



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VIII kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM-10-70-16

Druk nr 711
Warszawa, 11 lipca 2016 r.

Pan
Marek Kuchciński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

- o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw z projektem aktu wykonawczego.

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

Z poważaniem

(-) Beata Szydło

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 2015 r. poz. 581, z późn. zm.²⁾) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 5 po pkt 32b dodaje się pkt 32c w brzmieniu:
„32c) system IOWISZ – system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 31a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;”;
- 2) w art. 95a po ust. 10 dodaje się ust. 10a w brzmieniu:
„10a. Minister właściwy do spraw zdrowia może dokonać zmiany map na podstawie informacji otrzymanych w wyniku monitorowania, o którym mowa w ust. 10, w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania tych informacji.”;
- 3) art. 95c–95e otrzymują brzmienie:
„Art. 95c. 1. Na podstawie Mapy Regionalnej wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą ustala priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, w terminie do dnia 1 września roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania tych priorytetów, mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych najwyższej wartości. Priorytety ustala się na okres, na który sporządza się Mapę Regionalną.
2. Wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą dokonuje aktualizacji priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej w przypadku zmiany Mapy Regionalnej, o której mowa w art. 95a ust. 10a, w terminie 2 miesięcy od dnia dokonania tej zmiany.

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz ustawę z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844, 1893, 1916, 1991 i 1994 oraz z 2016 r. poz. 65, 652 i 960.

Art. 95d. 1. Wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia, zwany dalej „organem wydającym opinię”, wydaje opinię o celowości inwestycji polegającej na utworzeniu na obszarze województwa nowego:

- 1) podmiotu leczniczego, który ma wykonywać działalność leczniczą w zakresie leczenia szpitalnego, lub nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, przy pomocy których ma być wykonywana działalność lecznicza w zakresie leczenia szpitalnego, lub innej inwestycji w tym zakresie o wartości przekraczającej 3 miliony zł w okresie 2 lat, realizowanej przez podmiot wnioskujący, o którym mowa w art. 95e ust. 1;
- 2) podmiotu wykonującego działalność leczniczą, który ma wykonywać działalność leczniczą w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, lub nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, przy pomocy których ma być wykonywana działalność lecznicza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, lub innej inwestycji w tym zakresie o wartości przekraczającej 2 miliony zł w okresie 2 lat, realizowanej przez podmiot wnioskujący, o którym mowa w art. 95e ust. 1;
- 3) podmiotu wykonującego działalność leczniczą, który ma wykonywać działalność leczniczą w zakresie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub podstawowej opieki zdrowotnej, lub nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, przy pomocy których ma być wykonywana działalność lecznicza w zakresie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub podstawowej opieki zdrowotnej, lub innej inwestycji w tym zakresie, na które podmiot wnioskujący, o którym mowa w art. 95e ust. 1, zamierza uzyskać dofinansowanie ze środków europejskich.

2. Opinii, o której mowa w ust. 1, nie wydaje się w odniesieniu do:

- 1) szpitalnego oddziału ratunkowego;
- 2) szpitalnego oddziału ratunkowego dla dzieci;
- 3) centrum urazowego;
- 4) centrum urazowego dla dzieci.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia jest organem wydającym opinię, o której mowa w ust. 1, w przypadku gdy podmiotem wnioskującym, o którym mowa w art. 95e ust. 1, jest:

- 1) podmiot leczniczy, dla którego podmiotem tworzącym jest wojewoda;
- 2) podmiot leczniczy utworzony lub prowadzony przez uczelnię medyczną, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 3) instytut badawczy, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2016 r. poz. 371), w zakresie, w jakim wykonuje działalność leczniczą;
- 4) podmiot powstały z przekształcenia podmiotu leczniczego albo instytutu badawczego, o którym mowa w pkt 1–3;
- 5) wojewoda, jeżeli jest podmiotem zamierzającym wykonywać działalność leczniczą;
- 6) uczelnia medyczna, jeżeli jest podmiotem zamierzającym wykonywać działalność leczniczą.

4. Do określenia wartości inwestycji, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, zalicza się następujące rodzaje poniesionych lub planowanych kosztów:

- 1) przygotowania do realizacji inwestycji budowlanej oraz innych zmian w obiekcie budowlanym, o którym mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2016 r. poz. 290 i 961), zwanym dalej „obiektem budowlanym”, wraz z usługami towarzyszącymi, w tym obsługą inwestorską, oraz zakupu obiektu budowlanego, w szczególności opracowania dokumentacji projektowej, zakupu i przygotowania gruntu pod budowę oraz ekspertyz, świadectw, operatów, studiów, pomiarów geodezyjnych i prac geologicznych oraz prac archeologicznych, dotyczących inwestycji budowlanej;
- 2) realizacji inwestycji budowlanej oraz innych zmian w obiekcie budowlanym, wraz z usługami towarzyszącymi, w tym obsługą inwestorską;
- 3) zakupu obiektu budowlanego;
- 4) zakupu lub wytworzenia we własnym zakresie środka trwałego, z wyjątkiem tego, którego wartość początkowa nie przekracza kwoty określonej w art. 16f ust. 3

ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2014 r. poz. 851, z późn. zm.³⁾), z zastrzeżeniem pkt 5;

- 5) zakupu lub wytworzenia we własnym zakresie środka trwałego bez względu na jego wartość oraz innych przedmiotów, jeżeli są pierwszym wyposażeniem obiektów budowlanych;
- 6) transportu i montażu oraz innych kosztów ponoszonych w celu przekazania środka trwałego do używania;
- 7) zmiany w środku trwałym powodującej ich ulepszenie w rozumieniu przepisów o rachunkowości;
- 8) zakupu wartości niematerialnej i prawnej, jeżeli:
 - a) jej wartość początkowa jest wyższa od kwoty określonej w art. 16f ust. 3 ustawy wymienionej w pkt 4,
 - b) jest pierwszym wyposażeniem obiektu budowlanego – bez względu na jego wartość;
- 9) innych, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów podlegają finansowaniu lub dofinansowaniu ze środków budżetu państwa przeznaczonych na inwestycje.

Art. 95e. 1. Opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, wydaje się na wniosek podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo podmiotu zamierzającego wykonywać działalność leczniczą, zwanego dalej „podmiotem wnioskującym”.

2. Wniosek o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, składa się do organu wydającego opinię w postaci papierowej lub elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem elektronicznym potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP w rozumieniu przepisów o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.

3. Wniosek o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, zawiera:

- 1) oznaczenie organu wydającego opinię;
- 2) imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego oraz jego numer KRS, w przypadku osób prawnych, albo numer REGON lub NIP, w przypadku osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej;
- 3) oznaczenie siedziby albo adresu zamieszkania, albo adresu podmiotu wnioskującego;

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 915, 1146, 1215, 1328, 1138, 1457, 1563 i 1662, z 2015 r. poz. 73, 211, 933, 978, 1166, 1197, 1259, 1296, 1348, 1595, 1688, 1767, 1844 i 1932 oraz z 2016 r. poz. 68, 615 i 780.

- 4) wskazanie typu inwestycji: utworzenie nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub innej inwestycji;
- 5) opis inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1, zawierający:
 - a) zakres rzeczowy inwestycji,
 - b) uzasadnienie celowości inwestycji,
 - c) okres realizacji inwestycji,
 - d) wskazanie miejsca realizacji inwestycji,
 - e) źródła finansowania inwestycji oraz rodzaje poniesionych lub planowanych kosztów, o których mowa w art. 95d ust. 4, a w przypadku inwestycji budowlanej – również jej szacunkową wartość w podziale na grupy kosztów,
 - f) inne informacje dotyczące inwestycji;
- 6) wypełniony formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia i jego numer wygenerowany za pośrednictwem systemu IOWISZ nie wcześniej niż w terminie miesiąca przed dniem złożenia wniosku;
- 7) wskazanie terminu planowanego rozpoczęcia realizacji inwestycji, jeżeli dotyczy;
- 8) oświadczenie, o którym mowa w ust. 4;
- 9) datę jego sporządzenia;
- 10) podpis osoby upoważnionej do jego złożenia.

4. Wniosek o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Podmiot wnioskujący jest obowiązany do złożenia oświadczenia o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”; klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

5. Do wniosku dołącza się oryginał lub kopię dokumentu poświadczającego upoważnienie osoby określonej w ust. 3 pkt 10 do działania w imieniu podmiotu wnioskującego.

6. Złożenie wniosku o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, podlega opłacie w wysokości 4000 zł. Opłata stanowi dochód budżetu państwa. Potwierdzenie wniesienia opłaty dołącza się do wniosku.”;

- 4) po art. 95e dodaje się art. 95f–95k w brzmieniu:

„Art. 95f. 1. Wnioski o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, są rozpatrywane według kolejności ich wpływu.

2. Organ wydający opinię sprawdza kompletność wniosku o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1. W przypadku braków formalnych wniosku organ wzywa do ich uzupełnienia w terminie 7 dni od dnia doręczenia wezwania, pod rygorem pozostawienia wniosku o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, bez rozpatrzenia.

3. Opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, wydaje się wyłącznie na podstawie:

- 1) informacji przedstawionych we wniosku;
- 2) priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c;
- 3) danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- 4) Mapy Regionalnej albo Mapy Ogólnopolskiej;
- 5) opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu – w przypadku gdy organem wydającym opinię jest wojewoda;
- 6) opinii Prezesa Funduszu – w przypadku gdy organem wydającym opinię jest minister właściwy do spraw zdrowia;
- 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 map oraz priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c.

4. W terminie 7 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, organ wydający opinię przekazuje, za pośrednictwem systemu IOWISZ, wypełniony przez podmiot wnioskujący formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia do zaopiniowania:

- 1) dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu – w przypadku gdy organem wydającym opinię jest wojewoda;
- 2) Prezesowi Funduszu – w przypadku gdy organem wydającym opinię jest minister właściwy do spraw zdrowia.

5. Podmioty określone w ust. 4 wydają opinie, o których mowa w ust. 3 pkt 5 i 6, w terminie 14 dni od dnia doręczenia, za pośrednictwem systemu IOWISZ, wniosku Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. Opinie te przekazuje się odpowiednio wojewodzie albo ministrowi właściwemu do spraw zdrowia za pośrednictwem systemu IOWISZ.

6. Opinie, o których mowa w ust. 3 pkt 5 i 6, wydaje się na formularzu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia na podstawie danych zawartych we wniosku, uwzględniając:

- 1) priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c;
- 2) dane z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- 3) Mapę Regionalną – w przypadku gdy organem wydającym opinię jest wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia, w przypadku gdy inwestycja, której dotyczy wniosek, zaspokaja wyłącznie potrzeby zdrowotne o charakterze lokalnym;
- 4) Mapę Ogólnopolską – w przypadku gdy organem wydającym opinię jest minister właściwy do spraw zdrowia w przypadku inwestycji innej niż określona w pkt 3.

7. W przypadku awarii systemu IOWISZ trwającej dłużej niż godzinę, uniemożliwiającej dokonanie czynności, o których mowa w ust. 4–6, termin określony odpowiednio w ust. 4 albo ust. 5 przedłuża się o czas trwania awarii.

8. Minimalna liczba punktów wymagana do uzyskania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, nie może być wyższa niż 50% maksymalnej liczby punktów możliwej do uzyskania w formularzu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. W przypadku uzyskania liczby punktów mniejszej niż minimalna wydaje się opinię negatywną.

9. Podmiot wnioskujący, organ wydający opinię, Prezes Funduszu, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, każdy w zakresie swojej właściwości, wypełniają, za pośrednictwem systemu IOWISZ, formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, dokonując oceny celowości, o której mowa w art. 95d ust. 1, przez przyznanie punktów za spełnienie poszczególnych kryteriów przez podmiot wnioskujący oraz uzasadnienie tej oceny. Organ wydający opinię, Prezes Funduszu, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu sporządzają uzasadnienie wyłącznie w przypadku, gdy proponowana ocena lub uzasadnienie oceny danego kryterium jest inna niż przedstawiona przez podmiot wnioskujący w formularzu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia.

Art. 95g. 1. Opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, wydaje się w terminie 45 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku o jej wydanie.

2. Opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1, zawiera:

- 1) oznaczenie organu wydającego opinię;

- 2) określenie daty i miejsca jej wydania;
- 3) znak opinii;
- 4) imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego oraz jego numer KRS, w przypadku osób prawnych, albo numer REGON lub NIP, w przypadku osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej;
- 5) określenie, czy opinia jest pozytywna czy negatywna;
- 6) całkowity wynik punktowy obliczony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 95h;
- 7) wygenerowane elektronicznie zestawienie punktów przyznanych przez odpowiednio organ wydający opinię, Prezesa Funduszu albo dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, za spełnienie poszczególnych kryteriów przez podmiot wnioskujący oraz ich uzasadnienie;
- 8) pouczenie o możliwości wniesienia protestu do ministra właściwego do spraw zdrowia, zawierające wskazanie terminu wniesienia protestu, a także formy i trybu jego wniesienia – w przypadku opinii negatywnej;
- 9) podpis z podaniem imienia i nazwiska oraz stanowiska służbowego osoby upoważnionej do wydania opinii lub, jeżeli ta opinia została wydana w formie dokumentu elektronicznego – kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis elektroniczny potwierdzony profilem zaufanym ePUAP w rozumieniu przepisów o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.

Art. 95h. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) wzór wniosku zawierającego formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia wraz ze wskazaniem kryteriów oceny inwestycji, przypisaniem im wagi oraz określeniem skali punktów możliwych do uzyskania w zakresie poszczególnych kryteriów,
- 2) sposób obliczenia całkowitego wyniku punktowego w zakresie dokonywania oceny celowości, o której mowa w art. 95d ust. 1, w tym sposób obliczenia tego wyniku przez każdy z podmiotów określonych w art. 95f ust. 9,
- 3) minimalną liczbę punktów wymaganą do uzyskania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1

– mając na celu uwzględnienie w opinii map i priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c, 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.

Art. 95i. 1. W przypadku gdy opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1, jest negatywna, podmiotowi wnioskującemu przysługuje środek odwoławczy w postaci protestu.

2. Protest wnosi się do ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie 14 dni od dnia doręczenia opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1. W przypadku gdy organem wydającym opinię jest wojewoda, protest wnosi się za jego pośrednictwem.

3. Protest wnosi się w postaci papierowej lub elektronicznej opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem elektronicznym potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP w rozumieniu przepisów o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne. Protest zawiera:

- 1) oznaczenie organu, do którego wnosi się protest;
- 2) imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego oraz jego numer KRS, w przypadku osób prawnych, albo numer REGON lub NIP, w przypadku osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej;
- 3) oznaczenie siedziby albo adresu zamieszkania, albo adresu podmiotu wnioskującego;
- 4) znak opinii, od której protest jest wnoszony, oznaczenie organu wydającego opinię oraz datę i miejsce wydania opinii;
- 5) uzasadnienie protestu, w tym wskazanie kryterium, z oceną spełniania którego podmiot wnoszący protest się nie zgadza, wraz z uzasadnieniem;
- 6) oświadczenie, o którym mowa w ust. 4;
- 7) podpis osoby upoważnionej do wniesienia protestu.

4. Protest składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Podmiot wnoszący protest jest obowiązany do złożenia oświadczenia o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”; klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

5. Do protestu dołącza się oryginał lub kopię dokumentu poświadczającego upoważnienie osoby określonej w ust. 3 pkt 7 do działania w imieniu podmiotu wnoszącego protest.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje protest w terminie 30 dni od dnia jego doręczenia.

7. W wyniku rozpatrzenia protestu minister właściwy do spraw zdrowia wydaje opinię w sprawie protestu, za pośrednictwem systemu IOWISZ, przyznając punkty za spełnienie poszczególnych kryteriów oraz uzasadniając ich liczbę na podstawie:

- 1) informacji przedstawionych przez podmiot wnioskujący;
- 2) uzasadnienia zawartego w proteście;
- 3) właściwej mapy;
- 4) priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c;
- 5) danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

8. Opinia w sprawie protestu zawiera:

- 1) oznaczenie organu rozpatrującego protest;
- 2) imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego oraz jego numer KRS, w przypadku osób prawnych, albo numer REGON lub NIP, w przypadku osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej;
- 3) określenie daty i miejsca rozpatrzenia protestu;
- 4) określenie, czy protest rozpatrzono pozytywnie czy negatywnie;
- 5) całkowity wynik punktowy obliczony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 95h;
- 6) wygenerowane elektronicznie zestawienie punktów przyznanych za spełnienie poszczególnych kryteriów oraz ich uzasadnienie, przez podmiot wnoszący protest oraz ministra właściwego do spraw zdrowia w wyniku rozpatrzenia protestu;
- 7) pouczenie o możliwości wniesienia skargi do wojewódzkiego sądu administracyjnego, w trybie i na zasadach określonych w art. 95j, zawierające wskazanie terminu wniesienia skargi;
- 8) podpis z podaniem imienia i nazwiska oraz stanowiska służbowego osoby upoważnionej do wydania opinii w sprawie protestu lub, jeżeli ta opinia została wydana w formie dokumentu elektronicznego – kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis elektroniczny potwierdzony profilem zaufanym ePUAP w rozumieniu przepisów o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.

9. Protest nie podlega rozpatrzeniu, jeżeli mimo prawidłowego pouczenia, o którym mowa w art. 95g ust. 2 pkt 8:

- 1) został wniesiony po terminie,
- 2) nie spełnia wymagań określonych w ust. 3 zdanie drugie

– o czym minister właściwy do spraw zdrowia informuje podmiot wnoszący protest na piśmie, w terminie 7 dni od dnia wniesienia protestu.

10. W przypadku, o którym mowa w ust. 9, organ wydający opinię wydaje postanowienie w przedmiocie nierozpatrzenia protestu, na które służy zażalenie, do którego stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

11. Do postępowania, o którym mowa w art. 95d–95g i ust. 1–9, nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego, z wyjątkiem przepisów dotyczących wyłączenia pracownika i organu, pełnomocnictw, doręczeń, sposobu obliczania terminów, wydawania uwierzytelnionych odpisów lub kopii akt sprawy, sprostowań oraz stwierdzania nieważności.

Art. 95j. 1. Po wyczerpaniu postępowania odwoławczego przed ministrem właściwym do spraw zdrowia, w przypadku utrzymania negatywnej opinii w sprawie protestu, podmiot, który otrzymał tę opinię, może, w tym zakresie, wnieść skargę do wojewódzkiego sądu administracyjnego, zgodnie z art. 3 § 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2016 r. poz. 718 i 846).

2. Skargę, o której mowa w ust. 1, wnosi się w terminie 14 dni od dnia doręczenia opinii w sprawie protestu, bezpośrednio do właściwego wojewódzkiego sądu administracyjnego wraz z kompletną dokumentacją w sprawie. Skarga podlega wpisowi stałemu.

3. Do skargi, o której mowa w ust. 1, dołącza się:

- 1) wniosek o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1;
- 2) protest;
- 3) opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, oraz opinię w sprawie protestu.

4. Do skargi, o której mowa w ust. 1, można dołączyć załączniki zawierające informacje uzasadniające jej wniesienie.

5. Sąd rozstrzyga sprawę w zakresie, o którym mowa w ust. 1, w terminie 30 dni od dnia wniesienia skargi.

6. Wniesienie skargi, o której mowa w ust. 1, po terminie, o którym mowa w ust. 2, skutkuje pozostawieniem jej bez rozpatrzenia.

Art. 95k. 1. Podmiot, który wniósł skargę, o której mowa w art. 95j ust. 1, lub minister właściwy do spraw zdrowia może wnieść skargę kasacyjną do Naczelnego Sądu Administracyjnego w terminie 14 dni od dnia doręczenia rozstrzygnięcia wojewódzkiego sądu administracyjnego. Wniesienie skargi po tym terminie skutkuje pozostawieniem jej bez rozpatrzenia. Przepis art. 95j ust. 2 stosuje się odpowiednio.

2. Skarga, o której mowa w ust. 1, jest rozpatrywana w terminie 30 dni od dnia jej wniesienia.

3. Na prawo do wniesienia skargi do sądu administracyjnego nie wpływa negatywnie błędne pouczenie lub brak pouczenia, o którym mowa w art. 95i ust. 8 pkt 7.

4. W zakresie nieuregulowanym w art. 95j i ust. 1–3 do postępowania przed sądami administracyjnymi stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi określone dla aktów lub czynności, o których mowa w art. 3 § 2 pkt 4 z wyłączeniem art. 52–55, art. 61 § 3–6, art. 115–122, art. 146, art. 150 i art. 152 tej ustawy.”;

5) w art. 148 w ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) ważną pozytywną opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, albo ważną pozytywną opinię w sprawie protestu.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.⁴⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 5 w ust. 1 w pkt 2 po lit. j średnik zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. k w brzmieniu:

„k) Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia;”;

2) w art. 9a ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Administrator danych, o którym mowa w art. 10 ust. 8, art. 23 ust. 6, art. 24 ust. 6, art. 26 ust. 6, art. 28 ust. 2, art. 29 ust. 5 i 6, art. 30 ust. 3, art. 30a ust. 4 oraz art. 31a ust. 6, w celu zapewnienia eksploatacji systemów teleinformatycznych, o których mowa w art. 10 ust. 1 i 2, art. 23 ust. 1 i 2, art. 24 ust. 1 i 2, art. 26 ust. 1 i 2, art. 28 ust. 1, art. 29 ust. 1 i 2, art. 30 ust. 1 i 2, art. 30a ust. 1 i 2 oraz art. 31a ust. 1, może upoważnić administratora systemu, o którym mowa w art. 10 ust. 7, art. 23 ust. 5, art. 24

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 788, 855, 1066, 1918, 1991, 1994 i 2281.

ust. 7, art. 26 ust. 8, art. 28 ust. 2a, art. 29 ust. 7, art. 30 ust. 4, art. 30a ust. 3 oraz art. 31a ust. 5, do powierzania przetwarzania danych przetwarzanych w tych systemach podmiotom wyspecjalizowanym w zapewnianiu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych.”;

3) po art. 31 dodaje się art. 31a w brzmieniu:

„Art. 31a. 1. Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia jest systemem teleinformatycznym, w którym są przetwarzane dane niezbędne do wydawania opinii o celowości inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia zawiera dane, o których mowa w art. 95e ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Za pośrednictwem systemu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia jest generowany wniosek, o którym mowa w art. 95e ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wraz z formularzem Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, o którym mowa w art. 95e ust. 3 pkt 6 tej ustawy, i jego numerem.

4. Podmiotami uprawnionymi do przetwarzania danych w systemie Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, w zakresie zadań wynikających z art. 95d–95g i art. 95i ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, są:

- 1) podmiot wnioskujący, o którym mowa w art. 95e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) minister właściwy do spraw zdrowia;
- 3) wojewoda;
- 4) Prezes Funduszu;
- 5) dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu.

5. Administratorem systemu jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia.

6. Administratorem danych przetwarzanych w systemie jest minister właściwy do spraw zdrowia.”.

Art. 3. W ustawie 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 oraz z 2015 r. poz. 2198) w art. 19 uchyla się ust. 2.

Art. 4. 1. Do dnia ogłoszenia pierwszych map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 i 6 ustawy zmienianej w art. 1, w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opinie, o których mowa w art. 95d ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, są wydawane na podstawie danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz map, o których mowa w ust. 2.

2. Do dnia 31 grudnia 2021 r. minister właściwy do spraw zdrowia może sporządzić i ogłosić mapy potrzeb zdrowotnych obejmujące leczenie grup chorób w ramach leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych, o której mowa w art. 95b ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, dokonuje aktualizacji priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych ogłoszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w terminie 2 miesięcy od dnia ich ogłoszenia.

Art. 5. 1. Postępowania wszczęte na podstawie art. 95d ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 1, w jej dotychczasowym brzmieniu, a niezakończone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, podlegają umorzeniu. Opłata, o której mowa w art. 95d ust. 7 ustawy, o której mowa w ust. 1, podlega zwrotowi.

2. Do postępowań o zmianę opinii wydanych na podstawie art. 95d ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 1, w jej dotychczasowym brzmieniu, stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 6. 1. W latach 2016–2025 maksymalny limit wydatków z budżetu państwa, będących konsekwencją wejścia w życie niniejszej ustawy, wynosi 27 567 000,00 zł, przy czym w kolejnych latach wyniesie maksymalnie:

- 1) 2016 r. – 0,00 zł;
- 2) 2017 r. – 2 606 000,00 zł;
- 3) 2018 r. – 2 868 000,00 zł;

- 4) 2019 r. – 2 925 000,00 zł;
- 5) 2020 r. – 2 999 000,00 zł;
- 6) 2021 r. – 3 074 000,00 zł;
- 7) 2022 r. – 3 149 000,00 zł;
- 8) 2023 r. – 3 240 000,00 zł;
- 9) 2024 r. – 3 315 000,00 zł;
- 10) 2025 r. – 3 391 000,00 zł.

2. W ramach limitu, o którym mowa w ust. 1, maksymalny limit wydatków z budżetu państwa:

- 1) w części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia w kolejnych latach wyniesie:
 - a) 2016 r. – 0,00 zł,
 - b) 2017 r. – 366 000,00 zł,
 - c) 2018 r. – 404 000,00 zł,
 - d) 2019 r. – 413 000,00 zł,
 - e) 2020 r. – 423 000,00 zł,
 - f) 2021 r. – 434 000,00 zł,
 - g) 2022 r. – 445 000,00 zł,
 - h) 2023 r. – 456 000,00 zł,
 - i) 2024 r. – 467 000,00 zł,
 - j) 2025 r. – 479 000,00 zł;
- 2) w części pozostającej w dyspozycji poszczególnych wojewodów w kolejnych latach wyniesie:
 - a) 2016 r. – 0,00 zł,
 - b) 2017 r. – 140 000,00 zł,
 - c) 2018 r. – 154 000,00 zł,
 - d) 2019 r. – 157 000,00 zł,
 - e) 2020 r. – 161 000,00 zł,
 - f) 2021 r. – 165 000,00 zł;
 - g) 2022 r. – 169 000,00 zł;
 - h) 2023 r. – 174 000,00 zł;
 - i) 2024 r. – 178 000,00 zł;
 - j) 2025 r. – 182 000,00 zł.

3. W ramach limitu, o którym mowa w ust. 1, zwiększenie zatrudnienia w urzędach wojewódzkich nie przekroczy 2 etatów na dany urząd, przy czym wzrost zatrudnienia będzie możliwy o:

- 1) 1 etat, w przypadku złożenia, do danego wojewody, w poprzednim roku kalendarzowym co najmniej 50 wniosków,
- 2) 2 etaty, w przypadku złożenia, do danego wojewody, w poprzednim roku kalendarzowym co najmniej 150 wniosków

– o których mowa w art. 95d ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

4. W ramach limitu, o którym mowa w ust. 1, zwiększenie zatrudnienia w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia nie przekroczy 5 etatów, przy czym wzrost zatrudnienia będzie możliwy o:

- 1) 1 etat, w przypadku złożenia w poprzednim roku kalendarzowym łącznie co najmniej 50 wniosków lub protestów,
- 2) 2 etaty, w przypadku złożenia w poprzednim roku kalendarzowym łącznie co najmniej 150 wniosków lub protestów,
- 3) 3 etaty, w przypadku złożenia w poprzednim roku kalendarzowym łącznie co najmniej 250 wniosków lub protestów,
- 4) 4 etaty, w przypadku złożenia w poprzednim roku kalendarzowym łącznie co najmniej 350 wniosków lub protestów,
- 5) 5 etatów, w przypadku złożenia w poprzednim roku kalendarzowym łącznie co najmniej 450 wniosków lub protestów

– o których mowa w art. 95d ust. 1 i art. 95i ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

5. Wojewodowie i minister właściwy do spraw zdrowia monitorują wykorzystanie limitów wydatków, o których mowa w ust. 1, w częściach pozostających odpowiednio w ich dyspozycji.

6. W przypadku gdy liczba złożonych odpowiednio wniosków lub protestów, o których mowa w art. 95d ust. 1 i art. 95i ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, będzie w połowie roku niższa niż w odpowiadającym okresie w roku poprzednim:

- 1) wojewoda wdraża mechanizm korygujący, polegający na dostosowaniu wydatków z tytułu zwiększenia zatrudnienia, o których mowa w ust. 3, do liczby złożonych w danym roku wniosków;
- 2) minister właściwy do spraw zdrowia wdraża mechanizm korygujący, polegający na dostosowaniu wydatków z tytułu zwiększenia zatrudnienia, o których mowa w ust. 4, do liczby złożonych w danym roku wniosków lub protestów.

Art. 7. Ustawa wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

UZASADNIENIE

I. Potrzeba i cel ustawy

Celem projektu ustawy jest zapewnienie przejrzystego procesu wydawania opinii o celowości inwestycji przez wojewodę oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, które będą miały kluczowe znaczenie dla rozwoju ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej. Ze względu na szerokie zastosowanie w systemie, opinie te muszą być oparte na racjonalnych przesłankach i w sposób rzeczywisty odpowiadać na istniejące potrzeby zdrowotne. Celem jest uniknięcie nadpodaży na lokalnym rynku usług zdrowotnych przez tworzenie zasobów nieadekwatnych w stosunku do potrzeb świadczeniobiorców na tym obszarze. Stąd też będą one wydawane przez wojewodów z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Istotność opinii o celowości inwestycji wynika z tego, iż znajdzie ona zastosowanie przy:

1. Ocenie wniosków o dofinansowanie inwestycji ze środków europejskich

Dokument „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne”, zwany dalej „Policy paper”, wskazuje, że opinia wojewody będzie wydawana w odniesieniu do projektów pozakonkursowych i konkursowych, a w przypadku projektów pozakonkursowych do fiszki pozakonkursowego projektu inwestycyjnego uwarunkowanego zgodnością z mapami potrzeb zdrowotnych; właściwa instytucja zarządzająca lub instytucja pośrednicząca będzie zobowiązana (o ile dotyczy) dołączyć opinię właściwego wojewody o celowości realizacji inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.).

2. Zawieraniu umów przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Po wejściu w życie projektowanych przepisów, przy porównaniu ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będzie uwzględniać się także, czy świadczeniodawca posiada ważną pozytywną opinię o celowości inwestycji. Jak wskazano w Policy paper, posiadanie pozytywnej opinii wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia będzie również miało wpływ na

ocenę oferty świadczeniodawcy w czasie postępowania kontraktującego świadczenia. Brak pozytywnej opinii będzie skutkować przyznaniem mniejszej liczby punktów. Takie rozwiązanie spowoduje więc, że podmiot nieposiadający pozytywnej opinii będzie musiał przedstawić ofertę znacznie korzystniejszą od ofert podmiotów już funkcjonujących na rynku lub podmiotów, które uzyskały pozytywną opinię wojewody. Tym samym nowy system nie zablokuje dostępu do rynku nowych, innowacyjnych podmiotów, z drugiej zaś strony będzie przestrzegać przed podejmowaniem inwestycji na obszarach i w zakresach, gdzie podaż jest już wysoka i odpowiadająca rzeczywistemu poziomowi popytu na świadczenia.

Należy podkreślić, że ustawa 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.) przenosi z dniem 1 lipca 2016 r. kompetencje do określania kryteriów wyboru ofert (tj. jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości oraz ceny) z Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) na Ministra Zdrowia. Tym samym Minister Zdrowia będzie mógł wskazać takie kryteria wyboru ofert, które zapewnią wybór świadczeniodawców charakteryzujących się najwyższą efektywnością udzielanych świadczeń, przy zachowaniu odpowiedniej ich jakości i dostępności. Zakładano, że szczegółowe kryteria wyboru ofert zostaną określone, w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń. Minister Zdrowia będzie zatem określał szczegółowe wyznaczniki ww. kryteriów wraz z przypisaniem im odpowiedniej wagi.

3. Inwestycjach ze środków własnych podmiotów

Również w tych przypadkach uzyskana opinia będzie stanowić ważną informację o zasadności podejmowanych działań. Uzyskanie pozytywnej opinii umożliwi świadczeniodawcom perspektywiczny rozwój w oparciu o racjonalne przesłanki, zgodnie z lokalnymi potrzebami zdrowotnymi, których zaspokojenie będzie priorytetem w danym regionie. Instrument ten posłuży również zapobieganiu prowadzenia chaotycznego i krótkowzrocznego rozwoju rynku usług medycznych. Pozytywne opinie będą wydawane, w przypadku gdy na podstawie danych będących w posiadaniu wojewodów i oddziałów wojewódzkich NFZ (mapy potrzeb zdrowotnych) można będzie stwierdzić faktyczne braki zasobów.

Należy nadmienić, iż dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ będzie sporządzać plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na następny rok, uwzględniając Mapę Regionalną oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa. Plan ten w swojej części ogólnej będzie przedstawiał w szczególności wskazanie priorytetów w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej. Odzwierciedleniem tych priorytetów będą wydawane opinie o celowości inwestycji.

Projektowana ustawa jest odpowiedzią na potrzeby wskazywane nie tylko przez Ministra Zdrowia czy w dialogu z Komisją Europejską, ale również na wskazania z kontroli Najwyższej Izby Kontroli (NIK) dotyczącej „Zakupu i wykorzystania aparatury medycznej współfinansowanej ze środków regionalnych programów operacyjnych” (KZD-4101-03/2012).

Kontrola NIK wykazała, że 10 (30,3%) z 33 skontrolowanych szpitali nie osiągnęło zaplanowanych rezultatów, przede wszystkim przewidywanej liczby udzielanych świadczeń, realizując przyjęte założenia na poziomie od 3,1% do 90,7%. Co znaczące, „w ocenie NIK na stopień wykorzystania badanej aparatury wpływ miało podejmowanie decyzji o przyznaniu dofinansowania bez analizy potrzeb zdrowotnych i oceny dostępności świadczeń udzielanych z wykorzystaniem tego rodzaju wyposażenia, a także niezapewnienie odpowiedniej koordynacji działań związanych z jej zakupem”. Miało to miejsce mimo obowiązku wykonania, również przez jednostki samorządu terytorialnego, rzetelnej analizy potrzeb zdrowotnych, określającej liczbę i rodzaj świadczeń zdrowotnych, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia świadczeniobiorców, wynikającego z art. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W przypadku niektórych inwestycji mówi się wręcz o nieprzemysłanych inwestycjach, z powodu niskiej wartości umów zawieranych z NFZ lub nawet ich braku, a także ograniczenia możliwości wykorzystania zakupionej aparatury do udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych, co spowodowało, że nastąpiło pogorszenie wyników finansowych niektórych kontrolowanych jednostek.

Jednocześnie powyższa kontrola dotyczyła kwot bardzo znacznych również z perspektywy systemu – w 33 podmiotach leczniczych skontrolowano zakup aparatury

medycznej w ramach 39 projektów, o całkowitej wartości 406 826,7 tys. zł, w tym dofinansowanie Unii Europejskiej – 278 933,7 tys. zł. Badaniem kontrolnym objęto 75 urzędów, o całkowitej wartości 124 746,6 tys. zł.

W podsumowaniu swojej oceny Najwyższa Izba Kontroli wskazywała, że „obowiązujące regulacje prawne nie sprzyjają prowadzeniu skoordynowanej polityki w zakresie wyposażenia podmiotów leczniczych w sprzęt i aparaturę medyczną. Ograniczenia te dotyczą na przykład braku możliwości monitorowania przez samorząd województwa zarówno liczby badań finansowanych ze środków prywatnych, jak i publicznych, ale realizowanych przez te podmioty, dla których nie jest on podmiotem tworzącym. Utrudnia to ocenę, w jakim stopniu zaspokajane są potrzeby populacji zamieszkałej na terenie województwa w zakresie badań diagnostycznych z wykorzystaniem specjalistycznej aparatury medycznej. W obowiązujących przepisach nie wskazano również organu władzy publicznej odpowiedzialnego za koordynację działań wszystkich podmiotów uczestniczących w procesie aplikowania o środki UE na zakup aparatury medycznej. W tej sytuacji zwiększenie aktywności i współpracy poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego, będących podmiotami tworzącymi zakładów opieki zdrowotnej powinno być dobrą praktyką, która daje szansę na poprawę efektywności wykorzystania środków unijnych”. Obecnie jako mechanizm koordynacyjny wprowadzono Komitet Sterujący do spraw koordynacji EFSI w ochronie zdrowia.

Mając powyższe na uwadze, konieczne jest wprowadzenie efektywnego sposobu implementacji map potrzeb zdrowotnych i priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej. W tym celu konieczne jest umożliwienie wojewodom wydawania opinii o celowości inwestycji, które w najbardziej kompleksowy sposób będą oceniać ich zasadność, pozwalając na najlepsze odwzorowanie lokalnych potrzeb zdrowotnych i porównywalność wyników wydawanych opinii.

Potrzeba wprowadzenia projektowanych przepisów wynika z faktu, iż obowiązek wydawania opinii o celowości inwestycji przez wojewodów został wprowadzony wskazaną wyżej ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Jednocześnie jednak przepisy te nie dają wojewodom odpowiednich narzędzi do rzetelnej i prawidłowej realizacji nakładanych na nich obowiązków.

II. Aktualny stan rzeczy

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, na podstawie Mapy Regionalnej, wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych ustala priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych najwyższej wartości. Priorytety te ustala się na okres, na który sporządza się Mapę Regionalną (art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Z formalnego punktu widzenia opublikowanie tych priorytetów jest niezbędne dla umożliwienia wydawania opinii o celowości inwestycji, co jednak bardziej istotne – ważna jest ich wysoka wartość merytoryczna – ukazanie rzeczywistych potrzeb zdrowotnych, co umożliwi prawidłowe prowadzenie polityki rozwoju ochrony zdrowia, również z wykorzystaniem opinii o celowości inwestycji.

Zgodnie z postanowieniami art. 95d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które weszły w życie dnia 30 czerwca 2016 r., właściwy wojewoda, na wniosek uprawnionego podmiotu (podmiotu wykonującego działalność leczniczą, podmiotu tworzącego albo podmiotu zamierzającego wykonywać działalność leczniczą), będzie wydawać opinię o celowości utworzenia na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego lub nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, przy pomocy których ma być wykonywana działalność lecznicza w rodzaju świadczenia szpitalne, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, lub o celowości realizacji przez ten podmiot inwestycji o wartości przekraczającej 3 miliony złotych w okresie 2 lat (a w przypadku działalności leczniczej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 2 miliony złotych w okresie 2 lat).

Opinia ta stanowi decyzję administracyjną, co wiąże się również z nałożeniem na wojewodę obowiązku dochowania zasad postępowania określonych w ustawie z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 23, z późn. zm.). Przepisy ustawowe przewidują, iż opinia ta będzie wydawana na podstawie Mapy Regionalnej, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, po zasięgnięciu opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ.

Ustawa przewiduje również, iż opinie te będą wydawane w terminie 60 dni od dnia złożenia wniosku i będą rozpatrywane według kolejności wpływu wniosków. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nakazuje w decyzji zawierającej pozytywną opinię określać odpowiednio termin utworzenia nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub termin rozpoczęcia i zakończenia inwestycji, przy czym pozytywna opinia jest ważna pod warunkiem dochowania wskazanych terminów, a w razie ich niedochowania wojewoda stwierdza wygaśnięcie decyzji.

W przypadku gdy podmiotem wnioskującym jest wojewoda, opinię o celowości inwestycji ma wydawać minister właściwy do spraw zdrowia.

III. Różnice między dotychczasowym a projektowanym stanem prawnym

Projekt ustawy wprowadza istotne zmiany do sposobu wydawania opinii o celowości inwestycji – obejmują one zarówno procedurę, jak i przesłanki do wydawania opinii pozytywnej.

Projekt ustawy wprowadza dodatkowe przypadki, kiedy wojewoda wydaje na wniosek podmiotu opinię o celowości inwestycji – dotyczy to sytuacji, gdy zamiarem podmiotu jest staranie się o dofinansowanie inwestycji ze środków unijnych. Wtedy też opinia dotycząca inwestycji jest wydawana, gdy dotyczy wykonywania działalności leczniczej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, a w przypadku inwestycji związanych z leczeniem szpitalnym lub ambulatoryjną opieką specjalistyczną wydawana jest niezależnie od wartości tej inwestycji. Jest to związane z faktem, iż jak wskazano powyżej, pozytywna opinia o celowości inwestycji będzie warunkiem formalnym uzyskania dofinansowania ze środków europejskich w ramach wszystkich programów operacyjnych, również regionalnych, co zapewni zwiększenie racjonalizacji dystrybuowania tych środków i pozwoli na unikanie sytuacji patologicznych wskazanych w kontroli Najwyższej Izby Kontroli.

Projekt przewiduje, iż opinia o celowości inwestycji będzie wydawana na podstawie informacji przedstawionych we wniosku przez podmiot, Mapy Regionalnej albo Mapy Ogólnopolskiej, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Opinia będzie wydawana w terminie 45 dni od dnia złożenia wniosku.

Podstawą do wydania pozytywnej opinii o celowości inwestycji będzie jej ocena dokonywana na podstawie formularza zwanego Instrumentem Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. Formularz ten będzie zawierać kilkadziesiąt pytań odpowiadających różnorodnym priorytetom istotnym z perspektywy systemu ochrony zdrowia. Ten sposób oceny zapewni, iż pozytywnie będą oceniane projekty zgodne nie tylko z mapami potrzeb zdrowotnych, ale i priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej przy uwzględnieniu pożądaných kierunków rozwoju ochrony zdrowia. Celem wprowadzanego systemu jest zapewnienie wydającym opinie odpowiednich do tego narzędzi, pozwalających na właściwą ocenę składanych wniosków i porównanie proponowanych inwestycji pod względem ich zgodności z celami polityki zdrowotnej i zgodnością z lokalnymi potrzebami zdrowotnymi wynikającymi z niedoskonałości lokalnego systemu opieki zdrowotnej. Poszczególne pytania powinny zawierać odniesienie do priorytetów z takich obszarów jak: realizacja zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych, infrastruktura, sprzęt i możliwości finansowe płatnika, sytuacja pacjentów, ich rodzin (np. aktywizację zawodową) oraz zasób kadrowy, a także rozwój nauki, innowacji oraz edukacji.

Projektowana ocena będzie odbywać się na podstawie udzielania odpowiedzi na poszczególne pytania i przyznanie im punktów na podstawie uzasadnienia przedstawionego w poszczególnych przypadkach. Co do zasady poszczególne pytania będą oceniane w skali od 1 do 10, co pozwoli opiniującym na efektywne porównywanie inwestycji rozważanych w danym regionie. Poszczególnym pytaniom zostanie przypisana odpowiednia waga, wskazująca, jak istotne są one z punktu widzenia strategii rozwoju opieki zdrowotnej w kraju i regionach, a jednocześnie, jak odpowiedź na dane pytanie wpływa na wynik końcowy.

Zgodnie z projektem ocena wniosków będzie dokonywana kaskadowo, co ma zapewnić wojewodzie jak najszerze spojrzenie na realizację kryteriów przez inwestycję i obiektywizację przedstawionej opinii. Dlatego też przed wydaniem opinii o celowości inwestycji wojewoda będzie również zobligowany do uzyskania stanowiska dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ.

Projekt przewiduje, iż pierwszym oceniającym wniosek będzie sam wnioskodawca, który składając wniosek, musi odpowiedzieć na pytania zawarte w kwestionariuszu, nie tylko przyznając punkty, ale również, co najistotniejsze, jasno uzasadniając, w jaki

sposób jego inwestycja odpowiada danemu priorytetowi. Uzasadnienie przedstawione przez wnioskodawcę będzie stanowić podstawę oceny dokonywanej przez pozostałych opiniujących. W przypadku gdyby dany organ nie zgadzał się z proponowaną przez wnioskodawcę oceną, jest on zobowiązany do uzasadnienia, z jakiego powodu w danym kryterium właściwe jest przyznanie odmiennej liczby punktów. Taki sposób oceny zapewni pełną transparentność procesu i możliwość weryfikacji przedstawionych ocen.

Projektowana ustawa zmienia zakres opinii, które są wydawane przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Będzie on organem wydającym opinie o celowości inwestycji, w przypadku gdy podmiotem wnioskującym jest wojewoda, szpital utworzony przez publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, instytut badawczy prowadzący badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych, podmiot powstały z przekształcenia którejś z tych jednostek lub jej podmiot tworzący, oraz dla wojewody i uczelni medycznej, o ile zamierzają one utworzyć podmiot leczniczy. Wynika to z ponadregionalnego charakteru działalności prowadzonej przez te podmioty, które powinny być oceniane jako spełniające swoje zadania nie tylko w kontekście lokalnym, ale również zapewnienia realizacji potrzeb zdrowotnych na poziomie krajowym. Stąd ocena dokonywana na podstawie Mapy Ogólnopolskiej, a priorytetów regionalnej polityki zdrowotnej wyłącznie, gdy mają one zastosowanie. W powyższych przypadkach jedynym podmiotem opiniującym będzie Prezes NFZ.

W celu umożliwienia sprawnego wydawania opinii o celowości inwestycji i uzyskiwania stanowiska instytucji doradzających konieczne jest uruchomienie systemu teleinformatycznego, w którym będzie dokonywana ocena i opiniowanie. W systemie tym będą przetwarzane dane niezbędne do wydawania opinii o celowości inwestycji. Dla zapewnienia jego sprawnej organizacji administratorem systemu będzie jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, a administratorem danych przetwarzanych w systemie zostanie minister właściwy do spraw zdrowia. System ten nie będzie stanowił odrębnego systemu dziedzinowego, a jedynie system wspomagający pracę urzędu oraz zapewniający wnioskodawcy możliwość uzyskiwania informacji o trwającym procesie.

Wnioskodawca, przygotowując wniosek, będzie odpowiadał na pytania zawarte w formularzu z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego.

Zaprojektowany system pozwoli na opiniowanie wniosków przez dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ oraz odpowiednio Prezesa NFZ za pośrednictwem systemu teleinformatycznego. Ich ocena będzie polegała na przyznaniu punktów i uzasadnieniu przypadków, gdy nie zgadzają się z samooceną dokonaną przez wnioskodawcę, przy uwzględnieniu tych samych kryteriów, według których oceny będzie dokonywać wojewoda lub Minister Zdrowia. Przekazanie wniosków między organami odbywać się będzie w drodze elektronicznej z wykorzystaniem uruchomionego systemu teleinformatycznego. Szerokie wykorzystanie systemu w komunikacji między organami pozwoli na znaczące usprawnienie pracy przez nich wykonywanej, co jest istotne ze względu na potencjalnie bardzo dużą liczbę składanych wniosków.

Projekt wskazuje również elementy samej opinii wydawanej przez organ. Będzie ona obejmowała nie tylko określenie, czy jest pozytywna czy negatywna, ale również wynik punktowy, obliczony zgodnie z algorytmem określonym w rozporządzeniu wydanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia, oraz wygenerowane elektronicznie zestawienie punktów przypisanych poszczególnym pytaniom oraz ich uzasadnień przedstawionych przez wnioskodawcę, odpowiednio dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ albo Prezesa NFZ i organ wydający opinię.

Przewiduje się, że Minister Zdrowia będzie określał, w drodze rozporządzenia, minimalną liczbę punktów wymaganą dla uzyskania pozytywnej opinii, przy czym nie będzie ona mogła być wyższa niż 50% maksymalnej liczby punktów do uzyskania w Instrumencie Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. Rozporządzenie wydawane przez ministra właściwego do spraw zdrowia określi również poszczególne pytania wraz z przypisaną im wagą oraz możliwą do uzyskania liczbą punktów, a także sposób obliczenia całkowitego wyniku punktowego. Wydając to rozporządzenie, minister właściwy do spraw zdrowia będzie musiał brać pod uwagę wnioski wynikające z map potrzeb zdrowotnych oraz strategii rozwoju i dokumentów programowych, o których mowa w ustawie z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2016 r. poz. 383), w taki sposób, aby

pozytywna ocena była przyznawana wyłącznie wnioskowi zgodnym z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej.

Projekt przewiduje, iż do prowadzonych postępowań nie będą miały zastosowania przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego, z wyjątkiem przepisów dotyczących wyłączenia pracownika i organu, pełnomocnictw, doręczeń, sposobu obliczania terminów, wydawania uwierzytelnionych odpisów lub kopii akt sprawy, sprostowań oraz stwierdzania nieważności. W szczególności organ wydający opinię nie będzie prowadził postępowania dowodowego, a jedynie oceniał wnioski na podstawie informacji przedstawionych przez wnioskodawcę w zakresie poszczególnych priorytetów, a także na podstawie przesłanek wskazanych w ustawie. Rozwiązanie to wynika z charakteru opinii wydawanych przez organ – stanowią one ocenę realizacji priorytetów polityki zdrowotnej; równocześnie wskazane jest, aby podstawą w tym zakresie była samoocena dokonana przez wnioskodawcę. Jednocześnie w rzeczywistości niemożliwe byłoby przeprowadzenie postępowania innego niż wzywanie podmiotu do składania wyjaśnień, co jest nierealistyczne w ramach czasowych przewidzianych dla wydawania rzeczonych opinii. Rezygnacja w projekcie ustawy ze stosowania zasad postępowania administracyjnego wynika z zastosowania metod naukowych oceny wniosków – zastosowanie prawidłowych metodycznie zasad oceny (wprowadzenie kwestionariusza o znacznej liczbie pytań, ocena na podstawie wizualnej skali analogowej, pozwalającej na rzeczywiste porównanie wyników uzyskiwanych przez poszczególne inwestycje, co jest szczególnie istotne przy limitowanych środkach, jakimi dysponuje płatnik publiczny), wraz z wielokrotną oceną mającą na celu zapewnienie obiektywizacji ostatecznych wyników w oparciu o opinię przedstawianą z różnorodnych perspektyw. Proponowany sposób oceny – wykorzystanie kilku organów dla zapewnienia wysokiej jakości wyników oraz odpowiedniej formy kwestionariusza posłuży uzyskaniu spójnych wyników.

Należy wskazać, iż mimo wyłączenia przepisów postępowania administracyjnego, dla zapewnienia wnioskodawcy możliwości weryfikacji uzyskanej opinii o celowości inwestycji, projekt ustawy przewiduje tryb odwoławczy, zarówno w toku administracyjnym, jak i sądowo-administracyjnym, oparty na rozwiązaniach dotychczas stosowanych w stosunku do postępowań konkursowych na dofinansowanie ze środków europejskich, przewidzianych w ustawie z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju. Wprowadzenie tych rozwiązań jest szczególnie istotne

ze względu na ramy czasowe związane z opiniami – po pierwsze, zbyt długie oczekiwanie na zakończenie postępowania odwoławczego może czynić całą inicjatywę bezcelową (inwestycja straci sens ekonomiczny, zanim postępowanie zostanie zakończone), po drugie, w kontekście wydatkowania środków europejskich – ze względu na krótkie terminy w czasie, w którym trwa nabór wniosków o dofinansowanie, konieczne jest umożliwienie wnioskodawcy uzyskania jak najszybciej opinii, których posiadanie jest warunkiem formalnym dopuszczenia do oceny. Ze względu na powyższe przewidziano, iż w przypadkach gdy uzyskana opinia o celowości inwestycji jest negatywna, wnioskodawcy przysługuje prawo do wniesienia protestu, o czym organ ma obowiązek go pouczyć. Jednocześnie projekt ustawy przewiduje 30-dniowy termin na rozpatrzenie protestu przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Rozpatrzenie protestu polega na wydaniu opinii, na takich samych zasadach jak w przypadku organu pierwszej instancji (jednakże bez uzyskiwania dodatkowych opinii).

W przypadku gdy opinia wydana w wyniku rozpatrzenia protestu jest negatywna, wnioskodawcy będzie przysługiwać prawo wniesienia skargi do wojewódzkiego sądu administracyjnego (bezpośrednio), zgodnie z art. 3 § 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2016 r. poz. 718 i 846), o czym będzie on musiał być przez organ pouczony. Projekt przewiduje również 30-dniowe terminy na wydanie orzeczeń sądowych.

Projekt ustawy przewiduje również pewne inne zmiany o charakterze porządkującym. W szczególności minister właściwy do spraw zdrowia uzyska kompetencję do dokonywania zmian map, uwzględniając informacje o wyniku monitorowania aktualności map prowadzonego przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Tym samym będzie miał on realną możliwość wykorzystania narzędzia, jakim jest monitowanie bieżących zmian, tak aby mapy potrzeb zdrowotnych odpowiadały stanowi rzeczywistości.

Ponadto w projekcie ustawy wprowadzono tzw. regułę wydatkową wraz z mechanizmami korygującymi. Tym samym został spełniony w tym zakresie obowiązek wynikający z art. 50 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885, z późn. zm.).

Proponuje się, aby ustawa weszła w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia. Taki termin wejścia w życie ustawy wynika z konieczności zapewnienia spójności stosowania przepisów i umożliwienia wszystkim podmiotom uzyskania opinii o celowości inwestycji wydanej na tych samych zasadach – opartych na identycznych kryteriach i w ramach jednolitej procedury. Jednocześnie proponowane rozwiązania, w szczególności w zakresie procedury, lepiej odpowiadają naturze opinii wydawanych przez wojewodów i ministra właściwego do spraw zdrowia. Wprowadzane rozwiązanie służy ułatwieniu dokonywania oceny przez wojewodów, co czyni jego wdrożenie tym pilniejszym, mając na uwadze potencjalnie bardzo znaczną liczbę wniosków. Zapewnienie wysokiej jakości wydawanych opinii oraz przejrzystości procesu jest niezwykle istotne w świetle znaczącej roli opinii o celowości inwestycji w kształtowaniu przyszłej infrastruktury i systemu ochrony zdrowia.

IV. Przewidywane skutki społeczne, gospodarcze, finansowe i prawne

Przewiduje się, że skutkiem wprowadzenia ustawy będzie mniejsza liczba inwestycji, które mogą przynieść negatywne konsekwencje dla systemu ochrony zdrowia. Jest to szczególnie istotne w kontekście środków europejskich przewidzianych na ochronę zdrowia w aktualnej perspektywie do 2020 r. (w łącznej wysokości około 12 mld złotych).

Wprowadzony system umożliwi realne wykorzystanie przewidzianych obowiązującymi przepisami narzędzi, tj. map potrzeb zdrowotnych oraz priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, skutkiem czego będzie umożliwienie zrównoważonego rozwoju prowadzonego w sposób skoordynowany, zapewnienie stabilności finansowej systemu, wzmocnienie pozycji podmiotów innowacyjnych oraz przeciwdziałanie marnotrawstwu środków.

Udostępnienie potencjalnym wnioskodawcom systemu teleinformatycznego, gdzie możliwe jest dokonania samooceny i „testowanie” rozważanych inwestycji, będzie służyć również jako element edukacji podmiotów. Po pierwsze, konieczność dokonania samooceny przez wnioskodawcę pozwala mu lepiej zrozumieć motywację i priorytety po stronie sektora publicznego, co w dłuższej perspektywie przełoży się na planowanie inwestycji bardziej wpisujących się w potrzeby społeczeństwa, a także do przygotowywania pełniejszych wniosków. W dalszej kolejności, ocena dokonana przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ oraz wojewodów także uwrażliwi podmioty,

dając im jasny przekaz co do kierunków rozwoju. Narzędzie pozwoli wszystkim uczestnikom systemu na przygotowanie i realizację bardziej racjonalnych i uzasadnionych inwestycji, co w dalszej perspektywie przełoży się na poprawę jakości w świadczeniach zdrowotnych w kraju.

V. Źródła finansowania

Wynagrodzenia pracowników zarówno urzędów wojewódzkich, jak i urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia będą finansowane z budżetu państwa w zakresie dodatkowych kosztów funkcjonowania urzędu obsługującego Ministra Zdrowia z części 46 – Zdrowie, a w zakresie urzędów wojewódzkich – z części pozostających w dyspozycji wojewodów.

Jednocześnie wydatki te znajdą w całości pokrycie w środkach uzyskanych z opłat za złożenie wniosku o opinię o celowości inwestycji, które są regulowane projektowaną ustawą.

VI. Zgodność projektu z prawem Unii Europejskiej

Projekt nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projektowana ustawa 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).

Nazwa projektu Projekt ustawy 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 Krzysztof Łanda, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Jakub Adamski, Zastępca Dyrektora, Departament Analiz i Strategii, e-mail: j.adamski@mz.gov.pl, tel.: 22 860 11 05	Data sporządzenia: 24.06.2016 r. Źródło: Inicjatywa własna Ministra Zdrowia Nr w wykazie prac Rady Ministrów: UD77
--	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Celem projektu ustawy jest zapewnienie przejrzystego procesu wydawania opinii o celowości inwestycji przez wojewodę oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, które będą miały kluczowe znaczenie dla rozwoju ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej. Ze względu na szerokie zastosowanie w systemie opinie te muszą być oparte na racjonalnych przesłankach i w sposób rzeczywisty odpowiadać na istniejące potrzeby zdrowotne. Celem jest uniknięcie nadpodaży na lokalnym rynku usług zdrowotnych przez tworzenie zasobów nieadekwatnych w stosunku do potrzeb świadczeniobiorców na w tym obszarze. Stąd też będą one wydawane przez wojewodów z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Projektowana ustawa jest odpowiedzią na potrzeby wskazywane przez Ministra Zdrowia, w dialogu z Komisją Europejską, ale również na wskazania z kontroli Najwyższej Izby Kontroli dotyczącej „Zakupu i wykorzystania aparatury medycznej współfinansowanej ze środków regionalnych programów operacyjnych” (KZD-4101-03/2012).

Kontrola NIK wykazała, że 10 (30,3%) z 33 skontrolowanych szpitali nie osiągnęło jednak zaplanowanych rezultatów, przede wszystkim przewidywanej liczby udzielanych świadczeń, realizując przyjęte założenia na poziomie od 3,1% do 90,7%. Co znaczące, „w ocenie NIK na stopień wykorzystania badanej aparatury wpływ miało podejmowanie decyzji o przyznaniu dofinansowania bez analizy potrzeb zdrowotnych i oceny dostępności świadczeń udzielanych z wykorzystaniem tego rodzaju wyposażenia, a także niezapewnienie odpowiedniej koordynacji działań związanych z jej zakupem”. Miało to miejsce mimo obowiązku wykonania, również przez jednostki samorządu terytorialnego, rzetelnej analizy potrzeb zdrowotnych, określającej liczbę i rodzaj świadczeń zdrowotnych, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia świadczeniobiorców, wynikającego z art. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.).

W niektórych przypadkach nieprzemyślane inwestycje, z powodu niskiej wartości umów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia lub nawet ich braku, a także ograniczenia możliwości wykorzystania zakupionej aparatury do udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych, spowodowały, że nastąpiło pogorszenie wyników finansowych niektórych kontrolowanych jednostek.

Istotność opinii o celowości inwestycji wynika z tego, iż po wejściu w życie dnia 30 czerwca 2016 r. przepisów 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.), znajdują one zastosowanie przy:

- ocenie wniosków o dofinansowanie inwestycji ze środków europejskich

Dokument „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne”, zwany dalej „Policy paper”, wskazuje, że opinia wojewody wydawana będzie w odniesieniu do projektów pozakonkursowych i konkursowych;

- zawieraniu umów przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Po wejściu w życie nowych przepisów, przy porównaniu ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględniać się będzie także, czy świadczeniodawca posiada ważną pozytywną opinię o celowości inwestycji.

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

Wprowadzenie oceny celowości inwestycji wydawanej na podstawie kwestionariusza obejmującego kilkadziesiąt kryteriów, w tym realizację map potrzeb zdrowotnych i priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej przy uwzględnieniu pożądanego kierunku rozwoju ochrony zdrowia w Polsce. Wprowadzenie kaskadowej oceny wniosku

obejmującej analizę przeprowadzaną przez różnych interesariuszy. Wprowadzenie systemu teleinformatycznego umożliwiającą sprawną realizację zleconych zadań.

Oczekiwanym efektem jest mniejsza liczba inwestycji, które mogą przynieść negatywne konsekwencje dla systemu ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej. Realne wdrożenie map potrzeb zdrowotnych oraz priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej umożliwi zrównoważony rozwój prowadzony w sposób skoordynowany, przy zapewnieniu stabilności finansowej systemu, wzmocnieniu pozycji podmiotów innowacyjnych oraz przeciwdziałaniu marnotrawstwu środków.

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

Nie dotyczy – mapy potrzeb zdrowotnych są realizowane w różnych krajach Unii Europejskiej (np. Austria, Czechy) w odmienny sposób. Przyjęte rozwiązanie obejmujące wykorzystywanie map potrzeb zdrowotnych oraz priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, za pośrednictwem opinii o celowości inwestycji, które zostało uzgodnione z Komisją Europejską w ramach dokumentu Policy paper, jest specyficzne dla Rzeczypospolitej Polskiej.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego	1050	Narodowy Fundusz Zdrowia	Prawo złożenia wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji z wykorzystaniem systemu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	6137	Narodowy Fundusz Zdrowia	Prawo złożenia wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji z wykorzystaniem systemu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej	9387	Narodowy Fundusz Zdrowia	Prawo złożenia wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji z wykorzystaniem systemu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia w przypadku inwestycji, w stosunku do których złożony ma zostać wniosek o dofinansowanie ze środków europejskich
Wojewodowie	16		Wydawanie opinii o celowości inwestycji z wykorzystaniem systemu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia
Oddziały wojewódzkiego i Centrala Narodowego	17		Opiniowanie wniosków

Funduszu Zdrowia			w zakresie opinii o celowości inwestycji z wykorzystaniem systemu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia
Marszałkowie województw	16		Opiniowanie wniosków w zakresie opinii o celowości inwestycji z wykorzystaniem systemu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia
Minister Zdrowia	1		Wydawanie opinii o celowości inwestycji z wykorzystaniem systemu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia oraz rozpatrywanie protestów

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

Projekt nie był przedmiotem prekonsultacji.

Projekt został skierowany do opiniowania i konsultacji publicznych z terminem 7 dni na zgłaszanie ewentualnych uwag. Projektowane przepisy stanowią doszczegółowienie dotychczasowych rozwiązań ustawowych, a ich pilny charakter jest podyktowany ważnym interesem publicznym, wynikającym z konieczności prawidłowego wydatkowania środków publicznych, w tym środków europejskich, na inwestycje w obszarze ochrony zdrowia.

W ramach szerokich konsultacji publicznych i opiniowania projekt został skierowany w szczególności do:

- 1) stowarzyszeń w ochronie zdrowia, w tym tych działających na rzecz pacjentów (takich jak: Unia Szpitali Klinicznych, Stowarzyszenie Magistrów i Techników Farmacji, Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia; Stowarzyszenie Primum Non Nocere; Stowarzyszenie Unia Uzdrowisk Polskich, Federacja Pacjentów Polskich, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Fundacja S. Batorego, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych);
- 2) instytutów badawczych (takich jak: Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie, Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr med. Aleksandra Szczygły w Warszawie, Narodowy Instytut Leków, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny);
- 3) organizacji pracodawców (takich jak: Związek Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego – Organizacja Pracodawców w Gnieźnie, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej; Wielkopolski Związek Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacja Pracodawców; Konfederacja Pracodawców Polskich; Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych Lewiatan; Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych; Związek Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego; Gdański Związek Pracodawców; Związek Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi; Stowarzyszenie Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”; Ogólnopolski Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej; Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia; Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ Warmii i Mazur; Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia; Pracodawcy RP, Business Centre Club);
- 4) uczelni medycznych (takich jak: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu – Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy; Uniwersytet Medyczny w Gdańsku; Śląski

Uniwersytet Medyczny w Katowicach; Collegium Medicum – Uniwersytet Jagielloński; Uniwersytet Medyczny w Łodzi; Uniwersytet Medyczny w Poznaniu; Warszawski Uniwersytet Medyczny);

- 5) organizacji i zrzeszeń jednostek samorządu terytorialnego (takich jak: Unia Metropolii Polskich, Związek Gmin Wiejskich RP, Związek Miast Polskich, Związek Powiatów Polskich, Federacja Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwent Marszałków Województw);
- 6) innych reprezentatywnych organizacji, takich jak Związek Rzemiosła Polskiego;
- 7) Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Aptekarskiej i Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;
- 8) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego oraz Rady Dialogu Społecznego.

Projekt ustawy został zamieszczony, zgodnie z postanowieniami uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979, z późn. zm.), w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji.

Ponadto, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. poz. 1414, z późn. zm.), z chwilą przekazania projektu ustawy do uzgodnień z członkami Rady Ministrów, został on zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

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 [tys. zł]										
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Łącznie (0–10)
Dochody ogółem	2762	6629	6629	6629	6629	6629	6629	6629	6629	6629	62 423
budżet państwa	2762	6629	6629	6629	6629	6629	6629	6629	6629	6629	62 423
JST											
pozostałe jednostki (oddzielnie)											
Wydatki ogółem	0	2606	2868	2925	2999	3074	3149	3240	3315	3391	27 567
budżet państwa	0	2606	2868	2925	2999	3074	3149	3240	3315	3391	27 567
JST											
pozostałe jednostki (oddzielnie)											
Saldo ogółem	2762	4023	3761	3704	3630	3555	3480	3389	3314	3238	34 856
budżet państwa	2762	4023	3761	3704	3630	3555	3480	3389	3314	3238	34 856
JST											
pozostałe jednostki (oddzielnie)											

Źródła finansowania	Należy wskazać, iż przepisy ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, które weszły w życie w dniu 30 czerwca 2016 r., przewidują opłatę za złożenie wniosku w wysokości 4000 zł, która to kwota będzie zasilala budżet państwa. OSR ww. ustawy nie przewiduje mimo wskazania powyższego przychodu jakiegokolwiek skutków finansowych wprowadzanej regulacji – w szczególności nie szacuje wielkości kwot, które mogą zostać uzyskane z tego tytułu.
	Oszacowanie wielkości przychodu z tego tytułu wymaga określenia potencjalnej liczby wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji, które będą składane. Precyzyjne określenie tej liczby jest niemożliwe, ze względu na zasadniczo fakultatywny charakter oceny – ustawa przewiduje uprawnienie podmiotów do występowania z wnioskiem o wydanie opinii o celowości inwestycji, przewidując jednocześnie zachętę dla podmiotów do jej uzyskania w postaci możliwości uzyskania lepszej oceny w procesie kontraktowania realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Jednocześnie w świetle ustaleń zawartych w „Krajowych Ramach Strategicznych. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020” w przypadku niektórych postępowań konkursowych i pozakonkursowych w celu uzyskania współfinansowania ze środków europejskich uzyskanie takiej opinii będzie niezbędne.
	Wyczerpanie dotyczące prawdopodobnej liczby wniosków o opinię o celowości inwestycji zostały oparte na informacjach przekazanych bezpośrednio przez urzędy – m.in. szacunkach Wojewody

	Wielkopolskiego. Zgodnie z informacjami otrzymanymi z regionów szacuje się, że około 10% podmiotów leczniczych może starać się o dofinansowanie inwestycji ze środków europejskich w zakresie infrastruktury w ochronie zdrowia. Tym samym roczny dochód z tytułu opłat za złożenie wniosku o opinię celowości inwestycji, przyjmując, że 10% podmiotów leczniczych będzie starać się uzyskanie opinii o celowości inwestycji, wynosi 6 629 600 zł. Należy wskazać, iż wartość ta jest najprawdopodobniej niedoszacowana, co wynika z faktu, iż: (1) wyliczenia są oparte tylko na szacunkowej liczbie wniosków związanych z dofinansowaniem ze środków europejskich, podczas gdy podmioty będą również uprawnione do składania wniosków w celu weryfikacji celowości swojej inwestycji (opinia o zasadności wydatkowania środków, zwłaszcza w przypadku środków publicznych) oraz z powodu uwzględniania przez Narodowy Fundusz Zdrowia opinii o celowości inwestycji przy kontraktowaniu świadczeń opieki zdrowotnej; (2) dla szacunków przyjęto wyłącznie podmioty obecnie będące świadczeniodawcami świadczącymi usługi w zakresie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej, podczas gdy w przypadku tworzenia nowego podmiotu liczba ta może być o wiele większa (np. w samym województwie wielkopolskim jest 15 014 podmiotów wykonujących działalność leczniczą). Jak wskazano, szacowane powyżej przychody są skutkiem przede wszystkim przepisów, które weszły w życie dnia 30 czerwca 2016 r., jednakże tak długie <i>vacatio legis</i> powoduje, iż faktyczne oddziaływania będzie można przypisać projektowanej ustawie, która uszczegóławia i doprecyzowuje wskazane regulacje.																																																																						
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	W przypadku znacznej liczby faktycznie składanych wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji może się okazać, iż konieczne jest zapewnienie właściwych zasobów kadrowych urzędowi wojewódzkim wydającym te opinie oraz urzędowi obsługującemu ministra właściwego do spraw zdrowia, który będzie wydawał opinię na wniosek niektórych kategorii podmiotów oraz rozpatrywał protesty od wcześniej wydanych opinii. W związku z tym przewiduje się zwiększenie zatrudnienia w urzędzie obsługującym wojewodę o nie więcej niż 2 etaty na dany urząd oraz w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia o nie więcej niż 5 etatów, przy czym wzrost zatrudnienia o jeden dodatkowy etat będzie możliwy w przypadku złożenia w poprzednim roku kalendarzowym 50 wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji, a o kolejny w przypadku złożenia w danym roku kalendarzowym kolejnych 100 wniosków. Mając powyższe na uwadze, podjęto się oszacowania ewentualnych kosztów realizacji zadań wynikających z ustawy. Wynagrodzenie osób nowo zatrudnionych przyjęto na poziomie 4800 zł brutto – na podstawie informacji uzyskanej z urzędów (Wojewoda Wielkopolski). W przypadku gdyby ilość pracy związanej z oceną złożonych wniosków wynosiła równowartość 2 pełnych etatów, tak szacowany koszt wynagrodzeń w urzędach wojewódzkich w latach 2016–2025 wynosiłby w tysiącach złotych: <table><tr><th>Rok</th><th>2016</th><th>2017</th><th>2018</th><th>2019</th><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr><tr><td>Liczba miesięcy</td><td></td><td>12</td><td>12</td><td>12</td><td>12</td><td>12</td><td>12</td><td>12</td><td>12</td></tr><tr><td>Wynagrodzenie osobowe</td><td></td><td>117</td><td>119</td><td>121</td><td>124</td><td>128</td><td>131</td><td>134</td><td>137</td></tr><tr><td>Dodatkowe wynagrodzenie roczne</td><td></td><td></td><td>10</td><td>10</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td><td>11</td></tr><tr><td>Pochodne od wynagrodzenia</td><td></td><td>23</td><td>25</td><td>26</td><td>26</td><td>26</td><td>27</td><td>29</td><td>30</td></tr><tr><td>Razem</td><td></td><td>140</td><td>154</td><td>157</td><td>161</td><td>165</td><td>169</td><td>174</td><td>178</td></tr><tr><td>Razem – wszystkie województwa</td><td></td><td>2240</td><td>2464</td><td>2512</td><td>2576</td><td>2640</td><td>2704</td><td>2784</td><td>2848</td></tr></table>	Rok	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Liczba miesięcy		12	12	12	12	12	12	12	12	Wynagrodzenie osobowe		117	119	121	124	128	131	134	137	Dodatkowe wynagrodzenie roczne			10	10	11	11	11	11	11	Pochodne od wynagrodzenia		23	25	26	26	26	27	29	30	Razem		140	154	157	161	165	169	174	178	Razem – wszystkie województwa		2240	2464	2512	2576	2640	2704	2784	2848
Rok	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024																																																														
Liczba miesięcy		12	12	12	12	12	12	12	12																																																														
Wynagrodzenie osobowe		117	119	121	124	128	131	134	137																																																														
Dodatkowe wynagrodzenie roczne			10	10	11	11	11	11	11																																																														
Pochodne od wynagrodzenia		23	25	26	26	26	27	29	30																																																														
Razem		140	154	157	161	165	169	174	178																																																														
Razem – wszystkie województwa		2240	2464	2512	2576	2640	2704	2784	2848																																																														

Analogicznie oszacowano ewentualne dodatkowe koszty przypadające urzędowi obsługującemu ministra właściwego do spraw zdrowia, przy założeniu, że powyższe obowiązki stanowią ekwiwalent 5 pełnych etatów. Liczba zatrudnionych osób uwzględnia zakres zadań nałożonych na Ministra Zdrowia. Wynagrodzenie osób przyjęto na poziomie 5039,67 zł – średniego planowanego miesięcznego wynagrodzenia w Ministerstwie Zdrowia w 2016 r. Przy takich szacunkach dodatkowy koszt wyniósłby w latach 2016–2025 w tysiącach złotych:

Rok	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Liczba miesięcy		12	12	12	12	12	12	12	12
Wynagrodzenie osobowe		306	312	319	326	335	343	352	361
Dodatkowe wynagrodzenie roczne			26	27	27	28	29	29	30
Pochodne od wynagrodzenia		60	66	67	70	71	73	75	76
Razem		366	404	413	423	434	445	456	467

Maksymalny limit wydatków z budżetu państwa, będących konsekwencją wejścia w życie ustawy wyniesie 27 567 000,00 zł. Przy czym wynagrodzenie zarówno pracowników urzędów wojewódzkich, jak i urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia będą finansowane z budżetu państwa z części 46 – Zdrowie, a w zakresie urzędów wojewódzkich – z części pozostającej w dyspozycji wojewodów. Mając powyższe na uwadze, przewiduje się, iż ewentualne koszty w przypadku znacznej liczby składanych wniosków nie przenosiłyby kwot uzyskanych z tytułu opłat za złożenie wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji. Jednocześnie wojewodowie oraz minister do spraw zdrowia będą monitorować wykorzystanie limitów wydatków oraz liczbę składanych wniosków, a wojewodowie oraz minister właściwy do spraw zdrowia będą wdrażać mechanizm korygujący, polegający na dostosowaniu wydatków z tytułu zwiększenia zatrudnienia do liczby złożonych w tym roku wniosków lub protestów.

Mając powyższe na uwadze, celowe jest dokonanie oceny liczby złożonych wniosków w pierwszym okresie obowiązywania projektowanych przepisów – do końca 2016 roku – dla określenia rzeczywistego ciężaru realizowanych zadań.

Wynagrodzenia zostały powiększone o średnioroczny wskaźnik inflacji, zgodnie z zatwierdzonymi przez Ministra Finansów „Wytocznymi dotyczącymi stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw. Aktualizacja – maj 2016 r.”.

System teleinformatyczny Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia będzie administrowany przez Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia oraz finansowany ze środków budżetu państwa pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia w ramach posiadanej infrastruktury.

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,	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich							

ceny stałe z ... r.)	przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
Niemierzalne	budżet państwa	Ułatwienie racjonalnego i efektywnego wydatkowania środków na inwestycje w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych						
	jednostki samorządu terytorialnego	Unikanie inwestycji nieodpowiadających rzeczywistym potrzebom zdrowotnym, które mogą nie uzyskać właściwego poziomu zwrotu z inwestycji wynikającego z braku możliwości zawarcia umowy na realizację świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych						
	inne jednostki sektora finansów publicznych	Uproszczenie procedury wydawania opinii o celowości inwestycji						
	przedsiębiorstwa (w tym MŚP)	Unikanie inwestycji nieodpowiadających rzeczywistym potrzebom zdrowotnym, które mogą nie uzyskać właściwego poziomu zwrotu z inwestycji wynikającego z braku możliwości zawarcia umowy na realizację świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych						
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowana ustawa będzie miała pozytywny wpływ na gospodarkę i przedsiębiorczość wynikający z promowania inwestycji w ochronie zdrowia, które są zgodne z priorytetami jej rozwoju oraz lokalnymi potrzebami zdrowotnymi. Wykorzystanie opinii o celowości inwestycji spowoduje zmniejszenie inwestycji, które mogą nie uzyskać przychodów wystarczających na pokrycie poniesionych kosztów ze względu na brak kontraktu na realizację świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia, który pozytywne opinie będzie brał pod uwagę przy zawieraniu umów ze świadczeniodawcami.							

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

☐ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie
wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej
tabeli zgodności).

☒ tak
☐ nie
☐ nie dotyczy

☒ zmniejszenie liczby dokumentów
☐ zmniejszenie liczby procedur
☒ skrócenie czasu na załatwienie sprawy
☒ inne: uproszczenie procedur

☐ zwiększenie liczby dokumentów
☒ zwiększenie liczby procedur
☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy
☐ inne:

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich
elektronizacji.

☐ tak
☐ nie
☐ nie dotyczy

Komentarz:

Projekt ustawy upraszcza procedurę uzyskania opinii o celowości inwestycji wydawanych przez wojewodę. Ustawa przewiduje zmniejszenie liczby dokumentów przez oparcie wniosków na formularzach generowanych w systemie teleinformatycznym i wnioski w oparciu o oświadczenia składane przez wnioskodawcę. Jednocześnie, dzięki wprowadzeniu systemu teleinformatycznego pozwalającego na elektroniczną wymianę informacji między opiniującymi podmiotami, projekt pozwoli na skrócenie czasu wydawania opinii.

9. Wpływ na rynek pracy		
Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☒ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Przewiduje się, że skutkiem wprowadzenia ustawy będzie mniejsza liczba inwestycji, które mogą przynieść negatywne konsekwencje dla systemu ochrony zdrowia w kraju. Jest to szczególnie istotne w kontekście środków europejskich przewidzianych na ochronę zdrowia w aktualnej perspektywie do 2020 r. (w łącznej wysokości około 12 mld złotych). Wprowadzony system umożliwi realne wykorzystanie przewidzianych obowiązującymi przepisami narzędzi, tj. map potrzeb zdrowotnych oraz priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, skutkiem czego będzie umożliwienie zrównoważonego rozwoju prowadzonego w sposób skoordynowany, zapewnienie stabilności finansowej systemu, wzmocnienie pozycji podmiotów innowacyjnych oraz przeciwdziałanie marnotrawstwu środków. Udostępnienie potencjalnym wnioskodawcom systemu teleinformatycznego, gdzie możliwe jest dokonanie samooceny i „testowanie” rozważanych inwestycji, będzie służyć również jako element edukacji podmiotów. Po pierwsze, konieczność dokonania samooceny przez wnioskodawcę pozwala mu lepiej zrozumieć motywację i priorytety po stronie sektora publicznego, co w dłuższej perspektywie przełoży się na planowanie inwestycji bardziej wpisujących się w potrzeby społeczeństwa, a także do przygotowywania pełniejszych wniosków. W dalszej kolejności, ocena dokonana przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz wojewodów także uwrażliwi podmioty, dając im jasny przekaz co do kierunków rozwoju. Narzędzie pozwoli wszystkim uczestnikom systemu na przygotowanie i realizację bardziej racjonalnych i uzasadnionych inwestycji, co w dalszej perspektywie przełoży się na poprawę jakości świadczeń zdrowotnych w kraju.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Proponuje się, aby ustawa weszła w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia. Minister Zdrowia wyda rozporządzenie określające wzór wniosku zawierającego formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia wraz ze wskazaniem kryteriów oceny inwestycji, przypisaniem im wagi oraz określeniem skali punktów możliwych do uzyskania w zakresie poszczególnych kryteriów, sposób wyliczania całkowitego wyniku punktowego w zakresie dokonywania oceny celowości oraz minimalną liczbę punktów wymaganą do uzyskania pozytywnej opinii niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 30 dni od dnia wejścia w życie ustawy.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Ewaluacja efektów będzie możliwa po upływie przynajmniej 3 lat po wejściu w życie ustawy, ze względu na konieczność oceny efektywności poczynionych inwestycji. Ocena będzie możliwa na podstawie mierników realizacji inwestycji wyznaczonych w poszczególnych przypadkach przez inwestorów oraz kondycji finansowej podmiotów, które przeprowadziły poszczególne inwestycje, w szczególności z uwagi na późniejsze finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Nie ma możliwości określenia zamkniętego katalogu ww. mierników, gdyż są one zależne od rodzaju inwestycji, która będzie oceniana w ramach opinii o celowości inwestycji – mogą to być np. mierniki, takie jak np. wykorzystanie zasobów (np. obłożenie łóżek szpitalnych, liczba wykonanych świadczeń z wykorzystaniem danego sprzętu). Mierniki takie były stosowane w przytoczonych w uzasadnieniu projektu kontrolach prowadzonych przez Najwyższą Izbę Kontroli.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Raport z konsultacji publicznych i opiniowania.		

Raport z konsultacji publicznych oraz opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (wcześniejszy tytuł – projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia)

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

Jednocześnie zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979 oraz z 2015 r. poz. 1063) projekt ustawy został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji w zakładce Rządowy Proces Legislacyjny.

W trybie art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa żaden z podmiotów nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem rozporządzenia.

W ramach konsultacji publicznych oraz opiniowania do przedmiotowego projektu zgłoszono następujące uwagi:

Jednostka systematyki wewnętrznej	Podmiot zgłaszający	Treść zgłoszonej uwagi	Uzasadnienie	Proponowane brzmienie	Stanowisko Ministra Zdrowia
2	3	4	5	6	7
Art. 1 pkt 2	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	Możliwość zmiany mapy przez Ministra Zdrowia w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania wyniku monitorowania pozostaje w sprzeczności z wyrażoną w art. 95a ust.3 pięcioletnią trwałością map regionalnych. Jeżeli dopuszcza się możliwość zmiany map w każdym roku ich obowiązywania (wyniki monitorowania są przekazywane Ministrowi Zdrowia corocznie do 30 czerwca), zbędnym wydaje			Częściowo uwzględniona – Projektowany przepis wskazuje, że zmiana przeprowadzana jest wskutek i w zakresie dokonanego monitorowania. Rozwiązanie to ma służyć zapewnieniu aktualności map i stanowi uzupełnienie dotychczasowej regulacji, która zakładała monitorowanie map potrzeb zdrowotnych, ale nie dawała Ministrowi Zdrowia narzędzi do właściwego reagowania na uzyskane informacje.

Art. 1 pkt 2	Wojewoda Małopolski	się być art.95 ust.3 ustawy. Zgodnie z art. 95a ust. 10 „Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny monitoruje aktualność map. Narodowy Instytut (..) przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia corocznie do dnia 30 czerwca wyniki monitorowania map za rok poprzedni.” Zaproponowana w ust. 10a zmiana ustawy precyzuje więc następstwa przekazywania Ministrowi corocznie wyników monitorowania aktualności map i ustala wprost jego kompetencje do wprowadzania zmian w mapie potrzeb zdrowotnych. W związku z powyższym należy doprecyzować, m.in. ze względu na użycie w ust. 10a, odmiennie do treści ust. 10, liczby pojedynczej w odniesieniu do słowa mapy: 1) uprawnienia Ministra - wskazując czy dotyczą one możliwości zmiany tylko Mapy Ogólnopolskiej, czy również Map Regionalnych, które sporządzają wojewodowie w porozumieniu z Wojewódzkimi Radami do spraw Potrzeb Zdrowotnych, a Minister je tylko zatwierdza, 2) prawne konsekwencje zmian dokonanych przez		Brzmienie ust. 10a winno uwzględniać wolę ustawodawcy w zakresie rozstrzygnięcia trzech kwestii zawartych w sformułowanych obok uwagach.	Uwzględniona
--------------	---------------------	---	--	--	--------------

		Ministra w Mapie Ogólnopolskiej - czy skutkują one koniecznością czy też jedynie możliwością wprowadzenia zmian w Mapach Regionalnych, w sytuacji, w której zgodnie z przepisami Mapa Ogólnopolska jest sporządzana przez NIZP - PZH na podstawie Map Regionalnych, organ uprawniony do dokonania zmian w Mapach Regionalnych oraz tryb i termin ich wprowadzania.			
Art. 1 pkt 2	Lewiatan	W zakresie zmiany określonej w art. 1 pkt 2 projektu, zakładającej wprowadzenie uprawnienia dla ministra właściwego do spraw zdrowia do dokonania zmiany Mapy Regionalnej, uwzględniając wynik monitorowania aktualności map, należy wskazać, że rozwiązanie to przyczyni się do bardziej elastycznego podejścia do map. Niemniej jednak korzystniejszym rozwiązaniem byłoby przyznanie takiego uprawnienia podmiotowi uprawnionemu do sporządzania map – tj. właściwemu wojewodzie.			Nieuwzględniona - nadano nowe brzmienie art. 1 pkt 2 uwzględniają potrzebę doprecyzowania przepisu. Zgodnie z art. 95a ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.) minister właściwy do spraw zdrowia nie tylko dokonuje zatwierdzenia map potrzeb zdrowotnych, ale przysługuje mu też prawo dokonania ich zmiany przed zatwierdzeniem. Mając na uwadze kompetencje i dotychczasowe uprawnienia minister właściwy do spraw zdrowia właściwym jest by dokonywał on zmian map w zakresie wyznaczonym przez monitorowanie ich aktualności. Jednocześnie zmiany w zakresie Map Regionalnych wymagają,

					dla zachowania spójności, dokonania również zmiany Mapy Ogólnopolskiej, która jest sporządzana na ich podstawie.
Art. 1 pkt 2	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej	Uważamy, że zmiana winna być dokonana z na wniosek lub w konsultacji z Wojewodą i Wojewódzką Radą do Spraw Potrzeb Zdrowotnych	Wojewodowie są odpowiedzialni za przygotowywanie map regionalnych, a następnie na ich podstawie PZH będzie przygotowywało i dbało o aktualność mapy ogólnopolskiej. Uważamy, że w przypadku konieczności aktualizacji mapę powinien poprawiać organ, który ją przygotowywał w tym także w porozumieniu z Wojewódzką Radą do Spraw Potrzeb Zdrowotnych.		Nieuwzględniona - nadano nowe brzmienie art. 1 pkt 2 uwzględniają potrzebę doprecyzowania przepisu. Zgodnie z art. 95a ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.) minister właściwy do spraw zdrowia nie tylko dokonuje zatwierdzenia map potrzeb zdrowotnych, ale przysługuje mu też prawo dokonania ich zmiany przed zatwierdzeniem. Mając na uwadze kompetencje i dotychczasowe uprawnienia minister właściwy do spraw zdrowia właściwym jest by dokonywał on zmian map w zakresie wyznaczonym przez monitorowanie ich aktualności. Jednocześnie zmiany w zakresie Map Regionalnych wymagają, dla zachowania spójności, dokonania również zmiany Mapy Ogólnopolskiej, która jest sporządzana na ich podstawie.
Art. 1 pkt 3	Wojewoda Małopolski	Ze względu na projektowane w art. 1 pkt 2 zmiany przepisów należałoby rozważyć, czy ich logiczną konsekwencją nie powinno być nadanie wojewodom w zmienianym aktualnie brzmieniu art. 95c, kompetencji do zmiany	Dopuszczenie prawnej możliwości aktualizacji priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej byłoby wskazane nie tylko z powodu wymienionego powyżej, ale również ze względu na charakter procesu oceny potrzeb zdrowotnych (systematyczna metoda analizy problemów zdrowotnych	Propozycja rozszerzenia kompetencji wojewody o uprawnienia do aktualizacji priorytetów w sytuacji opisanej obok w uwagach	Uwzględniona

		priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, w sytuacji dokonania zmian w Mapie Regionalnej uwzględniających wynik monitorowania aktualności map przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny.	dotykających populację, prowadząca do aktualizacji map, priorytetów i kierunków interwencji) oraz innowacyjność przepisów utrudniające w pierwszym okresie ich obowiązywania uwzględnienie wszystkich możliwych do wystąpienia sytuacji. Ponadto mapy potrzeb zdrowotnych sporządzone na okres od 30 czerwca 2016r. do 31 grudnia 2018r., jak i priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej ustalane na ich podstawie na ten sam okres, nie uwzględniają ważnych dziedzin medycyny (np. psychiatrii), których opracowanie zostało przewidziane przez Ministerstwo Zdrowia w terminie późniejszym. Brak stworzenie takiej możliwości wykluczy więc te dziedziny medycyny z uwzględnienia ich w priorytetach do 2018 r.	winna zostać uwzględniona zarówno w art. 1 pkt 3 ust. 1, jak i w rozporządzeniu, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ust. 2.	
Art. 1 pkt 3	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	Wprowadzenie zapisu „(...) w terminie do dnia 1 września roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania priorytetów(...)” oznacza, iż priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej będą ustalone tylko jeden raz, bowiem jedynie dla pierwszego roku obowiązywania priorytetów, chyba że każdy kolejny 5 letni okres obowiązywania priorytetów jest traktowany osobno. Aktualne uregulowanie jest zdecydowanie lepsze. Wynika z niego, iż priorytety			Nieuwzględniona – pierwszy rok obowiązywania priorytetów będzie każdorazowo pokrywał się z pierwszym rokiem obowiązywania nowych map potrzeb zdrowotnych. Ustalony termin został skorelowany z terminem zatwierdzenia map przez Ministra Zdrowia, które następować będzie 1 czerwca danego roku, dając wojewodom wystarczającą ilość czasu na opracowanie priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej.

		ustala się na okres, na który sporządzono Mapę Regionalną, czyli na okres 5 lat.			
Art. 1 pkt 3	Związek Rzemiosła Polskiego	Potencjalne zagrożenie redukcji zakresu koszyka świadczeń gwarantowanych	Zdrowie jest wartością niewymierną. Nie można zatem wprowadzić sztywnych ram zakresu treści priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej. Nie jest możliwe stworzenie realnych Zdrowotnych Map Regionalnych ani postawienie rzeczywistej diagnozy potrzeb zdrowotnych. Nie można jednocześnie wskazywać czy w danym jednostkowym przypadku stan zdrowia obywatela, uzyskanie efektów zdrowotnych najwyższej wartości przyniesie diagnostyka medyczna naprawcza, profilaktyka czy też prewencja lub rehabilitacja itp.	Zmodyfikować treść przepisu: „Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia otwarty katalog priorytetów przy uwzględnieniu pełnego zakresu koszyka świadczeń gwarantowanych.	Częściowo uwzględniona – delegacja do wydawania rozporządzenia została usunięta – celem delegacji nie było ograniczanie zakresu priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, które mogłyby zostać określone przez wojewodę. Projekt ustawy nie odnosi się w żaden sposób do zawartości ani sposobu finansowania koszyka świadczeń gwarantowanych. Projektowane dokumenty będą miały wyłącznie na celu ujednolicenie formuły przygotowywanych przez wojewodów dokumentów zawierających priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, a nie narzucać kształt oraz treść samych priorytetów.
Art. 1 pkt 3	Urząd Województwa Opolskiego	Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, zakres treści priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, kierując się potrzebą zapewnienia skutecznego narzędzia uwzględniania Map Regionalnych i diagnozy potrzeb zdrowotnych".	Przyznanie ministrowi właściwemu ds. zdrowia kompetencji do określania treści priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej stanowi ryzyko wyjścia przeciwko zasadom ustroju i działania samorządu terytorialnego, a w szczególności zasadom subsydiarności oraz względnej samodzielności.		Częściowo uwzględniona – delegacja do wydawania rozporządzenia została usunięta – celem delegacji nie było ograniczanie zakresu priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, które mogłyby zostać określone przez wojewodę
Art. 1 pkt 3	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej	Proponujemy pozostawić określenie na jaki okres ustala się priorytety	Z obecnie obowiązującej wersji ustawy został wykreślony zapis „Priorytety ustala się na okres, na który sporządza się Mapę Regionalną.” Teoretycznie priorytety winny być ustalane na		Nieuwzględniona – priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej wydawane są na podstawie Mapy Regionalnej, a projekt przewiduje możliwość ich aktualizacji w przypadku zmiany

			okres dłuższy niż mapa regionalna, ale jest to niewykonalne, gdyż przygotowuje się je w oparciu o tę mapę. Proponujemy pozostawić ten zapis.		
Art. 1 pkt 4	Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie	Wątpliwości budzi postanowienie art. 95d ust.1 w zakresie określenia wartości inwestycji W przedziale czasu 2 lat.	Projektowane postanowienie spowoduje, że w przypadku dokonania przez podmiot leczniczy inwestycji polegających na utworzeniu nowych jednostek lub komórek organizacyjnych o wartości przekraczającej odpowiednio 3 lub 2 miliony złotych, każda nowa inwestycja wymagać będzie uzyskania opinii właściwego wojewody lub Ministra Zdrowia nawet w przypadku inwestycji o niewielkiej wartości. Skutkować to może nieuzasadniony przedłużeniem procesu inwestycyjnego, co zwłaszcza w przypadku wymiany aparatury medycznej lub remontów obiektów budowlanych może mieć negatywne skutki dla działalności leczniczej. Wobec powyższego zasadne wydaje się odniesienie limitów określonych w ustawie do jednostkowej inwestycji.		Nieuwzględniona – ustawa nie przewiduje obowiązku występowania o wydanie opinii o celowości inwestycji stąd nie może ona blokować ani opóźniać inwestycji pilnych ani służących dostosowaniu do aktualnych przepisów prawa.
Art. 1 pkt 4	Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego	3. Opinii, o której mowa w ust. 1, nie wydaje się w odniesieniu do: 1) szpitalnego oddziału ratunkowego; 2) centrum urazowego i centrum urazowego dla dzieci. 3) inwestycji realizowanej w zakresie działalności objętego umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, której	Zaproponowane zmiany doprecyzowują dotychczasowe zapisy ustawy i wprowadzają konieczność występowania o „opinię o celowości” w przypadku zamiaru utworzenia nowego podmiotu, nowych jednostek organizacyjnych lub nowych komórek przedsiębiorstwa pomiotu leczniczego. Ze sformułowania „... lub innej inwestycji w tym zakresie ...” można wywnioskować, iż		Nieuwzględniona – ustawa nie przewiduje obowiązku występowania o wydanie opinii o celowości inwestycji stąd nie może ona blokować ani opóźniać inwestycji pilnych ani służących dostosowaniu do aktualnych przepisów prawa.

		wykonanie ma na celu dostosowanie obiektów/sprzętu medycznego do obowiązujących przepisów prawa (w tym zakup nowego sprzętu na skutek awarii dotychczasowej aparatury)	konieczność uzyskania opinii o celowości będzie również dotyczyć inwestycji realizowanych w istniejących podmiotach, jednostkach czy komórkach, których działalność wynika z umowy zawartej przez podmiot leczniczy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Inwestycje realizowane w takich przypadkach mają na celu dostosowanie obiektów (oddziałów) lub sprzętu do wymogów aktualnych przepisów prawa. Dość często zakupy nowej aparatury medycznej spowodowane są nagłą awarią dotychczasowego sprzętu. W takich przypadkach konieczny jest pilny zakup nowego sprzętu – pojawia się wątpliwość czy zasadne jest uzyskiwanie opinii w ww. przypadkach, tym bardziej że termin wydania opinii to minimum 60 dni + ewentualna droga odwoławcza w przypadku wydania przez organ opinii negatywnej. Proponujemy wyłączenie z wymogu uzyskiwania „opinii o celowości” inwestycji, które są realizowane w zakresie działalności objętej już umową z NFZ.		
Art. 1 pkt 4	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	Proponuje się rezygnację z zastosowania instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Ochrony Zdrowia w przypadku inwestycji, na które podmiot zamierza ubiegać się ośrodki finansowe w ramach regionalnych programów operacyjnych.	Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020, to zarządy województw są instytucjami zarządzającymi regionalnymi programami operacyjnymi, ponoszącymi pełną odpowiedzialność za realizację programu (w tym m.in. za		Nieuwzględniona – ustawa nie wprowadza opinii o celowości inwestycji – te zostały przewidziane ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138), które wejdą w życie 30 czerwca 2016 r. W zakresie środków europejskich obowiązek uzyskania pozytywnej opinii o

			przygotowanie propozycji kryteriów wyboru projektów, wybór projektów do dofinansowania oraz wywiązanie się z osiągnięcia zadeklarowanych w programach wartości wskaźników, od czego uzależnione jest uzyskanie przez instytucje zarządzające środków realokowanych w budżetach poszczególnych programów). Wprowadzenie projektowanej zmiany, zgodnie z którą opinia o celowości inwestycji będzie wydawana przez wojewodę również w przypadku inwestycji na które podmiot wnioskujący zamierza ramach regionalnych programów operacyjnych. Projektowane przepisy narzucają zarządom województw nowe procedury, ingerujące w wybór projektów do dofinansowania w ramach regionalnych programów operacyjnych, jednocześnie obciążając kosztami ich obsługi i pozbawiając samorządy województw wpływu na sposób realizacji regionalnej polityki zdrowotnej (wydawane przez marszałka województwa opinie w tym zakresie nie będą miały wiążącego charakteru). To wojewodowie wydając decyzje administracyjne określają, który z projektów inwestycyjnych w ochronie zdrowia będzie mógł zostać dopuszczony do realizacji. Dodatkowo należy podkreślić, że wiele spośród proponowanych kryteriów oceny wniosków, w oparciu o które wojewodowie będą wydawać decyzje administracyjne o		celowości inwestycji został już przewidziany w dokumencie „Krajowe ramy strategiczne. Politycy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”, który stanowi o zakresie regulacji ze względu na uzgodnienie jego treści z Komisją Europejską. Przeniesienie ciężaru odpowiedzialności za lokalną politykę zdrowotną na wojewodę jest zgodne z innymi zmianami systemowymi wprowadzonymi w dotychczas obowiązujących przepisach – np. w zakresie przygotowywania map potrzeb zdrowotnych. Jednocześnie projektowana ustawa przewiduje, iż opinie o celowości inwestycji nie będą wydawane w formie decyzji administracyjnej, a wojewoda w celu uzyskiwania opinii będzie występował o nią do Ministra Zdrowia.
--	--	--	---	--	--

			dopuszczeniu realizacji inwestycji, jest niemierzalnych, a do pozostałych nie wskazano mierników stopnia spełnienia kryterium. W konsekwencji ocena może mieć charakter subiektywny i uznaniowy, co pozostaje w sprzeczności z celem utworzenia instrumentu, jakim jest przejrzyste i efektywne inwestowanie w sektor ochrony zdrowia. Proponowane procedury mogą spowodować przesunięcie w czasie postępowania dotyczącego wyboru projektów, czego skutkiem może być nieosiągnięcie zaplanowanych wartości wskaźników, stanowiących ramy wykonania i utrata odpowiedniej części środków finansowych przez województwa. uzyskać dofinansowanie w ramach regionalnych programów operacyjnych, stanowi nadmierną ingerencję w system wyboru projektów do dofinansowania w ramach regionalnych programów operacyjnych.		
Art. 1 pkt 4	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	Przyjęcie zapisów o podmiotach wnioskujących i opiniujących wnioski o celowości inwestycji w proponowanym brzmieniu może doprowadzić do sytuacji, w której ten sam podmiot – marszałek województwa – będzie składał wniosek (jako podmiot tworzący dla wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia) a następnie go opiniował.	Projektowane przepisy stanowią, iż podmiotem, który może złożyć wniosek o wydanie opinii o celowości inwestycji jest m.in. „podmiot tworzący w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej”, czyli m.in. województwo. Jednocześnie proponuje się, aby każdy wniosek w przypadku gdy organem właściwym do wydania opinii o celowości inwestycji jest wojewoda – opiniował m.in. marszałek województwa.		Nieuwzględniona – projekt ustawy przewiduje, że w przypadku, gdy wnioskodawcą będzie wojewoda wniosek składany jest do Ministra Zdrowia

			W przypadku, w którym podmiotem wnioskującym będzie województwo, jako podmiot tworzący, ten sam podmiot będzie zarówno wnioskodawcą, jak też podmiotem opiniującym złożony przez siebie wniosek.		
Art. 1 pkt 4	Lubuski Urząd Wojewódzki	Wskazane jest doprecyzowanie: - Źródła finansowania inwestycji (czy dotyczy tylko środków publicznych, czy w przypadku inwestycji finansowanych ze środków własnych prywatnych inwestorów, wykonujący działalność leczniczą powinien także uzyskać opinię o celowości inwestycji) ? - Czy po 30.06.2016r. organ będzie mógł dokonać wpisu w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL) nowego podmiotu, nowej jednostki lub nowej komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, w przypadku braku konieczności ponoszenia inwestycji w powyższym zakresie lub braku opinii wojewody o celowości inwestycji ? Czy brak takiej opinii, może być podstawą (art. 104 u.d.l.) do odesłania przez organ rejestrowy wniosku o wpis (zmianę wpisu) do uzupełnienia (tj. dołączenie do wniosku decyzji	Zapis budzący wątpliwości interpretacyjne. Opiniowany projekt nie przewiduje zmian do ustawy o działalności leczniczej, na podstawie, której dokonuje się wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą obejmującego (podmioty lecznicze, praktyki zawodowe lekarzy, praktyki zawodowe pielęgniarek Doprecyzowanie zapisu, które zapewni bieżący nadzór nad planowanymi przez podmiot leczniczy inwestycjami	Proponuje się zapis: „1. Opinię (...) wydaje się na wniosek podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo podmiotu zamierzającego wykonywać działalność leczniczą (...). W przypadku podmiotu leczniczego przedsiębiorcą wniosek przekazywany jest do wiadomości podmiotu tworzącego w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.	Nieuwzględniona – celem ustawy nie jest ograniczenia działalności leczniczej a dawanie możliwości uzyskania opinii (nieobligatoryjnej) o celowości planowanej bądź prowadzonej inwestycji. Projekt ustawy odnosi się do pojęć zakresu leczenia szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna, który są jest zawarte w zmienianej ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.).

		wojewody w przedmiotowej sprawie)? Podkreślić należy, że zgodnie z art. 108 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, brak przedmiotowej opinii nie stanowi podstawy do odmowy wpisu do rejestru. - Co rozumie się pod pojęciem „działalność lecznicza w zakresie leczenia szpitalnego” - czy też należy przez to rozumieć świadczenia z grupy leczenia szpitalnego w myśl art. 15 ust. 2 pkt 3 u.o.ś.o.z? - Co ustawodawca rozumie przez „udzielanie świadczeń w zakresie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych” ? Czy należy przez to świadczenia z grupy ambulatoryjna opieka specjalistyczna (w myśl art. 15 ust. 2 pkt 2 u.o.ś.o.z.)? - Czy opinie, o których mowa w art. 95d ust. 1 pkt 2 i 3 dotyczyć mają inwestycji planowanych przez wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą (podmiot leczniczy, praktykę zawodową lekarza, praktykę zawodową pielęgniarki) czy tylko podmiotów leczniczych.			
Art. 1 pkt 4	Lubuski Urząd Wojewódzki	„1. Opinię (...) wydaje się na wniosek podmiotu wykonującego działalność leczniczą, podmiotu tworzącego w rozumieniu	„1. Opinię (...) wydaje się na wniosek podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo podmiotu zamierzającego wykonywać działalność leczniczą (...). W	Doprecyzowanie zapisu, które zapewni bieżący nadzór nad planowanymi przez podmiot leczniczy	Nieuwzględniona – w projekcie zrezygnowano z możliwości składania wniosku przez podmiot tworzący.

		ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej albo podmiotu zamierzającego wykonywać działalność leczniczą (...)” (art. 95e ust. 1)	przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą wniosek przekazywany jest do wiadomości podmiotu tworzącego w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.	inwestycjami	
Art. 1 pkt 4	Lubuski Urząd Wojewódzki	„Wniosek o wydanie opinii (...) zawiera (...) źródła finansowania inwestycji, a w przypadku inwestycji budowlanej - również jej wartość kosztorysową w podziale na grupy kosztów” (art. 95e ust. 3 pkt 5 lit. d)		Proponuje się rozszerzyć zapis: „Wniosek o wydanie opinii (...) zawiera (...) źródła finansowania inwestycji oraz rodzaje poniesionych lub planowanych kosztów, o których mowa w art. 95d ust. 6, a w przypadku inwestycji budowlanej - również jej wartość kosztorysową w podziale na grupy kosztów”	Uwzględniona
Art. 1 pkt 4	Śląski Urząd Wojewódzki	W art. 95d w ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie wymienia się inwestycji w rodzaju: stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, co oznacza, że podmioty zamierzające prowadzić taką działalność są na uprzywilejowanej pozycji zarówno podczas ubiegania się o środki europejskie, jak również o ewentualny kontrakt z NFZ na powyższe świadczenia zdrowotne. Może pojawić się tu zarzut		Zapis w art. 95d ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poszerzyć o dodanie podpunktu 6) w brzmieniu: 6) minister właściwy do spraw wewnętrznych – z uwagi na ponadregionalny charakter szpitali utworzonych przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji	Nieuwzględniona – zakres wynika z krajowych celów strategicznych zawartych w dokumencie dokumentu „Krajowe Ramy Strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”, a także zakresu map potrzeb zdrowotnych, które obejmują zakresy: leczenie szpitalne, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną oraz podstawową opiekę zdrowotną.

		nierównego traktowania podmiotów, no chyba, że z uwagi na zapotrzebowanie społeczne na tego typu działalność takie rozwiązanie jest celowe.			
Art. 1 pkt 4	Śląski Urząd Wojewódzki	Do Art. 95d ust.1 pkt 1 i 2; czy do którejś z tych grup zostały zaliczone zakłady opiekuńczo-lecznicze i hospicja? Finansowane są ze środków publicznych i też prowadzą inwestycje. Jeżeli nie są zaliczane do żadnej z grup, czy oznacza to, że inwestycji tych podmiotów wojewoda nie opiniuje?			Nieuwzględniona – Wskazane podmioty nie są objęte opiniowaniem przez wojewodów zgodnie z intencją projektodawcy.
Art. 1 pkt 4	Śląski Urząd Wojewódzki	Do Art. 95d ust.4: katalog wnioskujących, dla których to Minister Zdrowia wydaje opinię nie zawiera podmiotów tworzonych przez ministrów (np. MSWiA, MON czy Ministra Sprawiedliwości). Czy to oznacza, że w tych przypadkach opinie wydaje wojewoda? Jeżeli tak, to czy sytuacja taka nie zrodzi konfliktów?			Nieuwzględniona – podmioty tworzone przez innych ministrów niż Minister Zdrowia służą zaspokajaniu lokalnych potrzeb zdrowotnych podczas, gdy Minister Zdrowia co do zasady opiniuje wnioski podmiotów prowadzących działalność o charakterze ponadregionalnym.
Art. 1 pkt 4	Śląski Urząd Wojewódzki	Do Art.95e ust. 3 pkt 5: "opis inwestycji": czy ten opis inwestycji jest zgodny z rozporządzeniem Rady Ministrów o finansowaniu inwestycji z budżetu państwa (Dz.U. Nr 238 poz. 1579)? Gdzie zostało zapisane, jakie dane muszą zawierać opisy inwestycji, żeby mogły być współfinansowane z budżetu państwa? Czy oba			Nieuwzględniona – mając na uwadze projektowany sposób oceny celowości wniosków opis inwestycji pozostawiony jest wnioskodawcy, dla wskazania przesłanek, które pozwolą na pozytywną ocenę jego wniosku

Art. 1 pkt 4	Urząd Marszałkowski Województwa małopolskiego	dokumenty są zgodne? Brak wprowadzenia wartości inwestycji podlegającej opiniowaniu oraz rozszerzenie wnioskodawcy o POZ	IOWISZ jest systemem nie dostosowanym w swoich kryteriach do oceny wniosków inwestycyjnych „małych” czy też mieszanych tj. remontów i zakupów wyrobów medycznych co w przypadku wniosków składanych przez Beneficjentów powiatowych lub gminnych może wpłynąć na znaczne zaniżenie ostatecznej punktacji wniosku i w konsekwencji jego negatywne zaopiniowanie. Proponowana wersja projektu Ustawy zawiera zapisy niespójne z treścią dokumentu „Krajowe Ramy Strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”. Zgodnie z zapisami zatwierdzonego przez Komisję Europejską Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020: „Dokument pn. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 stanowi krajowe ramy strategiczne dla wszystkich przedsięwzięć realizowanych w obszarze zdrowia na perspektywie 2014-2020”. Zgodnie z Policy paper, obowiązki opiniowania w przypadku projektów konkursowych i pozakonkursowych w zakresie inwestycji szpitalnych podlegają te przedsięwzięcia, których wartość przekracza 3 mln oraz w zakresie AOS te przedsięwzięcia, które przekraczają 2 mln zł.	Propozycja: Wykreślenie pkt 3)	Nieuwzględniona – inwestycje w zakresie POZ również muszą cechować się celowością, ze względu na korzystanie ze środków publicznych przy kontraktowaniu świadczeń. Opiniowanie w przypadku środków europejskich powyżej wskazanego progu jest niezasadne ze względu na możliwość nierównego traktowania podmiotów i brak możliwości prawidłowej oceny.
Art. 1 pkt 4	Małopolski Urząd Wojewódzki Porozumienie	Ze względu na projektowane zmiany w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej			Nieuwzględniona – projekt przygotowywany jest mając na uwadze aktualny stan prawny

	Zielonogórskie	polegające m.in. na zastąpieniu wyrazu „przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego” wyrazem „zakład leczniczy” należałoby je uwzględnić w tekście aktualnie opiniowanego projektu ustawy o zmianach do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (...), o ile ww. ustawa o działalności leczniczej wejdzie w życie przed ustawą aktualnie opiniowaną.			
Art. 1 pkt 4	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	Należy posługiwać się ustawowymi definicjami oraz przyjętą w innych aktach prawnych i projektach terminologią. Ponadto pragnę zwrócić uwagę, że nowo procedowana ustawa nie powinna posługiwać się terminem „przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego” w sytuacji, gdy równolegle trwają prace nad zmianą ustawy o działalności leczniczej, która likwiduje pojęcie „przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego”			Nieuwzględniona – projekt przygotowywane jest mając na uwadze aktualny stan prawny
Art. 1 pkt 4	Marszałek Małopolski	Wnioskujemy o wprowadzenie zapisu dotyczącego równoważności opinii wojewody i marszałka województwa. Wnioskodawca powinien otrzymać w systemie oceny dwie pozytywne opinie tj. wojewody i marszałka województwa	Z uwagi na fakt, że samorząd jest dysponentem środków UE wnioskujemy o podniesienie rangi opinii Marszałka i zrównoważenie jej z opinią Wojewodą		Nieuwzględniona – ustawa nie wprowadza opinii o celowości inwestycji – te zostały przewidziane ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138), które wejdą w życie 30 czerwca 2016 r. W zakresie środków

					europejskich obowiązek uzyskania pozytywnej opinii o celowości inwestycji został już przewidziany w dokumencie „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”, którzy stanowi o zakresie regulacji ze względu na uzgodnienie jego treści z Komisją Europejską.
Art. 1 pkt 4	Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego	Utworzenie na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego lub nowych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, przy pomocy których ma być wykonywana działalność lecznicza w zakresie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub podstawowej opieki zdrowotnej zgodnie z propozycją, wymagać będzie wydania opinii wojewody lub ministra.	Przyznanie kompetencji wojewodom lub ministrowi właściwemu ds. zdrowia w zakresie wydania opinii o celowości inwestycji zaburza ideę samorządu terytorialnego w polskim systemie prawnym. Powyższa regulacja może negatywnie wpłynąć na inwestycje czynione przez podmioty tworzące, jakimi są samorządy województw, jak i przede wszystkim na podmioty lecznicze. Inwestycje w wysokości 3 milionów zł w okresie 2 lat w przypadku inwestycji w zakresie leczenia szpitalnego, 2 milionów zł w okresie 2 lat w przypadku inwestycji w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a także każda inwestycja planowana ze środków europejskich winna być opiniowana przez wojewodę lub ministra właściwego ds. zdrowia. Należy zauważyć, że w rzeczywistości stanowi to próbę stworzenia nowego instrumentu finansowego, którym zarządzałiby właśnie w głównej mierze wojewodowie, co zmniejszy kompetencje jednostek samorządu terytorialnego.		Nieuwzględniona – ustawa nie wprowadza opinii o celowości inwestycji – te zostały przewidziane ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138), które wejdą w życie 30 czerwca 2016 r. Jednocześnie ustawa nie przewiduje obowiązku uzyskiwania opinii o celowości inwestycji w przypadku żadnych inwestycji. W zakresie środków europejskich obowiązek uzyskania pozytywnej opinii o celowości inwestycji został już przewidziany w dokumencie „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”, którzy stanowi o zakresie regulacji ze względu na uzgodnienie jego treści z Komisją Europejską.
Art.1 pkt 4	SPZOZ w Żukowie	Jeżeli składanie wniosków ma dotyczyć wyłącznie			Nieuwzględniona – aktualnie projektowany przepis oddaje

		planowanych inwestycji o wartości przekraczającej podaną, to czytelny byłby zapis np.: 2) utworzeniu na obszarze województwa nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub nowych jednostek (<i>organizacyjnych</i>) lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego przy pomocy których ma być wykonywana działalność lecznicza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej będących inwestycją tym zakresie o wartości przekraczającej 2 mln zł w okresie 2 lat realizowanej przez podmiot wnioskujący, o którym mowa w art. 95e			oryginalną intencję ustawodawcy korygując wątpliwości wynikające z dotychczasowego sformułowania, jednocześnie celem projektodawcy nie jest ograniczanie zakresu inwestycji wyłącznie do takich, które polegają na tworzeniu nowych podmiotów/jednostek/komórek.
Art. 1 pkt 4	Związek Rzemiosła Polskiego	Jawne ograniczenie praw podmiotów leczniczych, co do zakresu prowadzonej działalności gospodarczej. Ograniczenie konkurencyjności w zakresie jakości kompleksowości oraz dostępności do świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podstawowej opieki zdrowotnej. Ograniczenie dostępności do finansowania ze środków europejskich poprzez stworzenie wrażliwości	Dla potrzeb zdrowotnych nie ma określenia „constans”, czyli wielkości stałej. Stąd też opinia o celowości inwestycji nie powinna stanowić kryterium w niniejszym zakresie. Brak konkurencyjności hipotetycznie doprowadzić może do obniżenia jakości świadczeń medycznych, jak również zmniejszenia dostępności do w/w, tym samym zwiększenie czasu oczekiwania na udzielenie tego rodzaju świadczeń. Stwarza to domniemanie dopuszczalności przewagi świadczenia usług medycznych poza koszykiem świadczeń gwarantowanych	Wykreślić zapisy stwarzające domniemanie ograniczenia swobody działalności gospodarczej.	Nieuwzględniona – projektowana ustawa nie wprowadza zmian w zakresie stosowania opinii o celowości inwestycji, a wyłącznie określa sposób ich wydawania. Ustawa nie przewiduje obowiązku uzyskiwania opinii o celowości inwestycji, więc nie wpływa na ograniczenie praw podmiotów prowadzących działalność – w szczególności nie uniemożliwia ona prowadzenia inwestycji ze środków własnych. Opinie o celowości inwestycji pozwalają na efektywniejsze wydatkowanie środków publicznych, poprzez kierowanie

		wydawania subiektywnych opinii. Jednoznaczne przyzwole nie na stosowanie uznaniowości z preferencją podmiotów leczniczych, których organem założycielskim są organy administracji publicznej, a wykluczenie pozostałych form działalności gospodarczej	opłaconych z tzw. „kieszeni pacjenta”, nie zaś ze środków publicznych. Wskazuje się na dopuszczenie hegemoni w dostępie do środków publicznych, co jest niedopuszczalne w demokratycznym państwie. Wykonanie inwestycji nie ma żadnego wpływu, na jakość świadczeń, gdyż jest to proces złożony i zależny od wielu czynników.		strumieni pieniężnych do podmiotów prowadzących inwestycje zgodnie z lokalnymi potrzebami i priorytetami.
Art. 1 pkt 4	Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego	Brak wartości kosztorysowej	Zaproponowany zakres wniosku o wydanie opinii o celowości wskazuje, iż Wnioskodawca powinien posiadać na etapie ubiegania się opinię dokumentację projektowo-kosztorysową dla planowanej inwestycji (wskazuje na to zapis o konieczności podania wartości kosztorysowej). Koszty wykonania dokumentacji projektowo-kosztorysowej należy określać na poziomie 5-10% wartości inwestycji. Dla dużych zadań inwestycyjnych są to kwoty znaczące, które podmiot leczniczy powinien ponieść nie mając żadnej pewności, że uzyska pozytywną opinię o celowości. Proponujemy, aby opis inwestycji budowlanej będący jednym z elementów wniosku o wydanie opinii zawierał wartość szacunkową ww. inwestycji.	3. Wniosek o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, zawiera: 5) opis inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1, zawierający w szczególności: d) źródła finansowania inwestycji, a w przypadku inwestycji budowlanej – również jej szacunkową wartość;	Uwzględniona
Art. 1 pkt 4	Porozumienie Zielonogórskie	Oплата za wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 jest zbyt wysoka. W przypadku świadczeniodawców POZ dofinansowania na inwestycję mogą wynieść	Zdaniem Federacji przedstawiony projekt ma na celu praktyczne odciążenie świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej od możliwości skorzystania z dotacji unijnych wobec czego należy odstąpić od takich regulacji, w tym		W zakresie środków europejskich obowiązek uzyskania pozytywnej opinii o celowości inwestycji został już przewidziany w dokumencie „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-

		kilka - kilkanaście tysięcy złotych, a za możliwość ich uzyskania trzeba będzie zapłacić 4 000 zł - opinia wojewody oraz opłata dla firmy piszącej wniosek co spowoduje iluzoryczność dofinansowania.	od obciążania świadczeniodawców dodatkowymi kosztami. Obligatoryjność posiadania opłacanej do budżetu opinii powoduje, że jest to dodatkowy podatek od pozyskanych środków unijnych		2020”, którzy stanowi o zakresie regulacji ze względu na uzgodnienie jego treści z Komisją Europejską. Wymóg uzyskania opinii o celowości inwestycji nie jest przewidziany dla wszystkich priorytetów inwestycyjnych, a wyłącznie 9a – Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, gdzie nie ma ryzyka uniemożliwienia podmiotom dostępu do środków europejskich.
Art. 1 ust. 4	Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie	Opłata określona w art. 95e ust. 5 (4000 zł) za złożenie wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji lub jej zmianę jest wygórowana. Zważywszy, że opinię o celowości inwestycji winny uzyskać wszystkie podmioty lecznicze, w tym w większości publiczne, pobieranie tak wysokiej opłaty przez wojewodę lub Ministra Zdrowia nie znajduje uzasadnienia i obciąża budżet podmiotów leczniczych finansowanych ze środków publicznych Uzasadnione wydaje się obniżenie opłaty w odniesieniu do publicznych podmiotów leczniczych			Nieuwzględniona – ustawa nie wprowadza opinii o celowości inwestycji ani wysokości opłaty – te zostały przewidziane ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138), które wejdą w życie 30 czerwca 2016 r.
Art. 1 ust. 4	Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego	Stąd wysokość opłaty za wydanie decyzji administracyjnej - opinii, wydaje się całkowicie nieuzasadniona, szczególnie w przypadku gdzie organ	Niezrozumienie i sprzeciw budzą również założenia projektu ustawy dotyczące obowiązku wnoszenia opłat za złożenie wniosku o wydanie opinii o celowości planowanej inwestycji oraz wniosku		Nieuwzględniona – ustawa nie wprowadza opinii o celowości inwestycji ani wysokości opłaty – te zostały przewidziane ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki ze

		ustawodawczy nie tylko narzuca obowiązek uzyskania opinii, ale również uzależnia jej wydanie od wniesienia stosownej opłaty. Należność za dokonanie czynności administracyjnych określa ustawa z dnia 16 listopada 2006 r. o opłacie skarbowej, zawierająca zamknięty katalog opłat, których wysokości jest z zasady uzależniona od nakładu pracy poniesionej przez organ, w związku z przygotowaniem i wydaniem stosownych dokumentów.	o jej zmianę. Środki finansowe na powyższy cel nie są zabezpieczone w budżetach województw - podmiotów tworzący, a tym bardziej nie posiadają ich podmioty wykonujące działalność leczniczą. Jak wskazano w uzasadnieniu do projektu ustawy - pierwszym oceniającym wniosek o wydanie opinii będzie sam wnioskodawca, który - składając wniosek - musi odpowiedzieć na szereg pytań zawartych w kwestionariuszu i uzasadnić szczegółowo przyznaną sobie punktację. W konsekwencji, właściwy organ dokonujący oceny i wydający opinię, będzie się tylko przychylił (lub nie) do oceny wnioskodawcy.		środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138), które wejdą w życie 30 czerwca 2016 r. Jednocześnie ustawa nie przewiduje obowiązku uzyskiwania opinii o celowości inwestycji w przypadku żadnych inwestycji. W zakresie środków europejskich obowiązek uzyskania pozytywnej opinii o celowości inwestycji został już przewidziany w dokumencie „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”, który stanowi o zakresie regulacji ze względu na uzgodnienie jego treści z Komisją Europejską.
Art. 1 pkt 4	Wojewoda Mazowiecki	Art. 95d ust. 3 - w związku z wyłączeniem wydawania opinii w odniesieniu do szpitalnego oddziału ratunkowego, centrum urazowego i centrum urazowego dla dzieci zasadnym wydaje się uzupełnienie wyłączenia także o szpitalny oddział ratunkowy dla dzieci.			Uwzględniona
Art. 1 pkt 4	Wojewoda Mazowiecki	Art. 95d ust. 5 - biorąc pod uwagę, że waloryzowana kwota będzie obowiązywać na terenie całego kraju warto rozważyć, czy ze względów praktycznych, kwota ta nie powinna być publikowana na stronie BIP Ministerstwa Zdrowia w jednym miejscu zamiast na szesnastu stronach BIP urzędów wojewódzkich			Uwzględniona – waloryzacja została usunięta z projektu
Art. 1 pkt 4	Wojewoda	art. 95e ust. 4 oraz art. 95i	Zasady reprezentacji są		Nieuwzględniona – rozwiązanie

	Mazowiecki	ust. 4 - wskazany przepis wydaje się zbędny	uregulowane w wystarczający sposób w innych przepisach dotyczących funkcjonowania podmiotów gospodarczych. Pozostawienie takiego brzmienia przepisu spowoduje, że np. mimo możliwości sprawdzenia zasad reprezentacji on-line w KRS wnioskodawca będzie musiał dodatkowo udowodniać swoje prawo do reprezentacji;		zawarte w ustawie są analogiczne do zawartych w innych aktach prawnych, wynikają w szczególności z częstego składania wniosków przez osoby umocowane na podstawie innej niż reprezentacja ujawniona w KRS
Art. 1 pkt 4	Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego	Brak sankcji za realizację inwestycji bez uzyskania opinii o celowości inwestycji, co może mieć miejsce w przypadku przedsięwzięć podejmowanych przez prywatne podmioty wykonujące działalność leczniczą.	Jeżeli uzyskanie opinii jest obligatoryjne to powinny zostać zastosowane konsekwencje w przypadku jej braku.		Nieuwzględniona – uzyskanie opinii nie jest obligatoryjne
Art. 1 pkt 4	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	Pragnę zwrócić uwagę, iż wykonywanie działalności leczniczej odnosi się do rodzaju, a nie do zakresu. Przepis zbyt szeroko określa zakres przedmiotowy inwestycji realizowanej przez podmiot leczniczy lub podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą.	Zwrot <i>"inwestycji w tym zakresie"</i> jest zbyt nieprecyzyjny i może powodować problemy, gdy podmiot pragnący przeprowadzić np. tylko inwestycje w zakresie dostosowania budynku dla osób niepełnosprawnych będzie występował o uzyskanie opinii - byłoby to sprzeczne z celami regulacji i narażało przedsiębiorców na dodatkowe koszty. Proponujemy wyłączyć te inwestycje, które nie wpływają na zakres udzielanych świadczeń. Należy zatem doprecyzować pojęcie <i>„innej inwestycji w tym zakresie"</i>	w art. 95d ust. 1 pkt 3 na końcu proponuje się dodać po przecinku <i>"chyba że nie wpływa to na zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych"</i>	Nieuwzględniona – uzyskanie opinii nie jest obligatoryjne
Art. 1 pkt 4	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	Proponujemy rezygnację z wersji papierowej wniosku; organy administracji rządowej dysponują możliwościami technicznymi dla przetwarzania wniosku w		usunąć słowa <i>"papierowej lub"</i>	Nieuwzględniona – uwaga zasadna, jednakże rozpowszechnienie stosowania systemów elektronicznych do składania wniosków jest niewystarczające dla rezygnacji z

		formie elektronicznej. Zachęci to część podmiotów do korzystania z e-administracji także dla innych celów. Skróci także terminy przekazywania dokumentów pomiędzy organami.			postaci papierowej
Art. 1 pkt 4	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	Dla identyfikacji osoby prawnej wystarczy numer KRS, dla osoby fizycznej prowadzącej działalność leczniczą NIP. Uprościć przepis.		2) nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego oraz jego numer KRS w przypadku osób prawnych, a numer REGON lub NIP w przypadku osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej"	Uwzględniona
Art. 1 pkt 4	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	Uprawnienia do złożenia wniosku mogą wynikać z ewidencji gospodarczej lub KRS nie ma wtedy potrzeby dołączać odrębnego dokumentu		Kropkę zastąpić przecinkiem i dodać na końcu zdania następującą treść "o ile nie wynika z KRS lub CEDiG".	Nieuwzględniona – rozwiązanie zawarte w ustawie są analogiczne do zawartych w innych aktach prawnych
Art. 1 pkt 4	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	Należy, z uwagi na brzmienie ust. 1, zawrzeć postanowienia, iż do rozpatrywania wniosku o zmianę opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 stosuje się odpowiednie przepisy dotyczące rozpatrywania wniosku o jej wydanie. W celu uniknięcia trudności z rozpatrywaniem wniosków celowe byłoby wskazanie zakresu dopuszczalnych zmian.			Uwzględniona – usunięto z projektu przepisy dotyczące zmiany opinii. Podmiotowi przysługuje zawsze prawo wystąpienia o nową opinię o celowości inwestycji
Art. 1 pkt 4	Wojewoda	Dla uniknięcia stronniczości i		3. Minister właściwy	Nieuwzględniona – Minister

	Wielkopolski	równego traktowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą funkcjonujących na terenie województwa opinię o celowości inwestycji, o których mowa w ustępie 4, punkty 2-5 powinien wydawać wojewoda. Ustęp 3 powinien być usunięty z uwagi na powyższe uwarunkowania oraz fakt, że minister właściwy do spraw zdrowia powinien opiniować celowość tworzenia szpitalnych oddziałów ratunkowych i centrów urazowych. Ponadto ze względu na konflikt interesów marszałek województwa nie powinien opiniować własnych wniosków oraz jako podmiot tworzący wniosków swoich placówek medycznych. Przedstawiony projekt zakłada, że inne kryteria stosuje się do wojewody, a inne do marszałka województwa, któremu nadano uprawnienia do opiniowania własnych wniosków.		do spraw zdrowia jest organem wydającym opinię w przypadku gdy podmiotem wnioskującym, o którym mowa w art. 95e ust. 1, jest: 1) wojewoda; 2) marszałek województwa; 3) podmiot leczniczy wnioskujący o utworzenie szpitalnego oddziału ratunkowego; 4) podmiot leczniczy wnioskujący o utworzenie centrum urazowego i centrum urazowego dla dzieci.	Zdrowia jest naczelnym organem administracji państwowej powołanym do prowadzenia polityki zdrowotnej kraju stąd uzasadnionym jest by dokonywał on opiniowania inwestycji o charakterze ponadregionalnym. Jednocześnie ustawa przewiduje wyłączenie opiniowania celowości inwestycji w zakresie szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz centrum urazowych ze względu na nieuwzględnianie ich w mapach potrzeb zdrowotnych (są one objęte wojewódzkimi planami działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego).
Art. 1 pkt 4	Wojewoda Wielkopolski	Dla uniknięcia stronniczości i równego traktowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą funkcjonujących na terenie województwa opinii o celowości inwestycji, o których mowa w ustępie 3,4 i 9, nie powinien wydawać	Występuje tu konflikt interesów wynikający z poniższych uwarunkowań: - marszałek województwa może wnioskować o opinię w charakterze podmiotu tworzącego placówki medycznej, a więc będzie opiniował sam siebie; - marszałek województwa może	W świetle powyższego proponuje się skreślenie w ust.3, pkt 4, w ust. 4 pkt 1 oraz w ust.9 zapisów dotyczących marszałka województwa jako	Nieuwzględniona – mając na uwadze systemową rolę marszałka województwa niecelowym jest wyłączanie go od opiniowania wniosków. Wynika to z trwałej roli marszałka województwa w finansowaniu inwestycji poprzez regionalne programy operacyjne.

		marszałek województwa.	opiniować wnioski placówek medycznych dla których jest organem tworzącym. Trudno w tej sytuacji o bezstronność i obiektywizm; - w razie zbieżności wniosków z placówek tworzonych przez powiaty i marszałka województwa, opiniowanie może być mniej korzystne dla placówek powiatowych.	opiniującego wnioski. Dla uniknięcia stronniczości i równego traktowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą marszałek województwa powinien posiadać uprawnienia do przetwarzania danych w systemie IOWISZ wyłącznie jako podmiot wnioskujący, a nie oceniający.	Opinie wydawane przez marszałka województwa oraz dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie będą wiążące dla wojewody, mają wyłącznie służyć przedstawieniu dodatkowych perspektyw na przedmiot sprawy i umożliwić wojewodzie rzetelną ocenę celowości danej inwestycji.
Art. 1 pkt 4	Wojewoda Wielkopolski	Należy doprecyzować ust.2 poprzez zapis „do organu wydającego opinię”.		Nowe brzmienie: 2. Wniosek o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, składa się do organu wydającego opinię w postaci papierowej lub elektronicznej z wykorzystaniem kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub podpisu elektronicznego potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP w rozumieniu przepisów o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.	Uwzględniona
Art. 1 pkt 4	Wojewoda Wielkopolski	Należy doprecyzować punkt. 2 poprzez zapis „KRS,		Nowe brzmienie: 2) nazwę (firmę)	Częściowo uwzględniona – przepisowi nadano nowe

		REGON oraz NIP” co ułatwi analizę i ocenę wniosku w oparciu o urzędowe rejestry.		podmiotu wnioskującego oraz jego numer KRS, REGON oraz NIP	brzmienie
Art. 1 pkt 4	Wojewoda Wielkopolski	W punkcie 4 brakuje zapisu o miejscu realizacji inwestycji, gdyż inwestycje mogą dotyczyć także środków trwałych		Nowe brzmienie: 4) dane podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub wskazanie jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, które mają zostać utworzone, oraz wskazanie miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych (realizacji inwestycji)	Uwzględniona
Art. 1 pkt 4	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej	Proponujemy doprecyzowanie wskazanych punktów poprzez wskazanie, że wydawanie opinii nie dotyczy sytuacji, w których nowa jednostka/komórka powstaje jedynie w wyniku zmian organizacyjnych, przekształceń prawnych itd.	Aktualny zapis jest bardziej precyzyjny od poprzedni obowiązującego jednakże warto doprecyzować go we wskazanym zakresie: Powstanie nowych jednostek/komórek podmiotu leczniczego w niektórych sytuacjach nie jest wynikiem inwestycji a dokonane zostaje jedynie ze względu na dokonywane zmiany organizacyjne. Sytuacja taka ma miejsce przykładowo w przypadku połączenia podmiotów, kiedy to komórki organizacyjne jednego podmiotu (przejmowanego) wpisywane są jako nowe komórki przedmiotu przejmującego. W takiej sytuacji z punktu widzenia rejestrów powstają nowe komórki ale w rzeczywistości jest to jedynie zabieg		Nieuwzględniona – opinia o celowości inwestycji nie ma charakteru obligatoryjnego i we wskazanych sytuacjach nie miałoby sensu o taką opinię występować

			formalny i nie ma on związku z jakąkolwiek istotną inwestycją. Uzyskiwanie opinii w takich sytuacjach nie miałoby żadnego uzasadnienia i byłoby niewykonalne – w szczególności dlatego że jednostki, które w wyniku takiego działania wpisywane są do rejestru jako nowe w rzeczywistości istnieją od wielu lat.		
Art. 1 pkt 4	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej	Proponujemy doprecyzowanie co rozumiemy pod inwestycją	Z treści zapisu wynika, że zgodę się wydaje jeśli podmiot leczniczy planuje inwestycję przekraczającą 3 lub 2 mln w okresie 2 lat. Art. 95d ust. 6 określa jak określić kwotę inwestycji, pozostaje jednak pytanie co to jest inwestycja – czy to wszystkie wydatki podmiotu leczniczej przeznaczone na infrastrukturę danego podmiotu w okresie dwóch lat czy jedynie inwestycje powiązane ze sobą funkcjonalnie i organizacyjnie. Można sobie wyobrazić, że podmiot wykona szereg inwestycji w różnych częściach budynku na kwotę powyżej 2 mln zł i powstanie pytanie czy powinien uzyskać w takiej sytuacji zgodę czy nie. Albo iż dokona jednej małej inwestycji, a następnie jednej w kwocie powyżej 2 mln zł i pojawi się pytanie czy nie powinien wystąpić o zgodę przed wykonaniem tej mniejszej inwestycji. Nie jest także jasne, czy inwestycja odtworzeniowa również wymaga uzyskania zgody ?		Nieuwzględniona – uzyskanie opinii nie jest obligatoryjne. Opinia o celowości inwestycji nie ma charakteru zgody – również negatywna opinia o celowości inwestycji nie uniemożliwia jej przeprowadzenia – może jednak rzutować na źródła jej finansowania (środki europejskie) lub wpływać na ocenę oferty przez Narodowy Fundusz Zdrowia w procesie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej
Art. 1 pkt 4	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej	Zbyt niska kwota inwestycji jest progiem wymagającym uzyskania zgody	W opinii Pracodawców RP kwota 2 mln z AOS i 3 mln z szpitalu jest zbyt niskim progiem inwestycji od którego wymaga się stosownej decyzji wojewody lub ministra		Nieuwzględniona – uzyskanie opinii nie jest obligatoryjne. Opinia o celowości inwestycji nie ma charakteru zgody. Projekt ustawy przewiduje prawo

			zdrowia. Koszt wytworzenia jednego łóżka w szpitalu przekracza 1mln zł – z tego wynika że zgodą byłaby niezbędna już przy zwiększeniu potencjału szpitala o 3 łóżka – kwota winna być kilkukrotnie wyższa.		podmiotu do złożenia wniosku o opinię o celowości inwestycji, a nie wprowadza obowiązku jej uzyskania
Art. 1 pkt 4	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej	Proponujemy doprecyzowanie poprzez wskazanie w jakich sytuacjach to wojewoda wydaje opinię.	Z art. 96d ust 1 wynika, że opinię o celowości wydaje wojewoda lub minister. Art. 95d ust 4 wskazuje w jakich sytuacjach to minister wydaje decyzję. Nie jest jasne czy w pozostałych sytuacjach opinie wydaje wojewoda (co wydaje się być intencją ustawodawcy), czy też zgodnie z ust. 1 wojewoda lub minister.		Nieuwzględniona – przytoczone przepisy jasno wskazują, że w przypadkach innych niż zastrzeżone dla Ministra Zdrowia opinia wydawana jest przez wojewodę
Art. 1 pkt 4	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej	Proponujemy zamienić zapis na „wskazanie czy podmiot korzysta ze środków unijnych lub budżetowych”	W opinii Pracodawców RP nie ma żadnego uzasadnienia do wskazywania źródła finansowania inwestycji, poza przypadkami kiedy to ma ona być przeprowadzona z udziałem środków unijnych lub budżetowych. Również uważamy, że zbędne jest przedstawianie kosztorysu inwestycji w podziale na grupy kosztów – to jest informacja, która nie jest w żaden sposób niezbędna do wydania decyzji.		Częściowo uwzględniona – zgodnie z projektem podmiot wnioskujący informować będzie tylko o rodzaju źródła finansowania a nie podawać szczegółowych informacji o nim, jednocześnie podawana będzie nie wartość kosztorysowa a szacunkowa
Art. 1 pkt 4	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej	Proponujemy publikację zwaloryzowanej kwoty Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia lub BIPie Ministra Zdrowia	Uważamy, że skoro decyzję wydaje albo Minister Zdrowia albo Wojewoda to zwaloryzowana kwota winna się znajdować przede wszystkim w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia a jeszcze lepiej aby była określana Zarządzeniem Ministra Zdrowia.		Częściowo uwzględniona – projekt przewiduje likwidację waloryzacji wskazanych kwot
Art. 1 pkt 4	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej	Proponujemy następujące brzmienie zapisu „Wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia, zwany dalej „organem wydającym opinię”	Uważamy, że opinią o celowości inwestycji powinna być wydawana na podstawie rekomendacji i oceny ekspertów z zakresu ochrony zdrowia lub zdrowia publicznego		Nieuwzględniona – ze względu na charakter oceny, w szczególności przewidziane opiniowanie przez różne zaangażowane organy, w tym

		wydają na podstawie rekomendacji zespołu ekspertów wyłonionych w konkursie, opinię o celowości inwestycji polegającej na :	wyłonionych w drodze konkursu ogłoszonego przez tegoż wojewodę. Proponujemy tu zastosować tryb oceny wniosków inwestycyjnych analogiczny jaki stosuje się w przypadku środków unijnych. To pozwoli zachować neutralność, Członkowie zespołu oceniającego powinni składać oświadczenia o braku konfliktu interesów itd. Proponowane w ustawie rozwiązanie jest korupcjogenne, gdyż mimo iż odpowiedzialność za wydaną decyzję bierze wojewoda lub minister, to posiłkuje się on w pełni stanowiskiem szeregowego pracownika administracji publicznej, który może być poddany różnego rodzaju naciskom. Uważamy, że opłata za złożony wniosek w kwocie 4000 zł pozwoli w pełni sfinansować koszt oceny wniosków przez niezależnych ekspertów. Propozycja ta wymaga co oczywiste dodania zapisów określających tryb naboru ekspertów i składanych przez nich oświadczeń o bezstronności. W naszej opinii najlepszym rozwiązaniem byłoby gdyby była jedna lista ekspertów wybrana przez MZ, a następnie składy oceniające mogłyby być wybierane losowo.		płatnika publicznego, wykorzystanie w tym celu ekspertów zewnętrznych jest niecelowo. Jednocześnie zmieniony OSR ustawy przewiduje wydatkowanie środków na etaty pracownicze w urzędach opiniujących
Art. 1 pkt 4	Śląski Uniwersytet Medyczny	Dyskusyjna jest wysokość opłat przewidzianych dla trybu pozyskiwania opinii i jej ewentualnej zmiany, która została oszacowana na poziomie 4000,00 zł. tym bardziej, że przekazywanie wniosków pomiędzy organami odbywać się będzie			Nieuwzględniona – ustawa nie wprowadza opinii o celowości inwestycji ani wysokości opłaty – te zostały przewidziane ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138), które wejdą w życie

		w drodze elektronicznej z wykorzystaniem uruchomionego systemu teleinformatycznego.			30 czerwca 2016 r.
Art. 1 pkt 4	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej	Rozumiemy że zmiana opinii może dotyczyć wszystkich jej zakresów – zarówno przedmiotu jak i np. przedłużenia czasu trwania inwestycji ? Nie doprecyzowano ani trybu złożenia wniosku – czyli co powinien zawierać ani w jaki sposób jest rozpatrywany – czy tylko przez wojewodę czy również podlega ocenie OW NFZ i samorządu			Uwzględniona – z projektu ustawy usunięto możliwość wnioskowania o zmianę opinii. Podmiotowi przysługuje prawo do wystąpienia o nową opinię, która zastąpi wcześniej wydaną.
Art. 1 pkt 4	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej	Brak metodologii liczenia kosztów	Obecny projekt ustawy nie zawiera metodologii liczenia kosztów wytworzenia we własnym zakresie środków trwałych. Brak tej informacji utrudni rzetelną analizę kosztów inwestycji.		Nieuwzględniona – metodologia liczenia kosztów znajduje się poza przedmiotem projektowanej regulacji
Art. 1 pkt 4	Uniwersytet Jagielloński w Krakowie Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Krakowie	Zwracamy uwagę na konieczność jednoznacznego określenia, czy obowiązek uzyskiwania pozytywnej opinii Wojewody/Ministra Zdrowia o celowości inwestycji będzie dotyczył również przypadków wyodrębnienia w strukturze podmiotu wykonującego działalność leczniczą nowej komórki organizacyjnej, której utworzenie nie będzie wiązało się z ponoszeniem jakichkolwiek nakładów finansowych, a będzie jedynie formalnym zarejestrowaniem jej w	Brak limitu wartości inwestycji planowanej do dofinansowania ze środków europejskich spowoduje konieczność uzyskiwania opinii o celowości w każdym przypadku. Wnioskujemy o zwolnienie z konieczności posiadania opinii lub uproszczoną procedurę w przypadku projektów związanych z niezbędnymi pracami modernizacyjnymi/remontowymi. Jeżeli opinia będzie wymagana jako załącznik do wniosku o dofinansowanie, konieczne jest zapewnienie odpowiednio długiego czasu na aplikowanie w ramach Programów Operacyjnych. Kluczowe informacje pozwalające		Nieuwzględniona – ustawa nie wprowadza opinii o celowości inwestycji – te zostały przewidziane ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138), które wejdą w życie 30 czerwca 2016 r. Jednocześnie ustawa nie przewiduje obowiązku uzyskiwania opinii o celowości inwestycji w przypadku żadnych inwestycji. W zakresie środków europejskich obowiązek uzyskania pozytywnej opinii o celowości inwestycji został już przewidziany w dokumencie

		rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Nowa komórka będzie funkcjonowała na bazie dotychczas posiadanych przez podmiot zasobów kadrowych oraz infrastrukturalnych, natomiast obowiązek jej wyodrębnienia będzie bezpośrednio wynikał z wymogów obowiązujących dla danego świadczenia zdrowotnego, które warunkują jego wykonywanie i rozliczenie. Jest to kwestia bardzo istotna, zwłaszcza biorąc pod uwagę wieloetapowość procesu uzyskiwania opinii, a także fakt, iż utworzenie komórki o danej specjalności w wyżej opisanym przypadku, będzie obowiązkiem świadczeniodawcy. 2. Wątpliwości interpretacyjne budzi również sformułowanie: „innej inwestycji w tym zakresie”. W przypadku przeprowadzania koniecznych remontów i modernizacji istniejącej infrastruktury, dostosowania jej do wymogów prawa, schemat postępowania powinien być uproszczony, z możliwością zwolnienia z ponoszenia kosztów wydania opinii o celowości inwestycji oraz odstąpienia od jej	na doprecyzowanie wszystkich aspektów planowanej inwestycji pojawiają się zazwyczaj dopiero w regulaminach w momencie ogłaszania konkursów. Najlepszym rozwiązaniem byłoby umożliwienie potencjalnym beneficjentom równoległej pracy nad wnioskiem o opinię oraz innymi dokumentami aplikacyjnymi np. studium wykonalności, tak aby informacje w tych dokumentach były ze sobą spójne.		„Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”, którzy stanowi o zakresie regulacji ze względu na uzgodnienie jego treści z Komisją Europejską. Wymóg uzyskania opinii o celowości inwestycji nie jest przewidziany dla wszystkich priorytetów inwestycyjnych, a wyłącznie 9a – Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną
--	--	---	---	--	---

		wymagania. 3. Wprowadzenie limitów wartości inwestycji, powyżej których konieczna będzie opinia o celowości, tj. dla leczenia szpitalnego 3 mln zł w okresie 2 lat, dla opieki ambulatoryjnej 2 mln zł w okresie 2 lat, budzi wątpliwości co do sposobu szacowania i sumowania wartości inwestycji. Konieczne jest przeanalizowanie konkretnych przypadków, tak aby nie było problematyczne interpretowanie tych zapisów. Przykładowo - w momencie planowania dana inwestycja może nie przekraczać określonego limitu, natomiast w trakcie jej realizacji może okazać się, że wystąpi konieczność poniesienia dodatkowych kosztów, co spowoduje nieznaczne przekroczenie progu wymaganego dla posiadania opinii. Wszczęcie w tym momencie procedury związanej z opiniowaniem może mieć negatywne skutki dla procesu inwestycyjnego, włącznie ze wstrzymaniem robót i finansowania. Inny przykład – planowana inwestycja może kompleksowo obejmować zarówno zakres ambulatoryjny, jak i szpitalny, a wyodrębnienie			
--	--	---	--	--	--

		kosztów dla tych zakresów może być problematyczne. Jak wówczas należałoby rozwiązać kwestię limitów oraz opinii?			
Art. 1 pkt 4	Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki	Zgodnie z projektem ustawy podmiot wnioskujący o wydanie opinii, może złożyć do organu wydającego opinię wniosek o zmianę tej opinii	W ustawie nie doprecyzowano czy wniosek o zmianę opinii powinien zawierać te same elementy co wniosek o wydanie opinii ujęte w art. 95e ust. 3. Ponadto nie wskazano przesłanek na podstawie, których podmiot będzie mógł złożyć wniosek o zmianę opinii. Nie określono również terminu w jakim organ wydający opinię będzie musiał dokonać jej zmiany.	W art. 95e należy dodać ust. 4a w brzmieniu „Do wniosku o którym mowa w art. 95d ust. 2 stosuje się przepisy art. 95e ust.2, ust. 3 pkt 1- 4, pkt 6, pkt 8 – 10”, ust. 4.”. Z tymże formularz Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia powinien zawierać tylko informację w zakresie zmian, których wniosek o zmianę opinii dotyczy. Ponadto przepis powinien zawierać katalog zamknięty przesłanek z powodu, których podmiot może złożyć wniosek o zmianę opinii. Powinno być także określone, że wniosek o zmianę opinii, tak jak w przypadku wniosku o wydanie opinii, powinien być rozpatrywany w terminie 60 dni od dnia złożenia wniosku.	Nieuwzględniona – w projekcie usunięto przepisy dotyczące zmiany wniosku

Art. 1 pkt 4	Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego	Proponuje się stworzenie definicji „inne inwestycje”, w stosunku do których będą wydawane opinie o celowości inwestycji			Nieuwzględniona – celem projektu jest zapewnienie możliwości jak najszerszej liczby inwestycji przy dostępnych zasobach i wiedzy – zakresie map potrzeb zdrowotnych. Ograniczenie zakresu ocenianych inwestycji stoi w sprzeczności z celem wynikającym z konieczności racjonalizacji wydatkowanych środków. Jednocześnie uzyskanie opinii nie jest obowiązkowe
Art. 1 pkt 4	Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego	Art. 95d ust. 1 traktuje o charakterze inwestycji, w stosunku do której wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia wydają opinie o celowości inwestycji. Proponuje się stosowanie jednolitej nomenklatury w każdym z wymienionych przypadków, bowiem w pkt 1) tego artykułu jest zapis „podmiot leczniczy”, natomiast w pkt 2) i pkt 3) „podmiot wykonujący działalność leczniczą”.	Stosownym wydaje się być zapis „podmiot wykonujący działalność leczniczą”, który ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.) definiuje jako podmiot leczniczy o którym mowa w art. 4 ww. ustawy oraz lekarza lub pielęgniarkę raz lekarza lub pielęgniarkę wykonujących zawód w ramach <i>działalności leczniczej</i> jako praktykę zawodową, o której mowa w art. 5 ustawy.		Nieuwzględniona – projekt bierze pod uwagę kategorie podmiotów prowadzących inwestycje w poszczególnych rodzajach świadczeń gwarantowanych
Art. 1 pkt 4	Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego	oszacowana jest wysokość opłaty za złożenie wniosku o wydanie opinii oraz wniosku o jej zmianę. Zgodnie z projektem ustawy ma ona wynosić 4.000 zł. Zważywszy na kondycję finansową publicznych jednostek systemu ochrony zdrowia jest to opłata bardzo wysoka. Proponuje się również rozważenie zróżnicowania opłat w zależności od tego, czy			Nieuwzględniona – nie objęta zakresem nowej regulacji

		wniosek dotyczy wydania opinii czy jej zmiany.			
Art. 1 pkt 4	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	Samorząd Województwa Podkarpackiego wnosi o nie pobieranie opłat za wydanie opinii analogicznie jak zapis pkt.6 (minister, centralny organ administracji rządowej, wojewoda)	Zarówno wysokość tej opłaty oraz konieczność ponoszenia jej przy każdej zmianie, a także fakt, iż opłatę wnoszą podmioty lecznicze dla których głównym źródłem finansowania są środki z NFZ - pochodzące z składek ubezpieczenia zdrowotnego są argumentami które przemawiają za zmianą tego zapisu w ustawie. Środki pochodzące z ubezpieczeń mają służyć finansowaniu świadczeń zdrowotnych, a nie różnego rodzaju opłat. Zatem opinia o CI powinna być wydawana bezpłatnie.		Nieuwzględniona – uwaga dotyczy skutków regulacji ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138)
Art. 1 pkt 5	Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie	Postanowienia art. 95g ust. 3 i 4 budzą wiele wątpliwości . Brak jest określenia okoliczności, które uzasadniają niedochowanie terminu, do którego powinien być utworzony nowy podmiot wykonujący działalność leczniczą, nowa jednostka lub komórka organizacyjna podmiotu leczniczego lub rozpoczęta i zakończona inwestycja, oraz wygaśnięcia opinii o celowości inwestycji.	Niedopuszczalna jest regulacja w której nie zostaną określone precyzyjnie kryteria uchylenia lub zmiany ważnej decyzji. Taka regulacja mogłaby zaburzać pewność obrotu gospodarczego. Zgodnie z projektem pozytywna opinia o celowości inwestycji może być z urzędu uchylona lub zmieniona w każdym czasie w przypadku zmiany okoliczności mających wpływ na jej wydanie. Jednocześnie nie zostały określone takie okoliczności. Wobec powyższego ocena ich zaistnienia pozostawiona została uznaniu została uznaniu wojewody lub Ministra Zdrowia. Podmiot leczniczy Pozbawiony jest możliwości przeciwdziałania wystąpieniu takich okoliczności I przewidywania ewentualnych skutków ich zaistnienia		Uwzględniona – postanowienia uchylone

Art. 1 pkt 5	Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki	Zgodnie z projektem ustawy podmiot wnioskujący o wydanie opinii, może złożyć do organu wydającego opinię wniosek o zmianę tej opinii (art. 95 ust. 2)	W ustawie nie doprecyzowano czy wniosek o zmianę opinii powinien zawierać te same elementy co wniosek o wydanie opinii ujęte w art. 95e ust. 3. Ponadto nie wskazano przesłanek na podstawie, których podmiot będzie mógł złożyć wniosek o zmianę opinii. Nie określono również terminu w jakim organ wydający opinię będzie musiał dokonać jej zmiany.	W art. 95e należy dodać ust. 4a w brzmieniu „Do wniosku o którym mowa w art. 95d ust. 2 stosuje się przepisy art. 95e ust.2, ust. 3 pkt 1- 4, pkt 6, pkt 8 – 10”, ust. 4.”. Z tymże formularz Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia powinien zawierać tylko informację w zakresie zmian, których wniosek o zmianę opinii dotyczy. Ponadto przepis powinien zawierać katalog zamknięty przesłanek z powodu, których podmiot może złożyć wniosek o zmianę opinii. Powinno być także określone, że wniosek o zmianę opinii, tak jak w przypadku wniosku o wydanie opinii, powinien być rozpatrywany w terminie 60 dni od dnia złożenia wniosku.	Częściowo uwzględniona – w projekcie zrezygnowano z przepisów dających możliwość zmiany opinii. Podmiot wnioskujący może wystąpić o nową opinię
Art. 1 pkt 5	Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki	Ustawa przewiduje, że organ wydający opinię będzie mógł stwierdzić wygaśnięcie opinii w przypadku niedochowania terminu do którego powinien	W ustawie nie określono w jakiej formie (np. decyzji, postanowienia) organ będzie stwierdzał jej wygaśnięcie.	W ustawie powinien pojawić się zapis w jakiej formie organ wydający opinię będzie stwierdzał jej	Częściowo uwzględniona – w projekcie zrezygnowano z przepisów dających możliwość uchylenie opinii

		być m.in. utworzony nowy podmiot (art. 95d ust. 2)		wygaśnięcie.	
Art. 1 pkt 5	Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki	Przepis mówi cyt.: ”Pozytywna opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1, jest ważna pod warunkiem dochowania terminu, o którym mowa w ust. 2 pkt 7...”(art. 95g ust. 3)	W przedmiotowym artykule widnieje błąd dot. odesłania do ust. 2 pkt 7. Ponadto w projekcie ustawy nie wskazano jakie okoliczności, za które podmiot wnioskujący nie ponosi odpowiedzialności są następstwem nie dochowania terminu do którego powinien być utworzony m.in. nowy podmiot.	Powinno być: ”Pozytywna opinia, której mowa w art. 95d ust. 1, jest ważna pod warunkiem dochowania terminu, o którym mowa w ust. 2 pkt 8...” Okoliczności z powodu których podmiot nie dochował terminu o którym mowa w przedmiotowym przepisie powinny być katalogiem zamkniętym.	Uwzględniona
Art. 1 pkt 5	Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki	Zgodnie z projektem ustawy zmiana lub uchylenie opinii wydawanej przez wojewodę lub ministra właściwego do spraw zdrowia może nastąpić w każdym czasie, w przypadku zaistnienia zmiany okoliczności mających wpływ na jej wydanie. (art. 95g ust. 4)	W ustawie określono tylko ogólnie, że opinia może zostać uchylona albo zmieniona w każdym czasie, w przypadku zaistnienia zmiany okoliczności mających wpływ na jej wydanie. Ogólnikowe określenie przyczyn zmiany, uchylenia opinii może spowodować, że decyzje takie będą podejmowane arbitralnie.	Powinien być sformułowany katalog zamknięty przyczyn z powodu których opinia będzie mogła być zmieniona lub uchylona.	Częściowo uwzględniona – w projekcie zrezygnowano z przepisów dających możliwość zmiany lub uchylenie opinii
Art. 1 pkt 5	Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki	Ustawa wskazuje, że w celu wydania opinii, organ wydający opinię przekazuje, w terminie 7 dni od złożenia wniosku o wydanie opinii, za pośrednictwem systemu IOWISZ, wypełniony przez podmiot wnioskujący formularz do zaopiniowania organom wskazanym w ust. 4 pkt 1 i 2 tego artykułu. (art. 95g ust. 4)	Tymczasem w myśl art. 95f ust. 2 organ wydający opinię sprawdza kompletność wniosku o wydanie opinii, a w przypadku braków formalnych wzywa wnioskodawcę do ich uzupełnienia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia. Czy zatem termin 7 dni w ciągu, którego należy przekazać formularz do zaopiniowania odpowiednim organom, liczy się od daty złożenia	Należy doprecyzować, że w przypadku braków formalnych we wniosku o wydanie opinii termin o którym mowa w art. 95f ust. 4 liczy się od daty uzupełnienia braków formalnych przez wnioskodawcę.	Uwzględniona

			wniosku czy daty uzupełnienia braków formalnych przez wnioskodawcę tj. złożenia kompletnego wniosku.		
Art. 1 pkt 5	Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki	Przepis zakłada możliwość złożenia przez wnioskodawcę protestu do ministra właściwego do spraw zdrowia w przypadku otrzymania opinii negatywnej (art. 95i ust. 2)	Przepis nie precyzuje czy wraz z protestem, który musi zawierać elementy formalne wymienione w ust. 3 tego artykułu, organ który wydał opinię powinien przesłać dodatkowe dokumenty (np. wniosek o wydanie opinii, formularz oceny itp.).	Należy uzupełnić przedmiotowy przepis o zapis, że wraz z protestem do ministra właściwego do spraw zdrowia należy przesłać wszystkie dokumenty (wniosek, dodatkowe opinie, formularze), które miały wpływ na wydanie opinii.	Nieuwzględniona – wskazane dane dostępne będą w systemie teleinformatycznym IOWISZ
Art. 1 pkt 5	Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki	Przepis mówi cyt. ”Protest nie podlega rozpatrzeniu, jeżeli mimo prawidłowego pouczenia o którym mowa w ust. 7 pkt 7...” (art. 95i ust. 8)	Błąd w zakresie odniesienia do przepisu mówiącego o pouczeniu, które powinna zawierać opinia w sprawie protestu wydawana przez właściwy organ.	Powinno być:” Protest nie podlega rozpatrzeniu, jeżeli mimo prawidłowego pouczenia o którym mowa w art. 95g ust. 2 pkt 9:...”	Uwzględniona
Art. 1 pkt 5	Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki	Przepis art. 95i ust. 8 pkt 3 mówi cyt.: ”Protest nie podlega rozpatrzeniu, jeżeli mimo prawidłowego pouczenia, o którym mowa w ust. 7 pkt 7: 1)... 2)... 3) nie spełnia wymagań określonych w ust. 2...”	Błąd dot. odniesienia do przepisu określającego wymagania jakie powinien spełniać protest, składany przez wnioskodawcę w przypadku uzyskania opinii negatywnej.	Powinno być:” Protest nie podlega rozpatrzeniu, jeżeli mimo prawidłowego pouczenia o którym mowa w art. 95g ust. 2 pkt 9: 1)... 2)... 3) nie spełnia wymagań określonych w ust. 3...”	Uwzględniona
Art. 1 pkt 5	Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki	Zgodnie z art. 95f ust. 7 ustawy w przypadku awarii systemu IOWISZ trwającej dłużej niż godzinę, wydłuża się niektóre terminy dot. dokonania pewnych		Zasadnym jest aby na pierwszej stronie systemu w przypadku jego awarii pojawiał się odpowiedni komunikat	Nieuwzględniona – zagadnienie nie stanowi materii ustawowej. W systemie będą dostępne odpowiednie logi informujące o błędach.

		czynności.		(wskazujący czas, w którym trwała awaria).	
Art. 1 pkt 5	Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki	Projekt ustawy zakłada, że w celu wydania opinii wojewoda musi się zwrócić m.in. do marszałka województwa o zaopiniowanie Formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, który jest jednym z elementów wniosku o wydanie przedmiotowej opinii. Tymczasem marszałek województwa jest dla wielu podmiotów wykonujących działalność leczniczą podmiotem tworzącym.	Takie uregulowanie może prowadzić do sytuacji, że marszałek będzie oceniał wnioski podmiotów dla których jest podmiotem tworzącym. Ponadto w projekcie ustawy nie sprecyzowano, czy opinia do formularza Oceny wydawana zarówno przez marszałka województwa i dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ będzie dla wojewody wiążąca i będzie nią związany przy wydawaniu końcowej opinii.		Nieuwzględniona – mając na uwadze systemową rolę marszałka województwa niecelowym jest wyłączanie go od opiniowania wniosków. Wynika to z trwałej roli marszałka województwa w finansowaniu inwestycji poprzez regionalne programy operacyjne. Opinie wydawane przez marszałka województwa oraz dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie będą wiążące dla wojewody, mają wyłącznie służyć przedstawieniu dodatkowych perspektyw na przedmiot sprawy i umożliwić wojewodzie rzetelną ocenę celowości danej inwestycji.
Art. 1 pkt 5	Lubuski Urząd Wojewódzki	W celu wydania opinii (...) organ wydający opinię przekazuje, w terminie 7 dni od złożenia wniosku o wydanie tej opinii (art. 95f ust. 4)	Dodanie słowa „kompletnego” pozwoli na pozbycie się wątpliwości przez organ wydający opinię czy należy przekazać wniosek do zaopiniowania w terminie 7 dni od daty jego otrzymania, nawet jeśli nie jest uzupełniony w sposób poprawny	Proponuje się doprecyzowanie zapisu: „W celu wydania opinii (...) organ wydający opinię przekazuje, w terminie 7 dni od złożenia kompletnego wniosku o wydanie tej opinii (...)”	Uwzględniona
Art. 1 pkt 5	Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki	Projekt zawiera cyt: ”Protest wnosi się...Protest zawiera: 5) wskazanie odpowiedzi na pytania, co których oceny....”. (art. 95i ust. 3 pkt 5)	W punkcie 5 tego artykułu po słowie „co” brak słowa „do”.	Powinno być: ”Protest wnosi się...Protest zawiera: 5) wskazanie odpowiedzi na pytania, co do których oceny....”.	Uwzględniona

Art. 1 pkt 5	Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego	Podmioty określone w ust. 4 wydają kolejno opinie, o których mowa w ust. 3 pkt 4 i 5, w terminie 20 dni od dnia następnego po otrzymaniu , za pośrednictwem systemu IOWISZ, formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. Opinie te przekazuje się odpowiednio wojewodzie albo ministrowi właściwemu do spraw zdrowia za pośrednictwem systemu IOWISZ	Proponowane wydłużenie czasu oceny przez: dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, a następnie po uzyskaniu jego opinii – marszałka województwa (w przypadku, gdy organem wydającym opinię jest wojewoda), Prezesa Funduszu (w przypadku, gdy organem wydającym opinię jest minister właściwy do spraw zdrowia). pozwoli, wskazanym powyżej podmiotom, na prawidłowe i rzetelne przeprowadzenie procesu oceny, w szczególności w przypadku dużej liczby wniosków dotyczących wydania opinii w przypadku inwestycji na które podmiot wnioskujący zamierza uzyskać dofinansowanie ze środków europejskich.		Nieuwzględniona – proponowany czas uniemożliwiłby dokonanie oceny w wyznaczonym terminie wszystkim opiniującym.
Art. 1 pkt 5	Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego	Minimalna liczba punktów wymagana do uzyskania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, nie może być wyższa niż 40 % maksymalnej liczby punktów możliwej do uzyskania w formularzu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. W przypadku uzyskania mniejszej liczby punktów niż minimalna liczba punktów wydaje się opinię negatywną.	Proponowane zmniejszenie odsetka punktów wymaganych do uzyskania opinii pozytywnej zapewni wszystkim podmiotom leczniczym równe szanse w procesie oceny inwestycji przy użyciu formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. Do chwili obecnej nie został przedstawiony projekt rozporządzenia, które będzie określać poszczególne pytania zawarte w formularzu wraz z przypisaną im wagą i możliwą do uzyskania liczbą punktów oraz sposobem wyliczenia całkowitego wyniku punktowego. Jednocześnie, prezentowany w trakcie spotkań z przedstawicielami urzędów marszałkowskich, projekt kryteriów		Nieuwzględniona – projektowany przepis ma na celu zapewnienie elastyczności przy określaniu liczby punktów pozwalającej na wydanie pozytywnej opinii o celowości inwestycji (w zależności od ustalonego algorytmu oceny), jednakże przyznawana minimalna liczba punktów nie może być z góry określona na zbyt niskim poziomie, gdyż mogłoby to spowodować wydawanie pozytywnych opinii w przypadku inwestycji, które w sposób oczywisty na to nie zasługują.

			zawartych w formularzu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia preferował projekty realizowane przez podmioty lecznicze utworzone lub prowadzone przez uczelnię medyczną oraz przez instytuty badawcze, których projekty będą m.in. wpływać na zdolność prowadzenia badań naukowych czy komercjalizację innowacyjnej myśli technologicznej.		
Art.1 pkt 5	Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego	Podmiot wnioskujący, organ wydający opinię, Prezes Funduszu, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz marszałek województwa, każdy w zakresie swojej właściwości, wypełniają, za pośrednictwem systemu IOWISZ, formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, dokonując oceny celowości, o której mowa w art. 95d ust. 1, przez przyznanie punktów za spełnienie poszczególnych kryteriów przez podmiot wnioskujący oraz uzasadnienie tej oceny. Organ wydający opinię, Prezes Funduszu, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz marszałek województwa sporządzają uzasadnienie wyłącznie w przypadku kryteriów, dla których proponowana liczba punktów jest inna niż	Wskazana zmiana porządkuje proces oceniania wniosków wskazując jednoznacznie w jakich sytuacjach organ wydający opinię, Prezes Funduszu, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz marszałek województwa sporządzają uzasadnienie do poszczególnych kryteriów zawartych w formularzu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. W odróżnieniu do podmiotu wnioskującego, który jako pierwszy wypełnia formularz oraz sporządza uzasadnienie dla każdego kryterium		Nieuwzględniona

		przedstawiona przez podmiot wnioskujący w formularzu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia.			
Art.1 pkt 5	Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego	wygenerowane elektronicznie zestawienie punktów przyznanych przez odpowiednio organ wydający opinię, Prezesa Funduszu albo dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz marszałka województwa, za spełnienie poszczególnych kryteriów przez podmiot wnioskujący oraz ich uzasadnienie	Proponowana zmiana wynika z treści art.95f ust 3 pkt 4 zgodnie z którym w przypadku gdy organem wydającym opinię jest wojewoda, podstawą wydania przedmiotowej opinii jest opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz marszałka województwa. W związku z powyższym w przypadku gdy organem wydającym opinię jest: wojewoda - opinia powinna zawierać wygenerowane elektronicznie zestawienie punktów przyznanych przez odpowiedni organ wydający opinię, dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz marszałka województwa, minister właściwy do spraw zdrowia - opinia powinna zawierać wygenerowane elektronicznie zestawienie punktów przyznanych przez odpowiedni organ wydający opinię oraz Prezesa Funduszu.		Uwzględniona
Art. 1 pkt 5	Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego	ust. 8 formułuje maksymalną liczbę punktów wymaganą do uzyskania pozytywnej opinii o celowości inwestycji, która „nie może być wyższa niż 50% maksymalnej liczby punktów możliwej do uzyskania w formularzu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia”.		Powinien znaleźć się zapis „niższa niż (...)”. Poprawy w tym zakresie wymaga także uzasadnienie.	Nieuwzględniona – projektowany przepis ma na celu zapewnienie elastyczności przy określaniu liczby punktów pozwalającej na wydanie pozytywnej opinii o celowości inwestycji (w zależności od ustalonego algorytmu oceny), określenie zbyt wysokiego progu minimalnego ze względu na sposób wyliczania wyniku może uniemożliwić

					uzyskanie pozytywnej opinii w przypadku inwestycji obiektywnie uzasadnionych
Art. 1 pkt 5	Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego	Błędne odwołanie w art. 95g ust. 3.			Uwzględniona
Art. 1 pkt 5	Lubuski Urząd Wojewódzki	W celu wydania opinii (...) organ wydający opinię przekazuje, w terminie 7 dni od złożenia wniosku o wydanie tej opinii (...)” (art. 95f ust. 4)	Dodanie słowa „kompletnego” pozwoli na pozbycie się wątpliwości przez organ wydający opinię czy należy przekazać wniosek do zaopiniowania w terminie 7 dni od daty jego otrzymania, nawet jeśli nie jest uzupełniony w sposób poprawny.	Proponuje się doprecyzowanie zapisu: „W celu wydania opinii (...) organ wydający opinię przekazuje, w terminie 7 dni od złożenia kompletnego wniosku o wydanie tej opinii (...)”	Uwzględniona
Art. 1 pkt 5	Lubuski Urząd Wojewódzki	W celu wydania opinii (...) organ wydający opinię przekazuje (...) do zaopiniowania dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, a następnie po uzyskaniu jego opinii - marszałkowi województwa (...)’ (art. 95f ust. 4)	Doprecyzowanie zapisu	W celu wydania opinii (...) organ wydający opinię przekazuje (...) do zaopiniowania dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, a następnie w terminie 7 dni po uzyskaniu jego opinii- marszałkowi województwa (...)	Częściowo uwzględniona – określono, iż przekazanie powinno nastąpić bez zbędnej zwłoki – w praktyce przekazanie będzie następowało automatycznie w systemie teleinformatycznym IOWISZ
Art. 1 pkt 5	Lubuski Urząd Wojewódzki	Zmiana projektu art. 95f ust. 5	Zapewni zachowanie spójności zapisów.	Mając na względzie proponowany zapis art. 95 h proponuje się w art. 95f ust. 6 dodać pkt 5 w brzmieniu: „5) strategię rozwoju i dokumenty programowe, o których mowa w ustawie z dnia 6	Nieuwzględniona – proponowana zmiana jest zbędna ze względu na fakt, iż sposób uwzględniania tych dokumentów będzie wynikał z kryteriów oceny określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia

				grudnia 2016r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2016r. poz. 383)”	
Art. 1 pkt 5	Lubuski Urząd Wojewódzki	W przypadku awarii systemu IOWISZ trwającej dłużej niż godzinę, uniemożliwiającej dokonanie czynności, o której mowa w ust. 4-6, termin określony odpowiednio w ust. 4 albo ust. 5 przedłuża się o czas trwania awarii (art. 95f ust. 7)		Proponuje się zapis umożliwiający wojewodzie przedłużenie ostatecznego terminu na wydanie opinii w przypadku awarii systemu IOWISZ: Doprecyzowania wymaga także: W jaki sposób dokumentować należy czas trwania awarii systemu IOWISZ i wynikające z tego przesunięcie terminu? W jaki sposób obliczać nowy termin na realizację zadania w przypadku awarii systemu trwającej kilka godzin? „W przypadku awarii systemu IOWISZ trwającej dłużej niż godzinę, uniemożliwiającej dokonanie czynności, o której mowa w ust. 4-6 oraz art. 95g, termin określony odpowiednio w ust. 4 albo ust. 5 albo ust. 95g ust. 1 przedłuża się o czas trwania awarii.”	Nieuwzględniona – przepisy dotyczą wyłącznie terminów pomiędzy organami opiniującymi ze względu na fakt, iż przekazują one sobie informacje elektronicznie w systemie teleinformatycznym IOWISZ. Czas trwania awarii będzie widoczny w logach systemu.

Art. 1 pkt 5	Lubuski Urząd Wojewódzki	Minimalna liczba punktów wymagana do uzyskania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 nie może być wyższa niż 50 % maksymalnej liczby punktów możliwej do uzyskania w formularzu (...)” (art. 95f ust. 8)	Aktualny zapis wydaje się nielogiczny.	Minimalna liczba punktów wymagana do uzyskania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 nie może być niższa niż 50 % maksymalnej liczby punktów możliwej do uzyskania w formularzu (...)”	Nieuwzględniona – projektowany przepis ma na celu zapewnienie elastyczności przy określaniu liczby punktów pozwalającej na wydanie pozytywnej opinii o celowości inwestycji (w zależności od ustalonego algorytmu oceny), określenie zbyt wysokiego progu minimalnego ze względu na sposób wyliczania wyniku może uniemożliwić uzyskanie pozytywnej opinii w przypadku inwestycji obiektywnie uzasadnionych
Art. 1 pkt 5	Lubuski Urząd Wojewódzki	Pozytywna opinia (...) jest ważne pod warunkiem dochowania terminu , o którym mowa w ust. 2 pkt 7.” (art. 95g ust. 3)	Przytoczono nieodpowiedni pkt.	Powinno być: „Pozytywna opinia (...) jest ważna pod warunkiem dochowania terminu , o którym mowa w ust. 2 pkt 8.”	Uwzględniona
Art. 1 pkt 5	Lubuski Urząd Wojewódzki	„Pozytywna opinia (...) może zostać z urzędu uchylona albo zmieniona w każdym czasie, w przypadku zaistnienia zmiany okoliczności mających wpływ na jej wydanie.” (art. 95g ust. 4)	Zapis zbyt ogólny budzący wątpliwości interpretacyjne	Proponuje się doprecyzowanie, co w szczególności należy uznać za zmianę okoliczności mających wpływ na wydanie opinii	Częściowo uwzględniona – przepis usunięto
Art. 1 pkt 5	Śląski Urząd Wojewódzki	W art. 95 f w ust. 3 oraz ust. 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wymienia się marszałka województwa jako organ wydający opinię dla wojewody w procedurze wydawania opinii o celowości inwestycji.	Zaznaczyć należy, że marszałek województwa pełni rolę podmiotu tworzącego dla wielu SPZOZ, w szczególności o charakterze szpitalnym. Jest także udziałowcem w spółkach powstałych z przekształcenia SPZOZ. W świetle tego przepisu marszałek będzie jednocześnie podmiotem składającym wniosek oraz opiniującym ten wniosek w trybie określonym w art. 95f ust. 3, co w sposób istotny zaburza		Nieuwzględniona – mając na uwadze systemową rolę marszałka województwa niecelowym jest wyłączenie go od opiniowania wniosków. Wynika to z trwałej roli marszałka województwa w finansowaniu inwestycji poprzez regionalne programy operacyjne. Opinie wydawane przez marszałka województwa oraz dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego

			obiektywizm wydanej opinii. Wydaje się, że należałoby wprowadzić przepis wyłączający obowiązek wydawania opinii przez marszałka dla jego własnych wniosków.		Funduszu Zdrowia nie będą wiążące dla wojewody, mają wyłącznie służyć przedstawieniu dodatkowych perspektyw na przedmiot sprawy i umożliwić wojewodzie rzetelną ocenę celowości danej inwestycji.
Art. 1 pkt 5	Śląski Urząd Wojewódzki	W projekcie ustawy nie wskazuje się, który wojewoda jest właściwy do wydania opinii o celowości inwestycji. W uwagi na fakt, że podmiotem wnioskującym może być zarówno podmiot wykonujący działalność leczniczą, jak i podmiot zamierzający wykonywać działalność leczniczą, a podmioty często wykonują działalność przy pomocy mocno rozbudowanej struktury organizacyjnej, z ustawy powinno wynikać wprost, do którego wojewody należy złożyć wniosek - do właściwego ze względu na siedzibę (miejsce zamieszkania) podmiotu leczniczego czy ze względu na miejsce prowadzonej inwestycji.			Uwzględniona
Art. 1 pkt 5	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	95f ust. 1 - przepis zbędny nie wnoszący nic do procedury		Usunąć	Nieuwzględniona – pozostawiony spośród aktualnych przepisów ze względu na równość podmiotów
Art. 1 pkt 5	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	95f ust. 3 - redakcja przepisu nieprawidłowa		w pkt 4 po słowach "w Sektorze Zdrowia" przecinek zastąpić średnikiem, dodać pkt 5 w brzmieniu "5) <i>Mapy Regionalnej</i> - w przypadku, gdy	Częściowo uwzględniona – przyjęto alternatywne sformułowanie

				<i>organem wydającym opinię jest wojewoda;" zmienić numerację pkt 5 na 6</i>	
Art. 1 pkt 5	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	95f ust. 7 Wątpliwości budzi konstrukcja przepisu mówiąca o przedłużeniu terminu w godzinach, gdy termin jest liczony w dniach. Dla zachowania prawidłowego obliczania terminów właściwym jest wydłużenie terminu o dzień. Z drugiej strony w zasadzie tylko awaria w ostatnich godzinach dnia, w którym przypada termin uzasadniałaby jego wydłużenie.		Proponujemy brzmienie: <i>"7. W przypadku awarii systemu IOWISZ uniemożliwiającej dokonanie czynności, o której mowa w ust. 4-6, w ostatnim dniu terminu, termin określony odpowiednio w ust. 4 albo ust. 5 przedłuża się o jeden dzień licząc od dnia przywrócenia sprawności systemu."</i>	Nieuwzględniona – przepisy dotyczą wyłącznie terminów pomiędzy organami opiniującymi ze względu na fakt, iż przekazują one sobie informacje elektronicznie w systemie teleinformatycznym IOWISZ. Czas trwania awarii będzie widoczny w logach systemu.
	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	95g ust. 3 + Art. 95i ust. 9 Projekt ustawy posługuje się pojęciami właściwymi dla postępowania administracyjnego (np. stwierdzenie wygaśnięcia decyzji) przy jednoczesnym wyłączeniu stosowania KPA do postępowań opisanych w art. 95d- 95g oraz 95i ust. 1-8. Powoduje to, że organ ma do wykonania czynność bez wskazania trybu procedowania w takiej sytuacji. Należy pamiętać, że prawidłowo stosowany KPA nie stanowi przeszkody w sprawnym procedowaniu sprawy, ale jednocześnie daje organowi możliwość wykonywania swojej funkcji. Wyłączenie KPA powoduje,		Proponujemy 1) zrezygnować z wyłączenia KPA w przedmiotowym zakresie 2) wyłączyć stosowanie tylko rozdziału 7 KPA „Załatwianie spraw”. Proponujemy zastąpić projektowane brzmienie art. 95i ust. 9 następującym: <i>"9. W zakresie nieuregulowanym w art. 95d-95g oraz 95i ust. 1-8 stosuje się przepisy ustawy Kodeks postępowania administracyjnego z wyłączeniem rozdziału 7."</i>	Nieuwzględniona – usunięto przepis dotyczący stwierdzania nieważności opinii

		że nie ma np. trybu odwoławczego dla stwierdzenia wygaśnięcia opinii. Oznacza to że każdy podmiot będzie mógł zaskarżyć takie rozstrzygnięcie na podstawie Prawa o postępowaniu przed sądami administracyjnymi po wcześniejszym wezwaniu do usunięcia naruszenia prawa. A organ nie ma nawet podstawy do przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego, czy naruszenie terminu nastąpiło z przyczyn leżących czy nie postronnie podmiotu. Tym samym organ będzie "bezbronny" przed WSA. Zastosowanie odrębnej procedury do rozpatrywania protestów, analogicznej do ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju, wcale nie skróciło w naszej opinii terminów dla wydania rozstrzygnięcia. Jednocześnie zawarcie w projektowanej ustawie szczegółowych regulacji w zakresie procedowania z wnioskiem pozwoli na skuteczne procedowanie przy zastosowaniu KPA. Należy zwrócić uwagę, że na przewlekłość postępowania najczęściej mają wpływ terminy doręczeń, które i tak zostały zastosowane. A strona w postępowaniu			
--	--	--	--	--	--

		będzie uzupełniać wniosek tylko na etapie oceny kompletności (formalne), co w dodatku nie wpływa na termin z art. 95g ust. 1. Także sama opinia organu zawiera elementy typowe dla rozstrzygnięcia administracyjnego, poszerzone o wynikające z ustawy. Mając na uwadze powyższe, wyłączenie KPA uważamy za niecelowe, a wręcz utrudniające w przyszłości sprawne procedowanie			
Art. 1 pkt 5	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	95 g ust. 2 pkt 8 Należy doprecyzować pojęcie „ <i>termin, do którego powinien być utworzony nowy podmiot leczniczy</i> ” poprzez odniesienie do postanowień art. 103 i art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2015 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.).			Nieuwzględniona – przepis usunięto
Art. 1 pkt 5	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	Art. 95 g ust. 3		błąd redakcyjny w miejsce „ <i>ust. 2 pkt. 7</i> ” należy wpisać „ <i>ust. 2 pkt. 8</i> ”	Uwzględniona
Art. 1 pkt 5	Lewiatan	Wnioskujemy o usunięcie art. 95g ust. 4 rekomendując ewentualne zmiany lub uchylenie decyzji tylko w drodze oprostowania lub skarg, o których mowa w art. 95i oraz 95j.	W dodawanym art. 95g ust. 4 (w art. 1 pkt 5 projektu) należy wskazać, że konsekwencja wydania pozytywnej opinii poprzez wojewodę lub ministra ds. zdrowia na temat celowości inwestycji skutkuje podjęciem działań oraz wydatkowaniem środków finansowych na realizację inwestycji. Propozycja dająca Ministrowi uprawnienie do	Zapis w takim brzmieniu powinien przewidywać również możliwość dochodzenia przez stronę wnioskującą naprawienie szkody wyrządzonej wskutek uchylenia lub zmiany decyzji lub możliwość	Uwzględniona

			uchylania lub zmieniania decyzji w każdym czasie, nie jest korzystna dla podmiotu wnioskującego. Ustawodawca daje wprawdzie możliwość oprotowania zmiany decyzji do ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 95i) oraz wniesienie skargi do wojewódzkiego sądu administracyjnego (art.95j), jednakże sam zapis dający możliwość każdorazowego uchylecia i zmiany opinii stanowi możliwość nadużyć oraz braku odpowiedzialności za podjęte decyzje. Wskutek zmiany lub uchylecia decyzji podmiot wnioskujący może ponieść szkodę związaną z poniesionymi środkami finansowymi w ramach inwestycji lub też zaniechaniem inwestycji, na skutek negatywnej opinii.	dochodzenia odszkodowania. Takiego zapisu ustawodawca w projekcie nie przewidział.	
Art. 1 pkt 5	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	Art. 95 g ust. 4 - Ponieważ w ust. 4 przewidziano możliwość uchylecia albo zmiany w każdym czasie pozytywnej opinii w przypadku zmiany okoliczności mających wpływa na jej wydanie, należy zatem zawrzeć postanowienia dotyczące usuwania skutków, jakie spowoduje zmiana lub uchylecie opinii przez organ, który ja wydał oraz wskazać kto będzie ponosił odpowiedzialność odszkodowawczą za straty poniesione przez podmiot, który otrzymał opinie.			Nieuwzględniona – przepis usunięto
Art. 1 pkt 5	Lubelski Urząd	Art. 95h pkt. 2		błąd redakcyjny, w	Uwzględniona

	Wojewódzki w Lublinie			art. 95e nie ma jednostki redakcyjnej o nr ust. 9, w <i>miejsce</i> „art. 95e ust. 9” należy wpisać „art. 95/ ust. 9”	
Art. 1 pkt 5	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	Art. 95i ust. 6 - Zgodnie z brzmieniem Minister Zdrowia wydaje opinie wyłącznie w systemie IOWISZ, wyłącznie w sprawie protestu a nie wniosku. Jednocześnie brak wskazania dla sposobu powiadomienia wnioskodawcy/wnoszącego protest o rozstrzygnięciu oraz organu, który wydał opinię. Ponadto według przedstawionego projektu wnioskodawca kierując skargę do WSA, dołącza kompletną dokumentację, tj. wniosek, protest, opinię oraz opinię organu ws. rozpatrzenia protestu. Tymczasem skąd wnioskodawca ma mieć wniosek (pozostał w aktach sprawy), protest (pozostał w aktach sprawy) czy opinię w wyniku rozpatrzenia protestu (jest dostępna wyłącznie w IOWISZ).		Wskazane przepisy jeszcze raz potwierdzają konieczność stosowania KPA oraz Ppsa do przedmiotowych postępowań oraz że brak stosowania powoduje nieusuwalne na gruncie projektu problemy proceduralne. W przypadku skargi na rozpatrzenie protestu wnioskodawca złoży skargę do organu, a ten przekaże do właściwego WSA wraz z aktami sprawy. Ponadto zastosowanie KPA daje możliwość korekty decyzji (opinii) w trybie samokontroli.	Nieuwzględniona – ustawa wskazuje, że do postępowania stosuje się przepisy KPA o doręczeniach
Art. 1 pkt 5	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	art. 95i ust. 8 - błędne odesłanie		powinno być „o którym mowa w art. 95g ust. 2 pkt 9:”	Uwzględniona
Art. 1 pkt 5	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	art. 95 j - proponujemy zastosowanie „zwykłego” trybu odwoławczego jako konsekwencję uwagi o wskazanym stosowaniu KPA			Nieuwzględniona – ze względu na specyfikę postępowania brak jest możliwości zastosowania postanowień kodeksu postępowań administracyjnych – zamiast tego przyjęto rozwiązanie stosowanie

					w przypadku oceny wniosków o dofinansowanie projektów ze środków europejskich zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2016 r., poz. 383)
Art. 1 pkt 5	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	Art 95j ust.1		wobec ogłoszenia tekstu jednolitego w miejsce „Dz.U. z 2012 r. poz. 270, <i>zpóźn. zm.</i>)” należy wpisać „(Dz.U. z 2016 r. poz. 718)”	Uwzględniona
Art. 1 pkt 5	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	Art 95j ust. 5 pkt.1 - Ocena dotyczy wniosków, a nie projektu należy zatem dokonać stosownej zmiany.			Uwzględniona
Art. 1 pkt 5	Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego	Uszczegółowienia wymagają okoliczności, których zaistnienie będzie miało wpływ na możliwość uchylecia albo zmiany w każdym czasie pozytywnej opinii o celowości inwestycji.	Czy organ wydający opinię będzie mógł ją cofnąć bądź zmienić, jeśli stan realizacji inwestycji będzie już zaawansowany? Brak dookreślenia tych okoliczności może powodować dużą uznaniowość organów wydających opinię.		Uwzględniona – przepis usunięto
Art. 1 pkt 5	Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego	Brak koordynacji przez jeden podmiot wniosków składanych zarówno do Ministra właściwego do spraw zdrowia, jak i do Wojewody o wydanie opinii o celowości inwestycji.	Dodatkowo zasadnym byłoby, aby wnioski składane do Ministra właściwego do spraw zdrowia oprócz opinii Prezesa NFZ przekazywane były również do zaopiniowania Marszałkowi właściwemu ze względu na miejsce planowanej inwestycji. Rzeczona koordynacja będzie miała niebagatelne znaczenie zwłaszcza w przypadku, kiedy wnioski składane do Ministra właściwego do spraw zdrowia, jak i do Wojewody dotyczyć będą jednego obszaru inwestycyjnego.		Nieuwzględniona – wnioski składane będą do Ministra Zdrowia ze względu na ponadregionalny charakter działalności prowadzonej przez prowadzone podmioty. Kompetencja Ministra Zdrowia wynika z faktu bycia organem naczelnym administracji
Art. 1 pkt 5	Wojewoda	art. 95f ust. 4 - moim			Nieuwzględnione – wszystkie

	Mazowiecki	zdaniem przekazanie do zaopiniowania przez marszałka i dyrektora NFZ tylko formularza IOWISZ bez pozostałych istotnych dokumentów dołączanych do wniosku będzie stanowiło utrudnienie w wydawaniu prawidłowej opinii przez te organy;			istotne informacje będą zawarte we wniosku, który będzie generowany w systemie IOWISZ i dostępny dla wszystkich podmiotów opiniujących
Art. 1 pkt 5	Wojewoda Mazowiecki	Art. 95f ust. 7 - mając na uwadze funkcjonowanie systemów teleinformatycznych, np. RPWDL należy stwierdzić, że awarie się zdarzają i nie należą do rzadkości, wobec tego, aby przepis nie był „martwy” należałoby określić mechanizmy rejestrowania awarii i dokumentowania przedłużenia terminu określonego w ust. 4-6;			Nieuwzględniona – informacja o awariach będzie dostępna w ramach logów systemu teleinformatycznego IOWISZ
Art. 1 pkt 5	Wojewoda Mazowiecki	Art. 95f ust. 8 -w miejsce zapisu: „Minimalna liczba punktów wymagana do uzyskania pozytywnej opinii (...) nie może być wyższa niż 50 % maksymalnej liczby punktów możliwej do uzyskania”,		„Minimalna liczba punktów wymagana do uzyskania pozytywnej opinii (...) nie może być niższa niż 50 % maksymalnej liczby punktów możliwej do uzyskania”; całe brzmienie przepisu w takiej treści stanowi, że można zdobyć wyłącznie minimalną ilość punktów	Nieuwzględniona – projektowany przepis ma na celu zapewnienie elastyczności przy określaniu liczby punktów pozwalającej na wydanie pozytywnej opinii o celowości inwestycji (w zależności od ustalonego algorytmu oceny), określenie zbyt wysokiego progu minimalnego ze względu na sposób wyliczania wyniku może uniemożliwić uzyskanie pozytywnej opinii w przypadku inwestycji obiektywnie uzasadnionych
Art. 1 pkt 5	Wojewoda Mazowiecki	Art. 95h pkt 2 - wystąpił błędny zapis, gdyż nie ma przepisu art. 95e ust. 9, powinno być art. 95f ust. 9			Uwzględniona
Art. 1 pkt 5	Wojewoda	Art. 95g ust. 3 zdanie			Uwzględniona

	Mazowiecki	pierwsze -wskazany w zdaniu ust. 2 pkt 7 nie zawiera żadnych regulacji dotyczących terminu			
Art. 1 pkt 5	Wojewoda Mazowiecki	Art. 95g ust. 4 - w mojej ocenie możliwość uchYLENIA z urzędu pozytywnej opinii powinna być bardzo precyzyjnie uregulowana z podaniem powodów branych pod uwagę przy uchYLENIU decyzji	Proponowany zapis umożliwiałby uchylanie decyzji bez względu na to czy podmiot wnioskujący ponosi odpowiedzialność, ponadto pozostaje do rozstrzygnięcia kwestia odpowiedzialności za szkodę spowodowaną uchYLENIEM pozytywnej opinii w trakcie realizacji inwestycji		Uwzględniona – przepis uchylony
Art. 1 pkt 5	Wojewoda Mazowiecki	Art. 95i ust. 3 - wydaje się właściwym, że jeśli wniosek składa się w postaci papierowej lub elektronicznej z wykorzystaniem kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub podpisu elektronicznego potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP		Proponowane brzmienie art. 95e ust. 2 – to protest również powinien być składany przy użyciu takich samych środków	Uwzględniona
Art. 1 pkt 5	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	Art. 95f - Należy złagodzić wymóg rozpatrywania wniosków o wydanie opinii według kolejności ich wpływu. Z uwagi na charakter wykonywanej działalności (ochrona zdrowia) organ wydający opinię powinien być wyposażony w możliwość elastycznego rozpatrywania wniosków w zakresie kolejności.			Nieuwzględniona w zakresie art. 95f – wymóg rozpatrywania wniosków zgodnie z kolejnością wpływu jest postanowieniem obecnym w dotychczasowej regulacji i jest on wyrazem równego traktowania podmiotów wnioskujących.
Art. 1 pkt 5	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	Art.95g ust.4 - możliwość zmiany opinii lub jej uchYLENIA jedynie w przypadku, gdy okoliczności mające wpływ na jej wydanie nie były prawdziwe.			Uwzględniona – przepis uchylony

		Możliwość zmiany lub uchylenia opinii w przypadku „zmiany okoliczności” jest zbyt rygorystyczna.			
Art. 1 pkt 5	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	Art.95g ust.8 pkt.3) - uregulowanie zbyt rygorystyczne. Powinno być wezwanie do uzupełnienia braków formalnych pod rygorem pozostawienia protestu bez rozpatrzenia.			Nieuwzględniona – przepis skierowany jest do przedsiębiorców, którzy powinni być świadomi swoich praw i obowiązków, w szczególności gdy otrzymują pouczenie (wskazane błędne odniesienie).
Art. 1 pkt 5	Związek Rzemiosła Polskiego	Domniemanie uprzywilejowania podmiotów, dla których organem założycielskim jest organ administracji publicznej . Nierzetelność punktacji	W przypadku dużej ilości podmiotów wnioskujących, w tym o innej strukturze założycielskiej, może dojść do sytuacji, iż proponowana ocena danego kryterium będzie nierzetelna i korzystna dla podmiotów ze względu na zależności organizacyjne np. względem marszałka województwa.	Przyznawanie punktacji i końcową ocenę powierzyć niezależnej komisji od organów konsultujących i wydających opinię	Nieuwzględnione – kryteria oceny wniosków określi rozporządzenia Ministra Zdrowia – będą one jednolite dla wszystkich rodzajów podmiotów wnioskujących (projektowana ustawa nie przewiduje możliwości różnicowania kryteriów ani oceny ze względu na rodzaj podmiotu).
Art. 1 pkt 5	Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego	Zmiana terminu wydawania opinii o celowości inwestycji, o którym mowa w art. 95g ust. 1	Tak długi termin na wydanie opinii o celowości inwestycji (60 dni) może wpłynąć negatywnie na procedurę dysponowania środkami europejskimi, realizowaną przez właściwe instytucje. W związku z tym wnosi się o możliwie maksymalne, z zachowaniem jednak terminu wskazanego w art. 95f ust. 4 pkt 1, skrócenie ww. terminu		Nieuwzględnione – ustalony termin nie został zmieniony w stosunku do regulacji wchodzącej w życie 30 czerwca br. Projekt doprecyzowuje termin na przedstawianie opinii przez marszałka województwa oraz Narodowy Fundusz Zdrowia
Art. 1 pkt 5	Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego	2. Opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1, zawiera: 8) termin, do którego powinien być utworzony nowy podmiot wykonujący działalność leczniczą albo nowa jednostka lub komórka organizacyjna przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, albo termin i zakończenia inwestycji – w	Proponujemy usunąć z treści opinii termin rozpoczęcia inwestycji – jak należy go rozumieć: pojawia się wątpliwość czy jest to wprowadzenie wykonawcy na plac budowy, czy dzień wystąpienia z wnioskiem o pozwolenie na budowę. Ponadto moment rozpoczęcia procesu inwestycyjnego często się opóźnia z przyczyn niezależnych od inwestora. Jeżeli		Uwzględniona

		przypadku opinii pozytywnej;	termin rozpoczęcia inwestycji – który w razie pozostawienia w zapisach nowelizacji ustawy wymaga <u>zdefiniowania</u> , przesunie się, podmiot leczniczy będzie musiał zwrócić się o zmianę opinii w tym zakresie, a zgodnie z art. 95e ust. 5 złożenie wniosku o zmianę opinii będzie pociągało konieczność uregulowania dodatkowych 4000 zł tytułem opłaty. Uważamy, iż wystarczające jest pozostawienie granicznego terminu zakończenia inwestycji (de facto będzie to jednoznaczne z terminem aktualności opinii o celowości). Sugerujemy również zdefiniowanie w słowniku do ustawy zwrotu „termin zakończenia inwestycji”. Pojawia się wątpliwość czy to będzie termin uzyskania pozwolenia na użytkowanie.		
Art. 1 pkt 5	Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego	Pozytywna opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1, jest ważna pod warunkiem dochowania terminu, o którym mowa w ust. 2 pkt 8. W razie niedochowania tego terminu organ wydający opinię stwierdza jej wygaśnięcie chyba, że niedochowanie terminu jest następstwem okoliczności, za które podmiot wnioskujący nie ponosi odpowiedzialności.	Odniesienie się w komentowanym przepisie do terminu, o którym mowa w ust. 2 pkt 7 jest niepoprawne, bowiem art. 95g ust. 2 pkt 7 stanowi, iż opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1 zawiera m.in. wygenerowane elektronicznie zestawienie punktów przyznanych przez odpowiednio organ wydający opinię ... Zapewne chodzi o termin wskazany w ust. 2 pkt 8 ww. przepisu. Proponujemy zastąpienie zwrotu „o którym mowa w ust. 2 pkt 7” zwrotem „o którym mowa w ust. 2 pkt 8”		Uwzględniona
Art. 1 pkt 5	Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego	Podmioty określone w ust. 4 wydają kolejno opinie, o których mowa w ust. 3 pkt 4 i 5, w terminie 14 dni od dnia otrzymania , za	Proponowane wydłużenie czasu oceny przez: dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, a następnie po uzyskaniu jego opinii –	Podmioty określone w ust. 4 wydają kolejno opinie, o których mowa w ust. 3 pkt 4 i 5, w	Nieuwzględniona – termin 14-dniowy wydaje się być w pełni wystarczający na dokonanie oceny w ramach formularza IOWISZ

		pośrednictwem systemu IOWISZ, formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. Opinie te przekazuje się odpowiednio wojewodzie albo ministrowi właściwemu do spraw zdrowia za pośrednictwem systemu IOWISZ	marszałka województwa (w przypadku, gdy organem wydającym opinię jest wojewoda), Prezesa Funduszu (w przypadku, gdy organem wydającym opinię jest minister właściwy do spraw zdrowia). pozwoli, wskazanym powyżej podmiotom, na prawidłowe i rzetelne przeprowadzenie procesu oceny, w szczególności w przypadku dużej liczby wniosków dotyczących wydania opinii w przypadku inwestycji na które podmiot wnioskujący zamierza uzyskać dofinansowanie ze środków europejskich	terminie 20 dni od dnia następnego po otrzymaniu , za pośrednictwem systemu IOWISZ, formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. Opinie te przekazuje się odpowiednio wojewodzie albo ministrowi właściwemu do spraw zdrowia za pośrednictwem systemu IOWISZ	
Art. 1 pkt 5	Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego	Minimalna liczba punktów wymagana do uzyskania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, nie może być wyższa niż 50 % maksymalnej liczby punktów możliwej do uzyskania w formularzu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. W przypadku uzyskania mniejszej liczby punktów niż minimalna liczba punktów wydaje się opinię negatywną.”		Minimalna liczba punktów wymagana do uzyskania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, nie może być wyższa niż 40 % maksymalnej liczby punktów możliwej do uzyskania w formularzu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. W przypadku uzyskania mniejszej liczby punktów niż minimalna liczba punktów wydaje się opinię negatywną.”	Nieuwzględniona – projektowany przepis ma na celu zapewnienie elastyczności przy określaniu liczby punktów pozwalającej na wydanie pozytywnej opinii o celowości inwestycji (w zależności od ustalonego algorytmu oceny), jednakże przyznawana minimalna liczba punktów nie może być z góry określona na zbyt niskim poziomie, gdyż mogłoby to spowodować wydawanie pozytywnych opinii w przypadku inwestycji, które w sposób oczywisty na to nie zasługują.
Art. 1 pkt 5	Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego	Przepis ten nie określa w sposób wystarczający terminu warunkującego			Nieuwzględniona – opinie o celowości inwestycji są ważne bezterminowo, o ile nie zaszły

		ważność opinii o celowości inwestycji			okoliczności wskazane w ustawie. Podmiot wnioskujący ma prawo wystąpić o zmianę wydanej opinii lub złożyć nowy wniosek.
Art. 1 pkt 5	Urząd Marszałkowski Województwa małopolskiego	MZ nie przekazało do konsultacji ostatecznej treści kryteriów systemu IOWISZ	Kryteria systemu IOWISZ (wg naszej wiedzy z warsztatów MZ) uniemożliwiają obiektywną ocenę wniosku inwestycyjnego i będą powodować trudności z jego merytoryczną oceną. Bardzo dobry wniosek może otrzymać ilość punktów poniżej 50% maksymalnej liczby punktów i tym samym otrzymać opinie negatywną		Nieuwzględniona – projekt rozporządzenia, które ma zostać wydane na podstawie art. 95h, zawierającego kryteria oceny oraz próg liczby punktów koniecznej dla uzyskania pozytywnej oceny o celowości inwestycji będzie przesłany do konsultacji publicznych w odrębnym procesie legislacyjnym
Art. 1 pkt 5	Małopolski Urząd Wojewódzki	Z analizy treści art. 95f ust. 9 w brzmieniu „Punkty przyznaje się i uzasadnia wyłącznie w przypadku, gdy proponowana ocena danego kryterium jest inna niż przedstawiona przez podmiot wnioskujący w formularzu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia.” nasuwa się wątpliwość co do jego spójności z art. 95g ust. 2 pkt 7 w brzmieniu: „wygenerowane elektronicznie zestawienie punktów przyznanych przez odpowiednio organ wydający opinię, Prezesa Funduszu, dyrektora właściwego oddziału Funduszu albo marszałka województwa, za spełnienie poszczególnych kryteriów przez podmiot wnioskujący oraz ich uzasadnienie .”			Nieuwzględniona - generowana opinia będzie wskazywała brak szczegółowego uzasadnienia, które wskazuje na zgodność ze stanowiskiem podmiotu

		Należy wyjaśnić, czy jest możliwe wygenerowanie za pośrednictwem systemu IOWISZ zestawienia punktów przyznanych przez wszystkie podmioty uczestniczące w opiniowaniu wniosku tj. organ wydający opinię, Prezesa Funduszu, dyrektora właściwego oddziału Funduszu albo marszałka województwa oraz ich uzasadnienia w sytuacji, gdy ich ocena danego kryterium jest taka sama jak przedstawiona przez podmiot wnioskujący. W takich przypadkach bowiem wszystkie te podmioty nie redagują własnego uzasadnienia przyznanej punktacji.			
Art. 1 pkt 5	Małopolski Urząd Wojewódzki	Błąd pisarski w brzmieniu Art. 95g ust. 3: „Pozytywna opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1, jest ważna pod warunkiem dochowania terminu, o którym mowa w ust. 2 pkt 7. (...)” winno być: „Pozytywna opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1, jest ważna pod warunkiem dochowania terminu, o którym mowa w ust. 2 pkt 8. (...)” Z treści art. 95g ust. 3 ustawy nie wynika ponadto jaką postać formalno - prawną winno przyjąć „stwierdzenie wygaśnięcia opinii” wydawane przez organ opiniujący w sytuacji		Propozycja brzmienia Art. 95g ust. 3 obok.	Uwzględniona

		przewidzianej przez art. 95g ust. 3, stąd należałoby go doprecyzować w tym zakresie. W zależności od przyjętego przez ustawodawcę stanowiska należałoby przywidzieć dalszy tryb postępowania w sytuacji, gdy podmiot wnioskujący zakwestionuje „stwierdzenie wygaśnięcia opinii” oraz konsekwencje dla podmiotu np. w sytuacji gdy pozytywna opinia była podstawą otrzymania środków publicznych lub unijnych. na realizowaną inwestycję.			
Art. 1 pkt 5	Małopolski Urząd Wojewódzki	Zgodnie z art. 95i ust. 9 „Do postępowania, o którym mowa w art. 95d-95g i ust. 1-8 nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego, z wyjątkiem przepisów dotyczących wyłączenia pracownika i organu, doręczeń oraz sposobu obliczania terminów.” W związku z powyższym jeśli kpa, nie ma zastosowania w przypadku tego postępowania, a opinia nie jest decyzją administracyjną, to należy doprecyzować w ustawie jakie przepisy regulują ten tryb postępowania? Ponadto pozostaje pytanie, co w przypadku inwestycji rozpoczętych przez podmiot, na podstawie uzyskanej		Propozycja określenia trybu postępowania w takich przypadkach oraz stworzenia katalogu okoliczności powodujących zmianę opinii z urzędu.	Częściowo uwzględniona – Przepis usunięto

		uprzednio opinii pozytywnej?			
Art. 1 pkt 5	Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi	wskazano, że po art. 95e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2015.581 j.t. ze zm.) dodaje się art. 95f-95j. Tymczasem z treści art. 1 pkt 5 projektu wynika, że w ww. ustawie dodaje się również <u>art. 95k</u> , którego brzmienie wskazano na stronie 12 projektu			Uwzględniona
Art. 1 pkt 5	Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi	1) w art. 1 pkt 5 opiniowanego projektu ustawy, w części dotyczącej dodanego w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 95i: • ust. 3 pkt 5 sformułowano w następujący sposób: „wskazanie odpowiedzi na pytania, co których oceny przez organ wydający opinię, podmiot wnoszący protest się nie zgadza, wraz z uzasadnieniem” - powinno być: „wskazanie odpowiedzi na pytania, co do których oceny przez organ wydający opinię, podmiot wnoszący protest się nie zgadza, wraz z uzasadnieniem” (str. 9 projektu)			Uwzględniona
Art. 1 pkt 5	Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi	Ust. 8 sformułowano w następujący sposób: „Protest nie podlega rozpatrzeniu, jeżeli mimo prawidłowego pouczenia, o którym mowa w ust. 7 pkt 7 [...]” - w tym	Tymczasem, pouczenie wskazane w art. 95i ust. 7 pkt 7 dotyczy możliwości wniesienia skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego po wyczerpaniu postępowania odwoławczego przed	Wobec powyższego art. 95i ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Uwzględniona

		miejsu wskazuje się przesłanki skutkujące brakiem rozpatrzenia protestu wniesionego do ministra właściwego do spraw zdrowia w przypadku negatywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.	ministrem właściwym do spraw zdrowia, Tymczasem, pouczenie wskazane w art. 95i ust. 7 pkt 7 dotyczy możliwości wniesienia skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego po wyczerpaniu postępowania odwoławczego przed ministrem właściwym do spraw zdrowia, w przypadku utrzymania negatywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1. Pouczenie to jest elementem opinii wydanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia na skutek rozpatrzenia protestu wnioskodawcy (str. 10 projektu).	powinien mieć następujące brzmienie: „Protest nie podlega rozpatrzeniu, jeżeli mimo prawidłowego pouczenia, o którym mowa w art. 95g ust. 2 pkt 9 [...]”.	
Art. 1 pkt 5	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej	Wskazanie, że organ wydający decyzję, poza formularzem IOWISZ przekazuje do NFZ i marszałka województwa także opis inwestycji o którym mowa w art. 95 e ust 3 pkt 5.	Zgodnie z obecnym brzmieniem art. 95 f ust 4 organ wydający opinię przekazuje do NFZ i marszałka jedynie formularz IOWISZ. W takiej sytuacji trudno stwierdzić na jakiej podstawie organy te mają ocenić inwestycję jeżeli dysponują tylko formularzem IOWISZ. W celu rzetelnej oceny inwestycji powinien być im przekazany także opis inwestycji składany przez wnioskodawcę zgodnie z art. 95 e ust 3 pkt 5a i 5b.		Uwzględniona – opis inwestycji będzie dostępny dla organów opiniujących w systemie teleinformatycznym IOWISZ
Art. 1 pkt 5	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej	Poprawienie omyłki polegającej na: - odniesieniu do ust. 2 pkt 7 zamiast ust. 2 pkt 8			Uwzględniona
Art. 1 pkt 5	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej	Modyfikacja zapisów dotyczących wygaśnięcia opinii w przypadku niedochowania terminu	W przypadku dużych inwestycji w wielu wypadkach pojawiają się nieprzewidziane komplikacje mogące przesunąć termin realizacji. Sytuacja w której ze względu na takie opóźnienia, podmiot prowadzący bardzo zaawansowaną już inwestycję, który poczynił na		Uwzględniona

			nią ogromne nakłady, wydaje się pozbawiona uzasadnienia. Taki podmiot tracąc opinię o celowości, co utrudniałoby mu uzyskanie kontraktu mógłby mieć ogromne problemy ze sfinansowaniem swojej działalności. Efektem tego może być jego upadłość i w rezultacie brak podmiotu, który uznawany był wcześniej za potrzebny w regionie.		
Art. 1 pkt 5	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej	Proponujemy wykreślenie albo doprecyzowanie	Zapis ten powoduje iż cały system wydawania decyzji mija się z celem, gdyż w przypadku wystąpienia jakiegokolwiek okoliczności mającej wpływ na jej wydanie może ona być w każdym czasie uchylona. Zapis ten jest zbędny, gdyż zgoda wojewody nie rodzi żadnych zobowiązań po stronie płatnika więc nie ma powodu by ją uchylać w żadnej sytuacji – o ile została wydana zgodnie z litera prawa. Ponadto co będzie miał zrobić inwestor po wydaniu liku dziesięciu milionów złotych, który nie z własnej winy otrzyma informację o uchyleniu decyzji ? Czy po jej uchyleniu lub zmianie istnieje droga odwoławcza – czy w art. 95i ust 1 „albo jej zmiana jest negatywna” odnoszą się do tej sytuacji ? w jakim trybie o zmianie lub uchyleniu dowiaduje się wnioskodawca ? Czy musi otrzymać odpowiednie uzasadnienie ?		Uwzględniona
Art. 1 pkt 5	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej	Zastąpienie: Protest wnosi się do ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie 14 dni od dnia otrzymania opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1. Przez	Zmiana zapisu poprzez zastąpienie słowa otrzymanie przez doręczenie w celu zachowania zgodności z terminologią stosowaną w k.p.a.	Protest wnosi się do ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie 14 dni od dnia doręczenia opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1	Uwzględniona

		Ponadto uważamy, że doprecyzowania wymaga sytuacja w której wnosi się protest decyzji wydanej przez Ministra Zdrowia. Uważamy, że podmiot który uzyskał negatywną opinię od ministra zdrowia nie powinien składać protestu również do ministra zdrowia, gdyż nie zapewnia to dwuinstancyjności drogi odwoławczej.			
Art. 1 pkt 5	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej	Dodanie do katalogu informacji na podstawie których minister wydaje opinię w sprawie protestu także opisu inwestycji o którym mowa w art. 95 e ust 3 pkt 5.	W celu rzetelnej oceny inwestycji Minister powinien odnieść się także do opisu inwestycji składanego przez wnioskodawcę zgodnie z art. 95 e ust 3 pkt 5.		Uwzględniona
Art. 1 pkt 5	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej	Dodanie przepisu , zgodnie z którym „pozytywna opinia w sprawie protestu” jest równoznaczna z „pozytywną opinią”.	Pozostałe przepisy, w szczególności projekt rozporządzenia dotyczącego oceny ofert konkursowych przewiduje punkty z przypadku posiadania pozytywnej opinii o celowości. Zgodnie z zapisami przedmiotowego projektu, w wyniku protestu u ministra wydawana będzie „opinia w sprawie protestu”. Dla uniknięcia wątpliwości należałoby wprowadzić przepis który wskaże, że są one równoznaczne, tak aby organy na podstawie różnicy terminologicznej nie odmawiały przyznania punktów tym podmiotom, które wprowadzi nie uzyskały pozytywnej opinii o celowości ale w wyniku protestu uzyskały pozytywną opinię w sprawie protestu.		Nieuwzględniona – przepis jednoznacznie wskazuje, że jest to opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1
Art. 1 pkt 6	Centrum Onkologii – Instytut im. M.	Wnoszę o skreślenie w art. 148 ust. 2 pkt 2.	Zgodnie z nim w porównaniu ofert w toku postępowania w sprawie		Nieuwzględniona – kryteria oceny są określone szczegółowo

	Skłodowskiej-Curie		zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia się także, czy świadczeniodawca posiada ważną pozytywną opinię , o której mowa w art. 95d ust . 1 albo 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nie zostało jednak określone jaki wpływ na ocenę ofert ma posiadanie opinii o celowości i czy podmioty nie posiadające takiej opinii będą inaczej traktowane. Posiadanie ważnej opinii mogłoby mieć znaczenie jedynie w przypadku, gdyby świadczenia miały być udzielane z wykorzystaniem wyników inwestycji.		na odrębnych zasadach
Art. 2 pkt 3	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	W ustępie 3 proponowany jest następujący zapis: za pośrednictwem systemu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia jest generowany formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, o którym mowa w art. 95e ust. 3 pkt 6 tej ustawy i jego numer.			Nieuwzględnione – generowany dokument zawierać będzie również pozostałe elementy wniosku wskazane w pkt 1-5 oraz 7, a więc szerszym niż sam formularz.
Art. 2 pkt 3	Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi	w części dotyczącej dodanego w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2015.636 j. t. ze zm.) art. 31a: • ust. 1 sformułowano w następujący sposób: „Instrument Oceny		Art. 31a ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia powinien mieć następujące brzmienie: „Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia jest	Uwzględniona

		Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia jest systemem teleinformatycznym, w którym są przetwarzane dane niezbędne do wydawania opinii o celowości inwestycji, o której mowa w art. 95d i art. 95e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”. Art. 95e ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczy wniosku o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, a nie samej opinii.		systemem teleinformatycznym, w którym są przetwarzane dane niezbędne do wydawania opinii o celowości inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”.	
Art. 2	Lubuski Urząd Wojewódzki	5. Administratorem systemu jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia. 6. Administratorem danych przetwarzanych w systemie jest minister właściwy do spraw zdrowia.” (art. 31a ust. 5 i 6 projektu ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia)		Jaki organ nadaje dostęp podmiotowi wnioskującemu (login, hasło) do systemu IOWISZ (administratorem systemu będzie CSIOZ, ale czy CSIOZ będzie także nadawało uprawnienia do systemu, czy może wzorem Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia uprawnienia do systemu będą nadawały służby wojewody).	Nieuwzględniona – projektowane przepisy są poprawne. Uprawnienie nadawać będzie CSIOZ jako administrator systemu
Art. 2	Śląski Uniwersytet Medyczny	Zważywszy na prace związane ze zmianą ustawy o systemie informacji w			Nieuwzględniona – uwaga nie dotyczy przedmiotu regulacji

		ochronie zdrowia, proszę o analizę uprzednio składanych przez Uczelnię wniosków dotyczących konieczności ujęcia wyższych uczelni medycznych w ramach definicji „usługodawcy” na rynku usług medycznych. Jak podnoszone było w korespondencji z dnia 8.03.2016 r. znak ECI/0724/7/1/16 kierowanej do Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia Pana Piotra Gryzy Uczelnia jako podwykonawca faktycznie jest integralnym elementem systemu ochrony zdrowia i tym samym uwzględnienie jej w katalogu usługodawców umożliwi włączenie SUM m.in. w obszar elektronicznej dokumentacji medycznej, jak również innych działań w sferze obecnych i przyszłych rozwiązań dotyczących cyfryzacji.			
Art. 3 ust. 1	Małopolski Urząd Wojewódzki	Ze względu na fakt, iż niniejszy projekt ustawy wprowadza od 1 sierpnia 2016r. istotne zmiany do sposobu wydawania opinii o celowości inwestycji - obejmujące zarówno procedurę, jak i przesłanki do wydawania opinii pozytywnej, w stosunku do wchodzących w życie od 30 czerwca 2016r. należałoby rozważyć: - przesunięcie tego ostatniego		Proponuje się art. 3 ust. 2 w brzmieniu: - „Do postępowań wszczętych na podstawie art. 95d ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 1 w jej dotychczasowym brzmieniu, a nie zakończonych przed dniem wejścia w życie ustawy, stosuje przepisy ustawy zmienianej w art. 1 w	Uwzględniona

		terminu o jeden miesiąc tj. na dzień 1 sierpnia 2016r. w celu stworzenia warunków do ujednolicenia postępowania w przypadku wszystkich opinii o celowości inwestycji wydawanych po wejściu w życie nowych przepisów lub - dodanie kolejnego ustępu lub zmianę brzmienia art. 3 st. 1 w taki sposób, aby do postępowań wszczętych, a nie zakończonych, przed dniem wejścia w życie ustawy, miały zastosowanie przepisy ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu nadanym ustawą, co jest uzasadnione przewidzianym przez prawo terminem wydawania przez wojewodę opinii, który wynosi 60 dni od dnia złożenia wniosku.		brzmieniu nadanym ustawą.” Proponowany w projekcie art. 3 ust. 2 zmienia się na art. 3. ust. 3.	
Art. 3 ust. 1	Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki	Projekt ustawy zakłada wejście w życie przepisów z dniem 1 sierpnia 2016 r. natomiast do postępowań wszczętych na podstawie przepisów, które wchodziły z dniem 30 czerwca 2016 r. należy stosować przepisy dotychczasowe. W okresie zatem od 30 czerwca 2016 r. do 1 sierpnia 2016 r. miałyby obowiązywać „stare” przepisy.	Ułatwi to niezmiennie prowadzenie postępowań.	Wskazane jest zatem aby przepisy dot. wydawania przedmiotowych opinii wchodziły w życie z dniem 1 sierpnia 2016 r. nie natomiast z dniem 30 czerwca 2016 r. Proponuje się zatem wykreślić art. 3 w projekcie ustawy.	Nieuwzględniona – brak możliwości opóźnienia wejścia w życie przepisów 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).
Art. 3 ust. 1	Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego	Wskazują na brak spójności w treści art. 3 ust. 2 projektu ustawy dotyczącej postępowań o zmianę opinii.			Uwzględniona
Art. 3 ust. 2	Lubuski Urząd	Do postępowań o zmianę	Uzupełnienie nielogicznego zapisu.	„Do postępowań o	Uwzględniona

	Wojewódzki	opinii , o których mowa w ust. 2, stosuje się przepisy ustawy (...)		zmianę opinii , o których mowa w art. 95d ust. 2, stosuje się przepisy ustawy (...)"	
Art. 3 ust. 2	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	Brzmienie przepisu nie pozwala na przeprowadzenie właściwej wykładni językowej i odkodowania dyspozycji przepisu.			Uwzględniona
Art. 4	Urząd Marszałkowski Województwa małopolskiego	Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 sierpnia 2016 roku	Ustawodawca dopuszcza przez okres 1 miesiąca dowolność w określeniu podstawy wydania opinii, brak formularzy, zasad oceny, punktacji, etc. Brak ciągłości uregulowań tej kwestii spowoduje w tak krótkim okresie chaos organizacyjny.		Nieuwzględniona – od 30 czerwca 2016 r. wchodzi w życie przepisy 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).
Dodanie artykułu	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej	Dodanie przepisu przejściowego na wzór przepisu który zawarty był w ustawie z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z dnia 28 sierpnia 2014 r.)	Przepis przejściowy jest niezbędny w celu zapewnienia podmiotom, które rozpoczęły działania inwestycyjne przed wejściem w życie nowych przepisów, że nie będą one karane w konkursach za brak opinii, których nie dało się uzyskać w chwili rozpoczynania inwestycji.	Przepisu art. 148 ust. 2 pkt 2 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, nie stosuje się do: 1) świadczeniodawcy, który został utworzony przed dniem 30 czerwca 2016 r., lub 2) utworzonej przed dniem 30 czerwca 2016 r. nowej jednostki lub komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą, lub 3) inwestycji, o których mowa w art.	Nieuwzględniona – projektowana ustawa nie zmienia art. 148 art. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.)

				95d ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, rozpoczętej przed dniem 30 czerwca 2016 r., także jeżeli w wyniku inwestycji zostaną utworzone po tym dniu nowe jednostki lub komórki organizacyjne przedsiębiorstwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą.	
Pkt 6 Oceny skutków regulacji	Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego	Przy złożeniu wniosku o wydanie opinii o której mowa w art. 95d ust. 1 konieczne jest wniesienie opłaty, która stanowi dochód budżetu państwa. Niezbędnym jest, aby część opłaty o której mowa w art. 95e ust. 5 przypadła samorządowi województwa w związku z nałożeniem również na marszałka województwa obowiązku wydania opinii, o czym stanowi art. 95f ust. 4 pkt 1.	Wydanie przez marszałka województwa przedmiotowej opinii będzie stanowić nowe zadanie, na którego realizację wymagane są środki finansowe, w tym także koszty osobowe. Koszty wydania ww. opinii mogłyby zostać pokryte z opłaty wskazanej w art. 95e ust. 5. Z uwagi na nierozpoznaną skalę zjawiska (liczby przekazanych do zaopiniowania marszałkowi województwa wniosków) na obecnym etapie nie da się określić rzeczywistych kosztów realizacji przedmiotowego zadania, w tym liczby etatów koniecznych do jego obsługi.		Uwzględniona – zmiana OSR poprzez dodanie wyliczeń dla niezbędnych etatów dla urzędu marszałkowskiego i przewidzenie dotacji celowej
Pkt 6 Oceny skutków regulacji	Podlaski Urząd Wojewódzki w Białymstoku (Wojewoda Podlaski)	Prawidłowa i skuteczna realizacja zadań tj. wydawanie opinii o celowości inwestycji wymaga zaangażowania personalnego (konieczność		Konieczne jest wskazanie źródła finansowania nowych zadań i wysokości środków przeznaczonych na	Uwzględniona – zmiana OSR poprzez dodanie wyliczeń dla niezbędnych etatów dla urzędu wojewódzkiego

		stworzenia minimum 2 etatów) oraz zapewnienia warunków lokalowych i sprzętu. Realizacja nowonakładanych zadań będzie wymagała wykonywania dodatkowych czynności, w szczególności takich jak: 1) czynności administracyjne wykonywane przez pracowników urzędu wojewódzkiego rozpoczynające się od rejestracji wniosku, a kończące się na zebraniu opinii o celowości inwestycji sporządzanych w formie i w oparciu o kryteria określone przez przepisy prawa, przez wszystkie podmioty biorące udział w jej wydaniu tj. Dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ oraz marszałka województwa; 2) czynności eksperckie wykonywane przez członków Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych we współpracy z pracownikami urzędu wojewódzkiego polegające na sporządzaniu w imieniu wojewody opinii o celowości inwestycji sporządzanych w formie i w oparciu o kryteria określone przez przepisy prawa, z uwzględnieniem zebranych opinii podmiotów zewnętrznych; 3) czynności		ich realizację.	
--	--	--	--	-----------------	--

		administracyjno-prawne wykonywane przez pracowników urzędu wojewódzkiego związane z obsługą postępowań odwoławczych, w sytuacji wniesienia protestu do Ministra Zdrowia. W związku z powyższym, konieczne jest wskazanie źródła finansowania nowych zadań i wysokości środków przeznaczonych na ich realizację			
Pkt 6 Oceny skutków regulacji	Małopolski Urząd Wojewódzki Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki	Brak zagwarantowania środków finansowych na realizację nowych zadań przez urzędy wojewódzkie. Projekt nie przewiduje środków finansowych na realizację nowych zadań przez urzędy wojewódzkie.		Konieczność zagwarantowania środków finansowych na realizację nowych zadań.	Uwzględniona – zmiana OSR poprzez dodanie wyliczeń dla niezbędnych etatów dla urzędu wojewódzkiego
Pkt 6 Oceny skutków regulacji	Urząd Marszałkowski Województwa małopolskiego	Opinia marszałka nie jest przewidziana w ustawie jako zadanie zlecone administracji rządowej finansowane z budżetu państwa. Ustawodawca obciąża kosztami wydania takiej opinii urzędy marszałkowskie pomimo pobierania przez wojewodów opłaty w wysokości 4000 zł za jej wydanie.			Uwzględniona – zmiana OSR poprzez dodanie wyliczeń dla niezbędnych etatów dla urzędu marszałkowskiego i przewidzenie dotacji celowej
Uzasadnienie	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	Zarówno ustawa z 22 lipca 2014 r. jaki i opiniowany projekt nie poruszają także w ogóle kosztów związanych z funkcjonowaniem obsługi Wojewódzkich Rad ds. Potrzeb Zdrowotnych.	Podsumowując, brak wskazania skutków finansowych dla projektowanej ustawy, z nieuwzględnieniem faktycznej zmiany rozszerzenia zadań wojewodów zawartych w bieżącym projekcie oraz ustawie z 22 lipca		Nieuwzględniona – uwaga dotyczy skutków regulacji ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138)

		Tymczasem przede wszystkim wielkość tego ciała powoduje dodatkowe obciążenie budżetów urzędów wojewódzkich jak również koszty po stronie wydatków osobowych związanych z koniecznością zapewnienia obsługi merytorycznej Rady. Ponadto pragnę zwrócić uwagę, że nawet w samym uzasadnieniu proponowanej zmiany ustawy, w części III, autor projektu wskazuje „proponowany sposób oceny - wykorzystanie kilku ekspertów dla zapewnienia wysokiej jakości wyników oraz odpowiedniej formy kwestionariusza posłuży uzyskaniu spójnych wyników”. Jednocześnie brak jest wskazania sposobu finansowania funkcjonowania tych ekspertów.	2014 r., powoduje, że zadania wojewodów będą wykonywane przy posiadanych zasobach kadrowych, często nie spełniających stawianych przed nimi wymagań oraz dostępnych zasobach finansowych, co może ujemnie wpływać na jakość wykonywanej pracy, a tym samym nie pozwolić w dłuższej perspektywie na osiągnięcie założonych celów ustawy.		
Uzasadnienie	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	W przedmiotowej części zawarte zostało stwierdzenie, iż „projektowana zmiana nie przewiduje dodatkowego obciążenia dla budżetu państwa”, gdyż stanowi powtórzenie regulacji zawartych w ustawie z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Takie stanowisko nie znajduje oparcia w rzeczywistości. W pierwszej kolejności należy	Brak środków na stworzenie stanowisk pracy o odpowiednich kompetencjach oraz przygotowaniu, lub zatrudnienie osób dysponujących fachową wiedzą oraz doświadczeniami, spowodował, że zadania te są przypisywane pracownikom, którzy dotąd częstokroć nie mieli doświadczenia w realizacji tego rodzaju czynności. Nie ma również środków na ewentualne przeszkolenie pracowników, w szczególności w zakresie studiów podyplomowych czy		Uwzględniona – zmiana OSR poprzez dodanie wyliczeń dla niezbędnych etatów dla urzędu wojewódzkiego

		zaznaczyć, że projekt ww. ustawy zakładał początkowo skutki finansowe dla wojewodów, które jednak zostały usunięte na ostatnich etapach prac. Tymczasem zmiana zadań wojewodów w zakresie polityki zdrowotnej wprowadzona ww. ustawą stanowi niemal rewolucję w podejściu do miejsca wojewodów w regionalnej polityce zdrowotnej. Od roli opisowo-ocennej na bazie poprzednich przepisów, realizowanej z reguły przy pomocy konsultantów wojewódzkich do roli, którą dziś można by określić jako moderatora regionalnej polityki zdrowotnej.	wykorzystywania narzędzi informatycznych. O potrzebie posiadania w zasobach kadrowych osób o określonych, wysokich kompetencjach wielokrotnie wspominali np. pracownicy Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia podczas warsztatów organizowanych w związku z przygotowywaniem map potrzeb zdrowotnych.		
Uzasadnienie	Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego	Zaproponowany w projekcie ustawy Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Ochrony Zdrowia, który z założenia ma stanowić dodatkowy element oceny wniosków o dofinansowanie należy, jednakże ocenić jako nadmierną ingerencję w system wyboru projektów. Co więcej, wydawane w ramach procedury oceny celowości inwestycji opinie Narodowego Funduszu Zdrowia oraz marszałków województw nie będą miały wiążącego charakteru. Tym samym to wojewodowie - wydając decyzje administracyjne - będą			Nieuwzględniona – ustawa nie wprowadza opinii o celowości inwestycji – te zostały przewidziane ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138), które wejdą w życie 30 czerwca 2016 r. W zakresie środków europejskich obowiązek uzyskania pozytywnej opinii o celowości inwestycji został już przewidziany w dokumencie „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”, który stanowi o zakresie regulacji ze względu na uzgodnienie jego treści z Komisją Europejską. Przeniesienie ciężaru

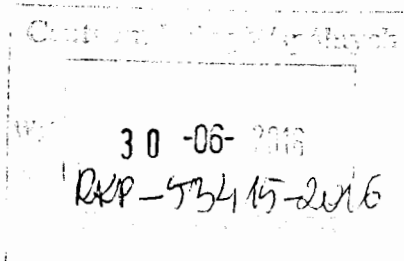
		określać, który z projektów inwestycyjnych w ochronie zdrowia będzie mógł zostać dopuszczony do realizacji. Nie wskazano kryteriów, w oparciu o które wojewodowie będą wydawać decyzje administracyjne o dopuszczeniu realizacji inwestycji, a wiele proponowanych kryteriów oceny wniosków jest niemierzalnych. W konsekwencji ocena może mieć charakter subiektywny i uznaniowy, co pozostaje w sprzeczności z celem utworzenia instrumentu, jakim jest przejrzyste i efektywne inwestowanie w sektor ochrony zdrowia. Proponowane procedury wpłyną na wydłużenie czasu oceny i wyboru projektów, czego skutkiem może być nieosiągnięcie zaplanowanych wartości wskaźników, określonych w ramach wykonania i utrata odpowiedniej części środków finansowych przez województwa. Co więcej, na obecnym etapie niejasne jest powiązanie przedmiotowej oceny z mapami potrzeb zdrowotnych, ustalonymi priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz założeniami do poszczególnych RPO już ustalonymi z odpowiednimi organami Unii Europejskiej.			odpowiedzialności za lokalną politykę zdrowotną na wojewodę jest zgodne z innymi zmianami systemowymi wprowadzonymi w dotychczas obowiązujących przepisach – np. w zakresie przygotowywania map potrzeb zdrowotnych. Jednocześnie projektowana ustawa przewiduje, iż opinie o celowości inwestycji nie będą wydawane w formie decyzji administracyjnej, a wojewoda w celu uzyskiwania opinii będzie występował o nią do Ministra Zdrowia.
--	--	--	--	--	--

		Zaproponowane zmiany są formą narzucania zarządom województw nowych procedur na obecnym etapie prac, ingerujących w wybór projektów do dofinansowania w ramach regionalnych programów operacyjnych, obciążania kosztami ich obsługi, które jednocześnie pozbawiają samorządy województw wpływu na sposób realizacji regionalnej polityki zdrowotnej.			
Dodatkowa regulacja	Wojewoda Wielkopolski	Usunąć lub zmienić art. 19 ust. 2 ustawy ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138)			Uwzględniona
Uwagi o charakterze ogólnym	Porozumienie Zielonogórskie	Projekt narusza art. 20 Konstytucji „ <i>Spoleczna gospodarka rynkowa oparta na wolności działalności gospodarczej, własności prywatnej oraz solidarności, dialogu i współpracy partnerów społecznych stanowi podstawę ustroju gospodarczego Rzeczypospolitej Polskiej.</i> ” i art. 22: „ <i>Ograniczenie wolności działalności gospodarczej jest dopuszczalne tylko w drodze ustawy i tylko ze względu na ważny interes publiczny.</i> ”			Nieuwzględniona – projekt stanowi akt rangi ustawowej. Projekt nie nakłada obowiązku uzyskania opinii o celowości inwestycji.
Uwagi o charakterze	Porozumienie Zielonogórskie	Działalność gospodarcza oparta jest na wolności			Nieuwzględniona – projekt nie nakłada obowiązku uzyskania

ogólnym		działalności gospodarczej. Oznacza to, że każdy ma prawo ponieść ryzyko prowadzenia działalności gospodarczej. Jeśli działalność taka nie narusza prawa i nie godzi w ważny interes społeczny nie podlega ograniczeniom.			opinii o celowości inwestycji.
Uwagi o charakterze ogólnym	Porozumienie Zielonogórskie	Proponowany projekt daje prawo władzy państwowej do oceny czy ryzyko jakie chce podjąć obywatel/podmiot podejmując taką, a nie inną działalność jest dla niego dobre czy nie. Jeśli obywatel/podmiot w prowadzonej działalności nie korzysta ze środków publicznych nic władzy do tego czy na tym zarobi czy straci. Również zaciągnięte przez niego zobowiązania, nie są przez państwo gwarantowane. Jeśli upadnie to jego sprawa.			Nieuwzględniona – projekt nie nakłada obowiązku uzyskania opinii o celowości inwestycji.
Uwagi o charakterze ogólnym	Porozumienie Zielonogórskie	Proponowane zmiany mają charakter korupcyjnego. Stawki za uzyskanie pozytywnej opinii będą ogromne, a w wypadku opinii negatywnej będą równie wysokie, albo wyższe za uzyskanie kontraktu z NFZ			Nieuwzględniona – brak uzasadnienia, opinie nie mające charakteru obligatoryjnego
Uwagi o charakterze ogólnym	Porozumienie Zielonogórskie Porozumienie Zielonogórskie	Zapisy o nierównym traktowaniu oferentów z opinią pozytywną i negatywną naruszają art. 32 Konstytucji: „1. Wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze			Nieuwzględniona – projekt nie nakłada obowiązku uzyskania opinii o celowości inwestycji. ustawa nie wprowadza opinii o celowości inwestycji – te zostały przewidziane ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki ze środków

		publiczne. 2. Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny.” Jeśli nawet przyjąć dopuszczalność wydawania opinii o celowości podjęcia działalności gospodarczej to opinia ta nie może być stosowana do oceny oferty przedstawianej przy zawieraniu kontraktu z NFZ. Jeśli bowiem Fundusz płaci za jakość, ciągłość i kompleksowość to nie ma znaczenia jaką opinię otrzymał podmiot w momencie podejmowania decyzji o rozpoczęciu działalności gospodarczej. Aspekt gospodarczy prowadzonej działalności jest ryzykiem prowadzącego i nie ma podstaw do żądania od niego więcej za cenę, za którą świadczy dający mniej, ale z pozytywną opinią.			publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138), które wejdą w życie 30 czerwca 2016 r. W zakresie środków europejskich obowiązek uzyskania pozytywnej opinii o celowości inwestycji został już przewidziany w dokumencie „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”, który stanowi o zakresie regulacji ze względu na uzgodnienie jego treści z Komisją Europejską.
--	--	--	--	--	--

KPRM



Warszawa, 29 czerwca 2016 r.

Minister
Spraw Zagranicznych

DPUE.920.746.2016 / 12 / MM

dot.: RM-10-70-16 z 27.06.2016 r.

Pani
Jolanta Rusiniak
Sekretarz Rady Ministrów

Opinia

o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, wyrażona przez ministra właściwego do spraw członkostwa Rzeczypospolitej Polskiej w Unii Europejskiej

Szanowna Pani Minister,

w związku z przedłożonym projektem ustawy pozwalam sobie wyrazić poniższą opinię.

Projekt ustawy jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem

z up. Ministra Spraw Zagranicznych

Podsekretarz Stanu
Aleksander Sępkowski

Do wiadomości:
Pan Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

**w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze
Zdrowia**

Na podstawie art. 95h ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, 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, przypisaniem im wagi oraz określeniem skali punktów możliwych do uzyskania w zakresie poszczególnych kryteriów;
- 2) sposób wyliczania 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, przez Podmiot wnioskujący, organ wydający opinię, Prezesa Funduszu oraz dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 3) minimalną liczbę punktów wymaganą do uzyskania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 2. Wzór wniosku zawierającego formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, kryteria oceny inwestycji, przypisane im wagi oraz skale punktów możliwe do uzyskania w zakresie poszczególnych kryteriów określa załącznik do rozporządzenia.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844, 1893, 1916, 1991 i 1994 oraz z 2016 r. poz. 65, 652 i 960.

§ 3. Całkowity wynik punktowy wyliczany jest według wzoru:

$$C = ((G1 \times 0,3) \times (G2 \times 0,3) \times (G3 \times 0,2) \times (G4 \times 0,2) \times P1) \times 100 / (1,06)^{(M/12)}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

C – całkowity wynik punktowy przyznawany w wyniku oceny kryteriów oceny inwestycji,

G1 – suma iloczynów punktów przyznanych za kryteria oceny inwestycji o numerach: 4, 5, 29, 30, 31, 32, 33, 34 oraz przypisanych im wag,

G2 – suma iloczynów punktów przyznanych za kryteria oceny inwestycji o numerach: 3, 6, 20, 24, 25, 26, 27, 28 oraz przypisanych im wag,

G3 – suma iloczynów punktów przyznanych za kryteria oceny inwestycji o numerach: 7, 8, 9, 10, 11, 18, 19, 23 oraz przypisanych im wag,

G4 – suma iloczynów punktów przyznanych za kryteria oceny inwestycji o numerach: 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22 oraz przypisanych im wag,

P1 – liczba punktów przyznanych za kryterium oceny inwestycji o numerze 1,

M – 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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wynosi 80.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 95h ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

Przedmiot projektowanego rozporządzenia nie był wcześniej uregulowany w odrębnym rozporządzeniu. Przywołany wyżej przepis zawierający upoważnienie ustawowe do wydania projektowanego rozporządzenia został wprowadzony do ustawy ustawą z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...).

Projektowane rozporządzenie określa:

- 1) wzór wniosku zawierającego formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (dalej „IOWISZ”) wraz ze wskazaniem kryteriów oceny inwestycji, przypisaniem im wagi oraz określeniem skali punktów możliwych do uzyskania w zakresie poszczególnych kryteriów;
- 2) sposób wyliczania całkowitego wyniku punktowego w zakresie dokonywania oceny celowości, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy;
- 3) minimalną liczbę punktów wymaganą do uzyskania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy.

System i formularz IOWISZ mają pozwolić w racjonalny i efektywny sposób wydatkować środki publiczne przeznaczone na inwestycje, w szczególności z uwzględnieniem tego, że inwestycje, które będą realizowane z dofinansowaniem ze środków unijnych powinny przynosić efekt obniżenia kosztów opieki zdrowotnej, unowocześnienia aparatury medycznej, czy też rozwinięcia opieki długoterminowej i środowiskowej.

Głównym założeniem systemu IOWISZ jest zapewnienie racjonalnego, gospodarnego, adekwatnego i antycypacyjnego wydatkowania środków na inwestycje (m.in. w kontekście późniejszych możliwości zawarcia z Narodowym Funduszem Zdrowia umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej), eliminowanie przypadków powielania podobnych inwestycji na niewielkim obszarze geograficznym, czy niwelowanie tzw. białych plam na mapie udzielanych świadczeń zdrowotnych.

System IOWISZ będzie wykorzystywany przez wojewodów przy wydawaniu opinii o celowości inwestycji. Przed wydaniem opinii przez wojewodów na temat inwestycji

wypowiedzą się także oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia oraz urzędy marszałkowskie.

Proponuje się, aby całkowity wynik punktowy dla projektu inwestycji był wyliczany zgodnie z określonym w projektowanym rozporządzeniu algorytmem, co:

- 1) zapewni odpowiedni udział w wyniku punktowym wszystkich kryteriów oceny inwestycji;
- 2) przyczyni się do premiowania projektów zgodnych z priorytetami w wielu obszarach jednocześnie, a jednocześnie wykluczy możliwość uzyskiwania pozytywnych opinii o celowości inwestycji przez projekty niezgodne z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej.

Jednocześnie w projektowanym rozporządzeniu określa się graniczny próg punktowy pozwalający na uzyskiwanie pozytywnej opinii o celowości inwestycji. Takie rozwiązanie pozwoli na uzyskiwanie pozytywnych ocen tylko przez projekty pożądane z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia, tj. przede wszystkim z zgodne z priorytetami regionalnej polityki zdrowotnej.

Projektowane rozporządzenie wejdzie w życie z dniem wejścia w życie ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.) i nie podlega procedurze notyfikacji.

Projekt nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Załącznik
do rozporządzenia
Ministra Zdrowia
z dnia ... (poz. ...)

WZÓR

Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ)						
I. Wniosek						
1. Oznaczenie organu wydającego opinię						
2. Nazwa (firma) podmiotu wnioskującego						
3. Numer KRS						
4. Numer NIP						
5. Numer REGON						
6. Adres siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu wnioskującego						
7. Typ inwestycji						
8. Opis inwestycji		a) Zakres rzeczowy inwestycji				
		b) Uzasadnienie celowości inwestycji				
		c) Okres realizacji inwestycji				
		d) Miejsce realizacji inwestycji				
		e) Finansowanie, koszty i szacunkowa wartość inwestycji				
		f) Inne informacje				
9. Termin planowanego rozpoczęcia inwestycji						
II. Formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia						
Kryteria				Ocena podmiotu wnioskującego		
Lp.	Kryterium oceny inwestycji	Interpretacja i wyjaśnienie znaczenia kryterium oraz sposobu oceny inwestycji	Waga kryterium	Ocena	Uzasadnienie	Wynik kryterium
1	Czy realizacja inwestycji odpowiada priorytetom dla regionalnej polityki zdrowotnej?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Odpowiedzi „TAK” można udzielić wyłącznie	1,0			

		wtedy, gdy inwestycja wpisuje się w PRPZ całkowicie lub w istotnej części. Należy odnieść się w sposób ścisły do priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej (PRPZ) przygotowanych dla danego województwa przez wojewodę, z cytowaniem zapisów, które się do nich odnoszą.				
2	Jaki jest przewidziany czas na realizację inwestycji?	Proszę podać w polu „Ocena” wartość w miesiącach od podpisania umowy do rozpoczęcia działań operacyjnych po zakończeniu inwestycji na podstawie harmonogramu projektu. W pytaniu chodzi o określony we wniosku pełny czas realizacji inwestycji od momentu podpisania umowy z instytucją finansującą do momentu, kiedy inwestycja będzie w pełni gotowa do realizacji świadczeń.	Stopa dyskontowa 6%			
3	W jakim stopniu realizacja inwestycji przełoży się na niwelowanie różnic w dostępie do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych na obszarze województwa lub kraju?	Ocena od 0 do 10 pkt. Ocena powinna odbywać się przy użyciu informacji z map potrzeb zdrowotnych, może również wymagać pozyskania informacji z innych, wiarygodnych źródeł. Należy zwrócić uwagę na realizację „poprzez inwestycję” konstytucyjnej zasady równości, która w przypadku świadczeń medycznych realizowanych w systemie publicznym, manifestuje się m.in.: • redukowaniem barier w dostępie do świadczeń oraz • tworzeniem zrównoważonego systemu równomiernie alokowanych świadczeń.	0,8			
4	Czy realizacja inwestycji przełoży się na zaspokojenie potrzeb, które dotychczas nie były zaspokajane?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10pkt) albo „NIE” (0pkt). Należy ocenić, czy inwestycja wpłynie na dostępność do takich świadczeń medycznych, które obecnie w województwie są zupełnie niezaspokajane (nie ma vs. będzie). W	1,0			

		przypadku tego kryterium winno się uwzględnić tylko nowe świadczenia, nie zaś inwestycje zmierzające do poprawy stanu rzeczy, w postaci skrócenia kolejek, czy ograniczenia innych negatywnych zjawisk. Przykładowo jeśli dzieci chore na choroby ultra-rzadkie były leczone w CZD, to ich potrzeby były zaspokajane. Odpowiedzi należy udzielić w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych				
5	Czy realizacja inwestycji dotyczy uruchomienia w województwie pierwszych metod leczenia o udowodnionej skuteczności w danym wskazaniu?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10pkt) albo „NIE” (0pkt). Należy ocenić, czy inwestycja wpłynie na dostępność w województwie do takich świadczeń, które są pierwszymi skutecznymi terapiami w danych schorzeniach. W przypadku tego kryterium chodzi o określenie czy inwestycja spowoduje „pojawienie” się na terenie województwa nowych świadczeń o udowodnionej skuteczności klinicznej (w kategoriach EBM). Ich wprowadzenie sprawi, że dotychczas pacjenci nieskutecznie leczeni lub nieleczeni w ogóle będą mogli zostać poddani skutecznemu leczeniu.	1,0			
6	W jakim stopniu realizacja inwestycji przełoży się na redukcję kolejek do świadczeń gwarantowanych?	Ocena od 0 do 10 pkt. Chodzi o określenie w jakim stopniu inwestycja odpowiada na obiektywnie istniejące potrzeby zdrowotne oraz czy realizacja spowoduje mierzalne skrócenie/wydłużenie dostępu do świadczeń zdrowotnych. W przypadku inwestycji infrastrukturalnych niewpływających na tę kwestię (np. inwestycje proekologiczne lub modernizacje) należy wpisać „0”.	0,9			
7	Czy realizacja inwestycji przesunie ciężar z opieki szpitalnej na	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10pkt) albo „NIE” (0pkt).	1,0			

	ambulatoryjną opiekę zdrowotną?	Należy uwzględnić dane pochodzące przede wszystkim z własnych analiz. Chodzi o kierunek zmian z zakresu leczenia szpitalnego do opieki ambulatoryjnej (specjalistycznej lub podstawowej).				
8	W jakim stopniu realizacja inwestycji odpowiada trendom demograficznym?	Ocena od 0 do 10 pkt. Należy uwzględnić informacje z map potrzeb zdrowotnych a także innych źródeł. Należy ocenić stopień, w jakim inwestycja sprzyja poprawie opieki długoterminowej, paliatywnej i domowej nad osobami starszymi.	1,0			
9	W jakim stopniu realizacja inwestycji przełoży się na poprawę efektów zdrowotnych uzyskiwanych w populacji pacjentów w województwie?	Ocena od 0 do 10 pkt. Stosowane technologie medyczne charakteryzują się różną skutecznością. Szerokie wdrożenie metod o szczególnie wysokiej skuteczności klinicznej przełoży się na znaczną poprawę stanu zdrowia. Najwyższe oceny zarezerwowane są dla projektów zakładających kompleksowość opieki z zastosowaniem optymalnych metod diagnostyki i leczenia.	1,0			
10	W jakim stopniu realizacja inwestycji przełoży się na poprawę jakości opieki zdrowotnej?	Ocena od 0 do 10 pkt. Należy ocenić, na ile inwestycja przyczyni się do poprawy takich aspektów jak: • kompleksowość opieki – zapewnienie całego procesu terapeutycznego w jednym ośrodku • ciągłość opieki – zapewnienie całego procesu terapeutycznego bez przerywania procesu opieki, szczególnie przy przenoszeniu pacjenta pomiędzy ośrodkami • interdyscyplinarność – zaangażowanie różnych specjalistów w proces leczenia	1,0			
11	Czy potencjalny beneficjent (docelowy użytkownik) posiada akredytację Ministra Zdrowia?	Należy odpowiedzieć „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt) czy podmiot posiada aktualną akredytację zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie	0,4			

		zdrowia (Dz. U. z 2009 r. poz. 418). Przy braku podanej informacji należy wpisać „Nie”.				
12	W jakim stopniu realizacja inwestycji przełoży się na zmniejszenie ogólnych kosztów opieki medycznej w województwie?	Ocena od 0 do 10 pkt. Należy wziąć pod uwagę realne obniżenie kosztów opieki zdrowotnej na skutek m.in.: • zastosowania np. efektywniejszej technologii medycznej, • przesunięcia miejsca wykonywania świadczeń z lecznictwa szpitalnego do opieki ambulatoryjnej, • obniżenie kosztów diagnostyki. Na etapach po ocenie wnioskodawcy ocena na tym kryterium zostanie przeprowadzona w województwie w porównaniu z innymi wnioskami, w oparciu o krytycznie ocenione podane w uzasadnieniu przewidywane zmniejszenie kosztów opieki zestawione z kosztami inwestycji.	1,0			
13	W jakim stopniu uzasadniony jest koszt realizacji inwestycji w porównaniu do podobnych realizowanych/zrealizowanych inwestycji?	Ocena od 0 do 10 pkt. Należy określić, na ile inwestycja jest porównywalna kosztowo z inwestycjami o podobnym charakterze. W szczególności dotyczy to inwestycji o charakterze budowlanym ze względu na ich znaczny koszt. Zaleca się przeprowadzenie szerokich konsultacji pomiędzy poszczególnymi województwami w tym zakresie, a przede wszystkim w ramach inwestycji podejmowanych w tym samym województwie. Przy braku informacji należy wpisać 0.	0,8			
14	W jakim stopniu realizacja inwestycji obarczona jest ryzykiem niewykorzystania zasobów po jej zakończeniu?	Ocena od 0 do 10 pkt. Trafność inwestycyjna musi być określona poprzez dane dostępne w mapach potrzeb zdrowotnych oraz innych analizach i dokumentach. Chodzi o określenie na ile będzie istniało	1,0			

		zapotrzebowanie ze strony chorych na świadczenia (obłożenie lub wykorzystanie). Należy również uwzględnić aktualny poziom wykorzystania analogicznych ośrodków w innych województwach. Jeżeli inwestycja nie dotyczy zasobów, należy wpisać 10.				
15	W jakim stopniu realizacja inwestycji obciążona jest ryzykiem, że sprzęt nie będzie wykorzystywany optymalnie?	Ocena od 0 do 10 pkt. Szybki postęp w medycynie wymusza okresową wymianę sprzętu na nowszej generacji. Wykorzystywanie sprzętu na odpowiednio wysokim poziomie pozwala na amortyzację jego zakupu, zapewnia jego racjonalnie szybkie odtworzenie i uniknięcie jego moralnego zużycia. Jeżeli inwestycja nie dotyczy sprzętu, należy wpisać 10.	0,9			
16	W jakim stopniu realizacja inwestycji obciążona jest ryzykiem nieuzyskania oczekiwanego finansowania ze strony płatnika publicznego?	Ocena od 0 do 10 pkt. Należy wziąć pod uwagę, czy po zakończeniu inwestycji w odniesieniu do płatnika powstanie oczekiwanie na rozpoczęcie finansowania lub zmianę dotychczasowego sposobu finansowania świadczeń gwarantowanych. W przypadku inwestycji niemających związku z finansowaniem ze strony płatnika publicznego należy wpisać 10. Ocena powyżej 5 wymaga szczególnie wnikliwego uzasadnienia i weryfikacji. Jeżeli inwestycja nie wymaga dodatkowego finansowania płatnika, należy wpisać 10.	0,9			
17	Czy inwestycja doprowadzi do przekierowania strumienia finansowego płatnika publicznego, zgodnie z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10pkt) albo „NIE” (0pkt). PRPZ mogą zakładać propozycję przekierowania strumienia finansowego płatnika publicznego. W takiej sytuacji należy ocenić, na ile inwestycja będzie sprzyjać takiemu przekierowaniu. Przy braku propozycji przekierowania w PRPZ należy	0,7			

		odpowiedzieć NIE.				
18	W jakim stopniu realizacja inwestycji przełoży się na optymalizację wykorzystania i rozmieszczenia obecnie zatrudnionego personelu?	Ocena od 0 do 10 pkt. Należy ocenić, na ile inwestycja wpłynie na optymalizację wykorzystania personelu, np. wynikającą z wielkości oddziału (odpowiednia wielkość oddziału zapewnia poprawę wskaźnika efektywności wykorzystania opieki pielęgniarstwa lub lekarskiej). Jeżeli inwestycja nie wpływa na zatrudnienie, należy wpisać 0.	0,6			
19	W jakim stopniu realizowana inwestycja ma szansę na zapewnienie wykwalifikowanej kadry wynikające z planu zatrudnienia?	Ocena od 0 do 10 pkt. Należy ocenić czy plan zatrudnienia uwzględnia wymagane kwalifikacje i uprawnienia personelu i jest realistyczny. Jeżeli inwestycja nie wpływa na zatrudnienie, należy wpisać 10.	0,5			
20	W jakim stopniu realizacja inwestycji przełoży się na poprawę ergonomii pracy personelu medycznego?	Ocena od 0 do 10 pkt. Należy zwrócić uwagę na charakter (jednostajność) i nasilenie obciążeń personelu oraz określić jak nowa inwestycja wpłynie na ten problem. Jeżeli inwestycja nie ma nic wspólnego z ergonomią, należy wpisać 10.	0,2			
21	W jakim stopniu realizacja inwestycji przełoży się na poprawę wykorzystania obecnie istniejącej infrastruktury?	Ocena od 0 do 10 pkt. Należy ocenić, czy inwestycja będzie się wiązała z: • przekazaniem dotychczasowej infrastruktury, która jest aktualnie niewykorzystana lub ma charakter niezgodny z PRPZ (np. przekształcenie łóżek psychiatrycznych na długoterminową opiekę nad osobami starszymi) • poprawą wykorzystania istniejących pomieszczeń. Jeżeli inwestycja nie ma związku z istniejącą infrastrukturą, należy wpisać 0.	0,7			
22	W jakim stopniu realizacja inwestycji przełoży się na odnowienie zużytej bazy i sprzętu medycznego?	Ocena od 0 do 10 pkt. Należy oszacować aktualne zużycie bazy i sprzętu oraz stopień w jakim inwestycja przekłada się na ich	0,9			

		odnowienie. W przypadku inwestycji w sprzęt leczniczy i diagnostyczny uzasadnienie powinno opierać się na obiektywnych podstawach (wymagania techniczne, serwisowe, certyfikacyjne). Jeżeli inwestycja nie ma związku z odnowieniem bazy, należy wpisać 0.				
23	W jakim stopniu realizacja inwestycji przełoży się na konieczność modyfikacji, zaprzestania lub zmiany kierunku innych inwestycji w toku w województwie?	Ocena od 0 do 10 pkt. Wnioskodawca powinien przedstawić oszacowanie pozytywnego wpływu jaki proponowana inwestycja ma lub będzie miała na już rozpoczęte realizacje (inwestycje) w województwie. W tym przypadku chodzi o zminimalizowanie ryzyka wystąpienia konkurencyjnych (podobnych „me too investments”) inwestycji, co może prowadzić w przyszłości do istotnych problemów z ich dalszym finansowaniem przez płatnika publicznego. To pytanie jest szczególnie ważne w przypadku urzędów marszałkowskich i wojewódzkich ze względu na konieczność oszacowania ryzyka wstrzymania, spowolnienia już trwających inwestycji. Jeżeli nie istnieją żadne inwestycje w toku o podobnym charakterze w regionie albo pytanie nie dotyczy danej inwestycji, należy wpisać 10.	0,4			
24	W jakim stopniu realizacja inwestycji przełoży się na poprawę komfortu pacjentów i ich rodzin?	Ocena od 0 do 10 pkt. Oszacowanie powinno być przeprowadzone w kontekście realizacji postulatów zawartych w karcie praw pacjenta oraz z uwzględnieniem czynników wpływających na satysfakcję pacjentów i ich rodzin. Przez komfort pacjentów i ich rodzin należy także rozumieć warunki lokalowe, udogodnienia związane z lokalizacją inwestycji (czy łatwo dojechać), parkingiem	0,2			

		dla gości, ew. zapewnieniem warunków hotelowych dla rodzin (szczególnie w przypadku pediatrii).				
25	W jakim stopniu realizacja inwestycji przełoży się na aktywizację zawodową opiekunów osób chorych?	Ocena od 0 do 10 pkt. Należy ocenić czy inwestycja spowoduje, że opiekunowie osób chorych będą uwolnieni z części obowiązków opiekuńczych i będą mogli podjąć pracę zawodową.	0,3			
26	W jakim stopniu realizacja inwestycji przełoży się na aktywizację zawodową chorych oraz ograniczenie/zapobieganie ich wykluczeniu społecznemu?	Ocena od 0 do 10 pkt. Należy ocenić, czy inwestycja przyczyni się do szybszego powrotu do zdrowia oraz przyspieszenia powrotu do 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.	0,3			
27	W jakim stopniu realizacja inwestycji przełoży się na rozwój opieki środowiskowej?	Ocena od 0 do 10 pkt. Przez opiekę środowiskową rozumie się różne formy opieki zdeinstytucjonalizowanej, np. opiekę domową, sprawowaną przez rodzinę, pielęgniarzkę środowiskową lub opiekunów społecznych, a także inne formy opieki. Jeżeli inwestycja nie dotyczy, należy wpisać 0.	0,5			
28	W jakim stopniu realizacja inwestycji przełoży się na zapewnienie praw pacjenta?	Ocena od 0 do 10 pkt. Należy ocenić, czy inwestycja poprawia spełnienie postulatów Karty Praw Pacjenta w zakresie prawa do: • natychmiastowej pomocy medycznej (par. 3) • intymności i poszanowania godności (par. 4) • umierania w spokoju i godności (par. 5) • pomieszczenia i wyżywienia odpowiednich do stanu pacjenta (par. 12)	0,4			
29	W jakim stopniu realizacja inwestycji	Ocena od 0 do 10 pkt. Należy zwrócić uwagę	0,2			

	przełoży się na realizację celów edukacyjnych i szkoleniowych?	na poprawę warunków kształcenia przed- i podyplomowego (np. wyposażenie edukacyjne, dedykowane pomieszczenia) oraz edukacji społecznej dla osób spoza jednostki. Jeżeli inwestycja nie dotyczy realizacji celów edukacyjnych i szkoleniowych, należy wpisać 0.				
30	W jakim stopniu realizacja inwestycji przełoży się na podniesienie kwalifikacji personelu medycznego?	Ocena od 0 do 10 pkt. Należy ocenić, na ile inwestycja daje szansę lub wymusi uzyskanie nowych kompetencji personelu.	0,2			
31	W jakim stopniu realizacja inwestycji przełoży się na wykorzystanie polskiej myśli technicznej i naukowej oraz krajów UE lub EFTA?	Ocena od 0 do 10 pkt. Kryterium to dotyczy bezpośrednio wykorzystania, w ramach zamierzeń inwestycyjnych: nowoczesnych technologii, innowacji, patentów, rozwiązań organizacyjnych oraz praktyk klinicznych (metody i technik leczenia i diagnozowania) pochodzących z Polski lub innych krajów UE i EFTA.	0,9			
32	W jakim stopniu realizacja inwestycji przełoży się na zdolność prowadzenia badań i rozwoju w województwie?	Ocena od 0 do 10 pkt. Należy określić na ile inwestycja przyczyni się do rozwoju prac badawczych i rozwojowych w dziedzinie zdrowia w województwie.	0,9			
33	W jakim stopniu realizacja inwestycji przełoży się na komercjalizację innowacyjnej myśli technicznej rozwijanej w województwie?	Ocena od 0 do 10 pkt. Należy oszacować na ile inwestycja będzie wspierać lokalnie rozwijane innowacje i technologie, szczególnie w dziedzinie zdrowia.	1,0			
34	W jakim stopniu realizowana inwestycja wpisuje się w rekomendacje towarzystw naukowych nt. rozwoju danej dziedziny, której dotyczy planowana inwestycja?	Ocena od 0 do 10 pkt. Na podstawie przeglądu rekomendacji towarzystw naukowych polskich i zagranicznych należy określić zgodność inwestycji z rekomendacjami. Zaleca się uzyskanie opinii konsultantów wojewódzkich i towarzystw naukowych oraz stosowanie dodatkowo wyszukiwarek specjalistycznych takich jak http://www.guideline.gov/ ,	0,2			

		https://www.tripdatabase.com/ , https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed .				
III. Całkowity wynik punktowy						
IV. Oświadczenia						
1. Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie we wniosku dane są prawdziwe.						
2. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.						
V. Inne						
1. Numer formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia						
2. Data i miejsce sporządzenia wniosku						
3. Podpis osoby upoważnionej do złożenia wniosku						

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA WNIOSKU

I. Wniosek

Pole 1 – Wybrać właściwy organ wydający opinię, do którego składany jest wniosek – Wojewoda albo Minister Zdrowia

Pole 2 – Podać nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego

Pola 3–5 – Podać numer KRS w przypadku podmiotu wnioskującego będącego osobą prawną albo numer NIP lub REGON w przypadku osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej

Pole 6 – Podać adres siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu wnioskującego

Pole 7 – Wybrać typ inwestycji: utworzenie nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, nowej jednostki lub komórki organizacyjnej zakładu leczniczego, podmiotu leczniczego lub inna inwestycja

Pole 8 – Podać opis inwestycji uwzględniając:

- zakres rzeczowy inwestycji,
- uzasadnienie celowości inwestycji
- okres realizacji inwestycji – w miesiącach, podawany również w formularzu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia w kryterium oceny inwestycji nr 2
- wskazanie miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych (realizacji inwestycji) – stanowi podstawę określenia wojewody właściwego do wydania opinii, jeżeli dotyczy,
- informacja o finansowanie obejmuje:

- a. źródła finansowania inwestycji, z podziałem na i podaniem szacowanych kwot z poszczególnych źródeł:
 - i. środki własne podmiotu wnioskującego,
 - ii. dotacja celowa ze środków ustalonych w części 46-Zdrowie budżetu państwa,
 - iii. dotacja celowa z innych części budżetowych,
 - iv. kredyt lub pożyczka objęta poręczeniem lub gwarancją Skarbu Państwa,
 - v. środki z innych źródeł niż dotacje celowe z budżetu państwa,
 - vi. środki z Unii Europejskiej – z określeniem nazwy Programu i nr obszaru wydatków strukturalnych;
- b. rodzaje poniesionych lub planowanych kosztów obejmujące:
 - i. przygotowania do realizacji inwestycji budowlanych oraz innych zmian w obiektach budowlanych, o których mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2016 r. poz. 290), wraz z usługami towarzyszącymi, w tym obsługą inwestorską, oraz zakupu obiektów budowlanych, w szczególności kosztów opracowania dokumentacji projektowej, zakupu i przygotowania gruntu pod budowę oraz ekspertyz, świadectw, operatów, studiów, pomiarów geodezyjnych i prac geologicznych oraz prac archeologicznych, dotyczących tych inwestycji,
 - ii. realizacja inwestycji budowlanych oraz inne zmiany w obiektach budowlanych, o których mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane, wraz z usługami towarzyszącymi, w tym obsługą inwestorską,
 - iii. zakupu obiektów budowlanych,
 - iv. zakup lub wytworzenie we własnym zakresie środków trwałych, z wyjątkiem tych, których wartość początkowa nie przekracza kwoty uprawniającej do dokonania jednorazowo odpisu amortyzacyjnego, określonej w art. 16f ust. 3 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2014 r. poz. 851, z późn. zm.), z zastrzeżeniem pkt 5,
 - v. zakup lub wytworzenie we własnym zakresie środków trwałych bez względu na ich wartość oraz innych przedmiotów – jeżeli są pierwszym wyposażeniem obiektów budowlanych,
 - vi. transport i montaż oraz inne koszty ponoszone w celu przekazania środków trwałych do używania,
 - vii. zmiany w środkach trwałych, powodującej ich ulepszenie w rozumieniu przepisów o rachunkowości,
 - viii. zakup wartości niematerialnych i prawnych, jeżeli: a) ich wartość początkowa jest wyższa od kwoty określonej w art. 16f ust. 3 ustawy wymienionej w pkt 4, b) są pierwszym wyposażeniem obiektów budowlanych – bez względu na ich wartość,
 - ix. inne, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów podlegają finansowaniu lub dofinansowaniu ze środków budżetu państwa przeznaczonych na inwestycje,
- c. w przypadku inwestycji budowlanej – również jej szacunkową wartość kosztorysową w podziale na grupy kosztów:
 - i. pozyskanie działki budowlanej,
 - ii. przygotowanie terenu i przyłączenia obiektów do sieci,
 - iii. budowa obiektów podstawowych,
 - iv. instalacje,

- v. zagospodarowanie terenu i budowa obiektów pomocniczych,
- vi. wyposażenie,
- vii. prace przygotowawcze, projektowe, obsługa inwestorska oraz ewentualnie szkolenia i rozruch;

f) inne informacje – pole to nie jest obowiązkowe.

II. Formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia

Formularz wypełnia się poprzez 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:

- W kryteriach oceny inwestycji nr 1, 4, 5, 7, 11 oraz 17 udziela się odpowiedzi TAK albo NIE, którym przyznaje się odpowiednio 0 albo 10,
- W kryterium oceny inwestycji nr 1 w przypadku inwestycji w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej do czasu wydania przez wojewodów priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej obejmujących te zakresy udziela się odpowiedzi TAK (przyznaje 10 punktów),
- W kryterium oceny inwestycji wskazuje się przewidziany czas na realizację inwestycji w pełnych miesiącach,
- Minister Zdrowia w swej ocenie bierze pod uwagę właściwą Mapę Regionalną oraz Mapę Ogólnopolską w przypadku inwestycji o charakterze ponadregionalnym.

Wskazane powyżej punkty i odpowiedzi wpisuje się w kolumnie „Ocena”.

W kolumnie „Uzasadnienie” wpisuje się w informacje uzasadniające przydzielenie wskazanej w kolumnie „Ocena” liczby punktów dla danego kryterium oceny inwestycji. Pole „Uzasadnienie” jest ograniczone do 500 znaków ze spacjami dla każdego z kryteriów oceny inwestycji.

III. Całkowity wynik punktowy

Całkowity wynik punktowy wyliczany jest automatycznie przez system Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia w oparciu o algorytm jego wyliczenia określony w § 3 rozporządzenia.

IV. Oświadczenia

W wygenerowanym wniosku zawarte są oświadczenia o prawdziwości przedstawionych informacji oraz odpowiedzialności za oświadczenie nieprawdy.

V. Inne

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

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

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Krzysztof Łanda, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Jakub Adamski, Zastępca Dyrektora, Departament Analiz i Strategii, e-mail: j.adamski@mz.gov.pl, tel.: 22 860 11 05	Data sporządzenia: 15.06.2016 Źródło: Art. 95h ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn.zm.) Nr w wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia:
---	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Rozporządzenia ma być odpowiedzią na projektowane zmiany w ustawie o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadzającej system IOWISZ.

Celem projektu rozporządzenia, będącego legislacyjną konsekwencją ww. ustawy, jest umożliwienie przejrzystego procesu wydawania opinii o celowości inwestycji przez wojewodę oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, które będą miały kluczowe znaczenia dla rozwoju ochrony zdrowia w Polsce.

Proponuje się, aby całkowity wynik punktowy dla projektu inwestycji wyliczany był zgodnie z algorytmem, co:

- 1) zapewni odpowiedni udział w wyniku punktowym wszystkich kryteriów oceny inwestycji;
- 2) przyczyni się do premiowania projektów zgodnych z priorytetami w wielu obszarach jednocześnie, a jednocześnie wykluczy możliwość uzyskiwania pozytywnych opinii o celowości inwestycji przez projekty niezgodne z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej.

W projektowanym rozporządzeniu określa się graniczny próg punktowy pozwalający na uzyskiwanie pozytywnej opinii o celowości inwestycji. Takie rozwiązanie pozwoli na uzyskiwanie pozytywnych ocen tylko przez projekty pożądane z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia, tj. przede wszystkim z zgodne z priorytetami zdrowotnymi.

Istotność opinii o celowości inwestycji wynika z tego, iż po wejściu w życie 30 czerwca 2016 r. przepisów 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.), znajdą one zastosowanie przy:

- ocenie wniosków o dofinansowanie inwestycji ze środków europejskich

Dokument „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne”, zwany dalej „Policy paper”, wskazuje, że opinia wojewody wydawana będzie w odniesieniu do projektów pozakonkursowych i konkursowych;

- zawieraniu umów przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Po wejściu w życie nowych przepisów, przy porównaniu ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględniać się będzie także, czy świadczeniodawca posiada ważną pozytywną opinię o celowości inwestycji.

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

Ułatwienie wydania oceny celowości inwestycji wydawanej w oparciu o kwestionariusz obejmujący kryteria oceny inwestycji, przypisanie im wagi oraz określenie skali punktów możliwych do uzyskania w zakresie poszczególnych kryteriów, sposób wyliczania całkowitego wyniku punktowego w zakresie dokonywania oceny celowości, oraz określenie minimalnej liczby punktów wymaganych do uzyskania pozytywnej opinii.

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

Nie dotyczy.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt			
Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego	1050	Narodowy Fundusz Zdrowia	Prawo złożenia wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji z wykorzystaniem systemu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	6137	Narodowy Fundusz Zdrowia	Prawo złożenia wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji z wykorzystaniem systemu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej	9387	Narodowy Fundusz Zdrowia	Prawo złożenia wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji z wykorzystaniem systemu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia w przypadku inwestycji, w stosunku do których złożony ma zostać wniosek o dofinansowanie ze środków europejskich
Wojewodowie	16		Wydawanie opinii o celowości inwestycji z wykorzystaniem systemu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia
Oddziały wojewódzkiego i centrala Narodowego Funduszu Zdrowia	17		Opiniowanie wniosków w zakresie opinii o celowości inwestycji z wykorzystaniem systemu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia
Maruszakowie województw	16		Opiniowanie wniosków w zakresie opinii o celowości inwestycji z wykorzystaniem

			systemu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia
Minister Zdrowia	1		Wydawanie opinii o celowości inwestycji z wykorzystaniem systemu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia oraz rozpatrywanie protestów

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

Projekt nie był przedmiotem pre-konsultacji.

Projekt został skierowany do konsultacji publicznych i opiniowania m.in. do:

- 1) stowarzyszeń w ochronie zdrowia, w tym z tymi działającymi na rzecz pacjentów (takich jak: Unia Szpitali Klinicznych, Stowarzyszenie Magistrów i Techników Farmacji, Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia; Stowarzyszenie Primum Non Nocere; Stowarzyszenie Unia Uzdrawisk Polskich, Federacja Pacjentów Polskich, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Fundacja S. Batorego, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych);
- 2) instytutów badawczych (takich jak.: Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie, Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr med. Aleksandra Szczygła w Warszawie, Narodowy Instytut Leków, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny);
- 3) organizacji pracodawców (takich jak: Związek Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego - Organizacja Pracodawców w Gnieźnie, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej; Wielkopolski Związek Zakładów Opieki Zdrowotnej - Organizacja Pracodawców; Konfederacja Pracodawców Polskich; Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych Lewiatan; Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych; Związek Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego; Gdański Związek Pracodawców; Związek Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi; Stowarzyszenie Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”; Ogólnopolski Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej; Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia; Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ Warmii i Mazur; Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia; Pracodawcy RP, Business Centre Club);
- 4) uczelni medycznych (takich jak.: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu – Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy; Uniwersytet Medyczny w Gdańsku; Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach; Collegium Medicum – Uniwersytet Jagielloński; Uniwersytet Medyczny w Łodzi; Uniwersytet Medyczny w Poznaniu; Warszawski Uniwersytet Medyczny);
- 5) organizacji i zrzeszeń jednostek samorządu terytorialnego (takich jak: Unia Metropolii Polskich, Związek Gmin Wiejskich RP, Związek Miast Polskich, Związek Powiatów Polskich, Federację Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwent Marszałków Województw);
- 6) innych reprezentatywnych organizacji, takich jak Związek Rzemiosła Polskiego;
- 7) Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Aptekarskiej i Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;
- 8) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego oraz Rady Dialogu Społecznego.

Wyniki konsultacji i opiniowania zostaną omówione po ich zakończeniu w raporcie, stanowiącym załącznik do niniejszej Oceny.

Projekt rozporządzenia został zamieszczony, zgodnie z postanowieniami uchwały Nr 190 Rady Ministrów

z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979 z późn. zm.), w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji. Ponadto, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.), z chwilą przekazania projektu do uzgodnień z członkami Rady Ministrów, zostanie on zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

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	Niniejszy projekt rozporządzenia jest konsekwencją legislacyjną projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która to ustawa implikuje wszelkie koszty związane z wprowadzanymi zmianami. Projekt rozporządzenia stanowi jedynie kwestię wtórną wobec projektu ustawy.
---------------------	--

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

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na 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	-						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-						

Niemierzalne	budżet państwa	-
	jednostki samorządu terytorialnego	-
	inne jednostki sektora finansów publicznych	Uproszczenie procedury wydawania opinii o celowości inwestycji
	przedsiębiorstwa (w tym MŚP)	-
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowane rozporządzenie nie przewiduje dodatkowego obciążenia ani przychodów budżetu państwa, nie zmienia też innych przepływów finansowych.	

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

☐ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).

☒ tak
☐ nie
☐ nie dotyczy

☒ zmniejszenie liczby dokumentów
☐ zmniejszenie liczby procedur
☒ skrócenie czasu na załatwienie sprawy
☒ inne: uproszczenie procedur

☐ zwiększenie liczby dokumentów
☒ zwiększenie liczby procedur
☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy
☐ inne:

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.

☒ tak
☐ nie
☐ nie dotyczy

Komentarz:

Projekt rozporządzenia jest konsekwencją zmian projektowanych ustawą o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, których wspólnym założeniem jest uproszczenie procedury uzyskania opinii o celowości inwestycji wydawanych przez wojewodę. Przewiduje się zmniejszenie liczby dokumentów poprzez oparcie składania wniosków na załączonym do projektu rozporządzenia wzorze formularza generowanego w systemie teleinformatycznym. Dzięki wprowadzeniu systemu teleinformatycznego pozwalającego na elektroniczną wymianę informacji pomiędzy opiniującymi podmiotami oraz ułatwienie wydawania opinii, projekt nie wpłynie na czas wydawania opinii.

9. Wpływ na rynek pracy

Rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne
☐ sytuacja i rozwój regionalny
☐ inne:

☐ demografia
☐ mienie państwowe

☐ informatyzacja
☐ zdrowie

Omówienie wpływu

Niniejszy projekt rozporządzenia jest konsekwencją legislacyjną projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Projekt rozporządzenia stanowi jedynie kwestię wtórną wobec projektu ustawy i samo w sobie nie ma wpływu na ww. obszary.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Proponuje się, aby rozporządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, nie później jednak niż w ciągu 7 dni od dnia wejścia w życie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw wprowadzającej system IOWISZ.

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

Ewaluacja efektów będzie możliwa po upływie przynajmniej 3 lat po wejściu w życie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ze względu na konieczność oceny efektywności poczynionych inwestycji.

Nie ma możliwości określenia katalogu mierników dla niniejszego rozporządzenia.

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

Nie dotyczy.