Aktualnie działająca rada w swym składzie ma ok. 100 członków, co wpływa negatywnie na efektywność pracy takiej rady. W tak szerokim składzie rady podjęcie jakiegokolwiek decyzji, co do konkretnych działań jest bardzo trudna do osiągnięcia. Dlatego w projektowanej ustawie

			<p>ww. rady jest opracowanie projektu, monitorowanie i aktualizacja wojewódzkiego planu transformacji, który obejmuje - zgodnie z art. 95c ust. 2 ustawy - problemy zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej, działania w tych obszarach, podmioty odpowiedzialne za realizację tych działań, szacowanie ich skutków finansowych, oczekiwane rezultaty wynikające z ich realizacji oraz wskaźniki realizacji poszczególnych działań, w tym określające zabezpieczenie określonych zakresów świadczeń opieki zdrowotnej. Należy podkreślić, iż samorzady zawodowe, w tym KIF, dysponują pełną, kompleksową wiedzą i informacją w przedmiocie objętym wojewódzkim planem transformacji (w tym informacją o problemach zdrowotnych i wyzwaniach organizacji systemu). Doświadczenie oraz wiedza przedstawiciela samorządu zawodowego w istocie zagwarantuje rzetelność w opracowaniu oraz monitorowaniu ww. planu.</p>	<p>zaproponowano istotne zmiany, które postużą poprawie procesu, tj. zmniejszenie liczby członków wojewódzkiej rady, gdzie praca nad opracowaniem projektu, monitorowaniem i aktualizacją wojewódzkiego planu będzie możliwa do wykonania ze względu na ograniczenie członków o zróżnicowanych interesach.</p>
54.	KRAJOWA IZBA FIZJOTERAPEUTÓW	Ogólna uwaga do projektu ustawy	<p>Proponuje się wprowadzenie bezpośredniego dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych dla świadczeniobiorców legitymujących się orzeczeniem, o którym mowa w</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Proponowane postulaty wykraczają poza zakres nowelizowanej ustawy.</p>

			<p>art. 47 ust. lb ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.) oraz nielimitowego finansowania świadczeń realizowanych w programach zdrowotnych: leczenie dzieci ze śpiączką i leczenie dorosłych chorych ze śpiączką poprzez następujące zmiany:</p> <p>1) w art. 59 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2 i 3 w brzmieniu:</p> <p>„2. Świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 47 ust. lb, przysługuje świadczenie z zakresu rehabilitacji leczniczej bez skierowania.</p> <p>3. Świadczenia, o których mowa w ust. 2, są udzielane po przedstawieniu orzeczenia, o którym mowa w art. 47 ust. lb.";</p> <p>2) w art. 136 w ust. 2 pkt la otrzymuje brzmienie:</p> <p>„la) z zakresu rehabilitacji leczniczej lub programu zdrowotnego leczenie dzieci ze śpiączką lub leczenie dorosłych chorych ze śpiączką w części dotyczącej świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 47 ust. la i lb,</p>	
--	--	--	--	--

			kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, jest zmieniana przez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych oraz wykonania tej umowy;"	
55.	KRAJOWA IZBA FIZJOTERAPEUTÓW	Ogólna uwaga do projektu ustawy	<p>Powyższe propozycje mają na celu zapewnienie spójności z przepisami ustawy z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz. U. 2018 r. poz. 932), które o ile zapewniają nielimitowe finansowanie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej to już nie zapewniają zachowania ciągłości prowadzenia terapii szczególnie tej prowadzonej w warunkach ambulatoryjnych i domowych. Każdorazowa konieczność uzyskania skierowania powoduje zakłócenie wdrożonego procesu fizjoterapii oraz ponownego jego planowania, co ogranicza dostęp do świadczeń dla tej wymagającej szczególnego traktowania grupy świadczeniobiorców. Należy w tym miejscu również dodać, że rozwiązania mające na celu wprowadzenie nielimitowego finansowania świadczeń, których podstawą są świadczenia rehabilitacyjne nie uwzględniły swym</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Proponowane postulaty wykraczają poza zakres nowelizowanej ustawy.</p>

			<p>zakresem świadczeń realizowanych w programach zdrowotnych: leczenie dzieci ze śpiączką jak również leczenie dorosłych chorych ze śpiączką. Programy te ujęte zostały jako zakresy skojarzone, tym samym nielimitowe świadczenia w okresie od lipca 2018 roku do 8 marca br. Niestety na skutek wejścia w życie zarządzenia nr 13/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 6 lutego br. zakresy skojarzone dla tych zakresów zostały usunięte, pomimo że odbiorcami tych świadczeń są głównie osoby posiadające orzeczenia o niepełnosprawności, a podstawą udzielanych świadczeń jest właśnie rehabilitacja dla uczestników programu.</p> <p>Świadczenia rehabilitacyjne są niezwykle istotnym elementem wsparcia z punktu widzenia osób niepełnosprawnych, ponieważ pozwalają na niwelowanie barier fizycznych i podniesienie lub utrzymanie sprawności fizycznej. Należy podkreślić, że wedle analizy desk reseorch dostęp do rehabilitacji leczniczej jest problematyczny m.in. ze względu na brak bezpośredniego do niej dostępu w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych, brak możliwości</p>	
--	--	--	--	--

			<p>samodzielnego zapewnienia tego typu usług, niedopasowanie skali zabiegów do faktycznych potrzeb.</p> <p>etiologię i rodzaj schorzenia oraz zakres niepełnosprawności, które determinują stopień obniżenia sprawności motorycznych i psychofizyczne możliwości aktywności. Mówiąc o osobie niepełnosprawnej na skutek dysfunkcji narządu ruchu należy mieć na uwadze osoby o ograniczonej sprawności wskutek zmian chorobowych lub urazowych centralnego układu nerwowego, bądź zmian w zakresie układu kostnego, mięśniowego lub nerwowego (obwodowego).</p> <p>Bezspornym wydaje się potrzeba podejmowania działań zmierzających do umożliwienia osobom niepełnosprawnym uzyskania i utrzymania możliwie największej niezależności, pełnych możliwych do uzyskania zdolności fizycznych, umysłowych, społecznych i zawodowych oraz pełnego włączenia i udziału we wszystkich aspektach życia. Celem rehabilitacji jest uruchomienie mechanizmów kompensujących polegających na zastąpieniu uszkodzonych lub zaburzonych funkcji organizmu</p>	
--	--	--	---	--

			<p>innymi. U podstaw kompensacji leży fakt, że organizm ludzki charakteryzuje się pewną dynamiką i zdolnością adaptacji do zaistniałych zmian.</p> <p>Dlatego tak ważną rolę odgrywa właśnie rehabilitacja, która winna być wdrożona jak najwcześniej i kontynuowana adekwatnie do indywidualnych potrzeb pacjentów. Nie bez znaczenia jest również aspekt bezpośredniego dostępu rozumianego również jako dostęp do fizjoterapeuty odpowiedzialnego za przebieg terapii usprawniającej, który polega nie tylko na ustalaniu planu samej fizjoterapii, lecz również na śledzeniu postępu i skutków jej realizacji, a także wykorzystywaniu możliwości korekty określonych działań. Podjęta w tych przypadkach profilaktyka wtórnej niepełnosprawności, w szerokim znaczeniu tego słowa, obejmuje działania przeciwdziałające pogłębianiu i poszerzaniu się niepełnosprawności.</p>	
56.	KRAJOWA IZBA FIZJOTERAPEUTÓW	art. 20 ust. 11:	W opinii samorządu zawodowego fizjoterapeutów konieczne jest również wypełnienie luki prawnej związanej z pominięciem Krajowej Rady Fizjoterapeutów w wydawaniu niektórych aktów wykonawczych do	Uwaga nieuwzględniona Proponowane postulaty wykraczają poza zakres nowelizowanej ustawy.

			<p>ustawy mających istotny wpływ na organizację opieki zdrowotnej, czy też udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym fizjoterapeutycznych, w sytuacji gdy istnieje ustawowy obowiązek zasięgnięcia opinii innych samorządów zawodów medycznych. Podobnie jak w przypadku innych zawodów medycznych również w przypadku samorządu zawodowego fizjoterapeutów podstawę ustrojową samorządu stanowi art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej. Z uwagi na wprowadzenie ustawą z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, niezależnego samorządu fizjoterapeutów, podkreślając jednocześnie racjonalność prawodawcy, tworzącego system prawny logiczny i wewnętrznie spójny, w ocenie Krajowej Rady Fizjoterapeutów zasadnym jest uzupełnienie o Krajową Radę Fizjoterapeutów przepisów art. 20 ust. 11, art. 27 ust. 3, art. 33a ust. 2, art. 42k ust. 1, art. 131c ust. 2 pkt 5, art. 190 ust. 1.</p> <p>W związku z tym KIF wnosi o nadanie wskazanym przepisom następującego brzmienia:</p> <p>1) w art. 20 ust. 11:</p>	
--	--	--	---	--

			„11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Krajowej Rady Fizjoterapeutów, kryteria medyczne, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących, uwzględniając aktualną wiedzę medyczną.”;	
57.	KRAJOWA IZBA FIZJOTERAPEUTÓW	w art. 27 ust. 3:	„3. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Krajowej Rady Fizjoterapeutów, określi, w drodze rozporządzenia, organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą objętymi obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcącymi się w szkołach ponadpodstawowych do ich ukończenia, a także zakres informacji przekazywanych wojewodzie o świadczeniodawcach sprawujących profilaktyczną opiekę nad tymi osobami, uwzględniając profilaktykę stomatologiczną i	Uwaga nieuwzględniona Proponowane postulaty wykraczają poza zakres nowelizowanej ustawy.

			promocję zdrowia, a w przypadku dzieci i młodzieży kształcącej się w szkołach - profilaktykę w środowisku nauczania.";	
58.	KRAJOWA IZBA FIZJOTERAPEUTÓW	w art. 33a ust. 2:	<p>„2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Rady Fizjoterapeutów, określi, w drodze rozporządzenia;</p> <p>1) sposób i tryb kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych,</p> <p>2) dokumentację wymaganą przy kierowaniu osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, w tym wzory: wniosku o wydanie skierowania do zakładu, zaświadczenia lekarskiego oraz wywiadu pielęgniarskiego,</p> <p>3) sposób ustalania odpłatności za pobyt w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych</p> <p>- uwzględniając konieczność ujednolicenia trybu kierowania do zakładów oraz możliwość weryfikacji celowości skierowania do</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Proponowane postulaty wykraczają poza zakres nowelizowanej ustawy.</p>

			zakładów.";	
59.	KRAJOWA IZBA FIZJOTERAPEUTÓW	w art. 42k ust. 1:	„1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Krajowej Rady Fizjoterapeutów określi, w drodze rozporządzenia, sposób i kryteria ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane zakresy świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając aktualną, opartą na potwierdzonych dowodach naukowych wiedzę i praktykę medyczną oraz kierując się potrzebą właściwej realizacji przepisów o koordynacji.";	Uwaga nieuwzględniona Proponowane postulaty wykraczają poza zakres nowelizowanej ustawy.
60.	KRAJOWA IZBA FIZJOTERAPEUTÓW	w art. 131c w ust. 3 pkt 5:	„5) koszty związane z realizacją staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentystów, oraz specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych oraz fizjoterapeutów;"	Uwaga nieuwzględniona Proponowane postulaty wykraczają poza zakres nowelizowanej ustawy.
61.	KRAJOWA IZBA FIZJOTERAPEUTÓW	w art. 190 ust. 1:	„1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Rady Fizjoterapeutów, określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji	Uwaga nieuwzględniona Proponowane postulaty wykraczają poza zakres nowelizowanej ustawy.

			<p>przetwarzanych przez świadczeniodawców, w tym sposób obliczania średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji, w tym w harmonogramie przyjęć, oraz ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Funduszowi lub innemu podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji oraz wzory dokumentów, biorąc pod uwagę zakres zadań wykonywanych przez te podmioty oraz uwzględniając potrzebę ochrony danych osobowych."</p>	
62.	KRAJOWA IZBA FIZJOTERAPEUTÓW	<p>art. 459 pkt 5 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce</p>	<p>W konsekwencji zmiany wskazanej w pkt 5 powyżej proponuje się wprowadzić zmianę w art. 459 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce poprzez nadanie następującego brzmienia:</p> <p>„5) realizacją zadań związanych z prowadzeniem podyplomowego kształcenia w celu zdobywania specjalizacji przez lekarzy, lekarzy dentyistów, lekarzy weterynarii, farmaceutów, pielęgniarki i położne,</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Proponowane postulaty wykraczają poza zakres nowelizowanej ustawy.</p>

			<p>diagnostów laboratoryjnych oraz fizjoterapeutów;"</p> <p>Celem proponowanej zmiany jest wypełnienie istniejącej luki prawnej. Należy bowiem wskazać, że nie ma żadnego uzasadnienia merytorycznego do wyłączenia fizjoterapeutów jako jedynej grupy zawodowej z art. 459 pkt 5 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.</p>	
63.	<p>FEDERACJA ZWIĄZKÓW PRACODAWCÓW OCHRONY ZDROWIA „POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE”</p>	Ogólna uwaga do projektu ustawy	<p>Przy tworzeniu krajowych planów powinno uwzględniać się zdanie organizacji reprezentujących świadczeniodawców jako praktyków znających realia systemu.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Zdanie praktyków systemu jest brane pod uwagę poprzez korzystanie z wiedzy i doświadczenia m. in. konsultantów krajowych.</p>
64.	<p>FEDERACJA ZWIĄZKÓW PRACODAWCÓW OCHRONY ZDROWIA „POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE”</p>	Ogólna uwaga do projektu ustawy	<p>Podobnie dla wojewódzkich planów należy brać pod uwagę opinie organizacji wojewódzkich zrzeszających świadczeniodawców.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Zdanie praktyków systemu jest brane pod uwagę poprzez korzystanie z wiedzy i doświadczenia m. in. konsultantów wojewódzkich i innych ekspertów w dziedzinie zdrowia. Dodano w art. 95ca w ust. 9, że wojewódzka rada, która opracowuje projekt wojewódzkiego planu, może zasięgać opinii konsultantów wojewódzkich w ochronie zdrowia, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia innych ekspertów w dziedzinie zdrowia.</p>

65.	FEDERACJA ZWIĄZKÓW PRACODAWCÓW OCHRONY ZDROWIA „POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE”	Ogólna uwaga do projektu ustawy	W skład rady wojewódzkiej powinno się włączyć minimum dwóch przedstawicieli organizacji świadczeniodawców, w tym co najmniej jeden reprezentujący POZ.	Uwaga nieuwzględniona Nie ma możliwości, aby w wojewódzkiej radzie do spraw potrzeb zdrowotnych umieścić wszystkich przedstawicieli organizacji reprezentujących świadczeniodawców. Aktualnie działająca rada w swym składzie ma ok. 100 członków, co wpływa negatywnie na efektywność pracy takiej rady. W tak szerokim składzie rady podjęcie jakiegokolwiek decyzji, co do konkretnych działań jest bardzo trudne do osiągnięcia. Dlatego w projektowanej ustawie zaproponowano istotne zmiany, które posłużą poprawie procesu, tj. zmniejszenie liczby członków, gdzie praca nad opracowaniem projektu, monitorowaniem i aktualizacją wojewódzkiego planu będzie możliwa do wykonania ze względu na ograniczenie członków o zróżnicowanych interesach. Ponadto wojewódzka rada, która opracowuje projekt wojewódzkiego planu, może zasięgać opinii konsultantów wojewódzkich w ochronie zdrowia, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia lub innych ekspertów w dziedzinie zdrowia.
66.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO	Art. 95c „Wojewódzki plan obejmuje: 2) działania w obszarach, o których mowa w pkt 1, wraz z harmonogramem;	W ustawie oraz w uzasadnieniu brak informacji, jaka będzie odpowiedzialność jst i jednostek dla których jst jest podmiotem tworzącym z wywiązania się z zadań	Uwaga nieuwzględniona W wojewódzkiej radzie do spraw potrzeb zdrowotnych będą przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego tj. jeden przedstawiciel marszałka

			uwzględnionych w harmonogramie Brak informacji, na jakiej podstawie opracowywany będzie harmonogram oraz rozdzielane będą zadania oraz czy działania objęte harmonogramem uwzględniać będą działania leżące w ustawowych kompetencjach jst.	województwa i jeden przedstawiciel konwentu powiatów danego województwa, którzy będą czuwać nad harmonogramem i przydzielaniem zadań w wojewódzkim planie transformacji.
67.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO	Art. 95c „Wojewódzki plan obejmuje: 3) podmioty odpowiedzialne za realizację działań;	Szereg działań w systemie ochrony zdrowia zaopatrywanych jest przez jst, jako że wojewoda nie ma zasobów do ich realizacji. Ustawa nie zwiększa zasobów wojewody, jedynie nakłada obowiązek „wykonania harmonogramu”. Naturalnym jest, że w urzędach wojewódzkich podjęta zostanie próba przenoszenia odpowiedzialności za realizację harmonogramu na jst i jednostki, dla których jst jest organem tworzącym. W ustawie i uzasadnieniu brak informacji o wpływie zmian w ustawie na jst, a wpływ ten jest kluczowy. Zmiany w ustawie umożliwiają istotnie większą ingerencję wojewody w politykę zdrowotną realizowaną przez jst na terenie województwa oraz ograniczają elastyczność w reagowaniu na bieżące potrzeby zdrowotne poprzez narzucenie wykonania harmonogramu. Zapisy w ustawie istotnie ograniczają tym	Uwaga nieuwzględniona Celem ustawy jest stworzenie systemu planowania i wdrażania działań w ochronie zdrowia odpowiadających rzeczywistym potrzebom obywateli. Ustawa przewiduje w tym zakresie rolę koordynującą wojewodów na obszarze danego województwa, nie zmienia jednak narzędzi dostępnych jednostkom samorządu terytorialnego. Zadaniem wojewodów i wojewódzkich rad ds. potrzeb zdrowotnych (których będą członkowie reprezentujący jst - jeden przedstawiciel marszałka województwa i jeden przedstawiciel konwentu powiatów danego województwa), a więc również samorządów) będzie określenie najlepszego sposobu wykorzystania dostępnych zasobów, w sposób odpowiadający potrzebom zdrowotnym.

			samym samorządom (jako sama nazwa wskazuje) samorządność.	
68.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO	<p>Art. 95ca „2. W skład wojewódzkiej rady wchodzi:</p> <p>wojewoda lub osoba przez niego wyznaczona, jako jej przewodniczący;</p> <p>dwóch przedstawicieli wojewody;</p> <p>trzech przedstawicieli Prezesa Funduszu;</p> <p>jeden przedstawiciel marszałka województwa;</p> <p>jeden przedstawiciel konwentu powiatów danego województwa;</p> <p>jeden przedstawiciel państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego;</p> <p>jeden przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta;</p> <p>jeden przedstawiciel dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny;</p> <p>jeden przedstawiciel ministra właściwego do spraw zdrowia.</p>	<p>W uzasadnieniu do ustawy powołano się na doświadczenia angielskiego NHS, w którym lokalne plany działań opracowywane są w drodze konsensusu przez szerokie gremia lokalne. System ten został skrytykowany za decentralizację. Zdominowanie składu rady przez reprezentantów wojewody, NFZu i ministerstwa jest formą tworzenia fikcji, mającej za zadanie stwarzać pozory platformy wymiany poglądów. Zasadne wydaje się pozostawienie obecnego składu rady, z ewentualną zmianą roli konsultantów wojewódzkich wskazaną w ustawie. Niepokojące wydaje się również uzasadnienie do zmiany składu rady, odwołujące się do problemów z wypracowaniem konsensusu. Rozwiązaniem tego problemu ma być usunięcie z rady przedstawicieli „problemowych”. W uzasadnieniu do ustawy wskazano, że „zaproponowany w projekcie ustawy nowelizacyjnej skład rady ma zapewnić możliwość szerokiej dyskusji nad potrzebami zdrowotnymi i działaniami, które powinny być wdrożone na poziomie</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Ustawa nie ogranicza decentralizacji systemu w sensie formalnym, zapewnienia jednak warunki do poprawy koordynacji i zapewnienia celowości podejmowanych działań (w zakresie, w którym wątpliwości przedstawiała przez lata m.in. Komisja Europejska).</p> <p>Nieuwzględnienie w składzie wojewódzkiej rady ds. potrzeb zdrowotnych konsultantów wojewódzkich (którzy nadal mogą pełnić funkcję doradcą, podobnie jak inni eksperci w dziedzinie zdrowia) wynika z faktu, że w obszarze ich zainteresowania znajdują się wąskie i wzajemnie rozłączne wycinki systemu, podczas gdy wskazani reprezentanci różnych interesariuszy działają w interesie poprawy stanu zdrowia obywateli w całym zakresie.</p>

			<p>wojewódzkim". Uzasadnienie jest sprzeczne z ograniczeniem przez zmianę w ustawie różnorodności środowisk, które mogą być reprezentowane w radzie jak i ograniczeniem kompetencji samej rady.</p> <p>W uzasadnieniu do ustawy jak i samej ustawie wskazana jest pilna potrzeba centralizacji podejmowanych decyzji oraz ograniczenia wpływu na te decyzje przez gremia nie pozostające w bezpośredniej podległości do władz centralnych. Art. 15 pkt. 1 w rozdziale 1 Konstytucji RP wskazane jest, że „Ustrój terytorialny Rzeczypospolitej Polskiej zapewnia decentralizację władzy publicznej”, co nie znajduje odzwierciedlenia w propozycji zmian ustawy.</p>	
69.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO	Wojewoda odwołuje członka wojewódzkiej rady z własnej inicjatywy albo na wniosek właściwego organu, o których mowa w ust. 2 pkt 3-9.	W ustawie brak uzasadnienia, w jakich okolicznościach wojewoda ma prawo odwołać członka rady. Takie niedopowiedzenie sugeruje, że wojewoda może dokonać tego w dowolnym momencie i bez podania przyczyny.	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Dodano przepis w art. 95ca ust. 7: „7. Wojewoda odwołuje z własnej inicjatywy członka wojewódzkiej rady powoływanego na wniosek właściwego organu lub podmiotu, o których mowa w ust. 2 pkt 3-10, przed upływem kadencji, w przypadku:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rezygnacji członka; 2) utraty zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek

				<p>długotrwałej choroby, trwającej co najmniej sześć miesięcy, potwierdzonej orzeczeniem lekarskim;</p> <p>3) nieusprawiedliwionej nieobecności na 4 kolejnych posiedzeniach wojewódzkiej rady;</p> <p>4) naruszenia postanowień ust. 5;</p> <p>5) prawomocnego skazania za przestępstwo popełnione umyślnie.”.</p>
70.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO	<p>Art. 95 ust. 5 pkt 3)</p> <p>właściwy do spraw zdrowia, w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania projektu wojewódzkiego planu, dokonuje oceny tego projektu w zakresie:</p> <p>3) zgodności z innymi dokumentami strategicznymi w ochronie zdrowia</p>	<p>Brak wskazania dokumentów strategicznych. Marszałek województwa opracowuje strategię rozwoju regionu i regionalne programy strategiczne horyzontalne, np. z ochrony zdrowia. Czy te dokumenty będą brane pod uwagę przez ministra?</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Dodano w art. 95c w ust. 1 przepis, że wojewoda ustala dla obszaru województwa wojewódzki plan transformacji, uwzględniający krajowy plan i rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia.</p>
71.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO	<p>Art. 95 ust. 5 pkt 5)</p> <p>Minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania projektu wojewódzkiego planu, dokonuje oceny tego projektu w zakresie:</p> <p>3) adekwatności przyjętych w projekcie wojewódzkiego planu działań do zidentyfikowanych w nim problemów zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej</p>	<p>Zapis wymaga doprecyzowania w części „wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej”. O jakich wyzwaniach jest mowa? o jakiej organizacji systemu opieki zdrowotnej jest mowa?</p>	<p>Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę przepisów art. 95ca.</p>

72.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO	<p>Art. 95ca ust.</p> <p>Członkiem wojewódzkiej rady może być wyłącznie osoba posiadająca wiedzę i doświadczenie w zakresie organizacji ochrony zdrowia i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dające rękojmię prawidłowego wypełniania obowiązków członka.</p> <p>Art. 95ca ust. 6</p> <p>Wojewoda odwołuje członka wojewódzkiej rady z własnej inicjatywy albo na wniosek właściwego organu,</p>	<p>Zapis bardzo ogólny. W jaki sposób należy ocenić czy doświadczenie w zakresie organizacji ochrony zdrowia i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej jest wystarczające i nie będzie przesadzało o podjęciu decyzji z własnej inicjatywy przez wojewodę o odwołaniu członka?</p>	<p>Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę przepisów art. 95ca.</p> <p>Wojewoda jest w stanie samodzielnie potwierdzić spełnienie wymagań u typowanych przez siebie przedstawicieli organów lub podmiotów.</p> <p>Kandydat na członka powinien przedstawić wojewodzie stosowne dokumenty potwierdzające posiadaną wiedzę i doświadczenie w zakresie organizacji ochrony zdrowia i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dające rękojmię prawidłowego wypełniania obowiązków członka.</p>
73.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO	<p>Art. 1 pkt 7</p> <p>Art. 95c ust. 5</p> <p>„5. Minister właściwy do spraw, w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania projektu wojewódzkiego planu, dokonuje oceny tego projektu w zakresie (...)</p> <p>- a następnie zatwierdza projekt wojewódzkiego planu albo przekazuje wojewodzie uwagi do projektu.”.</p>	<p>Rekomendujemy wprowadzenie zapisu dotyczącego oceny projektu w zakresie przepisów określających funkcjonowanie i zasady zawierania umów w ramach podstawowego Systemu Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Ocena Ministra Zdrowia jest dokonywana z uwzględnieniem aktualnego stanu prawnego, jednocześnie działania wskazane w planie wojewódzkim mogą dążyć do zmiany stanu faktycznego w szczególności - zmiany podmiotów objętych Systemem Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej (w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami).</p>
74.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO	<p>Art. 1 pkt 8</p> <p>Art. 95ca ust. 6</p> <p>„6. Wojewoda odwołuje członka wojewódzkiej rady z własnej inicjatywy albo na wniosek właściwego organu, o którym mowa w ust. 2 pkt 3-9. W</p>	<p>Rekomendujemy wprowadzenie jasnych zasad kształtowania składu rady, w tym przesłanek i okoliczności odwoływania członków rady.</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Dodano przepis w art. 95ca ust. 7: „7. Wojewoda odwołuje z własnej inicjatywy członka wojewódzkiej rady powoływanego na wniosek właściwego organu lub podmiotu, o których mowa w ust. 2 pkt 3-</p>

		przypadku odwołania członka rady w własnej inicjatywy wojewoda niezwłocznie powiadamia o tym właściwy organ.”.		10, przed upływem kadencji, w przypadku: 1) rezygnacji członka; 2) utraty zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek długotrwałej choroby, trwającej co najmniej sześć miesięcy, potwierdzonej orzeczeniem lekarskim; 3) nieusprawiedliwionej nieobecności na 4 kolejnych posiedzeniach wojewódzkiej rady; 4) naruszenia postanowień ust. 5; 5) prawomocnego skazania za przestępstwo popełnione umyślnie.”.
75.	ZACHODNIOPOMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	Art. 95a ust. 1 Minister właściwy do spraw zdrowia sporządza mapę potrzeb zdrowotnych...	Z uwagi na współudział wszystkich wojewodów w tworzeniu mapy potrzeb zdrowotnych, tj.: przy powstawaniu wniosków i rekomendacji dla poszczególnych Województw, właściwym byłoby uwzględnienie tego w zapisach ustawy.	Uwaga uwzględniona Dodano przepis w art. 95a ust. 3: „3. Minister właściwy do spraw zdrowia, w celu realizacji zadania określonego w ust. 1, aktywnie współpracuje w wojewodami w zakresie określania w mapie rekomendowanych kierunków działań dla danego województwa.”
76.	ZACHODNIOPOMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	Art. 95a ust. 2 Wyniki analiz, o których mowa w ust. 1 pkt 1, są aktualizowane co roku i publikowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej wojewody.	Powinno być: Wyniki analiz, o których mowa w ust. 1 pkt 1, są aktualizowane co roku i publikowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej ministra właściwego do spraw zdrowia.	Uwaga uwzględniona Poprawiono zapis ust. 4 w art. 95a: „4. Wyniki analiz, o których mowa w ust. 1 pkt 1, są aktualizowane co roku i publikowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu obsługującego tego ministra oraz przekazywane do publikacji w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu właściwego

				wojewody”.
77.	ZACHODNIOPOMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	Art. 95c ust. 11 Sprawozdanie śródkresowe z realizacji wojewódzkiego planu może stanowić podstawę do opracowania aktualizacji wojewódzkiego planu...	Zapis art. 95c ust. 11 jest jedynym w projekcie odnoszącym się do aktualizacji wojewódzkiego planu. Taki zapis nie daje podstaw do wprowadzenia zmian w innym czasie, nawet w przypadku zaistnienia nowych istotnych dla regionu problemów/potrzeb zdrowotnych.	Uwaga nieuwzględniona Ze względu na strategiczny charakter dokumentu przewidziano tylko jedną aktualizację, będzie ona przeprowadzona po dokonaniu śródkresowej oceny, która odbywa się po 4 latach od obowiązywania planów transformacji. Opracowywane dokumenty mają obowiązywać w średnim i długim terminie – takiego też dotyczą rekomendowane kierunki działań. Potrzeby zdrowotne mieszkańców (wynikające z procesów demograficznych i epidemiologicznych) co do zasady (z wyłączeniem chorób zakaźnych) nie ulegają tak szybkim zmianą. Dlatego przewidziano w ustawie możliwość weryfikacji i aktualizacji dokumentów planów transformacji w ramach oceny śródkresowej.
78.	ZACHODNIOPOMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	Art. 95ca ust. 8 Wojewódzka rada może zasięgać opinii konsultantów wojewódzkich w ochronie zdrowia	Zapis art. 95ca ust. 8 jest jedynym w projekcie odnoszącym się do opinii, które może zasięgać wojewódzka rada. Taki zapis nie daje podstaw do zwrócenia się o wydanie opinii przez innych ekspertów. Problem może pojawić się wówczas, gdy w województwie nie ma powołanego konsultanta wojewódzkiego z danej dziedziny medycyny, a do podjęcia uchwały wojewódzka rada będzie	Uwaga uwzględniona Dodano zapis w art. 95ca w ust. 9: „9. Wojewódzka rada może zasięgać opinii konsultantów wojewódzkich w ochronie zdrowia, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, lub innych ekspertów w dziedzinie zdrowia.”.

			potrzebowała opinii eksperckiej	
79.	ZACHODNIOPOMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	OSR	<p>Przyjęte do obliczeń założenia nie uwzględniają wydatków budżetu państwa na uzupełnienie zasobów kadrowych wojewody.</p> <p>We wcześniejszych przepisach dot. map potrzeb zdrowotnych ustawodawca nie przewidział powstania nowych etatów w urzędach wojewódzkich. Zmiany dotyczące wprowadzenia systemu planowania strategicznego w ochronie zdrowia nakładają na wojewodę dodatkowe obowiązki, m.in. współpracę z ministrem właściwym do spraw zdrowia przy sporządzaniu mapy oraz obsługę wojewódzkiej rady do spraw potrzeb zdrowotnych, której zmieniana ustawa przewiduje powierzenie dodatkowych zadań. W rzeczywistości oznacza to, że wszystkie materiały niezbędne do realizowania zadań wojewódzkiej rady przygotowywane będą przez pracowników komórki organizacyjnej odpowiedzialnej za prowadzenie spraw związanych ze zdrowiem w urzędzie obsługującym wojewodę. Z zapisów ustawy wynika, że oprócz</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Dodano przepis ust. 8 w obecnym art. 12: „8. W ramach limitu, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, zatrudnienie w urzędach wojewódzkich nie przekroczy 2 etatów na dany urząd.” I odpowiednio zwiększono limit wydatków wojewody.</p>

			<p>opracowania wojewódzkiego planu transformacji oraz jego aktualizacji, konieczny będzie również coroczny monitoring wskaźników w nim określonych oraz tworzenie sprawozdania śródkresowego i końcowego. Projekt ustawy zakłada także, że wojewódzka rada będzie spotykała się w ciągu pierwszego 1,5 roku raz na miesiąc, a w późniejszym terminie około 3-6 razy do roku.</p> <p>Obsługa administracyjnoorganizacyjna wojewódzkiej rady będzie wymagała dużo więcej pracy, a oprócz tego niezbędna będzie również jej obsługa finansowa. Wojewoda będzie obowiązany do monitorowania przynajmniej raz na pół roku wykorzystania rocznych limitów wydatków na funkcjonowanie wojewódzkiej rady, aby ewentualnie wdrożyć mechanizmy korygujące. Oznacza to, że pracownik obsługujący wojewódzką radę będzie musiał dodatkowo rozliczać przyznane na jej obsługę środki z budżetu państwa oraz tworzyć zestawienia niezbędne wojewodzie do monitoringu ich wydatkowania.</p>	
80.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO	Dotyczy: Art.1 ust.7	Propozycja zmian: „Art. 95a ust.1 Minister właściwy do spraw zdrowia sporządza mapę	Uwaga uwzględniona Poprawiono przepis w art. 95a ust. 1: „1. Minister właściwy do spraw zdrowia

		<p>w części dotyczącej nowego brzmienia art. 95a ust.1</p>	<p>potrzeb zdrowotnych, zwaną dalej „mapą”, w celu identyfikacji potrzeb zdrowotnych i kluczowych wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz zapewnienia zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych, obejmująca:</p> <p>1) analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów, w tym personelu medycznego;</p> <p>2) rekomendowane kierunki działań dla obszaru Rzeczypospolitej Polskiej i województw.”</p> <p>Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazuje w art. 5 pkt 29 jedynie definicję potrzeb zdrowotnych. Oznacza ono „liczbę i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców”.</p> <p>W dotychczasowym brzmieniu ustawa nie wskazuje definicji „priorytetowych problemów zdrowotnych”.</p> <p>W związku z powyższym oraz zmianą,</p>	<p>opracowuje, ustala i aktualizuje wyniki analiz, o których mowa w ust. 1 pkt 1, mapę potrzeb zdrowotnych, zwaną dalej „mapą”, w celu identyfikacji priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz zapewnienia zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych, obejmująca:”.</p>
--	--	--	---	--

			<p>przez opiniowany projekt ustawy (UD 116), brzmienia art. 95c poświęconego priorytetom dla regionalnej polityki zdrowotnej, wskazane jest:</p> <p>Przyjęcie, w zmienionej ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, odniesienia do potrzeb zdrowotnych, które zostały zdefiniowane w przedmiotowej ustawie.</p> <p>LUB</p> <p>W przypadku pozostawienia sformułowania „priorytetowe problemy zdrowotne” – przyjęcie definicji „problemy zdrowotne”.</p>	
81.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO	Dotyczy: Art. 1 ust. 7 w części dotyczącej nowego brzmienia art. 95a ust. 2	<p>Propozycja zmian:</p> <p>„Art. 95a ust.2</p> <p>2. Wyniki analiz, o których mowa w ust. 1 pkt 1, są aktualizowane co roku i publikowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz na stronach podmiotowych urzędów obsługujących wojewodów.”</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Poprawiono przepis art. 95a (obecnego) ust. 4: „4. Wyniki analiz, o których mowa w ust. 1 pkt 1, są aktualizowane co roku i publikowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu obsługującego tego ministra oraz przekazywane do publikacji w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu właściwego wojewody.”.</p>

			Niezbędne jest doprecyzowanie zapisu z uwagi, że projekt ustawy (UD 116) nie określa na stronie którego wojewody zostaną opublikowane analizy, o których mowa w art. 95a ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.	
82.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO	Dotyczy: Art.1 ust.7 w części dotyczącej nowego brzmienia art. 95b ust.2 pkt 1	Propozycja zmian: „Art. 95b ust. 2 pkt 1 2. Krajowy plan obejmuje: 1) potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie ponadregionalnym;” Uzasadnienie- patrz pkt 102	Uwaga uwzględniona Poprawiono przepis w art. 95b ust. 2 pkt 1: „1) potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie ponadregionalnym;”.
83.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO	Dotyczy: Art.1 ust.7 w części dotyczącej nowego brzmienia art. 95b ust.8 pkt 5	Propozycja zmian: „Art. 95b ust.8 pkt 5 8. Sprawozdanie śródkresowe z realizacji krajowego planu zawiera: (...): 5) zidentyfikowane istotne potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej;”	Uwaga uwzględniona Poprawiono art. 95b ust. 8 pkt 5: „5) nowe priorytetowe potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej;”.

			Uzasadnienie- patrz pkt 102	
84.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO	„Art. 95b ust. 9 pkt 2	<p>Propozycja zmian:</p> <p>„Art. 95b ust. 9 pkt 2</p> <p>9. Sprawozdanie śródkresowe z realizacji krajowego planu może stanowić podstawę do opracowania aktualizacji krajowego planu w przypadku:</p> <p>(...) lub</p> <p>2) identyfikacji nowych istotnych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań.”</p> <p>Uzasadnienie- patrz pkt 102</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Poprawiono przepis art. 95b ust. 9 pkt 2: „2) identyfikacji nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań koordynowanych na poziomie ponadregionalnym”.</p>
85.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO	„Art. 95c ust.2 pkt 1	<p>Propozycja zmian</p> <p>„Art. 95c ust. 2 pkt 1</p> <p>2. Wojewódzki plan obejmuje:</p> <p>1) potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa;”</p> <p>Uzasadnienie- patrz pkt 102</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Poprawiono przepis art. 95c ust. 2 pkt 1: „1) potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa;”.</p>

86.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO	„Art. 95c ust.3	<p>Propozycja zmian:</p> <p>„Art. 95c ust. 3</p> <p>3. Wojewoda przekazuje projekt wojewódzkiego planu marszałkowi województwa, konwentowi powiatów, Prezesowi Funduszu oraz wojewódzkiej radzie dialogu społecznego do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag 14 dni roboczych od dnia jego otrzymania. Nieprzedstawienie opinii w tym terminie uważa się za rezygnację z prawa do jej wyrażenia.”</p> <p>Niezbędne jest doprecyzowanie terminu zgłaszania uwag do wojewódzkiego planu transformacji w kierunku urealnienia czasu w jakim możliwe jest zgłaszanie uwag do przedmiotowego dokumentu. Wojewódzki plan transformacji stanowi istotny dokument, który określa kierunki zmian organizacji regionalnych systemów ochrony zdrowia na kolejnych 7 lat.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Projekt określa termin w dniach kalendarzowych.</p>
87.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO	„Art. 95c ust.5 pkt 5	<p>Propozycja zmian:</p> <p>„Art. 95c ust. 5 pkt 5</p> <p>5. Minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania projektu wojewódzkiego planu, dokonuje</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Poprawiono przepis art. 95c ust. 5 pkt 5: „5) adekwatności przyjętych w projekcie wojewódzkiego planu działań do potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań koordynowanych na poziomie</p>

			<p>oceny tego projektu w zakresie:</p> <p>(...),</p> <p>5) adekwatności przyjętych w projekcie wojewódzkiego planu działań do zidentyfikowanych w nim potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej – a następnie zatwierdza projekt wojewódzkiego planu albo przekazuje wojewodzie uwagi do projektu.”</p> <p>Uzasadnienie - patrz pkt 102</p>	województwa”.
88.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO	„Art. 95c ust.10 pkt 5	<p>Propozycja zmian:</p> <p>„Art. 95c ust. 10 pkt 5</p> <p>10. Sprawozdanie śródkresowe z realizacji wojewódzkiego planu zawiera:</p> <p>(...); zidentyfikowane istotne potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej;”</p> <p>Uzasadnienie - patrz pkt 102</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Poprawiono przepis art. 95c ust. 10 pkt 5: „5) nowe priorytetowe potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej;”.</p>
89.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO	„Art. 95c ust.11 pkt 2	<p>Propozycja zmian:</p> <p>„Art. 95c ust. 11 pkt 2</p> <p>11. Sprawozdanie śródkresowe z realizacji wojewódzkiego planu może stanowić podstawę do opracowania aktualizacji wojewódzkiego planu w</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Poprawiono przepis art. 95c ust. 11 pkt 2: „2) identyfikacji nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań koordynowanych na</p>

			<p>przypadku:</p> <p>(...) lub identyfikacji nowych istotnych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań.”</p> <p>Uzasadnienie - patrz pkt 102</p>	poziomie województwa;”.
90.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO	„Art. 95ca ust.2 pkt 4 i 5	<p>Propozycja zmian:</p> <p>„Art. 95ca ust.2 pkt 4 i 5</p> <p>2. W skład wojewódzkiej rady wchodzi:</p> <p>(...);</p> <p>4) dwóch przedstawicieli marszałka województwa;</p> <p>5) dwóch przedstawicieli konwentu powiatów danego województwa;”</p> <p>Niezbędne jest zwiększenie składu wojewódzkiej rady do spraw potrzeb zdrowotnych w zakresie liczby przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego, tworzących większość podmiotów leczniczych działających w regionalnych systemie ochrony zdrowia. To właśnie podmioty lecznicze wraz z podmiotami tworzącymi będą realizować kierunki wskazane w wojewódzkim planie transformacji.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Zwiększenie składu wojewódzkiej rady do spraw potrzeb zdrowotnych w zakresie liczby przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego nie jest zasadne.</p> <p>W projektowanej ustawie zaproponowano istotne zmiany w obrębie rady, które mają na celu zmniejszenie liczby członków. Mniejsza rada będzie w stanie efektywniej pracować nad projektem, monitorowaniem i aktualizacją wojewódzkiego planu transformacji.</p>

91.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO	Art. 3	<p> dodanie nowego zapisu uchylające art. 26 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym</p> <p> „Art. 3. W ustawie z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 2365 oraz z 2020 r. poz. 322 i 1492):</p> <p> 1) w art. 12 ust. 5 oraz ust. 8 i 9 otrzymują brzmienie;</p> <p> ust. 5 otrzymuje brzmienie (...);</p> <p> ust. 8 i 9 otrzymują brzmienie: (...);</p> <p> uchyla się Art. 26 [Pierwsze opinie wojewody]”</p> <p> Art. 1 pkt 6 dotyczący zmiany art. 48d ust. 2 oraz art. 1 pkt 7 w części odnoszącej się do nowego brzmienia art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazują na nową podstawę wydawania opinii przez wojewodę.</p> <p> W związku z tym, że proponowane zmiany uchylają priorytety zdrowotne jako podstawę działań, wskazanych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zasadne jest uchylenie art. 26 ustawy z dnia 11 września</p>	<p> Uwaga uwzględniona</p> <p> Dodano w (obecnym) art. 4 nowelizowanej ustawy pkt 2: „2) w art. 26 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:</p> <p> „Wojewoda po raz pierwszy dołącza opinię dotyczącą zgodności zrealizowanych lub podjętych zadań z wojewódzkim planem, o którym mowa w art. 95c ust. 1, do:”.”.</p>
-----	---	--------	---	---

			2015 roku.	
92.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO	Projekt ustawy	<p>Art. 8a</p> <p>dodanie nowego artykułu</p> <p>„Art. 8a</p> <p>Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 31a ust.2 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia 30 czerwca 2021 r.”</p> <p>Art. 1 pkt 4 lit. b konsultowanego projektu ustawy, uchyla art. 31a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jednocześnie w art.10 projektu ustawy wskazano, że art. 1 pkt 4 lit. b wchodzi w życie z dniem 30 czerwca 2021 roku.</p> <p>W związku z powyższym z dniem 30 czerwca 2021 powinno utracić moc Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 roku w sprawie priorytetów zdrowotnych, które zostało wydane na podstawie art. 31a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Poprawiono przepis obecnego art. 9: „Art. 9. Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 31a ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia 31 grudnia 2021 r.”.</p>

93.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO	Art. 95b ust. 3. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje projekt krajowego planu Radzie Dialogu Społecznego do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag 14 dni od dnia jego otrzymania. Nieprzedstawienie opinii w tym terminie uważa się za rezygnację z prawa do jej wyrażenia.	Termin 14 dni wydaje się zbyt krótki do zgłaszania uwag do tak istotnego i wymagającego analiz dokumentu jakim jest regionalny plan transformacji, który zgodnie z projektem ustawy ustalany jest na 7 lat. Proponuje się wydłużenie terminu do 30 dni.	Uwaga uwzględniona Poprawiono przepis art. 95b ust. 3: „Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje projekt krajowego planu Radzie Dialogu Społecznego oraz Prezesowi Funduszu, Prezesowi Agencji, Dyrektorowi Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag 30 dni od dnia jego otrzymania. Niewydanie opinii w tym terminie jest równoznaczne z opinią pozytywną.”.
94.	MAŁOPOLSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	ART. 9a - W celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności mapę, o której mowa w art. 95a ust. 1, wojewódzki plan transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1, oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane.	Proponuje się wykreślenie z treści projektu zmienianej ustawy zapisu o mapie, o której mowa w art. 95a ust. 1 z uwagi na fakt, że mapa nie zawiera szczegółowych danych na poziomie gmin. Jednocześnie zakres informacji zawartych w wojewódzkim planie jest ściśle określony i istnieje duże prawdopodobieństwo, że informacje zawarte w wojewódzkim planie nie będą odnosić się do problematyki wszystkich istotnych świadczeń gwarantowanych, dodatkowo na każdym poziomie JST. W konsekwencji nie każda JST planująca sfinansowanie świadczeń	Uwaga nieuwzględniona Dane dotyczące gmin zawarte są w aplikacjach opublikowanych w ramach mapy potrzeb zdrowotnych na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. Ustawa nie ogranicza samorządności jednostek samorządu terytorialnego, wprowadza jednak kryteria oceny celowości działań - wskazując je “w szczególności”, a więc w sposób niewyłączny.

			gwarantowanych dla swojej wspólnoty będzie mogła uwzględnić wojewódzki plan w zakresie realizacji tego zadania. Powstanie wtedy pytanie/problem, czy działania podjęte przez jednostkę samorządu terytorialnego będą zgodne z przepisami prawa uprawniającymi do sfinansowania świadczeń gwarantowanych.	
95.	MAŁOPOLSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	ART. 48d ust 2 - W celu uzyskania dofinansowania, o którym mowa w ust. 1, organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego składa wniosek do Prezesa Funduszu. Do wniosku dołącza się pozytywną opinię Agencji wydaną w trybie, o którym mowa w art. 48a ust. 7 pkt 2, oraz pozytywną opinię wojewody dotyczącą zgodności planowanego programu z wojewódzkim planem transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1, oraz zgodności z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 2365 oraz z 2020 r. poz. 322).	Planowane programy składane do opiniowania Wojewodzie, często są bardzo szczegółowe i dotyczą ściśle wybranego problemu zdrowotnego. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że informacje zawarte w wojewódzkim planie nie będą na tyle szczegółowe, aby pozwalały odnieść się do każdego istotnego problemu zdrowotnego objętego planowanym programem polityki zdrowotnej, dodatkowo na każdym poziomie JST i w konsekwencji wydać opinii potwierdzającej zgodność planowanego programu z wojewódzkim planem. W związku z powyższym proponuje się wykreślenie w projekcie zmienianej ustawy zapisu o wydawaniu opinii wojewody dotyczącej zgodności planowanego programu z wojewódzkim planem transformacji.	Uwaga nieuwzględniona Ustawa nie przewiduje by wszystkie działania, które zostaną podjęte w przyszłości były zaplanowane na poziomie planu transformacji - będzie on zawierał działania kluczowe dla realizacji potrzeb zdrowotnych w regionie. Wszystkie podejmowane działania muszą być niesprzeczne z określonymi priorytetami i zgodne z mapą potrzeb zdrowotnych.

96.	MAŁOPOLSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	ART. 95c - ust 2 Wojewódzki plan obejmuje pkt 2) działania w obszarach, o których mowa w pkt 1, w raz z harmonogramem	Umieszczenie harmonogramu w wojewódzkim planie transformacji będzie utrudnione z uwagi na fakt, że realizacja wojewódzkiego planu transformacji w dużej mierze związana będzie najprawdopodobniej ze zmianami infrastrukturalnymi, inwestycjami w województwie, czego konsekwencją będzie konieczność uzyskania finansowania, w tym w szczególności w ramach środków unijnych. Wojewódzki plan transformacji powinien być zbieżny z Regionalnymi Programami Operacyjnymi finansowanymi ze środków Unii Europejskiej. Zgodnie z zapisami projektu ustawy wojewódzki plan ustala się okres 7 lat. Przy dużej liczbie rekomendacji wykazanych dla województwa trudno będzie zrealizować harmonogram bez znajomości źródeł finansowania (na 7 lat do przodu). W związku z powyższym proponuje się wykreślenie harmonogramu z zapisu projektu ustawy.	Uwaga nieuwzględniona Projekt ustawy nie przewiduje wskazywania szczegółowego harmonogramu poszczególnych działań, a jedynie określenie w czasie, kiedy poszczególne działania będą realizowane - przy uwzględnieniu ich priorytetyzacji i zasobołoności.
97.	MAŁOPOLSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	Art. 95c - ust 2 Wojewódzki plan obejmuje pkt 4) szacowane skutki finansowe działań;	Przy dużej liczbie rekomendacji wykazanych dla województwa trudno będzie również oszacować skutki finansowe poszczególnych działań (na 7 lat do przodu). W związku z powyższym proponuje się	Uwaga nieuwzględniona Projekt nie przewiduje przedstawiania szczegółowego szacunku działań, co jak słusznie wskazano byłoby niezasadne. Szacunek podstawowy jest jednak niezbędny dla oceny realistyczności

			wykreślenie punktu dotyczącego szacowania skutków finansowych działań z zapisu projektu ustawy.	proponowanych działań.
98.	MAŁOPOLSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	Art. 95c – ust. 11 - Sprawozdanie śródkresowe z realizacji wojewódzkiego planu może stanowić podstawę do opracowania aktualizacji wojewódzkiego planu w przypadku: 1) osiągnięcia założonych wartości wskaźników przed upływem okresu 7 lat lub 2) identyfikacji nowych istotnych problemów zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań	Proponuje się wprowadzenie zapisu, który w szczególnie uzasadnionych przypadkach na podstawie decyzji Wojewody będzie pozwalał na dokonywanie wcześniejszej aktualizacji wojewódzkiego planu (projekt ustawy przewiduje taką możliwość dopiero po sprawozdaniu śródrocznym). W trakcie obowiązywania wojewódzkiego planu może pojawić się potrzeba wdrożenia istotnych i celowych inwestycji w województwie, których pierwotnie nie uwzględniono w wojewódzkim planie.	Uwaga nieuwzględniona Opracowywane dokumenty mają obowiązywać w średnim i długim terminie – takiego też dotyczą rekomendowane kierunki działań. Potrzeby zdrowotne mieszkańców (wynikające z procesów demograficznych i epidemiologicznych) co do zasady (z wyłączeniem chorób zakaźnych) nie ulegają tak szybkim zmianą. Dlatego przewidziano w ustawie możliwość weryfikacji i aktualizacji dokumentów planów transformacji w ramach oceny śródkresowej.
99.	MAŁOPOLSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	Art. 95ca ust. 2 - W skład wojewódzkiej rady wchodzi: 1) trzech przedstawicieli Prezesa Funduszu;	Proponuje się, aby do składu Wojewódzkiej Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych powoływani byli przedstawiciele Wojewódzkich Oddziałów NFZ. Występowanie wszystkich 16 Wojewodów do Prezesa Funduszu o wskazanie przedstawicieli do Rady może opóźnić proces powołania Rady. Poza tym to Wojewódzkie Oddziały NFZ najlepiej znają specyfikę danego województwa	Uwaga nieuwzględniona Należy mieć na uwadze, że w obecnym stanie prawnym Prezes NFZ upoważnia dyrektorów OW do prowadzenia działań w jego imieniu na obszarze poszczególnych województw.

100.	MAŁOPOLSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	Art. 95ca ust 7 - Wojewódzka rada podejmuje uchwały zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy jej członków. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos przewodniczącego wojewódzkiej rady.	Proponuje się wprowadzenie zapisu pozwalającego na podejmowanie uchwał przez Wojewódzką Radę w trybie obiegowym przy użyciu środków komunikacji elektronicznej. Z uwagi na obecny stan epidemiologiczny w kraju, organizowanie spotkań Rady w trybie stacjonarnym wydaje się niecelowe i zwiększa zagrożenie zakażenie członków Rady wirusem SARS-COV-2.	Uwaga uwzględniona Dodano przepis w art. 95ca ust. 8 zdanie pierwsze: 8. Wojewódzka rada podejmuje uchwały w formie pisemnej lub przy użyciu środków komunikacji elektronicznej zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy jej członków.”
101.	MAŁOPOLSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	Art. 95ca ust. 11 - Członkom wojewódzkiej rady oraz osobom, o których mowa w ust. 8, w związku z wykonywanymi czynnościami przysługuje zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 775 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy	Do art. 95ca ust. 11 proponuje się dodanie treści dotyczącej rekompensaty z tytułu wysokości utraconego wynagrodzenia za czas zwolnienia od pracy na czas niezbędny do wzięcia udziału w posiedzeniach wojewódzkiej Rady, z zastrzeżeniem pkt. 12.	Uwaga nieuwzględniona Koszty funkcjonowania wojewódzkiej rady ds. potrzeb zdrowotnych – w tym zwrot kosztów przejazdu członków rady na posiedzenia oraz rekompensata pieniężna z tytułu utraconego wynagrodzenia za czas zwolnienia pracownika, będącego członkiem rady, od pracy na czas niezbędny do wzięcia udziału w posiedzeniach Rady – będą finansowane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji wojewody w ramach przyznaných limitów budżetowych.
102.	MAŁOPOLSKI URZĄD WOJEWÓDZKI	Projekt ustawy	Propozycja dodania zapisu w art. 9: 8. W ramach limitu, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, zatrudnienie w urzędach wojewódzkich nie przekroczy 2 etatów na dany urząd. Konieczność uwzględnienia w projekcie zapisu dotyczącego zabezpieczenia środków finansowych	Uwaga uwzględniona Dodano przepis ust. 8 w obecnym art. 12: „8. W ramach limitu, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, zatrudnienie w urzędach wojewódzkich nie przekroczy 2 etatów na dany urząd.” I odpowiednio zwiększono limit wydatków wojewody.

			<p>na realizację przez wojewodów zadań ujętych w przedmiotowym projekcie ustawy. Należy podkreślić, że od momentu wejścia w życie przepisów związanych z mapowaniem potrzeb zdrowotnych tj. tworzeniem priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, zapewnieniem obsługi wojewódzkich rad ds. potrzeb zdrowotnych oraz wydawaniem opinii IOWISZ, Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie nie uzyskał dodatkowych środków na realizację ww. zadań.</p>	
103.	<p>URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO ZA POŚREDNICTWEM BIURA ZWIĄZKU WOJEWÓDZTW RP</p>	Art. 95ca	<p>Z zapisu wynika, że Wojewódzka Rada do Spraw Potrzeb Zdrowotnych nie będzie miała w swoim składzie lekarzy tak jak to było dotychczas, kiedy w jej skład wchodziła konsultanci z poszczególnych dziedzin medycyny. Zmiana ta naszym zdaniem idzie w złym kierunku.</p> <p>Fakt, że rada, która ma się zajmować tworzeniem, monitorowaniem oraz aktualizacją wojewódzkich planów w zakresie ochrony zdrowia, nie będzie posiadała w swoim składzie konsultantów a wręcz żadnych lekarzy a jedynie urzędników, jest całkowicie niezrozumiałą. Trudno sobie wyobrazić, żeby urzędnicy mieli większą wiedzę i lepsze rozeznanie w</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Skład rady odzwierciedla podmioty zaangażowane w realizowanie lokalnej polityki zdrowotnej. Nie ulega wątpliwości, że członkowie Rady będą korzystać z wiedzy eksperckiej dostępnej dla nich pośrednio i bezpośrednio w związku z pełnionymi funkcjami. Zgodnie z art. 95ca ust. 9 wojewódzka rada może zasięgać opinii konsultantów wojewódzkich w ochronie zdrowia, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia lub innych ekspertów w dziedzinie zdrowia. Nie stoi też nic na przeszkodzie by przedstawicielem danego interesariusza była osoba o wykształceniu medycznym, mając na uwadze, że ma dawać rękojmię prawidłowego wykonywania</p>

			sprawach ochrony zdrowia niż lekarze specjaliści wybrani do koordynacji danej dziedziny medycyny w danym województwie.	swoich zadań.
104.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO ZA POŚREDNICTWEM BIURA ZWIĄZKU WOJEWÓDZTW RP	Art. 95ca ust. 8	<p>„Wojewódzka rada może zasięgać opinii konsultantów wojewódzkich w ochronie zdrowia.” Projekt idzie tak daleko, że nie tylko lekarzy konsultantów nie będzie w składzie Rady, ale rada nie będzie miała żadnego obowiązku zasięgania opinii na temat swoich działań z lekarzami konsultantami. Będzie miała jedynie takie prawo.</p> <p>Taka propozycja jest naszym zdaniem nie tylko nieprzemyślana ale wręcz groźna. Podejmowanie decyzji np. w sprawie kardiologii czy psychiatrii przez Radę w której składzie której nie tylko „branżowi” konsultanci nie mają prawa głosu, ale nie muszą być nawet konsultowani, może mieć nieodwracalne i groźne skutki. Zachodzi pytanie, na jakiej podstawie członkowie rady będą podejmowali decyzje. Jeżeli z niezrozumiałych powodów usuwa się konsultantów ze składu Rady, to zapisy powinny zakładać nie tylko możliwość skorzystania z opinii konsultantów a konieczność zasięgania takich opinii.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Sposób szczegółowego funkcjonowania rady, a także ewentualnego korzystania z ekspertów nie jest określany w ustawie – w tym zakresie rada może określić szczegółowe zasady działania we własnym regulaminie.</p>

105.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO ZA POŚREDNICTWEM BIURA ZWIĄZKU WOJEWÓDZTW RP	Art. 1 pkt. 7, str. 5, akapit 2	<p>Wg zmienionego brzmienia art. 95c ust. 3. Wojewoda przekazuje projekt wojewódzkiego planu marszałkowi województwa, konwentowi powiatów, Prezesowi Funduszu oraz wojewódzkiej radzie dialogu społecznego do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag 14 dni od dnia jego otrzymania. Proponuje się wydłużenie terminu do 30 dni.</p> <p>Termin 14 dni wydaje się zbyt krótki do zgłaszania uwag do tak istotnego i wymagającego analiz dokumentu jakim jest regionalny plan transformacji, który zgodnie z projektem ustawy ustalany jest na 7 lat.</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Poprawiono przepis art. 95c ust. 3: „Wojewoda przekazuje projekt wojewódzkiego planu marszałkowi województwa, konwentowi powiatów danego województwa, Prezesowi Funduszu oraz wojewódzkiej radzie dialogu społecznego do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag 30 dni od dnia jego otrzymania. Niewydanie opinii w tym terminie jest równoznaczne z opinią pozytywną.”.</p>
106.	URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO ZA POŚREDNICTWEM BIURA ZWIĄZKU WOJEWÓDZTW RP	OSR rozdział 4. Podmioty, na które oddziałuje projekt, str. 2-4	<p>W OSR wśród podmiotów, na które będzie oddziaływał projekt ustawy nie wskazano JST, które, tak jak podmioty lecznicze, będą wdrażały założenia mapy potrzeb zdrowotnych, krajowego i wojewódzkiego programu transformacji. Mając powyższe na uwadze należy uzupełnić OSR w zakresie wykazu podmiotów, na które oddziałuje projekt i uzupełnić rozdział 4 OSR o JST, w szczególności Samorząd Województwa, który wykonuje zadania w zakresie promocji i ochrony zdrowia o charakterze wojewódzkim określone ustawami oraz jest podmiotem</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Poprawiono OSR.</p>

			<p>tworzącym dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.</p> <p>Zgodnie z art. 3 ust. 1. Ustawy z dnia 11 września 2015r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2365 z późn. zm.) zadania z zakresu zdrowia publicznego realizują, współdziałając ze sobą, organy administracji rządowej, państwowe jednostki organizacyjne, w tym agencje wykonawcze, a także jednostki samorządu terytorialnego, realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia. Ponadto podobnie jak w przypadku Ministerstwa Zdrowia, JST (województwa, powiaty) będą brały udział w posiedzeniach wojewódzkich rad do spraw potrzeb zdrowotnych, przy czym osoby będące członkami rady będą posiadały doświadczenie w zakresie organizacji ochrony zdrowia i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Mapa potrzeb zdrowotnych zgodnie ze zmienionym art. 48a ust. 1 jest podstawą do opracowania projektów programu polityki zdrowotnej i innych działań odnoszących się nie tylko do leczenia, ale przede wszystkim nakierowanych na promocję zdrowia i profilaktykę pierwszo-, drugo- i</p>	
--	--	--	---	--

			<p>trzeciorzędową. Należy mieć na względzie również zapis ustawy, iż w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, uwzględniając w szczególności mapę potrzeb zdrowotnych, wojewódzki plan transformacji (wpisujący się w krajowy plan transformacji) oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, JST może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Projekt ustawy wprowadza szereg zmian dotyczących tworzenia mapy potrzeb zdrowotnych i wykorzystania jej do kreowania polityki zdrowotnej na poziomie kraju i województw. W praktyce ograniczy rolę samorządów terytorialnych w kształtowaniu polityki zdrowotnej na poziomie regionów. Zgodnie z zapisami projektu ustawy, JST nie będą uczestniczyły w tworzeniu mapy potrzeb zdrowotnych i krajowego programu transformacji. Dokumenty te nie będą również podlegały opiniowaniu przez JST. Samorządy terytorialne (z wyłączeniem gmin) będą zaangażowane jedynie w tworzenie i opiniowanie regionalnego planu transformacji, którego ramy będą wyznaczać mapa</p>	
--	--	--	--	--

			potrzeb zdrowotnych i krajowy program transformacji.	
107.	ZWIĄZEK POWIATÓW POLSKICH	Art. 1 pkt 6 (dotyczy art. 48d)	<p>Wnosimy o uzupełnienie nowelizacji o zmianę art. 48d ust. 1 poprzez wykreślenie fragmentu „w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d”.</p> <p>Programy polityki zdrowotnej powinny stanowić wartość dodaną względem standardowych świadczeń gwarantowanych. Obecne brzmienie przepisu uniemożliwia samorządom otrzymanie dofinansowania na realizację programów polityki zdrowotnej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych nie mieszczących się w wykazach świadczeń gwarantowanych, nawet jeżeli mają one charakter komplementarny względem świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Proponowany postulat wykracza poza zakres nowelizowanej ustawy.</p>
108.	ZWIĄZEK POWIATÓW POLSKICH	Art. 1 pkt 7 (w zakresie 95b ust. 2) oraz art. 95c ust 2)	<p>Prosimy o wyjaśnienie jaki charakter prawny będą miały plany transformacji.</p> <p>Zgodnie z proponowanym brzmieniem plany mają obejmować m.in. działania wraz z</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Zgodnie z obecnym art. 95c ust. 6 wojewoda ogłasza wojewódzki plan w drodze obwieszczenia publikowanego w wojewódzkim dzienniku urzędowym.</p>

			<p>harmonogramem, podmioty odpowiedzialne za realizację działań. Wskazane zapisy sugerują, że adresatami zapisów będą podmioty spoza administracji rządowej. Pytanie zatem czy plany będą miały charakter władczy a jeżeli tak to jak to się ma do katalogu źródeł powszechnie obowiązującego prawa, a jeżeli nie w jaki sposób zapisy planu będą egzekwowane.</p>	<p>Ponadto w wojewódzkiej radzie do spraw potrzeb zdrowotnych będzie zasiadał jeden przedstawiciel marszałka województwa oraz jeden przedstawiciel konwentu powiatów danego województwa. Zatem przedstawiciele samorządu terytorialnego będą mieć wpływ na plan transformacyjny i jego zasięg oddziaływania.</p>
109.	ZWIĄZEK POWIATÓW POLSKICH	Art. 1 pkt 7 (w zakresie 95b ust. 2 pkt 4 oraz art. 95c ust 2 pkt 4) w zw. z OSR	<p>Na kim będzie spoczywał obowiązek finansowania działań określonych w planach. W OSR zupełnie pominięto skutki finansowe wdrażania placów transformacji.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona. Plan transformacji będzie się opierać na zakresie odpowiedzialności poszczególnych organów wdrażających plan określonych w innych przepisach. W założeniu zarządzanie przy pomocy planów transformacji ma przynieść oszczędności dla systemu ochrony zdrowia. Niemniej trudno oszacować skutki wdrażania planu transformacji, gdyż na etapie projektowania ustawy nie jest wiadome, jakie konkretnie działania zostaną opisane w planie. Ponadto skład rady do spraw potrzeb zdrowotnych został tak dobrany, by poszczególne organy lub podmioty opracowujące plan transformacji mieli świadomość skutków finansowych przyjętych przez siebie w planie działań.</p>
110.	ZWIĄZEK POWIATÓW POLSKICH	Art. 1 (w zakresie art. 95b ust. 3)	<p>Termin opiniowania powinien wynosić 30 dni. Proces opiniowania powinien być poszerzony o Komisję Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego. Obecnie proponowane zapisy mogą</p>	<p>Uwaga uwzględniona Poprawiono przepis art. 95b ust. 3: „Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje projekt krajowego planu Radzie Dialogu Społecznego oraz Prezesowi</p>

			wskazywać, na pozorowanie procesu opiniowania. Można założyć, że plan będzie obszernym dokumentem, którego analiza przez partnerów społecznych będzie wymagała czasu. Mówimy o dokumencie, który będzie ustalał kierunek działań w systemie ochrony zdrowia na kolejne 7 lat.	Funduszu, Prezesowi Agencji, Dyrektorowi Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag 30 dni od dnia jego otrzymania. Niewydanie opinii w tym terminie jest równoznaczne z opinią pozytywną.”.
111.	ZWIĄZEK POWIATÓW POLSKICH	Art. 1 (w zakresie art. 95c ust.1)	Po doświadczeniach w okresie trwania epidemii można mieć wątpliwości czy wojewodowie posiadają zasoby organizacyjne do koordynacji systemu ochrony zdrowia na obszarze województwa. Doświadczenia chociażby z funkcjonowania w praktyce wojewódzkich planów działania na wypadek wystąpienia epidemii czy zapewnienia warunków do funkcjonowania inspekcji sanitarnej (podmioty lecznicze wojewody).	Uwaga uwzględniona Dodano przepis ust. 8 w obecnym art. 12: „8. W ramach limitu, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, zatrudnienie w urzędach wojewódzkich nie przekroczy 2 etatów na dany urząd.” I odpowiednio zwiększono limit wydatków wojewody.
112.	ZWIĄZEK POWIATÓW POLSKICH	Art. 1 (w zakresie art. 95c ust.3)	Termin opiniowania powinien wynosić 30 dni. Obecnie proponowane zapisy mogą wskazywać, na pozorowanie procesu opiniowania. Można założyć, że plan będzie obszernym dokumentem, którego analiza przez przedstawicieli samorządów oraz partnerów społecznych będzie wymagała czasu. Mówimy o dokumencie, który będzie ustalał kierunek działań w systemie ochrony zdrowia na kolejne 7 lat i które będą miały wpływ na treść planów zakupu świadczeń.	Uwaga uwzględniona Poprawiono przepis art. 95c ust. 3: „Wojewoda przekazuje projekt wojewódzkiego planu marszałkowi województwa, konwentowi powiatów danego województwa, Prezesowi Funduszu oraz wojewódzkiej radzie dialogu społecznego do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag 30 dni od dnia jego otrzymania. Niewydanie opinii w tym terminie jest równoznaczne z opinią pozytywną.”.

113.	ZWIĄZEK POWIATÓW POLSKICH	Art. 1 pkt 8 (w zakresie art. 95ca ust. 2)	<p>Poszerzenie wojewódzkiej rady o przedstawiciela organizacji pacjentów oraz przedstawiciela szkół wyższych kształcących na kierunkach medycznych.</p> <p>W propozycji zdecydowanie przeważają przedstawiciele administracji rządowej oraz NFZ, tymczasem wydaje się, że zwłaszcza przy monitorowaniu planu punkt widzenia powinien być szerszy. Przy obecnie proponowanym składzie Rady oraz zapisem w ust. 6 równowaga w Radzie i tak jest mocno zachwiana.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Realizatorem planów transformacji będą organa administracji rządowej i samorządowej. Ponadto nie ma możliwości, aby w wojewódzkiej radzie do spraw potrzeb zdrowotnych umieścić wszystkich możliwych przedstawicieli-aktorów systemu opieki zdrowotnej. Aktualnie działająca rada w swym składzie ma ok. 100 członków, co wpływa negatywnie na efektywność pracy takiej rady. W tak szerokim składzie rady podjęcie jakiegokolwiek decyzji, co do konkretnych działań jest bardzo trudna do osiągnięcia. Dlatego w projektowanej ustawie zaproponowano istotne zmiany, które posłużą poprawie procesu, tj. zmniejszenie liczby członków wojewódzkiej rady, gdzie praca nad opracowaniem projektu, monitorowaniem i aktualizacją wojewódzkiego planu będzie możliwa do wykonania ze względu na ograniczenie członków o zróżnicowanych interesach.</p>
114.	ZWIĄZEK POWIATÓW POLSKICH	Art. 1 pkt 8 (w zakresie art. 95ca ust. 4)	<p>Wydłużenie terminu do 30 dni</p> <p>W przypadku konwentów powiatów dotrzymanie terminu 14-dniowego na wskazanie przedstawiciela może być niemożliwe (konieczność uzgodnienia terminu oraz zwołania z wyprzedzeniem posiedzenia konwentu).</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Termin 14 dni jest wystarczający.</p>

115.	ZWIĄZEK MIAST POLSKICH	Art. 95c	Zawarte w projekcie rozwiązania dotyczące planów transformacji pogłębiają skalę nieprzejrzystości działania systemu ochrony zdrowia w Polsce (nieprzejrzyste zasady odpowiedzialności poszczególnych interesariuszy i zasad finansowania ich działalności).	Uwaga nieuwzględniona Zgodnie z obecnym art. 95c ust. 6 wojewoda ogłasza wojewódzki plan w drodze obwieszczenia publikowanego w wojewódzkim dzienniku urzędowym. Wpływ na zapisy w WPT, a więc i określenie zakresu odpowiedzialności za realizację danych działań, będą miały organy lub podmioty, których przedstawiciele będą członkami wojewódzkiej rady do spraw potrzeb zdrowotnych. Zatem przedstawiciele samorządu terytorialnego będą mieć wpływ na plan transformacyjny i jego zasięg oddziaływania. Realizatorem planów transformacji będą organa administracji rządowej i samorządowej. Plan transformacji będzie się opierać na zakresie odpowiedzialności poszczególnych organów lub podmiotów wdrażających plan określonych w innych przepisach.
116.	ZWIĄZEK MIAST POLSKICH	Art. 48d ust. 1	Z powodu szkodliwego (co podkreślam, szczególnie w okresie pandemii!) podtrzymywania zapisów art. 48d ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych, pozbawiające jednostki samorządu terytorialnego możliwości łączenia środków własnych jst z środkami NFZ na realizację programów zdrowotnych nie dotyczących świadczeń gwarantowanych. Nigdy nie przedstawiono nam uzasadnienia do	Uwaga nieuwzględniona Proponowany postulat wykracza poza zakres nowelizowanej ustawy.

			wprowadzenia tego złego rozwiązania, a jego skutkiem jest organicznie realizacji programów zdrowotnych, w tym także potrzebnych dla ograniczania skutków pandemii.	
117.	ZWIĄZEK MIAST POLSKICH	Art. 95b ust. 3	Uwaga dotycząca opracowania planów transformacji. Skoro, słusznie na podstawie propozycji zapisu zawartej w art. 95c. ust. 3 wojewoda przekazuje projekt wojewódzkiego planu m.in.: do przedstawicieli samorządów województwa (moim zdaniem błędnie do marszałka, zamiast do zarządu województwa) oraz konwentowi powiatów danego województwa, to dlaczego na szczeblu krajowym, w art. 95b ust. 3 nie stosuje się analogicznego rozwiązania kierując propozycję krajowego planu do Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego (w przeciwieństwie np. do Rady Dialogu Społecznego z którą ten plan ma być konsultowany). Przypominam, że zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 6 maja 2005 r. o Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego oraz o przedstawicielach Rzeczypospolitej Polskiej w Komitecie Regionów Unii Europejskiej, do zadań Komisji Wspólnej należy m.in.: 1) analizowanie informacji o przygotowywanych projektach aktów	Uwaga nieuwzględniona Zgodnie z art. 95b ust. 2 pkt 1 krajowy plan obejmuje potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie ponadregionalnym. KPT będzie skupiał się na działaniach ogólnokrajowych, nie regionalnych czy lokalnych. Działania jednostek samorządu terytorialnego, czyli dotyczących danego województwa, powiatu, gminy będą określały wojewódzkie plany transformacji. Nie ma więc potrzeby kierowania projektu KPT do uzgodnień KWRIST.

			<p>prawnych, dokumentów i programów rządowych dotyczących problematyki samorządu terytorialnego, w szczególności przewidywanych skutków finansowych;</p> <p>2) opiniowanie projektów aktów normatywnych, programów i innych dokumentów rządowych dotyczących problematyki samorządu terytorialnego, w tym także określających relacje pomiędzy samorządem terytorialnym a innymi organami administracji publicznej. Nie ma więc wątpliwości, że plan transformacji, wprowadzany proponowanymi regulacjami spełnia wymogi zdefiniowane w ustawie o KWRziST. Na tej podstawie stosowne uzupełnienie art. 95b ust. 3 uważam za konieczność wynikającą z obowiązującego prawa.</p>	
118.	<p>URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO W KIELCACH ZA POŚREDNICTWEM BIURA ZWIĄZKU WOJEWÓDZTW RP</p>	<p>Art. 1 ust. 8 w części dotyczącej nowego art. 95ca ust. 2 pkt 4 i 5 „Art. 95ca ust. 2 pkt 5 i 6 2. W skład wojewódzkiej rady wchodzi: (...); 5) dwóch przedstawicieli marszałka województwa; 6) dwóch przedstawicieli konwentu powiatów danego województwa;”</p>	<p>Niezbędne jest zwiększenie liczby przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego w wojewódzkiej radzie do spraw potrzeb zdrowotnych dążąc do zapewnienia równowagi pomiędzy liczbą przedstawicieli strony rządowej i samorządowej w radzie. Jednostki samorządu terytorialnego tworzą większość podmiotów leczniczych działających w regionalnym systemie ochrony zdrowia. To właśnie podmioty lecznicze wraz z podmiotami</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona</p> <p>Zwiększenie składu wojewódzkiej rady do spraw potrzeb zdrowotnych w zakresie liczby przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego nie jest zasadne.</p> <p>W projektowanej ustawie zaproponowano istotne zmiany w obrębie rady, które mają na celu zmniejszenie liczby członków. Mniejsza rada będzie w stanie efektywniej pracować nad projektem, monitorowaniem i aktualizacją wojewódzkiego planu transformacji.</p>

			tworzącymi będą realizować kierunki wskazane w wojewódzkim planie transformacji.	
--	--	--	--	--

* Zachowano oryginalną pisownię.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

**w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze
Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki
zdrowotnej**

Na podstawie art. 95h ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wzór wniosku zawierającego formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia wraz ze wskazaniem kryteriów oceny inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, przypisaniem im wagi oraz określeniem skali punktów możliwych do uzyskania w zakresie poszczególnych kryteriów;
- 2) sposób obliczania całkowitego wyniku punktowego w zakresie dokonywania oceny celowości, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, w tym sposób obliczania tego wyniku przez każdy z podmiotów określonych w art. 95f ust. 9 ustawy;
- 3) minimalną liczbę punktów wymaganą do uzyskania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy.

§ 2. Wzór wniosku zawierającego formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia wraz ze wskazaniem kryteriów oceny inwestycji

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 1470 i 1541).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 1492, 1493, 1578, 1875, 2112, 2345, i 2401 oraz z 2021 r. poz. 97, 159 i

skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, przypisaniem im wagi oraz określeniem skali punktów możliwych do uzyskania w zakresie poszczególnych kryteriów określa załącznik do rozporządzenia.

§ 3. Całkowity wynik punktowy jest obliczany według wzoru:

$$C = D1 * W1 + \dots + Dn * Wn$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- C – całkowity wynik punktowy przyznawany w wyniku oceny kryteriów oceny inwestycji,
- D1 – całkowity wynik punktowy dla pierwszej dziedziny,
- Dn – całkowity wynik punktowy dla n-tej dziedziny,
- W1 – waga pierwszej dziedziny = (wartość inwestycji w pierwszej dziedzinie/wartości całości inwestycji),
- Wn – waga n-tej dziedziny = (wartość inwestycji w n-tej dziedzinie/wartości całości inwestycji),

przy czym:

$$D = G1 * G2 * G3 * G4 * P1 / 1,06^{(P2/12)/1000}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- D – całkowity wynik punktowy dla danej dziedziny,
- G1 – suma iloczynów punktów przyznanych za kryteria oceny inwestycji o numerach: 19, 20, 23, 24, 31, 32, 33, 34 oraz przypisanych im wag,
- G2 – suma iloczynów punktów przyznanych za kryteria oceny inwestycji o numerach: 10, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 25 oraz przypisanych im wag,
- G3 – suma iloczynów punktów przyznanych za kryteria oceny inwestycji o numerach: 2, 3, 4, 5, 9, 13, 26, 30 oraz przypisanych im wag,
- G4 – suma iloczynów punktów przyznanych za kryteria oceny inwestycji o numerach: 6, 7, 8, 11, 12, 27, 28, 29 oraz przypisanych im wag,
- P1 – liczba punktów przyznanych za kryterium oceny inwestycji o numerze 21,
- P2 – przewidywany przez podmiot wnioskujący czas na realizację inwestycji podany w miesiącach.

§ 4. Minimalna liczba punktów (całkowity wynik punktowy) wymagana do uzyskania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy, wynosi 6200.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.³⁾

MINISTER ZDROWIA

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wnioseków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1347), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

WZÓR

INSTRUMENT OCENY WNIOSKÓW INWESTYCYJNYCH W SEKTORZE ZDROWIA (IOWISZ) WRAZ ZE WSKAZANIEM KRYTERIÓW OCENY INWESTYCJI SKUTKUJĄCYCH ZMIANĄ ZAKRESU UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ, PRZYPISANIEM IM WAGI ORAZ OKREŚLENIEM SKALI PUNKTÓW MOŻLIWYCH DO UZYSKANIA W ZAKRESIE POSZCZEGÓLNYCH KRYTERIÓW		
I. Informacje o inwestycji		
1. Podmiot wnioskujący	1. Rodzaj podmiotu wnioskującego	
	2. Imię i nazwisko lub nazwa podmiotu wnioskującego	
	3. Adres e-mail podmiotu wnioskującego	
	4. Numer KRS podmiotu wnioskującego	
	5. Numer NIP podmiotu wnioskującego	
	6. Jednostka sektora finansów publicznych	
	7. Organ wydający opinię o celowości inwestycji	
2. Siedziba albo adres zamieszkania podmiotu wnioskującego	1. Województwo	
	2. Powiat	
	3. Gmina	
	4. Miejscowość	
	5. Ulica	
	6. Numer budynku	
	7. Numer lokalu	
	8. Kod pocztowy	
	9. Poczta	
3. Typ inwestycji	1. Utworzenie nowego podmiotu leczniczego	
	2. Utworzenie nowych jednostek zakładu leczniczego podmiotu leczniczego	
	3. Utworzenie nowych komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego	
	4. Inna inwestycja	
	5. Tytuł inwestycji	
4. Opis inwestycji	1. Ogólne	

		1. Zakres rzeczowy inwestycji			
		2. Uzasadnienie celowości inwestycji			
		3. Obszar oddziaływania inwestycji	1. Państwo		
			2. Województwo		
			3. Powiat		
			4. Gmina		
			5. Miejscowość		
			6. Dzielnica		
			7. Inne		
		4. Termin planowanego rozpoczęcia inwestycji			
	5. Termin planowanego zakończenia inwestycji				
	2. Miejsce realizacji inwestycji	1. Województwo			
		2. Powiat			
		3. Gmina			
		4. Miejscowość			
		5. Ulica			
		6. Numer budynku			
		7. Numer lokalu			
		8. Kod pocztowy			
		9. Poczta			
3. Źródło finansowania inwestycji	1. Środki własne inwestora				
	2. Dotacja celowa ze środków budżetu państwa				
	3. Kredyt lub pożyczka objęta poręczeniem lub gwarancją Skarbu Państwa				
	4. Środki z innych źródeł niż dotacje celowe z budżetu państwa				
	5. Środki z Unii Europejskiej – z określeniem nazwy programu				
	6. Ogółem				
4. Inne informacje dotyczące inwestycji	1. Części inwestycji	1. Komorka	1. Liczba łóżek przed rozpoczęciem inwestycji		
			2. Liczba łóżek po zakończeniu inwestycji		

	(część budowlana inwestycji)	organizacyjna - medyczna	3. Powierzchnia użytkowa przed rozpoczęciem inwestycji	
			4. Powierzchnia użytkowa po zakończeniu inwestycji	
		2. Komórka organizacyjna - niemedyczna	1. Powierzchnia użytkowa przed rozpoczęciem inwestycji	
			2. Powierzchnia użytkowa po zakończeniu inwestycji	
	2. Wskaźniki techniczno-ekonomiczne	1. Powierzchnia użytkowa inwestycji w m ² (Pu)		
		2. Łączna liczba łóżek w podmiocie przed rozpoczęciem inwestycji (Łp)		
		3. Łączna liczba łóżek w podmiocie po zakończeniu inwestycji (Łk)		
		4. Wartość kosztorysowa inwestycji – WKI (tys. zł)		
		5. Cena m ² powierzchni użytkowej (WKI/Pu)		
		6. Wartość inwestycji przypadająca na 1 łóżko (WKI/(Łk – Łp)		
		7. Liczba zatrudnionego personelu w podmiocie przed rozpoczęciem inwestycji		
		8. Liczba zatrudnionego personelu w podmiocie po zakończeniu inwestycji		
	5. Inne informacje dotyczące inwestycji (część zakupowa inwestycji)	1. Rodzaj wyrobu medycznego		
		2. Komórki organizacyjne, w których wyrób medyczny będzie wykorzystywany		
3. Liczba wyrobów medycznych				
4. Szacowana cena jednostkowa				

		wyrobu medycznego		
		5. Informacje o stanie wyposażenia we wnioskowany wyrób medyczny		
		6. Parametry techniczne wyrobu medycznego		
		7. Informacje o zabezpieczeniu kadrowym do obsługi i eksploatacji wyrobu medycznego		
		8. Analiza kosztów eksploatacji wyrobu medycznego		
		9. Ocena techniczna posiadanych/zużytych wyrobów medycznych (sprzętu lub aparatury) jeżeli dotyczy		
		10. Dane zawarte w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia	1. Data ostatniej aktualizacji danych zawartych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia	
			2. Czy dane wprowadzone przez wnioskodawcę w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia są aktualne i kompletne?	

		dotyczące Wnioskodawcy		
	6. Szacunkowa wartość inwestycji w podziale na grupy kosztów (w zł)	1. Pozyskanie działki budowlanej		
		2. Przygotowanie terenu i przyłączenie obiektów do sieci		
		3. Budowa obiektów podstawowych		
		4. Instalacje		
		5. Zagospodarowanie terenu i budowa obiektów pomocniczych		
		6. Wyposażenie		
		7. Prace przygotowawcze, projektowe, obsługa inwestorska oraz ewentualne szkolenia i rozruch		
		8. Ogółem		
5. Wybór zakresu udzielanych świadczeń i dziedzin medycyny, w jakich inwestycja będzie realizowana	1. Czy planowana inwestycja ma wpływ na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej?			
	2. Wybór dziedziny, w której realizowana będzie inwestycja	1. Dziedzina medycyny		
		2. Szacunkowa wartość dziedziny		
		3. Procentowa wartość dziedziny		
	3. Ogółem wartość dziedzin			
4. Ogółem procentowa wartość dziedzin				

II. Kryteria oceny inwestycji						
Kryteria				Ocena podmiotu wnioskującego		
Lp	Kryterium Oceny Inwestycji	Interpretacja i wyjaśnienie znaczenia kryterium oraz sposobu oceny inwestycji	Waga kryterium	Ocena	Uzasadnienie	Wynik kryterium
1	Jaki jest przewidziany czas na inwestycję?	Czas jest wskazywany na podstawie informacji zawartych w polach I.4.1.4 oraz I.4.1.5 wniosku. Minimalny czas wynosi 1 miesiąc.	Współczynnik korygujący czas realizacji – 6%			
2	W jakim stopniu inwestycja odpowiada trendom demograficznym?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić i uzasadnić stopień, w jakim inwestycja odpowiada trendom demograficznym na danym obszarze. W przypadku	1,0			

		inwestycji w zakresie geriatry, opieki długoterminowej, paliatywnej lub hospicyjnej należy przyjąć 10 pkt.				
3	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę efektów zdrowotnych uzyskiwanych w populacji pacjentów na danym obszarze?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Stosowane technologie medyczne charakteryzują się różną skutecznością. Szerokie wdrożenie metod diagnostyki lub leczenia o szczególnie wysokiej skuteczności klinicznej przełoży się na znaczną poprawę stanu zdrowia w populacji pacjentów na danym obszarze. Najwyższe oceny należy przyznać inwestycjom zakładającym kompleksowość opieki zdrowotnej, z zastosowaniem optymalnych metod diagnostyki lub leczenia.	1,0			
4	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę jakości opieki zdrowotnej?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić, czy inwestycja przyczyni się do poprawy w szczególności: 1) kompleksowości opieki – zapewnienia całego procesu terapeutycznego w jednym podmiocie; 2) zastosowania optymalnych metod diagnostyki lub leczenia; 3) ciągłości opieki – zapewnienia całego procesu terapeutycznego bez przerywania procesu tej opieki, szczególnie przy przenoszeniu pacjenta pomiędzy podmiotami; 4) interdyscyplinarności – zaangażowania różnych osób, w szczególności wykonujących zawód medyczny, w proces diagnostyki i leczenia.	1,0			
5	Czy podmiot posiada akredytację Ministra Zdrowia?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Czy podmiot posiada aktualny certyfikat akredytacyjny zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 2135). W przypadku braku tego certyfikatu, należy przyjąć „NIE”. W przypadku inwestycji dotyczących realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu innego niż leczenie szpitalne, należy przyjąć „TAK”.	0,4			
6	Czy inwestycja wpłynie na zmniejszenie ogólnych kosztów opieki medycznej na danym obszarze?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Należy wziąć pod uwagę faktyczne obniżenie kosztów opieki zdrowotnej, w szczególności z powodu: 1) zastosowania bardziej efektywnej technologii medycznej; 2) przesunięcia miejsca wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej z lecznictwa szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zwanej dalej „AOS”; 3) obniżenia kosztów diagnostyki. Ocena jest dokonywana na podstawie podanego we wniosku przewidywanego zmniejszenia kosztów opieki zdrowotnej	1,0			

		zestawionego z kosztami inwestycji. Należy oszacować, tj. przedstawić dane liczbowe, w jakim stopniu inwestycja wpływa na zmniejszenie ogólnych kosztów.				
7	Czy koszt inwestycji jest uzasadniony w porównaniu do podobnych realizowanych inwestycji albo podobnych zrealizowanych inwestycji?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). W przypadku braku podobnych realizowanych inwestycji, albo podobnych zrealizowanych inwestycji, można odpowiedzieć „TAK”, jeżeli zostanie przeprowadzona i załączona analiza zawierająca informacje umożliwiające udzielenie odpowiedzi twierdzącej. Oceny nie należy zawężać do podobnych inwestycji w obszarze jej oddziaływania lub województwie.	0,8			
8	Czy inwestycja doprowadzi do przekierowania strumienia finansowego płatnika publicznego, zgodnie z krajowym lub wojewódzkim planem transformacji?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Plany transformacji mogą zakładać propozycję przekierowania strumienia finansowego płatnika publicznego. W takiej sytuacji należy ocenić, na ile inwestycja będzie sprzyjać takiemu przekierowaniu. W przypadku braku propozycji przekierowania w planach transformacji przyznaje się 0 pkt.	0,7			
9	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na optymalizację wykorzystania i rozmieszczenia obecnie zatrudnionych w podmiocie osób wykonujących zawód medyczny?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić i uzasadnić czy inwestycja wpłynie na optymalizację wykorzystania i rozmieszczenia osób wykonujących zawód medyczny, np. wynikającą z wielkości oddziału (odpowiednia wielkość oddziału zapewnia poprawę wskaźnika efektywności wykorzystania opieki pielęgniarskiej lub lekarskiej). W przypadku, gdy inwestycja nie wpływa na wykorzystanie i rozmieszczenie obecnie zatrudnionych osób wykonujących zawód medyczny, należy przyjąć 0 pkt. Należy szczegółowo uzasadnić.	0,6			
10	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na ergonomię pracy osób wykonujących zawód medyczny?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy zwrócić uwagę na charakter (jednostajność) i nasilenie obciążeń osób wykonujących zawód medyczny oraz określić jak inwestycja wpłynie na ten problem. Jeżeli inwestycja nie uwzględnia wpływu na ergonomię, należy przyjąć 0 pkt.	0,2			
11	W jakim stopniu realizacja inwestycji przełoży się na poprawę wykorzystania obecnie istniejącej infrastruktury?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić i uzasadnić czy inwestycja będzie wiązała się w szczególności ze: 1) zmianą przeznaczenia dotychczasowej infrastruktury, która jest aktualnie niewykorzystana lub ma charakter niezgodny z planami transformacji (np. przekształcenie łóżek internistycznych na długoterminową opiekę nad osobami starszymi);	0,7			

		2) poprawą wykorzystania istniejących pomieszczeń.				
12	Czy realizacja inwestycji przełoży się na odnowienie zużytej bazy i wyrobów medycznych?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Należy wskazać, czy realizacja inwestycji przełoży się na odnowienie zużytej bazy i wyrobów medycznych? Należy oszacować aktualne zużycie wyrobów medycznych, a także stopień, w jakim inwestycja przekłada się na ich wymianę. W przypadku inwestycji w wyroby medyczne, uzasadnienie powinno opierać się na obiektywnych podstawach (wymagania techniczne, serwisowe, certyfikacyjne). Jeżeli inwestycja nie ma związku z wymianą wyrobów medycznych, w szczególności dotyczy zakupu nowych, należy przyjąć 0 pkt.	0,9			
13	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na konieczność modyfikacji, zaprzestania lub zmiany kierunku innych inwestycji w toku na danym obszarze?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Wnioskodawca powinien przedstawić oszacowanie pozytywnego wpływu, jaki proponowana inwestycja ma, albo będzie miała, na już rozpoczęte inwestycje na danym obszarze. W tym przypadku chodzi o zminimalizowanie ryzyka wystąpienia konkurencyjnych (podobnych) inwestycji, co może prowadzić w przyszłości do istotnych problemów z dalszym finansowaniem świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. W przypadku braku inwestycji w toku o podobnym charakterze, albo gdy kryterium nie dotyczy danej inwestycji, należy przyjąć 10 pkt.	0,4			
14	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę komfortu pacjentów i ich rodzin?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Oszacowanie powinno być przeprowadzone w kontekście realizacji oczekiwań pacjentów i ich rodzin oraz z uwzględnieniem czynników wpływających na satysfakcję pacjentów i ich rodzin. W ramach oceny wpływu na komfort, należy uwzględnić warunki lokalowe, udogodnienia związane z lokalizacją inwestycji (czy łatwo dojechać), udogodnienia dla osób niepełnosprawnych, parking dla gości, ewentualne zapewnienie warunków hotelowych dla rodzin (szczególnie w przypadku pediatrii).	0,2			
15	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na aktywizację zawodową osób sprawujących faktyczną opiekę nad chorymi?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić i uzasadnić, w jakim stopniu inwestycja spowoduje, że opiekunowie osób chorych będą uwolnieni z części obowiązków opiekuńczych i będą mogli podjąć pracę zawodową.	0,3			
16	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na aktywizację zawodową chorych oraz	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić i uzasadnić, w jakim stopniu inwestycja przyczyni się do szybszego powrotu do zdrowia oraz przyspieszenia powrotu do	0,3			

	ograniczenie albo zapobieganie ich wykluczeniu społecznemu?	pracy, a w przypadkach niemożności powrotu do poprzednio wykonywanego zawodu – przysposobienie do nowej pracy. Zagadnienia wpływu inwestycji na ograniczanie i zapobieganie wykluczeniu społecznemu powinny znaleźć odzwierciedlenie w ocenie projektów inwestycyjnych.				
17	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na rozwój opieki środowiskowej?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić i uzasadnić, w jakim stopniu inwestycja przyczyni się do rozwoju środowiskowych form opieki, np. opieki domowej, sprawowanej przez rodzinę, pielęgniarkę środowiskową lub opiekunów społecznych, a także inne formy opieki.	0,5			
18	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę zapewnienia praw pacjenta?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić i uzasadnić, w jakim stopniu inwestycja poprawia spełnienie praw pacjentów, w szczególności w zakresie: 1) zapewnienia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej; 2) poszanowania intymności i godności; 3) prawa do umierania w spokoju i godności.	0,4			
19	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na realizację celów edukacyjnych i szkoleniowych w ochronie zdrowia?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy zwrócić uwagę na poprawę warunków kształcenia przed- i podyplomowego oraz edukacji społecznej dla osób spoza jednostki. W przypadku, gdy inwestycja nie dotyczy realizacji celów edukacyjnych i szkoleniowych w ochronie zdrowia, należy przyjąć 0 pkt.	0,2			
20	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na podniesienie kwalifikacji osób wykonujących zawód medyczny?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić i uzasadnić, w jakim stopniu inwestycja daje szansę lub spowoduje uzyskanie nowych kwalifikacji przez osoby wykonujące zawód medyczny. W przypadku, gdy inwestycja nie dotyczy tego kryterium, należy przyjąć 0 pkt.	0,2			
21	Czy inwestycja odpowiada krajowemu lub wojewódzkiemu planowi transformacji?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Odpowiedzi „TAK” udziela się wyłącznie wtedy, gdy inwestycja wpisuje się w plan transformacji całkowicie lub w zasadniczej części (rozumianej jako co najmniej 70% wartości inwestycji). Należy odnieść się w sposób dokładny do planu transformacji przygotowanego dla danego województwa, ze wskazaniem postanowień, które dzięki danej inwestycji będą realizowane.	1,0			
22	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na niwelowanie różnic w dostępie do świadczeń	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Ocena powinna odbywać się przy użyciu informacji z mapy potrzeb zdrowotnych może również wymagać pozyskania informacji z innych, wiarygodnych źródeł. Ocenie podlega m.in.: redukowanie	0,8			

	gwarantowanych na terenie województwa lub państwa?	barier w dostępie do świadczeń oraz tworzenie zrównoważonego systemu równomiernie alokowanych świadczeń. Przy ocenie należy uwzględnić m.in. czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, czas dojazdu do miejsca udzielania świadczenia, miejsce udzielania świadczeń.				
23	Czy inwestycja wpłynie na zaspokojenie potrzeb, które dotychczas nie były zaspokajane?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Należy ocenić, czy inwestycja wpłynie na dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej, które obecnie nie są zaspokajane na danym obszarze. W przypadku tego kryterium uwzględnia się wyłącznie umożliwienie udzielania nowych świadczeń opieki zdrowotnej, nie zaś inwestycje zmierzające do poprawy stanu rzeczy, w postaci skrócenia czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, czy ograniczenia innych negatywnych zjawisk.	1,0			
24	Czy inwestycja dotyczy uruchomienia na danym obszarze po raz pierwszy metod leczenia o udowodnionej skuteczności w danym wskazaniu?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Należy ocenić, czy inwestycja wpłynie na dostępność na danym obszarze do świadczeń opieki zdrowotnej, które są pierwszymi skutecznymi metodami leczenia w danym wskazaniu. W przypadku tego kryterium należy określić, czy inwestycja umożliwi udzielanie na danym obszarze nowych świadczeń opieki zdrowotnej o udowodnionej skuteczności klinicznej (zgodnie z zasadami evidence-based medicine). Ich wprowadzenie sprawi, że dotychczas pacjenci nieskutecznie leczeni albo leczeni metodami o nieudowodnionej skuteczności, będą mieli dostęp do skutecznych świadczeń opieki zdrowotnej.	1,0			
25	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na czas oczekiwania na udzielenie świadczenia?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić i uzasadnić, w jakim stopniu inwestycja odpowiada na obiektywnie istniejące potrzeby zdrowotne, oraz służy mierzalnemu skróceniu czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (wymagane podanie danych liczbowych). W przypadku inwestycji pozostających bez wpływu na czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, należy przyjąć 0 pkt.	0,9			
26	W jakim stopniu inwestycja służyć będzie przesunięciu ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy uwzględnić w szczególności dane pochodzące z własnych analiz. Kryterium uwzględnia zmianę z lecznictwa szpitalnego do AOS, ewentualnie do podstawowej opieki zdrowotnej, zwanej dalej „POZ”. W przypadku inwestycji w zakresie AOS lub POZ należy przyjąć 10 pkt.	1,0			

27	W jakim stopniu inwestycja jest obciążona ryzykiem niewykorzystania po jej zakończeniu?	<p>Ocena od 0 pkt do 10 pkt.</p> <p>Trafność podjęcia decyzji o realizacji inwestycji określa się przez dane dostępne w mapie potrzeb zdrowotnych oraz innych wiarygodnych źródłach (np. w bazach Narodowego Funduszu Zdrowia, Systemie Statystyki w Ochronie Zdrowia, rejestrach, dokumentach urzędowych). Należy określić, czy będzie istniało zapotrzebowanie ze strony pacjentów na świadczenia opieki zdrowotnej, w tym przez obłożenie łóżek lub wykorzystanie zasobów. Należy zastosować skalę odwrotną – im mniejsze ryzyko, tym więcej punktów.</p>	1,0			
28	W jakim stopniu inwestycja jest obciążona ryzykiem, że wyroby medyczne nabyte w ramach inwestycji nie będą wykorzystywane optymalnie?	<p>Ocena od 0 pkt do 10 pkt.</p> <p>Szybki postęp w medycynie wymusza okresową wymianę wyrobów medycznych na wyroby medyczne nowszej generacji. Wykorzystywanie wyrobów medycznych na odpowiednio wysokim poziomie, pozwala na amortyzację kosztów ich zakupu oraz zapewnia ich racjonalnie szybkie odtworzenie. Należy wskazać prognozowaną liczbę świadczeń udzielanych z wykorzystaniem zakupionych wyrobów medycznych w ciągu kolejnych 5 lat od roku rozpoczęcia użytkowania. Jeżeli inwestycja nie dotyczy wyrobów medycznych, należy przyjąć 10 pkt. Należy zastosować skalę odwrotną – im mniejsze ryzyko, tym więcej punktów.</p>	0,9			
29	W jakim stopniu inwestycja jest obciążona ryzykiem nieuzyskania finansowania ze środków publicznych dla udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej?	<p>Ocena od 0 pkt do 10 pkt.</p> <p>Należy wziąć pod uwagę, jak duże jest ryzyko, że podmiot nie uzyska finansowania ze środków publicznych dla świadczeń opieki zdrowotnej, które może udzielać dzięki realizacji inwestycji, w szczególności uwzględniając występowanie na danym obszarze świadczeniodawców udzielających takich samych świadczeń opieki zdrowotnej oraz dotychczasowe finansowanie tych świadczeń. W przypadku inwestycji, które nie są obciążone ryzykiem nieuzyskania finansowania ze środków publicznych, należy przyjąć 10 pkt. Należy zastosować skalę odwrotną – im mniejsze ryzyko, tym więcej punktów.</p>	0,9			
30	W jakim stopniu inwestycja jest obciążona ryzykiem niezapewnienia odpowiednich zasobów kadrowych?	<p>Ocena od 0 pkt do 10 pkt.</p> <p>Należy ocenić i uzasadnić czy planowane zatrudnienie osób wykonujących zawód medyczny w związku z inwestycją, uwzględniające wymagane kwalifikacje i uprawnienia tych osób, jest realistyczne. Jeżeli inwestycja nie wpływa na zatrudnienie, należy przyjąć 10 pkt. Należy zastosować skalę odwrotną – im mniejsze ryzyko, tym więcej punktów.</p>	0,5			

31	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na wykorzystanie polskiej myśli technicznej i naukowej lub myśli technicznej i naukowej innych państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić i uzasadnić w jakim stopniu inwestycja dotyczy bezpośredniego wykorzystania, w ramach zamierzeń inwestycyjnych: nowoczesnych technologii, innowacji, patentów, rozwiązań organizacyjnych oraz praktyk klinicznych (metody i technik leczenia i diagnozowania) pochodzących z Rzeczypospolitej Polskiej lub innych państw lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym.	0,9			
32	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na zdolność prowadzenia i rozwoju prac badawczych i rozwojowych w dziedzinie zdrowia w województwie?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić i uzasadnić, w jakim stopniu inwestycja przyczyni się do rozwoju prac badawczych i rozwojowych w dziedzinie zdrowia w województwie. Dokonując oceny należy wziąć pod uwagę np. udział w projekcie badawczym, współpracę z uczelnią lub szpitalem klinicznym, udział w testowaniu leków (wymagane wskazanie konkretnych projektów/ prac badawczych).	0,9			
33	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na komercjalizację innowacyjnej myśli technicznej?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić i uzasadnić, w jakim stopniu inwestycja będzie wspierać lokalnie rozwijane innowacje i technologie, szczególnie w dziedzinie zdrowia (wymagane wskazanie konkretnych przykładów).	1,0			
34	W jakim stopniu inwestycja wpisuje się w rekomendacje towarzystw naukowych polskich lub zagranicznych dotyczących rozwoju danej dziedziny, której dotyczy planowana inwestycja?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Na podstawie przeglądu rekomendacji towarzystw naukowych polskich lub zagranicznych, należy określić zgodność inwestycji z tymi rekomendacjami. Przeglądu można dokonać z wykorzystaniem powszechnie dostępnych wyszukiwarek specjalistycznych takich jak: https://www.ahrq.gov/gam/index.html , https://www.tripdatabase.com/ , https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ . W uzasadnieniu należy wskazać adresy stron internetowych podmiotów, na których rekomendacje powołuje się wnioskodawca.	0,2			

III. Całkowity wynik punktowy

Nazwa dziedziny	Całkowity wynik punktowy dziedziny	Waga dziedziny	Całkowity wynik punktowy ważony dla dziedziny
Całkowity wynik punktowy			
IV. Oświadczenie			
Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, przewidzianej w art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, z późn. zm.).			
V. Inne			
1. Organ wypadający opinię o celowości inwestycji			
2. Sposób doręczenia opinii o celowości inwestycji			
3. Numer formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia			
4. Wersja			
5. Data i miejsce sporządzenia wniosku			
6. Podpis osoby upoważnionej do złożenia wniosku			

Instrukcja wypełniania wniosku

Uwaga ogólna:

W przypadku gdy w polu „Uzasadnienie” nastąpi powołanie się na opinie, analizy, ekspertyzy, rekomendacje lub inne dokumenty o analogicznym charakterze, należy przywołać ich źródło (może to nastąpić np. przez podanie hiperłącza, dołączenie kserokopii dokumentu).

I. INFORMACJE O INWESTYCJI

Część 1. Podmiot wnioskujący:

Pole 1.1 – wybrać, czy podmiot wnioskujący jest osobą fizyczną, osobą prawną albo jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej;

Pole 1.2 – podać nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego;

Pole 1.3 – podać adres e-mail podmiotu wnioskującego;

Pola 1.4-1.5 – podać numer KRS – w przypadku podmiotu wnioskującego będącego osobą prawną albo numer NIP – w przypadku osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej;

Pole 1.6 – wybrać, czy podmiot wnioskujący jest jednostką sektora finansów publicznych;

Pole 1.7 - wybrać właściwy organ wydający opinię, do którego jest składany wniosek - wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia.

Część 2. Siedziba albo adres zamieszkania podmiotu wnioskującego:

Pola 2.1-2.9 – podać adres siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu wnioskującego.

Część 3. Typ inwestycji:

Pola 3.1-3.4 – wskazać typ inwestycji: utworzenie nowego podmiotu leczniczego, nowej jednostki lub komórki organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub inna inwestycja;

Pole 3.5 – należy podać dokładny tytuł inwestycji.

Część 4. Opis inwestycji:

Pola 4.1 (4.1.1-4.1.5) - podać opis inwestycji, uwzględniając:

Pole 4.1.1 - zakres rzeczowy inwestycji;

Pole 4.1.2 - uzasadnienie celowości inwestycji;

Pole 4.1.3 - obszar oddziaływania inwestycji, zaznaczając państwo, województwo, powiat, gminę, miejscowość, dzielnicę i/lub inne;

Pole 4.1.4 i pole 4.1.5 - podać termin (datę) planowanego rozpoczęcia i termin (datę) planowanego zakończenia inwestycji - na podstawie tych informacji zostanie automatycznie wskazana liczba pełnych miesięcy (nie mniej niż 1) - w kryterium oceny inwestycji lp. 17;

Pola 4.2 (4.2.1-4.2.9) - wskazać adres realizacji inwestycji;

Pola 4.3 (4.3.1-4.3.6) - określić źródło/źródła finansowania inwestycji;

Pola 4.4 - podać inne informacje dotyczące inwestycji budowlanej:

Pola 4.4.1 - podstawowe parametry techniczne inwestycji (wypełnia się dla wszystkich części inwestycji, zgodnie z wyborem podmiotu wnioskującego);

Pole 4.4.1.1 - informacja o komórce organizacyjnej (wybrać z listy kodów resortowych);

Pole 4.4.2 - wskaźniki techniczno-ekonomiczne inwestycji;

Pola 4.5 - podać inne informacje dotyczące inwestycji zakupowej;

Pola 4.5.1 -4.5.8 - informacje wypełnia się dla każdego wyrobu medycznego;

Pole 4.5.10.2 - możliwe odpowiedzi to „TAK” albo „NIE”; odpowiedzi „TAK” udziela się wyłącznie wtedy, gdy dane dotyczące wyrobów medycznych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, z późn. zm.), wprowadzone przez wnioskodawcę w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia są aktualne i kompletne;

Pole 4.6 - szacunkowa wartość inwestycji w podziale na grupy kosztów - podać kwoty brutto w zł.

Część 5. Wybór zakresu udzielanych świadczeń i dziedzin medycyny, w jakich inwestycja będzie realizowana

Pola 5.1- wskazać, czy inwestycja ma wpływ na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (należy wskazać „TAK” lub „NIE”); odpowiedź na to pytanie determinuje wybór formularza i kryteriów oceny inwestycji;

Pole 5.2 - wybór dziedziny, w której realizowana będzie inwestycja;

Pole 5.2.1 - należy wybrać dziedzinę medycyny;

Pole 5.2.2 - należy wskazać szacunkową wartość dziedziny;

Pole 5.2.3 - należy wskazać procentową wartość dziedziny;

Pole 5.3 - pole wypełnia się automatycznie po wyborze i wprowadzeniu wartości dla wszystkich dziedzin;

Pole 5.4 - pole wypełnia się automatycznie po wyborze i wprowadzeniu wartości dla wszystkich dziedzin.

II. KRYTERIA OCENY INWESTYCJI

1. Formularz wypełnia się przez przyznanie odpowiedniej liczby punktów za każde kryterium oceny inwestycji, w skali wskazanej w polu „Interpretacja i wyjaśnienie znaczenia kryterium oraz sposobu oceny inwestycji”. Przydziela się wyłącznie punkty stanowiące liczby całkowite w skali od 0 do 10, przy czym:

- 1) w kryteriach oceny inwestycji, o których mowa w lp. 5–8, 15-18, 21-26 oraz 33, udziela się odpowiedzi „TAK” albo „NIE”, którym przyznaje się odpowiednio 10 pkt albo 0 pkt;
- 2) w kryterium oceny inwestycji lp. 21 sformułowanie „zasadnicza część inwestycji” rozumiana jest jako część co najmniej równa 70% wartości inwestycji;

- 3) w kryterium oceny inwestycji lp. 1 „moment rozpoczęcia inwestycji” w przypadku robót budowlanych należy rozumieć jako moment rozpoczęcia budowy zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. - Prawo budowlane (Dz. U. z 2020 r. poz. 1333, z późn. zm.); „liczbę miesięcy” liczy się od momentu podpisania pierwszej umowy na roboty budowlane lub usługi dotyczące inwestycji do rozpoczęcia działań operacyjnych po zakończeniu inwestycji, na podstawie harmonogramu projektu inwestycji - minimalna wartość wynosi 1 miesiąc;
 - 4) w kryterium oceny inwestycji lp. 23 oceny dokonać należy w kontekście wyłącznie nowych rodzajów świadczeń; stwierdzenie, czy dane świadczenie jest udzielane na danym obszarze, możliwe jest w oparciu o analizę procedur wg klasyfikacji ICD-9;
 - 5) w kryterium oceny inwestycji lp. 4 użyte w odniesieniu do osób wykonujących zawód medyczny sformułowanie „w szczególności” oznacza, że ocenie może podlegać również ocena zaangażowania w inwestycję osób niekwalifikowanych jako osoby wykonujące zawód medyczny (np. psychologów, psychoterapeutów, terapeutów uzależnień, itp.);
 - 6) w odniesieniu do kryterium lp. 7 skala oceny dostosowywana jest każdorazowo do rodzaju, zakresu, skali inwestycji; oznacza to, że porównywaniu podlegają tylko inwestycje o podobnym charakterze, ponieważ tylko w ten sposób komparatystyka jest miarodajna i zasadna;
 - 7) w odniesieniu do kryterium lp. 11 maksymalną punktację (10 pkt) można uzyskać tylko, jeżeli inwestycja polega na zagospodarowaniu wyłącznie istniejącej infrastruktury;
 - 8) w odniesieniu do kryterium lp. 12 ocenie podlega to, czy inwestycja wiąże się z wymianą wyrobów medycznych, nie chodzi tu o regenerację, remont, naprawę;
 - 9) w przypadku inwestycji o charakterze ponadregionalnym bierze się pod uwagę wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowane kierunki działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw płynące z Mapy potrzeb zdrowotnych;
 - 10) w przypadku gdy kryterium dotyczy pytania o „dany obszar”, sformułowanie to należy rozumieć jako obszar oddziaływania danej inwestycji, przy czym co do zasady przyjmuje się, że obejmuje on województwo, na terenie którego inwestycja jest realizowana.
2. Wskazane powyżej punkty i odpowiedzi wpisuje się w kolumnie „Ocena”.
 3. W kolejnych rekordach w kolumnie „Uzasadnienie” wpisuje się informacje uzasadniające przydzielenie wskazanej w kolumnie „Ocena” liczby punktów dla danego kryterium oceny inwestycji.
 4. Uzasadnienie dla każdego z kryteriów oceny inwestycji nie może przekraczać 500 znaków ze spacjami.
 5. W przypadku wspólnych kryteriów oceny inwestycji, gdy tylko część inwestycji spełnia określone kryterium:
 - w przypadku kryteriów ocenianych w skali od 0 pkt do 10 pkt maksymalna liczba punktów do przyznania za dane kryterium jest proporcjonalna do udziału kosztu tej części inwestycji w całym jej koszcie
 - w przypadku kryteriów ocenianych w skali TAK albo NIE odpowiedzi TAK udziela się, jeżeli dana część stanowi co najmniej 70% wartości inwestycji.W przypadku kryteriów oceny inwestycji według dziedzin, gdy tylko część inwestycji w danej dziedzinie spełnia określone kryterium:
 - w przypadku kryteriów ocenianych w skali od 0 pkt do 10 pkt maksymalna liczba punktów do przyznania za dane kryterium jest proporcjonalna do udziału kosztu tej części inwestycji w całym jej koszcie;
 - w przypadku kryteriów ocenianych w skali TAK albo NIE odpowiedzi TAK udziela się, jeżeli dana część stanowi co najmniej 70% wartości inwestycji według danej dziedziny medycyny.

III. CAŁKOWITY WYNIK PUNKTOWY

Całkowity wynik punktowy jest wyliczany automatycznie przez system Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia w oparciu o algorytm jego wyliczenia określony w § 3 rozporządzenia i we wniosku, wskazany na podstawie punktów przyznanych przy wypełnianiu wniosku przez podmiot wnioskujący. Wynik jest wyliczany również dla poszczególnych dziedzin wraz ze wskazaniem wagi dziedziny i całkowitego wyniku punktowego ważonego dla dziedziny.

IV. OŚWIADCZENIE

W wygenerowanym wniosku jest zawarte oświadczenie o świadomości odpowiedzialności za oświadczenie nieprawdy.

V. INNE

Numer formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia jest generowany automatycznie przez system Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, po wypełnieniu wszystkich pól obowiązkowych, w procesie eksportowania wniosku gotowego do złożenia do organu.

Datę i podpis należy wpisać odręcznie albo dokonać podpisania z wykorzystaniem kwalifikowanego podpisu elektronicznego.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 95h ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.). Projektowane zmiany wynikają ze zmiany upoważnienia ... wprowadzonej ustawą z dnia o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...).

Zmiany w stosunku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1347) dotyczą jedynie zmiany w załączniku do rozporządzenia. Zmiany dokonuje się w części II. Kryteria oceny inwestycji i dotyczą kryteriów oceny wskazanych w lp. 8, 11 oraz 21 i polega ona na zastąpieniu priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej dokumentem strategicznym o nazwie plan transformacji. Ponadto, w instrukcji wypełniania wniosku, w kryterium oceny inwestycji w punkcie 1, podpunkt 9 - mapę regionalną oraz mapę ogólnopolską zastąpiono wyzwaniem systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowanymi kierunkami działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw płynącymi z Mapy potrzeb zdrowotnych.

Jednocześnie należy podkreślić, że interpretacja i wyjaśnienie znaczenia kryterium oraz sposobu oceny inwestycji, jak również ich opisy pozostają niezmiennione.

Przewiduje się, że rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.

Projekt nie będzie miał wpływu na działalność mikro, małych i średnich przedsiębiorstw.

Projekt nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

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

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

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

<p>Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Sławomir Gadomski, Podsekretarz Stanu Ministerstwa Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pan Paweł Maryniak, Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia; e-mail: p.maryniak@mz.gov.pl; tel. służb.: 880 340 006.</p>	<p>Data sporządzenia 05.02.2021</p> <p>Źródło Art. 95h ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.)</p> <p>Nr w Wykazie prac Ministra Zdrowia MZ1103</p>
--	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej ma na celu zmianę rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1347), przez dokonanie zmiany w załączniku do ww. rozporządzenia w części II. Kryteria oceny inwestycji i dotyczy kryteriów oceny inwestycji wskazanych w lp. 8, 11 oraz 21. Zmiana ma na celu zastąpienie priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej nowym dokumentem o nazwie plan transformacji. Ponadto, w instrukcji wypełniania wniosku, w kryterium oceny inwestycji w punkcie 1, podpunkt 9 - mapę regionalną oraz mapę ogólnopolską zastąpiono wyzwaniem systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowanymi kierunkami działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw płynącymi z Mapy potrzeb zdrowotnych.

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

Zmiany projektowane w rozporządzeniu w stosunku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, dotyczą jedynie zmiany w załączniku do rozporządzenia. Zmiany dokonuje się w części II. Kryteria oceny inwestycji i dotyczą kryteriów oceny wskazanych w lp. 8, 11 oraz 21 i polega ona na zastąpieniu priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej nowym dokumentem strategicznym o nazwie plan transformacji. Ponadto, w instrukcji wypełniania wniosku, w kryterium oceny inwestycji w punkcie 1, podpunkt 9 - mapę regionalną oraz mapę ogólnopolską zastępuje się wyzwaniem systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowanymi kierunkami działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw płynącymi z Mapy potrzeb zdrowotnych.

Jednocześnie należy podkreślić, że interpretacja i wyjaśnienie znaczenia kryterium oraz sposobu oceny inwestycji, jak również ich opisy pozostają niezmienione.

Ponadto, należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

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

Istniejące rozwiązanie w postaci Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ) ma charakter unikalny, a przez to nie ma możliwości odniesienia się do rozwiązań w innych krajach. Prowadzone prace legislacyjne stanowią kontynuację podjętych uprzednio działań i bazują na doświadczeniu zdobytym w okresie funkcjonowania systemu IOWISZ.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Podmioty lecznicze	18 600 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w trybie leczenie stacjonarne, ambulatoryjne (wg funkcji ochrony zdrowia HC 1.1-1.3);	Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą (niektóre podmioty mogą udzielać świadczeń w więcej niż jednym trybie)	Prawo złożenia wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji z wykorzystaniem systemu IOWISZ.
	5715		

budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Źródła finansowania	Wejście w życie rozporządzenia nie powoduje wpływu na sektor finansów publicznych.											
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowane rozporządzenie nie przewiduje dodatkowego obciążenia przychodów budżetu państwa, nie zmienia też innych przepływów finansowych.											
7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe												
Skutki												
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)				
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-				
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-				
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-				
	(dodaj/usuń)											
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Nie przewiduje się wpływu projektowanych zmian na duże przedsiębiorstwa.										
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Nie przewiduje się wpływu projektowanych zmian na sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw.										
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Nie przewiduje się wpływu projektowanych zmian na rodzinę, obywateli oraz gospodarstwa domowe.										
	osoby starsze i niepełnosprawne	Nie przewiduje się wpływu projektowanych zmian na osoby starsze i niepełnosprawne.										
Niemierzalne	(dodaj/usuń)											
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowane rozporządzenie nie przewiduje dodatkowego obciążenia przychodów budżetu państwa, nie zmienia też innych przepływów finansowych.											
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu												
<input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy												
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).						<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy						

<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne: ...	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne: ...	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
Komentarz:		
9. Wpływ na rynek pracy		
Rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne: ...	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input checked="" type="checkbox"/> informatyzacja <input type="checkbox"/> zdrowie
Omówienie wpływu		
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Proponuje się, aby rozporządzenie weszło w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Z uwagi na zakres i charakter regulacji nie ma potrzeby przeprowadzenia ewaluacji.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Brak.		

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

**w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze
Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń
opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 95h ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wzór wniosku zawierającego formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia wraz ze wskazaniem kryteriów oceny inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, przypisaniem im wagi oraz określeniem skali punktów możliwych do uzyskania w zakresie poszczególnych kryteriów;
- 2) sposób obliczania całkowitego wyniku punktowego w zakresie dokonywania oceny celowości, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, w tym sposób obliczania tego wyniku przez każdy z podmiotów określonych w art. 95f ust. 9 ustawy;
- 3) minimalną liczbę punktów wymaganą do uzyskania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy.

§ 2. Wzór wniosku zawierającego formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia wraz ze wskazaniem kryteriów oceny inwestycji

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 1470 i 1541).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 1492, 1493, 1578, 1875, 2112, 2345, , i 2401 oraz z 2021 r. poz. 97, 159 i...

pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, przypisaniem im wagi oraz określeniem skali punktów możliwych do uzyskania w zakresie poszczególnych kryteriów określa załącznik do rozporządzenia.

§ 3. Całkowity wynik punktowy jest obliczany według wzoru:

$$C = D1 * W1 + \dots + Dn * Wn$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- C - całkowity wynik punktowy przyznawany w wyniku oceny kryteriów oceny inwestycji,
- D1 - całkowity wynik punktowy dla pierwszej dziedziny,
- Dn - całkowity wynik punktowy dla n-tej dziedziny,
- W1 - waga pierwszej dziedziny = (wartość inwestycji w pierwszej dziedzinie/wartości całości inwestycji),
- Wn - waga n-tej dziedziny = (wartość inwestycji w n-tej dziedzinie/wartości całości inwestycji),

przy czym:

$$D = G1 * G2 * G3 * G4 / 1,06^{(P17/12)}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- D - całkowity wynik punktowy dla danej dziedziny,
- G1 - średnią z iloczynów punktów przyznanych za kryteria oceny inwestycji o numerach: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 21, 22, 23 oraz przypisanych im wag,
- G2 - średnią z iloczynów punktów przyznanych za kryteria oceny inwestycji o numerach: 7, 8, 24, 25, 26 oraz przypisanych im wag,
- G3 - średnią z iloczynów punktów przyznanych za kryteria oceny inwestycji o numerach: 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 27, 28, 29 oraz przypisanych im wag,
- G4 - średnią z iloczynów punktów przyznanych za kryteria oceny inwestycji o numerach 19 i 20 oraz przypisanych im wag,
- P17 - przewidywany przez podmiot wnioskujący czas na realizację inwestycji podany w miesiącach.

§ 4. Minimalna liczba punktów (całkowity wynik punktowy) wymagana do uzyskania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy, wynosi 950.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.³⁾

MINISTER ZDROWIA

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1348), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

WZÓR

INSTRUMENT OCENY WNIOSKÓW INWESTYCYJNYCH W SEKTORZE ZDROWIA (IOWISZ) WRAZ ZE WSKAZANIEM KRYTERIÓW OCENY INWESTYCJI POZOSTAJĄCYCH BEZ WPŁYWU NA ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ, PRZYPISANIEM IM WAGI ORAZ OKREŚLENIE SKALI PUNKTÓW MOŻLIWYCH DO UZYSKANIA W ZAKRESIE POSZCZEGÓLNYCH KRYTERIÓW		
I. Informacje o inwestycji		
1. Podmiot wnioskujący	1. Rodzaj podmiotu wnioskującego	
	2. Imię i nazwisko lub nazwa podmiotu wnioskującego	
	3. Adres e-mail podmiotu wnioskującego	
	4. Numer KRS podmiotu wnioskującego	
	5. Numer NIP podmiotu wnioskującego	
	6. Jednostka sektora finansów publicznych	
	7. Organ wydający opinię o celowości inwestycji	
2. Siedziba albo adres zamieszkania podmiotu wnioskującego	1. Województwo	
	2. Powiat	
	3. Gmina	
	4. Miejscowość	
	5. Ulica	
	6. Numer budynku	
	7. Numer lokalu	
	8. Kod pocztowy	
	9. Poczta	
3. Typ inwestycji	1. Utworzenie nowego podmiotu leczniczego	
	2. Utworzenie nowych jednostek zakładu leczniczego podmiotu leczniczego	
	3. Utworzenie nowych komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego	
	4. Inna inwestycja	
	5. Tytuł inwestycji	

4. Opis inwestycji	1. Ogólne	1. Zakres rzeczowy inwestycji		
		2. Uzasadnienie celowości inwestycji		
		Obszar oddziaływania inwestycji	1. Państwo	
			2. Województwo	
			3. Powiat	
			4. Gmina	
			5. Miejscowość	
			6. Dzielnica	
			7. Inne	
	4. Termin planowanego rozpoczęcia inwestycji			
	5. Termin planowanego zakończenia inwestycji			
	2. Miejsce realizacji inwestycji	1. Województwo		
		2. Powiat		
		3. Gmina		
		4. Miejscowość		
		5. Ulica		
		6. Numer budynku		
		7. Numer lokalu		
		8. Kod pocztowy		
		9. Poczta		
	3. Źródło finansowania inwestycji	1. Środki własne inwestora		
		2. Dotacja celowa ze środków budżetu państwa		
		3. Kredyt lub pożyczka objęta poręczeniem lub gwarancją Skarbu Państwa		
4. Środki z innych źródeł niż dotacje celowe z budżetu państwa				
5. Środki z Unii Europejskiej – z określeniem nazwy programu				
6. Ogółem				
4. Inne informacje dotyczące inwestycji (część budowlana inwestycji)	1. Części inwestycji	1. Komórka organizacyjna - medyczna	1. Liczba łóżek przed rozpoczęciem inwestycji	
			2. Liczba łóżek po zakończeniu inwestycji	

				3. Powierzchnia użytkowa przed rozpoczęciem inwestycji	
				4. Powierzchnia użytkowa po zakończeniu inwestycji	
			2. Komórka organizacyjna – niemedyczna	1. Powierzchnia użytkowa przed rozpoczęciem inwestycji	
				2. Powierzchnia użytkowa po zakończeniu inwestycji	
		2. Wskaźniki techniczno-ekonomiczne	1. Powierzchnia użytkowa inwestycji w m (Pu)		
			2. Łączna liczba łóżek w podmiocie przed rozpoczęciem inwestycji (Łp)		
			3. Łączna liczba łóżek w podmiocie po zakończeniu inwestycji w (Łk)		
			4. Wartość kosztorysowa inwestycji – WKI (tys. zł)		
			5. Cena m ² powierzchni użytkowej (WKI/Pu)		
			6. Wartość inwestycji przypadająca na 1 łóżko (WKI/(Łk – Łp))		
			7. Liczba zatrudnionego personelu w podmiocie przed rozpoczęciem inwestycji		
			8. Liczba zatrudnionego personelu w podmiocie po zakończeniu inwestycji		
		5. Inne informacje dotyczące inwestycji (część zakupowa inwestycji)	1. Rodzaj wyrobu medycznego		
			2. Komórki organizacyjne, w których wyrób medyczny będzie wykorzystywany		
			3. Liczba wyrobów medycznych		
4. Szacowana cena jednostkowa wyrobu medycznego					
5. Informacje o stanie					

		wyposażenia we wnioskowany wyrób medyczny		
		6. Parametry techniczne wyrobu medycznego		
		7. Informacje o zabezpieczeniu kadrowym do obsługi i eksploatacji wyrobu medycznego		
		8. Analiza kosztów eksploatacji wyrobu medycznego		
		9. Ocena techniczna posiadanych/zużytych wyrobów medycznych (sprzętu lub aparatury) jeżeli dotyczy		
		10. Dane zawarte w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia dotyczące Wnioskodawcy	1. Data ostatniej aktualizacji danych zawartych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia.	
			2. Czy dane wprowadzone przez wnioskodawcę w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia są aktualne i kompletne?	
		6. Szacunkowa wartość inwestycji w podziale na grupy kosztów (w zł)	1. Pozyskanie działki budowlanej	
			2. Przygotowanie terenu i przyłączenie obiektów do sieci	
			3. Budowa obiektów podstawowych	

		4. Instalacje		
		5. Zagospodarowanie terenu i budowa obiektów pomocniczych		
		6. Wyposażenie		
		7. Prace przygotowawcze, projektowe, obsługa inwestorska oraz ewentualne szkolenia i rozruch		
		8. Ogółem		
5. Wybór zakresu udzielanych świadczeń i dziedzin medycyny, w jakich inwestycja będzie realizowana	1. Czy planowana inwestycja ma wpływ na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej?			
		2. Wybór dziedziny, w której realizowana będzie inwestycja	1. Dziedzina medycyny	
			2. Szacunkowa wartość dziedziny	
			3. Procentowa wartość dziedziny	
	3. Ogółem wartość dziedzin			
4. Ogółem procentowa wartość dziedzin				

II. KRYTERIA OCENY INWESTYCJI						
Kryteria				Ocena podmiotu wnioskującego		
Lp.	Kryterium Oceny Inwestycji	Interpretacja i wyjaśnienie znaczenia kryterium oraz sposobu oceny inwestycji	Waga kryterium	Ocena	Uzasadnienie	Wynik kryterium
1	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę efektów zdrowotnych uzyskiwanych w populacji pacjentów na danym obszarze?	<p>Ocena od 0 pkt do 10 pkt.</p> <p>Stosowane technologie medyczne charakteryzują się różną skutecznością. Szerokie wdrożenie metod diagnostyki lub leczenia o szczególnie wysokiej skuteczności klinicznej przełoży się na znaczną poprawę stanu zdrowia w populacji pacjentów na danym obszarze. Najwyższe oceny należy przyznać inwestycjom zakładającym kompleksowość opieki zdrowotnej, z zastosowaniem optymalnych metod diagnostyki lub leczenia.</p>	1,0			
2	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę jakości opieki zdrowotnej?	<p>Ocena od 0 pkt do 10 pkt.</p> <p>Należy ocenić, czy inwestycja przyczyni się do poprawy w szczególności:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kompleksowości opieki – zapewnienia całego procesu terapeutycznego w jednym podmiocie; 2) ciągłości opieki – zapewnienia całego procesu terapeutycznego bez przerywania procesu tej opieki, szczególnie przy przenoszeniu pacjenta pomiędzy podmiotami; 3) interdyscyplinarności – zaangażowania różnych osób, w szczególności wykonujących zawód medyczny, w proces diagnostyki i leczenia. 	1,0			

3	Czy podmiot posiada akredytację Ministra Zdrowia?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Czy podmiot posiada aktualny certyfikat akredytacyjny zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 2135). W przypadku braku tego certyfikatu, należy przyjąć „NIE”. W przypadku inwestycji dotyczących realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu innego niż leczenie szpitalne, należy przyjąć „TAK”.	0,4			
4	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę komfortu pacjentów i ich rodzin?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Oszacowanie powinno być przeprowadzone w kontekście realizacji oczekiwań pacjentów i ich rodzin oraz z uwzględnieniem czynników wpływających na satysfakcję pacjentów i ich rodzin. W ramach oceny wpływu na komfort, należy uwzględnić warunki lokalowe, udogodnienia związane z lokalizacją inwestycji (czy łatwo dojechać), udogodnienia dla osób niepełnosprawnych, parking dla gości, ewentualne zapewnienie warunków hotelowych dla rodzin (szczególnie w przypadku pediatrii).	1,0			
5	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę zapewnienia praw pacjenta?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić, czy inwestycja poprawia spełnienie praw pacjentów, w szczególności w zakresie: 1) zapewnienia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej; 2) poszanowania intymności i godności; 3) prawa do umierania w spokoju i godności.	0,4			
6	W jakim stopniu inwestycja zmniejszy ryzyko zdarzeń epidemiologicznych?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy wskazać, w jaki sposób inwestycja wpłynie na mniejsze ryzyko wystąpienia zdarzeń epidemiologicznych (np. zakażenia wewnątrzszpitalne, jatrogenne). W przypadku inwestycji pozostających bez wpływu na zmniejszenie ryzyka zdarzeń epidemiologicznych należy przyjąć 0.	1,0			
7	W jakim stopniu inwestycja odpowiada trendom demograficznym?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić stopień, w jakim inwestycja odpowiada trendom demograficznym na danym obszarze. W przypadku inwestycji w zakresie geriatry, opieki	1,0			

		długoterminowej, paliatywnej lub hospicyjnej należy przyjąć 10 pkt.				
8	Czy inwestycja wpłynie na zmniejszenie ogólnych kosztów opieki medycznej na danym obszarze?	<p>Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Należy wziąć pod uwagę faktyczne obniżenie kosztów opieki zdrowotnej, w szczególności z powodu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zastosowania bardziej efektywnej technologii medycznej; 2) przesunięcia miejsca wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej z lecznictwa szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zwanej dalej „AOS”; 3) obniżenia kosztów diagnostyki. <p>Ocena jest dokonywana na podstawie podanego we wniosku przewidywanego zmniejszenia kosztów opieki zdrowotnej zestawionego z kosztami inwestycji.</p>	0,6			
9	Czy koszt inwestycji jest uzasadniony w porównaniu do podobnych realizowanych inwestycji albo podobnych zrealizowanych inwestycji?	<p>Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). W przypadku braku podobnych realizowanych inwestycji albo podobnych zrealizowanych inwestycji można odpowiedzieć „TAK”, jeżeli zostanie przeprowadzona i załączona analiza zawierająca informacje umożliwiające udzielenie odpowiedzi twierdzącej. Oceny nie należy zawężać do podobnych inwestycji w obszarze jej oddziaływania lub województwie.</p>	0,4			
10	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na zmniejszenie obciążeń administracyjnych personelu?	<p>Ocena od 0 pkt do 10 pkt.</p> <p>Należy określić, w jakim stopniu inwestycja poprawi jakość świadczeń opieki zdrowotnej przez zmniejszenie obciążeń administracyjnych personelu i wskazać, w jaki sposób (np. systemy informatyczne zmniejszające zapotrzebowanie na pracę, np. automatyzacja procesu rejestracji). W przypadku inwestycji pozostających bez wpływu na obciążenia administracyjne personelu albo je zwiększających, należy przyjąć 0 pkt.</p>	0,7			

11	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na optymalizację wykorzystania i rozmieszczenia obecnie zatrudnionych w podmiocie osób wykonujących zawód medyczny?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić, czy inwestycja wpłynie na optymalizację wykorzystania i rozmieszczenia osób wykonujących zawód medyczny, np. wynikającą z wielkości oddziału (odpowiednia wielkość oddziału zapewnia poprawę wskaźnika efektywności wykorzystania opieki pielęgniarskiej lub lekarskiej). W przypadku gdy inwestycja nie wpływa na wykorzystanie i rozmieszczenie obecnie zatrudnionych osób wykonujących zawód medyczny, należy przyjąć 0 pkt. Należy szczegółowo uzasadnić. W przypadku braku uzasadnienia, należy przyjąć 0 pkt	0,7			
12	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na ergonomię pracy osób wykonujących zawód medyczny?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy zwrócić uwagę na charakter (jednostajność) i nasilenie obciążeń osób wykonujących zawód medyczny oraz określić jak inwestycja wpłynie na ten problem. Jeżeli inwestycja nie uwzględnia wpływu na ergonomię, należy przyjąć 0 pkt.	0,4			
13	Czy inwestycja służy poprawie infrastruktury telekomunikacyjnej podmiotu?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Odpowiedzi „TAK” udziela się wyłącznie wtedy, gdy inwestycja obejmuje swoim zakresem rozwój infrastruktury telekomunikacyjnej, telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i służy poprawie zdolności komunikacyjnych podmiotu.	0,5			
14	Czy inwestycja pozwoli obniżyć koszty operacyjne podmiotu medycznego?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Należy określić, czy inwestycja pozwoli obniżyć bieżące koszty funkcjonowania zarówno w okresie gwarancji jak i po tym okresie.	1,0			
15	Czy inwestycja wynika z konieczności dostosowania do obowiązujących przepisów prawa?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Odpowiedzi "TAK" udziela się wyłącznie wtedy, gdy zakres inwestycji odpowiada wyłącznie obowiązkowi dostosowania podmiotu do obowiązujących przepisów np. sanitarnych lub przeciwpożarowych.	1,0			
16	W jakim stopniu inwestycja będzie poprawiała energooszczędność i sprzyjała rozwiązaniom proekologicznym?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Ocenie podlega jak bardzo inwestycja wpłynie na np. niską emisyjność, energooszczędność, oszczędność wody, obniżając docelowo kosztocłonność tych elementów.	0,7			

17	Jaki jest przewidziany czas na inwestycję?	Czas wskazywany jest na podstawie informacji zawartych w polach I.4.1.4 oraz I.4.1.5 wniosku. Minimalny czas wynosi 1 miesiąc.	Współczynnik korygujący czas realizacji - 6%			
18	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na podniesienie kwalifikacji osób wykonujących zawód medyczny?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić, czy inwestycja daje szansę lub spowoduje uzyskanie nowych kwalifikacji przez osoby wykonujące zawód medyczny. W przypadku gdy inwestycja nie dotyczy tego kryterium, należy przyjąć 0 pkt.	0,2			
19	Czy inwestycja odpowiada mapie potrzeb zdrowotnych?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Odpowiedzi „TAK” udziela się wyłącznie wtedy, gdy inwestycja w danej dziedzinie całkowicie wpisuje się w mapę potrzeb zdrowotnych. Należy odnieść się w sposób dokładny do mapy potrzeb zdrowotnych przygotowanych dla danego województwa. Należy wskazać postanowienia, które dzięki danej inwestycji będą realizowane. Jeśli dany rodzaj inwestycji (np. zakup wyrobu medycznego takiego jak akcelerator liniowy) nie jest szczegółowo analizowany w mapie potrzeb zdrowotnych, należy przyjąć „TAK”.	1,0			
20	Czy inwestycja odpowiada krajowemu lub wojewódzkiemu planowi transformacji?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10pkt) albo „NIE” (0 pkt). Odpowiedzi „TAK” udziela się wyłącznie wtedy, gdy inwestycja wpisuje się w plan transformacji całkowicie lub w zasadniczej części (rozumianej jako co najmniej 70% wartości inwestycji). Należy odnieść się w sposób dokładny do planu transformacji przygotowanych dla danego województwa, ze wskazaniem postanowień, które dzięki danej inwestycji będą realizowane.	1,0			
21	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na czas oczekiwania na udzielenie świadczenia?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy określić, w jakim stopniu inwestycja odpowiada na obiektywnie istniejące potrzeby zdrowotne oraz służy mierzalnemu skróceniu czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. W przypadku inwestycji pozostających bez wpływu na czas oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej należy przyjąć 0 pkt.	0,5			

22	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na skrócenie czasu realizacji świadczenia?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy określić, w jakim stopniu inwestycja umożliwi skrócenie realizacji świadczenia opieki zdrowotnej i wskazać, w jaki sposób. W przypadku inwestycji pozostających bez wpływu na czas realizacji świadczeń oraz wydłużających czas realizacji świadczeń, należy przyjąć 0 pkt.	0,3			
23	W jakim stopniu inwestycja wpisuje się w rekomendacje towarzystw naukowych polskich lub zagranicznych dotyczących rozwoju danej dziedziny, której dotyczy planowana inwestycja?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Na podstawie przeglądu rekomendacji towarzystw naukowych polskich lub zagranicznych, należy określić zgodność inwestycji z tymi rekomendacjami. Przeglądu można dokonać z wykorzystaniem powszechnie dostępnych wyszukiwarek specjalistycznych takich jak: http://www.guideline.gov/ , https://www.tripdatabase.com ; https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed . W uzasadnieniu należy wskazać adresy stron internetowych podmiotów, na których rekomendacje powołuje się wnioskodawca.	0,2			
24	W jakim stopniu inwestycja służyć będzie przesunięciu ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy uwzględnić w szczególności dane pochodzące z własnych analiz. Kryterium uwzględnia zmianę z lecznictwa szpitalnego do AOS, ewentualnie do podstawowej opieki zdrowotnej, zwanej dalej „POZ”. W przypadku inwestycji w zakresie AOS lub POZ należy przyjąć 10 pkt.	1,0			
25	W jakim stopniu inwestycja jest obciążona ryzykiem niezyskania finansowania ze środków publicznych dla udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy wziąć pod uwagę, jak duże jest ryzyko, że podmiot nie uzyska finansowania ze środków publicznych dla świadczeń opieki zdrowotnej, które może udzielać dzięki realizacji inwestycji, w szczególności uwzględniając występowanie na danym obszarze świadczeniodawców udzielających takich samych świadczeń opieki zdrowotnej oraz dotychczasowe finansowanie tych świadczeń. W przypadku inwestycji, które nie są obciążone ryzykiem niezyskania finansowania ze środków publicznych, należy przyjąć 10 pkt. Należy zastosować skalę odwrotną – im mniejsze ryzyko, tym więcej punktów.	1,0			
26	Czy inwestycja dotyczy profilu w ramach którego podmiot	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt).	1,0			

	jest wpisany do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych?	Odpowiedzi "TAK" udziela się wyłącznie wtedy, gdy podmiot jest wpisany w danym profilu do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w chwili składania wniosku o opinię o celowości inwestycji.				
27	W jakim stopniu inwestycja jest obciążona ryzykiem niewykorzystania po jej zakończeniu?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Trafność podjęcia decyzji o realizacji inwestycji określa się przez dane dostępne w mapie potrzeb zdrowotnych oraz innych wiarygodnych źródłach (np. w bazach Narodowego Funduszu Zdrowia, Systemie Statystyki w Ochronie Zdrowia, rejestrach, dokumentach urzędowych). Należy określić, czy będzie istniało zapotrzebowanie ze strony pacjentów na świadczenia opieki zdrowotnej, w tym przez obłożenie łóżek lub wykorzystanie zasobów. Należy zastosować skalę odwrotną – im mniejsze ryzyko, tym więcej punktów.	1,0			
28	W jakim stopniu inwestycja jest obciążona ryzykiem niezapewnienia odpowiednich zasobów kadrowych?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić, czy planowane zatrudnienie osób wykonujących zawód medyczny w związku z inwestycją, uwzględniające wymagane kwalifikacje i uprawnienia tych osób, jest realistyczne. Jeżeli inwestycja nie wpływa na zatrudnienie, należy przyjąć 10 pkt. Należy zastosować skalę odwrotną – im mniejsze ryzyko, tym więcej punktów.	0.7			
29	Czy inwestycja obejmuje wymianę wyrobów medycznych, których zalecany czas eksploatacji został przekroczony?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Jeżeli inwestycja nie dotyczy nabywania wyrobów medycznych, należy przyjąć 0 pkt.	1.0			

III. Całkowity wynik punktowy

Nazwa dziedziny	Całkowity wynik punktowy dziedziny	Waga	Całkowity wynik punktowy ważny dla dziedziny
Całkowity wynik punktowy			

IV. Oświadczenie

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, przewidzianej w art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, z późn. zm.).

V. Inne

1. Organ wydający opinię o celowości inwestycji	
2. Sposób doręczenia opinii o celowości inwestycji	
3. Numer formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia	
4. Wersja	
5. Załączniki	
6. Data i miejsce sporządzenia wniosku	
7. Podpis osoby upoważnionej do złożenia wniosku	

Instrukcja wypełniania wniosku

Uwaga ogólna:

W przypadku gdy w polu „uzasadnienie” nastąpi powołanie się na opinie, analizy, ekspertyzy, rekomendacje lub inne dokumenty o analogicznym charakterze, należy przywołać ich źródło (może to nastąpić np. przez podanie hiperłącza, dołączenie kserokopii dokumentu).

I. INFORMACJE O INWESTYCJI

Część 1. Podmiot wnioskujący:

Pole 1.1 – wybrać, czy podmiot wnioskujący jest osobą fizyczną, osobą prawną albo jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej;

Pole 1.2 – podać nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego;

Pole 1.3 – podać adres e-mail podmiotu wnioskującego;

Pola 1.4-1.5 – podać numer KRS - w przypadku podmiotu wnioskującego będącego osobą prawną albo numer NIP - w przypadku osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej;

Pole 1.6 – wybrać, czy podmiot wnioskujący jest jednostką sektora finansów publicznych;

Pole 1.7 - wybrać właściwy organ wydający opinię, do którego jest składany wniosek - wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia.

Część 2. Siedziba albo adres zamieszkania podmiotu wnioskującego:

Pola 2.1-2.9 – podać adres siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu wnioskującego.

Część 3. Typ inwestycji:

Pola 3.1-3.4 – wskazać typ inwestycji: utworzenie nowego podmiotu leczniczego, nowej jednostki lub komórki organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub inna inwestycja;

Pole 3.5 – należy podać dokładny tytuł inwestycji.

Część 4. Opis inwestycji:

Pola 4.1 (4.1.1-4.1.5) - podać opis inwestycji, uwzględniając:

Pole 4.1.1 - zakres rzeczowy inwestycji;

Pole 4.1.2 - uzasadnienie celowości inwestycji;

Pole 4.1.3 - obszar oddziaływania inwestycji, zaznaczając państwo, województwo, powiat, gminę, miejscowość, dzielnicę i/lub inne;

Pole 4.1.4 i pole 4.1.5 - podać termin (datę) planowanego rozpoczęcia i termin (datę) planowanego zakończenia inwestycji - na podstawie tych informacji zostanie automatycznie wskazana liczba pełnych miesięcy (nie mniej niż 1) - w kryterium oceny inwestycji lp.17;

Pola 4.2 (4.2.1-4.2.9) - wskazać adres realizacji inwestycji;

Pola 4.3 (4.3.1-4.3.6) - określić źródło/źródła finansowania inwestycji;

Pola 4.4 - podać inne informacje dotyczące inwestycji budowlanej:

Pola 4.4.1 - podstawowe parametry techniczne inwestycji (wypełnia się dla wszystkich części inwestycji, zgodnie z wyborem podmiotu wnioskującego);

Pole 4.4.1.1 - informacja o komórce organizacyjnej (wybrać z listy kodów resortowych);

Pole 4.4.2 - wskaźniki techniczno-ekonomiczne inwestycji;

Pola 4.5 - podać inne informacje dotyczące inwestycji zakupowej:

Pola 4.5.1 -4.5.8 - informacje wypełnia się dla każdego wyrobu medycznego;

Pole 4.5.10.2 - możliwe odpowiedzi to „TAK” albo „NIE”; odpowiedzi „TAK” udziela się wyłącznie wtedy, gdy dane dotyczące wyrobów medycznych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, z późn. zm.), wprowadzone przez wnioskodawcę w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia są aktualne i kompletne;

Pole 4.6 - szacunkowa wartość inwestycji w podziale na grupy kosztów - podać kwoty brutto w zł.

Część 5. Wybór zakresu udzielanych świadczeń i dziedzin medycyny, w jakich inwestycja będzie realizowana:

Pola 5.1- wskazać, czy inwestycja ma wpływ na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (należy wskazać „TAK” lub „NIE”); odpowiedź na to pytanie determinuje wybór formularza i kryteriów oceny inwestycji;

Pole 5.2 - wybór dziedziny, w której realizowana będzie inwestycja;

Pole 5.2.1 - należy wybrać dziedzinę medycyny;

Pole 5.2.2 - należy wskazać szacunkową wartość dziedziny;

Pole 5.2.3 - należy wskazać procentową wartość dziedziny;

Pole 5.3 - pole wypełnia się automatycznie po wyborze i wprowadzeniu wartości dla wszystkich dziedzin;

Pole 5.4- pole wypełnia się automatycznie po wyborze i wprowadzeniu wartości dla wszystkich dziedzin.

II. KRYTERIA OCENY INWESTYCJI

1. Formularz wypełnia się przez przyznanie odpowiedniej liczby punktów za każde kryterium oceny inwestycji, w skali wskazanej w polu „Interpretacja i wyjaśnienie znaczenia kryterium oraz sposobu oceny inwestycji”. Przydziela się wyłącznie punkty stanowiące liczby całkowite w skali od 0 do 10, przy czym:
 - 1) w kryteriach oceny inwestycji, o których mowa w lp. 3, 8, 9, 13-15, 19, 20, 26 oraz 29, udziela się odpowiedzi „TAK” albo „NIE”, którym przyznaje się odpowiednio 10 pkt albo 0 pkt;
 - 2) w kryteriach oceny inwestycji, o których mowa w lp. 1, 2, 4-7, 10-12, 16, 18, 21-25, 27-28, przyznaje się punkty stanowiące liczby całkowite w skali od 0 do 10;
 - 3) w kryterium oceny inwestycji lp.20, sformułowanie „zasadnicza część inwestycji” rozumiana jest jako część co najmniej równa 70% wartości inwestycji;
 - 4) w kryterium oceny inwestycji lp. 17 „moment rozpoczęcia inwestycji” w przypadku robót budowlanych należy rozumieć jako moment rozpoczęcia budowy zgodnie z art.41 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. - Prawo budowlane (Dz. U. z 2020 r. poz. 1333, z późn. zm.); „liczbę miesięcy” liczy się od momentu podpisania pierwszej umowy na roboty budowlane lub usługi dotyczące inwestycji, do rozpoczęcia działań operacyjnych po zakończeniu inwestycji, na podstawie harmonogramu projektu inwestycji - minimalna wartość wynosi 1 miesiąc;
 - 5) w kryterium oceny inwestycji lp. 2 użyte w odniesieniu do osób wykonujących zawód medyczny sformułowanie „w szczególności” oznacza, że ocenie może podlegać również ocena zaangażowania w inwestycję osób niekwalifikowanych jako osoby wykonujące zawód medyczny (np. psychologów, psychoterapeutów, terapeutów uzależnień, itp.);
 - 6) w odniesieniu do kryterium lp. 9 skala oceny dostosowywana jest każdorazowo do rodzaju, zakresu, skali inwestycji; oznacza to, że porównywaniu podlegają tylko inwestycje o podobnym charakterze, ponieważ tylko w ten sposób komparatyka jest miarodajna i zasadna;

- 7) w odniesieniu do kryterium lp. 29 ocenie podlega to, czy inwestycja wiąże się z wymianą wyrobów medycznych, nie chodzi tu o regenerację, remont, naprawę;
 - 8) w przypadku inwestycji o charakterze ponadregionalnym bierze się pod uwagę wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowane kierunki działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw płynące z Mapy potrzeb zdrowotnych;
 - 9) w przypadku gdy kryterium dotyczy pytania o „dany obszar”, sformułowanie to należy rozumieć jako obszar oddziaływania danej inwestycji, przy czym co do zasady przyjmuje się, że obejmuje on województwo, na terenie którego inwestycja jest realizowana.
2. Wskazane powyżej punkty i odpowiedzi wpisuje się w kolumnie „Ocena”.
 3. W kolejnych rekordach w kolumnie „Uzasadnienie” wpisuje się informacje uzasadniające przydzielenie wskazanej w kolumnie „Ocena” liczby punktów dla danego kryterium oceny inwestycji.
 4. Uzasadnienie dla każdego z kryteriów oceny inwestycji nie może przekraczać 500 znaków ze spacjami.
 5. W przypadku wspólnych kryteriów oceny inwestycji, gdy tylko część inwestycji spełnia określone kryterium:
 - w przypadku kryteriów ocenianych w skali od 0 pkt do 10 pkt maksymalna liczba punktów do przyznania za dane kryterium jest proporcjonalna do udziału kosztu tej części inwestycji w całym jej koszcie;
 - w przypadku kryteriów ocenianych w skali TAK albo NIE odpowiedzi TAK udziela się, jeżeli dana część stanowi co najmniej 70% wartości inwestycji.W przypadku kryteriów oceny inwestycji według dziedzin, gdy tylko część inwestycji w danej dziedzinie spełnia określone kryterium:
 - w przypadku kryteriów ocenianych w skali od 0 pkt do 10 pkt maksymalna liczba punktów do przyznania za dane kryterium jest proporcjonalna do udziału kosztu tej części inwestycji w całym jej koszcie;
 - w przypadku kryteriów ocenianych w skali TAK albo NIE odpowiedzi TAK udziela się, jeżeli dana część stanowi co najmniej 70% wartości inwestycji według danej dziedziny medycyny.

III. CAŁKOWITY WYNIK PUNKTOWY

Całkowity wynik punktowy jest wyliczany automatycznie przez system Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia w oparciu o algorytm jego wyliczenia określony w § 3 rozporządzenia i we wniosku, wskazany na podstawie punktów przyznanych przy wypełnianiu wniosku przez podmiot wnioskujący. Wynik jest wyliczany również dla poszczególnych dziedzin wraz ze wskazaniem wagi dziedziny i całkowitego wyniku punktowego ważonego dla dziedziny.

IV. OŚWIADCZENIE

W wygenerowanym wniosku jest zawarte oświadczenie o świadomości odpowiedzialności za oświadczenie nieprawdy.

V. INNE

Numer formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia jest generowany automatycznie przez system Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, po wypełnieniu wszystkich pól obowiązkowych, w procesie eksportowania wniosku gotowego do złożenia do organu.

Datę i podpis należy wpisać odręcznie albo dokonać podpisania z wykorzystaniem kwalifikowanego podpisu elektronicznego.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 95h ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.). Projektowane zmiany wynikają ze zmiany upoważnienia ... wprowadzonej ustawą z dnia... o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...)

Zmiany w stosunku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1348) dotyczą jedynie zmiany w załączniku do rozporządzenia. Zmiany dokonuje się w części II. Kryteria oceny inwestycji i dotyczy kryterium oceny w lp. 20 i polega ona na zastąpieniu priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej dokumentem strategicznym o nazwie plan transformacji. Ponadto, w instrukcji wypełniania wniosku, w kryterium oceny inwestycji w punkcie 1, podpunkt 8 - mapę regionalną oraz mapę ogólnopolską zastąpiono wyzwaniem systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowanymi kierunkami działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw płynącymi z Mapy potrzeb zdrowotnych.

Jednocześnie należy podkreślić, że interpretacja i wyjaśnienie znaczenia kryterium oraz sposobu oceny inwestycji, jak również ich opisy pozostają niezmienione.

Przewiduje się, że rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.

Projekt nie będzie miał wpływu na działalność mikro, małych i średnich przedsiębiorstw.

Projekt nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

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

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu

funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

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

<p>Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Sławomir Gadomski, Podsekretarz Stanu Ministerstwa Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pan Paweł Maryniak, Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia e-mail: p.maryniak@mz.gov.pl; tel. służb.: 880 340 006.</p>	<p>Data sporządzenia 05.02.2021</p> <p>Źródło Art. 95h ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.)</p> <p>Nr w Wykazie prac Ministra Zdrowia MZ 1104</p>
--	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej ma na celu zmianę rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1347), przez dokonanie zmiany w załączniku do ww. rozporządzenia w części II. Kryteria oceny inwestycji i dotyczy kryterium oceny inwestycji w lp. 20. Zmiana ma na celu zastąpienie priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej nowym dokumentem o nazwie plan transformacji. Ponadto, w instrukcji wypełniania wniosku, w kryterium oceny inwestycji w punkcie 1, podpunkt 8 - mapę regionalną oraz mapę ogólnopolską zastąpiono wyzwaniem systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowanymi kierunkami działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw płynącymi z Mapy potrzeb zdrowotnych.

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

Zmiany projektowane w rozporządzeniu w stosunku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, dotyczą jedynie zmiany w załączniku do rozporządzenia. Zmiany dokonuje się w części II. Kryteria oceny inwestycji i dotyczą kryterium oceny lp. 20 i polega ona na zastąpieniu priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej nowym dokumentem strategicznym o nazwie plan transformacji. Ponadto, w instrukcji wypełniania wniosku, w kryterium oceny inwestycji w punkcie 1, podpunkt 8 - mapę regionalną oraz mapę ogólnopolską zastępuje się wyzwaniem systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowanymi kierunkami działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw płynącymi z Mapy potrzeb zdrowotnych.

Jednocześnie należy podkreślić, że interpretacja i wyjaśnienie znaczenia kryterium oraz sposobu oceny inwestycji, jak również ich opisy pozostają niezmiennione.

Ponadto, należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

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

Istniejące rozwiązanie w postaci Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ) ma charakter unikalny, a przez to nie ma możliwości odniesienia się do rozwiązań w innych krajach. Prowadzone prace legislacyjne stanowią kontynuację podjętych uprzednio działań i bazują na doświadczeniu zdobytym w okresie funkcjonowania systemu IOWISZ.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Podmioty lecznicze	18 600 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w trybie leczenia stacjonarne, ambulatoryjne (wg funkcji ochrony zdrowia HC 1.1-1.3);	Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą (niektóre podmioty mogą udzielać świadczeń w więcej niż jednym trybie)	Prawo złożenia wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji z wykorzystaniem systemu IOWISZ.
	5715		

budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Źródła finansowania	Wejście w życie rozporządzenia nie powoduje wpływu na sektor finansów publicznych.											
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowane rozporządzenie nie przewiduje dodatkowego obciążenia przychodów budżetu państwa, nie zmienia też innych przepływów finansowych.											
7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe												
Skutki												
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)				
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-				
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-				
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-				
	(dodaj/usuń)											
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Nie przewiduje się wpływu projektowanych zmian na duże przedsiębiorstwa.										
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Nie przewiduje się wpływu projektowanych zmian na sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw.										
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Nie przewiduje się wpływu projektowanych zmian na rodzinę, obywateli oraz gospodarstwa domowe.										
	osoby starsze i niepełnosprawne	Nie przewiduje się wpływu projektowanych zmian na osoby starsze i niepełnosprawne.										
Niemierzalne	(dodaj/usuń)											
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowane rozporządzenie nie przewiduje dodatkowego obciążenia przychodów budżetu państwa, nie zmienia też innych przepływów finansowych.											
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu												
<input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy												
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).						<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy						

<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne: ...	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne: ...	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
Komentarz:		
9. Wpływ na rynek pracy		
Rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne: ...	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input checked="" type="checkbox"/> informatyzacja <input type="checkbox"/> zdrowie
Omówienie wpływu		
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Proponuje się, aby rozporządzenie weszło w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Z uwagi na zakres i charakter regulacji nie ma potrzeby przeprowadzenia ewaluacji.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Brak.		