



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VIII kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM-10-18-18

Druk nr 2347
Warszawa, 14 marca 2018 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 projektami aktów
wykonawczych.**

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

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

Z poważaniem

(-) Mateusz Morawiecki

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 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.²⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 95d:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„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 podmiotu leczniczego, nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub innej inwestycji dotyczącej wykonywania działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.”,

b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a–1e w brzmieniu:

„1a. Wniosek o wydanie opinii, o której mowa w ust. 1, dotyczy inwestycji, której części tworzą komplementarną całość i są niezbędne do prawidłowego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w objętych wnioskiem dziedzinach medycyny.

1b. Przez inną inwestycję, o której mowa w ust. 1, rozumie się także roboty budowlane w rozumieniu art. 3 pkt 7 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2017 r. poz. 1332 i 1529 oraz z 2018 r. poz. 12, 317 i 352) lub wyposażenie zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, jeżeli działania te stanowią główny cel tej inwestycji.

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawę z dnia 21 lipca 2016 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 2017 r. poz. 2110, 2217, 2361 i 2434 oraz z 2018 r. poz. 107 i 138.

1c. Zmiana adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub połączenie, podział albo przekształcenie spółek, o których mowa w art. 1 § 2 ustawy z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1577 oraz z 2018 r. poz. 398), lub spółki, o której mowa w art. 860 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2017 r. poz. 459, 933 i 1132 oraz z 2018 r. poz. 398), stanowiące podstawę zmiany wpisu do rejestru, o którym mowa w art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, nie stanowi inwestycji, o której mowa w ust. 1, jeżeli jej głównym celem nie była budowa, przebudowa obiektu lub wyposażenie zakładu leczniczego podmiotu leczniczego i nie wpływa na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

1d. Przepisów ust. 1–1c, nie stosuje się w przypadku inwestycji:

- 1) która ma być sfinansowana lub współfinansowana z dotacji w wysokości nie wyższej niż 1 mln zł uzyskanej przez podmiot leczniczy od podmiotu tworzącego, którym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych;
- 2) bez względu na jej wartość, która ma być realizowana na potrzeby obronności lub bezpieczeństwa państwa.

1e. Odpowiednio Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, rozstrzyga, czy inwestycja ma być realizowana na potrzeby określone w ust. 1d pkt 2.”,

- c) w ust. 2 w pkt 4 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 5 w brzmieniu:
„5) podmiotu leczniczego prowadzonego w formie jednostki budżetowej lub jednostki wojskowej.”,
- d) w ust. 3 pkt 1 otrzymuje brzmienie:
„1) podmiot leczniczy, dla którego podmiotem tworzącym jest wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia;”,
- e) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Do określenia wartości inwestycji, o których mowa w ust. 1, 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, 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 2017 r. poz. 2343, 2175, 2201 i 2369 oraz z 2018 r. poz. 317 i 398), 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 inne koszty ponoszone w celu przekazania środka trwałego do używania;
 - 7) zmiany w środkach trwałych 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.”;
- 2) w art. 95e:
- a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, wydaje się na wniosek podmiotu:

 - 1) wykonującego działalność leczniczą,
 - 2) zamierzającego wykonywać działalność leczniczą lub

- 3) zamierzającego utworzyć podmiot leczniczy
– zwanego dalej „podmiotem wnioskującym”.”,
- b) w ust. 3:
- po pkt 5 dodaje się pkt 5a w brzmieniu:
„5a) w przypadku inwestycji dotyczącej więcej niż jednej lekarskiej dziedziny medycyny wymienionej w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – informacje o częściach inwestycji, służących udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie wskazanych dziedzin medycyny, oraz ich szacowaną wartość;”,
 - pkt 6 otrzymuje brzmienie:
„6) wypełniony formularz określony w przepisach wydanych na podstawie art. 95h ust. 1, w przypadku tworzenia nowego podmiotu leczniczego lub innej inwestycji skutkującej zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, wraz z jego numerem wygenerowanym za pośrednictwem systemu IOWISZ nie wcześniej niż w terminie miesiąca przed dniem złożenia wniosku;”,
 - po pkt 6 dodaje się pkt 6a w brzmieniu:
„6a) wypełniony formularz określony w przepisach wydanych na podstawie art. 95h ust. 2, w przypadku inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej wraz z jego numerem wygenerowanym za pośrednictwem systemu IOWISZ nie wcześniej niż w terminie miesiąca przed dniem złożenia wniosku;”,
- c) ust. 6 otrzymuje brzmienie:
- „6. Złożenie wniosku o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, podlega opłacie:
- 1) w przypadku inwestycji innej niż określona w pkt 2 i 3 – w wysokości 4000 zł;
 - 2) w przypadku inwestycji, o której mowa w art. 95e ust. 3 pkt 5a – w wysokości określonej w pkt 1, powiększonej o 1000 zł za każdą kolejną dziedzinę medycyny;
 - 3) w przypadku inwestycji o wartości poniżej 1 000 000 zł – w wysokości 2000 zł.”,

d) dodaje się ust. 7 w brzmieniu:

„7. Opłata, o której mowa w ust. 6, stanowi dochód budżetu państwa.
Potwierdzenie wniesienia opłaty dołącza się do wniosku.”;

3) w art. 95h:

a) dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1,

b) dodaje się ust. 2 w brzmieniu:

„2. 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 pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, przypisaniem im wagi oraz określeniem skali punktów możliwych do uzyskania w zakresie poszczególnych kryteriów,
- 2) sposób obliczania całkowitego wyniku punktowego w zakresie dokonywania oceny celowości, o której mowa w art. 95d ust. 1, w tym sposób obliczania 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.”;

4) w art. 95i:

a) w ust. 3 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) wskazanie kryterium, z oceną spełniania którego podmiot wnoszący protest się nie zgadza, wraz z uzasadnieniem;”,

b) po ust. 6 dodaje się ust. 6a w brzmieniu:

„6a. W opinii w sprawie protestu minister właściwy do spraw zdrowia weryfikuje prawidłowość oceny wniosku o ocenę celowości inwestycji w zakresie objętym złożonym wnioskiem.”,

c) po ust. 8 dodaje się ust. 8a i 8b w brzmieniu:

„8a. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 zdanie drugie, wojewoda przekazuje protest ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie 14 dni od jego otrzymania.

8b. W terminie określonym w ust. 8a, w oparciu o przesłany protest, wojewoda może zmienić wydaną przez siebie opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, na pozytywną. W takim przypadku wojewoda nie przekazuje protestu w sposób określony w ust. 8a.”,

d) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„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.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160 i 138) w art. 115 po ust. 4 dodaje się ust. 4a i 4b w brzmieniu:

„4a. Podmiot leczniczy może uzyskać dotację od podmiotów, o których mowa w ust. 4, wyłącznie na realizację zadania, o którym mowa w art. 114 ust. 1 pkt 2 i 3, dla którego została wydana pozytywna opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4b. Podmiot leczniczy ubiegający się o dotację, o której mowa w ust. 4, przedkłada właściwemu organowi pozytywną opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wraz z wnioskiem o dotację.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1355) art. 6 otrzymuje brzmienie:

„Art. 6. 1. W latach 2018–2027 maksymalny limit wydatków z budżetu państwa, będących konsekwencją wejścia w życie niniejszej ustawy, wynosi 72 238 254,00 zł, przy czym w kolejnych latach wyniesie maksymalnie:

- 1) 2018 r. – 4 616 441,00 zł;
- 2) 2019 r. – 6 657 934,00 zł;

- 3) 2020 r. – 6 977 584,00 zł;
- 4) 2021 r. – 7 152 053,00 zł;
- 5) 2022 r. – 7 329 012,00 zł;
- 6) 2023 r. – 7 524 511,00 zł;
- 7) 2024 r. – 7 706 620,00 zł;
- 8) 2025 r. – 7 892 405,00 zł;
- 9) 2026 r. – 8 089 726,00 zł;
- 10) 2027 r. – 8 291 968,00 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) 2018 r. – 511 675,00 zł,
 - b) 2019 r. – 642 888,00 zł,
 - c) 2020 r. – 668 016,00 zł,
 - d) 2021 r. – 685 141,00 zł,
 - e) 2022 r. – 702 420,00 zł,
 - f) 2023 r. – 719 855,00 zł,
 - g) 2024 r. – 737 452,00 zł,
 - h) 2025 r. – 756 213,00 zł,
 - i) 2026 r. – 775 118,00 zł,
 - j) 2027 r. – 794 496,00 zł;
- 2) w części pozostającej w dyspozycji poszczególnych wojewodów w kolejnych latach wyniesie:
 - a) 2018 r. – 256 548,00 zł,
 - b) 2019 r. – 375 940,00 zł,
 - c) 2020 r. – 394 348,00 zł,
 - d) 2021 r. – 404 182,00 zł,
 - e) 2022 r. – 414 162,00 zł,
 - f) 2023 r. – 425 291,00 zł,
 - g) 2024 r. – 435 573,00 zł,
 - h) 2025 r. – 446 012,00 zł,
 - i) 2026 r. – 457 163,00 zł,

j) 2027 r. – 468 592,00 zł.

3. W ramach limitu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, zatrudnienie nie przekroczy 8 etatów, przy czym w 2018 r. wyniesie co najmniej 3 etaty. W przypadku złożenia do urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia w danym roku kalendarzowym określonej liczby wniosków lub protestów zatrudnienie ulega zwiększeniu o:

- 1) 1 etat, w przypadku złożenia co najmniej 200 wniosków lub protestów,
- 2) 2 etaty, w przypadku złożenia co najmniej 250 wniosków lub protestów,
- 3) 3 etaty, w przypadku złożenia co najmniej 300 wniosków lub protestów,
- 4) 4 etaty, w przypadku złożenia co najmniej 350 wniosków lub protestów,
- 5) 5 etatów, w przypadku złożenia co najmniej 400 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.

4. W ramach limitu, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, zatrudnienie w urzędach wojewódzkich nie przekroczy 5 etatów na dany urząd, przy czym w 2018 r. wyniesie co najmniej 1 etat. W przypadku złożenia do danego wojewody w danym roku kalendarzowym określonej liczby wniosków lub protestów zatrudnienie ulega zwiększeniu o:

- 1) 1 etat, w przypadku złożenia co najmniej 75 wniosków lub protestów,
- 2) 2 etaty, w przypadku złożenia co najmniej 100 wniosków lub protestów,
- 3) 3 etaty, w przypadku złożenia co najmniej 150 wniosków lub protestów,
- 4) 4 etaty, w przypadku złożenia co najmniej 200 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 wniosków lub protestów, o których mowa odpowiednio 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 ustaleniu wynagrodzenia na poziomie uniemożliwiającym przekroczenie limitu w danym roku z zastrzeżeniem, że etaty, które już zostały przyznane, nie podlegają zmniejszeniu;
- 2) minister właściwy do spraw zdrowia wdraża mechanizm korygujący polegający na ustaleniu wynagrodzenia na poziomie uniemożliwiającym przekroczenie limitu w danym roku z zastrzeżeniem, że etaty, które już zostały przyznane, nie podlegają zmniejszeniu.”.

Art. 4. 1. Do postępowań o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, i protestów, o których mowa w art. 95i ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w sprawie negatywnych opinii o celowości inwestycji wydanych w tych postępowaniach, stosuje się przepisy dotychczasowe.

2. Do postępowań w sprawie dotacji, o której mowa w art. 115 ust. 3 ustawy zmienianej w art. 2, na realizację zadań, o których mowa w art. 114 ust. 1 pkt 2 i 3 tej ustawy, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 5. Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 95h ustawy zmienianej w art. 1 zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 95h ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 6. Ustawa wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

UZASADNIENIE

Zmiany zaproponowane w niniejszym projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, zwanej dalej „ustawą nowelizującą”, dotyczą oceny celowości inwestycji i dedykowanego tej ocenie narzędzia w postaci Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, zwanego dalej „Instrumentem”.

Przedmiotowe propozycje zmian wynikają z blisko rocznego doświadczenia w stosowaniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą nowelizowaną”, w obszarze opiniowania celowości inwestycji i z jednej strony wychodzą naprzeciw postulatam podmiotów wnioskujących oraz opiniujących wnioski o wydanie opinii o celowości inwestycji, zwane dalej „wnioskami” (w szczególności w zakresie doprecyzowania niektórych niuansów związanych z procesem uzyskiwania tejże opinii oraz wątpliwości interpretacyjnych), z drugiej zaś są przejawem działań racjonalizatorskich wynikających z praktycznego stosowania Instrumentu, jak również stosowania dotyczących go przepisów prawa i ich interpretacji.

Zmiana zaproponowana w art. 1 pkt 1 lit. a ustawy nowelizującej (dotyczy art. 95d ust. 1 ustawy nowelizowanej) ma na celu zapewnienie szerszego dostępu do opiniowania celowości inwestycji dla podmiotów leczniczych przez poszerzenie zakresu działalności podmiotów leczniczych, determinującego możliwość ubiegania się o wydanie opinii o celowości inwestycji, zwanych dalej „opiniami”. Dotychczas obszar ten był ograniczony do wykonywania działalności leczniczej z zakresu leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej.

Zamiarem projektodawcy jest rozszerzenie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, wobec których istnieje możliwość złożenia wniosku, tak by możliwość jego złożenia była jak najszersza. Projektodawca uzasadnia powyższe zamierzenie również faktem, że od początku 2017 r. są dostępne mapy potrzeb zdrowotnych obejmujące obszar dodatkowych zakresów świadczeń w stosunku do dotychczasowych trzech zakresów określonych w zmienianym przepisie ustawy nowelizowanej. Jest to o tyle istotne, że oceny celowości inwestycji dokonuje się w oparciu m.in. o mapy potrzeb zdrowotnych, przy czym pierwotnie, czyli przed dniem 31 grudnia 2016 r., omawiane mapy zostały

opublikowane jedynie dla zakresu leczenia szpitalnego (mapy te opublikowano w dniu 30 kwietnia 2016 r.). Zasadnym wydaje się skorelowanie zakresu opiniowania (uprawnienia do wnioskowania o uzyskanie opinii) ze stanem faktycznym w przedmiocie mapowania potrzeb w zakresie ochrony zdrowia, stąd też propozycja dodania możliwości wnioskowania o wydanie opinii (a tym samym uzyskania samej opinii) także w przypadku przedsięwzięć inwestycyjnych dotyczących dodatkowych zakresów świadczeń opieki zdrowotnej.

W kontekście tak przedstawiającego się stanu faktycznego i prawnego, za zasadne uznano podjęcie działań zmierzających do skorelowania uprawnień wynikających z ustawy nowelizowanej z warunkami stawianymi inwestorom na etapie wnioskowania o dofinansowanie. Ma to na celu uniknięcie sytuacji wymagania przedkładania opinii w odniesieniu do inwestycji dotyczących takich zakresów świadczeń, które z punktu widzenia ustawy nowelizowanej nie mają szansy takiej opinii uzyskać. Innymi słowy, celem projektodawcy jest umożliwienie stawianie wszystkim podmiotom w tej samej sytuacji (starających się o te same środki europejskie) takich samych wymagań formalnych w ramach konkursów prowadzonych w poszczególnych programach operacyjnych (jednocześnie pozostawiając możliwość określenia samych wymagań formalnych instytucjom zarządzającym).

Dodatkowo zdecydowano o umożliwieniu uzyskania fakultatywnej opinii niezależnie od wartości inwestycji we wszystkich przypadkach, a nie tylko na potrzeby starania się przez wnioskodawcę o środki europejskie.

W ocenie projektodawcy proponowane rozwiązania zmierzające – z jednej strony – do poszerzenia zakresu opiniowania, z drugiej – zniesienia ww. pułapu wartości inwestycji nie spowodują spowolnienia inwestycji w ochronie zdrowia, w szczególności dotyczących sprzętu czy aparatury wysokospecjalistycznej (wyrobów medycznych). W praktyce decyzja o tym, czy wystąpić z wnioskiem, zapada na względnie wczesnym etapie projektowania inwestycji i procedura w tym względzie jest na swój sposób „kalkulowana” jako konieczna do przeprowadzenia w toku etapu poprzedzającego faktyczne wykonanie inwestycji (względnie w ramach już realizowanej inwestycji), z uwzględnieniem czasu na przeprowadzenie procedury. Jednocześnie wskazać należy, że zwłaszcza tam, gdzie posiadanie pozytywnej opinii jest konieczne (przedsięwzięcia dofinansowywane ze środków europejskich), jak i tam, gdzie posiadanie takiej opinii jest

wysoce pożądanę, wiążąc się z pewnym benefitem (np. punktami w konkursie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych) w ramach prowadzonych konkursów o wybór ofert o realizację świadczeń opieki zdrowotnej, złożenie wniosku o wydanie omawianej opinii i jej uzyskanie musi się dokonać w ramach terminów przewidzianych dla procedury konkursowej. Innymi słowy konkursy, w jakich inwestorzy biorą udział, determinują maksymalne terminy, w jakich podmioty powinny takie opinie ostatecznie uzyskać. Ponieważ uzyskanie pozytywnej opinii nie jest celem samym w sobie, ale opinie te są użyteczne na potrzeby omawianych postępowań konkursowych, obawa o ryzyko tego, że potencjalni inwestorzy będą zwlekać z aplikowaniem o wydanie opinii, co spowoduje ogólne spowolnienie inwestycji w obszarze zdrowia, nie znajduje podstaw.

Zmiana zaproponowana w art. 1 pkt 1 lit. b ustawy nowelizującej:

- 1) w zakresie dodania ust. 1a w art. 95d ustawy nowelizowanej – jest ukierunkowana na uwydatnienie jednego z celów opiniowania, jakim jest obejmowanie wnioskami inwestycji w możliwie najszerszym ich zakresie w tych przypadkach, kiedy inwestycje mają charakter złożony, a poszczególne ich elementy są ze sobą immanentnie związane; przepis ten ma służyć ograniczeniu zbyt częstej praktyki składania wniosków odrębnie dla poszczególnych części jednej inwestycji;
- 2) w zakresie dodania ust. 1b w art. 95d ustawy nowelizowanej – ma na celu doszczegółowienie, na czym konkretnie, dla potrzeb określonych ustawą nowelizowaną, mają polegać inwestycje, które mogą być objęte opiniowaniem – przez zastosowanie dynamicznego odesłania do definicji zawartych w ustawie z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2017 r. poz. 1332, z późn. zm.); zmiana ta ma na celu uniknięcie dalszych wątpliwości interpretacyjnych;
- 3) w zakresie dodania ust. 1c w art. 95d ustawy nowelizowanej – ma na celu unormowanie, że zmiana adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub połączenie, podział albo przekształcenie spółek, stanowiące podstawę zmiany wpisu do rejestru, o którym mowa w art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, z późn. zm.), nie stanowią inwestycji w rozumieniu ustawy nowelizowanej; ma to na celu uniknięcie dalszych wątpliwości interpretacyjnych;
- 4) w zakresie dodania ust. 1d i 1e w art. 95d ustawy nowelizującej – ma na celu wyłączenie przepisów ust. 1–1c, w przypadku inwestycji, która ma być sfinansowana

lub współfinansowana z dotacji w wysokości nie wyższej niż 1 mln zł uzyskanej przez podmiot leczniczy od podmiotu tworzącego, którym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, albo bez względu na jej wartość, która ma być realizowana na potrzeby obronności lub bezpieczeństwa państwa; o tym, czy dana inwestycja spełnia tenże warunek, będzie decydował odpowiednio Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia.

Zmiana zaproponowana w art. 1 pkt 1 lit. c ustawy nowelizującej (dotyczy dodania w art. 95d w ust. 2 ustawy nowelizowanej dodatkowego pkt 5) ma na celu rozszerzenie katalogu podmiotów, w odniesieniu do których nie wydaje się opinii, o podmioty lecznicze prowadzone w formie jednostki budżetowej, które to jednostki choć spełniają wszystkie warunki wymagane do przekładania opinii, to jednak wszystkie swoje wydatki pokrywają bezpośrednio z budżetu, natomiast wszystkie dochody odprowadzają odpowiednio albo na rachunek budżetu państwa, albo na rachunek jednostki samorządu terytorialnego. Stąd nie ma podstaw, aby takie podmioty mogły, choćby teoretycznie, występować o wydanie opinii.

Zmiana zaproponowana w art. 1 pkt 1 lit. d ustawy nowelizującej (dotyczy zmodyfikowania treści art. 95d ust. 3 pkt 1 ustawy nowelizowanej) przez wskazanie, że minister właściwy do spraw zdrowia, zwany dalej „ministrem”, jest organem właściwym do wydania opinii w odniesieniu do podmiotów leczniczych, dla których jest podmiotem tworzącym (a nie tylko, dla których podmiotem tworzącym jest wojewoda) – w praktyce dotyczy dwóch podmiotów leczniczych i służy zapewnieniu spójności opiniowania.

Zmiana zaproponowana w art. 1 pkt 2 lit. a ustawy nowelizującej (dotyczy art. 95e ust. 1 ustawy nowelizowanej) ma na celu umożliwienie złożenia wniosku również przez podmiot zamierzający utworzyć podmiot leczniczy (rozszerzenie zakresu podmiotowego składania wniosku). Jest to podyktowane licznymi postulatami kierowanymi do ministra, w szczególności ze strony władz jednostek samorządu terytorialnego oraz uczelni medycznych. W ocenie projektodawcy zaproponowana zmiana przyczyni się do uniknięcia możliwych sytuacji konieczności faktycznego utworzenia podmiotu leczniczego, aby ten mógł ubiegać się o wydanie opinii (tj. bez możliwości złożenia wniosku wcześniej przez podmiot tworzący, który dopiero zamierzałby podmiot leczniczy utworzyć).

Zmiana zaproponowana w art. 1 pkt 2 lit. b ustawy nowelizującej (dotyczy art. 95e ust. 3 ustawy nowelizowanej) polega na uzupełnieniu wykazu elementów, jakie musi zawierać wniosek, o wyodrębnioną informację o częściach inwestycji mających służyć udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie wskazanych lekarskich dziedzin medycyny, wraz z informacją o szacowanej wartości tych części inwestycji. Omawiana informacja pozwoli w sposób bardziej kompleksowy i wnikliwy oceniać inwestycje o wysokim stopniu dywersyfikacji udzielnych świadczeń opieki zdrowotnej. Jest to konieczne w przypadku inwestycji złożonych, takich jak budowa nowego szpitala, gdzie osobno jest oceniana celowość poszczególnych oddziałów z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych w poszczególnych zakresach na danym obszarze. Rozwiązanie to ma umożliwić najbardziej rzetelną ocenę inwestycji najbardziej kosztochłonnnych i o największym wpływie na system ochrony zdrowia.

Zmiana zaproponowana w art. 1 pkt 2 lit. c ustawy nowelizującej ma na celu zróżnicowanie wysokości opłat za złożenie wniosku w zależności od tego, czy inwestycja, której dotyczy wniosek, ma mieć charakter złożony (wieloprofilowy), czy nie. Co do zasady wysokość opłaty pozostawia się na niezmiennym poziomie 4000 zł, przy czym w przypadku inwestycji dotyczących więcej niż 1 lekarskiej dziedziny medycyny wymienionej w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej projektodawca proponuje, aby za drugą i kolejne dziedziny medycyny ww. opłata była powiększana o 1000 zł od każdej. Propozycja ta podyktowana jest tym, że w przypadku wniosków dotyczących inwestycji wieloprofilowych nakład pracy i czas poświęcony na zaopiniowanie wniosku są zwielokrotnione, w związku z czym powinny znajdować odzwierciedlenie w powiększonej kwocie opłaty. Jednocześnie propozycja ta zmierza w kierunku zachęcenia podmiotów wnioskujących do możliwie szerokiego ujmowania we wnioskach swych zamiarów inwestycyjnych (w ramach podejścia całościowego do realizowanych inwestycji), co jest w ocenie projektodawcy niejednokrotnie lepszym rozwiązaniem w stosunku do składania odrębnych wniosków (i uiszczania z tego tytułu kolejnych opłat, każdorazowo w wysokości 4000 zł).

Jednocześnie jest proponowana również niższa opłata w wysokości 2000 zł dla inwestycji o wartości do 1 000 000 zł. W pierwszej kolejności należy wskazać, iż obniżenie opłaty jest podyktowane koniecznością zapewnienia, że podmioty składające wniosek nie będą obciążone nimi w sposób nadmierny. Proponowane opłaty nie są również wygórowane

w stosunku do inwestycji, które w rzeczywistości mogą podlegać ocenie (np. 2000 zł opłaty oznacza w przypadku inwestycji o wartości 500 000 zł, że wynosi ona 0,4% wartości inwestycji – a przy wyższej wartości odpowiednio mniej, co więcej może podlegać rozliczeniu jako koszt kwalifikowany).

Jednocześnie niecelowe, w opinii projektodawcy, jest wprowadzanie całkowitych zwolnień od opłaty, nie tylko ze względu na koszt samej oceny, ale również fakt, iż opłata o najniższej nawet wysokości służy w dużej mierze zapewnieniu odpowiedniej jakości składanych wniosków (podmiot nie będzie ponosił opłaty w przypadku, gdy sam oceni swoją inwestycję jako niedającą możliwości uzyskania pozytywnej opinii). Brak zwolnienia z opłat będzie również instrumentem eliminowania sytuacji składania wniosków o tak oczywiście niskiej jakości, że uniemożliwia to uzyskanie pozytywnej opinii.

Wartość progowa inwestycji podlegających niższej opłacie została zweryfikowana w oparciu o rodzaje inwestycji, które mogą zostać zrealizowane we wskazanej wartości – przyjęto opłatę w wysokości 2000 zł dla inwestycji o wartości do 1 000 000 zł. Zgodnie z szacunkami zawartymi w biuletynie Cen Modernizacji i Remontów BCM SEKOCENBUD wskazana kwota odpowiada:

- 1) remontowi o dużym zakresie – przychodni zdrowia o powierzchni użytkowej ponad 500 m² do 1000 m² (szacowany koszt 1 092 650,67 zł);
- 2) remontowi o średnim zakresie – przychodni zdrowia o powierzchni użytkowej ponad 1000 m² do 2500 m² (szacunkowy koszt 888 161,51 zł);
- 3) przebudowie oddziału szpitalnego (szacunkowy koszt w zależności od oddziału, np. 520 503,21 zł – oddział fizykoterapii, 1 296 150,18 zł – oddział ginekologiczno-położniczy).

Inwestycje o wartości do 1 000 000 zł będą stanowić co do zasady inwestycje odtworzeniowe, a więc o ograniczonym zasięgu oddziaływania, co powoduje, że ich ocena będzie stosunkowo mniej czasochłonna.

W praktyce po wejściu w życie projektowanych przepisów podmioty bardzo rzadko będą starały się uzyskać opinię dla inwestycji o tak niskiej wartości.

Projektodawca nie uznaje za celowe wprowadzenie całkowitego zwolnienia od opłat w przypadku dotacji, o których mowa we wskazanych przepisach – ze środków budżetu państwa pozostających w dyspozycji poszczególnych ministrów, urzędów centralnych

administracji państwowej oraz wojewodów (a tylko takich dotyczy projektowany przepis) – nie powinno być składanych wniosków na inwestycje o tak niskiej wartości. Wydaje się, że inwestycje o niskiej wartości nie powinny być finansowane z takich dotacji (podmiot prawidłowo gospodarujący środkami własnymi powinien być w stanie je sfinansować samodzielnie, ewentualnie starać o pozyskanie środków europejskich).

Zmiana zaproponowana w art. 1 pkt 3 ustawy nowelizującej (dotyczy oznaczenia dotychczasowej treści art. 95h ustawy nowelizowanej jako ust. 1 i dodania ust. 2) ma na celu ukonstytuowanie drugiego – obok dotychczasowego – formularza Instrumentu dedykowanego wyłącznie inwestycjom o charakterze odtworzeniowym (tzn. pozostającym bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej). W projektowanym przepisie zawarto upoważnienie ustawowe do wydania rozporządzenia, które w szczególności określi wzór, a więc i treść takiego formularza, algorytm wyliczania całkowitego wyniku punktowego umożliwiającego uzyskanie opinii pozytywnej, jak również minimalną liczbę punktów wymaganych do uzyskania opinii.

Propozycje te wzorowano na dotychczas obowiązujących przepisach, które docelowo będą dotyczyć inwestycji polegającej na utworzeniu nowego podmiotu leczniczego lub innej inwestycji, skutkującej zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Celem proponowanej zmiany jest oddanie odmiennego charakteru inwestycji służących zachowaniu dotychczasowego zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, które z natury rzeczy nie mają charakteru innowacyjnego i nie powodują zmiany w zakresie dostępu do nowych świadczeń, jednocześnie zapewniając utrzymanie dostępnej bazy infrastrukturalnej.

Ponadto w art. 1 pkt 4 projektu proponuje się:

- 1) doprecyzowanie art. 95i ust. 3 pkt 5 ustawy nowelizowanej (zmiana ta ujęta jest w art. 1 pkt 4 lit. a ustawy nowelizującej);
- 2) dodanie do zmienianego art. 95i ustawy nowelizowanej dodatkowego ust. 6a nakładającego na ministra obowiązek uwzględnienia w opinii w sprawie protestu elementu weryfikacji oceny celowości; w obowiązujących przepisach wskazano jedynie, iż minister rozpatruje protest w terminie 30 dni od dnia jego doręczenia; wprowadzenie przepisu ust. 6a stanowi uzupełnienie i doprecyzowanie oraz eliminuje mogące powstawać wątpliwości interpretacyjne dotyczące zakresu oceny dokonywanej w wyniku złożenia protestu;

- 3) umożliwienie wojewodzie – w przypadku wniesienia protestu w sprawie wydanej przez niego opinii – zapoznania się z treścią protestu i ewentualnego dokonania zmiany pierwotnie wydanej opinii (w zakresie oceny poszczególnych kryteriów czy uzasadnienia – jeżeli dotyczy), ale tylko w przypadku zmiany o charakterze pozytywnym dla składającego protest, co z kolei wyłączy konieczność przekazania protestu ministrowi (zmiana ta ujęta jest w art. 1 pkt 4 lit. c ustawy nowelizującej w zakresie dodania ust. 8a i 8b w art. 95i ustawy nowelizowanej); dotychczasowa praktyka oceny protestów wskazuje, że niejednokrotnie pozytywne rozstrzygnięcie protestu przez ministra (w stosunku do negatywnej opinii wojewody) wynikało z faktu, iż w ramach protestu podmiot wnioskujący przedstawiał ministrowi szersze informacje (czy też takie, których pierwotnie nie przedstawił wojewodzie w ogóle), w związku z czym wojewoda, nie mając kompleksowej wiedzy na temat danej inwestycji, wydawał opinie negatywne, co też stawało się następnie przyczynkiem do wniesienia protestu; proponowane usprawnienie ma na celu umożliwienie wojewodzie zapoznania się ze wszystkimi nowymi informacjami dotyczącymi danej inwestycji i daje szansę na ewentualną rewizję uprzednio wydanej opinii (zmiana opinii), nim formalnie protest zostałby rozpatrzony przez ministra; ma to przynieść efekt nieprzekazywania przez wojewodę protestów do ministra, w przypadkach gdy opinia zostanie zmieniona na pozytywną.

Przez zawartą w art. 2 projektu zmianę ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wprowadzono obowiązek uzyskania pozytywnej opinii i jej przedłożenia organowi przyznającemu dotacje udzielane z budżetu państwa w trybie art. 115 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Obejmuje to dotacje udzielone przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę (podmioty wskazane w art. 115 ust. 4 ww. ustawy) na remont lub zakup sprzętu. Tym samym uzyskanie tych dotacji będzie możliwe wyłącznie po ocenie inwestycji z wykorzystaniem narzędzia IOWISZ. Taki zakres zmian jest powodowany potrzebą zapewnienia konsekwencji działań ministra i administracji rządowej – dbając o celowe wykorzystanie środków publicznych, organ powinien dotować wyłącznie inwestycje, które były pozytywnie opiniowane w tym zakresie. Pozwoli to na finansowanie inwestycji, które zostały należycie przemyślane i uzasadnione, gwarantując odpowiednie dysponowanie środkami publicznymi.

W ustawie przewidziano minimalny poziom dopuszczalnego zwiększenia liczby etatów w organach opiniujących wynikający z liczby dotychczas złożonych wniosków i uwzględniający nierównomierne składanie wniosków w poszczególnych województwach w czasie.

Od początku 2017 r. do końca sierpnia 2017 r. do Ministerstwa Zdrowia wpłynęło 107 wniosków oraz 53 protesty od wydanych negatywnych opinii. Łącznie do Ministerstwa Zdrowia wpłynęło 160 wniosków. Natomiast do urzędów wojewódzkich łącznie od początku 2017 r. wpłynęło 600 wniosków. Zgodnie z obowiązującymi przepisami dopiero w kolejnym roku kalendarzowym organ wydający opinię, pomimo znacznego przekroczenia limitu wniosków w danym roku, może starać się o zwiększenie zatrudnienia na potrzeby opiniowania celowości inwestycji.

Należy zaznaczyć, że opiniowanie wniosków jest bardzo czasochłonne z uwagi na obszerną ilość informacji (kilkadziesiąt stron) zawartą w jednym wniosku i całą procedurę związaną z wydaniem opinii; najistotniejsze z nich to:

- 1) ocena formalna wniosku, wezwanie do ewentualnych braków formalnych w terminie do 7 dni od daty wpłynięcia wniosku;
- 2) ustawowy – 14-dniowy czas na wydanie opinii przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 3) przygotowanie propozycji opinii do departamentów merytorycznych w celu zgłoszenia uwag (kilkudniowy termin);
- 4) porównanie zgłoszonych przez departamenty uwag (po raz kolejny przeanalizowanie wniosku);
- 5) przygotowanie ostatecznej opinii w terminie do 45 dni od daty wpłynięcia prawidłowo wypełnionego wniosku.

Mając na uwadze powyższe, aktualnie zasób kadrowy do obsługi systemu IOWISZ nie jest w stanie zagwarantować terminowej obsługi wniosków. Biorąc pod uwagę treść projektu ustawy w zakresie obowiązku uzyskania pozytywnej opinii dla podmiotów, które chcą otrzymać dotację z budżetu państwa, oraz harmonogram ogłaszania konkursów w ramach środków europejskich, należy spodziewać się wzrostu liczby składanych wniosków.

Od wejścia w życie przepisów ustawy z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz

niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1355) do końca sierpnia 2017 r., tj. przez jeden rok funkcjonowania tych przepisów, do ministra złożono 170 wniosków (według stanu na dzień 9 września 2017 r.), z czego wydano 108 opinii (w tym 79 pozytywnych i 29 negatywnych). Jednocześnie do wszystkich urzędów wojewódzkich wpłynęło 991 wniosków (według stanu na dzień 9 września 2017 r.), z czego wydano 746 opinii (w tym 644 pozytywne i 102 negatywne). Należy jednak zaznaczyć, że liczba wydanych negatywnych opinii (przez ministra i wojewodów), tj. 131 opinii, świadczy o liczbie niezrealizowanych (głównie ze środków unijnych) inwestycji niecelowych. Oznacza to efektywniejsze wydatkowanie środków publicznych kierowanych na poprawę infrastruktury ochrony zdrowia. Ocena wpływu instrumentu na poprawę systemu zdrowia będzie możliwa w dłuższym okresie na podstawie analizy kolejnych map potrzeb zdrowotnych.

Potencjalni wnioskodawcy to łącznie 19 827 odrębnych podmiotów leczniczych, z których:

- 1) 18 600 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w trybie leczenia stacjonarne, ambulatoryjne (wg funkcji ochrony zdrowia HC 1.1-1.3);
- 2) 5715 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rehabilitacji (wg funkcji ochrony zdrowia HC 2.1-2.4, 2.9);
- 3) 2906 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w trybie długoterminowej opieki pielęgnacyjnej (wg funkcji ochrony zdrowia HC 3.1-3.4).

Przez rok funkcjonowania ustawy nowelizowanej przychody budżetu państwa z tytułu złożonych wniosków w ww. liczbie, przy opłacie w wysokości 4000 zł za wniosek, wyniosły ok. 4,644 mln zł, zaś łączna wartość inwestycji, których dotyczyły złożone dotychczas wnioski, to ok. 20,84 mld zł. Powyższe odnosi się do łącznej wartości inwestycji, które konkurują o te same środki, a zatem nie daje odpowiedzi, ile miałyby zostać alokowane po otrzymaniu pozytywnej opinii przez wszystkie inwestycje, niemniej jednak wydaje się, że obrazuje skalę oddziaływania instrumentu IOWISZ, tj. to, w jakim zakresie minister oraz wojewodowie uzyskali dodatkowe, efektywne narzędzie zarządzania systemem ochrony zdrowia.

W art. 4 ustawy nowelizującej proponuje się zawrzeć przepis intertemporalny, zgodnie z którym do wszczętych a niezakończonych postępowań o wydanie opinii zastosowanie będą miały przepisy dotychczasowe.

W związku z tym, że nowelizacji dokonuje się także w art. 95h oraz art. 95d ustawy nowelizowanej (do treści którego art. 95h odsyła), w dniu wejścia w życie ustawy nowelizującej nastąpi uchylene rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2016 r. w sprawie wzoru formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (Dz. U. poz. 1539). Projektodawca proponuje (w art. 5 projektu) wyjątkowo tymczasowe utrzymanie dotychczas obowiązującego rozporządzenia w mocy, przez okres nie dłuższy niż 12 miesięcy, do dnia wejścia w życie nowego rozporządzenia ministra w przedmiotowym zakresie, odpowiednio skorygowanego i dostosowanego do nowego brzmienia art. 95d. Takie rozwiązanie jest konieczne z punktu widzenia zapewnienia dostatecznie długiego okresu na poddanie projektowanego rozporządzenia odpowiednio długo trwającym uzgodnieniom i konsultacjom.

W art. 6 ustawy nowelizującej proponuje się, aby ustawa weszła w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia. Pozostaje to w zgodzie z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1523). Wprowadzenie 30-dniowej *vacatio legis* jest związane z koniecznością zapoznania się i dostosowania adresatów norm prawnych do zmienionych przepisów.

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

Nie przewiduje się istotnego wpływu projektowanych zmian na funkcjonowanie małych ani mikroprzedsiębiorców, co wynika ze specyfiki udzielania świadczeń w zakresach objętych opiniowaniem. Zasadniczo będą one realizowane w podmiotach, które z punktu widzenia przyjętego podziału przedsiębiorców w oparciu o wielkość zatrudnienia będą kwalifikowane najczęściej jako duzi, względnie – średni przedsiębiorcy. Jeśli chodzi o tych ostatnich, to projektowane zmiany będą ich dotyczyły, a przejawiać się to będzie w konieczności dostosowania się do nowych regulacji, o ile oczywiście przedsiębiorcy ci będą zainteresowani aplikowaniem o wydanie opinii.

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

Projekt nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

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 Pani Katarzyna Głowala – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pan Jakub Adamski – Zastępca Dyrektora w Departamencie Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia e-mail: j.adamski@mz.gov.pl / tel. służb.: (22) 86-01-105	Data sporządzenia: 19.02.2018 r. Źródło: Inicjatywa własna Ministra Zdrowia Nr w wykazie prac RM: UD 224
--	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Rozwiązywanym problemem jest to, że w ocenie projektodawcy możliwością wnioskowania o wydanie opinii o celowości inwestycji objęte jest zbyt wąskie spektrum podmiotów leczniczych. W związku z powyższym zmiana zaproponowana w art. 1 pkt 1 lit. a projektu dotycząca art. 95d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą nowelizowaną”, ma na celu zwiększenie możliwych opcji ubiegania się o rzeczową opinię.

Ponadto propozycja wyrażona w art. 2 projektu wprowadzająca wiążącą możliwość ubiegania się o dotację, o której mowa w art. 115 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, z późn. zm.), z faktem posiadania pozytywnej opinii o celowości inwestycji. Pozwoli to na zwiększenie efektywności i trafności podejmowanych decyzji o przyznaniu dotacji, ze względu na zewnętrzną, wnikliwą i względnie kompleksową ocenę inwestycji, co jest determinowane specyfiką i szczegółowością analizy inwestycji, jaką umożliwia jedynie narzędzie Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, zwanego dalej „IOWISZ”.

Minister Zdrowia stoi na stanowisku, iż wsparcie ze środków publicznych powinny otrzymywać wyłącznie te przedsięwzięcia inwestycyjne, które są faktycznie celowe, a więc odpowiadają istniejącym potrzebom zdrowotnym, mogą wesprzeć ochronę zdrowia na danym obszarze. Tymczasem w ramach wnioskowania o dotacje na realizację inwestycji, podmioty często nie przedstawiają informacji istotnych dla wnikliwej oceny danego przedsięwzięcia. Inwestor przekazuje wówczas dużo mniej informacji niż te będące przedmiotem weryfikacji w ramach oceny wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji (ujawniane przede wszystkim w załączanym do wniosku formularzu IOWISZ). Tym samym, w przypadku wpłynięcia takiego wniosku, Minister Zdrowia posiada znacznie uszczuplone możliwości oceny na podstawie tak skąpych informacji, w stosunku do zakresu informacji, jakie przewiduje przyjęta nowelizowaną ustawą dedykowana procedura oceny celowości inwestycji.

W ocenie projektodawcy stan ten wymaga ingerencji ustawodawcy, w związku z czym odnośna propozycja nowelizacji stosownego przepisu.

Ponadto projektodawca uznaje za uzasadnione dodanie w art. 1 pkt 2 lit. b projektu (dotyczącym zmiany art. 95e ust. 3 ustawy nowelizowanej) przepisu mającego w założeniu zobowiązywać podmioty wnioskujące do maksymalnie kompleksowego ujmowania inwestycji (części inwestycji) w ramach składanych przez siebie wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji. Z tą zmianą immanentnie powiązana jest propozycja zawarta w art. 1 pkt 2 lit. c projektu w zakresie – częściowo nowelizacji ust. 6, częściowo – dodania ust. 7 w art. 95e ustawy nowelizowanej, dotycząca zróżnicowania wysokości opłaty za złożenie wniosku o wydanie opinii – w zależności od stopnia złożoności inwestycji (a więc i samego procesu opiniowania złożonego wniosku).

Przepisy dotyczące części inwestycji mają na celu zapewnienie, że każda z niezależnych części będzie posiadała odpowiednie uzasadnienia, pozwalające na jego zewnętrzną ocenę. W doświadczeniu oceniający podmioty składające wnioski starają się uzasadniać tylko część inwestycji, licząc, że zostanie ona w całości zaakceptowana, pomimo iż jej niektóre elementy mogą być oczywiście niecelowe.

Do zmian racjonalizatorskich zaliczyć należy także zaproponowany w art. 1 pkt 2 lit c i pkt 3 projektu rozdział inwestycji na mające i niemające wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz związany z tym podział w obrębie art. 95h ustawy nowelizowanej, dający podstawę także do wydania rozporządzenia w sprawie formularza IOWISZ dla inwestycji odtworzeniowych.

Szereg zaproponowanych zmian ma na celu usunięcie problemów interpretacyjnych. Przykładem jest tu doprecyzowanie w art. 1 pkt 1 lit. b projektu, że zmiany organizacyjne polegające na podziale czy przekształceniu, jak również zmiana miejsca udzielania świadczeń, nie stanowią podstawy do ubiegania się o wydanie opinii o celowości inwestycji. Inna tego typu propozycja polega na sprecyzowaniu – w ramach tej samej jednostki redakcyjnej – że inwestycja, o której mowa w art. 95d ust. 1, polega także na robotach budowlanych, w rozumieniu ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2017 r. poz. 1332, z późn. zm.), lub na wyposażeniu podmiotu leczniczego, o ile działanie te stanowią jej główny cel.

Część proponowanych zmian sprowadza się do uproszczenia procedur. Należy tu wskazać np. na propozycję wyrażoną w art. 1 pkt 4 lit. c i d projektu w zakresie:

- 1) dodania ust. 8b w art. 95i ustawy nowelizowanej, sprowadzającą się do usankcjonowania braku konieczności przekazywania protestu do rozstrzygnięcia przez Ministra Zdrowia w przypadku zmiany przez wojewodę opinii na pozytywną;
- 2) zmiany w ust. 9 art. 95i ustawy nowelizowanej, na mocy której rezygnuje się ze zbędnego – w ocenie projektodawcy – obowiązku informowania podmiotu wnioskującego przez organ oceniający o fakcie niepodlegania protestu rozpatrzeniu i jego przyczynach, w drodze postanowienia.

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

Projektodawca rekomenduje rozwiązanie legislacyjne, ponieważ obarczone dużym ryzykiem byłoby osiąganie celów projektu za pośrednictwem innych narzędzi niż zmiany w prawie, w szczególności przez celowościową interpretację tych przepisów. Jeżeli chodzi o wspomniane cele projektu, wskazuje się, że wolą projektodawcy jest wyeliminowanie problemów i realizacja postulatów wskazanych w sekcji 1 niniejszego dokumentu, w tym zwłaszcza realizacja celów racjonalizatorskich, tj. uczynienia opiniowania celowości inwestycji, jak i dedykowanego temu procesowi narzędzia IOWISZ, bardziej przyjaznym dla uczestników tego procesu, a ponadto nastawionym na optymalizację procesu opiniowania przez uwydatnienie znaczenia kompleksowego podejścia do realizowanych inwestycji i dotyczących ich wniosków.

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

Projekt przewiduje wdrożenie rozwiązań będących skutkiem ewaluacji funkcjonowania opiniowania celowości inwestycji w Rzeczypospolitej Polskiej. Istniejące rozwiązanie w postaci systemu IOWISZ ma charakter unikalny, a przez to nie ma możliwości odniesienia się do rozwiązań szczegółowych w innych krajach. Prowadzone prace legislacyjne stanowią kontynuację podjętych uprzednio działań.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Podmioty lecznicze	18 600 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w trybie leczenia stacjonarne, ambulatoryjne (wg funkcji ochrony zdrowia HC 1.1-1.3); 5715 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rehabilitacji (wg funkcji ochrony zdrowia HC 2.1-2.4, 2.9); 2906 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w trybie długoterminowej opieki pielęgnacyjnej (wg funkcji ochrony zdrowia HC 3.1-3.4)	Rejestry Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (niektóre podmioty mogą udzielać świadczeń w więcej niż jednym trybie)	– znaczne poszerzenie spektrum podmiotów, które będą mogły ubiegać się o wydanie opinii o celowości inwestycji, – rozdział typów wniosków (i dedykowanych im formularzy IOWISZ) na dotyczące inwestycji odtworzeniowych i innych niż odtworzeniowe. Obie ww. zmiany mogą przynieść efekt zmniejszenia obaw podmiotu wnioskującego o złożenie wniosku poza zakresem ustawy, a zatem posiadają w sobie czynnik zachęty do składania wniosków. – zwiększenie zakresu i ilości danych do zawarcia we wniosku – w przypadku inwestycji złożonych, – podwyższenie wysokości opłaty za złożenie wniosku w przypadku inwestycji złożonej.
Urzędy Wojewódzkie	16	dane własne	– uproszczenie procedury informowania podmiotu wnioskującego o

			pozostawieniu protestu bez rozpatrzenia, – wprowadzenie możliwości zmiany opinii bez konieczności kierowania protestu do MZ, – możliwe zwiększenie skomplikowania poszczególnych wniosków, przy zmniejszeniu ogólnej liczby wniosków odpowiadających poszczególnym częściom inwestycji, a zwiększeniu wniosków dot. inwestycji złożonych, – zwiększenie liczby wniosków wynikające ze zwiększenia zakresu opiniowania.
Ministerstwo Zdrowia	1	dane własne	– możliwe zwiększenie skomplikowania poszczególnych wniosków, przy zmniejszeniu ogólnej liczby wniosków odpowiadających poszczególnym częściom inwestycji, a zwiększeniu wniosków dot. inwestycji złożonych, – zwiększenie liczby wniosków wynikające ze zwiększenia zakresu opiniowania.
Odziały wojewódzkie NFZ + Centrala	17	dane własne	– możliwe zwiększenie skomplikowania poszczególnych wniosków, przy zmniejszeniu ogólnej liczby wniosków odpowiadających poszczególnym częściom inwestycji, a zwiększeniu wniosków dot. inwestycji złożonych, – zwiększenie liczby wniosków wynikające ze zwiększenia zakresu opiniowania.

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

W ramach szerokich konsultacji publicznych i opiniowania projekt został skierowany do następujących podmiotów z 21-dniowym terminem na zgłaszanie uwag:

- 1) wojewodów;
- 2) stowarzyszeń w ochronie zdrowia, w tym działających na rzecz pacjentów (takich jak: Unia Szpitali Klinicznych, Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia; Stowarzyszenie „Primum Non Nocere”; Federacja Pacjentów Polskich, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Fundacja S. Batorego);
- 3) 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 Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji 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);

- 4) 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; Konfederacja 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);
- 5) 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, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Collegium Medicum – Uniwersytet Jagielloński, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu);
- 6) organizacji i zrzeszeń jednostek samorządu terytorialnego (takich jak: Unia Metropolii Polskich, Związek Miast Polskich, Związek Powiatów Polskich, Federacja Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwent Marszałków Województw);
- 7) innych reprezentatywnych organizacji, takich jak Związek Rzemiosła Polskiego;
- 8) organów samorządów zawodowych: Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Aptekarskiej, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych i Krajowej Rady Fizjoterapeutów;
- 9) 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. z 2016 r. poz. 1006, 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. z 2017 r. poz. 248) 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 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 [w zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0–10)
Dochody ogółem	2 785 982	5 715 650	5 763 226	5 812 169	5 862 522	5 914 320	5 967 607	6 022 426	6 078 816	6 136 830	6 196 502	62 256 050 zł
budżet państwa	2 116 444	4 247 515	4 251 202	4 254 983	4 258 857	4 262 828	4 266 898	4 271 071	4 275 348	4 279 732	4 284 225	44 769 103 zł
JST	63 852	141 757	145 987	150 339	154 818	159 427	164 169	169 049	174 070	179 238	184 554	1 687 260 zł
NFZ	114 398	235 712	242 832	250 160	257 703	265 467	273 458	281 683	290 147	298 860	307 826	2 818 246 zł
FP	36 095	80 132	82 523	84 982	87 515	90 119	92 800	95 558	98 396	101 317	104 322	953 759 zł
FUS	455 193	1 010 534	1 040 682	1 071 705	1 103 629	1 136 479	1 170 282	1 205 065	1 240 855	1 277 683	1 315 575	12 027 682 zł
Wydatki ogółem	1 748 446	3 732 932	3 978 584	4 078 053	4 180 012	4 284 511	4 391 620	4 501 405	4 613 951	4 729 295	4 847 520	45 086 319 zł
budżet państwa	1 748 446	3 732 932	3 978 584	4 078 053	4 180 012	4 284 511	4 391 620	4 501 405	4 613 951	4 729 295	4 847 520	45 086 329 zł
JST	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
NFZ	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
FP	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
FUS	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saldo ogółem	1 037 536	1 982 718	1 784 642	1 734 116	1 682 510	1 629 809	1 575 987	1 521 021	1 464 865	1 407 535	1 348 982	17 169 721 zł
budżet państwa	367 998	514 583	272 618	176 930	78 845	-21 683	-124 722	-230 334	-338 603	-449 563	-563 295	-317 226 zł
JST	63 852	141 757	145 987	150 339	154 818	159 427	164 169	169 049	174 070	179 238	184 554	1 687 260 zł
NFZ	114 398	235 712	242 832	250 160	257 703	265 467	273 458	281 683	290 147	298 860	307 826	2 818 246 zł
FP	36 095	80 132	82 523	84 982	87 515	90 119	92 800	95 558	98 396	101 317	104 322	953 759 zł

FUS	455 193	1 010 534	1 040 682	1 071 705	1 103 629	1 136 479	1 170 282	1 205 065	1 240 855	1 277 683	1 315 575	12 027 682 zł
*W kolejnych latach kwoty za rok poprzedni zostały zwiększone o średnioroczny wskaźnik CPI (wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych), zgodnie z Wytycznymi Ministra Rozwoju i Finansów w sprawie stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw. Aktualizacja z maja 2017 r., w których corocznie w horyzoncie 10-letnim przewiduje się wskaźnik na poziomie 2,5%.												
Źródła finansowania	Koszty wejścia w życie ustawy (związane z dodatkowymi etatami do oceny wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji) zostaną pokryte z budżetu państwa z części pozostających w dyspozycji odpowiednio – wojewodów i Ministra Zdrowia. Środki te zostaną zapewnione w drodze zwiększenia części budżetowej 46 – Zdrowie i części budżetowych wojewodów. Dodatkowe środki na ocenę wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji zostały już zabezpieczone w rezerwie celowej w ustawie budżetowej na rok 2018. Ponadto należy wskazać, że projektowane zmiany, w tym te związane ze zwiększeniem zakresu opiniowania i przyszłe zwiększenie liczby samych wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji (a tym samym naturalny wzrost nakładu pracy także w Narodowym Funduszu Zdrowia), nie będą się wiązały ze skutkami finansowymi dla Funduszu. Przewiduje się, że w tym konkretnym wymiarze ustawa zostanie wdrożona i wykonana w sposób bezkosztowy.											
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<u>Dochody:</u> Dochody wynikające z niniejszej ustawy będą stanowić wpływy z opłat za składane przez podmioty lecznicze wnioski o wydanie opinii o celowości inwestycji. Aby oszacować przedmiotowe dochody, należy zauważyć, iż w ramach założeń do pierwotnej ustawy przyjęto wpływ 1609 wniosków rocznie. Powyższa liczba stanowiła bowiem 10% podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzajach: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz leczenie szpitalne. Założono więc, że 10% podmiotów w danym roku złoży wniosek o wydanie opinii o celowości inwestycji. Istotne jest jednocześnie, iż dotychczas, tj. od dnia wprowadzenia do ustawy nowelizowanej zmian dotyczących opiniowania celowości inwestycji w 2016 r. do końca września 2017 r. oraz wejścia w życie związanego z nią stosownego rozporządzenia Ministra Zdrowia, jak również uruchomienia dedykowanego systemu IOWISZ dla urzędów wojewódzkich i Ministerstwa Zdrowia, wpłynęło ok. 1200 takich wniosków, co przy opłacie za złożenie wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji, która wynosi obecnie 4000 zł, dochód budżetu państwa z tego tytułu wyniósł w tym czasie blisko 4,8 mln zł. Szacuje się, że niniejsza ustawa spowoduje wzrost liczby składanych wniosków o 500. Powyższe szacunki wynikają przede wszystkim z założenia dotychczasowego tempa wzrostu liczby wpływających wniosków, skorygowanego o przewidywany wzrost wynikający z: planowanego wprowadzenia odrębnego wzoru wniosku dotyczącego inwestycji odtworzeniowych, zniesienia progów kwotowych dla ocenianych inwestycji, obniżenia wysokości opłaty dla inwestycji o wartości poniżej 1 mln zł, znacznego poszerzenia zakresu podmiotów, które będą mogły aplikować o wydanie opinii o celowości inwestycji, oraz powiązania możliwości otrzymania dotacji, o której mowa w art. 115 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, z posiadaniem pozytywnej opinii o celowości inwestycji. Przy czym uwzględniono również stopniowy spadek wniosków o wydanie opinii na potrzeby konkursów o środki europejskie, które będą z czasem spadać w związku z mniejszą liczbą konkursów w perspektywie finansowej na lata 2014–2020. Szacując dochody, przyjęto średnią kwotę za złożony wniosek w wysokości 5000 zł. Wydaje się, że jest to jednak kwota niedoszacowana, ze względu na przyjęte założenia: 1) zgodnie z analizami przeprowadzonymi przez Wojewodę Mazowieckiego oraz mając na względzie strukturę wniosków składanych do Ministra Zdrowia, szacowana średnia opłata za wniosek wyniosłaby 7000 zł; 2) wprowadzono niższą opłatę za wnioski dla inwestycji o wartości poniżej 1 mln zł. W wyniku analiz przeprowadzonych przez Wojewodę Mazowieckiego, wskutek wprowadzenia opłaty zróżnicowanej ze względu na złożoność wniosku (obejmującego wiele dziedzin medycznych) średnia wysokość opłaty byłaby wyższa. Szacowana średnia opłata za wniosek wyniosłaby 7000 zł (a więc odpowiadając przeciętnie inwestycji obejmującej 4 dziedziny medycyny jednocześnie). Jednak należy mieć również na względzie prognozowany wzrost liczby wniosków składanych na inwestycje o wartości poniżej 1 mln zł – głównie zakupowych (opłata 2000 zł za złożenie wniosku) oraz wniosków jednodziedzinowych (opłata 4000 zł za złożenie wniosku). Całkowity dochód został wyliczony jako dodatkowy wzrost dochodu z wniosków o opinię o celowości inwestycji, które zostaną złożone na podstawie dotychczasowych przepisów (wynikający ze wzrostu o 1000 zł średniej wysokości opłaty za wniosek), oraz opłaty w średniej wysokości dla szacowanych 500 nowych wniosków na podstawie projektowanej ustawy.											

	Wzrost dochodów sektora finansów publicznych będzie wynikał również z odprowadzanych od wynagrodzeń podatków i składek, w tym dla: – budżetu państwa i JST z tytułu podatku dochodowego od osób fizycznych – NFZ z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne, – Funduszu Pracy z tytułu składki na FP, – FUS z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne (emerytalne i rentowe). Natomiast od 2019 r. uwzględniono również dochody z odprowadzanych podatków i składek od dodatkowych wynagrodzeń rocznych. <u>Wydatki:</u> Praktyka oceny wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji i wydawania tych opinii w poszczególnych urzędach wojewódzkich i w Ministerstwie Zdrowia pokazuje, że rozwiązaniem optymalnym jest wykonywanie tych zadań w sposób zespołowy. Zakłada się przy tym, że niezbędna liczba pracowników do wykonywania omawianych zadań w ww. urzędach to co najmniej 5 osób. Należy bowiem wziąć pod uwagę, że skutecznie działający, kompetentny zespół musi funkcjonować na wielu płaszczyznach doświadczenia, wiedzy i umiejętności. Konieczne są zatem osoby o zróżnicowanym wykształceniu. Ponadto należy wskazać, że realizacja ww. zadań jest procesem złożonym, wieloetapowym, rozciągniętym w czasie. W zależności od metodyki liczenia urzędy wojewódzkie wskazują, że proces opiniotwórczy obejmuje od kilku do kilkunastu podprocesów (etapów) i zależnie od stopnia skomplikowania zajmuje łącznie 32–38 roboczogodzin (dla wniosku dotyczącego względnie nieskomplikowanej inwestycji) do nawet blisko 90 roboczogodzin dla jednostkowego wniosku dotyczącego inwestycji wieloprofilowej (złożonej). Zakładając pierwotnie przewidziane w ustawie z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1355) wynagrodzenie miesięczne na 1 etat, tj. 4800 zł brutto (w urzędach wojewódzkich) i 5040 zł brutto (w Ministerstwie Zdrowia), jak również przyjmując, że w każdym z ww. urzędów konieczne będzie zwiększenie obsady kadrowej o 3 osoby (w stosunku do zakładanego pierwotnie zatrudnienia), wzrost rocznych kosztów – włącznie z pochodnymi, związanych z zatrudnieniem ww. 3 osób w 16 urzędach wojewódzkich i Ministerstwie Zdrowia – został wyliczony według poniższego schematu (koszty osobowe): <u>Rok 2018 kalkulowany od 1 lipca, tj. 6 miesięcy:</u> – dla wszystkich urzędów wojewódzkich: 1 641 tys. zł, – dla Ministerstwa Zdrowia: 107 tys. zł. <u>Skutek całkowity dla Ministerstwa Zdrowia i 16 urzędów wojewódzkich:</u> 1 748 tys. zł. Powyższe wyliczenie uwzględnia pochodne od wynagrodzeń (18,69%). Ponadto dodatkowo od 2019 r. uwzględniono skutki całoroczne, wzrost wynagrodzeń o prognozowany wskaźnik inflacji (2,5%) oraz środki na dodatkowe wynagrodzenie roczne (8,5%). Zaproponowany w ustawie mechanizm zapewniający uzależnienie wzrostu zatrudnienia w organach wydających opinię od liczby złożonych wniosków odzwierciedla dotychczasowe doświadczenia co do liczby składanych wniosków oraz odpowiada na konieczność zapewnienia właściwej obsługi składanych wniosków i wydawanych opinii, uznając iż wymagają one wykwalifikowanych i wyspecjalizowanych pracowników. Zaproponowany mechanizm uwzględnia fakt, iż przyrost składanych wniosków w poszczególnych województwach nie jest równy – w czasie opracowywania tych przepisów do Wojewody Lubuskiego złożono w ciągu roku 8 wniosków, a do Wojewody Śląskiego 149, natomiast do Ministra Zdrowia 191. Należy podkreślić, iż te różnice są w pierwszej kolejności skutkiem nierównoczesnego rozpoczynania konkursów na realizację inwestycji ze środków europejskich przez poszczególnych marszałków województw – mając na uwadze fakt, iż w przypadku tych konkursów często uzyskanie opinii jest faktycznie obligatoryjne (tj. nie wynika z przepisów ustawy, ale warunków konkursu), to na ich potrzeby składana jest większość wniosków. Uzależnienie wzrostu zatrudnienia od liczby złożonych wniosków zapewnia bilansowanie się kosztów i przychodów związanych z obsługą opinii o celowości inwestycji. Jednocześnie jest konieczne zapewnienie w przyszłości odpowiedniego poziomu zatrudnienia w urzędach, mając na uwadze planowane szersze wprowadzanie obligatoryjnej opinii o celowości inwestycji, a także szerszy zakres podmiotów, które o taką opinię mogą wystąpić.
--	---

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 tys. zł, ceny stałe z ... r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	1 140	2 379	2 596	2 661	2 796	3 163	29.362 tys. zł
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
Niemierzalne								
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		Nie przewiduje się, aby projektowana ustawa miała wpływ na konkurencyjność gospodarki, jednak może mieć ona wpływ na funkcjonowanie przedsiębiorstw (np. niepublicznych podmiotów leczniczych), przez wpływ na to, jakie inwestycje mogą uzyskać dotację, a także zwiększyć efektywność inwestowania środków własnych przez uzyskanie zewnętrznej oceny celowości prowadzonych działań, pozwalając generować konkurencję pomiędzy podmiotami leczniczymi na poziomie np. jakości i kompleksowości udzielanych świadczeń. Wskazać należy, że <i>ratio legis</i> zmian zaproponowanych np. w art. 1 pkt 2 lit. c projektu w zakresie dodania ust. 3a w art. 95e ustawy nowelizowanej sprowadza się do tego, że przepis ten stanowić ma impuls do optymalizacji zakresu inwestycji przez położenie nacisku na komplementarny charakter inwestycji obejmowanych wnioskami. Wątpliwym jest natomiast, aby projektowane przepisy miały przełożenie na funkcjonowanie mikroprzedsiębiorców. Odnosnie do wpływu regulacji na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe, przyjęto, iż środki przeznaczone na wynagrodzenia wzbogacą budżet gospodarstw domowych. W tabeli w pkt 7 wskazano jedynie dochody netto pracowników.						
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:				☒ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:				
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.				☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy				
Komentarz: Kwestie oceny tego, czy projektowane zmiany przyczynią się do zwiększenia bądź zmniejszenia liczby procedur, również rozpatrywać można z różnych perspektyw. Jeżeli oceniać ten aspekt wpływu projektu przez pryzmat np. propozycji zawartej w art. 1 pkt 4 projektu (w zakresie dodania ust. 8b do art. 95i ustawy nowelizowanej), można uznać, że w przypadku zmiany przez wojewodę opinii na pozytywną, w jakimś sensie zajdzie zmniejszenie liczby procedur, ponieważ w analizowanym przypadku nie nastąpi konieczność przekazania protestu przez wojewodę Ministrowi Zdrowia, zaś ten ostatni nie będzie obowiązany protestu rozpatrzyć.								

W kwestii informatyzacji wprowadzanych zmian, wskazuje się, że za wprowadzonymi zmianami w prawie niezwłocznie nastąpi odpowiadająca im zmiana/poszerzenie funkcjonalności systemu IOWISZ.

9. Wpływ na rynek pracy

Nie przewiduje się istotnego wpływu projektowanej ustawy na rynek pracy. Jeżeli wpływ ten wystąpi, będzie on marginalny i sprowadzi się przede wszystkim do wzrostu możliwości znalezienia zatrudnienia w urzędach wojewódzkich w związku z tym, że jednym z przewidywanych i koniecznych następstw projektowanych zmian w prawie będzie zwiększone zapotrzebowanie na kompetentnych pracowników do przewidywanej zwiększonej (bo determinowanej przez projekt) liczby wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji lub większej złożoności składanych wniosków, wymagającej większego nakładu pracy, jak i wysiłku intelektualnego.

Sama ocena celowości inwestycji nie przekłada się zawsze wprost na ich realizację (np. ze względu na konieczność uzyskania następnie jej finansowania), a więc nie wpływa na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne	☐ demografia	☐ informatyzacja
☐ sytuacja i rozwój regionalny	☐ mienie państwowe	☐ zdrowie
☐ inne:		

Omówienie wpływu	Nie przewiduje się, aby projektowana ustawa znalazła bezpośrednie (ewidentne) przełożenie na wymienione obszary życia społeczno-ekonomicznego. O ile projektowane przepisy będą miały wpływ na kwestie ochrony zdrowia, wpływ ten będzie niewielki, w ramach którego można by wyróżnić wiele elementów pośrednich.
------------------	---

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

W ocenie projektodawcy proponowane zmiany mają charakter optymalizujący i w znacznym stopniu są korzystne dla wszystkich stron zaangażowanych w proces opiniowania albo uzyskiwania opinii dot. celowości inwestycji, a ponadto nie zawierają zmian, które mogłyby zostać uznane za kontrowersyjne czy wręcz niekorzystne. Stąd też przekonanie, że projektowane zmiany zostaną odebrane pozytywnie, a sam projekt będzie procedowany w sposób stosunkowo bezproblemowy.

Wydaje się również, że skoro projekt wychodzi naprzeciw postulatom dotyczącym doprecyzowania określonych kwestii odnoszących się do opiniowania celowości inwestycji, uproszczenia pewnych kwestii proceduralnych oraz wyeliminowania niektórych wątpliwości interpretacyjnych, wykonaniu projektowanych przepisów powinno towarzyszyć zmniejszenie liczby pism i postulatów, co z kolei powinno przełożyć się na skrócenie czasu koniecznego do prowadzenia korespondencji dot. opiniowania inwestycji.

W projekcie proponuje się, aby projektowane przepisy weszły w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

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

Projektowane zmiany mają charakter sanacyjny, wychodząc naprzeciw – z jednej strony – postulatowi podmiotów zaangażowanych w proces wydawania lub uzyskiwania opinii o celowości inwestycji (w tym wojewodów i podmiotów wnioskujących), z drugiej stanowią efekt doświadczeń Ministerstwa Zdrowia w wykonywaniu zadań z zakresu opiniowania celowości inwestycji, ukonstytuowanych na mocy zmian wprowadzonych do ustawy nowelizowanej w 2016 r.

W tym sensie aktualnie proponowane zmiany wprowadzone zostaną w efekcie ewaluacji wprowadzonych wówczas rozwiązań po około roku ich funkcjonowania, podobnie jak obecnie wprowadzone zmiany są wynikiem ewaluacji dotychczasowej regulacji.

Ewaluacji efektów projektowanych zmian można dokonać przez rozłożoną w czasie analizę poprawy/pogorszenia percepcji przepisów dotyczących opiniowania celowości inwestycji, tj. np. tego, czy są one oceniane jako przyjazne podmiotom leczniczym, czy realizują cel ich przyjęcia (czy są postrzegane jako potrzebne i skuteczne narzędzie podejmowania decyzji dotyczących lokacji podmiotów leczniczych, alokacji środków finansowych itp.), czy są wykonywane w duchu realizacji zasady budowania zaufania do organów władzy publicznej i zasady pewności prawa etc.

Miernikiem takiej ewaluacji może być np. wzrost/spadek postulatów zgłaszanych do ministerstwa w zakresie czy to zmiany przepisów, czy też wniosków o jego interpretację, wzrost/spadek liczby spotkań czy szkoleń angażujących pracowników Ministerstwa Zdrowia, a które okazują się być konieczne dla zrozumienia wszystkich niuansów związanych procesem opiniodawczym, zaś efektem takiej ewaluacji może być stosowny raport przedstawiany Ministrowi Zdrowia.

Alternatywnie możliwym narzędziem ewaluacji może być OSR *ex post*, jeżeli Rada Ministrów albo jej organ pomocniczy wskaże na konieczność jego przyszłego opracowania.

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*

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej.

Jednocześnie zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.) projekt 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 i opiniowania projekt został przesłany do podmiotów wymienionych w pkt 5 Oceny Skutków Regulacji.

Poniżej przedstawiono zestawienie uwag przesłanych z konsultacji publicznych oraz w ramach opiniowania (zachowano oryginalną pisownię zgłaszającego):

Uwagi o charakterze ogólnym

Organ zgłaszający uwagę	Uwaga	Uzasadnienie
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej	1. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że zarówno projekt ustawy jak i ustawa zmieniana nie precyzują celu działania systemu IOWISZ. Cel ten można wywodzić głównie z uzasadnienia projektu ustawy z 21 lipca 2016 r., w którym wskazano, że jest nim uniknięcie nadpodaży na lokalnym rynku usług zdrowotnych przez tworzenie zasobów nieadekwatnych w stosunku do potrzeb świadczeniobiorców na danym obszarze. Cel ten nie wynika jednak wprost z przepisów ustawy	Komentarz

	jak i opiniowanego projektu, co może rodzić obawy, że system może być wykorzystywany w inny sposób np. w celu instrumentalnego ograniczania wydatków publicznych na ochronę zdrowia, czy też ingerowania w warunki prowadzenia działalności gospodarczej w ochronie zdrowia poprzez różnicowanie sytuacji przedsiębiorców prowadzących lub zamierzających prowadzić taką działalność.	
Wojewoda Świętokrzyski	1. Jednostka redakcyjna: Uwaga ogólna Treść uwagi: w art. 1 pkt 2 lit. B tiret pierwsze dodanie punktu 5a) wyklucza z opiniowania niektóre inwestycje Propozycja zmiany: 5a) w przypadku inwestycji dotyczącej więcej niż jednej lekarskiej dziedziny medycyny wymienionych w załączniku Nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594) – część inwestycji, służące udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie wskazanych dziedzin medycyny, pielęgniarstwa i dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, oraz ich szacowana wartość	Uwaga nieuwzględniona – inwestycje pozostają przypisane do lekarskich dziedzin medycyny, którym odpowiadają jednostki organizacyjne podmiotów leczniczych, w których udzielana są świadczenia opieki zdrowotnej

Arkuł 1

Organ zgłaszający uwagę	Uwaga	Uzasadnienie
Wielkopolski Urząd Wojewódzki	1. Jednostka redakcyjna: art. 95d ust. 1	1. Uwaga nieuwzględniona – niecelowe jest dokonywanie

	Treść: „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 podmiotu leczniczego, nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub innej inwestycji dotyczącej wykonywania działalności leczniczej w zakresie, o którym mowa w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, której wartość przekracza 1 mln zł.”, Propozycja zmienionego brzmienia przepisu: 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 podmiotu wykonującego działalność leczniczą, nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub innej inwestycji dotyczącej wykonywania działalności leczniczej w zakresie, o którym mowa w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, której wartość przekracza 1 mln zł.”, Uzasadnienie zmiany (uwagi): Zgodnie z ustawą z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej podejmowanie i wykonywanie działalności gospodarczej jest wolne dla każdego na równych prawach, z zachowaniem warunków określonych przepisami prawa. Projekt nie spełnia tego warunku, gdyż nie uwzględnia praktyk zawodowych 2. Jednostka redakcyjna: art. 95d ust. 1 a	oceny celowości inwestycji podmiotów stanowiących praktyki zawodowe ze względu na ich skalę oddziaływania 2. Uwaga nieuwzględniona – przepis usunięto z projektu 3. Uwaga nieuwzględniona – podmiot tworzący mieści się w zakresie zmienionego przepisu (stanowi podmiot zamierzającego utworzyć podmiot wykonujący działalność leczniczą)
--	---	---

	Treść: „1a. W przypadku inwestycji, o których mowa w ust. 1, na które podmiot wnioskujący zamierza uzyskać dofinansowanie ze środków europejskich, opinię o celowości inwestycji wydaje się niezależnie od jej wartości.” Propozycja zmienionego brzmienia przepisu: „1 a. W przypadku inwestycji, o których mowa w ust. 1, na które podmiot wnioskujący zamierza uzyskać dofinansowanie ze środków europejskich lub dotację, o której mowa w art. 115 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, opinię o celowości inwestycji wydaje się niezależnie od jej wartości.”, Uzasadnienie zmiany (uwagi): Próg kwotowy 1 mln złotych różnicowałby podmioty lecznicze starające się o dotacje na zobowiązane do uzyskania opinii oraz te, dla których opinia nie jest wymagana (gdy dotacje byłyby poniżej tej kwoty). 3. Jednostka redakcyjna: art. 95e ust. 1 Treść: „1. Opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, wydaje się na wniosek podmiotu: 1) wykonującego działalność leczniczą, 2) zamierzającego wykonywać działalność leczniczą, albo zamierzającego utworzyć podmiot wykonujący działalność leczniczą - zwanego dalej „podmiotem wnioskującym”.” Propozycja zmienionego brzmienia przepisu: „1. Opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, wydaje się na wniosek podmiotu: 1) wykonującego działalność leczniczą, albo podmiotu tworzącego	
--	--	--

	w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą 2) zamierzającego wykonywać działalność leczniczą, albo 3) zamierzającego utworzyć podmiot wykonujący działalność leczniczą - zwanego dalej „podmiotem wnioskującym”.” Uzasadnienie zmiany (uwagi): Jednostki samorządu terytorialnego będące podmiotami tworzącymi dla podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami i jednocześnie inwestorami nie mogą składać wniosków	
Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego	1. Art. 1 ust.1 lit. a, str. 1 Treść uwagi: Propozycja zmiany brzmienia ust. 1a - wartość inwestycji powinna zostać zwiększona oraz określona w czasie. Uzasadnienie: Obowiązujące brzmienie art. 95d ust.1 zobowiązuje podmioty lecznicze o wystąpienie z wnioskiem o celowości realizacji przez dany podmiot inwestycji o wartości przekraczającej 3 mln zł w okresie 2 lat w przypadku inwestycji w zakresie leczenia szpitalnego, 2 mln zł w okresie 2 lat w przypadku inwestycji w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Zmniejszenie wartości inwestycji do 1 mln zł. od której podmiot leczniczy zobowiązany jest posiadać pozytywną opinię o jej celowości spowoduje, że każda nowa inwestycja wymagać będzie uzyskania opinii właściwego wojewody lub Ministra Zdrowia nawet w przypadku inwestycji o niewielkiej wartości. Skutkować to może nieuzasadnionym przedłużeniem procesu inwestycyjnego, co zwłaszcza w przypadku wymiany aparatury medycznej lub remontów obiektów budowlanych może mieć negatywne skutki dla działalności leczniczej.	1. Uwaga nieuwzględniona – wskazany przepis nie odnosi się do obowiązku uzyskania opinii o celowości inwestycji (obowiązek taki znajduje się w art. 2). Wskazany przypis daje podmiotowi prawo ubiegania się o opinię. 2. Uwaga nieuwzględniona – wyłączenie nie wynika ze sposobu finansowania podmiotów leczniczych prowadzonych w formie jednostek budżetowych a roli jaką pełnią w systemie. Podmioty te nie udzielają świadczeń opieki zdrowotnej

	2. Art. 1 ust.1 lit. a, str. 1 Treść uwagi: Proponuje się nie dodawać podmiotów leczniczych prowadzonych w formie jednostek budżetowych do katalogu podmiotów, w odniesieniu do których nie wydaje się opinii. Uzasadnienie: Dlaczego podmioty lecznicze prowadzone w formie jednostki budżetowej są wyłączone z pośród pozostałych podmiotów leczniczych, które wymagają uzyskania przedmiotowej opinii, dlaczego mają być preferencyjnie traktowane. Fakt, że jednostki budżetowe pokrywają swoje wydatki z budżetu państwa nie wydaje się podstawą do wyłączenia ich z pośród pozostałych podmiotów, które występują o wydanie opinii o celowości inwestycji. Wprowadzony instrument oceny wniosków ocenić ma celowość planowanej inwestycji i pomóc określić priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej w tym regionalne mapy potrzeb zdrowotnych. Wobec powyższego o opinie w niniejszym zakresie powinien występować, każdy podmiot leczniczy bez względu na organ tworzący. 3. Art. 1 ust.4 lit. e, str. 4 Treść uwagi: Proponuje się pozostawić możliwość złożenia zażalenia na wydane postanowienie w przedmiocie nierozpatrzenia protestu, o którym mowa w art. 95i ust.9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Uzasadnienie: Wskazane przepisy wskazują konieczność stosowania KPA, które stanowią, że na wydane przez organ postanowienie, strona	poza wyznaczonymi ramami organizacyjnymi (np. więzienie) 3. Uwaga uwzględniona
--	--	--

	może złożyć zażalenie.	
Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego	1. Art. 95 d Treść uwagi: Zmiany dotyczące konieczności posiadania opinii o celowości inwestycji dla inwestycji, której wartość przekracza 1 mln zł przyczynią się do zahamowania rozwoju placówek szpitalnych. (Propozycja zmiany - usunięcie przedmiotowego zapisu) Uzasadnienie: Większość inwestycji szpitali znacznie przekracza poziom wskazany w zaproponowanej zmianie Ustawy. Obniżenie poziomu z obecnie obowiązującego sprawi, że praktycznie każda inwestycja będzie musiała przejść proces oceny celowości inwestycji, co znacznie wydłuży czas realizacji przedsięwzięcia oraz zwiększy koszty procedury oceny inwestycji dla Szpitala.	1. Uwaga nieuwzględniona – wskazany przepis nie odnosi się do obowiązku uzyskania opinii o celowości inwestycji (obowiązek taki znajduje się w art. 2). Wskazany przypis daje podmiotowi prawo ubiegania się o opinię.
Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego	1. Zapis dotyczący inwestycji , której wartość przekracza 1 mln zł. Dlaczego 1 mln a nie 500 tys zł? Skąd kwota? OCI powinno dotyczyć dużych przedsięwzięć powyżej 10 mln zł, które mają wpływ na kreowania polityki zdrowotnej w regionie. Nie powinno dotyczyć inwestycji odtworzeniowych.	Uwaga nieuwzględniona – wskazany przepis nie odnosi się do obowiązku uzyskania opinii o celowości inwestycji (obowiązek taki znajduje się w art. 2). Wskazany przypis daje podmiotowi prawo ubiegania się o opinię. Jednocześnie proponowany próg 10 mln zł jest zupełnie nierealistyczne w świetle przyjętych dokumentów programowych – uznanych przez Komisję Europejską na potrzeby wydatkowania środków

		europejskich – Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne
Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko- Pomorskiego	1. art. 1 pkt 1 lit. b <u>Treść uwagi:</u> Wykreślenie zapisu: „W przypadku inwestycji, o których mowa w ust. 1, na które podmiot wnioskujący zamierza uzyskać dofinansowanie ze środków europejskich, opinię o celowości inwestycji wydaje się niezależnie od jej wartości” <u>Uzasadnienie:</u> Zapis podtrzymuje obecną regulację, która powoduje problem np. w przypadku inwestycji o małej wartości (odtworzeniowej) realizowanej w podstawowej opiece zdrowotnej a planowanej do dofinansowania ze środków europejskich. Proponujemy pozostać przy zapisie mówiącym o opinii dla inwestycji powyżej 1 mln. Kwestię załączania lub nie OCI do wniosku o dofinansowanie proponujemy pozostawić IZ, które kierują się rekomendacjami Komitetu Sterującego. 2. art. 1 pkt 1 lit. a w powiązaniu z art. art. 1 pkt 3 lit. a i b <u>Treść uwagi:</u> Uwaga ogólna. Zwracam uwagę, że rozszerzenie zakresów na „każde udzielanie świadczeń zdrowotnych” powoduje, że większej zmiany wymagać będzie formularz IOWISZ. Utworzenie formularza dla inwestycji odtworzeniowych jest właściwe, ale konieczne jest dostosowanie pytań do zakresów świadczeń, których wnioski będzie dotyczył. Przykładem może być opieka długoterminowa – zakup respiratorów do opieki domowej, dla nowych pacjentów, o wartości	1. Uwaga nieuwzględniona - Uwaga nieuwzględniona – wskazany przepis nie odnosi się do obowiązku uzyskania opinii o celowości inwestycji (obowiązek taki znajduje się w art. 2). Wskazany przypis daje podmiotowi prawo ubiegania się o opinię. Przepis ten nie zmienia podstaw konieczności ewentualnego uzyskania opinii o celowości inwestycji na potrzeby uzyskania środków europejskich 2. Komentarz

	powyżej 1 mln zł.	
Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	1. Art. 1 pkt 1 lit. a) <u>Treść uwagi:</u> Zmiana z : „1. (...), której wartość przekracza 1 mln zł.” Na: „1. (...), której przewidywana wartość przekracza 3 mln zł w okresie 2 lat.” <u>Uzasadnienie:</u> Wprowadzenie obowiązku uzyskania pozytywnej opinii dla inwestycji powyżej 1 mln zł spowoduje paraliż stosunkowo niewielkich inwestycji, które niekiedy są konieczne do wykonania w krótkim terminie i czekanie dodatkowy okres na opinię może mieć negatywne konsekwencje. Zwiększenie kwoty w okresie 2 lat da większą możliwość dla podmiotów leczniczych do prowadzenie inwestycji we własnym zakresie i tym samym spowoduje, że wojewoda albo minister będzie zajmował się opiniowaniem projektów o odpowiednio wysokim zaangażowaniu środków finansowych. Uzupełnienie o słowo „przewidywana” jest zasadnym z uwagi na fakt, że na tym etapie procesu inwestycyjnego można mówić jedynie o szacunkowej wartości planowanej inwestycji. 2. Art.. 1 pkt lit. b) <u>Treść uwagi:</u> Zmiana z: „1a.(...)opinię o celowości inwestycji wydaje się niezależnie od jej wartości.” Na: „1a.(...)opinię o celowości inwestycji wydaje się powyżej wartości 1 mln zł”. <u>Uzasadnienie:</u> Brak progów kosztowych może mieć negatywny wpływ na składanie wniosków o pozyskanie środków europejskich, w	1. Uwaga nieuwzględniona – Uwaga nieuwzględniona – wskazany przepis nie odnosi się do obowiązku uzyskania opinii o celowości inwestycji (obowiązek taki znajduje się w art. 2) 2. Uwaga nieuwzględniona – proponowana nowelizacja nie zmienia przepisu w tym zakresie. 3. Uwaga uwzględniona 4. Uwaga nieuwzględniona – wskazanie głównego celu inwestycji służy zapewnieniu, że inwestycje, które zasadniczo nie wpływają na udzielanie przez podmiot leczniczy świadczeń opieki zdrowotnej 5. Uwaga nieuwzględniona – uwaga odnosi się do skrótowej nazwy formularza. Przepis osobno określa sytuacje, w których ma on zastosowanie

	szczegółności w przypadku inwestycji o niewielkiej wartości. Wprowadzenie progu powyżej 1 mln zł sprawi, iż w przypadku wniosków o niewielkiej wartości, Beneficjent nie będzie miał wydłużonej i utrudnionej drogi postępowania. 3. art.1 pkt 1 lit. a) <u>Treść uwagi:</u> dokładniejsze sprecyzowanie zakresu inwestycji wymagającej uzyskania opinii wojewody czy ministra właściwego do spraw zdrowia <u>Uzasadnienie:</u> Proponowany zapis odnosi się do zakresu dot. wykonywanej działalności leczniczej w zakresie przewidzianym w art.3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Zapis powoduje wątpliwości czy np. kompleksowa wymiana urządzeń w szpitalnej pralni lub kuchni dla potrzeb podmiotu leczniczego byłaby objęta procedurą wynikającą z art.95d. nowelizowanej ustawy. 4. Art. 1 pkt 2 lit. c) <u>Treść uwagi:</u> Proponuje się skreślić in fine jak poniżej: 3b. Inwestycja, o której mowa w ust. 1, może polegać na robotach budowlanych w rozumieniu art. 3 pkt 7 ustawy z dnia 7 lutego 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2017 r. poz. 1332) lub wyposażeniu zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, jeżeli działania te stanowią jej główny cel. <u>Uzasadnienie:</u> Zapis nieprecyzyjny - z jednej strony wnioski ma obejmować inwestycje budowlane lub wyposażenie, ale ostatnia część	
--	--	--

	zapisu sugeruje, że inwestycja może obejmować jeszcze jakieś inne działania, byle tylko głównym celem były prace budowlane lub zakup wyposażenia. 5. Art. 1 pkt 3 lit. b <u>Treść uwagi:</u> Potrzeba wprowadzenia definicji pojęcia „Inwestycje Odtworzeniowe” <u>Uzasadnienie:</u> Proponowany zapis nowelizacji upoważnia ministra ds. zdrowia do wprowadzenia szczególnej kategorii wniosku dotyczącego „inwestycji odtworzeniowych”, choć w żadnym innym miejscu ustawy nie ma o tym mowy – potrzeba wprowadzenia definicji tego pojęcia. Uzasadnienie nowelizacji określa tę kategorię inwestycji jako niemającą wpływu na zakres udzielanych świadczeń, co jednak nie wyjaśnia w pełni tego pojęcia.	
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie	1. Art. 1 w zakresie odnoszącym się do art. 95e ust 6 <u>Treść uwagi:</u> W przypadku wniosków obejmujących większą liczbę specjalności lekarskich, proponowana w ustawie kwota 1 000,00 zł za każdą kolejną specjalność (art. 95e ust. 6), oznaczać może wysokie koszty procedury aplikacyjnej <u>Propozycja zmienionego brzmienia przepisu:</u> W przypadku inwestycji, o której mowa w art. 95e ust. 3 pkt 5a – w wysokości określonej w pkt 1 powiększonej o 100 zł za każdą kolejną specjalność lekarską. W/w koszt może być kwalifikowany w ramach inwestycji współfinansowanej ze środków publicznych i/lub unijnych	Uwaga nieuwzględniona – zmiana wysokości opłaty uzasadniona jest dodatkowym kosztem ponoszonym ze względu na ocenę bardziej skomplikowanego wniosku, kwestia kwalifikowalności kosztów rozstrzygana jest w poszczególnych programach, brak podstaw do regulacji ogólnej w tym zakresie

	<u>Uzasadnienie uwagi lub proponowanego brzmienia przepisu:</u> Proponowana w ustawie kwota 1 000, 00 zł za każdą kolejną specjalność (art. 95e ust. 6), oznaczać może wysokie koszty procedury aplikacyjnej, jak w przypadku opracowywanego projektu wyposażenia dla nowej siedziby Szpitala Uniwersyteckiego Kraków – Prokocim. Proponujemy obniżenie kwoty podanej w ustawie, lub zastosowanie mechanizmu degresywnego, lub wprowadzenie górnego limitu dla wniosku (np. 20 000 zł). Ponadto postulujemy dodanie zapisu, że wspomniany koszt może być traktowany jako koszt kwalifikowany inwestycji współfinansowanej ze środków publicznych/unijnych, o ile odrębne regulacje nie stanowiłyby inaczej	
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego	W odpowiedzi na pismo z dnia 04.08.2017 r. (IK: 1010535) dotyczące <i>projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw</i>, należy stwierdzić, że zmiany w ustawie mają na celu głównie wprowadzenie instrumentu IOWISZ. Systemowo jest to korzystne rozwiązanie potencjalnie powodujące przyspieszenie procesu decyzyjnego na poziomie wojewódzkim, jednocześnie kładąc nacisk na poprawę jakości wniosków, które będą zawierać więcej informacji szczegółowych. Wątpliwości budzi natomiast ulokowanie narzędzia w organie nadzorującym (wojewoda) bez wpływu JST i organów odpowiedzialnych (marszałek, starosta).	Komentarz

	Projekt sprzyja zmianom dotyczącym poszerzenia zakresu działalności podmiotów leczniczych, co jest istotne z punktu widzenia dopasowania podaży świadczeń do potrzeb regionu/województwa. Warto jednak wprowadzić dyskryminantę w postaci minimalnej wartości inwestycji (ust. 1a) w celu uniknięcia zbytniego rozdrobnienia (i w efekcie wzrostu kosztów). W art 95 wprowadza się ust 2 cedujący na ministra właściwego do spraw zdrowia wskazanie kryteriów oceny inwestycji wraz z ich uwagami. Z jednej strony korzystne rozwiązanie, ujednolicające kryteria w skali kraju (w zgodzie z literą ustawy), nie bierze jednak pod uwagę specyfik regionalnych, w tym terenów endemicznych, zaniedbań historycznych itd. Reasumując: charakter instrumentu IOWISZ i zmian w ustawie zmierzają we właściwym kierunku, wydaje się jednak, że w obecnej formie pozostawiają zbyt wielką dowolność i wpływ decyzji centralnych na rozwiązania regionalne.	
Wojewoda Świętokrzyski	1. Jednostka redakcyjna: Art. 95d ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych Treść uwagi: Wykreślenie „pkt 1 i 2”	1. Uwaga uwzględniona 2. Uwaga uwzględniona 3. Uwaga nieuwzględniona – poza zakresem nowelizacji

	Propozycja zmiany: Do określenia wartości inwestycji, o których mowa w ust. 1, zalicza się następujące rodzaje poniesionych lub planowych kosztów Uzasadnienie: Po wprowadzeniu zmian do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych proponowanych w opiniowanym projekcie art. 95 d ust. 1 nie będzie zawierał punktów 1 i 2. 2. Jednostka redakcyjna: Art. 95d ust. 4 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych Treść uwagi: Zmiana publikatora ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane Propozycja zmiany: (Dz. U. z 2017 r. poz. 1332) 3. Jednostka redakcyjna: Art. 95d ust. 4 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych Treść uwagi: Aktualizacja publikatora ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prywatnych Propozycja zmiany: (Dz. U. z 2016 r. poz. 1888)	
--	--	--

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	1. Wskazanie jednostki redakcyjnej: Art. 1 w zakresie art.95d ust. 1 Treść uwagi: Zaniżenie wartości inwestycji podlegającej ocenie z 3 mln zł do 1 mln wartości inwestycji. Ponadto, w szóstym zdaniu w zapisie „o którym mowa” użyto formy przyimka nieadekwatnej do występującego w zdaniu rzeczownika. Propozycja zmienionego brzmienia: Powinno być „o której mowa”, gdyż zapis odnosi się do działalności leczniczej. Przywrócenie pierwotnej wartości inwestycji Uzasadnienie uwagi: Zweryfikowanie zapisu o uwagi wskazane w kol. 3 tabeli. Trudno przywołać argumenty merytoryczne przemawiające za podwyższeniem progu granicznego wartości inwestycji, od której następuje obowiązek posiadania oceny jej celowości . Szczególnie, że zróżnicowana jest wielkość i potencjał poszczególnych podmiotów leczniczych. 2. Wskazanie jednostki redakcyjnej: Art. 1 w zakresie art. 95e ust. 3, pkt. 5a Treść uwagi: W dodanym pktcie 5a przed zapisem: „-częścią inwestycji” brakuje dopełnienia wskazującego na kontekst zapisu. Propozycja zmienionego brzmienia: Uzupełnienie brzmienia np. o wyraz „wskazanie” lub <i>informację</i>. Uzasadnienie uwagi: Nieczytelny kontekst dodanego zapisu, uniemożliwia podmiotowi wnioskującemu realizacji wymogów zastrzeżonych do treści składanych wniosków.	1. Uwaga uwzględniona 2. Uwaga uwzględniona 3. Komentarz do nazwy formularza
---	---	---

	3. Wskazanie jednostki redakcyjnej: Art. 1 w zakresie art. 95h ust. 2, pkt. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.). Treść uwagi: W dodanym ust. 2 mowa a o wzorze wniosku realizacji inwestycji odtworzeniowej pozostającej bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych. Natomiast zapis powinien być tak skonstruowany, aby umożliwić realizację w oparciu o dotację również inwestycji niemającej charakteru odtworzeniowego np. budowy apteki, sterylizacji, kuchni, etc. Propozycja zmienionego brzmienia: Ust. 2: „Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia: 1) wzór wniosku zawierającego formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia – Inwestycje Odtworzeniowe i inne nie mające wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej wraz ze wskazaniem kryteriów oceny inwestycji, przypisaniem im wagi oraz określeniem skali punktów możliwych do uzyskania w zakresie poszczególnych kryteriów”. Uzasadnienie uwagi: Uzupełnienie tego zapisu jest konieczne, gdyż nie wszystkie inwestycje, które realizowane są w jednostkach podmiotu leczniczego niezwiązane bezpośrednio ze świadczeniem usług zdrowotnych mają charakter odtworzeniowy.	
--	---	--

Szpital Powiatowy w Chrzanowie	1. Rozporządzenie: Projekt ustawy, str. 1 (art. 1 pkt 1). Treść uwagi: Wydanie opinii o celowości inwestycji polegającej na utworzeniu na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego, nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub innej inwestycji dotyczącej wykonywania działalności leczniczej, której wartość przekracza 1 mln zł Uzasadnienie: Zapisy punktu nie są jednoznaczne, co w praktyce może powodować różne interpretacje, np. czy wydanie opinii o celowości inwestycji konieczne jest w następujących przypadkach: - wydzielenie ze struktury nowej pracowni, w której konieczne będzie odtworzenie aparatury medycznej, - utworzenie oddziału chirurgii jednego dnia, który nie powoduje zmiany profilu działalności, a jedynie przesuwa część pacjentów z opieki całodobowej w obszar opieki dziennej - utworzenie pracowni cytostatyków, kiedy nie powoduje to zmian zakresu świadczonych usług, a jedynie zastępuje zakup gotowych cytostatyków wytwarzanymi we własnym zakresie.	Uwagi uwzględniono
---------------------------------------	--	---------------------------

	2. Rozporządzenie: Projekt ustawy, str. 3 (art.1 pkt 2d) Treść uwagi: Złożenie wniosku o wydanie opinii podlega opłacie w wysokości 4 000 zł oraz zwiększenie opłaty o 1 000 zł za każdą specjalność Uzasadnienie: Wysokość opłaty związanej ze złożeniem wniosku o wydanie opinii nie jest jednoznaczna w przypadku projektu wielozadaniowego np. modernizacji kilku oddziałów szpitalnych wraz z doposażeniem w aparatury medyczną, modernizacji węzłów sanitarnych w oddziałach szpitalnych. Konieczność wydzielania zakresów byłaby trudna i powodowałaby wątpliwości interpretacyjne.	
--	---	--

Centrum Zdrowia Dziecka	1. Jednostka redakcyjna projektowanego rozporządzenia: Art. 1pkt.1 lit. c (dotyczy dodania w art. 95d w ust. 2 ustawy nowelizowanej dodatkowego pkt. 5) Treść uwagi: Obowiązująca ustawa (art. 95 d ust.2) wskazuje miejsca udzielania świadczeń, gdzie działania inwestycyjne nie wymagają wydania opinii o celowości inwestycji. Są to: SOR, SOR dla dzieci, CU, CU dla dzieci. W przypadku inwestycji powyżej 1 mln zł, aby działania związane z wydatkami publicznymi były racjonalne, nawet w przypadku podmiotów leczniczych prowadzonych w formie jednostki budżetowej, powinny być opiniowane przy pomocy wniosku oceny o celowości inwestycji. Propozycja zmienionego przepisu- jeżeli dotyczy: Nie dotyczy Uzasadnienie uwagi lub proponowanego brzmienia przepisu: W trosce o bezstronność podejmowanych decyzji inwestycyjnych proponowane jest pozostawienie artykułu 95d ust. 2 bez zmian. 2. Jednostka redakcyjna projektowanego rozporządzenia: Art.1 pkt. 2 lit. b (dotyczy art. 95e ust. 3 ustawy nowelizacyjnej) Treść uwagi: Wskazanie specjalności lekarskich we wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji <u>wraz z informacją o szacowanej wartości w podziale na specjalności</u> będzie informacją niepełną i nierzetelną. Zgodnie z projektem ustawy – wskazanie specjalności lekarskiej ma opierać się o X kod resortowy (załącznik nr 4 do rozporządzenia kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania – Dz. U.	1. Uwaga nieuwzględniona – przepis zmieniony zgodnie z propozycją Ministra Obrony Narodowej 2. Uwaga uwzględniona 3. Uwaga nieuwzględniona – wysokość opłaty związana jest z dodatkowym nakładem pracy koniecznym do oceny rozbudowanego wniosku, jednocześnie opłata o istotnie wyższej wysokości będzie dotyczyła tylko niewielkiej części przedstawianych do opiniowania inwestycji, których koszt jest bardzo wysoki
-------------------------	---	---

	poz. 594). W przypadku inwestycji wieloprofilowych, np. remontów 2 różnych oddziałów (każdy w RPWDL wpisany ma po 5 specjalności), ale tych samych X kodów resortowych- rozdzielenie nawet szacunkowych kosztów mogłoby być nieprawdziwe. Ponadto informacja nt. poniesionych/planowanych kosztach jest już zawarta w ustawie art. 95e ust. 3 pkt. 5e. Propozycja zmienionego przepisu- jeżeli dotyczy: W ust. 3 po pkt 5 dodaje się punkt 5a w brzmieniu „5a) w przypadku inwestycji dotyczącej więcej niż jednej lekarskiej dziedziny medycyny wymienionej w załączniku nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594) – część inwestycji, służące udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie wskazanych specjalności lekarskich” Uzasadnienie uwagi lub proponowanego brzmienia przepisu: Dodatkowa informacja nt. części inwestycji, mającej służyć udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie wskazanych przez wnioskujących specjalności lekarskich, może być dodatkową informacją dla strony oceniającej wniosek. 3. Jednostka redakcyjna projektowanego rozporządzenia: Art. 1 pkt 2 lit. d (dotyczy art. 95 e ust. 6 ustawy nowelizowanej) Treść uwagi: Zgodnie z przedstawionym projektem ustawy szacowana średnia opłata za wniosek będzie wynosić 7000 zł (4 specjalności	
--	---	--

	lekarskie). Pomimo, że zostały wskazane możliwości opiniowania wniosków inwestycyjnych w możliwie najszerszym zakresie, to może się okazać, że wniosek to zbyt duży koszt dla podmiotów, które kompleksowo udzielają świadczeń zdrowotnych. Uzasadnienie uwagi lub proponowanego brzmienia przepisu: W celu rozróżnienia wysokości opłaty za złożenie wniosku w zależności od tego, czy inwestycja ma mieć charakter złożony czy dotyczy określonej liczby planowanych działań, proponuje się wysokość opłaty w kwocie 4000 zł za 1 specjalność, przy czym opłata ta będzie powiększona o kolejne 1000 zł od każdej dodatkowej specjalności. Ustala się maksymalną kwotę, którą wnioskodawca może uiścić za złożenie wniosku w wysokości 10 000 zł i jest odzwierciedleniem złożenia wniosku dla 7 specjalności	
--	---	--

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej	1. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie ocenia rozszerzenie kręgu podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, dla których właściwy organ będzie mógł wydać opinię o celowości inwestycji w powiązaniu z przewidzianym w treści art. 148 ust. 2 ustawy wpływem okoliczności posiadania pozytywnej opinii na wynik porównania ofert przy ubieganiu się o kontrakt na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. Zgodnie z planowaną zmianą, opinia będzie wydawana w zakresie celowości inwestycji polegającej na utworzeniu na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego, nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub innej inwestycji dotyczącej wykonywania działalności leczniczej w zakresie, o którym mowa w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, której wartość przekracza 1 mln zł. Kwota ta może być przekroczona w przypadku prac budowlanych, czy też zakupu sprzętu specjalistycznego nawet przez lekarzy czy lekarzy dentyistów wykonujących działalność leczniczą w formie praktyki zawodowej (np. nakłady na nowoczesny gabinet stomatologiczny). Powiązanie powyższego z faktem, że w obecnym stanie prawnym w odniesieniu do kontraktowania świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej brak opinii o celowości inwestycji powoduje odjęcie 8 punktów z oceny złożonej oferty, skłania do negatywnej oceny przedmiotowej zmiany.	1. Uwaga nieuwzględniona – komentarz nie dotyczy materii nowelizowanej ustawy 2. Uwaga uwzględniona 3. Uwaga uwzględniona
---	---	--

	2. W treści projektowanego art. 95e ust. 3b przewidziane jest odesłanie do inwestycji, o której mowa w ust. 1 podczas gdy projektowany ust. 1 art. 95e nie odnosi się do inwestycji. 3. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie ocenia projektowane uchylenie ust. 10 w art. 95i ustawy przewidującego możliwość zaskarżenia postanowienia w przedmiocie nierozpoznania protestu.	
--	--	--

Wojewoda Lubuski	1. Artykuł, którego dotyczy uwaga: art. 1 pkt 1 lit. a) opiniowanej ustawy zmieniający art. 95 d ust. 1 uośoz Proponowana zmiana: 1. <u>Doprecyzowania wymaga</u> czy inna inwestycja dotycząca wykonywania działalności leczniczej w zakresie, o którym mowa w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej dotyczy tylko podmiotów leczniczych, czy również praktyk zawodowych lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych, które w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej są podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (podobnie jak podmioty lecznicze)? 2. <u>Proponuje się w art. 95 d ust 1 projektu ustawy zapis:</u> „(...) o którym mowa w art. 3 ust. 1, 2 lub 2 a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, której wartość przekracza 1 mln zł.” Uzasadnienie: <u>Proponowany zapis</u> art. 95 d ust. 1 uośoz brzmi: „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 podmiotu leczniczego, nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub innej inwestycji dotyczącej wykonywania działalności leczniczej w zakresie, o którym mowa w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, której wartość przekracza 1 mln zł.”. Podkreślić należy, że art. 3 ustawy o działalności leczniczej odnosi się	Uwagi uwzględnione
------------------	---	--------------------

	do wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą (tj. podmiotów leczniczych, praktyk zawodowych lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych). Zgodnie z art. 3 ust. 1, 2 i 2 a ustawy o działalności leczniczej: „Art. 3.1 Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. 2. Działalność lecznicza może również polegać na: 1) promocji zdrowia lub 2) realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. 2a. Czynności, o których mowa w ust. 2, mogą być wykonywane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.”. Natomiast zgodnie z proponowanym zapisem art. 95 e ust. 3b uośoz: „3 b. Inwestycja, o której mowa w ust. 1, może polegać na robotach budowlanych w rozumieniu art. 3 pkt 7 ustawy z dnia 7 lutego 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2017 r. poz. 1332) lub wyposażeniu zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, jeżeli działania te stanowią jej główny cel.”. Uwagi: W chwili obecnej zauważalna jest niespójność nomenklatury stosowanej w różnych przepisach.	
--	---	--

	Kluczowe jest doprecyzowanie, czy inna inwestycja dotycząca wykonywania działalności leczniczej w zakresie, o którym mowa w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej dotyczy tylko podmiotów leczniczych, czy również praktyk zawodowych lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych, które w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej są podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (podobnie jak podmioty lecznicze)? 2. Artykuł, którego dotyczy uwaga: art. 1 pkt 1 lit. b) opiniowanej ustawy dodający w art. 95d ust. 1a uośoz Proponowana zmiana: <u>Proponuje się zapis</u> art. 95 d ust. 1a: „1a. W przypadku inwestycji, o których mowa w ust. 1, na które podmiot wnioskujący zamierza uzyskać dofinansowanie ze środków europejskich lub z dotacji, o której mowa w art. 115 ust 4 ustawy o działalności leczniczej , opinię o celowości inwestycji wydaje się niezależnie od jej wartości”. Z uwagi na wątpliwości interpretacyjne, proponuje się doprecyzowanie, czy w przypadku zamiaru uzyskania dofinansowania o którym mowa w art. 95d ust. 1a uośoz , o opinię powinny również występować praktyki zawodowe lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych, które w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej są podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (podobnie jak podmioty lecznicze)? Uzasadnienie: <u>Proponowany zapis</u> art. 95d ust. 1a ma mieć brzmienie:	
--	--	--

	„1a. W przypadku inwestycji, o których mowa w ust. 1, na które podmiot wnioskujący zamierza uzyskać dofinansowanie ze środków europejskich, opinię o celowości inwestycji wydaje się niezależnie od jej wartości.”. Aktualnie proponowany zapis art. 95 d ust. 1a w kontekście dodawanych ust. 4a i 4b w art. 115 ustawy o działalności leczniczej (art. 2 opiniowanej ustawy) nie daje Wojewodzie podstawy do wydania opinii o celowości inwestycji (nie związanej z utworzeniem nowych podmiotów, jednostek, komórek), nie przekraczającej 1 mln zł, a tym samym uzyskania przez wnioskodawców ww. dotacji na inne inwestycje dotyczące wykonywania działalności leczniczej, której wartość nie przekracza 1 mln zł (art. 95d ust. 1 zmienianej uoosz). <u>Zgodnie z art. 95e ust. 1</u> „1. Opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, wydaje się na wniosek podmiotu: 1) wykonującego działalność leczniczą, 2) zamierzającego wykonywać działalność leczniczą, albo 3) zamierzającego utworzyć podmiot wykonujący działalność leczniczą – zwanego dalej „podmiotem wnioskującym.”. <u>W uzasadnieniu do projektu ustawy zawarto zapis:</u> „Zmiana zaproponowana w art. 1 pkt 1 lit. b ustawy nowelizującej (dotyczy dodania w art. 95d ustawy nowelizowanej nowego ust. 1a), który będzie pozostawał w ścisłym związku z ust. 1 ww. artykułu ustawy	
--	---	--

	nowelizowanej, poprzez odesłanie do jego treści, zmierza ku doprecyzowaniu, że wnioski dotyczące tych inwestycji, o których mowa w przepisie odesłania, na realizację których podmiot wnioskujący zamierza ubiegać się o dofinansowanie ze środków europejskich, będą mogły być składane w celu wydania opinii o ich celowości niezależnie od wartości takiej inwestycji (wyłączenie progów kosztowych jako warunku „wejścia do opiniowania”) – można wnioskować, że chodzi jedynie o podmioty lecznicze (art. 95 d ust.1). 3. Artykuł, którego dotyczy uwaga: art. 1 pkt 2) lit. a) opiniowanej ustawy zmieniający brzmienie art. 95e ust. 1 uośoz Proponowana zmiana: <u>Proponuje się</u>: „1. Opinię, o której mowa w art. 95 d ust. 1 lub 1a, wydaje się na wniosek podmiotu (...).” Uzasadnienie: <u>Aktualny zapis</u>: „1. Opinię, o której mowa w art. 95 d ust. 1, wydaje się na wniosek podmiotu (...).” Zmiana proponowana w związku ze zmianą treści art. 95d ust. 1 oraz dodanie ust. 1a w art. 95d uośoz. 4. Artykuł, którego dotyczy uwaga: art. 1 pkt 2) lit. b) opiniowanej ustawy dodający pkt 5a w art. 95e ust. 3 uośoz Proponowana zmiana: <u>Proponuje się</u> zapis art. 95 e ust. 3 pkt 5 a w brzmieniu: „W przypadku inwestycji dotyczącej więcej niż jednej dziedziny medycyny, pielęgniarstwa albo dziedziny mającej zastosowanie w	
--	--	--

	ochronie zdrowia, w której są udzielane świadczenia zdrowotne wymienionej w załączniku nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2012 r. poz. 594. z późn. zm.) – części inwestycji, służące udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie wskazanych specjalności oraz ich szacowana wartość.” Uzasadnienie: <u>Aktualny zapis</u> art. 95 e ust. 3 pkt 5a brzmi: „W przypadku inwestycji dotyczącej więcej niż jednej lekarskiej dziedziny medycyny wymienionej w załączniku nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594) – części inwestycji, służące udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie wskazanych specjalności lekarskich, oraz ich szacowana wartość”. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2017 r. poz. 999) zmieniona została nazwa załącznika nr 4 i rozszerzony wykaz dziedzin, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Nie każda działalność lecznicza (m.in. komórki organizacyjne) dotyczy lekarskich dziedzin medycyny (np. dziedziny pielęgniarstwa, zdrowie publiczne, fizjoterapia, fizyka medyczna, promocja zdrowia i edukacja	
--	---	--

	zdrowotna, psychologia kliniczna). W związku z powyższym brak uzasadnienia ograniczania inwestycji tylko do lekarskich dziedzin medycyny. Uwagi: Proponowany zapis nie uwzględnia zmiany wprowadzonej rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2017 r. poz. 999). 5. Artykuł, którego dotyczy uwaga: art. 1 pkt 2) lit. c) opiniowanej ustawy dodający w art. 95e ust. 3a uośoz Proponowana zmiana: <u>Proponuje się zapis:</u> „3 a. Wniosek o wydanie opinii, o której mowa w art. 95 d ust. 1 lub 1a, dotyczy inwestycji, której części tworzą komplementarną całość i są niezbędne do prawidłowego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w objętych wnioskiem dziedzinach medycyny, pielęgniarstwa albo dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.” Uzasadnienie: <u>Aktualny zapis :</u> „3 a. Wniosek o wydanie opinii, o której mowa w art. 95 d ust. 1, dotyczy inwestycji, której części tworzą komplementarną całość i są niezbędne do prawidłowego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w objętych wnioskiem dziedzinach medycyny.”. Zmiana proponowana w związku ze zmianą treści art. 95 d ust. 1 oraz dodanie ust. 1a w art. 95d uośoz.	
--	--	--

	Nie każda działalność lecznicza (m.in. komórki organizacyjne) dotyczy lekarskich dziedzin medycyny np. dziedziny pielęgniarstwa, zdrowie publiczne, fizjoterapia, fizyka medyczna, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, psychologia kliniczna. W związku z powyższym brak uzasadnienia ograniczania inwestycji tylko do lekarskich dziedzin medycyny Uwagi: Konsekwencja uwagi zgłoszonej w pozycji 3. Konsekwencja uwagi zgłoszonej w pozycji 4. 6. Artykuł, którego dotyczy uwaga: art. 1 pkt 2) lit. d) opiniowanej ustawy zmieniający brzmienie art. 95e ust.6 uośoz Proponowana zmiana: <u>Proponuje się zapis:</u> „6.Złożenie wniosku o wydanie opinii, o której mowa w art. 95 d ust. 1 lub 1a, podlega opłacie: 1)w przypadku inwestycji innej, niż określona w pkt 2 – w wysokości 4000zł; 2)w przypadku inwestycji, o której mowa w art. 95 e ust. 3 pkt 5 a – w wysokości określonej w pkt 1 powiększonej o 1000 zł za każdą kolejną dziedzinę medycyny, pielęgniarstwa albo dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.” Uzasadnienie: <u>Aktualny zapis</u> w projekcie ustawy zapis art. 95 e ust. 6: „6.Złożenie wniosku o wydanie opinii, o której mowa w art. 95 d ust. 1, podlega opłacie: 1)w przypadku inwestycji innej, niż określona w pkt 2 –	
--	--	--

	w wysokości 4000 zł; 2)w przypadku inwestycji, o której mowa w art. 95 e ust. 3 pkt 5 a – w wysokości określonej w pkt 1 powiększonej o 1000 zł za każdą kolejną specjalność lekarską.”. Z aktualnie proponowanego zapisu wynika, że złożenie wniosku o wydanie opinii o której mowa w art. 95 ust. 1a w zakresie inwestycji dot. wykonywania działalności leczniczej, której wartość nie przekracza 1 mln zł nie podlega opłacie w przypadku gdy podmiot wnioskujący zamierza uzyskać dofinansowanie ze środków europejskich (opinię o celowości inwestycji w tym przypadku wydaje się niezależnie od jej wartości). Nie każda działalność lecznicza (m.in. komórki organizacyjne) dotyczy lekarskich dziedzin medycyny np. dziedziny pielęgniarские, zdrowie publiczne, fizjoterapia, fizyka medyczna, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, psychologia kliniczna. W związku z powyższym brak uzasadnienia ograniczania inwestycji tylko do lekarskich dziedzin medycyny. Uwagi: Konsekwencja uwagi zgłoszonej w pozycji 3, 4 i 5. 7. Artykuł, którego dotyczy uwaga: Art. 95 i ust. 1 uośoz Proponowana zmiana: <u>Proponuje się:</u> Art. 95 i. 1. W przypadku gdy opinia, o której mowa w art. 95 d ust. 1 lub 1a, jest negatywna, podmiotowi wnioskującemu przysługuje środek odwoławczy w postaci protestu.”	
--	--	--

	Uzasadnienie: <u>Aktualny zapis</u>: „Art. 95 i. 1. W przypadku gdy opinia, o której mowa w art. 95 d ust. 1, jest negatywna, podmiotowi wnioskującemu przysługuje środek odwoławczy w postaci protestu.” Zmiana proponowana w związku ze zmianą treści art. 95 d ust. 1 oraz dodanie ust. 1a w art. 95d uośoz. 8. Artykuł, którego dotyczy uwaga: art. 1 pkt 4) lit. c) opiniowanej ustawy dodający w art. 95i ust 8b uośoz Proponowana zmiana: <u>Proponuje się</u>: „8 b. W terminie określonym w ust. 8 a, w oparciu o przesłany protest, wojewoda może zmienić wydaną przez siebie opinię, o której mowa w art. 95 d ust. 1 lub 1a – w takim przypadku wojewoda nie przekazuje protestu w sposób określony w ust. 8a.”. Uzasadnienie: <u>Aktualny zapis</u> w projekcie ustawy: „8 b. W terminie określonym w ust. 8 a, w oparciu o przesłany protest, wojewoda może zmienić wydaną przez siebie opinię, o której mowa w art. 95 d ust. 1 – w takim przypadku wojewoda nie przekazuje protestu w sposób określony w ust. 8 a.”. Zmiana proponowana w związku ze zmianą treści art. 95d ust. 1 oraz dodanie ust. 1a w art. 95d uośoz.	
Pracodawcy RP	1. art. 95 d ust. 1 i ust. 1a – doświadczenia z interpretacji tych zapisów przez pracowników urzędów administracji publicznej (wojewódzkie, samorządowe) wskazują na zasadność ich doprecyzowania. Na dzisiaj	1. Uwaga częściowo uwzględniona – projekt przewiduje niższą opłatę w wysokości 2 000 zł w

	niektóre urzędy oczekują posiadania zgody IOWSZA w konkursach unijnych niezależnie od maksymalnej kwoty objętej konkursem jak planowanej kwoty inwestycji – co powoduje, że sumaryczne koszty - wypełnienia IOWSZA, wypełnienia wniosku o dotację oraz złożenia wniosku często przekracza 10% budżetu projektu dokonywanego w ramach POZ – i tym samym czyni próbę otrzymania wsparcia ze środków unijnych zupełnie nieopłacalną. Proponujemy kompilację art. 95d z art. 95e tak aby bezpośrednio z nich wynikało, że zgodę wydaje się na wniosek podmiotu oraz iż nie jest to obowiązkowe (jako Organizacja jesteśmy za obligatoryjnością otrzymywania zgód, ale w przypadku mniejszych inwestycji należy rozważyć wprowadzenie specjalnych, uproszczonych procedur). 2. art. 95 e ust. 6 – uważamy, że koszt złożenia wniosku powinien być zależny od poziomu skomplikowania wniosku więc zasadnym jest jego zróżnicowanie dla POZ, AOS i podmiotów wnioskujących o wielomilionowe inwestycje w zakresie leczenia szpitalnego. 3. Art. 95h ust. 2 – uważamy, że w związku ze zmianą art. 95 e ust. 1 – zgodnie z którym o opinię może wystąpić zarówno podmiot zamierzający wykonywać działalność leczniczą jak i podmiot zamierzający utworzyć podmiot wykonujący działalność leczniczą – należy zmienić delegację ustawową Ministra Zdrowia do wydania osobnego kwestionariusza dla poszczególnych kategorii inwestycji. Inwestor, który dopiero planuje utworzenie podmiotu potrzebuje	przypadku inwestycji o wartości poniżej 1 000 000 zł 2. Uwaga uwzględniona 3. Komentarz
--	--	--

	odmiennego zestawu pytań, które pomogą mu się wpisać w mapę potrzeb zdrowotnych. Na wczesnym etapie planowania inwestycji, inwestor nie ma wiedzy i możliwości jej pozyskania w tak szczegółowym zakresie jak to było oczekiwane w dotychczasowym kwestionariuszu wniosku inwestycyjnego. Uważamy, że stworzenie kilku oddzielnych kwestionariuszy usprawni funkcjonowanie IOWISZA i na zróżnicowanie pytań.	
--	--	--

Artykuł 2

Organ zgłaszający uwagę	Uwaga	Uzasadnienie
Wielkopolski Urząd Wojewódzki	1. Jednostka redakcyjna: ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ust. 4a i 4b Treść: „4a. Podmiot leczniczy może uzyskać dotację, o której mowa w ust. 4, wyłącznie na realizację zadania stanowiącego inwestycję, dla której została wydana pozytywna opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1. 4b. Podmiot leczniczy ubiegający się o dotację, o której mowa w ust. 4, przedkłada właściwemu organowi pozytywną opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, wraz z wnioskiem o dotację.”. Propozycja zmienionego brzmienia przepisu: „4a. Podmiot leczniczy może uzyskać dotację, o której mowa w ust. 4, wyłącznie na realizację zadania stanowiącego inwestycję, dla której została wydana pozytywna opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1 i 1a.	1. Uwaga uwzględniona

	4b. Podmiot leczniczy ubiegający się o dotację, o której mowa w ust. 4, przedkłada właściwemu organowi pozytywną opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1 i 1a, wraz z wnioskiem o dotację.”. Uzasadnienie zmiany (uwagi): Próg kwotowy 1 mln złotych różnicowałby podmioty lecznicze starające się o dotacje na zobowiązane do uzyskania opinii oraz te, dla których opinia nie jest wymagana	
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie	1. Art. 2 w zakresie odnoszącym się do art. 115 ust. 4a do Ustawy o działalności leczniczej <u>Treść uwagi:</u> Zastrzeżenia może budzić rozszerzanie już na obecnym etapie zakresu obligatoryjnego stosowania systemu IOWISZ (w tym dodany art. 115 ust. 4a UODL) w sytuacji, gdy na zarówno sam system, jak i stanowiące jego integralną część dokumenty analityczne (Mapy Potrzeb, Priorytety zdrowotne) wciąż jeszcze wymagają poprawy, a ich niedoskonałości przy bardziej restrykcyjnie działającym systemie IOWISZ w większym stopniu będą przekładać się na wydawane opinie. <u>Propozycje zmienionego brzmienia przepisu:</u> Proponujemy nie dodawać Art. 115 ustępu 4a do ustawy o działalności leczniczej <u>Uzasadnienie uwagi lub proponowanego brzmienia przepisu:</u> Obecna schematyczność (Mapy Potrzeb, Priorytety zdrowotne) dokumentów i ich automatyczne stosowanie przez organy opiniujące, nie uwzględnianie indywidualnych uwarunkowań czy innowacyjnych rozwiązań, jak i same nawet opóźnienia czasowe w aktualizacji tych dokumentów, krępować mogą rozwój medycyny klinicznej, dla której	Uwaga nieuwzględniona – celem przepisu jest wprowadzenie jednolitych wymagań dla podmiotów starających się o uzyskanie środków z budżetu państwa w ramach różnych programów

	powinna pozostać otwarta alternatywa, niestandardowa ścieżka inwestycyjna	
Wojewoda Świętokrzyski	1. Jednostka redakcyjna: Art. 2 Treść uwagi: Zmiana publikatora ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Propozycja zmiany: (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, ze zm.) 2. Jednostka redakcyjna: Art. 2 pkt 4a Treść uwagi: w treści pkt 4a po słowach „art. 95d ust. 1” wskazanie pełnej nazwy aktu prawnego Propozycja zmiany: ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych 3. Jednostka redakcyjna: Art. 2 pkt 4b Treść uwagi: w treści pkt 4b po słowach „art. 95d ust. 1” wskazanie pełnej nazwy aktu prawnego Propozycja zmiany: ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.	Uwagi uwzględnione
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	1. Wskazanie jednostki redakcyjnej: Art. 2 w zakresie: art. 115 ust. 4a i 4b Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, z późn. zm.) Treść uwagi: Z dodanych ust. 4a i 4b wynika, że przedmiotem dotacji objęte mogą być jedynie inwestycje polegające na utworzeniu na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego, nowych	Uwaga uwzględniona

	jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego lub innej inwestycji dotyczącej wykonywania działalności leczniczej pominięto zatem inwestycje, o których mowa w art. 95 h ust. 2 pozostające bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Propozycja zmienionego brzmienia: Ust. 4 a: „Podmiot leczniczy może uzyskać dotację, o której mowa w ust. 4, wyłącznie na realizacji zadania stanowiącego inwestycję, dla której została wydana pozytywna opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1 oraz 95e ust. 3d pkt. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”. Uzasadnienie uwagi: Skoro ustawodawca słusznie zróżnicował inwestycje posiadające wpływ na realizację świadczeń zdrowotnych od pozostałych, niewywierających takiego wpływu, odpowiednie przepisy prawne winny zostać stosowanie skorelowane.	
Wojewoda Lubuski	1. Artykuł, którego dotyczy uwaga: art. 2 opiniowanej ustawy dodający ust. 4a i 4b w art. 115 ustawy o działalności leczniczej Proponowana zmiana: <u>Proponuje się:</u> „Art. 2. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260) w art. 115 po ust. 4 dodaje się ust. 4 a i 4 b w brzmieniu: 4a. Podmiot leczniczy może uzyskać dotację, o której mowa w ust. 4, wyłącznie na realizację zadania stanowiącego inwestycję, dla której została wydana pozytywna opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1 lub 1a.	Uwaga uwzględniona

	4b. Podmiot leczniczy ubiegający się o dotację, o której mowa w ust. 4, przedkłada właściwemu organowi pozytywną opinię, o której mowa w art. 95 d ust. 1 lub 1a, wraz z wnioskiem o dotację.” Uzasadnienie: <u>Aktualny zapis</u> w projekcie ustawy: „Art. 2.W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260) w art. 115 po ust. 4 dodaje się ust. 4 a i 4 b w brzmieniu: 4a. Podmiot leczniczy może uzyskać dotację, o której mowa w ust. 4, wyłącznie na realizację zadania stanowiącego inwestycję, dla której została wydana pozytywna opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1. 4b. Podmiot leczniczy ubiegający się o dotację, o której mowa w ust. 4, przedkłada właściwemu organowi pozytywną opinię, o której mowa w art. 95 d ust. 1, wraz z wnioskiem o dotację.”. Aktualnie proponowany zapis art. 95 d ust. 1a w kontekście dodawanych w art. 115 ust. 4a i 4b ustawy o działalności leczniczej (art. 2 opiniowanej ustawy) nie daje Wojewodzie podstawy do wydania opinii o celowości inwestycji (nie związanej z utworzeniem nowych podmiotów, jednostek, komórek) nie przekraczającej 1 mln zł, a tym samym uzyskanie przez wnioskodawców ww. dotacji na inne inwestycje dotyczące wykonywania działalności leczniczej, której wartość nie przekracza 1 mln zł (art. 95d ust. 1 zmienianej uośoz). Uwagi: Konsekwencja uwagi zgłoszonej w pozycji 2.	
--	--	--

Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	1. Uzupełnienie nowelizowanego zapisu o tekst wpisany kursywą: 4a. Podmiot leczniczy może uzyskać dotację, o której mowa w ust. 4, wyłącznie na realizację zadania stanowiącego inwestycję, dla której została wydana pozytywna opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. 2. Uzupełnienie nowelizowanego zapisu o tekst wpisany kursywą: 4b. Podmiot leczniczy ubiegający się o dotację, o której mowa w ust. 4, przedkłada właściwemu organowi pozytywną opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wraz z wnioskiem o dotację.	Uwagi uwzględnione
Pracodawcy RP	Art. 2 ust. 4 i 4b. ustawy o działalności leczniczej – w opinii Pracodawców RP bardzo dobrym rozwiązaniem jest zobligowanie wnioskodawcy ubiegającego się o dotację ze środków publicznych do posiadania zgody na planowaną inwestycję. Uważamy, że to rozwiązanie będzie ważnym wskaźnikiem dla dyrektorów szpitali w obszarze podejścia instytucji państwowych do oceny inwestycji. Jednocześnie w naszej opinii ważnym uszczelnieniem systemu byłoby uzależnienie wejścia do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej od przestrzegania zasad IOWISZa. Zgodnie z obowiązującymi przepisami podmioty te powinny wnioskować o inwestycję w IOWISZu, ale za brak planowania	Komentarz

	inwestycji nie ma żadnych sankcji. Tym samym w rzeczywistości mimo posiadania sprawnego instrumentu kontroli rozwoju inwestycji w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych, dopuszczamy do niekontrolowanego rozwoju infrastruktury medycznej w przypadku ok 95% środków publicznych wydawanych na leczenie szpitalne. Uważamy, że system będzie sprawnie działał, jeśli będzie szczelny i każda inwestycja będzie się odbywała za wiedzą i zgodą regulatora opieki zdrowotnej w Polsce.	
--	---	--

Artykuł 3

Organ zgłaszający uwagę	Uwaga	Uzasadnienie
Wojewoda Lubuski	1. Artykuł, którego dotyczy uwaga: art. 3 opiniowanej ustawy zmieniający brzmienie w art. 6 ust. 4 ustawy z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1355) Proponowana zmiana: <u>Proponuje się zapis</u> art. 6 ust. 4 – ostatni akapit ustawy z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1355): „4.(...) – o których mowa w art. 95 d ust. 1 lub 1a i art. 95i ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.”. Uzasadnienie: <u>Aktualnie proponowany zapis</u> art. 6 ust. 4 – ostatni akapit ustawy z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki	Uwaga uwzględniona

	zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1355): „4.(...) – o których mowa w art. 95d ust. 1 i art. 95i ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.”. Zmiana proponowana w związku ze zmianą treści art. 95 d ust. 1 oraz dodanie ust. 1a w art. 95d uośoz.	
--	---	--



KPRM

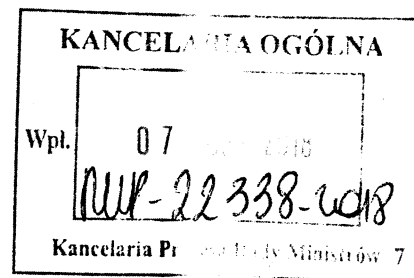


Warszawa, 5 marca 2018 r.

Minister
Spraw Zagranicznych

DPUE.920.1276.2017 / 10 / MM

dot.: RM-10-18-18 *tekst ostateczny* z 01.03.2018 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,

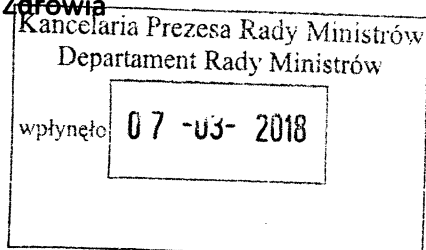
w związku z przedłożonym projektem ustawy pozwalam sobie wyrazić poniższą opinię.

Projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem

Do wiadomości:

Pan Łukasz Szumowski
Minister Zdrowia



z up. Ministra Spraw Zagranicznych
Piotr Wawrzyk
Podsekretarz Stanu

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

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

Na podstawie art. 95h ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, 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, zwanej dalej „ustawą”;
- 3) minimalną liczbę punktów wymaganą do uzyskania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy.

§ 2. Wzór wniosku zawierającego formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia wraz ze wskazaniem kryteriów oceny inwestycji, przypisaniem im wagi oraz określeniem skali punktów możliwych do uzyskania w zakresie poszczególnych kryteriów określa załącznik do rozporządzenia.

§ 3. Całkowity wynik punktowy jest wyliczany według wzoru:

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

1000 gdzie poszczególne symbole oznaczają:

C – całkowity wynik punktowy przyznawany w wyniku oceny kryteriów oceny

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2017 r. poz. 2110, 2217, 2361, 2434 oraz z 2018 r. poz. 107 i 138.

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,
- P2 – przewidywany przez podmiot wnioskujący czas na realizację inwestycji podany w miesiącach.

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

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

MINISTER ZDROWIA

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

Wzór

INSTRUMENT OCENY WNIOSKÓW INWESTYCYJNYCH W SEKTORZE ZDROWIA (IOWISZ)			
I. INFORMACJE O INWESTYCJI			
1. Podmiot wnioskujący	1. Rodzaj podmiotu wnioskującego		
	2. Imię i nazwisko lub nazwa podmiotu		
	3. Adres e-mail podmiotu wnioskującego		
	4. Numer KRS podmiotu wnioskującego		
	5. Numer NIP podmiotu wnioskującego		
	6. Numer REGON podmiotu wnioskującego		
	7. Jednostka sektora finansów publicznych		
	8. Organ wydający opinię o celowości inwestycji		
2. Siedziba albo adres zamieszkania podmiotu wnioskującego	1. Województwo		
	2. Powiat		
	3. Gmina		
	4. Miejscowość		
	5. Ulica		
	6. Numer budynku		
	7. Numer lokalu		
	8. Kod pocztowy		
	9. Poczta		
3. Typ inwestycji	1. Utworzenie nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą		
	2. Utworzenie nowych jednostek zakładu leczniczego podmiotu leczniczego		
	3. Utworzenie nowych komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego		
	4. Inna inwestycja		
	5. Informacje szczegółowe		
4. Opis inwestycji	1. Ogólne	1. Zakres rzeczowy inwestycji	
		2. Uzasadnienie celowości inwestycji	
		3. Obszar oddziaływania inwestycji	
		4. Termin planowanego rozpoczęcia inwestycji	
		5. Termin planowanego zakończenia inwestycji	

	2. Miejsce realizacji inwestycji		1. Województwo	
			2. Powiat	
			3. Gmina	
			4. Miejscowość	
			5. Ulica	
			6. Numer budynku	
			7. Numer lokalu	
			8. Kod pocztowy	
			9. Poczta	
	3. Źródło finansowania inwestycji		1. Środki własne inwestora	
			2. Dotacja celowa ze środków ustalonych w części 46 - Zdrowie budżetu państwa	
			3. Dotacja celowa z innych części budżetowych	
			4. Kredyt lub pożyczka objęta poręczeniem lub gwarancją Skarbu Państwa	
			5. Środki z innych źródeł, niż dotacje celowe z budżetu państwa	
			6. Środki z Unii Europejskiej – z określeniem nazwy Programu i numeru obszaru wydatków strukturalnych	
			7. Ogółem	
	4. Inne informacje dotyczące inwestycji (inwestycja budowlana)	1. Części inwestycji	1. Komórka organizacyjna	
			2. Liczba sal	
			3. Liczba łóżek	
		2. Wartość inwestycji w podziale na grupy kosztów (w zł)	1. Pozyskanie działki budowlanej	
			2. Przygotowanie terenu i przyłączenia obiektów do sieci	
			3. Budowa obiektów podstawowych	
			4. Instalacje	
			5. Zagospodarowanie terenu i budowa obiektów pomocniczych	
			6. Wyposażenie	
			7. Prace przygotowawcze, projektowe, obsługa inwestorska oraz ewentualnie szkolenia i rozruch	
			8. Ogółem	
		3. Wskaźniki techniczno-ekonomiczne	1. Powierzchnia całkowita inwestycji w m ² (Pc)	
			2. Powierzchnia użytkowa inwestycji w m ² (Pu),	
			3. Kubatura w m ³ (V)	
			4. Łączna liczba łóżek przed rozpoczęciem inwestycji (Łp)	
			5. Łączna liczba łóżek po zakończeniu inwestycji (Łk)	
			6. Wartość kosztorysowa inwestycji – WKI (tys. zł)	
			7. Cena m ² pow. całkowitej (WKI/Pc)	
			8. Cena m ² pow. użytkowej (WKI/Pu)	
			9. Cena m ³ kubatury (WKI/V)	

			10. Wartość inwestycji przypadająca na 1 łóżko (WKI/((Łk – Łp)))			
			11. Liczba zatrudnionego personelu przed inwestycją			
			12. Liczba zatrudnionego personelu po inwestycji			
	5. Inne informacje dotyczące inwestycji (inwestycja zakupowa)	1. Części inwestycji	1. Rodzaj wyrobu medycznego			
			2. Komórka organizacyjna, w której wyrób medyczny będzie wykorzystywany			
			3. Liczba (ilość) wyrobu medycznego			
		2. Informacje techniczne	1. Parametry techniczne wyrobu medycznego			
			2. Informacje o stanie wyposażenia we wnioskowany wyrób medyczny			
			3. Informacje na temat infrastruktury technicznej			
			4. Informacje o zabezpieczeniu kadrowym do obsługi i eksploatacji wyrobu medycznego			
			5. Analiza kosztów eksploatacji wyrobu medycznego			
			6. Ocena techniczna posiadanych i zużytych wyrobów medycznych, jeżeli dotyczy			
II. KRYTERIA OCENY INWESTYCJI						
Kryteria				Ocena podmiotu wnioskującego		
Lp.	Kryterium oceny inwestycji	Interpretacja i wyjaśnienie znaczenia kryterium oraz sposobu oceny inwestycji	Waga kryterium	Ocena	Uzasadnienie	Wynik kryterium
1.	Czy inwestycja odpowiada priorytetom dla regionalnej polityki zdrowotnej, zwanym dalej „PRPZ”?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Odpowiedzi „TAK” udziela się wyłącznie wtedy, gdy inwestycja wpisuje się w PRPZ całkowicie lub w zasadniczej części. Należy odnieść się w sposób dokładny do PRPZ przygotowanych dla danego województwa, ze wskazaniem postanowień, które dzięki danej inwestycji będą realizowane.	1,0			
2.	Jaki jest przewidziany czas na inwestycję?	Czas wskazywany jest na podstawie informacji zawartych w polach I.4.1.4 oraz I.4.1.5 wniosku. Minimalny czas wynosi 1 miesiąc.	Współczynnik korygujący czas realizacji - 6%			
3.	Czy inwestycja wpłynie na niwelowanie różnic w dostępie do	Możliwe odpowiedzi to	0,8			

	świadczeń gwarantowanych na danym obszarze?	„TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Ocena odbywa się przy użyciu informacji z map potrzeb zdrowotnych, może również wymagać pozyskania informacji z innych wiarygodnych źródeł (w szczególności baz danych Narodowego Funduszu Zdrowia, Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia, rejestrów publicznych, dokumentów urzędowych).				
4.	Czy inwestycja wpłynie na zaspokojenie potrzeb, które dotychczas nie były zaspokajane?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Należy ocenić, czy inwestycja wpłynie na dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej, które obecnie nie są zaspokajane na danym obszarze. W przypadku tego kryterium uwzględnia się wyłącznie umożliwienie udzielania nowych świadczeń opieki zdrowotnej, nie zaś inwestycje zmierzające do poprawy stanu rzeczy, w postaci skrócenia czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, czy ograniczenia innych negatywnych zjawisk.	1,0			
5.	Czy inwestycja dotyczy uruchomienia na danym obszarze po raz pierwszy metod leczenia o udowodnionej skuteczności w danym wskazaniu?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Należy ocenić, czy	1,0			

		inwestycja wpłynie na dostępność na danym obszarze do świadczeń opieki zdrowotnej, które są pierwszymi skutecznymi metodami leczenia w danym wskazaniu. W przypadku tego kryterium należy określić, czy inwestycja umożliwi udzielanie na danym obszarze nowych świadczeń opieki zdrowotnej o udowodnionej skuteczności klinicznej (zgodnie z zasadami <i>evidence-based medicine</i>). Ich wprowadzenie sprawi, że dotychczas pacjenci nieskutecznie leczeni albo leczeni metodami o nieudowodnionej skuteczności, będą mieli dostęp do skutecznych świadczeń opieki zdrowotnej.				
6.	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na czas oczekiwania na udzielenie świadczenia?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy określić, w jakim stopniu inwestycja odpowiada na obiektywnie istniejące potrzeby zdrowotne, oraz służy mierzalnemu skróceniu czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. W przypadku inwestycji pozostających bez wpływu na czas oczekiwania na udzielenie świadczeń, należy przyjąć 0 pkt.	0,9			
7.	Czy inwestycja służyć będzie przesunięciu ciężaru z opieki	Możliwe odpowiedzi to	1,0			

	szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną?	„TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Należy uwzględnić w szczególności dane pochodzące z własnych analiz. Kryterium uwzględnia zmianę z leczenia szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zwanej dalej „AOS”, ewentualnie do podstawowej opieki zdrowotnej, zwanej dalej „POZ”. W przypadku inwestycji w zakresie AOS lub POZ należy przyjąć 10 pkt.				
8.	W jakim stopniu inwestycja odpowiada trendom demograficznym?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy uwzględnić informacje z map potrzeb zdrowotnych, a także innych wiarygodnych źródeł (np. z baz danych Narodowego Funduszu Zdrowia, Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia, rejestrów, dokumentów urzędowych). Należy ocenić stopień, w jakim inwestycja sprzyja poprawie opieki długoterminowej lub paliatywnej i hospicyjnej nad osobami starszymi.	1,0			
9.	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę efektów zdrowotnych uzyskiwanych w populacji pacjentów w województwie?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Stosowane technologie medyczne charakteryzują się różną skutecznością. Szerokie wdrożenie metod diagnostyki lub leczenia o szczególnie wysokiej skuteczności klinicznej przełoży się na znaczną poprawę stanu zdrowia w	1,0			

		populacji pacjentów w województwie. Najwyższe oceny należy przyznać inwestycjom zakładającym kompleksowość opieki zdrowotnej, z zastosowaniem optymalnych metod diagnostyki lub leczenia.				
10.	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę jakości opieki zdrowotnej?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić, czy inwestycja przyczyni się do poprawy w szczególności: 1) kompleksowości opieki – zapewnienia całego procesu terapeutycznego w jednym podmiocie; 2) ciągłości opieki – zapewnienia całego procesu terapeutycznego bez przerywania procesu tej opieki, szczególnie przy przenoszeniu pacjenta pomiędzy podmiotami; 3) interdyscyplinarności – zaangażowania różnych osób, w szczególności wykonujących zawód medyczny, w proces diagnostyki i leczenia.	1,0			
11.	Czy podmiot posiada akredytację Ministra Zdrowia?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Czy podmiot posiada aktualny certyfikat akredytacyjny zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 2135). W przypadku braku tego certyfikatu, należy przyjąć	0,4			

		„NIE”. W przypadku inwestycji w zakresie AOS lub POZ, należy przyjąć „TAK”.				
12.	Czy inwestycja wpłynie na zmniejszenie ogólnych kosztów opieki medycznej na danym obszarze?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Należy wziąć pod uwagę faktyczne obniżenie kosztów opieki zdrowotnej, w szczególności z powodu: 1) zastosowania bardziej efektywnej technologii medycznej; 2) przesunięcia miejsca wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej z lecznictwa szpitalnego do AOS; 3) obniżenia kosztów diagnostyki. Ocena jest dokonywana na podstawie podanego we wniosku przewidywanego zmniejszenia kosztów opieki zdrowotnej zestawionego z kosztami inwestycji.	1,0			
13.	Czy koszt inwestycji jest uzasadniony w porównaniu do podobnych realizowanych inwestycji albo podobnych zrealizowanych inwestycji?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). W przypadku braku podobnych realizowanych inwestycji, albo podobnych zrealizowanych inwestycji, można odpowiedzieć „TAK” w przypadku, jeżeli zostanie przeprowadzona i załączona analiza rynku i potrzeb, potwierdzająca udzielenie odpowiedzi	0,8			

		twierdzącej.				
14.	W jakim stopniu inwestycja jest obarczona ryzykiem niewykorzystania po jej zakończeniu?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Trafność podjęcia decyzji o realizacji inwestycji określa się przez dane dostępne w mapach potrzeb zdrowotnych oraz innych wiarygodnych źródłach (np. w bazach Narodowego Funduszu Zdrowia, Systemie Statystyki w Ochronie Zdrowia, rejestrach, dokumentach urzędowych). Należy określić, czy będzie istniało zapotrzebowanie ze strony pacjentów na świadczenia opieki zdrowotnej, w tym przez obłożenie łóżek lub wykorzystanie zasobów. Należy zastosować skalę odwrotną – im mniejsze ryzyko, tym więcej punktów.	1,0			
15.	W jakim stopniu inwestycja jest obarczona ryzykiem, że wyroby medyczne nabyte w ramach inwestycji nie będą wykorzystywane optymalnie?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Szybki postęp w medycynie wymusza okresową wymianę wyrobów medycznych na wyroby medyczne nowszej generacji. Wykorzystywanie wyrobów medycznych na odpowiednio wysokim poziomie, pozwala na amortyzację kosztów ich zakupu oraz zapewnia ich racjonalnie szybkie odtworzenie. Jeżeli inwestycja nie dotyczy wyrobów	0,9			

		medycznych, należy przyjąć 10 pkt. Należy zastosować skalę odwrotną – im mniejsze ryzyko, tym więcej punktów.				
16.	W jakim stopniu inwestycja jest obciążona ryzykiem nieuzyskania oczekiwanego finansowania ze środków publicznych dla udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy wziąć pod uwagę, jak duże jest ryzyko, że podmiot nie uzyska finansowania ze środków publicznych dla świadczeń opieki zdrowotnej, które może udzielać dzięki realizacji inwestycji, w szczególności uwzględniając występowanie na danym obszarze świadczeniodawców udzielających takich samych świadczeń opieki zdrowotnej oraz dotychczasowe finansowanie tych świadczeń. W przypadku inwestycji, które nie są obciążone ryzykiem nieuzyskania finansowania ze środków publicznych, należy przyjąć 10 pkt. Należy zastosować skalę odwrotną – im mniejsze ryzyko, tym więcej punktów.	0,9			
17.	Czy inwestycja służy przekierowaniu strumienia finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z PRPZ?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). PRPZ mogą zakładać propozycję przekierowania strumienia finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia. W	0,7			

		takim przypadku należy ocenić, czy inwestycja będzie sprzyjać takiemu przekierowaniu. W przypadku braku w PRPZ propozycji przekierowania, należy przyjąć „NIE”.				
18.	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na optymalizację wykorzystania i rozmieszczenia obecnie zatrudnionych w podmiocie osób wykonujących zawód medyczny?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić, czy inwestycja wpłynie na optymalizację wykorzystania i rozmieszczenia osób wykonujących zawód medyczny, np. wynikającą z wielkości oddziału (odpowiednia wielkość oddziału zapewni poprawę wskaźnika efektywności wykorzystania opieki pielęgniarstwa lub lekarskiej). W przypadku, gdy inwestycja nie wpływa na wykorzystanie i rozmieszczenie obecnie zatrudnionych osób wykonujących zawód medyczny, należy przyjąć 0 pkt.	0,6			
19.	W jakim stopniu inwestycja jest obarczona ryzykiem niezapewnienia odpowiednich zasobów kadrowych?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić, czy planowane zatrudnienie osób wykonujących zawód medyczny w związku z inwestycją, uwzględniające wymagane kwalifikacje i uprawnienia tych osób, jest realistyczne. Jeżeli inwestycja nie wpływa na zatrudnienie,	0,5			

		należy przyjąć 10 pkt. Należy zastosować skalę odwrotną – im mniejsze ryzyko, tym więcej punktów.				
20.	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę ergonomii pracy osób wykonujących zawód medyczny?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy zwrócić uwagę na charakter (jednostajność) i nasilenie obciążeń osób wykonujących zawód medyczny oraz określić jak inwestycja wpłynie na ten problem. Jeżeli inwestycja nie uwzględnia wpływu na ergonomię, należy przyjąć 0 pkt.	0,2			
21.	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę wykorzystania obecnie istniejącej infrastruktury?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić, czy inwestycja będzie się wiązała z: 1) zagospodarowaniem dotychczasowej infrastruktury, która jest aktualnie niewykorzystana lub ma charakter niezgodny z PRPZ; 2) poprawą wykorzystania istniejącej infrastruktury. Jeżeli inwestycja nie ma związku z poprawą wykorzystania istniejącej infrastruktury, należy przyjąć 0 pkt.	0,7			
22.	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na wymianę zużytych wyrobów medycznych?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy oszacować aktualne zużycie wyrobów medycznych, a także stopień, w jakim inwestycja przekłada się na ich wymianę. W przypadku inwestycji w wyroby medyczne, uzasadnienie	0,9			

		powinno opierać się na obiektywnych podstawach (wymagania techniczne, serwisowe, certyfikacyjne). Jeżeli inwestycja nie ma związku z wymianą wyrobów medycznych, w szczególności dotyczy zakupu nowych, należy przyjąć 0 pkt.				
23.	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na konieczność modyfikacji, zaprzestania lub zmiany kierunku innych inwestycji w toku na danym obszarze?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Wnioskodawca powinien przedstawić oszacowanie pozytywnego wpływu, jaki proponowana inwestycja ma, albo będzie miała, na już rozpoczęte inwestycje na danym obszarze. W tym przypadku chodzi o zminimalizowanie ryzyka wystąpienia konkurencyjnych (podobnych) inwestycji, co może prowadzić w przyszłości do istotnych problemów z dalszym finansowaniem świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. W przypadku braku inwestycji w toku o podobnym charakterze, albo gdy kryterium nie dotyczy danej inwestycji, należy przyjąć 10 pkt.	0,4			
24.	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę komfortu pacjentów i ich rodzin?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Oszacowanie powinno być przeprowadzone w kontekście realizacji oczekiwań pacjentów i ich rodzin oraz z uwzględnieniem czynników wpływających	0,2			

		na satysfakcję pacjentów i ich rodzin. W ramach oceny wpływu na komfort, należy uwzględnić warunki lokalowe, udogodnienia związane z lokalizacją inwestycji (czy łatwo dojechać), parkingiem dla gości, ewentualnym zapewnieniem warunków hotelowych dla rodzin (szczególnie w przypadku pediatrii).				
25.	Czy inwestycja wpłynie na aktywizację zawodową osób sprawujących faktyczną opiekę nad chorymi?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 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.	Czy inwestycja wpłynie na aktywizację zawodową chorych oraz ograniczenie albo zapobieganie ich wykluczeniu społecznemu?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 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 – przysposobienia do nowej pracy. Zagadnienia wpływu inwestycji na ograniczanie i zapobieganie wykluczeniu społecznemu powinny znaleźć odzwierciedlenie w ocenie	0,3			

		projektów inwestycyjnych.				
27.	Czy inwestycja wpłynie na rozwój opieki środowiskowej?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Przez opiekę środowiskową rozumie się różne formy opieki zdeinstytucjonalizowanej, np. opiekę domową, sprawowaną przez rodzinę, pielęgniarke podstawowej opieki zdrowotnej lub pielęgniarke opieki długoterminowej, lub opiekunów społecznych, a także inne formy opieki. W przypadku, gdy inwestycja nie dotyczy tego kryterium, należy przyjąć 0 pkt.	0,5			
28.	Czy inwestycja wpłynie na zapewnienie praw pacjenta?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Należy ocenić, czy inwestycja poprawia spełnienie praw pacjentów, w szczególności w zakresie: 1) zapewnienia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej; 2) poszanowania intymności i godności; 3) prawa do umierania w spokoju i godności.	0,4			
29.	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na realizację celów edukacyjnych i szkoleniowych w ochronie zdrowia?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy zwrócić uwagę na poprawę warunków kształcenia przed- i podyplomowego oraz	0,2			

		edukacji społecznej dla osób spoza jednostki. W przypadku, gdy inwestycja nie dotyczy realizacji celów edukacyjnych i szkoleniowych w ochronie zdrowia, należy przyjąć 0 pkt.				
30.	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na podniesienie kwalifikacji osób wykonujących zawód medyczny?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić czy inwestycja daje szansę lub spowoduje uzyskanie nowych kwalifikacji przez osoby wykonujące zawód medyczny. W przypadku, gdy inwestycja nie dotyczy tego kryterium, należy przyjąć 0 pkt.	0,2			
31.	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na wykorzystanie polskiej myśli technicznej i naukowej lub myśli technicznej i naukowej innych państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. 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 Rzeczypospolitej Polskiej lub innych państw lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym.	0,9			
32.	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na zdolność prowadzenia i rozwoju prac badawczych i rozwojowych w dziedzinie zdrowia w województwie?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy określić, czy inwestycja przyczyni się do	0,9			

		rozwoju prac badawczych i rozwojowych w dziedzinie zdrowia w województwie.				
33.	Czy inwestycja wpłynie na komercjalizację innowacyjnej myśli technicznej rozwijanej na danym obszarze?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Należy oszacować czy inwestycja będzie wspierać lokalnie rozwijane innowacje i technologie, w szczególności w sektorze zdrowia.	1,0			
34.	W jakim stopniu inwestycja wpisuje się w rekomendacje towarzystw naukowych polskich lub zagranicznych dotyczących rozwoju danej dziedziny, której dotyczy planowana inwestycja?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Na podstawie przeglądu rekomendacji towarzystw naukowych polskich lub zagranicznych, należy określić zgodność inwestycji z tymi rekomendacjami. Przeglądu można dokonać z wykorzystaniem powszechnie dostępnych wyszukiwarek specjalistycznych takich jak: http://www.guideline.gov/ , https://www.tripdatabase.com ; https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed .	0,2			
III. Całkowity wynik punktowy						
IV. Oświadczenie						
Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia, przewidzianej w art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2017 r. poz. 2204, z późn. zm.).						
V. Inne						
1. Organ wydający opinię o celowości inwestycji						
2. Sposób doręczenia opinii o celowości inwestycji						

3. Numer formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia	
4. Data i miejsce sporządzenia wniosku	
5. Podpis osoby upoważnionej do złożenia wniosku	

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA WNIOSKU

Uwaga ogólna:

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

I. INFORMACJE O INWESTYCJI

Część 1. Podmiot wnioskujący:

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

Pole 1.2 – podać nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego;

Pole 1.3 – podać adres e-mail podmiotu wnioskującego;

Pola 1.4-1.6 – 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 1.7 – wybrać, czy podmiot wnioskujący jest jednostką sektora finansów publicznych;

Pole 1.8 – wybrać właściwy organ wydający opinię, do którego jest składany wniosek – wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia.

Część 2 Siedziba albo adres zamieszkania podmiotu wnioskującego:

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

Część 3 Typ inwestycji:

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

Pole 3.5 – w przypadku wskazania typu „inna inwestycja” (w polu. 3.4) – podać informacje szczegółowe.

Część 4. Opis inwestycji:

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

Pole 4.1.1 – zakres rzeczowy inwestycji;

Pole 4.1.2 – uzasadnienie celowości inwestycji;

Pole 4.1.3 – obszar oddziaływania inwestycji (np. kraj, województwo, powiat, gmina);

Pole 4.1.4 i pole 4.1.5 – podać termin (datę) planowanego rozpoczęcia i termin (datę) planowanego zakończenia inwestycji – na podstawie tych informacji zostanie automatycznie wskazana liczba pełnych miesięcy (nie mniej niż 1) – w kryterium oceny inwestycji lp. 2;

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

Pola 4.3 (4.3.1-4.3.7) – określić źródło/źródła finansowania inwestycji;

Pola 4.4 – podać inne informacje dotyczące inwestycji budowlanej:

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

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

Pole 4.4.2 – wartość inwestycji w podziale na grupy kosztów – podać kwoty brutto w zł;

Pole 4.4.3 – wskaźniki techniczno-ekonomiczne inwestycji;

Pola 4.5 – podać inne informacje dotyczące inwestycji zakupowej:

Pola 4.5.1 – podstawowe parametry inwestycji (wypełnia się dla wszystkich części inwestycji, zgodnie z wyborem podmiotu wnioskującego);

Pole 4.5.1.2 – informacja o komórce organizacyjnej (wybrać z listy kodów resortowych);

Pola 4.5.2 – szczegółowe uzasadnienie zakresu inwestycji;

Pole 4.5.2.7 – wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy inwestycja obejmuje wymianę wyrobów medycznych.

II. KRYTERIA OCENY INWESTYCJI

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

- 1) w kryteriach oceny inwestycji, o których mowa w lp. 1, 3-5, 7, 11-13, 17, 25-28 oraz 33, udziela się odpowiedzi „TAK” albo „NIE”, którym przyznaje się odpowiednio 10 pkt albo 0 pkt;
 - 2) w kryterium oceny inwestycji lp. 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 w poszczególnych dziedzinach chorób, udziela się odpowiedzi „TAK” (przyznaje się 10 pkt);
 - 3) w kryterium oceny inwestycji lp. 1, sformułowanie „zasadnicza część inwestycji” rozumiana jest jako część co najmniej równa 70% wartości inwestycji;
 - 4) w kryterium oceny inwestycji lp. 2 „moment rozpoczęcia inwestycji” w przypadku robót budowlanych, należy rozumieć jako moment rozpoczęcia budowy zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2016 r. poz. 290, 961, 1165 i 1250); „liczbę miesięcy” liczy się od momentu podpisania pierwszej umowy na roboty budowlane lub usługi dotyczące inwestycji, do rozpoczęcia działań operacyjnych po zakończeniu inwestycji, na podstawie harmonogramu projektu inwestycji – minimalna wartość wynosi 1 miesiąc;
 - 5) w kryterium oceny inwestycji lp. 4, oceny dokonać należy w kontekście wyłącznie nowych rodzajów świadczeń; stwierdzenie, czy dane świadczenie jest udzielane na danym obszarze, możliwe jest w oparciu o analizę procedur wg klasyfikacji ICD-9;
 - 6) w kryterium oceny inwestycji lp. 10, użyte w odniesieniu do osób wykonujących zawód medyczny sformułowanie „w szczególności”, oznacza, że ocenie może podlegać również ocena zaangażowania w inwestycję osób niekwalifikowanych jako osoby wykonujące zawód medyczny (np. psychologów, psychoterapeutów, terapeutów uzależnień, itp.);
 - 7) w odniesieniu do kryterium lp. 13, skala oceny dostosowywana jest każdorazowo do rodzaju, zakresu, skali inwestycji; oznacza to, że porównywaniu podlegają tylko inwestycje o podobnym charakterze, ponieważ tylko w ten sposób komparatystyka jest miarodajna i zasadna;
 - 8) w odniesieniu do kryterium lp. 21, maksymalną punktację (10 pkt) można uzyskać tylko, jeżeli inwestycja polega na zagospodarowaniu wyłącznie istniejącej infrastruktury;
 - 9) w odniesieniu do kryterium lp. 22, ocenie podlega to, czy inwestycja wiąże się z wymianą wyrobów medycznych, nie chodzi tu o regenerację, remont, naprawę;
 - 10) w przypadku inwestycji o charakterze ponadregionalnym, bierze się pod uwagę właściwą Mapę Regionalną oraz Mapę Ogólnopolską;
 - 11) w przypadku, gdy kryterium dotyczy pytania o „dany obszar”, sformułowanie to należy rozumieć jako obszar oddziaływania danej inwestycji, przy czym co do zasady przyjmuje się, że obejmuje on województwo, na terenie którego inwestycja jest realizowana.
2. Wskazane powyżej punkty i odpowiedzi wpisuje się w kolumnie „Ocena”.
 3. W kolejnych rekordach w kolumnie „Uzasadnienie” wpisuje się informacje uzasadniające przydzielenie wskazanej w kolumnie „Ocena” liczby punktów dla danego kryterium oceny inwestycji.
 4. Uzasadnienie dla każdego z kryteriów oceny inwestycji nie może przekraczać 500 znaków ze spacjami.
 5. W przypadku gdy tylko część inwestycji spełnia określone kryterium:
 - 1) w przypadku kryteriów ocenianych w skali od 0 pkt do 10 pkt, maksymalna liczba punktów do przyznania za dane kryterium jest proporcjonalna do udziału kosztu tej części inwestycji w całym jej koszcie;
 - 2) w przypadku kryteriów ocenianych w skali TAK albo NIE, odpowiedzi TAK udziela się, jeżeli dana część stanowi co najmniej 70% wartości inwestycji.

III. CAŁKOWITY WYNIK PUNKTOWY

Całkowity wynik punktowy jest wyliczany automatycznie przez system Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia w oparciu o algorytm jego wyliczenia określony w § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia i we wniosku, wskazany na podstawie punktów przyznanych przy wypełnianiu wniosku przez podmiot wnioskujący.

IV. OŚWIADCZENIE

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

V. INNE

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

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

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 95h ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

Konieczność jego wydania jest związane z wejściem w życie ustawy 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, zwany 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.

Treść rozporządzenia jest determinowana – jak wskazano w wytycznej zawartej w przepisie stanowiącym upoważnienie ustawowe do wydania rozporządzenia – uwzględnieniem w opinii o celowości inwestycji map i priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, zapewnieniem jednolitości wniosków o wydanie takiej opinii, porównywalnej i spójnej metodyki dokonywania oceny celowości inwestycji i jej przejrzystości oraz jej zbieżności z potrzebami istotnymi z punktu widzenia ochrony zdrowia.

Realizowanie inwestycji pozytywnie ocenionych z punktu widzenia ich celowości ma być przejawem dążenia do racjonalnego i efektywnego wydatkowania środków publicznych przeznaczanych 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 projektodawcy jest zapewnienie 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.

Formularz IOWISZ będzie wykorzystywany przez wojewodów (a w określonych przypadkach – ministra właściwego do spraw zdrowia) przy wydawaniu opinii o celowości inwestycji. Przed wydaniem opinii na temat celowości inwestycji wypowiedzą się także oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia.

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 tym samym wykluczy możliwość uzyskiwania pozytywnych opinii o celowości inwestycji przez projekty niezgodne z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, zwanymi dalej „PRPZ”.

Jednocześnie w projektowanym rozporządzeniu określa się graniczny próg punktowy pozwalający na uzyskiwanie pozytywnej opinii o celowości inwestycji. Ustalenia wysokości progu na poziomie określonym w § 4 projektowanego rozporządzenia, dokonano w oparciu o wstępną analizę 70 wniosków inwestycyjnych, które zostały na potrzeby tej oceny przekazane przez urzędy marszałkowskie i innych interesariuszy. Po dokonaniu oceny rzeczonych wniosków i jej weryfikacji z uwzględnieniem uwag zgłoszonych w ramach konsultacji publicznych oraz wprowadzonych na ich skutek zmian w treści rozporządzenia, ustalono próg na poziomie 6200 punktów.

Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia działa jako formularz złożony z 34 skategoryzowanych kryteriów. Ponieważ kwestie celowości inwestycji oceniać można z różnych punktów widzenia, projektodawca dobrał pytania w taki sposób, aby każde z nich eksplorowało pewien obszar zagadnień związany z ochroną zdrowia i odzwierciedlał uznawane priorytety. Ocena uzyskana w ramach kaskadowej weryfikacji, pozwala na kolejny krok w ramach indywidualnej oceny wniosku oraz uzyskanie opinii co do celowości inwestycji. IOWISZ jest zatem instrumentem wspomagającym decyzję organów administracji, mającym na celu jej obiektywizację oraz implementację w systemie oceny, potrzeb zdrowotnych kraju w ramach regulacji ustawowych, jak i dokumentu „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne”. Wskazane kryteria na potrzeby określenia algorytmu wyliczania całkowitego wyniku punktowego zostały

połączone w 4 subkategorie obejmujące podobne zagadnienia:

1. Potrzeby pacjenta, jego rodziny lub opiekunów oraz personelu medycznego uczestniczącego w procesie terapeutycznym chorego. Osiem pytań (kryteriów) pozwala odpowiedzieć, w jakim stopniu inwestycja wpisuje się, albo wpisze, w realizację praw pacjenta, jego potrzeby, a także ergonomię pracy personelu medycznego. Inwestycja uzyskująca maksymalne oceny w tej subkategorii będzie dotyczyła poprawy komfortu pacjenta w trakcie terapii oraz zachowania jego niezbywalnych praw, a także przyspieszenia jego zawodowej lub społecznej aktywizacji oraz poprawy komfortu pracy personelu medycznego.
2. Organizację świadczeń zdrowotnych realizowanych przy zmieniającej się demografii polskiego społeczeństwa oraz przy udziale ograniczonej liczebnie kadry medycznej. Wysokie oceny uzyskane za pytania dotyczące tej subkategorii, będą uzyskiwane przez inwestycje realizujące potrzebę reorganizacji struktury świadczeń w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych, w zakresie poprawy jakości opieki zdrowotnej w aspekcie potrzeb populacyjnych oraz adekwatnej alokacji kadry medycznej.
3. Infrastrukturę istniejącą oraz projektowaną, modernizowane zasoby oraz finansowania ze strony publicznego płatnika. Uzyskane wysokie oceny w tej subkategorii będą wskazywały na inwestycje odpowiadające na potrzeby definiowane w PRPZ, a także realizujące potrzeby racjonalnego obniżenia kosztów opieki zdrowotnej poprzez inwestowanie w nowy sprzęt lub jego modernizację, wraz z zapewnieniem jego optymalnego wykorzystania.
4. Innowacyjność oraz walory naukowe, bądź dydaktyczne inwestycji, wpisujące się w potrzebę rozwoju placówek opieki medycznej, a także oferowania pacjentom nowych, skutecznych technologii medycznych nieobecnych dotąd na regionalnym rynku, wraz z potencjalną poprawą zaplecza dydaktycznego. Najwyższe oceny w tej kategorii uzyskają projekty dotyczące nowatorskich rozwiązań, z uwzględnieniem wykorzystania polskiej myśli technicznej i naukowej oraz krajów UE i EFTA.

Wszystkie pytania mające swe źródło w 4 kluczowych obszarach dotyczących ochrony zdrowia, stanowią próbę opisanie w najlepszy sposób oczekiwań regulatora wobec planowanych inwestycji. Dwa pytania nie zostały umieszczone w ww. czterech subkategoriach: pierwsze – dotyczące zgodności z PRPZ, a drugie – czasu realizowanej inwestycji. Pytanie dotyczące zgodności z PRPZ ma charakter wykluczający, a pytanie

dotyczące czasu inwestycji determinuje dyskontowanie wszystkich ocen w ramach instrumentu oceny. Zatem nie sposób ich skategoryzować.

Instrument zapewnia przekroczenie progu wejścia przez każdą inwestycję odpowiadającą na PRPZ, realizowaną zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych niezależnie od jej lokalizacji, uwzględniając różnorodność potrzeb lokalnych, zapewniając gwarantowaną wysoką jakość usług zdrowotnych i celowość wydatkowania środków publicznych.

Projekt rozporządzenia uwzględnia w załączniku formularz obejmujący informacje przewidziane do załączenia do wniosku w ustawie. Zgodnie z art. 95e ust. 3 ustawy formularz obejmuje:

- 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;
- 4) wskazanie typu inwestycji: utworzenie nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, nowych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego lub innej inwestycji;
- 5) opis inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy, 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 ustawy, a w przypadku inwestycji budowlanej – również jej szacunkową wartość w podziale na grupy kosztów,
 - f) inne informacje dotyczące inwestycji;
- 6) w przypadku inwestycji dotyczącej więcej niż jednej lekarskiej dziedziny medycyny wymienionej w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, z późn. zm.) – informacje o częściach inwestycji, służących udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie wskazanych dziedzin medycyny, oraz ich szacowaną wartość;
- 7) wypełniony formularz, o którym mowa w art. 95h ust. 1 ustawy, w przypadku tworzenia nowego podmiotu leczniczego lub innej inwestycji skutkującej zmianą

zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, wraz z jego numerem wygenerowanym za pośrednictwem systemu IOWISZ nie wcześniej niż w terminie miesiąca przed dniem złożenia wniosku;

- 8) wskazanie terminu planowanego rozpoczęcia realizacji inwestycji, jeżeli dotyczy;
- 9) oświadczenie, o którym mowa w art. 95e ust. 4 ustawy;
- 10) datę jego sporządzenia;
- 11) podpis osoby upoważnionej do jego złożenia.

Wnioskodawca będzie mógł uzupełnić składany wniosek o dokumenty niewymienione w rozporządzeniu, ani wprost w ustawie. Celem takiego rozwiązania jest, aby umożliwić wnioskodawcy poparcie informacji, o których wnioskodawca oświadcza w formularzu (poprzez punktowanie w ramach dokonywanej introspekcji), odpowiednimi dokumentami. W ten sposób umożliwia się uwiarygodnienie tych informacji i przedstawienie ich w odpowiednim kontekście, który nie zawsze można oddać właściwie i w pełni i w samym formularzu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (np. ze względu na ograniczenie ilości znaków w poszczególnych komórkach wniosku). Działanie takie może pozwolić na uzyskanie pozytywnej (w znaczeniu bardziej pozytywnej) oceny jakiegoś elementu złożonego wniosku, lub wniosku jako całości, poprzez uczynienie go bardziej przekonującym, niż w sytuacji gdyby takich załączników nie przedstawiono. W tym też sensie przewidziana możliwość dołączania dokumentów nieokreślonych w rozporządzeniu ani w ustawie, posiada walor, czy też potencjał, by zachęcać wnioskodawców do składania wniosków możliwie najwyższej jakości. W szczególności mogą to być informacje, stanowiące „program medyczny” planowanej inwestycji – zbiór analiz oraz danych określających potrzeby oraz możliwości w zakresie świadczeń medycznych.

Do takich informacji mogą należeć:

- 1) diagnoza społeczno-gospodarcza regionu, w tym analiza otoczenia społeczno- gospodarczego:
 - a) podstawowe informacje na temat województwa,
 - b) charakterystyka gospodarki województwa,
 - c) sytuacja demograficzna i epidemiologiczna w województwie – w tym statystyki medyczne (m.in. podstawowe dane dotyczące udzielanych świadczeń zdrowotnych);
- 2) diagnoza usług medycznych w danym regionie.

- a) opieka medyczna podmiotu wykonującego działalność leczniczą:
 - zadania podmiotu,
 - posiadane zasoby ludzkie,
 - dane o udzielanych świadczeniach zdrowotnych,
 - struktura organizacyjna jednostki,
- b) porównanie aktualnej działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą z działalnością innych jednostek w danym regionie;
- 3) informacja o kierunkach rozwoju opieki medycznej:
 - a) rys obowiązujących strategii w kraju i w regionie,
 - b) ocena zapotrzebowania na usługi medyczne;
- 4) analiza SWOT:
 - a) mocne strony,
 - b) słabe strony,
 - c) szanse,
 - d) zagrożenia;
- 5) podstawowe założenia programu medycznego, wynikające z przyjętych głównych kierunków działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą:
 - a) analiza efektywności programu – charakterystyka zmian w usługach medycznych (w tym np. opis dodatkowych usług, głównych i pomocniczych) i niemedycznych (np. dydaktycznych),
 - b) układ porównawczy aktualnej struktury jednostek i ich zdolności usługowej w stosunku do usług będących efektem zrealizowanej inwestycji;
- 6) rekomendacje szczegółowe dla poszczególnych podmiotów wykonujących działalność leczniczą – wymagania Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 7) informacje o zgodności programu medycznego z krajowymi i zagranicznymi dokumentami strategicznymi;
- 8) planowane mierzalne wskaźniki rezultatu:
 - a) liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych,
 - b) poziom wykorzystania łóżek (%),
 - c) zwiększenie/ zmniejszenie poziomu wykorzystania łóżek z ... % do ... %,
 - d) liczba leczonych pacjentów (osób),
 - e) zwiększenie/zmniejszenie liczby pacjentów o... % (z ... osób w ... roku do ... osób),

- f) średni czas hospitalizacji (dni),
- g) skrócenie czasu hospitalizacji o ... doby (z ...doby w ... roku do ... doby),
- h) zwiększenie liczby nowoczesnego wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego o ... %,
- i) zwiększenie liczby wysokospecjalistycznych procedur medycznych o ...%,
- j) liczba zabiegów ambulatoryjnych,
- k) liczba porad medycznych,
- l) liczba zatrudnionych osób w wyniku wdrożenia programu medycznego.

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia powinno nastąpić w najszybszym realnym terminie. Dlatego też przewidziano, że projektowane rozporządzenie wejdzie w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia. Należy zauważyć, że w ten sposób został zachowany ważny interes państwa (jak najszybsze wydanie przedmiotowego rozporządzenia) a zasady demokratycznego państwa prawnego nie stoją temu na przeszkodzie – co jest zgodne z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1523).

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 2004 r. poz. 597) i nie podlega procedurze notyfikacji.

Projekt nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

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 Katarzyna Głowala, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Jakub Adamski Zastępca Dyrektora Departamentu Analiz i Strategii, j.adamski@mz.gov.pl, tel.: (22) 860 11 05	Data sporządzenia: 7.02.2018 r. Źródło: Art. 95h ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.) Nr w wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia: MZ
--	--

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:

- 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 wydawana będzie w odniesieniu do projektów pozakonkursowych i konkursowych;

- 2) 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
Świadczeniobiorcy 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
Świadczeniobiorcy 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
Świadczeniobiorcy 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 wojewódzkie i centrala Narodowego Funduszu Zdrowia	17		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 zostanie 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 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, 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 zostanie zamieszczony, zgodnie z postanowieniami uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006 i 1204 oraz z 2018 r. poz. 114), 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. z 2017 r. poz. 248), 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 oraz niektórych innych ustaw, 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 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 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 elektronizacji.				☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy				

Komentarz:

Projekt rozporządzenia jest konsekwencją zmiany projektowanej ustawą o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, których założeniem jest uproszczenie procedury uzyskania opinii o celowości inwestycji (tzw. inwestycji odtworzeniowych). 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 oraz niektórych innych ustaw. 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 w dniu następującym po dniu ogłoszenia.

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.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych
w Sektorze Zdrowia

Na podstawie art. 95h ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

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

§ 2. Wzór wniosku zawierającego formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej wraz ze wskazaniem kryteriów oceny inwestycji, przypisaniem im wagi oraz określeniem skali punktów możliwych 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 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2017 r. poz. 2110, 2217, 2361, 2434 oraz z 2018 r. poz. 107 i 138.

§ 3. Całkowity wynik punktowy jest obliczany według wzoru:

$$C = G1 * G2 * G3 * (P1+P2) / 1,06^{(P28/12)}$$

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: 3, 6, 7, 8, 13, 18, 19, 21, 29 oraz przypisanych im wag,
- G2 – suma iloczynów punktów przyznanych za kryteria oceny inwestycji o numerach: 4, 5, 9, 12, 24 oraz przypisanych im wag,
- G3 – suma iloczynów punktów przyznanych za kryteria oceny inwestycji o numerach: 10, 11, 14, 15, 16, 17, 20, 22, 23, 25, 26, 27 oraz przypisanych im wag,
- P1 – liczba punktów przyznanych za kryterium oceny inwestycji o numerze 1,
- P2 – liczba punktów przyznanych za kryterium oceny inwestycji o numerze 2,
- P28 – przewidywany przez podmiot wnioskujący czas na realizację inwestycji podany w miesiącach.

§ 4. Minimalna liczba punktów (całkowity wynik punktowy) wymagana do uzyskania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy, wynosi 2000.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

Załącznik
do rozporządzenia
Ministra Zdrowia
z dnia (poz.)

Wzór

INSTRUMENT OCENY WNIOSKÓW INWESTYCYJNYCH W SEKTORZE ZDROWIA

I. INFORMACJE O INWESTYCJI			
1. Podmiot wnioskujący	1. Rodzaj podmiotu wnioskującego		
	2. Imię i nazwisko lub nazwa podmiotu		
	3. Adres e-mail podmiotu wnioskującego		
	4. Numer KRS podmiotu wnioskującego		
	5. Numer NIP podmiotu wnioskującego		
	6. Numer REGON podmiotu wnioskującego		
	7. Jednostka sektora finansów publicznych		
	8. Organ wydający opinię o celowości inwestycji		
2. Siedziba albo adres zamieszkania podmiotu wnioskującego	1. Województwo		
	2. Powiat		
	3. Gmina		
	4. Miejscowość		
	5. Ulica		
	6. Numer budynku		
	7. Numer lokalu		
	8. Kod pocztowy		
	9. Poczta		
3. Typ inwestycji	1. Utworzenie nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą		
	2. Utworzenie nowych jednostek zakładu leczniczego podmiotu leczniczego		
	3. Utworzenie nowych komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego		
	4. Inna inwestycja		
	5. Informacje szczegółowe		
4. Opis inwestycji	1. Ogólne	1. Zakres rzeczowy inwestycji	
		2. Uzasadnienie celowości inwestycji	
		3. Obszar oddziaływania inwestycji	
		4. Termin planowanego rozpoczęcia inwestycji	
		5. Termin planowanego zakończenia inwestycji	

	2. Miejsce realizacji inwestycji		1. Województwo	
			2. Powiat	
			3. Gmina	
			4. Miejscowość	
			5. Ulica	
			6. Numer budynku	
			7. Numer lokalu	
			8. Kod pocztowy	
			9. Poczta	
	3. Źródło finansowania inwestycji		1. Środki własne inwestora	
			2. Dotacja celowa ze środków ustalonych w części 46 - Zdrowie budżetu państwa	
			3. Dotacja celowa z innych części budżetowych	
			4. Kredyt lub pożyczka objęta poręczeniem lub gwarancją Skarbu Państwa	
			5. Środki z innych źródeł, niż dotacje celowe z budżetu państwa	
			6. Środki z Unii Europejskiej – z określeniem nazwy Programu i numeru obszaru wydatków strukturalnych	
			7. Ogółem	
	4. Inne informacje dotyczące inwestycji (inwestycja budowlana)	1. Części inwestycji	1. Komórka organizacyjna	
			2. Liczba sal	
			3. Liczba łóżek	
		2. Wartość inwestycji w podziale na grupy kosztów (w zł)	1. Pozyskanie działki budowlanej	
			2. Przygotowanie terenu i przyłączenia obiektów do sieci	
			3. Budowa obiektów podstawowych	
			4. Instalacje	
			5. Zagospodarowanie terenu i budowa obiektów pomocniczych	
			6. Wyposażenie	
			7. Prace przygotowawcze, projektowe, obsługa inwestorska oraz ewentualnie szkolenia i rozruch	
			8. Ogółem	
		3. Wskaźniki techniczno-ekonomiczne	1. Powierzchnia całkowita inwestycji w m ² (Pc)	
			2. Powierzchnia użytkowa inwestycji w m ² (Pu),	
			3. Kubatura w m ³ (V)	
			4. Łączna liczba łóżek przed rozpoczęciem inwestycji (Łp)	
			5. Łączna liczba łóżek po zakończeniu inwestycji (Łk)	
			6. Wartość kosztorysowa inwestycji – WKI (tys. zł)	
			7. Cena m ² pow. całkowitej (WKI/Pc)	
			8. Cena m ² pow. użytkowej (WKI/Pu)	
			9. Cena m ³ kubatury (WKI/V)	

			10. Wartość inwestycji przypadająca na 1 łóżko (WKI/((Łk – Łp)))			
			11. Liczba zatrudnionego personelu przed inwestycją			
			12. Liczba zatrudnionego personelu po inwestycji			
	5. Inne informacje dotyczące inwestycji (inwestycja zakupowa)	1. Części inwestycji	1. Rodzaj wyrobu medycznego			
			2. Komórka organizacyjna, w której wyrób medyczny będzie wykorzystywany			
			3. Liczba (ilość) wyrobu medycznego			
		2. Informacje techniczne	1. Parametry techniczne wyrobu medycznego			
			2. Informacje o stanie wyposażenia we wnioskowany wyrób medyczny			
			3. Informacje na temat infrastruktury technicznej			
			4. Informacje o zabezpieczeniu kadrowym do obsługi i eksploatacji wyrobu medycznego			
	5. Analiza kosztów eksploatacji wyrobu medycznego					
	6. Ocena techniczna posiadanych i zużytych wyrobów medycznych, jeżeli dotyczy					
II. KRYTERIA OCENY INWESTYCJI						
Kryteria				Ocena podmiotu wnioskującego		
Lp.	Kryterium oceny inwestycji	Interpretacja i wyjaśnienie znaczenia kryterium oraz sposobu oceny inwestycji	Waga kryterium	Ocena	Uzasadnienie	Wynik kryterium
1.	Czy inwestycja odpowiada mapom potrzeb zdrowotnych?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10pkt) albo „NIE” (0pkt). Odpowiedzi „TAK” udziela się wyłącznie wtedy, gdy inwestycja całkowicie wpisuje się w mapy potrzeb zdrowotnych. Należy odnieść się w sposób dokładny do map potrzeb zdrowotnych przygotowanych dla danego województwa, we wszystkich dziedzinach medycyny, które obejmuje inwestycja, ze wskazaniem postanowień, które dzięki danej inwestycji będą realizowane. W przypadku, gdy inwestycja nie dotyczy bezpośrednio zakresów świadczeń opieki zdrowotnej ujętych w mapach potrzeb zdrowotnych, należy przyjąć "TAK".	1,0			

2.	Czy inwestycja odpowiada priorytetom dla regionalnej polityki zdrowotnej, zwanym dalej „PRPZ”?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10pkt) albo „NIE” (0pkt). Odpowiedzi „TAK” udziela się wyłącznie wtedy, gdy inwestycja wpisuje się w PRPZ całkowicie lub w zasadniczej części. Należy odnieść się w sposób dokładny do PRPZ przygotowanych dla danego województwa, ze wskazaniem postanowień, które dzięki danej inwestycji będą realizowane.	1,0			
3.	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na czas oczekiwania na udzielnie świadczenia?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy określić, w jakim stopniu inwestycja odpowiada na obiektywnie istniejące potrzeby zdrowotne, oraz służy mierzalnemu skróceniu czasu oczekiwania na udzielnie świadczenia opieki zdrowotnej. W przypadku inwestycji pozostających bez wpływu na czas oczekiwania na udzielenie świadczeń, należy przyjąć 0 pkt.	0,5			
4.	W jakim stopniu inwestycja służyć będzie przesunięciu ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy uwzględnić w szczególności dane pochodzące z własnych analiz. Kryterium uwzględnia zmianę z leczenia szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zwanej dalej „AOS”, ewentualnie do podstawowej opieki zdrowotnej, zwanej dalej „POZ”. W przypadku inwestycji w zakresie AOS lub POZ należy przyjąć 10 pkt.	1,0			
5.	W jakim stopniu inwestycja odpowiada trendom demograficznym?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić stopień, w jakim inwestycja sprzyja poprawie opieki nad osobami starszymi (np. opieki długoterminowej lub paliatywnej i hospicyjnej nad osobami starszymi, a także przystosowaniu dla osób starszych). W przypadku inwestycji w	1,0			

		zakresie opieki długoterminowej, paliatywnej lub hospicyjnej, należy przyjąć 10 pkt.				
6.	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę efektów zdrowotnych uzyskiwanych w populacji pacjentów na danym obszarze?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić stopień, w jakim inwestycja sprzyja poprawie opieki nad osobami starszymi (np. opieki długoterminowej lub paliatywnej i hospicyjnej nad osobami starszymi, a także przystosowaniu dla osób starszych). W przypadku inwestycji w zakresie opieki długoterminowej, paliatywnej lub hospicyjnej, należy przyjąć 10 pkt.	1,0			
7.	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę jakości opieki zdrowotnej?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić, czy inwestycja przyczyni się do poprawy w szczególności: 1) kompleksowości opieki – zapewnienia całego procesu terapeutycznego w jednym podmiocie; 2) ciągłości opieki – zapewnienia całego procesu terapeutycznego bez przerywania procesu tej opieki, szczególnie przy przenoszeniu pacjenta pomiędzy podmiotami; 3) interdyscyplinarności – zaangażowania różnych osób, w szczególności wykonujących zawód medyczny, w proces diagnostyki i leczenia.	1,0			
8.	Czy podmiot 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 zdrowia (Dz. U. 2016 r. poz. 2135).	0,4			
9.	Czy inwestycja wpłynie na zmniejszenie ogólnych kosztów opieki	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt)	0,6			

	medycznej na danym obszarze?	albo „NIE” (0 pkt). Należy wziąć pod uwagę faktyczne obniżenie kosztów opieki zdrowotnej, w szczególności z powodu: 1) zastosowania bardziej efektywnej technologii medycznej; 2) przesunięcia miejsca wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej z leczenia szpitalnego do AOS; 3) obniżenia kosztów diagnostyki. Ocena jest dokonywana na podstawie podanego we wniosku przewidywanego zmniejszenia kosztów opieki zdrowotnej zestawionego z kosztami inwestycji.				
10.	Czy koszt inwestycji jest uzasadniony w porównaniu do podobnych realizowanych inwestycji albo podobnych zrealizowanych inwestycji?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). W przypadku braku podobnych realizowanych inwestycji, albo podobnych zrealizowanych inwestycji, można odpowiedzieć „TAK” w przypadku, jeżeli zostanie przeprowadzona i załączona analiza rynku i potrzeb, potwierdzająca udzielenie odpowiedzi twierdzącej.	0,4			
11.	W jakim stopniu inwestycja jest obciążona ryzykiem niewykorzystania po jej zakończeniu?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Trafność podjęcia decyzji o realizacji inwestycji określa się przez dane dostępne w mapach potrzeb zdrowotnych oraz innych wiarygodnych źródłach (np. w bazach Narodowego Funduszu Zdrowia, Systemie Statystyki w Ochronie Zdrowia, rejestrach, dokumentach urzędowych). Należy określić, czy będzie istniało zapotrzebowanie ze strony pacjentów na świadczenia opieki zdrowotnej, w tym przez obłożenie łóżek lub wykorzystanie zasobów. Należy zastosować skalę odwrotną – im mniejsze ryzyko, tym	1,0			

		więcej punktów.				
12.	W jakim stopniu inwestycja jest obciążona ryzykiem nieuzyskania oczekiwanego finansowania ze środków publicznych dla udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy wziąć pod uwagę, jak duże jest ryzyko, że podmiot nie uzyska finansowania ze środków publicznych dla świadczeń opieki zdrowotnej, które może udzielać dzięki realizacji inwestycji, w szczególności uwzględniając występowanie na danym obszarze świadczeniodawców udzielających takich samych świadczeń opieki zdrowotnej oraz dotychczasowe finansowanie tych świadczeń. W przypadku inwestycji, które nie są obciążone ryzykiem nieuzyskania finansowania ze środków publicznych, należy przyjąć 10 pkt. Należy zastosować skalę odwrotną – im mniejsze ryzyko, tym więcej punktów.	1,0			
13.	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na skrócenie czas realizacji świadczenia?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy określić, w jakim stopniu inwestycja umożliwi skrócenie realizacji świadczenia i wskazać w jaki sposób. W przypadku inwestycji pozostających bez wpływu na czas realizacji świadczeń oraz wydłużających czas realizacji świadczeń, należy przyjąć 0 pkt.	0,3			
14.	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na zmniejszenie obciążeń administracyjnych personelu?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy określić, w jakim stopniu inwestycja poprawi jakość świadczeń opieki zdrowotnej przez zmniejszenie obciążeń administracyjnych personelu i wskazać w jaki sposób (np. systemy informatyczne zmniejszające zapotrzebowanie na pracę, np. automatyzacja procesu rejestracji). W przypadku inwestycji pozostających bez wpływu na obciążenia	0,7			

		administracyjne personelu albo je zwiększających, należy przyjąć 0 pkt.				
15.	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na optymalizację wykorzystania i rozmieszczenia obecnie zatrudnionych w podmiocie osób wykonujących zawód medyczny?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić, czy inwestycja wpłynie na optymalizację wykorzystania i rozmieszczenia osób wykonujących zawód medyczny, np. wynikającą z wielkości oddziału (odpowiednia wielkość oddziału zapewnia poprawę wskaźnika efektywności wykorzystania opieki pielęgniarskiej lub lekarskiej). W przypadku, gdy inwestycja nie wpływa na wykorzystanie i rozmieszczenie obecnie zatrudnionych osób wykonujących zawód medyczny, należy przyjąć 0 pkt. Należy szczegółowo uzasadnić. W przypadku braku uzasadnienia, należy przyjąć 0 pkt.	0,7			
16.	W jakim stopniu inwestycja jest obarczona ryzykiem niezapewnienia odpowiednich zasobów kadrowych?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić, czy planowane zatrudnienie osób wykonujących zawód medyczny w związku z inwestycją, uwzględniające wymagane kwalifikacje i uprawnienia tych osób, jest realistyczne. Jeżeli inwestycja nie wpływa na zatrudnienie, należy przyjąć 10 pkt. Należy zastosować skalę odwrotną – im mniejsze ryzyko, tym więcej punktów.	0,7			
17.	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę ergonomii pracy osób wykonujących zawód medyczny?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy zwrócić uwagę na charakter (jednostajność) i nasilenie obciążeń osób wykonujących zawód medyczny oraz określić jak inwestycja wpłynie na ten problem. Jeżeli inwestycja nie uwzględnia wpływu na ergonomię, należy przyjąć 0 pkt.	0,4			
18.	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę komfortu pacjentów i	Ocena od 0 do 10 pkt.	1,0			

	ich rodzin?	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 dla gości, ew. zapewnieniem warunków hotelowych dla rodzin (szczególnie w przypadku pediatrii).				
19.	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę zapewnienia praw pacjenta?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić, czy inwestycja poprawia spełnienie praw pacjentów, w szczególności w zakresie: 1) zapewnienia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej; 2) poszanowania intymności i godności; 3) prawa do umierania w spokoju i godności.	0,4			
20.	W jakim stopniu inwestycja wpłynie na podniesienie kwalifikacji osób wykonujących zawód medyczny?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy ocenić czy inwestycja daje szansę lub spowoduje uzyskanie nowych kwalifikacji przez osoby wykonujące zawód medyczny. W przypadku, gdy inwestycja nie dotyczy tego kryterium, należy przyjąć 0 pkt.	0,2			
21.	W jakim stopniu inwestycja wpisuje się w rekomendacje towarzystw naukowych polskich lub zagranicznych dotyczących rozwoju danej dziedziny, której dotyczy planowana inwestycja?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Na podstawie przeglądu rekomendacji towarzystw naukowych polskich lub zagranicznych, należy określić zgodność inwestycji z tymi rekomendacjami. Przeglądu można dokonać z wykorzystaniem	0,2			

		powszechnie dostępnych wyszukiwarek specjalistycznych takich jak: http://www.guideline.gov/ , https://www.tripdatabase.com/ ; https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed .				
22.	Czy inwestycja służy poprawie infrastruktury telekomunikacyjnej podmiotu?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Odpowiedzi „TAK” udziela się wyłącznie wtedy, gdy inwestycja obejmuje swoim zakresem rozwój infrastruktury telekomunikacyjnej i służy poprawie zdolności komunikacyjnych podmiotu.	0,5			
23.	Czy inwestycja obejmuje wymianę wyrobu medycznego, którego zalecany czas eksploatacji został przekroczony?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Jeżeli inwestycja nie dotyczy nabywania wyrobów medycznych, należy przyjąć 0 pkt.	1,0			
24.	Czy inwestycja dotyczy profilu w ramach którego podmiot jest wpisany do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Odpowiedzi "TAK" udziela się wyłącznie wtedy, gdy podmiot jest wpisany w danym profilu do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w chwili składania wniosku o opinię o celowości inwestycji.	1,0			
25.	Czy inwestycja pozwoli obniżyć koszty operacyjne podmiotu medycznego?	Możliwe odpowiedzi to "TAK" (10 pkt) albo "NIE" (0 pkt). Należy określić, czy inwestycja pozwoli obniżyć bieżące koszty funkcjonowania zarówno w okresie gwarancji jak i po tym okresie.	1,0			
26.	Czy inwestycja wynika z konieczności dostosowania do obowiązujących przepisów prawa?	Możliwe odpowiedzi to „TAK” (10 pkt) albo „NIE” (0 pkt). Odpowiedzi "TAK" udziela się wyłącznie wtedy, gdy zakres inwestycji	1,0			

		odpowiada wyłącznie obowiązkowi dostosowania podmiotu do obowiązujących przepisów np. sanitarnych lub przeciwpożarowych.				
27.	W jakim stopniu inwestycja będzie poprawiała energooszczędność i sprzyjała rozwiązaniom proekologicznym?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Ocenie podlega jak bardzo inwestycja wpłynie na np. niską emisyjność, energooszczędność, oszczędność wody obniżając docelowo kosztochłonność tych elementów.	0,7			
28.	Jaki jest przewidziany czas na inwestycję?	Czas wskazywany jest na podstawie informacji zawartych w polach I.4.1.4 oraz I.4.1.5 wniosku. Minimalny czas wynosi 1 miesiąc.	Nie dotyczy			
29.	W jakim stopniu inwestycja zmniejszy ryzyko zdarzeń epidemiologicznych?	Ocena od 0 pkt do 10 pkt. Należy wskazać w jaki sposób inwestycja wpłynie na mniejsze ryzyko wystąpienia zdarzeń epidemiologicznych (np. zakażenia wewnątrzszpitalne, jatrogenne).	1,0			
III. Całkowity wynik punktowy						
IV. Oświadczenie						
Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia, przewidzianej w art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2017 r. poz. 2204, z późn. zm.).						
V. Inne						
1. Organ wydający opinię o celowości inwestycji						
2. Sposób doręczenia opinii o celowości inwestycji						
3. Numer formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia						
4. Data i miejsce sporządzenia wniosku						
5. Podpis osoby upoważnionej do złożenia wniosku						

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA WNIOSKU

Uwaga ogólna:

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

I. INFORMACJE O INWESTYCJI

Część 1. Podmiot wnioskujący:

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

Pole 1.2 – podać nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego;

Pole 1.3 – podać adres e-mail podmiotu wnioskującego;

Pola 1.4-1.6 – 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 1.7 – wybrać, czy podmiot wnioskujący jest jednostką sektora finansów publicznych;

Pole 1.8 – wybrać właściwy organ wydający opinię, do którego jest składany wniosek – wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia.

Część 2 Siedziba albo adres zamieszkania podmiotu wnioskującego:

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

Część 3 Typ inwestycji:

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

Pole 3.5 – w przypadku wskazania typu „inna inwestycja” (w polu. 3.4) – podać informacje szczegółowe.

Część 4. Opis inwestycji:

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

Pole 4.1.1 – zakres rzeczowy inwestycji;

Pole 4.1.2 – uzasadnienie celowości inwestycji;

Pole 4.1.3 – obszar oddziaływania inwestycji (np. kraj, województwo, powiat, gmina);

Pole 4.1.4 i pole 4.1.5 – podać termin (datę) planowanego rozpoczęcia i termin (datę) planowanego zakończenia inwestycji – na podstawie tych informacji zostanie automatycznie wskazana liczba pełnych miesięcy (nie mniej niż 1) – w kryterium oceny inwestycji lp. 2;

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

Pola 4.3 (4.3.1-4.3.7) – określić źródło/źródła finansowania inwestycji;

Pola 4.4 – podać inne informacje dotyczące inwestycji budowlanej:

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

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

Pole 4.4.2 – wartość inwestycji w podziale na grupy kosztów – podać kwoty brutto w zł;

Pole 4.4.3 – wskaźniki techniczno-ekonomiczne inwestycji;

Pola 4.5 – podać inne informacje dotyczące inwestycji zakupowej:

Pola 4.5.1 – podstawowe parametry inwestycji (wypełnia się dla wszystkich części inwestycji, zgodnie z wyborem podmiotu wnioskującego);

Pole 4.5.1.2 – informacja o komórce organizacyjnej (wybrać z listy kodów resortowych);

Pola 4.5.2 – szczegółowe uzasadnienie zakresu inwestycji;

Pole 4.5.2.7 – wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy inwestycja obejmuje wymianę wyrobów medycznych.

II. KRYTERIA OCENY INWESTYCJI

1. Wskazane powyżej punkty i odpowiedzi wpisuje się w kolumnie „Ocena”.
2. W kolejnych rekordach w kolumnie „Uzasadnienie” wpisuje się informacje uzasadniające przydzielenie wskazanej w kolumnie „Ocena” liczby punktów dla danego kryterium oceny inwestycji.
3. Uzasadnienie dla każdego z kryteriów oceny inwestycji nie może przekraczać 500 znaków ze spacjami.
4. W przypadku gdy tylko część inwestycji spełnia określone kryterium:
 - 1) w przypadku kryteriów ocenianych w skali od 0 pkt do 10 pkt, maksymalna liczba punktów do przyznania za dane kryterium jest proporcjonalna do udziału kosztu tej części inwestycji w całym jej koszcie;
 - 2) w przypadku kryteriów ocenianych w skali TAK albo NIE, odpowiedzi TAK udziela się, jeżeli dana część stanowi co najmniej 70% wartości inwestycji.

III. CAŁKOWITY WYNIK PUNKTOWY

Całkowity wynik punktowy jest wyliczany automatycznie przez system Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia w oparciu o algorytm jego wyliczenia określony w § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia i we wniosku, wskazany na podstawie punktów przyznanych przy wypełnianiu wniosku przez podmiot wnioskujący.

IV. OŚWIADCZENIE

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

V. INNE

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

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

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 95h ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

W wyżej wskazanym przepisie zawarto upoważnienie ustawowe do wydania rozporządzenia, które w szczególności określi wzór, a więc i treść takiego formularza, algorytm wyliczania całkowitego wyniku punktowego umożliwiającego uzyskanie opinii pozytywnej, jak również minimalną liczbę punktów wymaganych do uzyskania opinii.

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 wraz ze wskazaniem kryteriów oceny inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, przypisaniem im wagi oraz określeniem skali punktów możliwych do uzyskania w zakresie poszczególnych kryteriów;
- 2) sposób wyliczania całkowitego wyniku punktowego w zakresie dokonywania oceny celowości, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy, w tym sposób obliczania 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 ustawy.

Konieczność wydania niniejszego rozporządzenia jest związana z ukonstytuowaniem drugiego – obok dotychczasowego – formularza instrumentu dedykowanego wyłącznie inwestycjom o charakterze odtworzeniowym (tzn. pozostającym bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej).

Realizowanie inwestycji pozytywnie ocenionych z punktu widzenia ich celowości ma być przejawem dążenia do racjonalnego i efektywnego wydatkowania środków publicznych

przeznaczanych 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 projektodawcy jest zapewnienie 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.

Formularz będzie wykorzystywany przez wojewodów (a w określonych przypadkach – ministra właściwego do spraw zdrowia) przy wydawaniu opinii o celowości inwestycji. Przed wydaniem opinii na temat celowości inwestycji wypowiedzą się także oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia.

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 tym samym 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.

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

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 oraz z 2004 r. poz. 597) i nie podlega procedurze notyfikacji.

Projekt nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

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 Katarzyna Głowala, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Jakub Adamski Zastępca Dyrektora Departamentu Analiz i Strategii, j.adamski@mz.gov.pl, tel.: (22) 860 11 05	Data sporządzenia: 7.02.2018 r. Źródło: Art. 95h ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.) Nr w wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia: MZ
--	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Rozporządzenia jest konsekwencją zmian zawartych w ustawie z dnia o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...), związaną z ukonstytuowaniem drugiego – obok dotychczasowego – formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dedykowanego wyłącznie inwestycjom o charakterze odtworzeniowym (tzn. pozostającym bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej).

Proponuje się, aby całkowity wynik punktowy dla projektu inwestycji był wyliczany zgodnie z algorytmem określonym w niniejszym rozporządzeniu, 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.

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 wojewódzkie i centrala Narodowego Funduszu Zdrowia	17		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 zostanie 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 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);
- 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.

Projekt rozporządzenia zostanie zamieszczony, zgodnie z postanowieniami uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006 i 1204 oraz z 2018 r. poz. 114), 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. z 2017 r. poz. 248), z chwilą przekazania projektu do uzgodnień z członkami Rady Ministrów, zostanie on zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

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

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0–10)
Dochody ogółem		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Źródła finansowania	Niniejszy projekt rozporządzenia jest konsekwencją legislacyjną projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, 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 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	Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na działalność 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 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 elektronizacji.

☒ tak
☐ nie
☐ nie dotyczy

Komentarz:

Projekt rozporządzenia jest konsekwencją zmiany projektowanej ustawą o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, których założeniem jest uproszczenie procedury uzyskania opinii o celowości inwestycji (tzw. inwestycji odtworzeniowych). 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 oraz niektórych innych ustaw. 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 po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.
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.